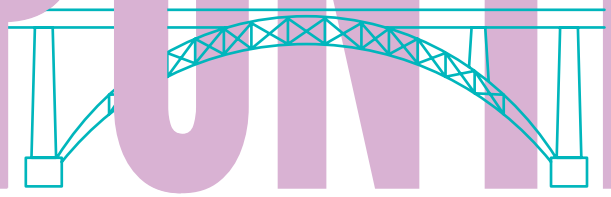
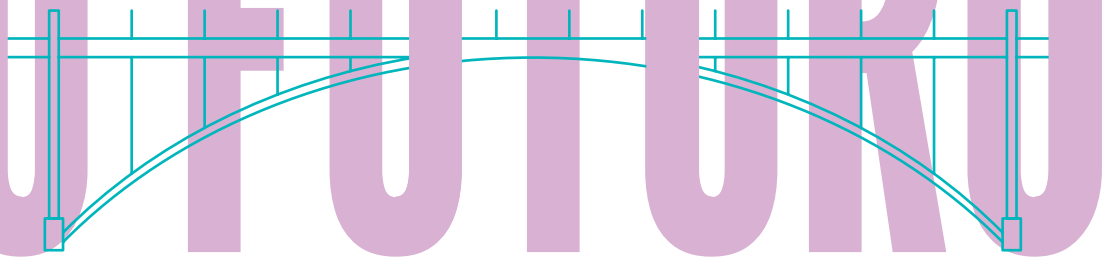
29º CONGRESSO NACIONAL MEDICINA INTERNA

SPMI
Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

PONTES PARA O FUTURO





PORTO
4 A 7
MAIO
2023

CENTRO
DE CONGRESSOS
DA ALFÂNDEGA
DO PORTO

PATROCINIOS:

1º NOVARTIS · Boehringer Ingelheim · Lilly

2º Pfizer · Bial Keeping life in mind. · AstraZeneca

3º Daiichi-Sankyo · MSD · Bayer · GSK · sanofi · tecnimede · ferrer

4º Alnylam · Boehringer Ingelheim · RECORDATI · VIATRIS · GRÜNENTHAL · SERVIER moved by you · Angelini Pharma · novo nordisk · Air Liquide

5º Bristol Myers Squibb · NIPPON GASES · ageas · Atral · CESPU · janssen · ultragenyx · VIVISOL · PADEP® · LIDEL

6º Arium · SPECULUM

INDICE GERAL

Comunicações Orais

Comunicações Orais | Casos Clínicos — 42 > 158
Comunicações Orais | Casuística / Investigação — 565 > 626

Posters

Posters | Casos Clínicos — 159 > 564
Posters | Casuística / Investigação — 627 > 694
Posters (Outros) — 801 > 823
Posters Sem Apresentação — 824 > 1012

Imagens Em Medicina — 694 > 801

42 CO 001 Um caso de abcesso associado a osteomielite: como tratar no domicílio?

42 CO 002 Granuloma Anular: uma Associação Rara a um Fármaco Comum

43 CO 003 Lombalgia e febre: relato de um caso clínico de artrite gotosa axial inaugural

44 CO 004 Miopatia necrotizante imunomediada com envolvimento cardíaco

44 CO 005 Manifestação vasculítica rara na Artrite Reumatoide: Relato de um caso clínico

45 CO 006 Vasculite associada a ANCA secundária a vacinação contra o SARS-CoV2

46 CO 007 Síndrome Hipereosinofílica

46 CO 008 Disseminated Group G streptococcus infection induced Cutaneous leukocytoclastic vasculitis

47 CO 009 Neuropatia óptica isquémica anterior como desencadeante de dependência em idoso

48 CO 010 Fenómenos tromboembólicos como forma de apresentação de Doença relacionada a IgG4

48 CO 011 Case Report: Sarcoidose com atingimento Muscular e do Sistema Nervoso Periférico

49 CO 012 Um caso de rabdomiólise iatrogénica ao ácido aminocapróico

50 CO 013 Uma emergência dos pequenos vasos

50 CO 014 Um mal nunca vem só – um caso de Angioedema Adquirido.

51 CO 015 Imunodeficiência Comum Variável – considerações para o Internista

52 CO 016 Tudo livedo... mas significados diferentes

52 CO 017 Púrpura Trombocitopénica Trombótica, um desafio diagnóstico

53 CO 018 Ascite como manifestação extrapulmonar de Sarcoidose - um caso clínico

54 CO 019 O desafio das miopatias

54 CO 020 Miosite Post-viral — A propósito de um caso clínico.

55 CO 021 Um caso de Doença IgG4

56 CO 022 Paralisia muscular por hipocalémia - marcha diagnóstica de Síndrome de Sjogren

56 CO 023 Síndroma de VEXAS – o reconhecimento das manifestações graves para melhor decisão terapêutica

57 CO 024 Microangiopatia trombótica associada a bevacizumab: um caso clínico

58 CO 025 Romboencefalite, um diagnóstico diferencial desafiante.

58 CO 026 Quando o frequente é excluído

59 CO 027 Este anti-inflamatório só me dá dores de cabeça

60 CO 028 Causa ou consequência? Um caso raro de enfarte esplénico

60 CO 029 O idiopático às vezes tem causa.

61 CO 030 Pseudoaneurisma Subclávio – um caso pouco comum

62 CO 031 AL Amyloidosis with cardiac involvement, without renal impairment

63 CO 032 Quando o que parece não é: a propósito de uma suspeita de pericardite constritiva.

63 CO 033 Síndrome Platipneia-Ortodeoxia: a dispneia que melhora em decúbito

64 CO 034 Emergência hipertensiva – a gravidade e exuberância dos achados sistémicos

65 CO 035 Enfarte agudo do Miocárdio em doente com Défice de proteína S

65 CO 036 Síndrome de Osler-Weber-Rendu: uma causa menos frequente de anemia ferropénica

66 CO 037 Síndrome Hiperpirexia-Parkinsonismo: causa rara de elevação da temperatura

67 CO 038 Uma encefalite herpética atípica

67 CO 039 Crise Miasténica, uma apresentação (ins)estável

68 CO 040 Síndrome Serotoninérgica: A Inespecificidade Clínica como fator de Complexidade Diagnóstica

69 CO 041 Mielite transversa como manifestação clínica de Neuroborreliose

70 CO 042 MELAS on adult setting

70 CO 043 Encefalite límbica Ak-5: uma entidade rara e atípica

71 CO 044 Hemorragia Intracraniana na Endocardite Infeciosa: a propósito de um caso clínico

72 CO 045 Parésia diafragmática bilateral por lesão iatrogénica do nervo frénico

72 CO 046 Delirium: uma apresentação incomum de trombose venosa cerebral

73 CO 047 Quando a angiopatia amiloide (AM) se converte em trombose de seios venosos (TSV)

74 CO 048 Vasculopatia do Sistema Nervoso Cerebral em doente imunocomprometido: um desafio diagnóstico

75 CO 049 Uma causa de ataxia da marcha

75 CO 050 Um caso inesperado de Linfoma do Sistema Nervoso Central

76 CO 051 Demência fronto-temporal rapidamente progressiva: Apresentação rara de neurosífilis no século XXI.

77 CO 052 Encefalopatia numa Unidade de Cuidados Intermédios - Diversidade diagnóstica

77 CO 053 Hipocoagulação como tratamento de eleição num caso de hemorragia intracraniana

78 CO 054 Quando um AVC não é só um AVC

79 CO 055 Síndrome de Susac, um caso raro de encefalopatia num jovem adulto.

79 CO 056 Hipertrigliceridemia gestacional grave, um diagnóstico por vezes tardio

80 CO 057 Estriatopatia diabética: Uma complicação rara da diabetes mellitus tipo 2

81 CO 058 Neuropatia induzida pelo tratamento da Diabetes - uma entidade pouco reconhecida

81 CO 059 Um caso de DISHfagia – a propósito de um caso clínico

82 CO 060 Pseudofeocromocitoma induzido por Levodopa

83 CO 061 Sindrome Poliglandular Autoimune tipo 2: uma série de casos

83 CO 062 Insuficiência suprarrenal secundária a ipilimumab

84 CO 063 Défice de a1-antitripsina: uma causa rara de urticária crónica

85 CO 064 Taquicardia e nódulo cervical: uma associação de etiologia rara

85 CO 065 Síndrome de Cushing Ectópica - O Fantasma

86 CO 066 Colagenose reativa perfurante adquirida despoletada por diabetes mellitus descompensada

87 CO 067 Síndrome de Wolfram. Manifestações comuns em medicina interna, com causa rara.

88 CO 068 Hipofisite imunomediada: um caso associado aos inibidores CTLA-4 e PD-1

88 CO 069 ESCORBUTO – BACK TO THE FUTURE?

89 CO 070 Um caso raro de hipoglicémia

90 CO 071 Hipertensão antes dos 30 - um caso clínico

90 CO 072 Deficiência múltipla das Acil-CoA desidrogenases: a apresentação em idade adulta

91 CO 073 Uma obstipação de causa central

92 CO 074 Degenerescência hepatocerebral adquirida: a propósito de um caso clínico

92 CO 075 De Febre sem foco a abcesso hepático, a propósito de um caso clínico gerido em UHD

93 CO 076 Estenose Intestinal: uma complicação rara da trombose venosa mesentérica

94 CO 077 COLITE LÍNFOCÍTICA: UM PROCESSO DIAGNÓSTICO ATRIBULADO

94 CO 078 Passando entre os pingos de cera

95 CO 079 Hepatite tóxica - Uma causa oculta

96 CO 080 Distúrbio vascular porto-sinusoidal secundário a T-DM1: conjunto de casos

96 CO 081 Quisto do pâncreas ou algo mais?

97 CO 082 Impacto da microbiota na doença inflamatória intestinal sob terapêutica com Infliximab

98 CO 083 Um caso de Diarreia Crónica

99 CO 084 Tempestade imunológica como primeira manifestação neoplásica: um caso clínico

99 CO 085 Microangiopatia trombótica induzida pela gemcitabina

100 CO 086 Linfoma folicular com envolvimento cardíaco

101 CO 087 Linfoma ou leucoencefalopatia... eis a questão

101 CO 088 Linfoma Difuso de Grandes Células B com envolvimento extraganglionar extenso: Um relato de caso

102 CO 089 Uma medula rara

103 CO 090 Parvovirose com Pancitopenia no Adulto

103 CO 091 Um caso inesperado de mielossupressão

104 CO 092 A busca pelo diagnóstico

105 CO 093 Racoon Eyes

105 CO 094 Um caso complexo de Púrpura Trombocitopénica Imune

106 CO 095 A radiografia de tórax no diagnóstico de lesões do mediastino - um exame de valor intemporal

107 CO 096 Granulicatella adiacens: uma surpresa na Endocardite Infeciosa

108 CO 097 Linfadenite granulomatosa necrotizante como apresentação rara de bartonelose

109 CO 098 Sobreposição de Patologias como fator Confusional: Um caso de Hidrocefalia A M. Tuberculosis

109 CO 099 Pneumonia a SARS-CoV2 em doente sob rituximab: A necessidade de um alto índice de suspeição clínica

110 CO 100 Parotidite viral: um vírus inesperado

111 CO 101 Leptospirose e Síndrome de Lemièrre

112 CO 102 Pneumonia Organizativa Pós-Covid ou Infeção por Metapneumovírus ? O Desafio Diagnóstico

112 CO 103 Meningite por Listeria: um caso incomum no adulto.

113 CO 104 Linfohistiocitose Hemafagocítica Associada a Infeção Cmv -Importância de pensar e agir atempadamente

114 CO 105 Febre de Pontiac - um caso de rabdomióloise fullminante

114 CO 106 Sífilis: um caso novo de uma velha conhecida

115 CO 107 Um caso de adenopatias cervicais

115 CO 108 O escape do VIH

116 CO 109 Uma infeção de difícil controlo

117 CO 110 Candidíase hepática num doente não neutropénico – um caso clínico

117 CO 111 Um caso inesperado de ascite num adulto jovem

118 CO 112 Mucormicose rino-orbital – a gestão de um internamento complexo

119 CO 113 Febre pós cirúrgica - a propósito de um caso clínico

119 CO 114 Febre de Origem Indeterminada – longo percurso até ao diagnóstico

120 CO 115 CMV em imunocompetentes: uma infeção rara!

121 CO 116 Listeriose invasiva

121 CO 117 Manifestação inesperada na Doença Pneumocócica Invasiva

122 CO 118 Um caso atípico de tuberculose disseminada

123 CO 119 Doença pneumocócica invasiva – a propósito de um caso clínico

124 CO 120 Doença de Bornholm - um diagnóstico histórico

124 CO 121 Infeção SARS-CoV-2 persistente/recorrente em doente imunocomprometido sob anti-CD20

125 CO 122 Sida e COVID-19 de evolução prolongada, uma realidade?

126 CO 123 Síndrome febril prolongado – Um caso de Replicação crónica de SARS-CoV-2

126 CO 124 Estrongiloidíase - o despertar pelo corticóide

127 CO 125 Tuberculose e Aspergilose de mãos dadas

128 CO 126 Doença invasiva a Listeria monocytogenes – Pneumonia e Endocardite Infecciosa

129 CO 127 Paraplegia Tireoideia

129 CO 128 Um desafio diagnóstico: cancro do pâncreas e esclerodermia

130 CO 129 Duas entidades pouco frequentes, coincidência?

130 CO 130 Icterícia maligna - a propósito de uma causa rara

131 CO 131 Longe da vista, fora do pensamento

132 CO 132 Sarcoma de Ewing de localização invulgar

132 CO 133 Uma associação rara numa doença rara

133 CO 134 Volumoso Hepatocarcinoma como 3ª neoplasia em jovem de 30 anos

134 CO 135 Tumores síncronos – um desafio diagnóstico e terapêutico

135 CO 136 Tumefação cervical e infeção EBV : diagnóstico improvável

135 CO 137 Metástases cerebrais como forma de apresentação de melanoma do cólon – caso clínico

136 CO 138 Neoplasia do pulmão agressiva e atipica

137 CO 139 Pneumonite não-infeciosa induzida por everolimus em doente com cancro de mama metastático

137 CO 140 É só uma consulta de rotina!

138 CO 141 Carcinoma Papilar da tiroide e Linfoma de Hodgkin: um sincronismo infeliz!

139 CO 142 Um caso de um volumoso GIST gástrico

139 CO 143 Manifestações Neurológicas no Adulto com Incontinência Pigmentar: A Propósito De Um Caso Clínico

140 CO 144 Um caso de fígado gordo agudo da gravidez/síndrome de HELLP

141 CO 145 Nova mutação para a Neurofibromatose tipo 1- Um "achado" em idade adulta

142 CO 146 Paralisia Periódica Tipo 1 – Hipocalémica Familiar: um caso grave atípico

142 CO 147 Síndrome de Activação Mastocitária

143 CO 148 A tua cara não me é estranha

144 CO 149 Potomania da cerveja – um suspeito incomum no doente com hiponatremia

144 CO 150 Disfunção renal num doente jovem

145 CO 151 Uma "complicação quistica": diagnóstico de persistência

146 CO 152 Quando a pielonefrite não se fica pelo rim

146 CO 153 Síndrome de Swyer-James-MacLeod, a propósito de um caso clínico

147 CO 154 Nem todas as pneumonias se tratam com antibióticos!

148 CO 155 Pneumonia intersticial linfóide em contexto de infeção por SARS-CoV-2 – um caso invulgar

148 CO 156 Comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease and risk of severe exacerbation and mortality

149 CO 157 "Além do que se vê - Relato de um caso de Ossificação pulmonar"

150 CO 158 Compressão medular: diagnóstico diferencial com Linfoma não Hodgkin

151 CO 159 Hemofilia Adquirida, um diagnóstico incomum mas potencialmente fatal

151 CO 160 Angiomatose difusa um caso raro

152 CO 161 Mastite granulomatosa – diagnóstico e terapêutica desafiantes

153 CO 162 Alta Pressão – Síndrome de Absorção Intravascular por Histeroscopia Operatória

153 CO 163 Parasitemia até ao cérebro – a importância de uma intervenção precoce na malária

154 CO 164 Síndrome de Platipneia-Ortodeoxia - uma causa rara de hipoxémia

155 CO 165 Watch What You Eat - Caso Clínico de Intoxicação Alimentar Acidental Grave

155 CO 166 Arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy: a severe first presentation

156 CO 167 Crise convulsiva como apresentação inicial de um tromboembolismo pulmonar maciço

157 CO 168 De terapêutica a ameaça: Hemorragia alveolar difusa induzida por consumo de canábis

157 CO 169 Uma causa rara de coma

158 CO 170 Enteropatia a Olmesartan – quando o tratamento de uma doença causa outra

—

159 P 001 A intervenção precoce dos cuidados paliativos na demência faz a diferença - Um caso clínico

159 P 002 Doença de Creutzfeldt-Jakob: a relevância de uma referenciação precoce para cuidados paliativos

160 P 003 Integração precoce de Cuidados Paliativos/ Suporte (CP/S) em doente com cancro de mama metastática

161 P 004 Aumento da sobrevida com qualidade de vida (QoL) numa doente com cancro de mama metastático

162 P 005 CAQUEXIA NA NEOPLASIA - PARA ALÉM DE UMA PERDA PONDERAL

162 P 006 A resiliência do corpo humano

163 P 007 Diabetes Insípida Nefrogénica em contexto de Cuidados Paliativos

164 P 008 A importância do diagnóstico no contexto dos Cuidados Paliativos

164 P 009 Há lugar para a antibioterapia paliativa?

165 P 010 Doença de Behçet - o desafio do envolvimento vascular

166 P 011 Polimiosite: um caso de síndrome anti-sintetase

166 P 012 Amaurose unilateral infecciosa - um caso de retinite herpética complicada

167 P 013 Doença pulmonar intersticial como primeira manifestação de esclerose sistémica

168 P 014 Púrpura trombocitopênica imune (PTI)

168 P 015 Um caso de úlcera de perna num doente com Hepatite C crónica.

169 P 016 Anemia hemolítica autoimune associada a esclerose sistémica

170 P 017 Febre, exantema e úlceras genitais como forma de apresentação de doença de Behçet

170 P 018 Um caso de sarcoidose e psoríase: coexistência ou coincidência?

171 P 019 Lúpus Eritematoso Sistémico, uma patologia meramente feminina?

172 P 020 SARCOIDOSE: um caso clínico de manifestações atípicas

173 P 022 Serosite lúpica – uma rara apresentação inicial de Lúpus Eritematoso Sistémico

174 P 023 Arterite de células gigantes – um diagnóstico a considerar

175 P 024 A imprevisibilidade na utilização de Metotrexato- Reação Idiossincrática

175 P 025 Febre Reumática Aguda num adulto jovem

176 P 026 Síndrome de Reynolds: Uma conjugação rara em idade atípica.

177 P 027 Uma anemia nunca vem só

177 P 028 Erythema multiforme major associated with Chlamydia pneumoniae

178 P 029 Still com febre

179 P 030 Síndrome de Sjögren e Pioderma Gangrenoso - uma associação rara

179 P 031 Sarcoidose - quando nem tudo é pulmão

180 P 032 Eritema multiforme a fármacos versus Síndrome Stevens-Johnson – um diagnóstico diferencial difícil

181 P 033 Arterite de Takayasu – Uma Doença Inflamatória Subdiagnosticada no Idoso

182 P 034 Adenopatias axilares - um diagnóstico diferencial a considerar!

182 P 035 Miosite focal: o desafio do diagnóstico diferencial

183 P 036 Crise esclerodérmica atípica rapidamente progressiva: qual o segredo para a atipia?

184 P 037 Um caso de exantema pustuloso em doente imunossuprimido

184 P 038 Pericardite aguda como primeira manifestação de LES com Sjögren secundário

185 P 039 Peliose hepática a mimetizar uma neoplasia

186 P 040 Tumefação nodular - apresentação inicial de Sarcoidose

187 P 041 Sarcoidose e tromboses de repetição: que relação?

187 P 042 Behçet: desafio diagnóstico e a importância do trabalho multidisciplinar

188 P 043 Úlceras orais e genitais: Pênfigo vulgar como diagnóstico diferencial da Doença de Behçet

189 P 044 Trombocitopenia Imune secundária a infeção aguda por Citomegalovírus

189 P 045 Ao final havia outra

190 P 046 Doença de lesões mínimas no adulto– um caso clínico

191 P 047 Trombose no jovem – A importância da anamnese.

191 P 048 "Amigos Improváveis" do Lúpus Eritematoso Sistémico

192 P 049 Sindrome Anti-sintetase: um raro e muito doloroso quadro

193 P 050 Vasculite reumatóide - A propósito de um caso clínico

194 P 051 Vasculite leucocitoclástica em doente sob vancomicina por infeção a Satphylococcus aureus

194 P 052 Arterite de Takayasu – quando a Vasculite surge tardiamente

195 P 053 Psoríase pustulosa generalizada — a corticoterapia desadequada

196 P 054 Vasculite leucocitoclástica após vacinação contra a COVID-19 – causa ou coincidência?

196 P 055 Infeção por Sars-Cov2 e recaída de PTT

197 P 056 O Espectro das Doenças Autoimunes: da Psoríase à Artrite Mutilans

198 P 057 Trombocitopenia imune associada a Mycoplasma pneumoniae

198 P 058 Lesões ósseas líticas e blásticas: um diagnóstico benigno

199 P 059 Hipotensão ortostática, um caso clínico atípico

200 P 060 Síndrome de DRESS no diagnóstico diferencial da febre não infeciosa

200 P 061 Penfigoide Bolhoso secundário à terapêutica com Sitagliptina

201 P 062 Doença de Still do adulto – um diagnóstico a considerar

202 P 063 Voando sobre um ninho de cucos: uma ode à D. Horton

202 P 064 SAAF- uma patologia incapacitante

203 P 065 Vasculite cutânea: Chlamydia pneumoniae como fator etiológico

204 P 066 Flare de Miosite da Órbita por Stress

205 P 067 Púrpura trombocitopénica imune induzida pela minociclina

205 P 068 Anemia hemolítica autoimune por aglutininas frias: infeção ou doença linfoproliferativa

206 P 069 Nunca é Lupus? A propósito de uma trombose da veia espermática

207 P 070 Dermatomiosite - uma entidade a não esquecer

207 P 071 Arterite de Células Gigantes "de livro" - a importância do tratamento atempado

208 P 072 Linfohistocitose hemofagocítica – uma síndrome rara

209 P 073 Uma apresentação atípica de vasculite ANCA

209 P 074 Das adenopatias mediastínicas ao diagnóstico de Sarcoidose sob a forma de Síndrome de Löfgren

210 P 075 Uma manifestação rara de Síndrome de Sjögren

211 P 076 Síndrome de Miller Fisher

211 P 077 Síndrome de Löfgren: a propósito de um caso clínico

212 P 078 Das articulações aos pequenos vasos, um diagnóstico para desvendar

213 P 079 Vasculite urticariforme hipocomplementémica (Síndrome de McDuffie)

213 P 080 Eritema nodoso como manifestação de Síndrome de Lofgrën

214 P 081 Efeitos iatrogénicos graves da Piperacilina - tazobactam

215 P 082 Arterite de Takayasu

215 P 083 Sarcoidose – o relevo das tatuagens para o diagnóstico

216 P 084 Polimialgia reumática secundária a vacina para SARS-CoV-2

217 P 085 Crise renal esclerodérmica e toxicidade medular por metotrexato

217 P 086 Uma epistáxis pouco inocente

218 P 087 Amiloidose por transtirretina genética com apresentação na idade adulta

219 P 088 Síndrome May-Thurner "leiomatoso" na origem da trombose venosa: um caso clínico

219 P 089 Aortite, uma série de casos

220 P 090 Trombose venosa profunda associada a Síndrome de May-Thurner

221 P 091 Streptococcus grupo B - um agente a não esquecer

221 P 092 Attention to details in pulmonary hypertension study

222 P 093 Uma vitamina para o coração

223 P 094 Até onde pode ir uma tromboflebite periférica iatrogénica

223 P 095 Quando um dispositivo cardíaco compromete a vida

224 P 096 Phlegmasia cerulea dolens, uma emergência diagnóstica

225 P 097 Hematoma espontâneo do iliopsoas pós sépsis em doente hipocoagulada

225 P 098 Um caso de Insuficiência cardíaca com Fracção de ejecção melhorada

226 P 099 Trombose abdominal – a marcha diagnóstica

227 P 100 Malformação Congénita como causa de Edema Agudo do Pulmão em idade adulta

227 P 101 Disseção aórtica aguda – apresentação clínica atípica

228 P 102 Pericardite: importância do estudo etiológico

229 P 103 Cardiomioptia de Takotsubo

229 P 104 Perfuração do miocárdio com evolução em pericardite constritiva ao longo de 10 anos

230 P 105 Miocardiopatia Arritmogénica do Ventrículo Esquerdo – um desafio diagnóstico

231 P 106 Diagnóstico tardio de síndrome pós-lesão cardíaca

231 P 107 Síndrome de implementação de cimento ósseo: o papel do ecocardiograma

232 P 108 Hérnia do Hiato: Uma possível causa de Hipertensão Pulmonar?

233 P 109 Tumor primário cardíaco – uma entidade rara

234 P 110 Trombose Venosa Profunda dissimulada com resultados catastróficos

234 P 111 PULMONARY HYPERTENSION - ONE GROUP IT'S NOT ENOUGH

235 P 112 QUISTO PERICÁRDICO SINTOMÁTICO – A Propósito de um Caso Clínico

236 P 113 Arteriosclerose de Monckeberg – uma causa rara de isquémia crítica dos membros inferiores

236 P 114 Síncope neurocardiogénica: um caso clínico

237 P 115 Abordagem do Bloqueio Auriculoventricular Completo no Doente com Bacteremia

238 P 116 Cardiotoxicidade associada ao Trióxido de Arsénio

239 P 117 Encefalopatia de Wernicke – A considerar no diagnóstico diferencial do Acidente Vascular Cerebral

239 P 118 De olhos postos no diagnóstico: Miopatia IgG4 ou Miastenia Gravis?

240 P 119 Diagnóstico diferencial de AVC – desmistificar a patologia mimetizante

241 P 121 Uma Causa Incomum de Trombose Venosa Cerebral

241 P 122 Manifestações Neurológicas na doença de Whipple: Relato de Caso

242 P 123 Complicações neurológicas da perturbação do uso de álcool: múltiplas apresentações num doente

243 P 124 Será demência? - Um caso de neurotoxicidade associada ao lítio

243 P 125 Sindrome de Guillain-Barré

244 P 127 Uma doença degenerativa a não esquecer

245 P 128 Uma causa rara de AVC isquémico na idade jovem

245 P 129 Romboencefalite de Bickerstaff – um diagnóstico de exclusão

246 P 130 O desafio do diagnóstico diferencial no doente psiquiátrico

247 P 131 Atenção aos mimetizadores de AVC

247 P 132 Desafios na abordagem de lesões cerebrais múltiplas: um diagnóstico inesperado, raro e complexo

248 P 133 Quando uma cervicalgia é complicada

249 P 134 Síndrome de desmielinização osmótica sem correção de hiponatremia

249 P 135 Neurinoma cervical

250 P 136 AVC após cirurgia bariátrica: a importância do uso apropriado de anticoagulantes orais

251 P 137 AVC isquémico - Um (a)caso de Endocardite Infeciosa

251 P 138 Síndrome Dejerine-Roussy :uma complicação pós-AVC

252 P 139 Iatrogenia em Medicina: Um Caso de Administração Intratecal Inadvertida de Ácido Tranexâmico

253 P 140 O que esconde um acidente vascular cerebral (AVC)?

253 P 141 Wallenberg's Syndrome: A Report of two cases

254 P 142 Lesões cerebrais hemorrágicas – a importância do diagnóstico diferencial

255 P 143 Um Caso de Coreia no Serviço de Urgência

255 P 144 Dislexia como apresentação de Angiopatia Amiloide

256 P 145 Estado de mal não convulsivo como manifestação de encefalite herpética

257 P 146 Um tipo grave e raro de Esclerose Múltipla

257 P 147 Um caso de neurotoxicidade induzida pelo aciclovir

258 P 148 Síndrome de Wallenberg: a propósito de um caso clínico

259 P 149 Síndrome de Marchiafava-Bignami versus leucoencefalopatia multifocal progressiva

259 P 150 Linfoma do Sistema Nervoso Central

260 P 152 Uma cefaleia de difícil controlo

261 P 153 Síndrome da área postrema

261 P 154 Encefalopatia de Wernicke: complicação da desnutrição associada a neoplasia gástrica

262 P 155 Nem tudo o que parece é: um AVC da ponte "dissimulado"

262 P 156 Um desafio terapêutico – suspender a terapêutica antiagregante e hipocoagulante?

263 P 157 Demência rapidamente progressiva - um caso de doença de Creutzfeldt-Jakob

264 P 158 O que esconde o coração num AVC?

264 P 159 Síndrome de Wallenberg – Um caso de um AVC com síncope.

265 P 160 "Pontine warning syndrome": uma entidade rara

266 P 161 Top NOTCH no diagnóstico

266 P 162 Romboencefalite por Listeria

267 P 163 Um caso invulgar de cefaleia secundária

268 P 164 Coincidência ou relação – a propósito de um AVC no adulto jovem

268 P 165 Défices nutricionais e encefalopatia – a propósito de um caso clínico

269 P 166 Romboencefalite por Listeria: a propósito de um caso

270 P 167 Quando o AVC não é o que parece

270 P 168 Parestesias: a importância de um exame objetivo cuidado

271 P 169 Trombose de seios venosos – a propósito de um caso de AVC no adulto jovem

272 P 170 Sobrecarga Infeciosa – um caso de Sindrome Guillain- Barré variante axonal motora aguda – SGB AMAN

272 P 171 Polineuropatia sensitiva periférica secundária a estatina

273 P 172 CONSEQUENCIAS (I) REVERSÍVEIS

274 P 173 Mioclonias secundárias a toxicidade por amantidina

274 P 174 Quando o sangue não flui... – Hiperviscosidade como etiologia rara de AVC

275 P 175 Acidente isquémico transitório como forma de apresentação de dolicoectasia vertebro-basilar

276 P 176 Síndrome de Guillian-Barré - a propósito de um caso clínico

276 P 177 Soluços como manifestação de AVC

277 P 178 Trombose Venosa Cerebral, Diagnóstico a Considerar em Jovem Adulto com Cefaleia

278 P 179 Cansaço - Um caso clínico de miastenia gravis

278 P 180 O desafio da hipotensão ortostática

279 P 181 Trombose venosa cerebral e tromboembolismo pulmonar secundários a COVID-19: caso clínico

280 P 182 Hipoglicemia não diabética - desafio diagnóstico

281 P 183 Hipertensão reversível

281 P 184 Hipertensão resistente e hipocaliemia refratária ao tratamento: quando a dúvida persiste

282 P 185 Tempestade tiroideia induzida pela amiodarona

283 P 186 Coma mixedematoso: uma emergência médica

283 P 187 Late Dumping Syndrome – uma possível complicação tardia da cirurgia bariátrica

284 P 188 Hipoparatiroidismo. Era só juntar as pistas...

285 P 189 Bisalbuminemia na Diabetes não controlada: a propósito de um caso clínico

286 P 190 Hipercalcémia e fraturas patológicas: a propósito de um caso clínico

286 P 191 Síndrome Poliglandular tipo 2 com apresentação em polisserosite e tamponamento cardíaco

287 P 192 Redescobrimento - escorbuto no séc. XXI

288 P 193 Should we ADD IN SOMe Corticosteroids

288 P 194 Segurança Farmacológica e Tolerância Individual

289 P 195 Hipoparatiroidismo autoimune - a propósito de um quadro depressivo

290 P 196 Anticonvulsivantes na Epilepsia: uma cura ou uma doença?

290 P 197 Quando a instabilidade complica em tempestade

291 P 198 Um achado acidental extremamente raro!

292 P 199 Hiperinsulinismo endógeno- a importância da marcha diagnóstica

293 P 200 Distúrbios de movimento e Diabetes mellitus: relação de causalidade, a propósito de um caso clínico

293 P 201 Mionecrose diabética: Um desafio diagnóstico

294 P 202 Hiperaldosteronismo primário – a importância de reconhecer um caso suspeito

295 P 203 CETOACIDOSE DIABÉTICA EUGLICÉMICA: UMA EMERGÊNCIA MÉDICA SUBDIAGNOSTICADA

295 P 204 Crise Supra-Renal - Quando febre e hipotensão nem sempre são sinónimos de sépsis

296 P 205 Apresentação rara de Diabetes Mellitus tipo 1

297 P 206 Síndrome de Conn: um caso de hipocaliemia grave e hipertensão arterial resistente

298 P 207 Hipervitaminose D

298 P 208 Gastroparesia, um diagnóstico desafiante

299 P 209 A toxicidade de suplementos nutricionais de venda livre

300 P 210 Quando o culpado não é óbvio – múltiplas causas para SIADH

300 P 211 Hiperparatiroidismo primário - a propósito de um caso clínico

301 P 212 Causa de hiponatremia escondida no ouvido esquerdo

302 P 213 Intoxicação por vitamina D e lítio como causa de diabetes insípida nefrogénica

302 P 214 Hipofisite induzida pelo Ipilimumab

303 P 215 Doença de Addison - a propósito de um caso clínico

304 P 216 A doença de Cushing como causa de AVC

305 P 217 Acerca de Hiponatrémia – Quando a Clínica Manda!

305 P 218 Reset Osmostat – Hiponatremia grave a não tratar!

306 P 219 Paragem cardiorrespiratória secundária a miocardite em doente com crise Addisoniana

307 P 220 Doença de Graves e massa mediastínica: qual a associação?

307 P 221 Escorbuto, o diagnóstico inesperado

308 P 222 Encefalopatia de Wernicke – a propósito de um caso clínico

309 P 223 Neuropatia secundária a défice de B12: impacto da pandemia COVID-19

309 P 224 As consequências da decisão de não tratar: um caso clínico de Tempestade Tiroideia

310 P 225 Doença óssea de Paget assintomática – quando tratar?

311 P 226 Derrame pericárdico secundário a tiroidite de Hashimoto

312 P 227 Síndrome de Cushing: quando a evolução rápida dificulta o diagnóstico

312 P 228 Hiperparatiroidismo primário com apresentação neuromuscular e neurossensorial

313 P 229 Desnutrição severa ou síndrome de realimentação? Um caso de anorexia complicada

314 P 230 Hiperferritinemia e lesões bolhosas em áreas de fotoexposição: um caso de Porfiria Cutânea Tarda

314 P 231 Para lá da diabetes

315 P 232 Quando o diagnóstico começa na anamnese - um caso de Polidipsia Primária

316 P 233 Sela turca vazia: uma causa de hiponatremia incomum

316 P 234 Salt Wasting Syndrome idiopático - uma causa infrequente de hiponatrémia refratária.

317 P 235 A Medicina Interna na Neurocirurgia: a propósito de um caso de hipertensão arterial secundária

318 P 236 Síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética por inibidor da bomba de protões

319 P 237 Um diagnóstico difícil de engolir: Mega-esófago paraneoplásico a carcinoma espinhocelular do esófago

319 P 238 Disseção espontânea do tronco celíaco – uma causa rara de dor abdominal

320 P 239 Uma apresentação atípica de doença pancreática

321 P 240 Esplenomegália maciça, uma apresentação rara de uma doença comum

322 P 241 Piperacilina-Tazobactam – Um caso de DILI crónica

322 P 243 Colite por CMV: o mesmo diagnóstico em cenários diferentes

323 P 244 Quando um TIPS nos dá pistas: Hidrotórax exsudativo como apresentação de disfunção de shunt

324 P 245 Colite Ulcerosa e Citomegalovírus: um desafio diagnóstico e terapêutico

324 P 246 Colite, um diagnóstico várias etiologias

325 P 247 Hepatotoxicidade: ciprofloxacina como suspeita

326 P 248 O espectro clínico extremo de uma Doença de Crohn multirresistente no adulto jovem

326 P 249 Endometriose torácica: caso clínico

327 P 250 Cisto Ósseo Aneurismático: Causa Rara de um Sintoma Comum

328 P 251 Octreotido de libertação prolongada: solução para angiodisplasias?

328 P 252 Mais cálcio ou menos glúten?

329 P 253 Colite imunomediada: Reconhecer e tratar atempadamente

330 P 254 Hematemeses por pseudoquisto pancreático – uma etiologia incomum a considerar

330 P 255 Hepatite de Cafeteira.

331 P 256 Toxidade por cogumelos: gatos ajudam no diagnóstico

332 P 257 SPRUE TROPICAL: UMA CAUSA EXÓTICA DE SÍNDROME DE MÁ ABSORÇÃO

332 P 258 Um caso de hepatite aguda por oseltamivir

333 P 259 LESÃO HEPÁTICA AGUDA IMUNOMEDIADA

334 P 260 Desafio diagnóstico - quando suspeitar de Colestase Intra-Hepática Familiar?

334 P 261 A exceção à regra – Um caso de enteropatia por Olmesartan

335 P 263 Doença celíaca e carcinoma do jejuno proximal: duas doenças, os mesmos sintomas

336 P 264 Enterocolite associada ao EBV

336 P 265 Hiperemesis no jovem adulto

337 P 266 Uma causa pouco frequente de doença hepática crónica

338 P 267 Hepatite Autoimune Fulminante – Uma apresentação atípica

338 P 268 Anasarca em contexto de enteropatia perdedora de proteínas - uma etiologia a considerar

339 P 269 A importância da semiologia clínica - A propósito de uma síndrome de Boerhaave

340 P 270 Hemorragia Digestiva de repetição no jovem – um caso de Hipertensão Portal Não-Cirrótica

340 P 271 Cirrose e Ascite Quilosa

341 P 272 Uma Causa Rara de LRA obstrutiva - A Propósito de Um Caso Clínico

342 P 273 Derrame pleural de etiologia desafiante

342 P 274 Pseudonódulos hepáticos

343 P 275 Síndrome de Zieve: uma causa subdiagnosticada de anemia hemolítica não-imune

344 P 276 Doença celíaca no idoso: a propósito de um caso clínico

344 P 277 Quando a clínica é o elo mais forte

345 P 278 Linfoma linfoplasmocítico como mimetizador de abcesso dentário

346 P 279 Anemia hemolítica associada à hemodiálise: quando o tratamento é a causa da doença

346 P 280 Um caso menos frequente de imunodeficiência no adulto

347 P 281 Entre o cansaço e o desconhecido

348 P 282 Consequências indesejáveis do exercício físico

348 P 283 Mastocitose sistémica agressiva

349 P 284 Púrpura trombocitopénica imune após infeção por SARS-CoV-2

350 P 285 Linfoma, uma apresentação atípica

350 P 286 Tromboembolismo Venoso em doente com Mutação Heterozigótica do Fator V de Leiden: caso clínico.

351 P 287 Uma causa rara de anemia hemolítica: acerca de um caso clínico

352 P 288 QUANDO A RESILIÊNCIA SUPERA A IATROGENIA - UM CASO DE ANEMIA SIDEROBLÁSTICA SECUNDÁRIA A LINEZOLIDE

352 P 289 Uma apresentação atípica de linfoma difuso de grandes células B

353 P 290 Policitemia Vera – uma etiologia esquecida de AVC

354 P 291 Hematomas espontâneos no idoso – Um caso de Hemofilia A adquirida

355 P 292 Quando as adenopatias proliferam

355 P 293 Mutação G20210A da protrombina – uma causa (in)esperada de TEP

356 P 294 Síndrome hemafagocítico secundário

357 P 296 Linfoma, Epstein-Barr e Vacina: uma tríade improvável

357 P 297 Nefropatia de cilindros como forma de apresentação de Mieloma Múltiplo

358 P 298 "E agora? Não como mais favas?" - um caso incomum de défice de glicose 6 fosfato desidrogenase

359 P 299 Uma causa rara de anemia hemolítica auto-imune

359 P 300 Suspeita de Síndrome de Bing-Neel: apresentação neurológica rara da Macroglobulinemia de Waldenström

360 P 301 Uma Anemia Maligna

361 P 302 Anemia perniciosa - a dúvida no diagnóstico

361 P 303 Estado hiperglicémico e hemólise intravascular em doentes com défice de G6PD

362 P 304 Pancitopenia "de novo" - a resposta está no osso!

363 P 305 Febre e gengivorragia: um caso clínico de trombocitopenia

363 P 306 Importância do estudo da Trombofilia mesmo em idade avançada

364 P 307 Anemia hemolítica microangiopática como forma de apresentação de neoplasia

365 P 308 DERRAME PLEURAL- PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE MIELOMA MÚLTIPLO

365 P 309 Trombose venosa superficial do membro superior como manifestação inicial de linfoma não Hodgkin

366 P 310 Trombocitopenia induzida por Terbinafina

367 P 311 O reverso da moeda

367 P 312 UM CASO DE DOENÇA RENAL CRÓNICA RAPIDAMENTE PROGRESSIVA

368 P 313 Trombose venosa profunda como red flag para Linfoma primário de grandes células B do Mediastino

369 P 314 Abordagem da Trombocitose em consulta, a propósito de um caso clínico

370 P 315 Síndrome Hemofagocítica, um desafio diagnóstico associado a um prognóstico reservado

370 P 316 Sinusite crónica agudizada complicada com empiema

371 P 317 Tuberculose nasal: da raridade à complexidade

372 P 318 Endocardite aguda a Enterococcus faecalis

372 P 319 Tuberculose - a grande imitadora

373 P 320 Crise epilética inaugural em doente jovem: Um caso de Neurocisticercose

374 P 321 Perda de Acuidade Visual Como Alerta Para Diagnóstico de Sífilis

374 P 322 Meningite Tuberculosa do Século XXI

375 P 323 De carcinomatose peritoneal à tuberculose peritoneal

376 P 324 Disfunção Renal e Miocardite Vírica secundárias a Infeção por EBV–Associação rara a não esquecer

376 P 325 A COMPLEXIDADE DA GESTÃO DAS MÚLTIPLAS COMPLICAÇÕES DA ENDOCARDITE INFECCIOSA

377 P 326 Santuário Infecioso

378 P 327 Proctossigmoidite por CMV – um diagnóstico a ter em conta na doença renal crónica

378 P 328 Artrite Séptica a Arpergillus flavus

379 P 329 Ascite será?

380 P 330 Rinossinusite como ponto de partida para choque séptico

380 P 331 Uma complicação rara de um tratamento hormonal: BCGite

381 P 332 Bacteriemia a MRSA e os seus infernais santuários

382 P 333 Pneumonia por Pneumocystis jirovecii - um diagnóstico evitável

383 P 334 Monoparésia braquial direita – uma apresentação clínica incomum de tuberculose disseminada

383 P 335 APRESENTAÇÃO INAUGURAL RARA DE INFEÇÃO A CITOMEGALOVIRUS EM INDIVÍDUO IMUNOCOMPETENTE-HEPATITEAGUDA

384 P 336 Cheias de bilirrubina

385 P 337 5A clínica impera!

385 P 338 Enterite invasiva por Campylobacter fetus

386 P 339 Doença do beijo – uma questão de coração.

387 P 340 Disseminação: Tuberculose Pulmonar, Ganglionar e Abdominal

388 P 341 Tuberculose Pulmonar Pseudotumoral – a grande simuladora

388 P 342 Infeção disseminada por citomegalovírus – um caso de pericardite aguda como apresentação inicial

389 P 343 Enfarte esplénico em Mononucleose infecciosa: Da orofaringe ao abdómen

390 P 344 Cistite hemorrágica pós-COVID – Papel da Medicina Hiperbárica no Tratamento

390 P 345 Que bicho é que te mordeu?

391 P 346 Tuberculose pulmonar: o difícil é confirmar

392 P 347 Boca sã, meninge sã

392 P 348 Surdez neurossensorial: uma rara complicação da febre escaro-nodular

393 P 349 Aneurismas micóticos como complicação de infeção sistémica

394 P 350 COVID-19 prolongada em doente imunossuprimido após rituximab: o papel da terapêutica com remdesivir

394 P 351 Empiema Necessitans por Staphylococcus aureus meticilina-resistente

395 P 352 Entamoeba coli, agente inócuo?

396 P 353 Enfarte esplénico pós-Covid-19

396 P 354 Nem toda a "carcinomatose" é neoplasia

397 P 355 Febre de origem indeterminada: um caso de Doença de Lyme sem eritema migrans.

398 P 356 Sarna e imunossupressão - a propósito de um caso

398 P 357 Esofagite tripla

399 P 358 Meningite por Escherichia coli, agente subestimado de infeção do SNC: um caso clínico.

400 P 359 Colite por citomegalovírus: a grande mimetizadora

401 P 360 Doença de Hansen, uma entidade milenar, mas actual!

401 P 361 Lues oftalmológica e otológica

402 P 362 Endocardite Infeciosas Complicada com Abcesso Esplénico

403 P 363 Tuberculose, um caso fastidioso

404 P 364 Febre Q

404 P 365 As complicações de uma bacteriémia

405 P 366 Espondilodiscite a Streptococcus sanguinis em doente com neoplasia do cólon

406 P 367 Colite por CMV: Uma apresentação severa numa doente imunocompetente

406 P 368 Tuberculose miliar com apresentação incomum. Um caso clínico.

407 P 369 Doença de Whipple, um desafio diagnóstico

408 P 370 ZOSTER OFTÁLMICO E PARÉSIA DO OCULOMOTOR: UMA RARA COMPLICAÇÃO

408 P 371 Actinomicose cervicofacial

409 P 372 Celulite como ponto de partida para criptococose disseminada

410 P 373 BCGite: a propósito de um caso clínico

410 P 374 Sépsis no contexto de Síndrome de Weil

411 P 375 Tuberculose Pleural - Viagem ao Centro do Derrame

412 P 376 Meningite VZV em doente VIH

412 P 377 Dengue - A propósito de um caso clínico

413 P 378 Clostridioides difficile e vasculite cutânea - uma correlação?

414 P 379 Pericardite recorrente por Parvovírus B19

414 P 380 Mais um caso raro de Raoultella planticola

415 P 381 Herpes Zoster: Manifestação Rara de uma infecção comum

416 P 382 Meningite a Listeria Monocytogenes - Um Internamento de complicações

416 P 383 O grande mimetizador – um caso de diagnóstico difícil

417 P 384 Malária severa: Choque de causa infrequente

418 P 385 Colite a CMV em Doente Imunocompetente

418 P 386 Uma manifestação rara e grave – Encefalite a HHV6

419 P 387 De Pielonefrite a Leptospirose

420 P 388 Da hepatite C à doença multisistémica

420 P 389 Infeção a Pneumocystis jirovecii em doente imunocomprometido não VIH

421 P 390 Sífilis ocular – uma entidade a considerar

422 P 391 UMA CAUSA RARA DE LESÃO RENAL

422 P 392 Dor abdominal como manifestação de doença meningocócica invasiva

423 P 393 Uma hepatite A na mala de viagem

424 P 394 Tuberculose pericárdica: quem procura sempre alcança

424 P 395 Icterícia – uma causa rara

425 P 396 Hematoma intramuscular espontâneo infectado, um caso raro

426 P 397 Da toxicidade por linezolide ao ectima gangrenoso

426 P 398 A carcinomatose peritoneal infecciosa

427 P 399 Pneumonia intersticial no imunodeprimido: co-infeção por SARS-CoV-2 e Pneumocystis

428 P 400 Kala-Azar – a propósito de um caso clínico.

429 P 401 Adenopatia axilar como forma de apresentação de Tuberculose

429 P 402 Da dor torácica à salmonelose – uma apresentação atípica

430 P 403 A Medicina Interna na Oftalmologia: a propósito de um caso de endoftalmite

431 P 405 Tuberculose Pulmonar Multirresistente – Caso Clínico

431 P 406 Micobacteriose atípica disseminada: A propósito de um caso clínico.

432 P 407 Espondilodiscite fúngica - a propósito de um caso raro

433 P 408 Pneumoencéfalo por Streptococcus pneumoniae

433 P 409 Um caso de candidíase invasiva com focalização pulmonar

434 P 410 O que se esconde por de trás de uma Tuberculose Disseminada

435 P 411 Um caso fatal de bacteriemia a Clostridium Perfringens

436 P 412 Dor torácica - um diagnóstico inesperado

436 P 413 Doença de Hansen com dor - apresentação incomum de uma doença rara

437 P 414 Um ano a passear a Tuberculose ganglionar ... a propósito de um caso clínico!

438 P 415 Língua Villosa Nigra

438 P 416 Colite a Citomegalovírus em doente imunocompetente

439 P 417 Uma manifestação rara de tuberculose extra-pulmonar

440 P 418 Particularidades de um caso de endocardite de válvula protésica

440 P 419 Endocardite e aortite a estafilococos aureus meticilino-resistente

441 P 420 Salmonella typhi: a importância da erradicação do estado de portador no contexto de imunossupressão

442 P 421 BCGite: um caso clínico de uma rara complicação.

442 P 422 Escherichia coli, o lobo que veste pele de cordeiro?

443 P 423 Delirium – quando (também) há patologia neurológica

444 P 424 Quando a febre vem da boca

444 P 425 O desafio do internista: a mesma queixa, diferentes diagnósticos e tratamentos

445 P 427 Um Raro Caso de Diarreia

446 P 428 Streptococcus infantarius: um nome com significado ameaçador

446 P 429 QUANDO UM RIM ATRAPALHA

447 P 430 Doença de Weil

448 P 431 Proctite por vírus Epstein-Barr

448 P 432 Abcesso cerebral de etiologia indeterminada: relato de um caso clínico

449 P 433 Um caso raro de infeção necrotizante a Clostridium septicum com embolização gasosa cerebral

450 P 434 Cistite Enfisematosa - a propósito de um caso clínico

451 P 435 Doença pneumocócica invasiva e febre persistente: como resistir a escalar antibioterapia?

451 P 436 A culpa foi do gelo!!!

452 P 437 Um caso raro de bacteriémia por Neisseria gonorrhoaea

453 P 438 E tudo um sopro mostrou

453 P 439 Infeção por EBV e hepatite colestática: uma associação pouco frequente

454 P 440 Uma apresentação atípica de Febre Q

455 P 441 4000 espiro(pla)quetas

455 P 442 Diverticulite enfisematosa da bexiga - A propósito dum caso clínico

456 P 443 Défices neurológicos no imunodeprimido: quando neuroeixo é o foco - a propósito de um caso clínico

457 P 444 Varicela Zoster - nem sempre é só pele

457 P 445 Uma causa rara de metástases – um caso de colangiocarcinoma intrahepático

458 P 446 Um caso de Anemia Ferropénica: a importância da história clínica.

459 P 447 Metastização Óssea como Forma de Apresentação Única de Recidiva de Carcinoma da Mama

459 P 448 Mesotelioma peritoneal - uma causa rara de ascite no doente jovem

460 P 449 Neoplasia da mama, 20 anos depois.

461 P 450 Nem tudo é o que parece... - o que esconde uma encefalopatia

461 P 451 Linfoma cutâneo difuso de grandes células B, tipo perna: relato de caso

462 P 452 Insuficiência cardíaca de novo: um coração, dois culpados.

463 P 453 LINFOMA CUTÂNEO DE CÉLULAS T COM ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL – UMA ENTIDADE RARA

463 P 454 De uma reacção inflamatória pós-vacinal ao diagnóstico de neoplasia neuroendócrina oculta

464 P 455 Hematoquézias e sintomas constitucionais, nem sempre o trato digestivo é a resposta.

465 P 456 Quando a pista está na ponta dos dedos

465 P 457 O síndrome de lise tumoral em tumores sólidos

466 P 458 Quilotórax - A última peça do puzzle

467 P 459 Um atropelamento com mau prognóstico

467 P 460 Anemia perniciosa como factor de risco para neoplasia maligna gástrica

468 P 461 Apresentação atípica de recidiva de adenocarcinoma gástrico

469 P 462 Um caso de metastização óssea difusa de carcinoma da próstata com PSA normal

469 P 463 Apresentação atípica de adenocarcinoma do pulmão

470 P 464 Marcador de Tiroglobulina atrasa diagnóstico de Adenocarcinoma Pulmonar

471 P 465 Endocardite Marântica em doente com neoplasia pulmonar

471 P 466 Dermatomiosite paraneoplásica

472 P 467 Mielopatia dorsal: o ponto de partida para um diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão

473 P 468 Complicações da Cura – Gestão do doente oncológico na Medicina Interna

473 P 469 Quando o défice neurológico não significa AVC – metastização cerebral em contexto de tumor renal

474 P 470 Neoplasia renal – uma recidiva tardia em estadio avançado

475 P 471 Uma forma rara de apresentação de carcinoma gástrico

475 P 472 Dor lombar – Nem tudo o que parece é

476 P 473 Afasia e Melanoma da vulva? - A propósito de um caso clínico

477 P 474 Síndrome de lise tumoral grau IV após sobredosagem de venetoclax

477 P 475 Nos Meandros da Hiponatremia

478 P 476 Carcinoma pleomórfico do pulmão - uma entidade rara

479 P 477 Colangiocarcinoma – Um caso de apresentação atípica

479 P 478 Um caso de dermatomiosite TIF1-? paraneoplásica, por carcinoma invasivo da mama

480 P 479 O acaso ou a Lei de Murphy

481 P 480 Melanoma e Gliobastoma multifocal – duas neoplasias primárias coexistentes

481 P 481 Síndrome da Veia Cava Superior num doente com Tumor Carcinoide Atípico do Pulmão

482 P 482 Apresentação rara de cancro do cólon sigmoide

482 P 483 Causa reversível de paraparésia - a propósito de um caso clínico

483 P 484 Um estranho caso de adenopatias

484 P 485 Quilotorax em Sarcoma de Kaposi – uma complicação pouco frequente

484 P 486 Neoplasia síncrona - um caso raro de neoplasia primária do fígado

485 P 487 4x4 Uma Lesão do SNC

486 P 488 Do Tromboembolismo Pulmonar ao Linfoma

486 P 489 Mesotelioma peritoneal maligno – o grande dissimulador

487 P 490 Linfoma do sistema nervoso central - um caso raro

488 P 491 Nem tudo é o que parece: quando a dor abdominal permite o diagnóstico de neoplasia do pulmão

488 P 492 Conglomerado adenopático – quando a resposta não é linfoma

489 P 493 Anticoagulação, a única má da fita?

490 P 494 Diagnóstico precoce: Uma utopia nos tumores neuroendócrinos?

490 P 495 Metastização cutânea: caso clínico de manifestação síncrona de neoplasia pulmonar

491 P 496 Apenas uma lombalgia?

492 P 497 Cancro da mama: uma doença comum mas um diagnóstico nem sempre evidente

492 P 498 Uma causa improvável de ascite maligna

493 P 499 Uma raridade dentro da mama

494 P 500 Anemia refratária em doente com massa dorsal

495 P 501 Síndrome Hemolítico-Urémico mediado por Complemento – A propósito de um caso clínico

495 P 502 Síndrome de Sweet: A Pele como ponto de partida para manifestações mais raras

496 P 503 Cistite intersticial, o síndrome da bexiga dolorosa: da incapacidade ao diagnóstico

497 P 504 Síndrome Fitz-Hugh-Curtis: uma raridade clínica

497 P 505 VEXAS – Conhecer para reconhecer

498 P 506 Síndrome de Marchiafava-Bignami: uma consequência rara do abuso de álcool

499 P 507 Pseudotumor Cerebri: causa rara de hipertensão craniana

499 P 508 Covid19 revela diagnóstico desconhecido

500 P 509 Tumor Fibroso Solitário do Mediastino – Diagnóstico Desafiante de uma Entidade Rara

501 P 510 Doença de Still do Adulto, a propósito de um caso clínico

501 P 511 UMA HENRANÇA PESADA

502 P 512 Parar e pensar... uma e duas vezes!

503 P 513 Tromboembolismo Pulmonar Secundário a Carcinoma Mioepitelial: Estudo de caso

503 P 514 Síndrome de microdeleção 17Q12 – Relato de um caso raro de Diabetes

504 P 515 Síndrome de Sneddon- da Clínica ao tratamento

505 P 516 Pulmonary thromboembolism due to severe hyperhomocysteinemia associated with MTHFR mutations

505 P 517 Infeção por Mycoplasma Pneumoniae com envolvimento mucocutâneo – uma entidade rara

506 P 518 Um caso extremamente raro de síndrome Rubinstein-Taybi no adulto com complicações

507 P 519 Síndrome de Sweet secundária a Filgastrim

508 P 520 Alcoolismo ao extremo – duas doenças raras, um doente

508 P 521 Fraqueza muscular no jovem – um caso de miopatia metabólica

509 P 522 Toilet Seat Syndrome, miopatia de corpos nemalínicos e abcesso de partes moles: relação improvável?

510 P 523 Síndrome de Pierre-Marie-Bamberger: quando uma sinovite esconde um tumor raro

510 P 524 Nefrite tubulointersticial - desafio diagnóstico

511 P 525 Da anasarca ao síndrome nefrótico

512 P 526 IgA Nephropathy – nephritic syndrome with nephrotic protein urine

513 P 527 Síndrome de Fanconi induzido por Tenofovir

513 P 528 Um caso familiar de DRC terminal

514 P 529 Síndrome Nefrótico por Amiloidose AA secundária a Polimialgia Reumática

515 P 530 Vacina SARS-CoV2: uma causa de glomerulonefrite membranosa?

516 P 531 Síndrome Hemolítica-Urémica, um diagnostico a não esquecer

516 P 532 Nefropatia dos anticoagulantes - a propósito de um caso clínico

517 P 533 Glomerulonefrite Rapidamente Progressiva e Necrotizante ANCA PR3+ - A Propósito de um Caso Clínico

518 P 535 Colapso pulmonar secundário a derrame cardiogénico crónico: um caso clínico

518 P 536 Hipertensão Pulmonar Arterial: o Desafio Diagnóstico

519 P 537 Pulmão do dono de um Periquito

520 P 538 Pneumonia por Varicela-Zoster em doente imunocomprometido – um diagnóstico a não falhar

520 P 539 Síndrome Platipneia-Ortodeoxia

521 P 540 Um caso pouco comum de aspergilose pulmonar invasiva

522 P 541 Doença pulmonar intersticial induzida por fármacos: um caso insólito

522 P 542 Causa Rara de Tromboembolismo Pulmonar

523 P 543 Uma causa rara de pneumonias de aspiração

524 P 544 Síndrome de Hamman – o desafio da asma agudizada no SU

524 P 545 Tuberculose Latente – a importância de tratar

525 P 546 Uma evolução incomum de derrame pleural

526 P 547 Aspergilose pulmonar cavitária crónica - Desafio diagnóstico

526 P 548 No meio do comum pode existir algo raro como a Pneumonia Organizativa

527 P 549 Sarcoidose, uma apresentação menos atípica

528 P 550 Síndrome de platipneia-ortodeoxia em provável relação com enfisema pulmonar

528 P 551 "Um caso de hamartroma e controlo álgico no domicílio"

529 P 552 Um caso raro de toxicidade por Piperacilina-Tazobactam

530 P 553 Miocardiopatia dilatada pós Parto: Vida e Morte

530 P 554 Artrite Psoriática na gravidez: azar ou oportunidade?

531 P 555 Uma gravidez lúpica

532 P 556 Síndrome de Charles Bonnet: uma causa esquecida de alucinações visuais

532 P 557 Alopurinol: de fármaco vulgar a potencialmente mortal

533 P 558 Heteroagressividade em idosos, não esquecer a tiróide!

534 P 559 Artrite reumatoide no idoso: impacto da negligência e do subdiagnóstico

534 P 560 A Medicina Interna e a Fratura Patológica da Anca no Idoso

535 P 561 Síndrome inflamatória sistémica associada a prótese total da anca

535 P 562 Pan-hipopituitarismo no idoso

536 P 563 Síndrome demencial – quando o tratamento existe

537 P 564 Uma causa rara de síndrome colinérgico

537 P 565 Doença bolhosa autoimune do idoso – apresentação atípica

538 P 566 Disfagia orofaríngea de causa menos habitual, ou talvez não.

539 P 567 Síndrome maligno dos neurolépticos – um caso invulgar de evolução prolongada

539 P 568 Mercúrio como causa rara de acidente ocupacional em Portugal

540 P 569 Síndrome de Lemierre do século XXI: um caso clínico da era do antibiótico

541 P 570 Enfisema subcutâneo: um desafio diagnóstico em Urgência

542 P 571 Crise miasténica despoletada por COVID19

542 P 572 Uma causa rara de Síndrome de Dress

543 P 573 Insuficiência adrenal secundária - uma causa de choque refratário

544 P 574 Coagulação Intravascular Disseminada com um desfecho fatal

544 P 575 Complicação rara de uma fratura de osso longo

545 P 576 Toxicidade induzida por bicarbonato de sódio: uma complicação rara mas potencialmente fatal

546 P 577 :ARDS a SARS-CoV2 e barotrauma espontâneo: a propósito de um caso clínico

546 P 578 Trombose venosa da jugular anterior – uma causa rara

547 P 579 Quando depois da tempestade ainda não vem a bonança

548 P 580 Síndrome pulmão rim em Vasculite ANCA MPO – um caso clínico

548 P 581 Síndrome Malignos dos Neurolépticos: importância de um diagnóstico atempado

549 P 582 Nem todo o embolismo pulmonar é para hipocoagular

550 P 583 Síndrome de Implantação de cimento: uma causa rara de dispneia no doente pós-cirúrgico

551 P 584 Aneurisma da artéria basilar: um caso de sucesso

551 P 585 Tempo é perna: a propósito de um caso de disseção aórtica

552 P 586 POCUS no Serviço de Urgência – Mais que uma Silhueta Aumentada

553 P 587 História Clínica: sempre a chave-mestra!

554 P 588 Síndrome maligno dos Neuroléticos: Um desafio diagnóstico

554 P 589 Síndrome Serotoninérgico: da consulta aos intensivos

555 P 590 Acidose Láctica com a utilização de Metformina - Uma complicação potencialmente fatal

556 P 591 Cianose labial: quando considerar metemoglobinémia?

556 P 592 SÍNDROME DE BRASH, a propósito de um caso clínico

557 P 593 Será o chocolate responsável? Um caso fatal de salmonelose

558 P 594 Tamponamento cardíaco por pericardite urémica: revisitar uma complicação rara da insuficiência renal

558 P 595 Síndrome de Wilkie: Uma causa rara de dor abdominal em doente jovem

559 P 596 Um choque raro e uma doença rara

560 P 597 Todos os cogumelos são comestíveis - alguns apenas uma vez.

560 P 598 Quando os suplementos podem matar

561 P 599 A importância da caracterização da dor lombar

562 P 600 Nefrite intersticial aguda induzida por Piperacilina/Tazobactam – uma entidade a ter em conta

562 P 601 Ascite como manifestação de Gastroenterite Eosinofílica. Desafio diagnóstico multidisciplinar.

563 P 602 Sacroileíte séptica – entidade rara com diagnóstico precoce difícil

564 P 603 Hepatite tóxica em doente cirrótico com COVID 19

564 P 604 Ela "tireoide-me" do sério

—

565 CO 01 Aplicabilidade do Guia de Consenso sobre Boas Práticas em Fim de Vida na Medicina Interna

566 CO 02 À espera de uma vaga - análise dos internamentos >30 dias numa UCPaliativos hospitalar

567 CO 03 Administração de Carbapenemes (CBPNM) por via subcutânea (SC) em cuidados paliativos (CP)

568 CO 04 Hospitalização domiciliária: 32 meses de atividade no sistema de saúde privado em Portugal

569 CO 05 Gestão da disglicemia em doentes em fim de vida – quando e como

570 CO 06 Púrpura Trombocitopénica Imune- causuística retrospetiva

571 CO 07 Resposta imunológica à 3ªdose da vacinação de SARS-CoV2 em doentes com DAIS

572 CO 08 Espondiloartropatia na doença de Behçet: uma doença ou sobreposição de entidades?

573 CO 09 Impacto da Consulta de Risco Cardiovascular: dados do primeiro ano de atividade

574 CO 10 Impacto da Clínica de IC na otimização de terapêutica modificadora de prognóstico na IC-FEmr/IC-FEr

575 CO 11 Miocardite aguda: uma revisão de 5 anos no departamento de Medicina de um hospital português

576 CO 12 Estratégias para reduzir as idas ao Serviço de Urgência por Insuficiência Cardíaca descompensada

576 CO 13 O papel da consulta especializada em insuficiência cardíaca na redução de internamentos hospitalares

577 CO 14 Avaliação da função ventricular direita em doentes sob terapêutica com sacubitril-valsartan.

578 CO 15 Terapêutica base da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida - dados da vida real

579 CO 16 Relação entre níveis de ácido fólico e homocisteína num internamento no serviço de medicina interna

580 CO 17 Prevalência se Fatores de Risco Cardiovascular em Doentes com doença Cerebrovascular

581 CO 18 O dispositivo de ressincronização cardíaca e a titulação terapêutica na insuficiência cardíaca

582 CO 19 Hospitalização como momento estratégico para otimizar terapêutica na Insuficiência Cardíaca

583 CO 20 Lung Ultrasound in Acute Heart Failure: a predictor of worsening congestion after discharge

584 CO 21 O primeiro ano da Consulta de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular

585 CO 22 Evolução dos parâmetros cardiovasculares após tratamento em doente com Hepatite C

586 CO 23 Os iSGLT2 na IC FEP: Uma oportunidade perdida

587 CO 24 FOP e AVC criptogénico: encerrar ou não encerrar?

588 CO 25 AVC NO ADULTO JOVEM: casuística de um ano de uma UAVC

589 CO 26 Níveis de homocisteína e o AVC no jovem: Pedir ou não pedir

589 CO 27 O delirium na enfermaria da Medicina Interna - prevalência e atitudes farmacológicas

590 CO 28 Ao encontro do diagnóstico: Doença de Creutzfeldt-Jakob

591 CO 29 O impacto da idade no perfil de comorbilidades em doentes com DMT2 em Portugal – estudo cMORE

592 CO 30 Comorbilidades em doentes com DMT2, em Portugal, de acordo com a duração da diabetes – estudo cMORE

593 CO 31 Avaliação de risco de diabetes tipo 2 em profissionais de saúde

594 CO 32 Corticoterapia, diabetes mellitus e a relação com a hiperglicémia em doentes COVID

595 CO 33 Think McArdle!

596 CO 34 Avaliação da intervenção terapêutica na população diabética de uma enfermaria de Medicina

597 CO 35 Clínica e subnotificação de casos de infeção por Campylobacter e Salmonella num hospital terciário

598 CO 36 Espondilodiscite infeciosa – uma análise retrospetiva

599 CO 37 Tuberculose Extrapulmonar num hospital português da periferia

600 CO 38 Abordagem do doente com Endocardite Infeciosa: casuística de cinco anos num internamento de Medicina

601 CO 39 Reduzir as recorrências, reduzir as resistências - casuística de um serviço

602 CO 40 Análise retrospetiva pelo complexo Mycobacterium tuberculosis num internamento de Medicina Interna

603 CO 41 Peso das neoplasias no Serviço de Medicina Interna: análise retrospetiva da duração de internamento

604 CO 42 O pH urinário como preditor de infecção por Proteus mirabilis

605 CO 43 Fatores de prognóstico em doentes admitidos por Pielonefrite Aguda em enfermaria de Medicina Interna

606 CO 44 Oxigenoterapia no internamento de Medicina Interna

606 CO 45 Os mais idosos – o retrato do internamento num hospital central

607 CO 46 Avaliação da dor nos doentes com demência internados num Serviço de Medicina

608 CO 47 Qualidade de sono em enfermaria de Medicina Interna

609 CO 48 Os doentes muito idosos num serviço de Medicina Interna

610 CO 49 Saúde oral, desnutrição e sarcopénia na enfermaria de Medicina

611 CO 50 Huddle Meetings como resposta para a melhoria da demora média no Serviço de Medicina Interna

612 CO 51 Impacto do Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos na Utilização Hospitalar de Quinolonas

613 CO 52 Impacto de uma Equipa de Doentes Crónicos Complexos em outcomes de saúde após um ano

614 CO 53 Hospital de Dia de Medicina Interna - uma imagem do dia-a-dia

615 CO 54 Equipa Consultoria e Responsabilidade Partilhada da Medicina Interna

615 CO 55 Cuidados de Medicina Interna no Serviço de Ortopedia– índices de qualidade ao fim do primeiro ano

616 CO 56 Medicina Interna numa enfermaria de Ortopedia – o impacto dos cuidados partilhados

617 CO 57 Fatores de risco para reinternamento após alta de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária

618 CO 58 Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca: como otimizar recursos mínimos

619 CO 59 Cuff,Cuff – O paradigma dos doentes traqueotomizados numa Unidade de Cuidados Intermédios Médica

620 CO 60 ABORDAGEM AO DOENTE COM DOR - A REALIDADE DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

621 CO 61 Sarcopenia:Métodos de avaliação/prevalência na enfermaria Medicina Interna em hospital Universitário

622 CO 62 UHD assumindo a complexidade

623 CO 63 Infeção das Vias Respiratórias Inferiores Associada ao Ventilador e a sua Relação com a COVID-19

623 CO 64 O Pedro e o lobo: o conto da Via Verde Coronária

624 CO 65 Dor torácica no Serviço de Urgência - da triagem ao diagnóstico final

625 CO 66 Vigilância microbiológica na urgência: fundamentação e casuística de um atendimento permanente

626 CO 67 CODIT –Criação de um programa de codificação baseado em inteligência artificial

—

627 P 01 Identificação das necessidades de apoio pela EIHSCP a um serviço de Medicina Interna

628 P 02 Morrer num Serviço de Medicina Interna – Quem e Como?

629 P 03 Antibioterapia em Fim de Vida: quando, como e porquê

630 P 04 Síndrome poliglandular auto imune tipo II: estudo retrospectivo

631 P 05 Purpura trombocitopénica imune: do diagnóstico ao tratamento

631 P 06 Efeitos adversos dos diuréticos tiazídicos.

632 P 07 Análise preliminar da avaliação da implementação da 'Check-list pré-alta' nos doentes com IC aguda

633 P 08 Caracterização dos doentes com tromboembolismo venoso associado ao cancro – Experiência de um centro

634 P 09 Perfil Clínico e Psicológico da Síndrome de Takotsubo

635 P 10 Fatores preditores de ***outcomes*** clinicos na embolia pulmonar num serviço de medicina interna

636 P 11 Uma visão abrangente da hipertensão arterial em doentes internados no serviço de Medicina Interna

637 P 12 Rastreio de ferropenia na insuficiência cardíaca no internamento de um hospital distrital

638 P 13 Será a literacia em saúde uma problemática na gestão do doente com insuficiência cardíaca?

639 P 14 Enfarte Agudo do Miocardio e o Controlo Adequado dos Factores de Risco

640 P 15 Fatores de risco cardiovascular numa enfermaria de Medicina Interna: quão complexos são os doentes?

641 P 16 Readmissões de insuficiência cardíaca descompensada de ambulatório, dados duma clínica de IC

642 P 17 Tromboembolismo venoso - prevenimos adequadamente?

643 P 18 Levosimendan como terapêutica paliativa: experiência de uma Clínica de Insuficiência Cardíaca

644 P 19 Prevalência e tratamento da Insuficiência Cardíaca Aguda num Serviço de Urgência

645 P 20 Insuficiência Cardíaca: combater a inércia terapêutica

646 P 21 STROKE MIMICS no adulto jovem: casuística de um ano de uma UAVC

647 P 22 O impacto da diabetes mellitus na morbimortalidade: a experiência de um serviço de Medicina Interna

648 P 23 O controlo glicémico pré-concecional das grávidas com DM1 tem impacto na incidência de complicações?

648 P 24 Quanto maior a duração da diabetes mellitus tipo 1 maior o risco de complicações na gravidez?

649 P 25 Um caso de Favismo numa mulher adulta, sem história de hemólise prévia após consumo de favas

650 P 26 Relação entre comorbilidades e risco nutricional em relação ao outcome hospitalar

651 P 27 Manifestações extrapulmonares de défice de alfa1-antitripsina: estudo exploratório unicêntrico

652 P 28 Diabetes - O que o tempo faz!

653 P 29 A prevalência de Infeções em doentes com Diabetes – Casuística de 4 anos de evolução

654 P 30 Caracterização dos internamentos com diagnóstico de hiponatrémia num Serviço de Medicina Interna

655 P 31 Hipertensão arterial secundária a hiperaldosteronismo primário: caracterização de uma subpopulação.

656 P 32 Rastreio Nutricional na Enfermaria de Medicina Interna

657 P 33 Hepatite autoimune – 3 entidades diferentes?

657 P 34 Trombocitose: estudo etiológico numa população hospitalar

658 P 35 A anemia num serviço de Medicina Interna – fotografia de um dia

659 P 36 Mastocitose sistémica indolente: revisão de uma série de casos num hospital

660 P 37 Levofloxacina vs Azitromicina no tratamento da Legionella: a realidade de um hospital terciário.

661 P 38 Perfil microbiológico e sensibilidade aos antimicrobianos de infeções urinárias da comunidade

662 P 39 Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: qual o seu impacto no desfecho dos Internamentos?

663 P 40 Casuística da consulta Pós-COVID num hospital central

664 P 41 Antibioterapia: Casuística de um dia de internamento

665 P 42 Infeção Nosocomial num Serviço de Medicina Interna – Prevalência e Fatores Associados

666 P 43 Prescrição de antibioterapia na enfermaria de Medicina Interna - um estudo transversal

667 P 44 Abcessos hepáticos – casuística num serviço de Medicina Interna ao longo de 11 anos

668 P 45 Tuberculose peritoneal, um desafio diagnóstico

668 P 46 Acidose láctica associada à metformina: casuística de 5 anos

669 P 47 O impacto do grau de autonomia na mortalidade por pneumonia adquirida na comunidade

670 P 48 Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Corticóide Inalado e Risco de Pneumonia: As Aparências Iludem?

671 P 49 Corticoterapia inalada na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: a coorte de uma consulta diferenciada

672 P 50 O Impacto da Cinesioterapia Respiratória numa Enfermaria de Medicina Interna

673 P 51 DPOC e risco de resistencia antibotica - a proposito de um estudo retrospectivo

673 P 52 Dermo-hipodermite agudas bacterianas não necrotizantes, em 7 anos de Hospitalização domiciliária.

674 P 53 Doença hepática crónica – gestão numa Unidade de Medicina de Ambulatório

675 P 54 O uso de SPSCI melhora o outcome das grávidas com Diabetes Mellitus tipo 1?

676 P 55 Variação da HbA1C durante a gravidez e influência na existência de complicações

677 P 56 Consulta de Medicina obstétrica no nosso hospital

678 P 57 Caracterização de uma População Internada com Pré-Eclâmpsia num Hospital Terciário

679 P 58 Apresentação do PROGRAMMING - promoção da Geriatria nos países em que está subdesenvolvida

680 P 59 Reinternamentos Hospitalares num Serviço Medicina Interna: Análise Descritiva a 1 ano

681 P 60 UTILIZADORES FREQUENTES NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

682 P 61 O uso de Inibidores da Bomba de Protões com intuito profilático no doente não crítico

682 P 62 Registo dos limites terapêuticos no doente em Medicina Interna: experiência de informação handover

683 P 63 Internamentos indevidos. A dimensão do problema.

684 P 64 O Impacto da Gestão Partilhada do Doente Cirúrgico - Caracterização de 9 meses de actividade

685 P 65 A realidade da investigação etiológica da hiponatremia no internamento

686 P 66 Análise descritiva da mortalidade anual num serviço de Medicina Interna no pós-pandemia Covid-19

687 P 67 Internamentos indevidos: Dimensão e causas do problema.

687 P 68 A Medicina Interna fora da sua enfermaria

688 P 69 2024 dias de internamento social/ano: Internamento indevido e produtividade num Serviço de Medicina

689 P 70 Impacto do tempo de espera em meio hospitalar na mortalidade, após referenciação para a RNCCI

690 P 71 E depois da unidade de cuidados intensivos?

691 P 72 Abordagem do Edema Agudo do Pulmão em Sala de Emergência

692 P 73 Rabdomiólise num Serviço de Medicina Interna

693 P 74 Nutrition day numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Portuguesa

694 P 75 Valor preditivo do SAPS II e APACHE III em doentes internados em UCIM como marcadores de prognóstico

—

694 IM 001 Um raro caso de abcesso pulmonar em jovem imunocompetente

695 IM 002 Mega-esófago paraneoplásico a carcinoma espinho celular do esófago

695 IM 003 Hipotermia no idoso

695 IM 004 As Múltiplas Esferas da Radiografia de Tórax

696 IM 005 MSSA ainda é um desafio

696 IM 006 Um Caso de Criptococose Disseminada em doente Imunodeprimido

697 IM 007 Uma causa inesperada de prostração no idoso

697 IM 008 Fenómeno e Síndrome de «Nutcracker»: diagnósticos a considerar

697 IM 009 Largada de balões: apresentação atípica de adenocarcinoma pulmonar

698 IM 010 Mieloma múltiplo e um mergulho no mar

698 IM 011 Teratoma maduro do mediastino

699 IM 012 Pneumotórax espontâneo secundário Pós Infeção Covid-19

699 IM 013 Bacteriemia recorrente por Pseudomona Aeruginosa Secundária a Aortite Infeciosa

699 IM 014 Massa mediastínica anterior - a propósito de um caso clínico

700 IM 015 Litíase coraliforme a «desenhar» completamente o sistema excretor

700 IM 016 Linfangiomiomatose – Uma doença rara

701 IM 017 Dermatomiosite com Calcinosis Universalis

701 IM 018 Enfisema subcutâneo pós procedimento dentário

701 IM 019 Síndrome das unhas verdes

702 IM 020 DISH: uma causa frequentemente esquecida de disfagia

702 IM 021 UMA VARIANTE ANATÓMICA BASILAR PARA A SOBREVIVÊNCIA

702 IM 022 Calcinose cutis universalis: um caso com tradução radiográfica

703 IM 023 Infusão de iloprost por bomba elastomérica no tratamento de úlceras digitais no fenómeno de Raynaud

703 IM 024 Para além do que se vê

703 IM 025 Os doentes têm sempre razão

704 IM 026 Doença de Madelung: a importância da identificação do fenótipo

704 IM 027 Dor Abdominal – um sintoma comum para um diagnóstico incomum

704 IM 028 Granuloma Angular Generalizado - Uma manifestação Cutânea Rara da Diabetes Mellitus

705 IM 029 Derrame Pleural Parapneumónico por má higiene dentária

705 IM 030 O abcesso do Músculo Psoas que era Linfoma B

706 IM 031 Uma queda pouco inocente...

706 IM 032 A pele: Manifestação exuberante de carcinoma neuroendócrino

706 IM 033 Um Achado Centenário

707 IM 034 Aspetos imagiológicos da Hidatidose Pulmonar e Hepática

707 IM 035 Metastização cutânea de carcinoma da mama

707 IM 036 Soro lipémico

708 IM 037 TUBERCULOMA INTRACRANEAL

708 IM 038 Um caso raro de abcessos cerebelosos.

709 IM 039 Volumoso hematoma ao longo do psoas-ilíaco em doente com infecão grave a Sars-Cov2

709 IM 040 Exuberante metastização hepática num caso de Adenocarcinoma da Vesícula Biliar

709 IM 041 Abcesso pulmonar associado a fratura condral inflamatória e fistulização peitoral

710 IM 042 "Tree-in-bud" na tuberculose

710 IM 043 ATEROSCLEROSE E HIPERTENSÃO: UMA SIMBIOSE PERIGOSA

710 IM 044 Pneumomediastino Secundário a Distress Respiratório-Quando o Raro Acontece

711 IM 045 Polisserosite e Bócio Mergulhante

711 IM 046 Uma tumefação lombar a sinalizar pielonefrite

712 IM 047 Relevância imagiológica no diagnóstico de mais um caso de encefalite herpética

712 IM 048 Nódulos de Schmorl - achados comuns de causa incerta

712 IM 049 Pseudoxantoma Elástico: Um diagnóstico desafiante

713 IM 050 Secundarização hepática ou achados benignos?

713 IM 051 Displasia Fibrosa: um caso raro no adulto

713 IM 052 Uma Massa Surpresa

714 IM 053 Tofos gotosos. Uma raridade que importa saber reconhecer

714 IM 054 Doença de Madelung

715 IM 055 Uma "explosão" abdominal

715 IM 056 Parainfluenza 2: uma evolução rara de uma infeção comum

715 IM 057 Escleroderma ou morfeia linear, um diagnóstico clínico

716 IM 058 Atingimento Aórtico difuso na Arterite de Células Gigantes

716 IM 059 O desafio de um diagnóstico de infeção associada a dispositivo cardíaco elétrico implantável (DCEI)

716 IM 060 Stevens-Johnson sobreposto a Necrólise Epidérmica Tóxica

717 IM 061 Letálides, metástases em "máscara" ou metástases cutâneas com mau prognostico – letais.

717 IM 062 Uma elevada suspeita, um diagnóstico célere, uma extensa disseção da aorta

717 IM 063 Um aperto na artéria – síndrome da veia cava superior

718 IM 064 Uma "largada de balões" pulmonar e hepática!

718 IM 065 Psoríase vs Toxicodermia

718 IM 066 Um pouco de rim nos quistos

719 IM 067 Doença da criança no adulto

719 IM 068 Calcinose cutis: uma manifestação não descrita de artrite psoriática?

720 IM 069 Melanoma maligno metastizado

720 IM 070 GIST - apresentação atípica

720 IM 071 Isquemia digital- Síndrome de Raynaud e doença aterosclerótica

721 IM 072 Aneurisma calcificado como causa de AVC isquémico

721 IM 073 Onde está o baço? - um caso de hepatomegalia e asplenismo

722 IM 074 Síndrome de Horner após drenagem de nódulo cístico tiroideu – uma complicação rara

722 IM 075 Aspergilose invasiva: o papel da broncofibroscopia no diagnóstico quando a apresentação é atípica

722 IM 076 Higroma de líquor subdural – um caso grave e raro

723 IM 077 TB or not TB?

723 IM 078 Linfangite carcinomatosa no adenocarcinoma do pulmão

724 IM 079 Mieloma múltiplo à flor da pele

724 IM 080 Tratamento local de Metástases Cutâneas de Carcinoma Peritoneal Primário de Células Claras

724 IM 081 Traqueomalácia no idoso: uma causa rara de dispneia.

725 IM 082 Purple urine bag syndrome: A colorful infection

725 IM 083 Aspergilose: a importância da história clínica

726 IM 084 Síndrome da algália roxa

726 IM 085 Nem tudo o que parece, é! – Um caso de abcesso pulmonar

726 IM 086 Quando a inflação obriga a Klebsiella a mudar-se para o pulmão - um caso de pneumonia necrotizante

727 IM 087 Calcinose Cutânea Generalizada

727 IM 088 Hidropneumotórax, uma complicação rara da pneumonia necrotizante

727 IM 089 Quando um pulmão parece um fígado

728 IM 090 Metástase peritoneal infectada

728 IM 091 Lesões líticas: o primeiro sinal de Mieloma Múltiplo

729 IM 092 Metastização esternal de neoplasia do pulmão.

729 IM 093 Lesão de Dieulafoy: uma localização inesperada

729 IM 094 Descubram as diferenças

730 IM 095 Disseção da Aorta: uma ameaça silenciosa

730 IM 096 Bisalbuminémia: um achado raro na eletroforese

730 IM 097 Sindrome de Horner em Tumor de Pancoast

731 IM 098 Mesotelioma Sarcomatóide: o diagnóstico devastador de uma massa intratorácica

731 IM 099 Mucosite com Evolução Fatal em Doente sob Capecitabina por Carcinoma da Mama

732 IM 100 Esófago negro

732 IM 101 Uma causa rara de enfisema da parede abdominal ântero-lateral

732 IM 102 DRESS, um diagnóstico a considerar no rash generalizado

733 IM 103 Tuberculose Pulmonar e Ganglionar

733 IM 104 Doença Renal Poliquística Autossómica Dominante, o futuro já previsível

733 IM 105 Um caso atípico de epigastralgias

734 IM 106 Pustulose generalizada exantemática aguda

734 IM 107 Disfagia de origem osteofítica

734 IM 108 Tuberculose Pulmonar – Ainda não a podemos esquecer!

735 IM 109 Quisto aracnoideu: uma lesão benigna exuberante

735 IM 110 Da Placa Eritematosa ao Linfoma Cutâneo de Células T

735 IM 111 Uma apresentação atípica de um diagnóstico grave

736 IM 112 Quando uma massa mediastínica é uma espondilodiscite

736 IM 113 Esteatose Hepática Geográfica

736 IM 114 O sinal de Chilaiditi

737 IM 115 Pioderma gangrenoso: uma manifestação cutânea rara de doença hemato-oncológica

737 IM 116 Displasia fibromuscular: uma causa rara de hipertensão arterial

738 IM 117 Aneurisma da aorta abdominal em risco iminente de rutura

738 IM 118 A infeção respiratória no pulmão fibrótico: uma mistura explosiva

738 IM 119 Evidência imagiológica de Neurocisticercose

739 IM 120 Schwannoma vestibular – um caso no qual o tamanho importa.

739 IM 121 Sarcoma Primário do Fígado: Um Caso Imagem De Neoplasia Rara No Adulto

740 IM 122 Encefalite Herpética – quando a vertigem e cefaleia podem ser fatais.

740 IM 123 Largada de balões – importância do rastreio ginecológico

740 IM 124 Eritema Pigmentado Fixo Generalizado a Amoxicilina/Ácido Clavulânico

741 IM 125 Fígado "meio" gordo

741 IM 126 Biloma, um raro e tardio achado

742 IM 127 Púrpura de Schönlein-Henoch (Vasculite por IG A) no Idoso

742 IM 128 Calcinose cutânea extensa na Esclerose Sistémica Cutânea Limitada

742 IM 129 De uma "dor no ombro" a um plasmocitoma

743 IM 130 Divertículo traqueal, um achado incomum e silencio

743 IM 131 Pielonefrite complicada por cálculo volumoso em doente com Galactosemia Clássica

744 IM 132 Doença da arranhadela do gato sem contexto epidemiológico

744 IM 133 Apneia de etiologia osteoarticular - a propósito de um caso clínico

744 IM 134 Penfigóide bolhoso - Um diagnóstico a não perder

1745 IM 135 Até que o diafragma nos separe

745 IM 136 Não há coração que aguente...

745 IM 137 Pneumomediastino Espontâneo

746 IM 138 Neoplasia da mama com metastização pulmonar – evolução imagiológica em 4 meses

746 IM 139 Toxicodermia ao Pantoprazol

747 IM 140 Tofos Gotosos

747 IM 141 Neoplasia da mama com invasão cutânea

747 IM 142 Um exuberante pneumoperitoneu

748 IM 143 Pneumomediastino - um diagnóstico raro no jovem

748 IM 144 Pneumonia filiada em fístula esofágica?

749 IM 145 Uma imagem, um diagnóstico: A propósito da artrite séptica coxofemoral

749 IM 146 Um grande coração

749 IM 147 Hérnia de Hiato tipo IV

750 IM 148 Um pacemaker gerador de ansiedade

750 IM 149 Coartação da Aorta

750 IM 150 Coração frio: alterações eletrocardiográficas na hipotermia

751 IM 151 Zoster Hemorrágico: imagens de uma rara causa de púrpura

751 IM 152 Hérnia de Bochdalek no adulto

752 IM 153 Sarcoma de Ewing gigante... em idade adulta

752 IM 154 Síndrome de Heterotaxia e Poliesplenia

752 IM 155 Febre escaronodular com tache noir

753 IM 156 Massa pélvica pseudotumoral - um caso de ALVAL.

753 IM 157 Tumor do couro cabeludo – um mês de evolução

754 IM 158 Carcinoma hepatocelular e síndrome metabólica: um problema crescente

754 IM 159 Calcificação diagnóstica de aneurisma da aorta

754 IM 160 Um achado surpreendente numa endoscopia digestiva alta (EDA)

755 IM 161 Enfarte medular isquémico - um raro acidente vascular

755 IM 162 Pelagra, um défice nutricional raro no mundo desenvolvido

755 IM 163 Abcesso hepático - um desafio diagnóstico

756 IM 164 Um caso de pseudoaneurisma da artéria radial após gasometrias de repetição.

756 IM 165 Largada de balões: alternativas diagnósticas

757 IM 166 Síndrome de Ogilvie - a propósito de um caso clínico

757 IM 167 Um caso improvável de pneumomediastino

757 IM 168 Síndrome de Sweet - uma imagem

758 IM 169 Escrófula – diagnóstico esquecido?

758 IM 170 Doença pulmonar relacionada à IgG4

758 IM 171 Paragem cardiorrespiratória por epistáxis maciça na inalação por cocaína

759 IM 172 Importância da saúde oral para o Internista

759 IM 173 Mens sana, Corpus aegra

760 IM 174 Abcesso mediastínico secundário a perfuração do esófago

760 IM 175 Furúnculo ou Monkeypox?

760 IM 176 Imerso num diagnóstico: Um achado imagiológico

761 IM 177 Abcesso pulmonar em doente com neoplasia pulmonar

761 IM 178 Quando a hemihipostesia é mais que um AVC

761 IM 179 Sarcoma de Kaposi - estamos de volta aos anos 80?

762 IM 180 Espondilodiscite com Endocardite

762 IM 181 Um caso de um Africano imunocompetente com sarcoma de Kaposi endémico

763 IM 182 Risco de obstrução da via aérea por enfisema subcutâneo extenso

763 IM 183 Aurícula aneurismática adquirida

763 IM 184 Choque séptico em jovem de causa pouco frequente

764 IM 185 Massa Cervical – De dor a tumor num breve intervalo de tempo

764 IM 186 Abcesso pulmonar por MRSA - uma imagem diagnóstica

765 IM 187 Quando um mal não vem só

765 IM 188 Quisto hidático descoberto incidentalmente

765 IM 189 Aneurisma micótico: uma instalação perigosa

766 IM 190 Radiografia torácica no diagnóstico de pneumoperitoneu

766 IM 191 Dor torácica: uma manifestação de pneumomediastino

767 IM 192 Vasculite como diagnóstico diferencial de úlcera cutânea

767 IM 193 Microlitíase alveolar pulmonar: uma doença rara

767 IM 194 Exuberante hepatomegalia em jovem saudável

768 IM 195 Síndrome do saco coletor de urina roxa

768 IM 196 Um estranho caso de TEP

769 IM 197 Pseudoaneurisma da válvula aorta, uma complicação incomum

769 IM 198 Cistite Enfisematosa

769 IM 199 PENFIGÓIDE BOLHOSO NO IDOSO: UM Caso Clínico

770 IM 200 A artéria que simulou uma neoplasia e outras quantas patologias gastro-intestinais

770 IM 201 Metástase acral de carcinoma do palato – uma via metastática rara

770 IM 202 Variante incomum de Sarcoidose

771 IM 203 Macroadenoma da hipófise - uma macrocomplicação?

771 IM 204 Trombo intracavitário associado a CVCTI

772 IM 205 Birt-Hogg-Dubé incidental em doente sem história característica

772 IM 206 A importância de um diagnóstico atempado: um caso de síndrome da veia cava superior.

772 IM 207 "A maior caixinha de surpresas que conheço...? A vida" - Linfoma Pulmonar

773 IM 208 Alargamento Mediastínico - um sinal de alarme

773 IM 209 Uma Etiologia desigual da Omalgia Crónica

774 IM 210 Purple Urine Bag Syndrome

774 IM 211 Quando existe mais um lobo

774 IM 212 Nem tudo é ansiedade: outras causas de dor torácica

775 IM 213 Tumor Neuroendocrino - uma causa incomum de dor abdominal

775 IM 214 Um caso imagem de abcesso cerebral de etiologia indeterminada

776 IM 215 Embolia esplénica paradoxal

776 IM 216 Largada de Balões Catastrófica

776 IM 217 Bronquiectasias de origem indeterminada

777 IM 218 Quando os sintomas são causa e não consequência

777 IM 219 Volvo gástrico: uma localização incomum de volvo

777 IM 220 Mieloma Múltiplo, o quebra-ossos

778 IM 221 Empiema e Pneumomia necrotizante, uma entidade desafiante

778 IM 222 Herpes Zóster ramo Oftálmico – uma imagem que fala por si

778 IM 223 Derrame Pleural Parapneumónico Complicado

779 IM 224 Um mal nunca vem só... um caso de sarcoma da mama

779 IM 225 Um dos pesadelos da silicose crónica

780 IM 226 Uma evidência esquecida ao longo dos anos

780 IM 227 O gelo tudo revela

781 IM 228 Aneurismas micóticos – diagnóstico diferencial na dor abdominal

781 IM 229 Uma cefaleia invulgar

782 IM 230 Um exemplo de apresentação de um abcesso cerebral

782 IM 231 Quando o coração se manifesta na pele

782 IM 232 Um caso de calcificações cerebrais extensas

783 IM 233 Hemorragia alveolar difusa por Granulomatose com Poliangeíte: do diagnóstico à complicação

783 IM 234 De exantema pruriginoso a Síndrome de Stevens-Johnson com disfunção multiorgânica

784 IM 235 Desobstruir para oxigenar: um caso de obstrução brônquica

784 IM 236 Um caso raro de litíase renal

784 IM 237 Embolia gordurosa encefálica

785 IM 238 Tamponamento cardíaco na ecografia à cabeceira do doente agudo

785 IM 239 Fazer da "tripa" um pulmão

786 IM 240 Apresentação rara de adenocarcinoma do pulmão: um caso de endocardite marântica.

786 IM 241 Um caso de Epiglotite no Adulto

786 IM 242 Massa epicraniana como primeira manifestação de neoplasia do pulmão

787 IM 243 Um caso de penfigóide bolhoso

787 IM 244 Purple urine bag syndrome – ver para não esquecer

787 IM 245 "A View from the Bridge"

788 IM 246 Pneumocistose forma quística com pneumotórax

788 IM 247 Uma imagem que faz o diagnóstico

789 IM 248 Síndrome de Poliesplenia – uma descoberta acidental

789 IM 249 Síndrome de Honer associado a SARS COV2

789 IM 250 Uma Otite muito complicada

790 IM 251 Estômago no Peito

790 IM 252 Síndrome de Leriche Como Causa Rara de Hipertensão Renovascular: Um Caso Imagem

791 IM 253 Uma apresentação rara de Carcinoma pouco diferenciado

791 IM 254 Alterações cutâneas na gravidez – mais condições a considerar

791 IM 255 Uma causa atípica de hematúria

792 IM 256 Um caso de Síndrome de Sweet

792 IM 257 Anatomia (i)Lusória

793 IM 258 Salt and pepper

793 IM 259 Uma causa inesperada de Dispneia

793 IM 260 Quando a trombose, a erisipela e a isquémia coexistem num membro

794 IM 261 As pistas da radiografia de tórax

794 IM 262 Tumor fantasma do pulmão na insuficiência cardíaca

795 IM 263 Consequências do COVID e ventilação não invasiva

795 IM 264 Ivory vertebra: um achado de imagem em diferentes diagnósticos

795 IM 265 Farh Syndrome

796 IM 266 Um aperto no peito

796 IM 267 Toxoplasmose cerebral em HIV naïve: um diagnóstico inesperado

797 IM 268 Quando uma imagem sugere um diagnóstico - Schistossomiase?

797 IM 269 Massa retroperitoneal: a propósito de um caso diagnosticado tardiamente

797 IM 270 Achados clássicos de isquemia intestinal em TC: um caso clínico

798 IM 271 Tuberculose Pulmonar - Um diagnóstico a ter em mente

798 IM 272 Hipocoagular ou não hipocoagular, eis a questão.

799 IM 273 Sindrome de Shaggy Aorta, uma causa improvável de embolização arterial

799 IM 274 Protusão abdominal como manifestação de Hepatocarcinoma

799 IM 275 Síndrome de Ogilvie: a mimetizadora da obstrução mecânica

800 IM 276 Um infiltrado pulmonar exuberante de etiologia incerta

800 IM 277 Vasculite de IgA após infeção estreptocócica no adulto

801 IM 278 Uma causa rara de dor torácica

801 IM 279 Síndrome da veia cava superior: uma manifestação inicial de neoplasia pulmonar

—

801 PA 01 Alteração da Enzimologia Hepática – Um caminho para o Diagnóstico de Sarcoidose

802 PA 02 Autoimmune gastritis: a paraneoplastic syndrome? - about a clinical case

803 PA 03 Amiloidose cardíaca, um reconhecimento necessário

804 PA 04 De Cervicalgia até Sarcoidose Cardíaca

805 PA 05 Efeitos do Tocilizumab na Anemia Inflamatória da Artrite Reumatóide

805 PA 06 iSGLT-2: a real game changer for diabetics with heart failure?

806 PA 07 AVC por embolia gorda

807 PA 08 Síndrome de Guillain-Barré e o Covid-19

807 PA 09 Síndrome de Percheron , um acidente vascular isquémico dissimulado

808 PA 10 De sinusite aguda a hemorragia cerebral – uma evolução rara.

809 PA 11 Tumores castanhos - quando lesões ósseas e hipercalcemia não são tão malignos assim

809 PA 12 Importância do estudo genético na sobrecarga de ferro: um caso clínico

810 PA 13 A importância da integração no diagnóstico: um caso de Hiperparatiroidismo Primário

811 PA 14 Cetoacidose diabética euglicémica e SGLT2i: uma realidade crescente?

811 PA 15 Do Edema Periférico ao encontro da Doença de Crohn - Uma apresentação atípica

812 PA 16 Défice de glucose-6-fosfato desidrogenase - uma doença hereditária diagnosticada num idoso

813 PA 17 Linfoma primário da medula óssea: um diagnóstico desafiante

814 PA 18 Vicia Faba

814 PA 19 Acrocianose e isquemia digital - uma gamapatia monoclonal não tão inocente

815 PA 20 Envolvimento do Sistema Nervoso Central por Leucemia Linfocítica Crónica

816 PA 21 Miíase nasal - um caso incomum e fora de época

816 PA 22 Infecção a Clostridium perfringens: Um Problema Que Não Ficou No Século Passado

817 PA 23 Sida e derrames quilosos-dilemas diagnósticos

818 PA 24 Pneumonia por Varicela em doente imunocompetente

819 PA 25 Micobacteriose disseminada por Mycobacterium celatum: Um caso de persistência diagnóstica

819 PA 26 Hipereosinofilia Paraneoplásica - A primeira manifestação de um Adenocarcinoma do Pulmão

820 PA 27 Lombociatalgia incapacitante: a propósito de um caso clínico

821 PA 28 Letálides, metástases em "máscara" ou metástases cutâneas com mau prognostico – letais.

821 PA 29 Comum, mas nem tanto

822 PA 30 Estenose traqueal pós intubação prolongada: Uma complicação potencialmente fatal

823 PA 31 Sarcoidose Cavitária complicada com Aspergiloma

823 PA 32 Um Coração em Apuros

—

824 POSA 001 Aplasia medular pós auto-transplante: "quando não se morre da doença e morre-se da cura"

825 POSA 002 Pneumonia bilateral nem sempre é vírica

825 POSA 003 Anticoagulação em doentes obesos: always the same?

826 POSA 004 Miopericardite, a grande simuladora: a propósito de um caso clínico

827 POSA 005 Febre, mialgias e rash – qual o diagnóstico?

827 POSA 006 Não é sempre um AVC

828 POSA 007 Lesao ocupando espaço - diagnostico diferencial

829 POSA 008 Vasculite granulomatosa necrotizante associada ao uso de cocaína – a propósito de um caso clínico

829 POSA 009 Trombocitopenia grave no carcinoma da mama metastizado

830 POSA 010 Enteropatia associada ao VIH como apresentação inaugural da infeção

831 POSA 011 Uma doença da criança no adulto

831 POSA 012 Não é Varicela, é doença de Behçet

832 POSA 013 Doença de Cushing com hiperplasia das suprarrenais e hiperparatiroidismo secundário síncrono

833 POSA 014 Tuberculose disseminada em tempos de COVID-19: Importância de vigilância em doentes imunossuprimidos

834 POSA 015 Hipercalcémia como manifestação inicial de Linfoma de células B

834 POSA 016 Todos os caminhos levam à Hipertensão Pulmonar - Um caso de Esclerose Sistémica

835 POSA 017 Líquen plano após infeção por COVID-19: a propósito de um caso.

836 POSA 018 Envolvimento gastrointestinal no lúpus eritematoso sistémico: um caso raro

836 POSA 019 Os olhos: a janela da alma e do diagnóstico

837 POSA 020 Acidente vascular cerebral como manifestação de neurossífilis

838 POSA 021 Uma causa menos frequente de colite isquémica no idoso

838 POSA 022 Neurotoxicidade do Baclofeno na doença renal crónica: um caso clínico

839 POSA 023 A profissão conta?

840 POSA 024 Endocardite Infeciosa com culturas negativas

840 POSA 025 Derrame Pericárdico secundário a infeção por Epstein–Barr, um relato de caso

841 POSA 026 Urticária crónica espontânea e auto-imunidade: que relação?

842 POSA 027 Febre e convulsões no Serviço de Urgência

843 POSA 028 Hepatite a Estatinas: uma pista para algo mais?

843 POSA 029 Tumor neuro-endócrino do colo do útero com metastização múltipla

844 POSA 030 Hemorragia Oculta

845 POSA 031 Desafio diagnóstico e terapêutico de uma febre Q aguda com apresentação atípica

845 POSA 032 Granulomatose com poliangeíte: diagnóstico após embolia pulmonar e suspeita de neoplasia

846 POSA 033 Vasculites associadas a anticorpo anticitoplasma de neutrófilos:heterogeneidade na afetação pulmonar

847 POSA 034 O desafio diagnóstico de uma tuberculose peritoneal

848 POSA 035 Em busca do primário

848 POSA 036 Por detrás da trombose venosa - Relato de Caso Clínico

849 POSA 037 Nem tudo é o que parece

850 POSA 038 Causa rara de cefaleia

850 POSA 039 A mesma doença, duas formas de apresentação

851 POSA 040 "Formigueiros" - Primeiro evento ou evento único?

851 POSA 041 Febre sem foco: O início de um desafio diagnóstico

852 POSA 042 Bacteriémias de repetição e a importância do controlo de foco

853 POSA 043 Angiectasias refratárias à terapêutica endoscópica – um desafio terapêutico

853 POSA 044 Um caso de Pseudo-obstrução cólica com 14 meses de evolução

854 POSA 045 Síndrome anti-sintetase: Um diagnóstico raro na consulta de medicina interna

855 POSA 046 Um estranho caso de Esplenomegália

855 POSA 047 A idade é apenas um número - disse o Lúpus Eritematoso Sistémico

856 POSA 048 Sarcoidose Extrapulmonar – Um Desafio Clínico

857 POSA 049 Acidose lática associada à metformina - a importância da identificação precoce

857 POSA 050 Trombose Venosa Profunda e Doença Celíaca: Uma Associação a Não Esquecer

858 POSA 051 O que esconde a ascite – Relato de Caso Clínico

859 POSA 052 GLOBALIZAÇÃO E PERDA DAS BARREIRAS DE ENDEMICIDADE: A PROPÓSITO DE UM CASO DE SALMONELLOSE

860 POSA 053 O perigo dos suplementos alimentares

860 POSA 054 Intoxicação a metotrexato–a importância da comunicação médico-doente

861 POSA 055 Carcinoma de pequenas células da bexiga – uma entidade rara e agressiva

862 POSA 056 Doença pneumocócica invasiva - um olhar atento

862 POSA 057 Quando o tratamento causa doença - Doença invasiva por CMV em doente imunodeprimido

863 POSA 058 É uma dor de cabeça

864 POSA 059 Síndrome de Heyde: um caso clínico

864 POSA 060 Lúpus de início tardio

865 POSA 061 Meningite tuberculosa: a importância do diagnóstico diferencial da cefaleia.

866 POSA 062 Linfoma manifestado por Sindroma Inflamatória Sistémica

866 POSA 063 Hipotensão Pós-Prandial: Etiologia De Síncope

867 POSA 064 "O trombo antes da tempestade" - uma complicação incomum na Miocardiopatia de Takotsubo

868 POSA 065 Um bem que veio por mal

868 POSA 066 Mais um caso de Tromboembolia?

869 POSA 067 Artrite séptica do joelho complicada de choque hemorrágico

870 POSA 068 Um caso de doença insidiosa mas agressiva

870 POSA 069 Abcesso hepático: importância da clínica na marcha diagnóstica

871 POSA 070 Tuberculose: uma doença antiga, um diagnóstico difícil

872 POSA 071 Síndrome de DRESS: a importância de um diagnóstico e tratamento precoce

872 POSA 072 Quando a clínica não é sugestiva

873 POSA 073 Rabdomiólise: Doença Profissional?

874 POSA 074 Um caso de Leptospirose de apresentação incomum

874 POSA 075 Hiperparatiroidismo– uma causa invulgar de hemorragia digestiva alta

875 POSA 076 A Importância da Vigilância do Tratamento com Metformina

876 POSA 077 Quando somos pressionados pelo tempo

876 POSA 078 Apoplexia Pituitária

877 POSA 079 Púrpura de Henoch Schönlein no Adulto: Descrição de Caso

878 POSA 080 Rápida instalação e lente resolução da meningoencefalite

878 POSA 081 Vasculite de pequenos vasos: uma marcha diagnóstica arrastada

879 POSA 082 O raro tumor neuroendócrino: Insulinoma – a propósito de um caso clínico

880 POSA 083 Tuberculose meníngea: rara e indolente mas incapacitante e potencialmente letal

880 POSA 084 Pancreatite crónica: um autêntico desafio diagnóstico

881 POSA 085 Uma Causa Perigosa de Síndrome Febril Indeterminado

882 POSA 086 Neurossarcoidose com atingimento hipofisário

883 POSA 087 Mais do que uma Mera Diabetes Descompensada

883 POSA 088 Policitemia vera: uma causa rara de estado pró-trombótico.

884 POSA 089 Um diagnóstico inesperado de hiperbilirrubinemia.

885 POSA 090 "Heyde" in Plain Sight: Uma Causa Incomum de Retorragias

886 POSA 091 Doença de Graves e tempestade tiroideia – Um caso clínico

886 POSA 092 Abcedação Hepática Múltipla por Kleb. Pneumoniae

887 POSA 093 Hiperaldosteronismo primário: uma causa de hipertensão a suspeitar

888 POSA 094 Agranulocitose secundária a Metimazol: um caso de Neutropenia Febril por Amigdalite Infeciosa

889 POSA 095 Abcesso abdominal atípico - a propósito de um caso

889 POSA 096 Parésia do vi par craniano como apresentação inicial de Adenocarcinoma Gástrico Metastizado

890 POSA 097 Síndrome RS3PE – um desafio diagnóstico

891 POSA 098 Doença de Lyme, nem tudo é o que parece

891 POSA 099 Diarreia crónica no idoso: o desafio do diagnóstico

892 POSA 100 Glomerulonefrite crescêntica Pauci-Imune: uma vasculite associada ao ANCA

893 POSA 101 Síndrome de Tolosa-Hunt como apresentação de meningioma

893 POSA 102 Diabetes mal controlada como manifestação inicial de neoplasia pancreática

894 POSA 103 Um Exuberante Caso de Pênfigo Bolhoso

895 POSA 104 Overlap Colangite Biliar Primária-Hepatite autoimune -Um caso clínico

895 POSA 105 Lesão ocupando espaço cerebral

896 POSA 106 Choque hipovolémico em doente com tromboembolismo pulmonar

897 POSA 107 Linfoma de grandes células B primário do mediastino

897 POSA 108 Carcinoma da próstata metastizado – um caso onde o PSA é discordante da clínica.

898 POSA 109 O Eritema Nodoso e a tríade do Síndrome de Löfgren – a propósito de um caso clínico

899 POSA 110 Quando a epidemiologia não bate certo com o diagnóstico – Adenocarcinoma do pulmão no jovem

900 POSA 111 Síndrome de Charles-Bonnet: um diagnóstico diferencial de alucinações visuais

900 POSA 112 Hipertiroidismo, hipotiroidismo ou ambos?

901 POSA 113 Manifestações de vasculite: O desafio terapêutico

902 POSA 114 Uma associação auto--imune – a propósito de um síndrome de sobreposição

902 POSA 115 Mieloma Múltiplo ou Plasmocitoma: origem desconhecida

903 POSA 116 Sarcoidose Multissistémica: da inespecificidade sintomática ao diagnóstico

904 POSA 117 Hipertiroidismo na gravidez: uma condição transitória mas potencialmente grave

905 POSA 118 Endocardite infecciosa e as suas complicações – a propósito de um caso clínico

905 POSA 119 Uma causa inesperada de artralgias

906 POSA 120 Um caso inesperado de neutropenia grave

907 POSA 121 Anemia hemolítica aguda secundária a infeção por CMV em adulto imunocomprometido

907 POSA 122 GOTA: uma apresentação atípica

908 POSA 123 Hipertensão arterial secundária a nefropatia de IgA

909 POSA 124 Derrame Pleural Recidivante - da suspeita ao diagnóstico

909 POSA 125 Diplopia – muito mais que visão dupla

910 POSA 126 Fast Sharp

911 POSA 127 Tuberculose – Uma patologia a não esquecer

911 POSA 128 Uma complicação rara na dermatomiosite

912 POSA 129 Quando o músculo rompe...

913 POSA 130 Um caso de polisserosite

913 POSA 131 Anemia perniciosa um diagnóstico com sintomatologia inespecífica

914 POSA 132 Cetoacidose Diabética Euglicémica - quando parar os iSGLT2?

915 POSA 133 Diagnóstico diferencial de Lesão renal rapidamente progressiva

915 POSA 134 Cistite enfisematosa, uma causa infrequente de choque séptico

916 POSA 135 Qual o efeito da canábis no pâncreas?

917 POSA 136 Disseção aórtica tipo I de DeBakey/tipo A de Stanford – uma emergência cirúrgica

917 POSA 137 Herpes zoster oftálmico e lesão renal aguda

918 POSA 138 Um caso de Rebound após suspensão de agonista alfa2

919 POSA 139 Um caso atípico de artrite psoriática

919 POSA 140 Hipertensão arterial em idade jovem: diagnóstico raro de feocromocitoma

920 POSA 141 "A Gravidez não é doença, mas..."

921 POSA 142 Um caso de apresentação de Neurosífilis como Acidente Vascular Cerebral

921 POSA 143 Vasculite de Pequenos Vasos, uma doença silenciosa e com diagnóstico sinuoso.

922 POSA 144 Hipertensão arterial refratária: quando hipocaliémia desvenda a causa

923 POSA 145 Quando nem todos os défices neurológicos são Acidente Vascular Cerebral – O caso de um Glioblastoma

923 POSA 146 Síndrome de Löfgren: uma entidade a não esquecer na abordagem do eritema nodoso

924 POSA 147 O papel da imunoglobulina endovenosa num distúrbio hemorrágico

925 POSA 148 Ascite Inaugural – um diagnóstico pouco comum

925 POSA 149 Interação potencialmente fatal - 5-Fluorouracilo (5-FU) e a Brivudina

926 POSA 150 Síndrome constitucional – um desafio diagnóstico

927 POSA 151 Desafio diagnóstico – um caso de encefalite autoimune com anticorpos anti LGI1

927 POSA 151 Cansaço em doente com fibrilhação auricular: um caso de hipertensão pulmonar de etiologia inesperada

928 POSA 152 De Síndrome Vertiginoso a Síndrome Locked-In

929 POSA 153 Distrofia Miotónica tipo 1, da diminuição da acuidade visual ao diagnóstico

929 POSA 154 Pericardite constritiva e tamponamento cardíaco secundário a tuberculose – ainda uma realidade

930 POSA 155 Herpes Disseminado

931 POSA 156 Dor Lombar recorrente: como a clínica continua a ser basilar para um diagnóstico.

932 POSA 157 Derrame pleural recidivante - um diagnóstico a considerar

932 POSA 158 Síndrome febril de novo em doente com Febre Q

933 POSA 159 Inibidores adquiridos da coagulação – uma causa rara de discrasia hemorrágica

933 POSA 160 Esferocitose Hereditária – hemólise de causa inesperada

934 POSA 161 De leptospirose a doença de Weil

935 POSA 162 Arterite de células gigantes: a propósito de um caso clínico

936 POSA 163 Meningite a Haemophilus Influenza no adulto

936 POSA 164 Doença Relacionada com IgG4

937 POSA 165 Vasculite associada à vancomicina - Uma reação adversa rara

938 POSA 166 Trombocitopenia Imune – O Desafio Terapêutico das Situações Refratárias

938 POSA 167 Abcesso cervical – quando a origem é a pista

939 POSA 168 Quando o fungo nos ataca

939 POSA 169 Calcificação caseosa do anel mitral: uma causa rara de embolização sistémica.

940 POSA 170 Dispneia e citólise hepática, não era fígado nem pulmão... afinal era coração

941 POSA 171 Um caso de cetoacidose diabética euglicémica

941 POSA 172 Onde há fumo, nem sempre há fogo

942 POSA 173 Falência de terapêutica com biossimilar: uma hipótese a lembrar

943 POSA 174 Hipercalcemia: desafio diagnóstico?

943 POSA 175 Enteropatia perdedora de proteínas - a propósito de um caso clínico

944 POSA 176 Um caso de linfadenite necrotizante histiocítica ou doença de Kikuchi-Fujimoto

945 POSA 177 Endocardite infeciosa no leque de etiologias de insuficiência cardíaca

945 POSA 178 Hiperparatiroidismo primário - um caso clínico com anos de evolução

946 POSA 179 Sarcoma do estroma endometrial de alto grau – uma neoplasia rara

947 POSA 180 Poliglobulia: análises de rotina com um propósito.

947 POSA 181 Trombocitopenia autoimune, uma patologia de exclusão

948 POSA 182 Sindrome de Sweet

949 POSA 183 Sarcoidose e Mieloma Múltiplo - Uma associação a considerar

949 POSA 184 Tempestade tiroideia - caso clínico

950 POSA 185 BCGite após terapêutica intravesical

951 POSA 186 Meningoencefalite a Streptococcus pneumoniae: a propósito de uma caso clínico

951 POSA 187 Um Caso de Hipotiroidismo Severo

952 POSA 188 Nem tudo o que parece é

953 POSA 189 Trombocitopenia Imune na Sombra da Artrite Reumatóide

953 POSA 190 Quando a dor não vem só

954 POSA 191 Febre de Origem Desconhecida: um caso de Vasculite de Grandes Vasos

955 POSA 192 Hemorragia digestiva baixa como rara apresentação de Síndrome de Weil

955 POSA 193 Linfoma do Manto, diagnóstico diferencial de Tuberculose.

956 POSA 194 Varicella Zoster Virus Encephalitis In An Immunocompetent Adult - A Case Report

956 POSA 195 Pancreatite Aguda por Sars-Cov2 - Causa ou coincidência?

957 POSA 196 Contracepção oral como causa de tromboembolismo pulmonar maciço?

958 POSA 197 Hungry Bone Syndrome - Um caso paradigmático

959 POSA 198 Enfisema subcutâneo e pneumomediastino – uma complicação rara da extração dentária

959 POSA 199 PARAPARÉSIA COMO SINTOMA DE ALERTA NUM TUMOR DE PANCOAST

960 POSA 200 Intoxicação digitálica aguda

960 POSA 201 Ao que uma gasometria pode levar

961 POSA 202 Leptospirose – Um diagnóstico a não esquecer

962 POSA 203 DILI – um diagnóstico diferencial a ter em conta

963 POSA 204 Púrpura de Henoch-Schönlein no adulto

963 POSA 205 Abordagem terapêutica da Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida num doente oncológico

964 POSA 206 Doença de Crohn: um caso potencialmente fatal

965 POSA 207 Polimialgia Reumática – Diagnóstico de novo em contexto de Internamento

965 POSA 208 VIH e mieloma múltiplo – relação causal ou coincidência?

966 POSA 209 Quando o impensável bate à porta

967 POSA 210 Diagnóstico inesperado de um adenocarcinoma do pulmão.

967 POSA 211 Surdez Neurossensorial associada à COVID19

968 POSA 212 Carcinoma da paratiroide – uma causa rara de hipercalcémia

969 POSA 213 Diagnóstico de Mieloma múltiplo no estudo de uma Leucemia

970 POSA 214 Um testemunho em cuidados paliativos

971 POSA 215 Endocardite subaguda: um desafio clínico em doentes idosos

971 POSA 216 Tuberculose do sistema nervoso central

972 POSA 217 Síndrome Nefrítico - Afetação renal após intercorrência infeciosa

973 POSA 218 Um caso desafiante de bacterémia a Streptococcus dysgalactiae

973 POSA 219 Dor lombar crónica: um sintoma comum com etiologia potencialmente grave

974 POSA 220 Meningoccocemia com meningite em doente jovem

975 POSA 221 Um estranho caso de tuberculose e as suas complicações

975 POSA 222 Micobacteriose não-tuberculosa em doente imunocompetente

976 POSA 223 Síndrome de Löfgren- um caso clínico

977 POSA 224 Utilização de perfusão de morfina numa enfermaria de Medicina Interna

978 POSA 225 Haemophilus influenzae no imunocomprometido

978 POSA 226 Hipertensão arterial grave por hiperaldosteronismo primário : a importância do estudo etiológico

979 POSA 227 Um gigante difícil de diagnosticar

980 POSA 228 Oclusão venosa da retina em doente com lipoproteína (a) aumentada – será este um marcador de risco?

980 POSA 229 Trombocitopenia por H. pylori

981 POSA 230 Pericardite após Infeção a SARS-COV2

982 POSA 231 Nefropatia IgA: uma causa rara de síndrome pulmão-rim

982 POSA 232 Lúpus Eritematoso Sistémico – gestão da anemia aguda

983 POSA 233 Citomegalovírus em imunocomprometido: a propósito de um caso clínico

984 POSA 234 Trombocitopenia imune por Covid19

984 POSA 235 Complicações pós tratamento de fase aguda no AVC isquémico

985 POSA 236 Doença Óssea de Paget

986 POSA 237 Foramen ovale patente como causa de AVC – a propósito de um caso clínico

986 POSA 238 Meningite criptocócica em doente sob micofenolato de mofetil e prednisolona

987 POSA 239 Hipocaliemia – 'How low can you go?'

988 POSA 240 Epigastralgia após dilatação endoscópica, nem tudo é perfuração

988 POSA 241 Bacteriemia pneumocócica em doente esplenectomizado

989 POSA 242 Úlcera aórtica penetrante a mimetizar pancreatite aguda

990 POSA 242 Emergências Médicas – Coagulação Intravascular Disseminada e Insuficiência da Suprarrenal

990 POSA 243 Hipoglicemia no Doente não Diabético

991 POSA 244 Novas perspetivas na prevenção de crises na Porfiria Aguda Intermitente

992 POSA 245 CDI infectado: causa ou consequencia?

992 POSA 246 Doença de Kikuchi-Fujimoto – Abordagem & Dilemas

993 POSA 247 Síndrome dos Anticorpos Antifosfolípidos - um caso clínico

994 POSA 248 Sedimento urinário ativo: pesquisar além da infeção urinaria

994 POSA 249 8 ou 80 - A propósito de 2 casos de Doença Pneumocócica Invasiva

995 POSA 250 Vasculites - Um desafio diagnóstico na atualidade

996 POSA 251 Polisserosite imunomediada: da vasculite ANCA ao lúpus

996 POSA 252 Síndrome de Parinaud - A importância do diagnostico topográfico

997 POSA 253 Uma apresentação atípica de Arterite de Células Gigantes

998 POSA 254 É DO LÚPUS...SERÁ?!

998 POSA 255 A HISTÓRIA DE UM DERRAME PERICÁRDICO.

999 POSA 256 Um Exantema Exuberante

1000 POSA 257 Desafio diagnóstico nível avançado - mesotelioma sem associação com asbestos

1000 POSA 258 Pott de resistências

1001 POSA 259 Adenocarcinoma gástrico indiferenciado com biópsias gástricas negativas

1002 POSA 260 Tuberculose ganglionar: um diagnóstico a considerar

1002 POSA 261 Uma cervicalgia potencialmente fatal

1003 POSA 262 Foramen oval patente: o desafio da uma abordagem precoce e multidisciplinar

1004 POSA 263 Pancitopenia de causa incerta

1004 POSA 264 Um caso clínico de hiperparatiroidismo secundário

1005 POSA 265 Da traumatologia à hematologia

1006 POSA 266 Apresentação Rara de um Feocromocitoma

1006 POSA 267 Rash e febre – etiologia animal ou vegetal?

1007 POSA 268 Sarcoidose hepática - um desafio terapêutico

1008 POSA 269 Pneumocistose- red flag para reestadiamento imunologico

1008 POSA 270 Sinal do halo invertido – O problema do diagnóstico diferencial

1009 POSA 271 Um Casamento Expirado à Partida

1010 POSA 272 Carcinoma tímico em doente com infeção a HIV – A propósito dum caso clínico

1010 POSA 273 Ao ritmo da tempestade

1011 POSA 274 Vasculite com manifestação cutânea – um caso de estudo

1012 POSA 295 Metahemoglobinemia e Covid-19: um desafio diagnóstico

1012 POSA 534 Pneumonite a trastuzumab deruxtecano

1014 Listagem dos Revisores

1016 Listagem de Autores

Nº 001 Um caso de abcesso associado a osteomielite: como tratar no domicílio?

Carolina Nunes Coelho(1); Filipa Ribeiro Lucas(1); Maria João Gomes(1); Maria Ferreira de Moraes(1); Ana Margarida Carvalho(1); Fernando Rolim(1); Mário Ferreira(1); Joana Malho Rodrigues(1); Pedro Correia Azevedo(1)

(1) CUF Tejo

Introdução:

A Hospitalização Domiciliária (HD) corresponde ao internamento de doentes agudos ou crónicos agudizados no domicílio. Os doentes devem apresentar uma situação clínica transitória com diagnóstico conhecido e estabilidade clínica. Grande parte destes internamentos são motivados pela necessidade de cumprimento de terapêutica antimicrobiana domiciliária endovenosa.

Caso clínico:

Apresenta-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, 79 anos, com antecedentes pessoais de doença renal crónica sob técnicas de substituição renal, hipertensão arterial e história de ostoemielite crónica ao nível da cabeça do fémur direito. Por história de complicação de abcesso da coxa esquerda com drenagem prévia e respetiva cultura de exsudado a revelar isolamento de Staphylococcus aureus multirresistente, iniciou inicialmente antibioterapia com vancomicina dirigida. No entanto, por reação adversa grave com exantema máculo-papular cutâneo disperso, teve necessidade de corticoterapia, *switch* de antibioterapia para daptomicina e foi então referenciado à HD. No internamento em HD, verificou-se melhoria das lesões cutâneas de forma paulatina, cumpriu esquema de antibioterapia e manteve sessões de hemodiálise. Ao 20º dia de antibioterapia dirigida iniciou febre e observou-se elevação discreta dos parâmetros inflamatórios. Foi necessário retorno à unidade hospitalar para realizar drenagem do abcesso, com sucesso, tendo o doente tido alta clinicamente melhorado.

Discussão:

Este caso permite não só demonstrar a complexidade e a variedade de patologias dos doentes internados em HD, bem como, afirmar a segurança para o doente no tratamento de infeções e respetivas complicações no domicílio, proporcionando uma abordagem personalizada. Os doentes sob programa de hemodiálise não contra-indicam internamento em regime HD mas representam um desafio na optimização terapêutica e abordagem clínica diária do doente.

Nº 002 Granuloma Anular: uma Associação Rara a um Fármaco Comum

Elisa Macedo Brás(1); António Pedro Sousa(1); Nuno Ferreira da Silva(1); Fernando Salvador(1)

(1) Hospital Vila Real

Doente do sexo masculino com 62 anos com antecedentes de hipertensão essencial medicado com perindopril e início recente de amlodipina. O doente apresentava história de um mês de evolução de eritema puriginoso de aparecimento inicial na zona cervical e tronco. O paciente negou febre, artralgias, anorexia, perda de peso ou outra queixa; também não havia história de exposição a animais ou mordedura de insetos, ou exposição de novo a produtos cosmética.

Ao exame objetivo o doente apresentava um eritema maculopapular, sem descamação, distribuído pelo dorso, zona cervical e tronco superior com irradiação para o

abdómen e membros superiores. As membranas mucosas não apresentavam enantema. Foram colocados os diagnósticos diferenciais de reação adversa à amlodipina, líquen plano, tinea corporis, sífilis secundária e sarcoidose cutânea.

Foi realizada uma biópsia de pele tipo punch com colheita para histologia e imunofluorescência; foi também colhido estudo analítico para rastreio de diabetes, dislipidemia, serologias para VHB, VHC, VIH e sífilis e perfil autoimune. A amlodipina foi suspensa e o doente iniciou prednisolona 40mg qd. O doente foi avaliado três semanas depois, nesta altura com uma ligeira regressão das lesões; o estudo analítico não mostrou alterações de relevo; a biópsia de pele mostrou uma degeneração de colagénio com um infiltrado linfohistiocítico compatível com granuloma anular. Acrescentou-se hidroxicloroquina 400mg qd e desmame de corticoide; três meses depois o doente foi reavaliado com regressão marcada das lesões e um ano após a primeira observação o doente apresentou completa resolução do quadro ao exame objetivo.

O granuloma anular é uma condição benigna e frequentemente autolimitada. Contudo a forma generalizada pode requerer tratamento sistémico. A associação com a amlodipina e outros fármacos é rara, porém devemos estar atentos a estes possíveis efeitos adversos aquando da instituição de uma terapêutica.

Nº 003 Lombalgia e febre: relato de um caso clínico de artrite gotosa axial inaugural

Ana Rita Ramalho(1); Tiago Jorge Costa(1); Khrystyna Fedak(1); Maria João Rocha(1); Adriana Henriques(1); Cristina Martins(1); Daniela Marado(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução: A gota é uma artrite caracterizada pela deposição de urato monossódico nas articulações, ossos e tecidos moles. O envolvimento da coluna não é tão raro como geralmente percecionado, sendo necessária uma elevada suspeição clínica para o seu diagnóstico.

Caso clínico: Homem, 65 anos, raça negra, com antecedentes de hipertensão e hiperuricemia não medicada, que recorre ao Serviço de Urgência por quadro de lombalgia com 3 semanas de evolução, com diminuição da força e parestesias dos membros inferiores. Já tinha sido previamente observado por Ortopedia e Neurologia, tendo-se diagnosticado dor de características mecânicas, com indicação para analgesia. Ao exame objetivo, realçam-se os seguintes aspetos: febril (38.5ºC), fácies de dor, tumefação do joelho direito e limitação na flexão do mesmo, sem défices focais de carácter neurológico. Analiticamente com leucocitose com neutrofilia, PCR de 46.90 mg/dl; SU tipo II, ecografia renal e abdominal, radiografia do tórax sem alterações. Foi colocada a hipótese de espondilodiscite, que foi excluída por TC da coluna lombar, mas que evidenciou artrite interapofisária de L3-L4 e L4-L5, bilateralmente. Por quadro de oligoartrite associada a 13mg/dl de ácido úrico, foi colocada a hipótese de artrite úrica com atingimento da coluna lombar e do joelho, sendo o doente internado com colquicina e corticoterapia, tendo o diagnóstico sido firmado pelo resultado da artrocentese de ambos os joelhos, evidenciando-se a presença de cristais de urato monossódico, assim como pela RM realizada com achados sugestivos. O doente apresentou melhoria clínica, com apirexia e descida dos parâmetros inflamatórios. Seis meses depois, o doente encontra-se sob alopurinol 300mg id, com ácido úrico de 6.5mg/dl, sem recidiva da clínica.

Discussão: A gota é mais frequente nos homens de raça negra do que inicialmente pensado. A oligoartrite/poliartrite é uma apresentação menos frequente (em 35% dos casos), com o joelho a ser a articulação mais frequentemente envolvida (85%) neste grupo de doentes. Este caso alerta para uma apresentação atípica de uma doença vulgar, num grupo de doentes com risco e forma de apresentação distintos.

Nº 004 Miopatia necrotizante imunomediada com envolvimento cardíaco

Rita Gouveia(1); Miguel Rocha(1); Ana Ribeiro(1); Edite Pereira(1); Jorge Oliveira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

As miopatias inflamatórias idiopáticas são um grupo de doenças, que se manifestam com fraqueza muscular progressiva e cuja histologia mostra infiltrado inflamatório muscular em extensão variável. Variações nas manifestações extramusculares e achados específicos na biópsia ajudam a distingui-las.

Mulher, 74 anos, autónoma, sem antecedentes. Não medicada com estatina. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor retroesternal, em aperto, duração de 30min; episódios semelhantes desde há 3 meses. Na anamnese, quadro de 6 meses de artralgias das pequenas articulações com ritmo inflamatório, miopatia proximal bilateral com predomínio escapular e disfagia para sólidos; sem Raynaud. Sem alterações ao exame objetivo, sem mãos de mecânico. ECG sem alterações. Analiticamente anemia de novo (9.4g/dL), troponina de 646ng/L, BNP normal, citólise muscular marcada (CK 2251U/L, Aldolase 67U/L). AngioTC tórax sem TEP. Ecocardiograma transtorácico (ETT) com derrame pericárdico de moderado volume com marcado conteúdo de fibrina. Do estudo: VS 40mm/1ªh; ANA 1/100 (mosqueado); Anti-Jo1, Anti-SSa (Ro52) e Anti-NXP2 positivos, FR 35. Sem consumo de complemento. Atc antitiroideus negativos. Marcadores víricos, serologia de sífilis e IGRA negativos. Capilaroscopia normal. TC tórax sem alterações e EDA, EDB e TC-AP sem evidência de malignidade. RM dos membros revelou edema intersticial difuso compatível com miopatia inflamatória. Biópsia muscular com características miopáticas sugestivas de miopatia necrotizante, no contexto clínico provável miopatia necrotizante imunomediada. Inicialmente fez pulsos de metilprednisolona, iniciou prednisolona 1mg/kg/dia e reabilitação motora; por ausência de resposta clínica e analítica durante semanas, e por ter envolvimento cardíaco, fez 2 tomas de rituximab com melhoria franca da força muscular e resolução da citólise muscular. ETT com derrame pericárdico de pequeno volume, muito rico em fibrina. Após 3 meses de internamento, resolução completa das queixas de disfagia, autónoma nos autocuidados e na deambulação.

O envolvimento cardíaco na miopatia necrotizante é pouco frequente, e não costuma ser o ponto de partida para o diagnóstico. O tratamento relativamente precoce com rituximab e o exercício diário em ginásio foram determinantes para a recuperação completa do quadro.

Nº 005 Manifestação vasculítica rara na Artrite Reumatoide: Relato de um caso clínico

Sara Aleixo Cabrita(1); Graziela Carvalheiras(2); Fátima Farinha(3)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro (2) Centro Hospitalar Uni. Porto (3) Centro Hospitalar Universitário do Porto

O Eritema elevatum diutinum é uma vasculite de pequenos vasos, de etiologia desconhecida, rara, crónica e progressiva, com envolvimento das faces extensoras dos membros. Para o diagnóstico é necessária biópsia, e o diagnóstico diferencial inclui Síndrome de Sweet, Pioderma gangrenoso, Sarcoma de Kaposi. Histologicamente caracteriza-se por infiltrado celular polimorfonuclear e fibrina. Nos estadios avançados ocorre fibrose e dano vascular. Associa-se com doenças sistémicas, auto-imunes, neoplasias e infeções é comum. O tratamento incide sobre a doença de base.

Apresentamos um caso clínico de um homem de 72 anos, com diagnóstico de Artrite Reumatoide (AR) em 1992, inicialmente medicado com sais de ouro e corticoterapia, com remissão. História de úlcera crónica da perna submetida a plastia, recidivada passados 10 anos. Em 2011, por agravamento das queixas articulares, iniciou metotrexato até 20mg subcutâneo e, mais tarde, associada leflunamida 20mg/dia. Foi realizada biópsia cutânea, com sinais dermatite de estase. Após dois anos de pensos continuados, teve resolução da úlcera. E, um ano após, verifica-se recidiva da úlcera, com agravamento progressivo, e extensão à quase totalidade da face anterior da perna. Em remissão articular. Apresentava velocidade de sedimentação 48 mm/s e PCR de 26.11mg/L**.** Repetiu biópsia cutânea que revelou alterações reativas vasculopáticas, inflamação neutrofilica e fibrose dérmica em relação com eritema elevatum diutinum.

Assim, trata-se de um caso de AR com manifestação vasculítica, rara, e com necessidade de intensificação da imunossupressão.

Nº 006 Vasculite associada a ANCA secundária a vacinação contra o SARS-CoV2

Ana Carlota Caetano(1); Marta Amaral(1); Isabel Domingues(1); Marisa Rosete(1); Gabriela Sousa(1); Rui Silva(1)

(1) IPO Coimbra

Introdução: A vasculite associada a ANCA (VAA) é uma vasculite necrotizante de pequenos vasos, pauci-imune, caracterizada pela presença de anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA). A VAA cursa com doença renal em cerca de 80% de todos os casos, sendo a manifestação mais frequente a glomerulonefrite associada a ANCA.

Caso clínico: Mulher de 67 anos seguida em consulta de Oncologia Médica por tumor neuroendócrino do ileon com metastização hepática, estável sob tratamento com análogo da somatostatina desde há 10 anos. A doente referiu em consulta quadro de mialgias, diminuição da força e edemas nos membros inferiores, astenia e febrícula vespertina com início 5 dias após a vacina da gripe e a 3ª dose da vacina contra a Covid-19 (*Pfizer-BioNTech*). O estudo analítico mostrou anemia microcítica (Hb 9.9 g/dL), trombocitose (630000), VS elevada (75 mm/h) e hipoalbuminémia (3.3 g/dL). Realizou exames de imagem que não mostraram sinais de progressão da doença oncológica. A doente foi internada ao cargo da Medicina Interna tendo sido feito estudo complementar exaustivo. Do estudo realizado destaca-se pANCA positivo em 1:1280, hematúria, microalbuminúria (relação albumina/creatinina de 108.2 mg/g), proteinúria das 24h de 772 mg/24h e infecção do trato urinário (ITU). Iniciou antibioterapia para a ITU e corticoterapia endovenosa pela suspeita de VAA com glomerulonefrite. Biópsia renal sem evidência de glomerulonefrite (mas à data já não apresentava hematoproteinúria). Foi excluído evento paraneoplásico. Observou-se melhoria clínica e analítica e a doente teve alta orientada para consulta externa de Medicina Interna e de Nefrologia.

Discussão: A emergência global em contexto de pandemia SARS-CoV2 impôs um esforço de convergência sem precedentes da comunidade científica com vista ao desenvolvimento de vacinas.

Neste caso clínico observou-se um quadro clínico de vasculite após vacinação com vacina da gripe e vacina contra a Sars-CoV2. Tendo em conta que a vacina da gripe a doente já fazia anualmente, sem nunca ter tido efeitos adversos de relevo, a relação causal mais provável é com a vacina contra a Sars-CoV2.

É importante não esquecer que nos doentes oncológicos nem sempre as alterações de novo se devem a progressão da doença oncológica ou a síndromes paraneoplásicos.

Nº 007 Síndrome Hipereosinofílica

Cátia Cunha Ribeiro(1); Monique Alves(1); Raquel Moniz(1); Diana Mimoso(1); Paulo de Castro(2); Diana Carmo(2); Marta Barrigas(1); André Ribeiro(1); Catarina Coelho(1); João Enes Silva(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

Síndrome Hipereosinofílica

Introdução: a síndrome hipereosinofílica (HES) é rara, caracterizando-se pelo aumento do nº de eosinófilos em sangue periférico (SP) e cujas manifestações e prognóstico dependem dos órgãos afetados e etiologia subjacente.

Caso Clínico: mulher, 55 anos. Antecedentes: depressão, dislipidemia, síndrome túnel cárpico bilateral e tosse crónica por DRGE. Sem exposição profissional / contexto epidemiológico relevantes. Sem novos fármacos / uso de produtos de herbanário.

Admissão por astenia, dor abdominal e sensação de enfartamento e vómitos pós-prandiais c/ (1) semana de evolução; 2 episódios semelhantes em 2007 e 2012. Objetivamente - distensão abdominal e diminuição dos sons resp. nas bases. Do estudo inicial identificada hipereosinofilia em SP - 3400 eosinófilos/µL.

TC-TAP mostrou ascite e derrame pleural bilateral, sem imagens suspeitas de neoplasia. Parasitológico de fezes negativo. EDB s/ alterações, EDA c/ espessamento e edema das paredes do esófago, estômago e duodeno, s/ lesões focais; biópsias - infiltrado eosinofílico, sem cél. atípicas. Realizada broncofibroscopia – s/ lesões focais, lavado c/ 9% de eosinófilos. Abordado líquido ascítico, SAAG <1.1g/dL e abundantes eosinófilos, s/ células atípicas. PCR 0.81mg/dL e VS 5 mm/1ªh, IgE discretamente aumentada, IgM normal. Autoimunidade negativa excepto atc. anti-músculo liso, s/ especifidade anti-actina e s/ outras alt. ou história sugestiva de HAI/CBP. Serologias víricas negativas.

Sem aparentes causas 2ªs de HES, avançando-se c/ estudo genético – s/ mutações PDGFRA, JAK2 ou proteína fusão BCR-ABL. Imunofenotipagem de SP s/ pop. monoclonais de linfócitos B/T ou marcadores de membrana em linf. T associados a variante linfocítica de HES, não se procedendo c/ estudo medular. Iniciada corticoterapia c/ rápida resolução da eosinofilia e sintomas.

Discussão: a HES é heterogénea, conforme os órgãos afetados. Face aos resultados, o diagnóstico atual é de HES idiopático, mantendo a doente seguimento em consulta.

Nº 008 Disseminated Group G streptococcus infection induced Cutaneous leukocytoclastic vasculitis

Francisca Torres Sarmento(1); Diana Buendia Palacios(1); Rita Gano(1); Sara Sarmento(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introduction: Group G Streptococcus (GGS) is a Gram-positive bacteria that colonizes the upper respiratory tract and skin commensally. Despite growing evidence that GGS is a significant pathogen, little is known about the dermatological symptoms associated with GGS infection.

Case report: A 74-year-old male presented to the emergency department, history of pharyngitis 2 weeks ago, with 2 weeks of gradually increasing knee pain. After that, he had recurrent pain in the right hip, with extension to the right shoulder, left shoulder, and right foot, with decreased range of movement. On physical examination, the patient was febrile (T 38.4ºC), hyperemia of the pharynx, tenderness on deep palpation on the

right knee, edema and tenderness of 1st and 2nd finger of the right hand, and pain on the mobilization of the right hip. Blood test showed C-reactive protein 39,4 mg/dL, procalcitonin 5,67 ng/mL, erythrocyte sedimentation rate 119 mm, and leukocytosis of 24,30 x 10^9/L. Blood cultures revealed GGS and penicillin was started. CT scan of the right hip revealed an iliopsoas abscess and percutaneous drainage was performed, with microbiological samples revealing GGS. On day 7 of hospitalization, non-blanchable and non-palpable small lesions were noted, distributed bilaterally over his legs. A skin biopsy was performed and revealed leukocytoclastic vasculitis. With the patient's general condition improving with antibiotics, skin lesions resolved.

Discussion: Post-infectious leukocytoclastic vasculitis (LV) is characterized by inflammation of the small-sized vessels in the superficial dermis and is most commonly seen after streptococcal upper respiratory tract infection, with vasculitis often developing 7-10 days after exposure to an infectious trigger. Treatment of secondary LV should be directed toward the underlying cause of the vasculitis, leaving immunosuppressive therapy for cases that are refractory or in which the involvement is severe.

Nº 009 Neuropatia óptica isquémica anterior como desencadeante de dependência em idoso

Manuel G. Costa(1); João Casanova Pinto(1); Beatriz Fernandes(1); Carlos Anjo(1)

(1) Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

A neuropatia óptica isquémica anterior (NOIA) é uma das complicações mais graves da arterite de células gigantes (ACG).

Um homem, 84 anos, autónomo, antecedentes de hipertensão arterial sob anti-agregação com ácido acetilsalicílico em prevenção primária, foi admitido por diminuição da acuidade visual (AV) do olho esquerdo (OE) com 10 dias de evolução. O exame neurológico mostrou amaurose do OE, mas não outras alterações. A avaliação do fundo do OE revelou edema do disco óptico e hemorragias em chama de vela. Analiticamente com anemia inflamatória e velocidade de sedimentação de 80 mm/hora. A tomografia do crânio não revelou alterações, bem como foi normal a avaliação por Doppler das artérias temporais. Perante a elevada suspeita de NOIA arterítica iniciou corticoterapia com metilprednisolona, 500 mg/dia durante 3 dias. Foi realizada biopsia da artéria temporal esquerda que mostrou inflamação granulomatosa transmural com espessamento da íntima e fragmentação das fibras elásticas da parede vascular. Pontuando 4 pontos nos Critérios de Diagnóstico da ACR (2016), confirmou-se o diagnóstico de ACG. Foi possível titular a corticoterapia ao longo de 3 meses para prednisolona, 10 mg/dia. Após o tratamento houve recuperação parcial da AV mantendo visão de vultos. O fundo do olho apresenta atrofia do disco óptico. À data actual, encontra-se mais dependente em consequência do défice visual. Requer auxílio no banho e a vestir-se pontuando 4 pontos na Escala de Katz.

A ACG é a vasculite mais frequente nos idosos. As suas manifestações clínicas frequentemente têm um impacto funcional importante nesta faixa etária. A NOIA acarreta um risco significativo de perda de visão e de deterioração funcional consequente. O tempo decorrido da instalação dos sintomas até à instituição do tratamento é o principal factor modificador do prognóstico da NOIA arterítica. A brevidade no recurso aos serviços de saúde e o pronto diagnóstico são necessários para melhorar o prognóstico da NOIA e o seu impacto funcional. Perante a suspeita, deve ser iniciada corticoterapia, mesmo na ausência de alterações imagiológicas sugestivas.

Conclui-se que a apresentação precoce dos doentes nos serviços de saúde, bem como a elevada suspeita clínica conduzindo à pronta instituição de tratamento, são importantes para reduzir o impacto das complicações da ACG.

Nº 010 Fenómenos tromboembólicos como forma de apresentação de Doença relacionada a IgG4

Catarina Relvas(1); Mafalda Vasconcelos(2); Patrícia Moreira(2); João Espirito Santo(2); Célia Machado(2); José Lomelino Araújo(2)

(1) IPO Lisboa (2) Hospital Beatriz Ângelo

A doença relacionada a IgG4 (DR-IgG4) é uma patologia fibroinflamatória imunomediada, que afeta virtualmente qualquer órgão, cujas lesões podem ser irreversíveis e potencialmente fatais. Complicações trombóticas são comuns, surgindo, normalmente, mais de (1) ano após o início dos primeiros sintomas.

Apresentamos o caso de um homem de 82 anos, com vários fatores de risco cardiovascular, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de sensação de dormência e edema do membro inferior direito (MID). À observação, MID com edema duro até à coxa, ruborizado, com empastamento gemelar. Ecodoppler venoso dos membros inferiores confirmou trombo heterogéneo e oclusivo do eixo ílio-femoral direito. Ecodoppler arterial sem sinais de isquémia aguda.

Na investigação etiológica de evento trombótico venoso profundo, documentados tromboembolismo pulmonar lobar inferior direito e paniculite mesentérica em tomografia computorizada.

Durante o internamento, dor e edema articular de novo no pé e articulação tibiotársica à direita, sem história de trauma e sem evidência de fratura em radiografia. Queixas semelhantes à esquerda subsequentemente, com boa resposta a terapêutica anti-inflamatória.

Perante eventos trombóticos, paniculite mesentérica e queixas articulares, colocada hipótese de patologia inflamatória subjacente. Estudo laboratorial com VS 30mm e IgG4 272mg/dL; ANA, ANCA e estudo de Síndrome anticorpos antifosfolipidicos negativos.

Manutenção de estabilidade hemodinâmica durante o internamento, sem necessidade de oxigenoterapia, tendo iniciado hipocoagulação com enoxaparina e imunossupressão com prednisolona, com regressão da sintomatologia.

A apresentação inaugural de DR-IgG4 sob a forma de eventos tromboembólicos é rara e carece de maior estudo. Numa doença ainda em fase de caracterização é fundamental que seja aprofundada a variedade de formas de apresentação possíveis, para que o correto diagnóstico e plano terapêutico possam ser feitos, de forma a evitar lesões irreversíveis.

Nº 011 Case Report: Sarcoidose com atingimento Muscular e do Sistema Nervoso Periférico

Gonçalo Carneiro(1); Rita Soares Costa(1); Mafalda Santos(1); Ana Raquel Freitas(1); Luís Fontão(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa, de etiologia não totalmente esclarecida. Apesar de raras, miopatia e polineuropatia são manifestações que prejudicam muito a qualidade de vida dos doentes.

Caso Clínico: Paciente do sexo masculino, 7(1) anos, antecedentes de hipertensão arterial e lombalgia crónica, apresentou-se com perda involuntária de 10 Kg de peso em dois meses, astenia, anorexia, dificuldades na deambulação, náuseas e obstipação. Observou-se hipercalcemia (13.8 mg/dL), lesão renal aguda AKIN 1, hipovitaminose D, PTH diminuida, PTHrp negativa, elevação da ECA e da β2microglobulina (sem alteração das cadeias leves livres, imunoglobulinas ou eletroforese sérica), eritrocitúria e proteinúria

(447 mg/dia). Imagiologicamente existiam numerosos gânglios hilares e mediastínicos (sem critérios volumétricos de adenopatia), sem alterações em TC abdominal, pélvica, pescoço, RX da grelha costal e crânio. Após PET com hipercaptação difusa e generalizada de 18F-FDG a nível muscular (sinal *tigger man)* e biópsia muscular (infiltrados inflamatórios granulomatosos com células gigantes multinucleadas), estabeleceu-se o diagnóstico de sarcoidose e iniciou corticoterapia sistémica (1) mg/Kg/dia, com melhoria clínica e analítica. Durante desmame queixou-se de hipoestesia distal nos membros inferiores que se revelaram em EMG tratar-se de polineuropatia axonal sensitiva simétrica, com gradiente distal-proximal. Foi associada azatioprina, mantendo contudo polineuropatia periférica em ligeira evolução.

Discussão: Objetivaram-se manifestações raras de sarcoidose, em detrimento de outras mais comuns (como respiratórias e dermatológicas). Inicialmente o quadro foi atribuído à hipercalcemia, que parecia filiar-se numa doença mais comum nesta faixa etária. A exclusão de mieloma múltiplo e de síndrome paraneoplásica foi decisivo, pois associando-se aos exames subsequentes conferiu robustez no estabelecimento deste diagnóstico, realçando a importância de pensar em apresentações atípicas de uma doença já de si rara.

Palavras-chave:
Sarcoidose; Miopatia sarcóide; radiculopatia sarcóide; Hipercalcémia

Nº 012 Um caso de rabdomiólise iatrogénica ao ácido aminocapróico

Inês Sofia Ferreira da Silva(1); Diogo Rosa Ferreira(1); Ryan Costa Silva(1); Mariana Cerejo Silva(1); Inês Sopa(1); Lígia Peixoto(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Rabdomiólise e mioglobinúria são complicações raras da terapêutica com ácido aminocapróico. A identificação precoce dos efeitos adversos a nível muscular e a descontinuação do fármaco são importantes para evitar sequelas graves.

Caso clínico: Mulher, 25 anos, antecedentes de angioedema hereditário com complemento normal mas com mutação do SERPING1, tremor essencial, depressão e perturbação de défice de atenção/hiperatividade. Medicada com gabapentina, metilfenidato, ácido aminocapróico, escitalopram, sulpiride, clorazepato dipotássico. Admitida por mialgias com 2 semanas de evolução, de agravamento progressivo e a condicionar impotência funcional com *"second wind phenomenon"*. Sem febre, trauma, exercício físico excessivo, consumo de tóxicos, suplementos alimentares. Analiticamente LDH 969U/L (100-250), AST 1535U/L (0-32), ALT 300 U/L (0-33), CK 48618U/L (26-192). Apesar da fluidoterapia e repouso no leito, manteve doseamentos de CK em 20000U/L, mioglobina sérica em 6,000ng/mL (25-58) e mioglobinúria 2982ug/L, pelo que em D6 de internamento suspendeu metilfenidato e sulpiride, em D9 ácido aminocapróico e em D12 gabapentina e escitalopram. A partir de D1(1) ocorreu melhoria clínica e analítica sustentada, atualmente sem alterações analíticas (não reintroduziu ácido aminocapróico). Estudo de miopatias e autoimunidade negativo, excluídas causas infeciosas e endócrinas. Estudo genético do painel de rabdomiólise encontrou a variante 2592 G>C (p.Glu864Asp) no gene DYSF em heterozigotia, que se associa a distrofia muscular com hereditariedade autossómica recessiva. No entanto, biópsia muscular sem alterações. Após exclusão de outras causas e pela relação temporal entre a suspensão do fármaco e a melhoria laboratorial, assume-se que a rabdomiólise seja iatrogénica ao ácido aminocapróico.

Discussão: O caso pretende salientar a importância do reconhecimento e suspensão atempada do ácido aminocapróico como causa de rabdomiólise. Apesar de ser um efeito adverso raro, pode causar sequelas graves.

Nº 013 Uma emergência dos pequenos vasos

Catarina Oliveira Silva(1); Catarina Ferreira(1); Maria Manuel Pereira(1); Ana Ramôa(1); Eduardo Macedo(1); Johanna Viana(1); Diana Silva Fernandes(1); Ana Rita Marques(1); Ilídio Brandão(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: Vasculites associadas a anticorpo anticitoplasmático do neutrófilo (ANCA) caracterizam-se por inflamação necrotizante da parede de pequenos vasos, sobretudo do rim e trato respiratório. A apresentação é severa e o início precoce de terapêutica imunossupressora tem impacto na sobrevida. O envolvimento renal é um preditor prognóstico, sendo as vasculites com anticorpo mieloperoxidase (ANCA-MPO) as que se associam a disfunção renal e proteinúria mais severas.

Caso Clínico: Homem, 76 anos, com antecedentes de hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência por valores tensionais elevados com duas semanas de evolução, associados a cefaleias persistentes e náuseas. Nos dois meses anteriores, com registo de descontrolo tensional associado a quadro de astenia e dispneia para médios esforços. À admissão, TA 200/98 mmHg, sem insuficiência respiratória ou outras alterações. Analiticamente, com lesão renal aguda (pCr 2,5 mg/dL; pCr basal 0,9 mg/dL) e hematoproteinúria em exame sumário de urina. Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica sem alterações agudas. Do estudo complementar da emergência hipertensiva, proteinúria nefrótica (3,96g/24h), hipoalbuminemia, VS 83 mm/h e positividade para ANCA-MPO (226 U/L), sem outras alterações imunológicas. Por suspeita de vasculite ANCA, iniciou terapêutica de indução com pulsos de metilpredinisolona (dose total 3 gramas), prednisolona segundo esquema PEXIVAS e rituximab (2 doses de 1000mg, com intervalo de 2 semanas). Fez biópsia renal a mostrar crescentes fibrocelulares e celulares, necrose fibrinóide e estudo de imunofluorescência compatível com glomerulonefrite pauci-imune. À alta, com melhoria da função renal (pCr 1,7 mg/dL), sem nova sintomatologia neurológica ou cardiorrespiratória.

Discussão: Retrata-se um caso de vasculite ANCA-MPO com atingimento renal isolado severo, em que um elevado índice de suspeição permitiu um diagnóstico precoce e início atempado de terapêutica imunossupressora, com impacto no prognóstico.

Nº 014 Um mal nunca vem só – um caso de Angioedema Adquirido.

Soraia Pinho Duarte(1); Nuno Sousa(1); Francisco Henriques(1); Ângela Dias Cunha(1); Salvato Feijó(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: O Angioedema Adquirido por défice de inibidor de C(1) é uma síndrome rara, caracterizada por episódios de angioedema sem urticária que afeta tipicamente as mucosas, vias respiratórias superiores e trato gastrointestinal. O edema é normalmente autolimitado, contudo, o envolvimento laríngeo pode ser fatal. Contrariamente à vertente hereditária, surge após os 40 anos e associado a doenças linfoproliferativas de células B e a doenças auto-imunes. As crises ocorrem associadas a trauma, ansiedade ou toma de IECAS e estrogénios. A patofisiologia da doença é mal conhecida mas estará realcionada com a proliferação anómala de células clonais B e mediada frequentemente por bradicininas.

Caso Clínico: Mulher, 57 anos, com antecedentes de Doença de Behçet e MGUS, é orientada para consulta de Imunoalergologia por episódios de angioedema labial e peri-bucal recorrentes, associados a cólicas abdominais sem urticária. Inicialmente

estes episódios eram raros e a doente melhorava aparentemente com anti-histamínico. No seguimento das consultas, apresentou episódios mais frequentes e dados os antecedentes da doente, foram pedidos os C1q, C4 e inibidor de C1, que se apresentavam todos diminuídos. A doente não apresentava história familiar de angioedema na família. Todos os dados anteriores em conjunto, contribuíram para o diagnóstico de Angioedema Adquirido na dependência de doença auto-imune e hematológica.

A doente iniciou profilaxia com ácido tranexâmico, com indicação para realização de concentrado de inibidor de C(1) nas crises e antes de procedimentos médicos, com boa resposta.

Meses depois, a doente é internada para estudo de fadiga agravada e adenopatias cervicais de novo, tendo sido realizado o diagnóstico de Linfoma B Difuso de Grandes Células.

Discussão: O Angioedema adquirido é uma entidade rara, sendo mais frequente no contexto de Linfomas B mas pouco frequente na doença auto-imune. A doente em questão tinha todos os componentes importantes para o diagnóstico: angioedema sem urticária e com sintomas gastrointestinais, ausência de história familiar, a idade e os seus antecedentes (componente de auto-imunidade e hematológica). Salienta-se a importância da valorização dos sintomas e a necessidade de um elevado grau de suspeição a fim da realização de um diagnóstico que, embora raro, é potencialmente fatal.

Nº 015 Imunodeficiência Comum Variável – considerações para o Internista

Miguel Ângelo Sousa(1); Raquel Torres(1); Maria Beatriz Bessa(1); Ana Sofia Reis(1); Elena Suarez(1); Sofia Pereira(1); Sara Barbosa Pinto(1); Marta Sofia Oliveira(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: As Imunodeficiências Comuns Variáveis (ICV) são um dos grupos de imunodeficiências primárias mais prevalentes e clinicamente relevantes. São caracterizadas por défice significativo de Imunoglobulina G (IgG), em combinação com défice de IgA e/ou IgM, resposta insatisfatória às vacinas e aumento de suscetibilidade a infeções, principalmente respiratórias. Outras manifestações devem-se a fenómenos autoimunes e autoinflamatórios e à predisposição para neoplasias sólidas e linfoides.

Caso Clínico: Mulher de 56 anos, com história de ICV com défice de IgG, IgA e IgM, sob reposição de Imunoglobulinas em Hospital de Dia. Recorre ao Serviço de Urgência por astenia e febre com duas semanas de evolução. Ao exame objetivo apresenta-se pálida, febril, hemodinamicamente estável, com hepato- e esplenomegalia palpáveis, sem outras alterações. Do estudo inicial, a salientar: anemia hemolítica autoimune (hemoglobina 5.8 g/dL, haptoglobina baixa, prova de Coombs direta positiva), leucopenia com neutropenia (390/µL) e linfopenia, trombocitopenia (39000/µL), PCR 1.39 mg/dL, hepato- e esplenomegalia homogéneas em ecografia. É internada, inicia corticoterapia com (1) mg/kg/dia de Prednisolona e continua estudo etiológico. AngioTC sem alterações inequívocas de neoplasia, com deteção de nódulos infracentrimétricos dispersos no parênquima pulmonar, de carácter incerto. PET-CT sem sugestão de linfoma de alto grau. Biópsia da medula óssea sem evidência de infiltração por neoplasia. Por ausência de resposta adequada à corticoterapia, inicia Rituximab, com melhoria sustentada de todas as linhagens hematopoiéticas após a 4.ª toma.

Discussão: As manifestações autoimunes das ICV, no caso supracitado sob a forma de pancitopenia, são menos frequentes que as infeções, que devem ser prontamente descartadas. Na ausência de resposta à corticoterapia, é imperativa a exclusão de neoplasia. A ICV está também associada a doença pulmonar crónica. Os achados em TC poderão significar infiltrados linfocíticos ou granulomatosos como protótipo de patologia intersticial secundária. O principal objetivo deste caso é demonstrar a pluralidade de

manifestações da ICV, que o internista deve reconhecer para aplicar atempadamente a terapêutica adequada e garantir o melhor prognóstico para o doente.

Nº 016 Tudo livedo... mas significados diferentes

Catarina Sena Silva(1); Joana Formiga Viegas(1); Kevin Rocha(1); Ana Paula Vilas(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: O *livedo reticularis* (LRe) resulta de vasoespasmo arteriolar que pode ser fisiológico (2rio à exposição ao frio) ou patológico (devido a doenças sistêmicas). O *livedo racemosa* (LRa) também resulta de vasoespasmo arteriolar (prolongado), podendo também resultar de trombose arteriolar; associa-se a doença cerebrovascular (síndrome de Sneddon), síndroma dos anticorpos antifosfolipídicos (SAAF), neoplasias, etc. O *livedo ab igne* (LAI) é devido à exposição prolongada ao calor, resultando em vasodilatação arteriolar com deposição de hemossiderina na derme.

Casos clínicos: Caso 1) Mulher de 50 anos com hipertensão arterial e cefaleia crónica, internada por emagrecimento e trombocitopenia (44.000/uL). À observação destacava-se LRa a nível do abdómen e dos membros inferiores. Foi diagnosticado lúpus eritematoso sistêmico e SAAF 2rio. Caso 2) Mulher de 53 anos, com síndrome *sicca* / Sjögren-*like*, que iniciou emagrecimento e aumento do tamanho dos gânglios cervicais. À observação apresentava LRa a nível dos membros inferiores. Excluiu-se SAAF e foi diagnosticado linfoma do manto. Caso 3) Homem de 56 anos com oligofrenia, esquizofrenia paranóide e trombocitopenia limítrofe, internado por Infeção por *influenza* A. À observação apresentava *livedo reticularis* em tom acastanhado a nível da metade inferior do dorso. Tinha contagem plaquetária de 115.000/uL e anticoagulante lúpico positivo. Foi tratado com Oseltamivir e a contagem plaquetária normalizou. Apurado que aplicava regularmente calor à metade inferior do dorso.

Discussão: O LRe é uma alteração cutânea rosada que lembra uma colmeia. O LRa é diferente porque os círculos parecem quebrados. O LAI assemelha-se ao LRe, mas é acastanhado. O *livedo* não deve ser ignorado e, como demonstram estes casos, distinguir os seus diferentes tipos é importante, pois *livedos* diferentes podem associar-se a doenças diferentes.

Nº 017 Púrpura Trombocitopénica Trombótica, um desafio diagnóstico

João M. S. Pereira(1); Carla Gonçalves(1); Rita Elvas(1); Renato Gonçalves(1); Juliana Carneiro(1); Lúcia Jardim(1); Miguel Ângelo(1); Nuno Delgado(1); Leopoldina Vicente(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

» Classicamente definida por cinco sintomas: febre, púrpura, trombocitopenia, anemia, lesão renal aguda e sintomas neurológicos; a Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) é uma doença rara e potencialmente fatal, se não diagnosticada e tratada atempadamente. Deve-se à perda da síntese de ADAMTS13, responsável pelo controlo da ação do Fator de von Willebrand. De etiologia congénita ou imune, a PTT apresenta-se ainda como um desafio diagnóstico, cuja identificação precoce é da máxima importância para o melhor outcome no tratamento do doente.

» Mulher, 62 anos, autónoma, recorre ao serviço de urgência por dor abdominal com

3 dias de evolução, acompanhada de episódio único de vómito, sem alterações cutâneas. Apresentava trombocitopenia grave, com elevação importante da bilirrubina total e indireta, e da LDH. Foi realizado teste PCR para pesquisa de SARS-CoV2, com resultado positivo. Admitida em internamento para vigilância e estudo complementar. Requisitado esfregaço de sangue periférico (ESP) e instituída corticoterapia. Pela presença de esquizócitos no ESP, foi equacionada a hipótese de quadro de PTT, pelo que foi requisitada a pesquisa de ADAMTS13. A doente viria a falecer durante o internamento, com agravamento clínico rapidamente progressivo, com paragem cardiorrespiratória. Post mortem o estudo genético demonstrou a ausência de expressão de ADAMTS13.

» O diagnóstico precoce e a instituição imediata de tratamento são essenciais para a redução da morbimortalidade em doentes com grande suspeita clínica de PTT. A abordagem terapêutica com técnica de substituição de plasma, bem como o acompanhamento em Consulta de Especialidade para vigilância sintomática e controlo de eventuais triggers que possam levar à agudização da doença de base, são fundamentais.

Nº 018 Ascite como manifestação extrapulmonar de Sarcoidose - um caso clínico

Mariana Coelho(1); Inês Bonito(1); Sara Santos(1); Inês Carvalho(1); Célia Carmo(1); Martinho Fernandes(1); Fátima Campante(1)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: A Sarcoidose é uma doença inflamatória, de etiologia desconhecida, que se manifesta através do desenvolvimento de granulomas não caseosos de forma multissistémica. Muito embora a forma de apresentação mais comum seja através de sintomatologia respiratória a sarcoidose tem o potencial de envolver qualquer sistema de órgãos. A ascite é uma das manifestações raras de sarcoidose.

Este caso clinico pretende demonstrar uma forma rara de apresentação de sarcoidose sob a forma de serosite e a importância da sua exclusão em mulheres jovens que se apresentem com o diagnóstico de carcinomatose peritoneal.

Caso clínico: Mulher, 37 anos, com história de hepatite B com carga viral controlada.

Foi referenciada do médico de família por quadro de aumento do volume abdominal com cerca de 2 meses de evolução e tomografia computorizada abdominal e pélvica a demonstrar abundante ascite ao nível ao nível das cavidades abdominais com expressão de carcinomatose peritoneal.

Analiticamente apenas a destacar o aumento do CA-125 133.9 (VR<35)U/ml e ECA (enzima de conversão da angiotensina) 164 (VR8-52)U/L, com estudo auto-imune e IGRA negativos.

Neste contexto, e por ausência de hipóteses diagnósticas, realizou-se biopsia da raiz do mesentério tendo o resultado anatomopatológico revelado lesões compatíveis com granulomatose necrotizante com pesquisa de BAAR negativa.

A doente apresentou uma resposta clínica favorável à corticoterapia com diminuição da ascite.

Discussão: Embora a maioria dos doentes com sarcoidose apresentem envolvimento pulmonar, alguns podem apresentar-se apenas com envolvimento extrapulmonar.

A sarcoidose pode envolver extensivamente o peritoneu e as lesões podem simular sinais de carcinomatose ou tuberculose peritoneal.

Este caso clínico realça que a sarcoidose pode manifestar-se sob a forma de sintomatologia inespecífica e o diagnóstico diferencial da doença extrapulmonar pode ser um desafio.

Nº 019 O desafio das miopatias

Diogo Andrade Pereira(1); Carolina Abreu(1); Rita Costa Chu(1); Ana Isabel Reis(1); Fernando Martos Gonçalves(1); José Lomelino Araújo(1); Salomão Fernandes(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

As miopatias inflamatórias são um grupo heterogéneo de doenças raras, por vezes associadas a outras alterações sistémicas.

Apresentamos um caso de um homem de 3(1) anos, natural da Guiné, de onde tinha regressado 3 semanas antes, com uma hepatite não caracterizada, sem medicação habitual. Admitido no internamento da infeciologia por febre, fadiga e mialgias generalizada com diminuição da força muscular com (1) semana de evolução. No exame objetivo com instabilidade e queda na prova de braços estendidos e no Mingazzini, reflexos osteotendinosos normais, sem outras alterações. Analiticamente com elevação das transaminases (AST 235UI/L, ALT 188UI/L), CK 5623ng/dL, LDH 636UI/L, troponina 0,29ug/L, PCR 4,22mg/dL, PCT 0,20ng/mL. Eletrocardiograma em ritmo sinusal com bloqueio de ramo direito e ecocardiograma transtorácico sem alterações agudas. Foi assumido quadro viral com miocardite. Melhoria do quadro inicial, com fluidoterapia, mantendo as mialgias e a rabdomiólise. Do estudo destaca-se apenas múltiplas serologias negativas, AcHBc e AgHBs positivos, com infeção por VHB com 134cópias. Por manutenção do quadro, 3 meses após a alta, foi referenciado à consulta de Medicina Interna, mantendo diminuição da força muscular proximal dos 4 membros, associada a cansaço generalizado, sem alterações cutâneas, analiticamente com CK ~4000ng/dL, aldolase elevada (58,8U/L), ANA negativo, mas anti SRP e anti Jo(1) fracamente positivos. Assumindo a hipótese de miopatia inflamatória, com infeção viral como possível desencadeante, foi realizada biópsia muscular e instituída corticoterapia (1mg/Kg/dia), com concomitante inicio de tenofovir. Verificou-se melhoria clinica progressiva, com melhoria da força muscular e descida dos parâmetros de miosite. A biópsia muscular revelou presença de MHC nas fibras musculares, sugestivo de miopatia inflamatória, embora sem infiltrados ou outras alterações especificas.

O presente caso realça a importância da avaliação holística do doente, tendo a evolução clinica permitido colocar outras hipóteses diagnósticas e o inicio de terapêutica dirigida contribuindo para uma evolução favorável. As miopatias inflamatórias podem apresentar-se paucissintomáticas ou com sintomas inespecíficos, devendo ser consideradas como hipóteses diagnósticas em doentes com rabdomiólise mantida.

Nº 020 Miosite Post-viral — A propósito de um caso clínico.

Paulo de Castro(1); Catarina Coelho(2); Rita Magalhães(2); Diana Alves do Carmo(1); Diana Mimoso(2); Raquel Moniz(2); Monique Alves(2); Cátia Cunha Ribeiro(2); Marta Barrigas(2); André Macedo Ribeiro(2); Beatriz Exposito(2); 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

Introdução: A miosite deve ser considerada em doentes que apresentam dor muscular generalizada e astenia intensa. Por ser uma doença incapacitante com elevada incidência nas faixas etárias jovens, importa definir de forma célere a sua etiologia e escolher a melhor abordagem terapêutica.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de um jovem de 24 anos com antecedentes de colite ulcerosa (CU) sob tratamento imunossupressor. Recente infeção da orofaringe

avaliada por otorrinolaringologia como herpética tratada com Aciclovir. Apresentou múltiplas idas ao serviço de urgência por dor muscular generalizada, astenia intensa e elevado grau de afetação das atividades da vida diária. Internado para investigação complementar que revelou IgG positiva a VH6 e CMV, e estudo imunológico positivo para o anticorpo antinuclear CN1A. A eletromiografia revelou compromisso miopático e o estudo genético heterozigotia para as variantes associadas a miopatias. Atendendo aos sintomas e antecedentes apresentados e às alterações no estudo realizado colocou-se a hipótese de miosite recorrente generalizada como manifestação extraintestinal da CU versus miosite post-viral. O doente foi submetido a pauta curta de corticoterapia associada a analgesia opioide e sessões de MFR, com melhoria do estado geral e regressão progressiva dos sintomas. De forma a confirmar a etiologia desta patologia e prevenir a recorrência de sintomas foi solicitada biópsia muscular que resultou inconclusiva. O caso foi gerido em conjunto com Neurologia e Gastroenterologia.

Discussão: A miosite é uma possível complicação das infeções víricas. Raramente é vista como uma manifestação extraintestinal da CU e ocorre geralmente durante a exacerbação da doença, mas este doente apresentou sintomas quando a CU já estava em remissão e uma resposta muito favorável ao tratamento com corticoterapia. Devemos estar cientes que, em doentes com CU, a miosite é uma complicação rara, mas um tratamento precoce com corticoterapia terá impacto positivo na qualidade de vida

Nº 021 Um caso de Doença IgG4

Inês Matias Lopes(1); Fábia Cerqueira(1); Ana Rita Ferreira(1); Ana Castro Barbosa(1); Margarida Guiomar(1); João Victor Freitas(1); Raquel Diogo(1); António Marques(1); Armando Lopes Braz(1); António Pais Lacerda(1); Francisco Santos Cunha(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A doença relacionada à IgG4 é uma condição fibroinflamatória imunomediada, capaz de afetar múltiplos órgãos, cuja prevalência exata é desconhecida. O diagnóstico distingue-se pela presença de lesões de órgão caracterizadas por infiltrados de plasmócitos IgG4+ e presença de fibrose na maioria dos casos.

Homem, 42 anos, antecedentes de enfarte agudo do miocárdio aos 37 anos, AIT aos 3(1) anos e dislipidémia mista, internado por Diabetes Mellitus tipo 2 inaugural, com estado hiperglicémico hiperosmolar e diplopia, queixas de disgeusia, náuseas, dor abdominal tipo cólica e desequilíbrio com 2 dias de evolução. No internamento, apurou-se HbA1c 12,8% com péptido C normal, hipercolesterolémia e hipertrigliceridémia, com apoliproteína A1, B, E e Lipoproteína (a) normais. Por suspeita de Síndrome sicca (xeroftalmia e xerostomia), realizou estudo de autoimunidade, negativo, resolvendo as queixas com controlo glicémico.

Por manter dor abdominal, fez TC-abdominal: lesão heterogénea na fáscia lateroconal esquerda em contacto com a parede do flanco esquerdo e repuxamento de ansa de delgado; Biópsia a demonstrar estroma com fibrose, esporiforme, com toalhas de plasmócitos (>10 IgG4/campo, IgG4/IgG<40%) sem restrição de expressão citoplasmática das cadeias leves, algumas com imunorreactividade para CD56 - achados compatíveis com doença IgG4. Restante estudo com IgG4 241mg/dL e IgE total de 560 (elevado, sem eosinofilia) e PET com doença metabolicamente activa e ávida para FDG em lesão abdominal no flanco esquerdo, junto da parede abdominal e provável patologia vascular inflamatória ligeira na aorta torácica. Dado o envolvimento vascular com aortite ligeira em doente com doença vascular em idade precoce, além da biopsia compatível, iniciou Prednisolona.

Apesar de ser uma doença rara e de difícil diagnóstico, deve ser considerada, de forma a iniciar terapêutica atempadamente e prevenir complicações como fibrose e insuficiência renal.

Nº 022 Paralisia muscular por hipocalémia - marcha diagnóstica de Síndrome de Sjogren

Patrícia Sôra Sobrosa(1); Maria Inês Risto(1); Mariana Gomes Xavier(1); Ana Catarina Carvoeiro(1); Raquel Afonso(1); Joana Couto(1); Luciana Sousa(1); Diana Guerra(1)

(1) Centro Hospitalar Alto Minho - Viana do Castelo

Síndrome de Sjogren (SS) é uma doença autoimune inflamatória crónica que afeta sobretudo as células epiteliais das glândulas exócrinas. Contudo, pode atingir outros sistemas, como o renal, sendo a acidose tubular renal tipo distal (ATRd), normalmente assintomática, comum. A hipocaliémia é a alteração iónica mais comum, podendo preceder os sintomas glandulares típicos e desvendar um SS não diagnosticado até então

Mulher 33 anos recorreu à Urgência por cefaleia e diminuição da força muscular 10 dias de evolução. Exame objetivo com disfonia e força muscular global grau 2/5. À admissão com hipocaliémia (2,8mmol/L), foi iniciada correção endovenosa, com evolução desfavorável. Após 6horas apresentou alteração do estado de consciência e paralisia muscular com necessidade de entubação orotraqueal. Analiticamente, acidemia metabólica grave com hipocaliémia severa (pH 7,02; HCO3 7mmol/L; pCO2 27mmol/L; K 1,1mmol/L), pH urinário >5,5 (7,5); *anion*GAP urinário positivo (65); *anion*GAP normal. Dado hipocaliémia severa a condicionar paralisia muscular em contexto de ATRd, realizado estudo etiológico que revelou: ecografia renal sem nefrocalcinose ou nefrolitíase, ANAs positivos (1/320padrão mosqueado); anticorpo(Atc) anti-SSA positivo; Atc anti-CCP positivo e fator reumatóide positivo (191,3IU/mL). Após extubação, com necessidade de suplementação com bicarbonato e potássio. Por suspeita de SS dado resultados de estudo complementar e queixas de mucosa seca, que mencionou à posteriori, realizou biópsia da glândula parótida que mostrou agregados linfóides com centro germinativo, com permeação de estruturas ductais e acinares; e teste de schirmer com produção submormal de lágrima. Assim, diagnóstico de SS primário. Iniciou corticoterapia (PDN 1mg/kg/dia) com melhoria da hipocaliémia e controlo das manifestações glandulares

O SS manifesta-se através de uma ampla variedade de sintomas, sendo o diagnóstico com base na história clínica e estudo complementar.

Destaca-se a importância de suspeitar de SS perante ATRd ou hipocaliémia. Neste caso, o tratamento/controlo do SS permite controlar os distúrbios iónicos associados, impedindo a progressão da doença renal e controlo das manifestações sistémicas.

Apresenta-se o caso pela raridade da paralisia por hipocaliémia associada a ATRd como manifestação de SS

Nº 023 Síndroma de VEXAS – o reconhecimento das manifestações graves para melhor decisão terapêutica

Ana Rita Rocha(1); Rafaela Ribeiro(2); Rui Barros(2); Raquel Faria(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto (2) Hospital da Luz Arrabida

Introdução: O síndroma VEXAS (*vacuoles, E(1) enzyme, X-linked, autoinflammatory, somatic*) é uma doença autoinflamatória monogénica somática de início tardio (a partir da 5ª década), ligada ao X. É causada por mutações somáticas no gene UBA(1) (*ubiquitin activating enzyme* 1) em percursores medulares. Cada vez reconhecido como menos raro, é importante o seu diagnóstico para decisão terapêutica de longo prazo e reconhecimento das manifestações graves nos surtos.

Caso Clínico: homem, 74 anos, com antecedentes de adenocarcinoma gástrico, hepatite B crónica sob entecavir e doença de Parkinson. Quadro com 10 meses de evolução de

tromboflebite membro inferior recorrente, uveíte no olho direito, febre prolongada, pleurite e infiltrados algodonosos pulmonares bilaterais sem resposta a antibioterapia ou isolamento de agente. Aos 5 meses de evolução, nova recidiva de picos febris, edema dos membros inferiores e lesões cutâneas maculares, inflamatórias, não pruriginosas e condrite auricular bilateral. Com resposta parcial a corticoterapia de curta duração , com anemia normocitica e trombocitopenia ligeira. O diagnóstico de VEXAS foi confirmado por mosaicismo de 50% do gene da UBA(1) com a variante Met41Val. Iniciou corticoterapia e tocilizumab com resposta quase total, mas na redução da dose de prednisolona para 10mg desenvolveu recidiva de doença pulmonar, traduzida por consolidações parenquimatosas de novo e insuficiência respiratória aguda. Apesar do tratamento com antibiótico de largo espectro, evoluiu desfavoravelmente com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Após início de pulsos de metilprednisolona assistimos a melhoria rápida e sustentada, com resolução dos infiltrados pulmonares e da insuficiência respiratória, e recuperação para o seu estado prévio ao surto pulmonar.

Discussão: O reconhecimento do síndroma VEXAS, e das suas manifestações graves, é fundamental para a rápida abordagem terapêutica também em ambiente de cuidados intensivos. Neste caso, o diagnóstico prévio de VEXAS sustentou a decisão de suporte ventilatório mecânico e de tratamento com corticóide em alta dose, provavelmente decisivo para o desfecho favorável.

Nº 024 Microangiopatia trombótica associada a bevacizumab: um caso clínico

Rita Gonçalves Pinto(1); Filipe Vilela(1); Carolina Maia Nogueira(1); Filipa Rodrigues(1); Gonçalo Torrinha(1); Luís Dias(1); Carlos Capela(1); Céu Rodrigues(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: As microangiopatias trombóticas (MAT) podem ser primárias ou secundárias a doenças sistémicas, afetando todas as faixas etárias. O diagnóstico precoce e muitas vezes presuntivo é fundamental já que, algumas destas entidades, necessitam de tratamento emergente. Noutras, como as iatrogénicas, é necessário suspender o fármaco em causa para prevenir a falência renal.

Caso Clínico: Mulher de 56 anos com Síndrome de Rendu-Osler-Weber, com episódios de epistáxis frequentes e abundantes, a condicionar por duas vezes inundação da via aérea e necessidade de ventilação invasiva. Neste contexto, em 2018, é iniciado, a título *off label*, um fármaco biológico anti-VEGF, o bevacizumab, para reduzir as malformações arteriovenosas. Este permitiu estabilidade clínica, sem recidiva de hemorragias durante quatro anos.

Em 2022, é internada por anasarca e progressiva disfunção renal, com necessidade de suporte dialítico. Do estudo realizado, realça-se a presença de anemia hemolítica, com esquizócitos no esfregaço de sangue periférico, hipoalbuminémia, ligeiro consumo de complemento, bem como proteinúria na faixa nefrótica. As serologias víricas foram negativas. Assim, estabelece-se o diagnóstico de síndrome nefrótico secundário a MAT associada ao bevacizumab. Após terapêutica de suporte e suspensão do fármaco, observou-se a normalização progressiva da função renal.

Discussão: O bevacizumab é um dos fármacos associados a MAT's, apesar da sua incidência ser desconhecida, sendo necessário no seguimento dos doentes a monitorização da função renal e da proteinúria. Perante estes casos, é essencial uma elevada suspeição clínica, por forma a iniciar um tratamento precoce. Ao contrário do que seria expectável, a biópsia renal não é informativa, confirmando-nos apenas o diagnóstico, mas não nos esclarecendo a sua causa. A história clínica é a ferramenta mais útil para discernir a panóplia de etiologias que lhe estão subjacentes.

Nº 025 Romboencefalite, um diagnóstico diferencial desafiante.

Matilde Coimbra(1); João Serôdio(1); Maria Carolina Carvalho(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Título: Romboencefalite, um diagnóstico diferencial desafiante.

Introdução: A romboencefalite tem diagnóstico diferencial extenso. A revisão dos detalhes clínicos é fundamental para estabelecer um diagnóstico. Este caso é ilustrativo do papel do internista na avaliação de doenças sistémicas com manifestações neurológicas.

Caso: Homem de 4(1) anos, de Cabo Verde, previamente saudável. Em 2019 teve internamento em Neurologia por cefaleia e febre, paresia facial direita e tetraparesia atáxica assimétrica. A punção lombar revelou 96 células polimorfonucleares e hiperproteinorraquia, cultural e citológico negativos. A RM cranioencefálica mostrava lesão parenquimatosa ponto-mesencefálica mediana. Admitida lesão cerebral abcedada infecciosa, tendo realizado longo curso de antibioterapia empírica, com estabilização dos défices.

Em 2022 apresenta febre, cefaleia, agravamento de tetraparesia atáxica prévia, retenção urinária e diplopia. A punção lombar mostrava 293 células polimorfonucleares, hiperproteinorraquia, cultural negativo. Repetiu RM cranioencefálica com evidência de duas novas lesões parenquimatosas inflamatórias (protuberancial dorso-mediana e cápsula interna esquerda). Nesta fase foi transferido para a nossa unidade.

Na revisão de sistemas, o doente refere aftose oral e genital recorrente e fenómenos sugestivos de patergia. Foi estabelecido o diagnóstico de doença de Behçet com aftose oral bipolar, patergia, meningite asséptica e romboencefalite recidivante. O doente foi tratado com corticoterapia, colchicina e infliximab, apresentando excelente evolução do ponto de vista neurológico.

Discussão: A doença de Behçet apresenta envolvimento neurológico em 10% dos doentes (vasculite, meningite asséptica e afeção inflamatória parenquimatosa). As lesões parenquimatosas tipicamente afectam o tronco cerebral, impondo diagnóstico diferencial com outras causas de romboencefalite. O envolvimento neurológico pode ocorrer na ausência de outras manifestações sistémicas exuberantes.

Nº 026 Quando o frequente é excluído

Gustavo Silva(1); Ana Catarina Lopes(1); Catarina Moura Furtado(1); Afonso Aguiar(1); Hugo Félix(1); Natália Marchão(1); Rita Silva(1); Milton Rosa(1); Francisco Morais(1); Carolina Carreiro(1); Maria José Pires(1); Alexandra Wahnon(1); Catarina Gonçalves(1); Liliia Savka(1); Ana Maria Baltazar(1); Raquel Mendes Boto(1); Carolina Brandão Monteiro(1); Marina Fonseca(1); Nuno Carreira(1); Marisa Teixeira Silva(1); António Pais de Lacerda(1); Liliana Ribeiro Dos Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A amigdalite é uma da doença comum em doentes de ambulatório e a recidiva não é rara. O tratamento geralmente é fácil e a recuperação rápida; contudo, há causas raras que não devem ser esquecidas.

Caso clínico: Homem, 20 anos, com história de amigdalites de repetição (que motivam tomas frequentes de amoxicilina) recorreu ao SU por 15 dias de evolução de febre diária intermitente. Referia ainda tosse produtiva, odinofagia, mialgias, artralgias (joelhos, tornozelos, ombros) e anorexia marcada, não cedendo à medicação sintomática.

Revelava contactos sexuais de risco e consumos toxifílicos. Destacava-se febre (39ºC) e rash macular de cor salmão evanescente. Laboratorialmente evidenciava-se leucocitose (19.600) neutrofílica (86.4%) e linfopénia (7.3%), bem como trombocitopenia (125.000), PCR (16.0mg/dL), VS (49 mm/1ªh). Apresentava adenomegálias infracentimétricas e hepatoesplenomegália, que na caracterização imagiológica por TC não eram sugestivos de doença linfoproliferativa. Foi colocada a hipótese de síndrome mononucleósico, contudo todas as serologias infeciosas se revelaram negativas. Considerando diagnóstico diferencial com doenças reumatológicas, foi solicitado ANA e FR que foram negativos. Apresentava doseamento de ferritina de 654ng/mL. Assim, postulou-se poder tratar-se de síndrome de Still do adulto, pois o doente reunia critérios de Yamaguchi: major (febre, rash cutâneo e leucocitose) e minor (faringite, linfadenopatias, hepatoesplenomegália, fator reumatoide negativo). Iniciaram-se anti-inflamatórios com resolução do quadro.

Discussão: Este caso remete-nos para a importância do diagnóstico diferencial de causas raras para entidades clínicas frequentes, em especial nas formas refrátarias e recidivantes. A doença de Still é uma doença inflamatória caracterizada por odinofagia, artrite, rash evanescente "salmão" e febre diária; sendo sempre um diagnóstico de exclusão, eliminadas as patologias mais frequentes.

Nº 027 Este anti-inflamatório só me dá dores de cabeça

Luís Miguel Pereira(1); Edgar Almeida(1); Tatiana Oliveira(1); Natália Fernandes(1); Diogo Cruz(1)

(1) Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Angioedema é definido como edema por extravasamento de fluidos para espaço intersticial. Afecta tipicamente zonas com grande expressão de tecido conjuntivo laxo, sendo mais comum apresentar-se na face, lábios, língua e laringe. Habitualmente é uma condição benigna e autolimitada no tempo, mas pode originar risco de vida se assumir forma exuberante e comprometer a via aérea. Pode manifestar-se isoladamente, com urticária associada ou como parte de anafilaxia. O angioedema tem características distintas se mediado pela histamina ou pela bradicidina.

Relata-se o caso de uma mulher de 50 anos, que recorre ao serviço de urgência por tumefacção mole e dolorosa da região supraclavicular e base do pescoço à esquerda, de início súbito, com dor retroesternal agravada com deglutição. Sem outras alterações. Episódios prévios de angioedema e mamoplastia de aumento como únicos antecedentes pessoais relevantes.

Estudo tomográfico revelou densificação tecidular envolvendo a cadeia jugulo carotídea esquerda, com extensão à região supraclavicular envolvendo os planos musculares, com edema associado e extensão ao mediastino superior à esquerda.

Admitiu-se angioedema atípico do pescoço e região supraclavicular esquerda e realizou prova terapêutica com anti-histamínico endovenoso, tendo apresentado melhoria, não obstante a resolução completa do quadro apenas ter ocorrido ao fim de 48 horas.

Investigação realizada em consulta permitiu excluir angioedema hereditário, tendo o estudo de auto-imunidade sido negativo, e os valores de triptase sérica sido sempre normais. Revisão cuidada da história da doente permitiu identificar a toma de ibuprofeno prévia a cada episódio. Estudo realizado até ao momento por Imunoalergologia não identificou outro alergénio responsável.

Pretende-se com este caso clínico rever o tema "angioedema", incluindo estudo etiológico, bem como rever reacções adversas a anti-inflamatórios não esteróides, fármacos amplamente utilizados e muitas vezes sem orientação médica.

Nº 028 Causa ou consequência? Um caso raro de enfarte esplénico

Isabel Malta Carvalho(1); João Santos(1); Rafaela Pereira(1); João Fernandes Cunha(1); Rodrigo Rei(1); Catarina Madeira(1); Joana Pestana(1)

(1) CHUA Faro

Introdução: O enfarte esplénico é uma causa rara de dor abdominal, sendo por este motivo frequentemente subdiagnosticado. É importante, por este motivo, considerar esta entidade no diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Relatamos o caso de um homem de 79 anos com um quadro de mialgias, poliartralgias, dor abdominal e mal estar geral com (1) semana de evolução. Pelo agravamento clínico e aparecimento de febre elevada, recorre ao serviço de urgência, sendo objetivada sépsis com disfunção cardiovascular, renal, hepática e hematológica com ponto de partida indeterminado. É colhido rastreio sético e serologias de agentes típicos e atípicos e iniciada antibioterapia empírica de largo espectro e medidas médicas de suporte de órgão, com boa recuperação das lesões de órgão alvo. Foi feita TC abdomino-pélvica que mostra "dismorfia esplénica, com ausência de captação do tecido esplénico e realce capsular aumentado", "densificação edematosa da gordura adjacente" e "aparente estenose na origem do tronco celíaco, com dilatação aneurismática pós-estenótica", aspetos sugestivos de enfarte esplénico total. Não foi isolado agente etiológico nas culturas e as serologias vieram negativas. Ao longo do internamento são excluídas outras causas de enfarte esplénico, nomeadamente origem hematológica, neoplásica, cardioembólica ou estados de hipercoaguabilidade. Em reavaliação imagiológica oberva-se coleção (86 x 69 mm de maiores eixos) com áreas de realce heterogéneo compatível com coleção infetada. Neste sentido é assumido o diagnóstico de enfarte esplénico por aterosclerose da artéria celíaca com provável tromboembolismo nesta origem e sobreinfeção do tecido necrosado. Optou-se pela anticoagulação terapêutica para além da antibioterapia de largo espetro já instituída e o doente teve boa evolução, ocorrendo uma diminuição da coleção e da área do enfarte sem necessidade de intervenção cirúrgica.

Discussão: Este caso demonstra a ocorrência de enfarte esplénico de provável origem isquémica pela aterosclerose da artéria celíaca. Apesar de não se ter determinado a ordem de eventos exata, colocamos as hipóteses de ocorrência de sépsis com ponto de partida a sobreinfeção da área esplénica necrosada versus sépsis sem ponto de partida indeterminado, a condicionar hipoperfusão e agravamento da isquémia esplénica neste contexto.

Nº 029 O idiopático às vezes tem causa.

Rita Relvas(1); Edgar Amaro(1); Marta Baião(1); Rita Tinoco Magalhães(1); Tatiana Oliveira(1); Nuno Ferreira Monteiro(1); Diogo Cruz(1)

(1) Hospital Dr.Jose Almeida, Cascais

Introdução: A Trombose Venosa Profunda (TVP) assume-se como um diagnóstico com importante morbilidade associada, do qual resulta uma crucial investigação etiológica, com impacto adicional na escolha e duração da estratégia anticoagulante. Nem sempre, porém, essa etiologia é prontamente identificada.

Caso Clínico: Mulher, 52 anos, pós-menopáusica, com história de TVP femoropoplíteia não estudada, anticoagulada durante (1) ano com varfarina. Referenciada a consulta para estudo etiológico de novo episódio de TVP, no mesmo local, (1) mês após suspensão de anticoagulação. Negada imobilização prolongada, cirurgias ou fraturas recentes,

terapêuticas hormonais, hábitos tabágicos ou toxicofílicos. Sem história familiar relevante. Rastreio de cancro da mama realizado nos 6 meses prévios, sem alterações. Feito estudo completo, com tomografia computorizada toracoabdominopélvica e estudo de trombofilias (doseamento e atividade funcional de proteína C e S, fator von Willebrand, anti-trombina III, fibrinogénio, mutação fator V de Leiden, mutação G20210A protrombina e anticorpos antifosfolipídicos) e auto-imune (anticorpos anti-dsDNA e antinuclear, fatores de complemento C3 e C4, doseamento de IgG e IgM), eletroforese de proteínas e imunofixação sérica normais. Assumida etiologia idiopática, medicada com apixabano. Ocorre novo episódio de TVP, no território tibial posterior, sob anticoagulação, sem tromboembolismo pulmonar associado. Alargado estudo etiológico, com estudos endoscópicos normais e com complemento de estudo trombofílico, de onde se destaca excesso de fator VIII da coagulação e homozigotia para a variante c.1298A>C do gene MTHFR. Realizada substituição de anticoagulação para varfarina, com indicação para terapêutica *ad aeternum*. Seguimento semestral em consulta, mantendo INR no alvo e sem novos episódios de TVP.

Discussão: Mesmo após estudo completo das causas hereditárias e adquiridas mais frequentes de TVP, muitas vezes o resultado é inconclusivo, assumindo-se episódio idiopático. Não obstante, a recorrência de episódios, sobretudo sob anticoagulação, deve motivar um estudo mais aprofundado, procurando etiologias que, ainda que raras e com pouca expressão clínica em isolado, assumam importância acrescida quando em concomitância.

Nº 030 Pseudoaneurisma Subclávio – um caso pouco comum

Ana Raquel Soares(1); Tiago F. Ribeiro(1); Sofia Picão Eusébio(1); Pedro Fiúza(1); Valentina Tosatto(1); Tiago Pack(1); Paula Nascimento(1); António Mário Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: Os pseudoaneurismas subclávios são pouco frequentes e a etiologia mais comum é traumática, no entanto é sempre necessária exclusão de outras causas, nomeadamente infeciosas.

Caso Clínico: Jovem do sexo masculino com 19 anos recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia e hemoptises. Ao exame objetivo sem alterações de relevo; a radiografia de tórax evidenciou hipotransparência subclávia esquerda tendo sido feita tomografia computorizada (TC) que confirmou volumoso pseudoaneurisma da artéria subclávia esquerda com densificação provavelmente hemática envolvente e espessamento parietal da mesma artéria, crossa da aorta e parte da aorta torácica descendente. Foi realizada exclusão endovascular do pseudoaneurisma pela Cirurgia Vascular, sem intercorrências e com resolução dos sintomas. Posteriormente manteve seguimento por Medicina Interna para estudo etiológico.

O estudo inicial, nomeadamente autoimune (para exclusão de vasculite) e infecioso (com pesquisa de vírus, bactérias, micobactérias e fungos por serologias, técnica de PCR ou cultura de sangue e expetoração) foi negativo. Foi apurada história de trauma torácico meses antes pelo que se assumiu inicialmente ser esta a causa mais provável do pseudoaneurisma.

Em consulta de reavaliação após 6 meses, o doente referiu reaparecimento de hemoptises. Em TC de reavaliação, era evidente a diminuição do falso aneurisma que se encontrava excluído, sem outras alterações arteriais; a nível pulmonar, presentes densificações residuais nos lobos superior esquerdo e médio.

Colocada a hipótese de existir outra condição associada, foi realizada broncofibroscopia, tendo sido isolado *Mycobacterium tuberculosis* sensível em cultura das amostras de lavados brônquico e broncoalveolar.

Assumido o diagnóstico de tuberculose pulmonar, considerou-se que o pseudoaneurisma seria de mais provável etiologia infeciosa, apesar de não ser possível excluir a causa traumática.

O doente cumpriu posteriormente terapêutica dirigida com antituberculosos com resolução dos sintomas.

Discussão: Apesar de difícil concluir se neste caso a etiologia do pseudoaneurisma é infeciosa ou traumática, o diagnóstico atempado da tuberculose foi essencial de modo a evitar futuras complicações infeciosas nomeadamente do *stent* endovascular.

Nº 031 AL Amyloidosis with cardiac involvement, without renal impairment

Sara Moutinho-Pereira(1); Ivo Cunha(1); Sandra Ferreira(1); Daniela Nogueira(1); Gonçalo Miranda(1); André Azevedo(1); Raquel Calisto(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: Infiltrative cardiomyopathies are a group of diseases where abnormal proteins accumulate within the heart tissue. This causes ventricular dysfunction (initially diastolic and later on, systolic dysfunction). The most common causes are amyloidosis, sarcoidosis, hemochromatosis and Fabry disease. After initial echocardiography, confirmatory evidence can be obtained by endomyocardial biopsy and cardiac MRI.

Caso clínico: A 68-year-old woman with history of hypertension and hyperlipidemia, presented with dyspnea, orthopnea and paroxysmal nocturnal dyspnea. She had lung crackles and high Nt-ProBNP and troponin I levels. Ecocardiography showed biventricular hypertrophy suggestive of infiltrative cardiopathy. Cardiac MRI was pathognomonic for cardiac amyloidosis. Renal function was unaltered and salivary gland biopsy revealed congophilic material with apple-green birefringence in polarized light. Tc-99 scintigraphy suggested cardiac amyloidosis and the genetic study for transthyretin was negative. Seric light chains had abnormal K/L=0,2 and the myelogram showed 2% of plasma cells, 99% of which had an abnormal immunophenotype. Considering the revised Mayo Clinic criteria, we assumed the diagnosis of AL amyloidosis, with cardiac involvement. Our patient started cyclophosphamide, bortezomib and dexamethasone.

Discussão: About 50% of AL amyloidosis cases are diagnosed after autopsy. Classically, patients with cardiac involvement have a grim prognosis, and markers such as troponin and natriuretic peptide are important predictors of the outcome. Proteasome inhibitor bortezomib, cyclophosphamide and corticosteroid is the most toxic combination to control the deposition of abnormal newly-formed light chains. Anti-CD38 antibody daratumumab was then started on our patient, since it is associated with a rapid response, and potentially superior outcomes when compared to the initial triple therapy.

Nº 032 Quando o que parece não é: a propósito de uma suspeita de pericardite constritiva.

Mariana S. Câmara(1); Marco Aurélio Correia(1); Alice Vicente(1); Francisco Soares Laranjeira(1); Bernardo Pimentel(1); Nuno Neves(1); Anabela Raimundo(1); Ricardo Arruda Pereira(1); Pedro Moraes Sarmento(1)

(1) Hospital da Luz Lisboa

A insuficiência cardíaca aguda (ICA) tem como etiologias mais frequentes a cardiopatia isquémica, a hipertensão arterial ou a doença valvular. As doenças do pericárdio, normalmente por tamponamento ou constrição, são uma etiologia menos comum e resultam habitualmente de quadros infecciosos ou de envolvimento neoplásico, primário ou secundário. É apresentado um caso de ICA como apresentação atípica de linfoma difuso de grandes células B (LDGCB).

Homem de 58 anos, sem antecedentes de relevo, internado por ICA em perfil clínico hemodinâmico tipo B, com dispneia para esforços progressivamente menores, estase pulmonar e edemas periféricos exuberantes. Analiticamente, destacava-se elevação do NT-proBNP (1684 pg/ml) e, ecocardiograficamente, espessamento do pericárdio com derrame ligeiro a moderado e fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 42%. Por suspeita de pericardite constritiva (PC) realizou ressonância magnética cardíaca que corroborou o diagnóstico. Durante a pericardiectomia identificou-se, no entanto, uma massa mediastínica condicionando compressão em torno do coração. A avaliação histológica revelou tratar-se de LDGCB. Após a excisão quase total da mesma verificou-se evolução clínica, analítica e ecocardiográfica favoráveis, com resolução da ICA. Foi iniciada quimioterapia dirigida sem intercorrências, tendo o doente tido alta com franca regressão do NT-proBNP (369 pg/ml). Verificou-se evolução favorável durante o seguimento em ambulatório, sem recorrência de sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca.

A PC é das etiologias restritivas de ICA mais comuns. O linfoma não-Hodgkin é a terceira causa mais frequente de envolvimento secundário do pericárdio, precedido por neoplasias do pulmão e da mama, sendo o LDGCB o subtipo mais prevalente. A singularidade do presente caso reside no facto de os exames imagiológicos não terem revelado a existência de uma massa externa ao coração que, apesar de simular uma PC, não envolvia o pericárdio.

Nº 033 Síndrome Platipneia-Ortodeoxia: a dispneia que melhora em decúbito

Laura Batista(1); Carlos Costa(1); Simão Carvalho(1); Ana Raquel Ferreira(1); Jesus Viana(1); Ana Briosa(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A síndrome Platipneia-Ortodeoxia é uma condição rara caracterizada por dispneia e hipóxia que piora em ortostatismo e que melhora em decúbito, e que pode resultar (entre outras causas) de defeitos de comunicação inter-atrial, com consequente hipoxemia por *shunt* direito-esquerdo (D-E). A causa anatómica mais frequente é o *foramen ovale* patente (FOP), no entanto esta condição é muitas vezes assintomática. Acresce ainda que nem todos os doentes com comunicação inter-atrial desenvolvem *shunt* D-E.

Trazemos o caso de um homem de 67 anos, com antecedentes de FA, AVC isquémico, dislipidémia e hipertensão, seguido em consulta de Cardiologia por aneurisma da aorta ascendente (52mm) e bicuspidia aórtica. Recorreu inicialmente ao SU por tosse e rinorreia, no entanto por se objectivar dessaturação importante é observado na sala de

emergência. Gasimetricamente, com PaO2 35mmHg com FiO2 80%, e refractária a maior aporte de O2. Analiticamente, sem elevação de parâmetros inflamatórios, e angioTC pulmonar a excluir TEP ou lesões parenquimatosas. Clinicamente, o doente apresentava bom estado geral, apesar de manter satO2 que pareciam variar com a posição: dessaturava em ortostatismo, com praticamente normalização de PaO2 em decúbito lateral direito, pelo que se levantou a hipótese de shunt D-E (não conhecido até então). Face a esta suspeita, o doente foi internado, tendo realizado ecocardiograma transesofágico onde se confirmou presença de FOP com passagem espontânea de fluxo direito-->esquerdo, explicando assim a hipóxia oscilante. Destaca-se quadro de obstipação importante nos dias prévios com evidente aumento do perímetro abdominal, que possivelmente terá contribuído para facilitar o fluxo inter-atrial no que se assemelha a uma manobra de Valsalva sustentada. O doente foi submetido a correcção percutânea do defeito inter-atrial com dispositivo *Amplatzer*, com normalização de PaO2 à data de alta.

Trata-se de uma condição rara, mas que deve sempre ser suspeitada em doentes que apresentem hipoxemia inexplicada e refractária ao aporte de O2. O ecocardiograma transesofágico muitas vezes é o suficiente para realizar o diagnóstico, e a consequente correcção do defeito inter-atrial não só resolve a hipoxemia, como previne a ocorrência de embolia paradoxal sistémica (AVC, enfarte agudo do miocárdio, etc).

Nº 034 Emergência hipertensiva – a gravidade e exuberância dos achados sistémicos

Rui Pedro Ribeiro(1); Helena Santos Moreira(1); Paula F. Matias(1); Inês Albuquerque(1); Ana Faceira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A hipertensão arterial afeta cerca de ¼ da população mundial. Constitui um dos principais contribuintes para a morbimortalidade a nível mundial pelas múltiplas complicações cardiovasculares, renais, oculares e cognitivas.

Caso clínico: Homem, 49 anos. Recorreu ao SU por dispneia e diminuição da diurese com 3 dias de evolução. No SU com PA 171/111mmHg, FC 81bpm, p/f 70 com máscara de alta concentração. A TC tórax mostrou derrame pleural e vidro despolido bilateralmente. Necessidade transitória de ventilação mecânica invasiva. Do restante estudo complementar inicial: Hb 5.1g/dL, plaquetas 63000/uL, DHL elevada, haptoglobina 8mg/dL, esquizócitos, Coombs negativa, creatinina 16.4mg/dL (sem análises recentes), trop I hs máxima 1063ng/L, NT-proBNP 68235pg/mL, atividade ADAMTS13 normal. Ecografia renal com alterações sugestivas de nefropatia, e o ecocardiograma transtorácico mostrou hipertrofia concêntrica biventricular, de aspeto infiltrativo no ventrículo esquerdo, e disfunção ventricular esquerda ligeira. Pela exuberância dos achados do ecocardiograma, realizou RM cardíaca que mostrou alterações sugestivas de cardiopatia hipertensiva (restante estudo também permitiu excluir amiloidose). A observação do fundo ocular mostrou retinopatia hipertensiva grau 3. Realizou biópsia renal que mostrou sinais de cronicidade sugestivos de nefroangioesclerose e microangiopatia trombótica. Difícil controlo tensional e, apesar da manutenção da diurese, por parca melhoria da função renal, foi iniciada terapêutica de substituição da função renal. Assim, assumida emergência hipertensiva com atingimento multiorgânico: microangiopatia trombótica, disfunção renal, insuficiência cardíaca aguda e retinopatia hipertensiva. O angioTC não mostrou estenose das artérias renais, nem lesões nas suprarrenais.

Conclusão: Este caso pretende ilustrar a gravidade e a exuberância dos achados sistémicos em doentes com emergência hipertensiva que, neste caso, motivou um estudo etiológico extenso.

Nº 035 Enfarte agudo do Miocárdio em doente com Défice de proteína S

Sara Tereso(1); Doroteia Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A deficiência de proteína S é uma trombofilia hereditária rara com uma prevalência de 0,03 a 1,3% na população geral. O risco de tromboembolismo venoso e/ou arterial nos doentes portadores de esta patologia é cinco vezes maior aos controles, sendo ainda mais raro um evento coronário agudo como primeira manifestação da doença, tornando o diagnóstico e tratamento particularmente desafiador.

Caso Clínico: Homem, 37 anos, previamente saudável, com antecedentes familiares de trombofilias, nomeadamente irmã com 23 anos com episodio de tromboembolismo pulmonar e trombose venosa profunda e pai aos 54 anos com trombose venosa profunda. Recorreu ao SU com dor retro esternal opressiva associada a dispneia e sudorese. apresentou ECG com supradesnivelamento do segmento ST nas derivações anteriores com troponinas de 170 na repetição , ecocardiograma apresentou fração de ejeção de 38% com hipocinesia dos segmentos apicais e mediais do septo anterior e parede anterior, tendo sido diagnosticado enfarte agudo do miocardio anterior, com realização de coronariografia que identificou lesão oclusiva da descendente anterior proximal tendo sido submetido a angioplastia coronária transluminal percutânea. Durante o internamento no serviço de Medicina foi medicada com acido acetilsalicilico, clopidogrel e enoxaparina. Da avaliação laboratorial para estudo etiológico destacou-se deficiência de Proteína S livre antigénio (37%), sem alterações da TP, APTT, anticoagulante lupico, tempo de trombina e fibrinogénio, proteína C, antitrombina, mutação do factor V Leiden, mutação protrombina, anticorpo anticardiolipina e anti-B2glicoproteina, homocisteina, fator VIII.

Tem alta medicada com acido acetilsalicilico, clopidogrel e apixabano, orientada para consulta de Medicina interna para seguimento, sem novos eventos tromboticos.

Conclusão: As trombofilias são fatores de risco independentes de trombose. A identificação laboratorial de trombofilias contribui para a estratificação de risco individual e prevenção secundaria. A trombose coronária como causa de Enfarte Agudo do Miocárdio, quando não associada a fatores de risco clássicos em doentes jovens sem historial de abuso de drogas torna-se rara.

Nº 036 Síndrome de Osler-Weber-Rendu: uma causa menos frequente de anemia ferropénica

Mariana Dias(1); Ana Melício(1); Hélder Gonçalves(1); Sara Vasconcelos Teixeira(1); João Madeira Lopes(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A telangiectasia hemorrágica hereditária (THH) ou síndrome de Osler-Weber-Rendu é uma doença hereditária de transmissão autossómica dominante heterozigótica, caracterizada pelo aparecimento de lesões angiodisplásicas. Pode manifestar-se com epistáxis, hemorragia gastrointestinal e anemia ferropénica. Não raras vezes, o diagnóstico é tardio e exige um elevado índice de suspeição.

Apresenta-se o caso de um homem de 35 anos, sem diagnósticos prévios conhecidos, admitido para estudo de anemia de agravamento progressivo e ferropénia grave, sem telangiectasias cutâneas visíveis. Referia fezes sugestivas de melenas desde há um mês. Mencionava episódios frequentes de epistáxis desde a infância. O seu pai e tio

paterno apresentavam também história de epistáxis habituais e anemia necessitando de terapêutica marcial, sem esclarecimento etiológico até à data. Os exames endoscópicos do tubo digestivo revelaram angiectasias do intestino delgado com necessidade de fulguração com árgon-plasma. Dada a história pessoal e familiar sugestiva e o seu quadro clínico, admitiu-se como possível diagnóstico THH, de acordo com os critérios de *Curaçao*. O teste genético detectou a variante c.899T>G Het, p.(Leu300Arg) no gene ENG, em heterozigotia. Trata-se de uma variante não reportada previamente em bases de dados da doença, mas que está localizada numa região onde estão descritas outras variantes associadas a THH tipo 1.

De ressalvar a importância da história clínica pessoal e familiar detalhada para a suspeição diagnóstica de patologias menos frequentes. A THH apresenta uma incidência estimada de 1:5000 a 1:8000 indivíduos. Contudo, é uma patologia subdiagnosticada com sintomatologia diversa e curso clínico variável, desde a inexistência de sintomas até hemorragias fatais. O seu diagnóstico atempado é crucial já que, pelo menos, 50% dos doentes apresentam malformações arteriovenosas de órgão crítico, nomeadamente pulmonares e cerebrais, a excluir precocemente

Nº 037 Síndrome Hiperpirexia-Parkinsonismo: causa rara de elevação da temperatura

Maria Margarida Rosado(1); Mikael Xufre(1); Marta Segurado Duarte(1); Nuno Bernardino Vieira(1); Luísa Arez(1)

(1) Hospital do Barlavento Algarvio

Introdução: Em 2/3 dos doentes internados com febre esta não possui etiologia infeciosa, sendo fundamental considerar outras causas. A síndrome hiperpirexia-parkinsonismo (SHP) é uma complicação rara e potencialmente fatal da doença de Parkinson (DP), caracterizada pela presença de sintomas tipo síndrome maligna dos neurolépticos (SMN) após descontinuação de fármacos antiparkinsónicos, devendo ser uma entidade a considerar no diagnóstico diferencial da febre em doentes com DP.

Caso clínico: Mulher, 63 anos, com DP, depressão e perturbação da personalidade, medicada com Levodopa/Benserazida, Amantadina, Rotigotina, Quetiapina e Diazepam, recorreu ao Serviço de Urgência por alteração do comportamento e queda da própria altura, apurando-se incumprimento terapêutico. À observação confusa, sonolenta, com tremor generalizado, hipertonia, mioclonias e pico febril de 39,1ºC. Analiticamente com rabdomiólise e TC-CE sem alterações. Rastreio séptico negativo e LCR sem alterações. Foram suspensos fármacos neurolépticos e titulada benzodiazepina, sem melhoria da febre e manutenção da restante clínica com posterior surgimento de hipertensão arterial e disfagia. RM-CE sem alterações. Por manutenção de pirexia, iniciou Bromocriptina, com posterior titulação, com resolução da febre, sintomas extrapiramidais e da alteração do estado de consciência (AEC) após 5 dias.

Discussão: A SHP caracteriza-se por agravamento do parkinsonismo, hipertermia, AEC, rabdomiólise e disfunção autonómica. Clinicamente assemelha-se à SMN, porém a patologia de base é distinta, existe maior latência de início de sintomas, o parkinsonismo é mais evidente e precoce, a rabdomiólise e leucocitose menos acentuadas e o prognóstico mais favorável. É uma emergência neurológica e, para além das medidas de suporte, deve ser tratada com agonistas dopaminérgicos. Neste caso, a doente apresentava fatores etiológicos predisponentes, a tríade clínica típica, com resolução do quadro após terapêutica com dopaminérgicos, confirmando o diagnóstico.

Nº 038 Uma encefalite herpética atípica

Bruno Sequeira Campos(1); Miguel Saianda Duarte(2); Maria Ribeiro Gomes(2); Ana Cláudia Ribeiro(2); José Vale(2)

(1) Hospital de Leiria (2) Hospital Beatriz Ângelo

A encefalite herpética é uma das maiores causas de morbimortalidade por encefalite em todo o mundo. Clinicamente manifesta-se com alteração do estado de consciência, febre, convulsões e sinais neurológicos focais. O diagnóstico é feito através do LCR. Na RM tipicamente atinge as regiões mesio-temporais, orbitofrontais e córtex insular, poupando os gânglios da base.

Mulher, 65 anos, com antecedentes de doença bipolar, LES, hábitos alcoólicos e tabágicos recorre ao SU por quadro de instalação progressiva de alteração da marcha com quedas recorrentes, diminuição do débito urinário e obstipação com 10 dias de evolução e tremor dos membros superiores desde há 2 meses. Apresentava-se febril à admissão. Ao EN apresentava desorientação temporal, paraparésia espástica G2/5, discreta dismetria e tremor de intenção terminal dos membros superiores, hipostesia álgica em meia bilateralmente, ROTs globalmente fracos e RCPs flexores.

Do estudo destaca-se, leucopenia ligeira com PCR de 2mg/dL, sódio de 124 mmol/L, TC-CE sem alterações e TC cervico-dorso-lombar com fratura corpo vertebral D5, sem compressão medular.

Durante a permanência no SU, ficou prostrada, com agravamento dos défices motores e febre de difícil cedência, pelo que se realizou PL e RM-CE.

A análise citoquímica do LCR demonstrou 15 células, sem predomínio, sem hiperproteinorraquia e com normoglicemia. A RM assinalou hipersinal nas regiões insulares bilaterais, frontal interna bilateralmente e região subfrontal posterior direita, compatível com encefalite límbica. Face à suspeita, iniciou empiricamente aciclovir e ceftriaxone e face à localização foi pedido estudo auto-imune e paraneoplásico. Posteriormente, foi isolado no LCR o HSV-(1) e suspensa a antibioterapia.

A doente manteve afundamento neurológico com necessidade de ventilação invasiva e internamento em UCI, tendo ficado com graves défices sequelares. Destacar que o extenso estudo autoimune e paraneoplásico, previamente solicitado, foi negativo.

Com este caso, pretende-se demonstrar uma manifestação clínica atípica com atingimento da região límbica, sendo uma apresentação rara de encefalite herpética. Realça-se a importância de iniciar terapia empírica precocemente perante um doente com síndrome confusional agudo e sinais neurológicos focais a fim de melhorar o prognóstico.

Nº 039 Crise Miasténica, uma apresentação (ins)estável

Renato Gonçalves(1); André Leitão(1); Carla Gonçalves(1); Leopoldina Vicente(1); Juliana Carneiro(1); João Pereira(1); João Corrêa(1); Lúcia Jardim(1); Joana Coelho(1); Patrícia Silva(1)

(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Miastenia gravis é uma doença autoimune da placa neuromuscular, caracterizada por perda de força flutuante a nível ocular, bulbar, membros e músculos respiratórios. A crise miasténica é uma exacerbação desta patologia, com necessidade frequente de ventilação invasiva ou não invasiva. Em 20% dos doentes a crise miasténica é a primeira apresentação da doença, o que dificulta o seu diagnóstico e se traduz num aumento da morbimortalidade.

Mulher, 7(1) anos. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de dificuldade na articulação verbal e na deglutição, com agravamento progressivo ao longo de 6 semanas, ptose palpebral e emagrecimento. Ao exame neurológico: ptose palpebral bilateral, sem oftalmoparésias ou diplopia; disartria nasalada, disfonia, disfagia para líquidos, incapacidade de realizar protusão da língua. Força apendicular mantida. A nível respiratório sem alterações.

Estudo complementar no SU: leucocitose com neutrofilia borderline e ligeira elevação da PCR, sem alterações relevantes no Rx torax e TAC-CE

Durante o internamento foi feita prova terapêutica com piridostigmina p.o., com melhoria parcial de ptose palpebral e disartria. Por suspeita de crise miasténcia, inciou imunoglobulina ev. Não obstante, iniciou quadro dispneia com agravamento progressivo, e insuficiência respiratória, tendo havido necessidade de ventilação mecânica invasiva, suporte aminérgico e transferência para a UCI, onde realizou 5 sessões de plasmaferese e 5 tomas de Metilprednisolona 500 mg. Apresentou clara remissão da insuficiência respiratória, e sintomatologia neurológica.

Realizou estimulação nervosa repetitiva e estudo de condução motora e sensitiva normais. Doseamento de anticorpos anti-receptor de acetilcolina aumentados, anti-musk negativo. Tc-tórax exclui presença de timoma.

Teve alta assintomática, medicada com azatioprina 50 mg e prednisolona 10 mg id.Este caso torna-se ímpar, devido ao diagnóstico depender da semiologia e do grau de suspeita clínica, e do benefício da rapidez diagnóstica .

Apesar de incomum esta patologia deve estar "na ponta da língua" da Medicina Interna, por se tratar de uma emergência neurológica e a abordagem ser primariamente realizada no serviço de urgência. Como denotado poderá haver uma evolução rapidamente progressiva.

Nº 040 Síndrome Serotoninérgica: A Inespecificidade Clínica como fator de Complexidade Diagnóstica

Marta Monteiro(1); Inês Miranda(1); Vikesh Samji(1); Nuno Pinheiro(2)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A Síndrome serotoninérgica é uma entidade potencialmente fatal causada pela interferência com o metabolismo da serotonina, seja por iatrogenia terapêutica, intencional ou por polimedicação.

A tríade clínica clássica é composta por alteração do estado de consciência, hiperatividade autonómica e disfunção neuromuscular, no entanto a sua presença não é obrigatória, existindo uma miríade de sinais e sintomas inespecíficos.

Não existe nenhum teste confirmatório, mas grande sobreposição de manifestações com outras patologias que podem mimetizar esta entidade.

Caso Clínico: Mulher, 42 anos de idade, com antecedentes pessoais de síndrome depressivo. Admitida por ingestão medicamentosa voluntária (1(1) blisters de escitalopram 10mg e 3 de venlafaxina 75mg), seguida de 3 episódios de vómito com saída de comprimidos não quantificada.

À observação, sudorética e subfebril (temperatura timpânica 37.5ºC). Destaque para tremor generalizado, mioclonias e nistagmo horizontal bilateral, bem como clónus dos membros inferiores.

Do estudo complementar, prolongamento do QTc em eletrocardiografia e hipofosfatemia de 1.9 mmol/L.

Pelos critérios de Hunter, alterações enquadráveis numa síndrome serotoninérgica, em doente com ingestão farmacológica compatível, pelo que iniciou terapêutica de

suporte com hidratação endovenosa vigorosa, benzodiazepinas e correção de défices iónicos, com evolução favorável.

Discussão: Com o aumento da utilização de antidepressivos, a definição de síndrome serotoninérgica como uma entidade rara deixou de ser pertinente, tornando-se imperativa a consciencialização da comunidade clínica para a amplitude de apresentações clínicas da mesma.

O seu carácter inespecífico dificulta o diagnóstico e início atempado de terapêutica, já que classicamente manifestações ligeiras escalam de forma abrupta para as formas mais graves de doença, com complicações potencialmente fatais. Assim sendo, um baixo limiar de suspeição, bem como uma história clínica e exame objetivo meticulosos são fulcrais.

Nº 041 Mielite transversa como manifestação clínica de Neuroborreliose

Inês de Albuquerque Monteiro(1); André Pinto(2); Flávia Cunha(2); Joana Guimarães(2); Andreia Costa(2); Carolina Soares(2)

(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão (2) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A doença de Lyme é uma zoonose endémica provocada por espiroquetas do complexo *Borrelia burgdorferi sensu lato*. O envolvimento agudo do sistema nervoso ocorre em 10%-15% e a meningorradiculite é a forma mais comum de apresentação. A neuroborreliose tardia ou crónica está descrita em menos de 2% dos casos.

Caso clínico: Mulher de 80 anos, com fibrilhação auricular, hipertensão arterial e dislipidemia recorre ao Serviço de Urgência por diminuição da força muscular nos membros inferiores, progressiva e ascendente, associada a parestesias com cinco dias de evolução. À admissão, apresentava tetraparésia de predomínio nos membros inferiores, com hipostesia álgica com nível por T4 e edema dos membros inferiores. A RM medular revelou mielite transversa longitudinalmente extensa (C4-D7) com captação de contraste de predomínio centromedular. O estudo de líquido cefalorraquidiano (LCR) mostrou pleocitose (95 células/mm3) com predomínio de polimorfonucleares (40%) e hiperproteinorráquia (1.23g/L), sem consumo de glicose. Perante a imagem da lesão na RM e agravamento clínico nos primeiros dias de internamento, colocaram-se como hipóteses etiológicas mais prováveis doença inflamatória ou infeciosa, pelo que iniciou empiricamente doxiciclina (200mg/dia), tendo realizado cinco sessões de imunoglobulina, seguindo-se cinco sessões de plasmaferese em dias alternados. O estudo imune foi negativo. O estudo infecioso sérico e de LCR foi negativo, à exceção da deteção de DNA ribossomal (16s) no LCR. Posteriormente, foram identificados anticorpos IgG contra a *Borrelia spp* no líquor e soro, confirmados por Western-blot. A doente completou um total de 28 dias de ceftriaxone (2g/dia), assim como reabilitação motora, com melhoria motora e sensitiva. Repetiu estudo de LCR e RM medular, com melhoria analítico-imagiológica.

Discussão: Este caso ilustra a complexidade da marcha diagnóstica e terapêutica em casos de mielite isolada, sobretudo em fases precoces, quando ainda não dispomos de todos os resultados paraclínicos.

Nº 042 MELAS on adult setting

Francisca Torres Sarmento(1); Andreia Rodrigues Lopes(1); Sara Sarmento(1); Marco Ribeiro Narciso(1); Teresa Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introduction: Although cerebrovascular diseases are responsible for the majority of strokes, non-stroke diseases may present with similar courses and symptoms. MELAS (Mitochondrial Encephalomyopathy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes) Syndrome is a maternally inherited mitochondrial disease with a variety of manifestations, including encephalomyopathies (dementia, epilepsy, and myopathy), lactic acidosis, stroke-like events, sensorineural hearing loss, headaches, exercise intolerance, limb muscle weakness, and ataxia. It typically manifests before the age of 40.

Case Report: A 57-year-old female was admitted with a 1-week history of headache and visual impairment. Personal history revealed: type 2 diabetes mellitus, myocardiopathy in study, and a left cochlear implant for hearing loss (without a diagnosis). On examination, the patient had a right superior quadrantanopia and global aphasia. Blood test results were within the normal range. CT scan showed a hypodense lesion on the left occipital lobe. The patient was admitted for a suspected acute ischemic stroke. During hospitalization, the patient had complaints of high-intensity headaches and myopathy. Blood gas showed hyperlactacidemia. Given the patient's symptoms and personal history, we suspected MELAS as the underlying cause, and the genetic test was collected. After two weeks, the patient's condition improved slightly, and she was discharged from the hospital pending genetic results. Two weeks later, the patient was readmitted due to seizures and started anticonvulsants. At follow-up, the genetic analysis revealed m.3243A<G mitochondrial mutation, confirming the diagnosis of late-onset MELAS.

Conclusion: This case highlights the importance of MELAS syndrome being considered a differential diagnosis for acute ischemic stroke due to its similar onset pattern and neurological symptoms, even in an adult setting. Genetic counseling should be provided to patients and their families.

Nº 043 Encefalite límbica Ak-5: uma entidade rara e atípica

Diana Leite Russo(1); Mariana Lobo(2); Diogo Lobo(2); Duarte Lima(2); Mariana Seco(2); Verónica Guiomar(2); Alexandre Vasconcelos(2); Eduardo Eiras(2); Margarida Calejo(2)

(1) IPO Porto (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: As alterações comportamentais podem ter diversas etiologias orgânicas, raramente filiadas em processos de encefalite, que por sua vez pode ter diversas causas, tornando-se fundamental a exclusão de processos auto-imunes e paraneoplásicos que possam estar associados.

Caso Clínico: Homem,72 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e tabagismo no passado. Início de alterações do comportamento a motivar internamento prolongado, sendo extensamente estudado com diagnóstico de encefalite límbica seronegativa, sem evidência de neoplasia oculta, tendo realizado tratamento com corticoterapia e imunoglobulina EV, ficando orientado para consulta de Neurologia, com melhoria clínica inicial. Reagravamento do quadro após cerca de 2 meses, com confusão e alterações comportamentais, incapaz de reter e evocar informação, sendo reinternado para estudo. A RMN-CE mostrou lesões bitemporais compatíveis com encefalite límbica. Realizada punção lombar que mostrou pleocitose, evidenciada síntese intratecal de

imunoglobulinas e excluído processo infecioso. Realizados estudos endoscópicos, TC e PET-CT com exclusão de neoplasia oculta. Estudo auto-imune extensivo sem alterações, bem como anticorpos relacionados com síndromes neurológicas paraneoplásicas. Fez novo ciclo de tratamento com corticoterapia, plasmaferese e imunoglobulina EV, bem como duas tomas de rituximab sem melhoria. Perante todo o estudo negativo e a ausência de resposta às várias terapias, pedido anticorpo anti-ak5 que se revelou positivo, tendo alta do internamento e mantendo seguimento em consulta de Neurologia.

Conclusão: A encefalite anti-ak-5 é uma entidade extremamente rara, não paraneoplásica, que se caracteriza por uma apoptose neuronal marcada associada a citotoxicidade mediada por células T, explicando o mau prognóstico e má resposta a imunoterapia associada a esta patologia, tal como verificado neste doente.

Nº 044 Hemorragia Intracraniana na Endocardite Infeciosa: a propósito de um caso clínico

Rita Tinoco Magalhães(1); Rita Relvas(1); Tatiana Oliveira(1); Rita Valadas(1); Maria Margarida Andrade(1); Patrícia Cipriano(1); Nuno Ferreira Monteiro(1); Diogo Cruz(1)

(1) Hospital Cascais

Introdução: A hemorragia intracraniana é uma complicação infrequente da endocardite infeciosa (EI) e deve-se habitualmente a rotura de aneurisma micótico (mesmo na ausência de demonstração imagiológica). Outras causas são erosão sética da parede vascular, na ausência de aneurisma, ou embolização sética com transformação hemorrágica. Os autores apresentam um caso de EI de válvula protésica complicada de hemorragia intracraniana.

Caso clínico: Um homem de 8(1) anos, autónomo, portador de prótese valvular aórtica biológica, é internado por febre sem sintomatologia focalizadora. O ecocardiograma transesofágico mostrou endocardite de válvula protésica aórtica, com obstrução da prótese, provável abcesso associado e suspeita de endocardite de válvula mitral nativa. As hemoculturas isolaram Enterococcus faecalis multissensível. O doente estaria hipocoagulado com edoxabano, por fibrilhação auricular paroxística com CHA2DS2-VASc superior a 2. Assim, optou-se por manter hipocoagulação com enoxaparina. No 8.º dia de antibioterapia dirigida, desenvolve quadro de hemiplegia direita com face e afasia global em mutismo. A tomografia computorizada (TC) de crânio mostrou extenso hematoma intraparenquimatoso e hemorragia subaracnoideia, sugestivo de rotura de aneurisma micótico e não se excluindo embolização sética concomitante, com transformação hemorrágica, agravada pela anticoagulação em dose terapêutica. Adicionalmente, a TC de corpo evidenciou a existência de embolização sética esplénica e renal. Não houve indicação neurocirúrgica e, atendendo à presença de hemorragia intracraniana, o doente não foi candidato a substituição valvular, pelo que o prognóstico é fechado.

Discussão: O caso apresentado alerta para a existência desta complicação, que, embora rara, acarreta elevada morbimortalidade, e ilustra claramente os vários mecanismos pelos quais ela pode ocorrer. O processo infecioso subjacente muitas vezes inviabiliza a hipótese neurocirúrgica e a hemorragia recente impossibilita uma intervenção valvular, pela necessidade de hipocoagulação que lhe é inerente.

Igualmente, expõe-se a necessidade de mais estudos sobre a segurança da anticoagulação no doente com EI, particularmente de válvula protésica, mesmo em doentes com indicação formal para a mesma, como era o caso.

Nº 045 Parésia diafragmática bilateral por lesão iatrogénica do nervo frénico

Teresa Gouveia Martins(1); Francisco Ferrer(1); Helena Temido(1); Rui Marques Santos(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A parésia diafragmática iatrogénica bilateral é um tipo raro de disfunção muscular, de incidência desconhecida, associada a sintomas respiratórios graves. Apresenta-se de forma súbita, com ortopneia e respiração paradoxal. Sendo uma entidade rara e mais associada a cirurgias torácicas, o seu diagnóstico noutros contextos é exigente.

Caso Clínico: Homem, 69 anos, com colecistectomia laparoscópica recente, recorre à urgência por dispneia, ortopneia e dispneia paroxística noturna com 2 semanas de evolução. Sem febre, edemas ou outras queixas respiratórias. Estava hemodinamicamente estável, polipneico, sem turgescência venosa jugular, com respiração abdominal e murmúrio vesicular globalmente diminuído. A saturação periférica de oxigénio oscilava entre 80-93% em decúbito ou ortostatismo. Com insuficiência respiratória global na gasometria arterial. Sem alterações analíticas de relevo. Fez radiografia torácica, com aparente derrame pleural bilateral, sendo internado com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva. No internamento, manteve-se sem alterações analíticas relevantes, mas com manutenção de ortopneia súbita, com dessaturação importante (80%) em decúbito, e reversão após levante. Realizou radiografias torácicas em inspiração e expiração que mostraram ausência de variação posicional do diafragma. As provas de função respiratória evidenciaram padrão restritivo e a eletromiografia mostrou lesão neuropática aguda bilateral no diafragma compatível com lesão do nervo frénico. A tomografia computorizada torácica não mostrou alterações e a ressonância não revelou lesões cervicais, pelo que, em relação temporal, se inferiu lesão em contexto da colecistectomia. O doente foi avaliado pela Cirurgia Torácica para eventual correção cirúrgica. **Conclusão:** Destaca-se a entidade rara e não frequentemente associada a cirurgias abdominais, a dificultar o diagnóstico. O seu reconhecimento e orientação são essenciais pelas consequências clínicas importantes.

Nº 046 Delirium: uma apresentação incomum de trombose venosa cerebral

Inês de Gouveia Bonito(1); Alexandra Coimbra(1); Carolina Xavier de Sousa(1); Inês P. Carvalho(1); Bruna Rodrigues Barbosa(1); Andreia Meseiro(1); Mariana Caetano Coelho(1); Teresinha Ponte(1); Martinho Fernandes(1)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: O delirium está entre as alterações mais comuns encontradas no serviço de urgência, habitualmente em doentes idosos e com múltiplas comorbilidades. Caracteriza-se por redução da atenção e da percepção, com evolução num curto período e flutuação ao longo do dia, podendo ser acompanhado por alterações do comportamento, como hiperatividade. É desencadeado geralmente por fármacos ou drogas, infeções, distúrbios metabólicos ou distúrbios do sistema nervoso central. No entanto podem surgir no decurso da nossa prática clínica casos desafiantes com etiologias invulgares para o delirium.

Caso clínico: Mulher, 42 anos, sem antecedentes médicos ou psiquiátricos conhecidos. Medicada apenas com contracetivo oral. Chamada VMER ao domicílio por agitação

e heteroagressividade, tendo sido descrita destruição do interior da habitação, agressividade para com os profissionais de saúde e autoagressão, com necessidade de sedação. No serviço de urgência encontrava-se já calma e lúcida. Referia há 2 dias cefaleia intensa holocraniana de instalação progressiva, contínua, ocasionalmente associada a náuseas, a condicionar insónia total e com agravamento no presente dia, acompanhada de vómitos e otalgia direita, sem resposta à analgesia instituída. Apresentava múltiplos hematomas na face (secundários aos traumatismos autoinfligidos), sem outras alterações ao exame objetivo. Realizou estudo analítico, sem alterações de relevo e tomografia computorizada (TC) crânio com Veno-TC, que revelou sinal de delta vazio do seio longitudinal e seio sagital à direita compatível com trombose venosa cerebral (TVC) com enfarte venoso.

Discussão: Apesar de frequente em doentes idosos e com múltiplas comorbilidades, apresenta-se o caso de uma doente jovem, sem qualquer antecedente pessoal, com delirium e atividade alucinatória secundária a TVC, uma etiologia pouco frequente do mesmo. Cursa habitualmente com cefaleias, náuseas, vómitos, crises convulsivas e défices neurológicos focais, sendo a encefalopatia menos comum e associada a maior gravidade. Constitui menos de 1% dos casos de acidente vascular cerebral, representando uma entidade menos presente no nosso dia-a-dia e de difícil suspeição, sendo no entanto fundamental fazer o diagnóstico da mesma para adequado tratamento e prevenção de evolução desfavorável.

Nº 047 Quando a angiopatia amiloide (AM) se converte em trombose de seios venosos (TSV)

Patrícia Cláudio Ferreira(1); Ana Luís Vasconcelos(1); Luís Neves da Silva(1); Rita Ribeiro(1); Margarida Monteiro(1); Rosário Araújo(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: O presente caso pretende abordar um caso de particular complexidade diagnóstica de trombose de seios venosos e a sua posterior orientação.

Caso clínico: Sexo masculino, 77 anos, autónomo. Antecedente de carcinoma da próstata em 2007 com tratamento curativo após prostatectomia radical, radioterapia e hormonoterapia.

Diagnóstico inicial de HTA em Abril de 2022 após clínica de cefaleia hemicraniana direita e periorbital bilateral. TC CE descrito como normal. Medicado com IECA.

Em Maio de 2022, internamento por hemorragia subaracnoídea aguda após queda da própria altura com traumatismo crânio encefálico.

Em Junho 2022, novo internamento por instalação súbita de hemiparesia esquerda atáxica. Realizou TC CE com diagnóstico de AVC hemorrágico na região corticossubcortical frontal direita. Realizou angioRMN da qual se destaca "poderá tratar-se de apresentação pseudotumural de AM". Realizou pulsos de coritcoterapia, CCT, seguido de desmame, e duas RMN CE de controlo com redução marcada do edema e do efeito de massa. Com fisioterapia posterior recuperou a totalidade da motricidade.

Desde Junho manteve clínica de cefaleia temporal direita e retro-orbital direita controlável com paracetamol. Em dezembro agravamento progressivo da cefaleia e de debilidade física.

A 29 dezembro por dois episódios de crises convulsivas inicia levetiracetam.

Uma semana após, inicia quadro de alterações do comportamento com TC CE relatado com provável AVC hemorrágico na região corticossubcortical temporal e parietal inferior direita pelo que ficou internado.

Durante o internamento, discussão multidisciplinar das imagens prévias, equacionada hipótese de TSV, razão pela qual, realizou venoTC de angio TC CE com objetivação de TSV extensa pelo que iniciou hipocoagulação.

Discussão: O presente caso apresentado, pretende reforçar a orientação para o tratamento de TSV que assenta na hipocoagulação, mesmo, o doente apresentando clínica de hemorragia cerebral.

Por outro lado, torna-se um caso particularmente debatível pela apresentação de TSV extensa num doente com 77 anos e o facto de se apresentar com dois episódios de hemorragia cerebral que resolvem sem tratamento dirigido.

Nº 048 Vasculopatia do Sistema Nervoso Cerebral em doente imunocomprometido: um desafio diagnóstico

Bárbara Pinto Martins(1); Sílvia Policarpo(1); Filipa Ceia(1); Fernando Oliveira e Silva(1); João Rocha(1); Catarina Pestana Santos(2); José Maria Sousa(1); Susana Silva(1); Lurdes Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE (2) HOSP. GARCIA DE ORTA

Introdução: O diagnóstico de vasculopatia do Sistema Nervoso Central (SNC) associada à infeção pelo vírus Varicella Zoster (VVZ) pode ser desafiador e, se não tratado precocemente, tem morbi-mortalidade significativa.

Caso clínico: Homem, 56 anos, com antecedentes de transplante cardíaco por cardiopatia isquémica, sob imunossupressão tripla, Diabetes *Mellitus* tipo II insulinotratada, tabagismo, obesidade, doença renal crónica e história sugestiva de zoster não tratado 6 meses antes. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de parestesias bilaterais assimétricas, com agravamento em três meses, e hemiparésia esquerda subaguda, agravada em duas semanas até ausência de marcha autónoma. À admissão: hemiparésia e hemihipostesia esquerdas com face, hiperreflexia e reflexo cutâneo-plantar extensor esquerdos. TC-cerebral com hipodensidades direitas do corpo caloso, substância branca frontoparietal e caudado, sugerindo lesões isquémicas recentes; angio-TC com irregularidades de calibre de artérias intracranianas bilateralmente. RM-cerebral com acentuado realce leptomeníngeo; *Vessel-wall imaging* com espessamento e realce concêntrico da parede de múltiplas artérias intracranianas, favorecendo hipótese vasculítica. TPPA sérico positivo. Líquor com pleocitose linfocítica, hiperproteinorráquia, consumo de glicose e PCR VVZ positivo. Cumpriu curso de Aciclovir ev e Prednisolona para tratamento de presumível vasculopatia do SNC associada ao VZV, e Penicilina ev (dose adicional IM), para neurossífilis (menos provável; posterior FTA-ABS negativo no líquor), com melhoria clínica, tendo sido transferido para unidade de reabilitação.

Discussão: Em doentes imunodeprimidos, a infeção por VZV pode manifestar-se com um curso mais grave, como doença disseminada ou atingimento do SNC. O diagnóstico diferencial com sífilis meningovascular pode ser desafiante, obrigando por vezes ao tratamento simultâneo das patologias. Alertamos para a possibilidade de etiologias pouco frequentes de AVC, mesmo em doentes com factores de risco vascular, sobretudo se atingimento multifocal.

Nº 049 Uma causa de ataxia da marcha

Patricia Santos(1); Joana Sousa Varela(1); Miguel Simões Rodrigues(1); Ana A Albuquerque(1); Fábio Pé D'Arca Barbosa (1); Ana Valada Marques(1); Vanda Spencer(1)

(1) HOSP. GARCIA DE ORTA

As lesões do forâmen jugular são raras, sendo os paragangliomas os tumores mais comuns desta região, seguidos pelos schwanomas. Os schwanomas são tumores benignos de crescimento lento com origem principalmente nos nervos cranianos sensitivos. Os sinais e sintomas são causados por invasão direta do nervo, envolvimento dos tecidos circundantes ou por efeito de massa. Quando localizados no forâmen jugular podem apresentar clínica como perda auditiva, ataxia e cefaleias, sendo comum as alterações dos nervos cranianos IX, X, XI. A excisão cirúrgica é a opção terapêutica.

Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 75 anos com história de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, osteoporose e internamento prévio por síndrome febril cujo estudo sugeriu possível doença de Rosai-Dorfman. Internada posteriormente para esclarecimento de quadro de quedas frequentes e parestesias nos membros inferiores. No exame neurológico destacava-se ataxia da marcha. Realizou estudo exaustivo inconclusivo, pelo que se pediu tomografia por emissão de positrões - fluorodesoxiglicose que detetou hipermetabolismo em lesão intracanalar paramediana esquerda a nível de C(1) e ressonância magnética cranioencefálica que mostrou lesão com características sugestivas de neurinoma/ schawanoma do forâmen jugular, envolvendo os plexos nervosos IX, X, XI pares cranianos esquerdos. Avaliada pela cirurgia com indicação neurocirúrgica.

Os autores realçam a raridade do achado diagnóstico, bem como a importância da Medicina Interna na interpretação da semiologia na integração dos doentes no seu todo.

Nº 050 Um caso inesperado de Linfoma do Sistema Nervoso Central

Cecília de Almeida Moreira(1); José Maria Matos Sousa(2); Joana Dos Santos(3); Danay Perez(1); Ricardo Morais(2); Mrinalini Honavar(3); Margarida Calejo(3); Carolina Lopes(3)

(1) MEDICINA - ULS MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO (2) Hospital S. Joao (3) Hospital Pedro Hispano

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 7(1) 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 bem como uma identificação precoce e início atempado do tratamento.

Nº 051 Demência fronto-temporal rapidamente progressiva: Apresentação rara de neurosífilis no século XXI.

Luzia Salome Afonso Amaro Bismarck(1); Vasco Fonseca(2); Maria Gomes(2); Bruno Sequeira Campos(3); Jorge Governa(1); Tânia Lampreia(2)

(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras (2) Hospital Beatriz Ângelo (3) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A neurossífilis (NS), decorrente da infeção do SNC provocada pelo *Treponema pallidum*, pode ocorrer nas fases secundária e terciária da infeção, caracterizando-se por formas de apresentação heterogéneas. Cerca de 50% dos doentes com envolvimento do SNC desenvolvem um quadro meníngeo com neuropatia craniana e apenas 10-15% entram na fase terciária, apresentando-se com AVC (sífilis meningovascular). O envolvimento parenquimatoso, atualmente raro, é responsável por demência e sintomas psiquiátricos que caracterizavam a clássica designação de "*general paresis of the insane*".

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 5(1) anos, melanodérmica, natural da Guiné Bissau e com antecedentes pessoais de poliomielite na 1ª infância. Observada em consulta externa de Neurologia por sintomatologia depressiva e deterioração cognitiva com 8 meses de evolução. Apresentava disfunção frontal com ecolália, ligeira coreia nos membros superiores, paraparésia com amiotrofia, marcha apráxica e paraparética. Da investigação realizada em ambulatório e posterior internamento, a salientar: VDRLsérico positivo (1:8), RM CE com hiperintensidade periventricular e lesões da substância branca bifrontais, punção lombar com citoquímico com hiperproteinorraquia, VDRL negativo, TPHA positivo, FTA Abs IgG positivo, FTA Abs sérico positivo para IgG e IgM. Confirmado o diagnóstico de NS, realizou 18M U.I. de penicilina (endovenosa) durante 14 dias. No internamento desenvolveu mioclonias e sintomas psicóticos. EEG sem atividade epilética. Estudos subsequentes do LCR revelaram normalização do citoquímico e redução progressiva dos títulos de TPHA.

Discussão: Reportamos o caso de uma NS terciária apresentando-se como demência frontotemporal, alteração da marcha, coreia, psicose e lesões parenquimatosas extensas. São incomuns as apresentações em fase de infeção tão tardia. É possível que fenómenos socio-demográficos possam contribuir para o reaparecimento destes casos. A análise do LCR é central para o diagnóstico, nomeadamente pesquisa do FTA Abs nos casos de falsos negativos do VDRL. Sendo uma doença tratável, é fundamental um diagnóstico precoce.

Nº 052 Encefalopatia numa Unidade de Cuidados Intermédios - Diversidade diagnóstica

Sofia Ramos (1); Stanislav Tsisar(1); Pedro Rodrigues Pires(1); Rita Prayce(1)

(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Introdução: As encefalopatias toxicometabólicas são comuns nos doentes críticos, e frequentemente subinvestigadas e subtratadas. A clínica inespecífica e a vasta gama de possíveis etiologias torna o diagnóstico desafiante, mas a sua abordagem precoce pode permitir a introdução de terapêutica dirigida e a reversão do quadro.

Casos clínicos: Apresentam-se sucintamente vários casos clínicos vivenciados numa Unidade de Cuidados Intermédios. Mulher de 83 anos, desenvolve crise convulsiva e depressão do estado de consciência após procedimento endovascular para embolização de fístula e aneurisma intracerebrais, a TC cranioencefálica evidenciou achados sugestivos de encefalopatia de contraste. Mulher de 6(1) anos, com degradação neurológica progressiva, com rigidez generalizada, inclusive da nuca, e mioclonias. Do estudo realizado, a presença de autoanticorpos anti-tiroideus levantou a suspeição de encefalopatia de Hashimoto, tendo evoluído favoravelmente sob corticoterapia. Homem de 57 anos, com quadro de desorientação, alucinações visuais, irritabilidade e discurso delirante; que se concluíram ser atribuídas a encefalopatia hipertensiva e epilepsia temporal sequelar.

Outros casos serão discutidos, de encefalopatia hepática, autoimune e provável anóxica.

Discussão: A apresentação clínica das encefalopatias insere-se num espetro alargado, desde a instalação de confusão ou sonolência a delirium ou coma, podendo-se manifestar com crise convulsiva associada. A marcha diagnóstica e estabelecimento de prognóstico apoiam-se genericamente nos exame objetivo, avaliação laboratorial, exames de imagem, eletroencefalograma e punção lombar. Com este trabalho pretende-se apresentar uma abordagem prática ao doente encefalopático, em paralelo à apresentação de diferentes casos clínicos, com etiologias e desfechos distintos.

Nº 053 Hipocoagulação como tratamento de eleição num caso de hemorragia intracraniana

Rita Vilar da Mota(1); Sara Silva Pereira(1); Edgar Torre(1); Fernando Correia(1); Cátia Diogo Coelho(1); Margarida Peixoto(1); Carla Meira(1); João Andrade(1); José Caldeiro(1)

(1) Centro Hospitalar Alto Minho - Viana do Castelo

Introdução: A cefaleia encontra-se entre as queixas que mais comummente motivam a recorrência ao Serviço de Urgência (SU). A diferenciação entre a pequena minoria de doentes com situações clínicas potencialmente fatais e a esmagadora maioria de cefaleia primária benigna torna-se muitas vezes um grande desafio, porém, é sem dúvida fundamental fazer esta distinção.

Caso Clínico: Mulher de 8(1) anos, com múltiplos fatores de risco vascular, nomeadamente HTA, e antecedentes de insuficiência cardíaca, no contexto de cardiopatia isquémica, submetida a cirurgia de revascularização coronária, desde sob terapêutica com clopidogrel. Com queixas habituais de cefaleia. Admitida no SU por cefaleia e tonturas desde a manhã desse mesmo dia. Cerca de 2h antes da admissão hospitalar, iniciou quadro de alterações da fala, assimetria da face e hemiparésia esquerda. Negado trauma cranioencefalico recente ou outra sintomatologia. Ao exame objetivo, destaca-se pressão arterial de 194/117mmHg, afasia motora, parésia facial central esquerda e hemiparesia esquerda, com força grau 3/5. Sem alterações analíticas de relevo. Realizada TC

do crânio que demonstrou lesão vascular isquémica têmporo-parieto-frontal direita, com sangue no espaço subaracnoideu e, com administração de contraste em fase arterial, excluídos aneurisma ou outras malformações arteriais. Após estes achados, realizado venoTC que demonstrou trombose venosa extensa do seio longitudinal superior e do seio lateral direito, como etiologia da hemorragia supracitada. Assim sendo, doente iniciou terapêutica com heparina não fracionada.

Conclusão: A trombose venosa cerebral é menos frequente que a arterial e poderá ter uma apresentação muito atípica. Apesar de habitualmente estar associada a um desfecho mais favorável que o AVC isquémico, a trombose venosa cerebral poderá ter uma evolução muito imprevisível, nomeadamente com sequelas graves ou até mesmo com morte associada, se não for reconhecida e tratada precocemente.

Nº 054 Quando um AVC não é só um AVC

Catarina Lopes(1); Gustavo Almeida Silva(1); Natália Marchão(1); Marisa Teixeira Silva(1); Marina Fonseca(1); Nuno Carreira(1); Carolina Carreiro(1); Catarina Gonçalves(1); Alexandra Wahnon(1); Maria José Pires(1); Afonso Aguiar(1); Hugo Félix(1); Carolina Brandão Monteiro(1); Raquel Mendes Boto(1); Liliia Savka(1); Ana Maria Baltazar(1); Milton Rosa(1); Rita Silva(1); Catarina Moura Furtado(1); António Pais Lacerda(1); Liliana Ribeiro Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

O acidente vascular cerebral (AVC) tem uma incidência relevante na nossa população, apresentando-se maioritariamente com alterações neurológicas compatíveis com défices focais, devendo sempre ser excluídos os eventos mimetizadores de AVC. Atendendo aos défices neurológicos objetiváveis pode-se estimar o local da lesão.

Doente do sexo masculino, 79 anos, leucodérmico, com antecedentes de hipertensão, parkinsonismo em estudo e FA paroxística previamente anticoagulado. Admitido no SU por disartria e hemiparesia esquerda de instalação súbita. Apresentava pronação imediata à esquerda na prova dos braços estendidos e Mingazzi com queda discreta do membro inferior esquerdo. A TC-CE não evidenciou lesões isquémicas agudas, no entanto a TC-CE de reavaliação (24h) identificou lesão hipodensa subcortical direita, em possível relação com lesão isquémica e HSAc (frontal superior direita), melhor caracterizada por RM-CE.

A hemorragia subaracnoídea da alta convexidade (HSAc), caracteriza-se por ser uma hemorragia limitada ao espaço subaracnoideo sobre as convexidades cerebrais, não se estendendo às fissuras sílvicas, parênquima, ventrículos, ou cisternas basais. Foram excluídas causas frequentes de (HSAc) como síndrome de vasoconstrição reversível, estenoses críticas da arteria carótida interna direita, Síndrome de encefalopatia posterior reversível ou trombose venosa. Admitiu-se como mais provável, HSAc em contexto de angiopatia amilóide cerebral, uma microangiopatia causada pela deposição de β amilóide na microvasculatura cerebral. Este caso alerta para a importância da monitorização imagiológica, fundamental para detecção precoce de diagnósticos diferenciais de AVC. Além disso, a inclusão desta patologia no diagnóstico diferencial e raciocínio clínico da comunidade médica deve ser levada em conta, não fosse a angiopatia amilóide cerebral uma causa major de hemorragia intracraniana na população idosa.

Nº 055 Síndrome de Susac, um caso raro de encefalopatia num jovem adulto.

Mikael Tomás Xufre(1); Maria Avila(1); Jorge Mimoso(1); Marta Duarte(1); Nuno Bernardino Vieira(1); Luísa Arez(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE - Hospital de Portimão

Introdução: Descrita pela primeira vez em 1979, a síndrome de Susac (SS) é uma entidade rara caracterizada pela tríade clínica de encefalopatia, hipoacusia neurossensorial e alterações visuais. Trata-se de uma endoteliopatia auto-imune de etiologia desconhecida. Ocorre geralemente em adultos jovens entre 20-40 anos.

Caso clínico: Homem de 24 anos, vem ao serviço de urgência por quadro de alterações comportamentais e da memória, apatia, lentificação psicomotora, incontinência vesical, e desorientação temporal com 3 dias de evolução. Realizou TC-CE que mostrou hipodensidades subcorticais frontais bilaterais no braço anterior da cápsula interna direita, esplénio e joelho do corpo caloso e substância branca periventricular frontal direita. Realizou punção lombar sem alterações e RM-CE que evidenciou lesões hiperintensas dispersas pelo encéfalo, lesões no cerebelo e no corpo caloso sugestivas de SS. Pediu-se avaliação por oftalmologia e por otorrinolaringologia que mostrou alterações visuais e auditivas compatíveis com SS. A pesquisa de diagnósticos diferenciais de encefalopatia foi negativa para esclerose múltipla, infeções do sistema nervoso central ou neoplasias que pudessem justificar encefalopatia. Caso discutido com Neurologia que recomendou iniciar tratamento com prednisolona e imunoglobulina EV. Durante o internamento observou-se uma melhoria gradual dos défices neurológicos observados à admissão, teve alta com resolução quase total dos défices e foi encaminhado para consulta de neurologia para manter seguimento da doença.

Discussão: Os sintomas da SS podem torna-se incapacitantes para o doente, motivo pelo qual o seu diagnóstico e tratamento são fundamentais, com o objetivo de impedir a progressão da doença e evitar sequelas permanentes. Sendo uma doença rara com sintomas inespecíficos, a RM com achados sugestivos e a história clínica minuciosa e exame objetivo minuciosos são fundamentais para poder descartar outras etiologias e estabelecer o diagnóstico.

Nº 056 Hipertrigliceridemia gestacional grave, um diagnóstico por vezes tardio

Inês de Sousa Martins(1); Carolina Sequeira(2); Isabel Saavedra Rocha(3); Anna Taulaigo(4); Inês Palma Dos Reis(5); Celina Ferreira(3)

(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras (2) Hospital Cascais (3) Ginecologia-Obstetrícia, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (4) Medicina Interna, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (5) Medicina Interna, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: Na gravidez ocorre um aumento fisiológico da trigliceridemia para assegurar a transferência de nutrientes para o feto, que pode ser maior nas mulheres com hipertrigliceridemia familiar ou diabetes. Porém, nos casos de hipertrigliceridemia grave (≥ 1000 mg/dL), há um risco aumentado de complicações materno-fetais que se deve tentar prevenir.

Caso clínico: Mulher, 33 anos, asiática, índice obstétrico 1162 ((1) aborto sético, 5 interrupções voluntárias), normoponderal, com história de hepatite B crónica e diabetes gestacional controlada com dieta. Sem hábitos toxicofílicos, estudo lipídico prévio,

antecedentes de pancreatite ou história familiar conhecida de dislipidemia. Foi internada após histerotomia urgente por descolamento prematuro da placenta, com coagulopatia e morte fetal às 34 semanas de gravidez. Ao exame objetivo sem alterações de relevo. As análises pós-operatórias mostraram lipémia macroscópica, anemia aguda e trombocitopenia moderada, sem alterações dos parâmetros hepáticos e pancreáticos. Pediu-se estudo lipídico, com triglicéridos de 2094 mg/dL, colesterol total de 738 mg/dL, LDL de 53 mg/dL e HDL de 34 mg/dL. TC abdominal sem sinais de pancreatite ou hepatoesplenomegalia. Iniciou dieta hipolipídica, estatina de alta potência, ezetimibe e fibrato, com melhoria analítica. Foi referenciada para consulta de dislipidemias para estudo e seguimento.

Discussão: O risco de hipertrigliceridemia gestacional grave deve ser identificado o mais cedo possível, idealmente na preconceção, a fim de intervirmos atempadamente. Contudo, por vezes esta condição só é considerada quando já há lipemia macroscópica ou complicações, dado o rastreio lipídico não fazer parte do protocolo gestacional. O tratamento é controverso. A dieta hipolipídica, o exercício físico e os suplementos de ómega-3 são as opções mais consensuais, assim como a plasmaferese nos casos refratários, mas ainda há pouca evidência sobre o uso de fármacos hipolipemiantes e a altura ideal do parto.

Nº 057 Estriatopatia diabética: Uma complicação rara da diabetes mellitus tipo 2

Mariana Gaspar(1); Rui Jorge Escaleira(1); Rita Quaresma Ferreira(1); Francisca Lopes Martins(1); Miguel F. Martins(1); Mariana Marques Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

A hemicoreia ou hemibalismo é uma manifestação rara da diabetes *mellitus* tipo 2 (DMT2), associada à estriatopatia diabética. A fisiopatologia não está bem estabelecida, mas estudos sugerem lesão por vasculopatia com gliose restrita ao corpo estriado. Estas alterações traduzem-se por hiperdensidade e hipersinal em tomografia computorizada (TC) e ressonância magnética (RMN), respetivamente. Apresentamos um doente do sexo feminino, 88 anos, com antecedentes conhecidos de hipertensão arterial e DMT2 sob antidiabéticos orais. Recorreu ao serviço de urgência por movimentos involuntários do membro superior direito (MSD), com (1) dia de evolução. À observação, encontrava-se apirética, desidratada, com movimentos coreiformes dos membros superior e inferior direitos, mais exuberantes no MSD, sem assimetrias da sensibilidade e força muscular mantida e simétrica. Analiticamente destacava-se hiperglicémia de 610 mg/dL, hiponatrémia hiperosmolar sem cetoacidose e HbA1c 11,6%. Assumiu-se síndrome hiperglicémico hiperosmolar. Iniciou insulinoterapia e fluidoterapia com melhoria do quadro neurológico após controlo progressivo de glicémia. A TC crânio-encefálica revelou "hiperdensidade do corpo estriado esquerdo, sem edema ou efeito de massa". A RMN demonstrou "área de hiperintensidade T(1) na vertente posterior do putamen esquerdo", achados que permitiram corroborar o diagnóstico de hemicoreia hiperglicémica não-cetótica. Após 2 dias, a doente já não apresentava movimentos involuntários, tendo tido alta 4 dias depois. Salientamos um caso de estriatopatia diabética como complicação rara da DMT2, associada a mau controlo metabólico. O seu reconhecimento, o controlo rigoroso da glicémia e o eventual uso de antagonistas dopaminérgicos permitem controlar os sinais neurológicos e acelerar a recuperação clínica, contribuindo para uma melhoria do prognóstico.

Nº 058 Neuropatia induzida pelo tratamento da Diabetes - uma entidade pouco reconhecida

Rita Gouveia(1); Catarina Elias(1); Miguel Rocha(1); Ana Ribeiro(1); Jorge Oliveira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

A neuropatia induzida pelo tratamento da Diabetes mellitus (antes neurite insulínica), é uma neuropatia de pequenas fibras, aguda e rara, que surge em doentes diabéticos, causada por uma melhoria abrupta do controlo glicémico após hiperglicemia crónica prolongada. A sua prevalência e fatores de risco são desconhecidos.

Mulher, 68 anos, com diagnóstico recente de Diabetes mellitus tipo 2 (3 meses antes da admissão) sem lesão de órgão-alvo; hemoglobina glicada (HbA1c) de 12.3%, iniciou metformina e dulaglutide. Sem hipertensão arterial e não fazia medicação antihipertensora. Desde então, 4 idas ao Serviço de Urgência (SU) por síncopes recorrentes com o levante, com pródromos. Sem incontinência de esfíncteres ou movimentos involuntários. No SU com teste de hipotensão ortostática positivo, sem outras alterações ao exame objetivo. Analiticamente sem alterações; ECG em ritmo sinusal, sem alterações. Inicialmente muito sintomática no internamento, com hipotensão postural grave e intolerância à posição sentada e ortostatismo (queda de pressão arterial sistólica para 70mmHg e síncope). Iniciou terapia não farmacológica (cabeceira elevada a 30º, agachamento e pedaleira, mobilização das pernas, cinta abdominal e meias elásticas, reforço hídrico antes do levante) e terapia farmacológica com midodrina em crescendo até 25mg/dia e fludrocortisona até 0.2mg/dia. Manteve intolerância ao ortostatismo, tolerando apenas estar sentada. Todo o estudo etiológico foi inconclusivo - analiticamente a destacar apenas HbA1c de 7.3% (queda de 5% em 3 meses). Sem défices vitamínicos, função tiroideia normal, sem evidência de infeção, sem proteinúria na urina/24h, marcadores víricos e estudo autoimune negativo; TC cerebral, ecocardiograma transtorácico e ecodoppler carotídeo sem alterações, angioTC tórax sem evidência de TEP; biópsia da gordura abdominal negativa para amiloidose. Dado o extenso estudo etiológico e a queda abrupta de HbA1c num curto espaço de tempo, foi estabelecido o diagnóstico de neuropatia induzida pelo tratamento da Diabetes mellitus.

O tratamento desta entidade é apenas sintomático, pelo que se revela de extrema importância o seu maior reconhecimento, no sentido de tentar uma descida mais paulatina da HbA1c, de forma a evitar o desenvolvimento desta neuropatia, em muitos casos incapacitante.

Nº 059 Um caso de DISHfagia – a propósito de um caso clínico

Rui Jorge Escaleira(1); Rita Quaresma Ferreira(1); Mariana Alves Gaspar(1); Ivánia Furtado(1); Miguel F. Martins(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

A síndrome de hiperostose esquelética idiopática difusa (DISH) é uma doença sistémica comum, caracterizada pela com formação de osteófitos ao longo da coluna e esqueleto periférico. É mais frequente em idosos com síndrome metabólico e o diagnóstico é realizado através de tomografia computorizada (TC). Apesar da maior parte dos doentes serem assintomáticos, os sintomas, quando ocorrem, provocam grande impacto na qualidade de vida e morbilidade dos doentes.

Homem, 6(1) anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), hipertensão

arterial (HTA) e dislipidémia. Recorre à consulta de medicina interna com queixas de dor cervical neuropática com irradiação para os membros superiores bilateralmente e lombalgia com cerca de (1) ano de evolução. Associadamente refere quadro de odinofagia e disfagia com 2 meses de evolução. Ao exame objetivo sem alterações de relevo e analiticamente com bom controlo metabólico. Realizou TC cervical, a destacar retificação da habitual curvatura lordótica cervical com extensas pontes osteofitárias anteriores e com anquilose somática de C2 a D1, inúmeros debruns osteofibróticos posteriores, com possível compressão raiz C6 esquerda. Realizou ainda eletromiografia membros inferiores com ausência de reflexo H (S1) e estudo da deglutição com dismotilidade orofaríngea moderada. O doente alterou os seus hábitos alimentares com dieta mole e maior fracionamento de refeições e iniciou-se controlo álgico com pregabalina, com melhoria ligeira das queixas.

Nos doentes com DISH, a disfagia pode ocorrer devido a compressão mecânica direta pelos osteófitos, bem como do desenvolvimento de fibrose e adesões. A doença tem relevância clínica pela afeção da qualidade de vida do doente, podendo cursar com disfagia a condicionar perda de peso, dispneia e aumento do risco de fraturas. Torna-se importante o controlo sintomático e a avaliação de necessidade de intervenção cirúrgica no tratamento destes doentes.

Nº 060 Pseudofeocromocitoma induzido por Levodopa

Joana Cardoso(1); Ana Silveira(1); Sara Duarte(1); Ruth Fortes(1); Ahmed Botelho(1); Ana Simas(1); Ricardo Reis Veloso(1); Rui Suzano(1)

(1) Hospital da Horta

Pseudofeocromocitoma é uma condição patológica que se apresenta com hipertensão arterial paroxística com níveis de catecolaminas e metanefrinas normais a moderadamente elevadas mas sem evidência de lesão neoplásica. Estudos imagiológicos e cintigrafia com iodo-123-metaiodobenzilguanidina (I-123-MIBG) são essenciais na exclusão de feocromocitoma.

Sexo feminino, 79 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, fibrilação auricular paroxística, sob hipocoagulação com rivaroxabano, e Doença de Parkinson com diagnóstico 2 anos antes, medicada com associação de levodopa e carbidopa desde então. Apresentou-se com quadro com cerca de 2 anos de evolução de hipertensão arterial paroxística, cefaleia, diaforese, e palpitações. Do estudo realizado, destacam-se níveis de metanefrinas plasmáticas e urinárias elevadas (metanefrinas plasmáticas 547.7 pg/mL, normal <196; metanefrinas urinárias 1248.(1) µg/24h, normal <527), sem evidência de tumor adrenal (em tomografia computorizada cranioencefálica e abdominal, nem em ressonância magnética nuclear abdominal) ou extra-adrenal (em cintigrafia com I-123-MIBG). Assumido diagnóstico provável de pseudofeocromocitoma, com início dos sintomas coincidente com o início de terapêutica com levodopa. Após descontinuação da terapêutica houve resolução dos sintomas e normalização dos níveis de metanefrinas. Foi encaminhada para consulta externa de Neurologia, para revisão do diagnóstico neurológico.

O feocromocitoma e pseudofeocromacitoma partilham a apresentação clínica podendo também coincidir em termos de achados laboratoriais, mas a etiologia é distinta, sendo essencial excluir o primeiro para poder chegar ao diagnóstico do segundo. Este caso descreve um doente com clínica típica de feocromocitoma, mas sem evidência de lesão neoplásica. Nestes casos, é importante a realização de uma anamnese exaustiva, de forma a poder inferir a causa provável, sendo a terapêutica com levodopa ou outros agentes que possam interferir com o metabolismo da dopamina e/ou catecolaminas a principal suspeita. A resposta à suspensão do fármaco suspeito vai permitir obter um diagnóstico, coincidente com a resolução do quadro clínico.

Nº 061 Sindrome Poliglandular Autoimune tipo 2: uma série de casos

Rita Matos Sousa(1); Carlos Capela(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: A síndrome poliglandular autoimune (PAS) tipo 2 pressupõe, por mecanismos etiopatogénicos semelhantes de infiltração linfocítica, doença autoimune (DAI) de pelo menos 2 órgãos endócrinos. A PAS apresenta-se de várias formas e manifesta-se sequencialmente com um grande intervalo de tempo entre a 1ª e 2ª ocorrência da DAI glandular. A literatura realça que é crucial para o diagnóstico numa fase inicial, considerar a presença de PAS em doentes com síndrome ainda incompleto e com DAI não glandular associada a PAS.

Caso Clínico: Caso 1: Mulher, 34 anos, antecedentes de Tiroidite de Hashimoto (TH), desenvolve doença de Addison, fazendo diagnóstico de PAS tipo 2. Manteve seguimento e, após 6 anos, desenvolveu anemia perniciosa. Caso 2: Mulher, 45 anos, antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 1, síndrome do ovário poliquístico, adenoma da hipófise, anemia perniciosa e psoríase. Feito diagnóstico de novo de TH em face de hipotiroidismo. Assim, a múltipla patologia endócrina e autoimune da doente foi enquadrada numa PAS tipo 2. Caso 3: Mulher, 46 anos, com antecedentes de Doença de Graves, Psoríase e Alopécia areata é referenciada à consulta de DAI. Durante o seguimento, desenvolve anemia perniciosa. Apesar de apresentação com DAI endócrina única, a doente apresenta múltipla patologia autoimune não glandular associada a PAS pelo que foi sinalizada para vigilância apertada de outras patologias endócrinas do espetro. Caso 4: Homem, 33 anos, antecedentes de TH, seguido na consulta de DAI, desenvolve clínica de dispepsia refratária a inibidor da bomba de protões pelo que realiza endoscopia com sinais de gastrite crónica. Ao realizar estudo analítico é feito diagnóstico de gastrite autoimune e anemia perniciosa. Assim, trata-se de mais um caso de DAI endócrina única, associada a DAI não glandular, mantendo seguimento por possível evolução de PAS tipo 2 completo.

Discussão: Aqui destacam-se 4 casos enquadrados no espetro de PAS tipo 2, 2 dos quais com diagnóstico estabelecido e 2 ainda sem a síndrome completamente estabelecida, mas com múltipla patologia altamente relacionada. Em todos os casos, a DAI foi-se apresentando de forma sequencial e espaçada, destacando a importância da suspeita clínica da síndrome e a necessidade de manter seguimento apertado, mesmo perante doentes com estabilidade das suas patologias.

Nº 062 Insuficiência suprarrenal secundária a ipilimumab

Carolina Monteiro(1); Liliia Savka(1); Raquel Mendes Boto(1); Ana Maria Baltazar(1); Catarina Gonçalves(1); Alexandra Wahnon(1); Maria José Pires(1); Carolina Carreiro(1); Natália Marchão(1); Afonso Aguiar(1); Gustavo Almeida Silva(1); Catarina Gonçalves Lopes(1); Nuno Reis Carreira(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Os inibidores do *checkpoint* imunológico são anticorpos monoclonais utilizados na terapêutica de doentes com cancro avançado como melanoma, carcinoma de células renais ou carcinoma não pequenas células do pulmão. Associam-se a um conjunto de efeitos adversos que se denominam de efeitos adversos imunorrelacionados e podem afetar os sistemas dermatológico, gastrointestinal, endócrino, entre outros.

Caso clínico: Mulher de 78 anos com antecedente de hipotiroidismo medicado com levotiroxina e melanoma maligno sob ipilimumab (anticorpo monoclonal anti-CTLA4). Recorre ao Serviço de Urgência por astenia, adinamia, náuseas e diminuição da ingesta de datação imprecisa. Laboratorialmente destacava-se Creatinina 2.49 mg/dL e Ureia 109 mg/dL, Na+ 14(1) mmol/L, K+ 3.9 mmol/L. Foi internada para estudo e, em reavaliação, detectada ACTH indoseável e cortisol matinal 2ug/dL que fazem o diagnóstico de insuficiência suprarrenal secundária. Suspendeu o anticorpo monoclonal e, com apoio da Endocrinologia, iniciou terapêutica com hidrocortisona endovenosa durante 4 dias com melhoria laboratorial e clínica marcada. Pela irreversibilidade do quadro, manteve terapêutica corticóide oral e acompanhamento em consulta de Endocrinologia após a alta.

Discussão: Os inibidores do *checkpoint* imunológico estão associados ao desenvolvimento de endocrinopatias, estando o ipilimumab e outros anti-CTLA4 particularmente associados a hipofisite. A insuficiência da suprarrenal central neste contexto, é um efeito adverso potencialmente fatal e irreversível. Com o aumento da utilização destes fármacos, surgirão um maior número de doentes com reações adversas associadas para as quais é necessária elevada suspeição clínica e abordagem atempada de modo a prevenir outcomes graves e limitantes da realização de terapêutica eficaz dirigida à doença oncológica.

Nº 063 Défice de a1-antitripsina: uma causa rara de urticária crónica

JOAO PEDRO COSTA OLIVEIRA(1); Tânia Mendes(2); Inês Furtado(3); Raquel Faria(3)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE (2) Hospital de Vila Franca de Xira (3) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: O défice de α1-antitripsina (AAT) herdado por transmissão autossómica codominante conduz à inativação inadequada de proteases com consequente controlo deficiente da inflamação. Pode afetar pulmões, fígado e menos frequentemente, a pele. A urticária e o angioedema são manifestações raras do défice de AAT e pela sua singularidade apresenta-se este caso clínico.

Caso clínico: Mulher, 66 anos, com 6 anos de evolução de episódios autolimitados com 3 dias de duração de lesões maculopapulares pruriginosas dispersas (região occipital, cervical, inframamária, membros superiores e inferiores), iniciadas por pressão e calor. Respondem a corticoterapia mas não a anti-histamínicos. Pontualmente, associa-se edema labial, periorbitário e mãos, sem edema da glote. Tem hipertensão arterial (não medicada com IECA ou ARA II) e tabagismo ativo (16 UMA). Tem história familiar de morte de irmão de 74 anos por choque anafilático (camarão) e angioedema (camarão) em irmã de 53 anos. Do estudo, realça-se velocidade de sedimentação e proteína-C-reativa sem elevação. Assumido diagnóstico de urticária crónica não histaminérgica com angioedema. Excluiu-se etiologia autoimune por anticorpos (anti-tiroideus, anti-C1q e anti-nucleares), hipocomplementemia, défice do inibidor da esterase de C(1) e ausência de variantes genéticas do fator 12, plasminogénio e painel de 93 genes de síndromas autoinflamatórias (inclui doenças com urticária e angioedema). O doseamento de AAT foi 49,7 mg/dL, com genótipo SZ (heterozigotia combinada com alelos de deficiência grave); sem envolvimento pulmonar e hepático.

Discussão: Perante o estado da arte atual, não há outra etiologia que explique a urticária e angioedema da doente (com história familiar). As manifestações extrapulmonares e extrahepáticas do défice de AAT passam muitas vezes despercebidas e não fazem parte do léxico comum dos médicos de adultos. Este caso aumenta o alerta para a inclusão do doseamento de AAT no estudo etiológico de urticária e angioedema e revela a surpresa de um genótipo SZ com doseamento baixo não cursar com envolvimento pulmonar (mesmo sendo fumadora) nem hepático aos 66 anos. Permanece a dúvida acerca

do ambiente inflamatório que pode influenciar a clínica da doença, mesmo perante uma heterozigotia combinada reconhecidamente patogénica.

Nº 064 Taquicardia e nódulo cervical: uma associação de etiologia rara

Diana Ferreira Lopes(1); Rui Domingues(1); André Santa Cruz(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: Os paragangliomas são neoplasias raras, com origem nas células paraganglionares da crista neural. Apesar de habitualmente assintomáticos e de curso benigno, podem progredir localmente, com potencial para produzir catecolaminas e transformação maligna. Como tal, o seu diagnóstico e tratamento precoces diminuem a morbimortalidade.

Caso Clínico: Mulher de 42 anos, com antecedentes de nevrite ótica, é enviada à Consulta de Medicina Interna por tumefação submandibular direita, não dolorosa, com 2 meses de evolução, sugestiva de adenomegalia. Tinha sido observada em Consulta de Cardiologia, um mês antes, por palpitações. Após documentação em Holter de taquicardia sinusal, foi-lhe prescrito um beta-bloqueante, com melhoria das queixas. A doente negava outros sintomas. Ao exame físico, tinha uma massa móvel submandibular direita, algo endurecida. Fez estudo analítico que não mostrou doença hematológica, infeciosa ou autoimune. Foi pedida ecografia cervical urgente que suspeitou de neoplasia. Para melhor caraterização, fez ressonância magnética que revelou um tumor glómico do corpo carotídeo, com posterior exclusão de metástases na tomografia por emissão de positrões. Foi submetida, por otorrinolaringologia, a excisão tumoral e esvaziamento ganglionar direito. O estudo anatomo-patologico indicou tratar-se de um paraganglioma do corpo carotídeo. Em colaboração com endocrinologia e genética, fez estudo de painel feocromocitomas/paragangliomas e doseamento de catecolminas, com resultado negativo. Atualmente, a doente mantém-se assintomática e sem necessidade de medicação.

Discussão: Este caso mostra a importância da integração dos dados da anamnese com o exame físico, e de se considerarem hipóteses menos frequentes no diagnóstico diferencial. O diagnóstico rápido e uma abordagem multidisciplinar eficiente têm consequência direta no sucesso terapêutico desta patologia.

Nº 065 Síndrome de Cushing Ectópica - O Fantasma

Jéssica Vasconcelos(1); André Pina Monteiro(2); Pedro Cota(3); Diana Palacios(1); João Silva(1); José Francisco Júnior(1); Joana Barbosa Rodrigues(1); Glória Nunes da Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (3) Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Introdução: A Síndrome de Cushing Ectópica (SCE) é rara, tendo como origem maioritariamente tumores neuroendócrinos.

Caso clínico: Homem de 50 anos. Diagnóstico em 08/2019 de tumor da parótida direita G3 com envolvimento ganglionar, irressecável, tendo cumprido com intuito curativo quimioterapia e radioterapia, com aparente remissão clínica e imagiológica em 10/2020.

Recorre ao Serviço de Urgência em 02/202(1) por lentificação psicomotora. Laboratorialmente com hipocaliémia grave (1.7 mmol/L) e alcalémia metabólica. Eletrocardiograma com alterações inespecíficas da repolarização ventricular.

Verificou-se produção endógena excessiva de glucocorticoides (ACTH sérico 60(1)

pg/mL; cortisol sérico 63 ug/dL; aldosterona sérica 17 pg/mL; renina sérica 23.9 uU/mL; cortisol urinário total de 14592 ug/24h e livre 1728 ug/24h). Teste de supressão de ACTH com dexametasona, sem frenação da produção (ACTH sérico 505 pg/mL). Admitida hipocaliémia secundária a Síndrome de Cushing por produção ectópica de ACTH.

Por persistência de hipocaliémia foi iniciada metirapona com intuito de redução de produção de glucocorticoides.

Pedida revisão anátomo-patológica de gânglio cervical biopsado em 10/2019, que confirmou positividade das células neoplásicas para ACTH.

Imagiologicamente com múltiplas lesões ósseas dispersas sugestivas de secundarização.

Com o intuito de localizar o tumor primário foi feito pedido de PET-DOTANOC, contudo o doente apresentou deterioração clínica, com hemorragia alveolar de provável causa infeciosa, e insuficiência respiratória grave, com transferência para o Serviço de Medicina Intensiva, onde acabou por falecer.

Discussão: A SCE apresenta-se de forma variável, com alterações psiquiátricas, ortopédicas, intercorrências infeciosas e queixas inespecíficas, como astenia e irritabilidade. Mesmo após o diagnóstico pode ser difícil a localização do tumor produtor de ACTH, o que limita a abordagem terapêutica. Apesar de rara, associa-se a elevada morbimortalidade, sendo essencial o seu reconhecimento precoce.

Nº 066 Colagenose reativa perfurante adquirida despoletada por diabetes mellitus descompensada

Isabel Malta Carvalho(1); João Santos(1); João Fernandes Cunha(1); Rodrigo Rei(1); Rafaela Pereira(1); Catarina Madeira(1); Joana Pestana(1)

(1) CHUA Faro

Introdução: A colagenose reativa perfurante é uma doença adquirida rara caracterizada pela presença de pápulas e nódulos pruriginosos umbilicados. Existe uma conhecida associação destas lesões com doenças crónicas como a diabetes mellitus. Apesar de a fisiopatologia não estar bem descrita, poderá ser causado pela microangiopatia da diabetes, uma vez que a hiperglicémia aumenta a glicosilação de proteínas e outros compostos, resultando em hialinização e alterações (ligações cruzadas) na estrutura do colágeno.

Relato do caso: Mulher de 72 anos com antecedentes pessoais relevantes de diabetes mellitus mal controlada, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca não estratificada, com um quadro com 2 meses de evolução de lesões papulares umbilicadas, eritematosas e pruriginosas predominantemente nos membros inferiores. As lesões evoluíram com o aparecimento de exsudado e crosta hemorrágica central e febre. Pelo inicio de dispneia e cansaço para pequenos esforços, recorre ao SU, sendo objetivada insuficiência cardíaca descompensada pelas lesões cutâneas sobreinfetadas.

Foram colhidas hemoculturas e cultura de exsudado purulento superficial das lesões e iniciada antibioterapia empírica e tratamento da insuficiência cardíaca. O antibiótico foi posteriormente ajustado ao TSA das hemoculturas (MSSA) e a doente teve boa evolução clínica, sendo realizada biópsia cutânea após diminuição dos sinais inflamatórios para diagnóstico histológico, com o seguinte resultado "solução de continuidade da epiderme coberta por escama crosta e com eliminação de fibras de colagénio, confirmado com tricrómio de Masson". Estes aspetos sugerem o diagnóstico de colagenose reativa perfurante adquirida. Foi feito controlo metabólico da diabetes mellitus e controlo do prurido, com boa evolução clínica e regressão das lesões.

Conclusão: Relatamos este caso por ser uma apresentação rara e, por esse motivo, frequentemente subdiagnosticada, sendo no entanto, importante reconhecer para atuar

precocemente. Como achados destas lesões salientamos o facto de serem frequentemente papulares umbilicadas e eritematosas predominantemente nos membros inferiores, sendo o prurido exuberante um achado frequente. O tratamento passa pelo controlo sintomático para prevenir sobreinfeção e no controlo da doença de base.

Nº 067 Síndrome de Wolfram. Manifestações comuns em medicina interna, com causa rara.

João P. Santos(1); Rafaela Pereira(1); Bruno Pereira Paiva(1); Isabel Malta(1); João Cunha(1); Rodrigo Rei(1); Catarina Madeira(1); Joana Pestana(1); Ana Pires Gonçalves(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Síndrome de Wolfram é uma síndrome genética rara autossómica recessiva caracterizada pela presença de diabetes mellitus, diabetes insípida, atrofia do nervo ótico, perda auditiva e neuro degeneração.

Encontram-se identificados 2 genes causadores da doença: WFS(1) e WFS2.

Não existe tratamento eficaz que atrase ou reverta a sua progressão, contudo a monitorização e tratamento de suporte melhoram qualidade de vida do doente.

O mau prognostico leva a que muitos morram prematuramente com défices neurológicos graves.

Sexo feminino, 26 anos, Angolana, com antecedentes pessoais de Talassemia não especificada e diminuição acuidade visual por miopia, com agravamento nos últimos meses.

Recorre ao SU com quadro com meses de evolução caracterizado por mau estar geral, sonolência, letargia, parestesias das extremidades, poliúria, anorexia e enfartamento precoce com perda ponderal não quantificada, desconforto abdominal associado a obstipação e amenorreia.

No exame físico apresenta-se bradipsiquica e com lentificação psicomotora sem outras alterações. Destaca-se glicemia de 808mg/dL, hipernatremia 160mmol/L, HbA1c 13.4%, Peptido C 2.8 ng/ml

Assume-se Diabetes Mellitus inaugural presumivelmente do tipo 1, apesar de peptídeo C ainda normal. Estudo da autoimunidade negativo para anticorpos anti: GAD; insulina e ilhéus pancreáticos.

É internada e instituída insulinoterapia com controlo metabólico, mas com período de hipocaliemia iatrogénica de difícil controlo. Salienta-se também difícil correção de natremia. Ao longo do internamento foi diagnosticada ainda Diabetes Insípida central e iniciada desmopressina.

Apesar do adequado controlo metabólico e da correção da natremia manteve as alterações neurológicas. Perante os achados, colocada a hipótese diagnostico de Síndrome de Wolfram.

Pedido estudo genético e dada alta para consulta, confirmando-se posteriormente a mutação no gene WFS1. Mantém seguimento em consulta para tratamento de suporte.

A presente descrição de caso clinico pretende evidenciar a apresentação da síndrome, assim como a marcha diagnóstica efectuada.

Nº 068 Hipofisite imunomediada: um caso associado aos inibidores CTLA-4 e PD-1

André Resendes Sousa(1); João Carvalho(1); Joana Alves Luís(1); Joana Pinto(1); Sofia Marques Santos(1); Filipa Moleiro(1); Joana Costa(1); Daniela Macedo(1); Helena Cantante(1); Francisco Araújo(1)

(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Os inibidores do checkpoint imunológico, nomeadamente os inibidores da proteína 4 associada ao linfócito T citotóxico (CTLA-4) e da proteína de morte celular programada (1) (PD-1), são fármacos que permitem aumentar a eficácia do sistema imunitário na destruição de células neoplásicas. A sua utilização crescente, em particular na doença metastática, tem sido associada a efeitos adversos auto-imunes, sendo as endocrinopatias um dos eventos mais frequentes. O uso combinado destes fármacos aumenta a probabilidade desses efeitos e torna a sua ocorrência mais precoce.

Homem de 7(1) anos, com história de carcinoma pavimento-celular do pulmão com metastização hepática e diabetes mellitus tipo 2. Sob terapêutica com nivolumab, ipilimumab, carboplatina, paclitaxel, metformina e insulina glargina.

Recorreu à urgência por cefaleia occipital com irradiação à região cervical posterior, acompanhada de fraqueza generalizada e náusea, com (1) semana de evolução. À admissão, sem alterações ao exame objectivo e analiticamente com hiponatrémia de 130 mmol/L. Realizou tomografia computorizada cranio-encefálica sem alterações. Após terapêutica anti-emética teve alta.

Recorreu novamente 4 dias depois, por agravamento do quadro anteriormente descrito, com hiponatrémia de 118 mmol/L, hormona estimulante da tiróide (TSH) e tiroxina livre baixas. Realizou ressonância magnética crânio-encefálica com evidência de aumento dimensional da hipófise com espessamento da haste.

Foi assumida hipofisite imunomediada em contexto de terapêutica com ipilimumab e nivolumab, após exclusão de outras etiologias. O estudo da restante secreção endócrina hipofisária encontrava-se normal. Foi iniciado hidrocortisona na dose de 20mg/dia, levotiroxina e fluidoterapia, verificando-se melhoria da natrémia e resolução da sintomatologia.

O caso pretende alertar para um efeito adverso, potencialmente irreversível, relacionado com uma combinação terapêutica cuja utilização tem sido cada vez mais frequente. As endocrinopatias associadas a estes fármacos têm um espectro clínico variável, sendo que o desafio passa pelo diagnóstico e tratamento atempados, obrigando a uma abordagem multidisciplinar, com participação das várias especialidades envolvidas no tratamento de doentes oncológicos,

Nº 069 ESCORBUTO – BACK TO THE FUTURE?

Rita Palma Féria(1); Pedro Moules(1); Ana Grilo(1); Fernando Martos Gonçalves(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Muitas das novas dietas restritivas atuais para perda ponderal, associada ou não a perturbações do comportamento alimentar, podem ser um novo fator de risco para desnutrição e hipovitaminoses associadas.

O escorbuto apesar de ainda considerado uma doença do passado, é re-emergente nesses grupos de risco, associando-se a morbimortalidade importante.

Descrevemos o caso de uma jovem de 27 anos com obesidade e tabagismo crónico ativo (10UMA).

Internada por episódios de dor oral com lesões aftosas múltiplas com restrição progressiva da ingesta até perda de via oral, com perda de 11% do peso corporal em 2 meses. Referia equimoses fáceis e retorragias intermitentes, sem dor abdominal ou outra alteração do trânsito.

Posteriormente apurou-se quadro angodepressivo prévio com 2 anos de evolução com agravamento recente, associado a restrição alimentar e perda ponderal voluntária de cerca de 20kg.

Objetivamente a destacar estomatite e glossite exuberantes com úlceras esbranquiçadas de pequenas dimensões na mucosa jugal, alterações periodontais com hipertrofia gengival, ausência de múltiplas peças dentárias e deterioração das restantes. Equimoses e hematomas dispersos.

Analiticamente anemia (Hb 6.5g/dL, VGM 111), hipoproliferativa, leucopenia com neutropenia discreta com neutrófilos hipersegmentados, trombocitopenia.

Hipovitaminose múltipla com défice de ácido fólico grave (1.1ng/dL), vitamina B12 moderado (194ng/dL) e vitamina C indoseável. Sem ferropenia ou défice de vitamina D. Hipoalbuminemia ligeira.

Admitida etiologia carencial grave por restrição alimentar em quadro angodepressivo, tendo realizado suporte transfusional, com suplementação vitamínica e otimização dietética, associada a terapêutica ansiolítica com resolução total das alterações clínicas e laboratoriais no seguinte ano de seguimento.

Este caso exemplifica uma manifestação clínica grave por défices vitamínicos associados à restrição alimentar voluntária. Face à reversibilidade quando identificados e tratados adequadamente, impõe-se a importância de os pesquisar ativamente em situações de restrição alimentar, e não só nos grupos de risco classicamente reconhecidos.

Nº 070 Um caso raro de hipoglicémia

Francisco Gonçalves(1); André Santos(1); Catarina Silva(1); Ana Nunes(1); Maria do Céu(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A hipoglicémia é um achado clínico raro em doentes sem terapêutica para a diabetes, que se caracteriza clinicamente pela Tríade de Whipple – sintomas compatíveis com hipoglicémia, concentração plasmática de glicose baixa nos períodos sintomáticos e resolução das queixas com administração de açúcar. Este caso clínico pretende abordar esta temática, com um diagnóstico final por si só raro, o Insulinoma, mas que na sua expressão maligna e metastizada, se torna ainda mais invulgar.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 69 anos, sem antecedentes de Diabetes, com quadro de dois meses de evolução de episódios de visão turva, cefaleias, palpitações e sudorese que resolviam após consumo de açúcar, é admitida no serviço de urgência por hipoglicemia severa (21mg/dL). Foi internada para estudo etiológico e controlo da hipoglicémia. Realizadas TC e RMN toracoabdominopélvica com múltiplas lesões nodulares hepáticas, a maior com 57mm, e atrofia do corpo e cauda pancreáticos, com lesão nodular de 25 mm. Realizada biópsia de uma lesão hepática compatível com carcinoma neuroendócrino e PET com 68Ga-DOTA- NOC que demonstrou insulinoma maligno com metastização hepática, e elevada expressão de recetores de somatostatina. Mantinha hipoglicémias apesar de perfusão continua de glicose e terapêutica com diazóxido, octreótido e corticoide. O caso foi discutido em reunião mulitdisciplinar, tendo sido decidido que não apresentava condições para intervenção cirúrgica, optando-se por quimioterapia e quimioembolização das metástases. Um dia após quimioembolização iniciou afasia e hemiparesia direita, com hemorragia cerebelar em TC-CE, tendo a doente falecido no mesmo dia.

Discussão: Insulinoma retrata um tumor pancreático raro, caracterizado pela secreção ectópica de insulina. Tipicamente benigno, com lesão única de pequenas dimensões, sendo uma pequena minoria maligna, cerca de 10%, com potencial para metastização. Serve o presente caso clínico para abordar esta patologia rara.

Nº 071 Hipertensão antes dos 30 - um caso clínico

Carolina Martins(1); Alice F. Marques(1); Ana Catarina Lucas(1); Arsénio Santos(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A hipertensão arterial é das patologias cardiovasculares mais prevalentes na nossa sociedade. Com um predomínio da hipertensão essencial, apenas 5 a 15% dos doentes apresentam hipertensão secundária. As etiologias mais frequentes variam desde SAOS, a patologia do parênquima renal, estenose da artéria renal e hiperaldosteronismo primário.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 29 anos com antecedente de hipertensão arterial resistente, que recorreu ao SU por hemorragia e exsudato ocular. Associadamente, diminuição da acuidade visual no olho esquerdo com uma semana de evolução. Em fundoscopia, foi objetivada hemorragia em chama. Iniciou labetalol em perfusão por emergência hipertensiva. Realizou TC-CE sem lesões agudas. Foi identificado um nódulo na suprarrenal esquerda em angio-TC renal, suspeitando-se de hiperaldosteronismo primário. Analiticamente apresentava hipocaliémia, doseamento de aldosterona normal, contudo com índice aldosterona/renina superior a 25. Foi realizada prova de infusão salina, que confirmou diagnóstico. Manteve perfil tensional estável durante o internamento, com a instituição de espironolactona. Foi realizada suprarrenalectomia esquerda, tendo sido confirmado em anatomia patológica um adenoma adrenocortical. Mantem-se em seguimento em consulta, sem nova sintomatologia e com perfil tensional controlado.

Discussão: As etiologias de hipertensão secundária variam de acordo com os grupos etários, sendo o hiperaldosteronismo primário, mais comum em adultos de meia idade, uma causa corrigível. Encontra-se associado a uma morbimortalidade cardiovascular superior à da hipertensão essencial para iguais valores tensionais. Assim, a sua identificação e tratamento, resultam na redução significativa do risco cardiovascular e da morbimortalidade associada.

Nº 072 Deficiência múltipla das Acil-CoA desidrogenases: a apresentação em idade adulta

Rita Esteves Ferreira(1); Inês Marques Ferreira(1); Beatriz Tavares da Silva(1); Patrícia Baptista(1); Luísa Viveiros(1); Catarina Romero Veiga(1); Sofia Pinto(1); Rute Sousa Martins(1); Sara Rocha(1); Arlindo Guimas(1); Rosa Ribeiro(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Introdução: A deficiência múltipla das Acil-CoA desidrogenases (MADD), também denominada de acidúria glutárica tipo II, é uma doença hereditária do metabolismo resultante de um défice enzimático que afeta sobretudo a ß-oxidação mitocondrial dos ácidos gordos. A transmissão é autossómica recessiva, o fenótipo clínico heterogéneo e a apresentação pode ser neonatal ou tardia.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 66 anos com dislipidemia, excesso de peso e doença hepática crónica presumida de etiologia alcoólica,

com queixas de mal-estar geral, diminuição do débito urinário e diarreia com 5 dias de evolução. Admitido por infeção a SARS-CoV-2, documentando-se também rabdomiólise maciça (CK 77975 U/L e mioglobina 145420 U/L), hepatite aguda e lesão renal oligúrica. A exuberância da rabdomiólise, a etiologia pouco clara da doença hepática e a história familiar levantaram hipótese de miopatia metabólica. Colheu perfil de ácidos orgânicos, aminograma, acilcarnitinas, sugestivos de defeito da beta-oxidação dos ácidos gordos. Otimização do plano nutricional com dieta restrita em proteínas e ácidos gordos. O estudo genético documentou variante em heterozigotia no gene ETFDH e outras mutações missense de significado clínico incerto. Ainda que não se verificasse a clássica transmissão autossómica recessiva, dada clínica e ótima resposta ao tratamento utilizado, associado à presença de variante patológica, foi assumido o diagnóstico de MADD. Não houve recorrência de rabdomiólise. Internamento prolongado por múltiplas intercorrências e falência hepática que levaram à sua morte.

Conclusão: Este caso clínico é paradigmático de que as doenças hereditárias do metabolismo podem manifestar-se apenas na idade adulta com gravidade considerável. A própria doença hepática pode ser resultado da doença, com evolução mais crónica. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado evitam lesão de órgão alvo e têm impacto no reconhecimento e abordagem da descompensação aguda.

Palavras-Chave: Deficiência múltipla das Acil-CoA desidrogenases; Acidúria glutárica tipo II; Distúrbios hereditários do metabolismo; Rabdomiólise; ETFDH.

Nº 073 Uma obstipação de causa central

Antonio Leao(1); Inês Trabucho(1); Ana Luísa Broa(1); Vilma Laís Grilo(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

A Síndrome de Ogilvie consiste numa dilatação do cólon na ausência de obstrução mecânica. As principais causas são farmacológicas, estados pós cirúrgicos, doença aguda, parkinsonismo, hipotiroidismo ou distúrbios iónicos nomeadamente de potássio, cálcio e magnésio.

Homem de 85 anos, com antecedentes de Fibrilhação auricular, Diabetes Mellitus tipo 2 e doença de Parkinson medicado com Carbidopa-levodopa. Terá tido uma queda no domicílio com fratura do epicôndilo medial esquerdo do úmero, não intervencionada. Recorreu ao Serviço de Urgência (1) semana após por prostração, distensão abdominal e obstipação. No SU realizou TC abdomino-pelvica que mostrou distensão de todo o cólon sem oclusão mecânica e analiticamente com hiponatremia e hipocaliemia. Internado por S. Ogilvie presumida etiologia secundária a medicação anti-parkinsónica e imobilização. Feita correção de hipocaliemia e treino de marcha com retorno do trânsito intestinal de forma inconsistente mantendo distensão cólica e hiponatremia de difícil correção. Do estudo de hiponatremia observou-se TSH normal e T4 livre diminuída. Por suspeita de hipotiroidismo central foi avaliada a função hipofisária que revelou diminuição das hormonas tiroideias; FSH, LH, IGF-1, ACTH, e testosterona indoseáveis com Cortisol sérico diminuído. RM-encefálica revelou pequeno adenoma hipofisário. Diagnosticado pan-hipopituitarismo tendo iniciado corticoterapia e levotiroxina com evolução clínica favorável, correção de hiponatremia e retorno do trânsito intestinal.

Apresenta-se uma pseudo-obstrução cólica como manifestação rara de hipotiroidismo central num pan-hipopituitarismo. Apesar de incomum, este diagnóstico deve estar presente ao estudar obstipação severa ou pseudo-obstrução cólica.

De realçar também o doseamento de TSH normal neste doente. Num hipotiroidismo central pode estar presente TSH normal ou paradoxalmente aumentada, sendo uma limitação, apesar de incomum, para o doseamento apenas de TSH no rastreio de função tiroideia.

Nº 074 Degenerescência hepatocerebral adquirida: a propósito de um caso clínico

André Carmo(1); Pedro Abreu(1), Bernardo Canhão, Inês Correia, João Madaleno, Patrícia Alves, Adélia Simão, Lèlita Santos

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A degenerescência hepatocerebral adquirida (DHCA) é uma síndrome neurológica rara, caracterizada por distúrbios do movimento e perturbações cognitivas em doentes com doença hepática crónica avançada ou shunt porto-sistémico. Apesar de clinicamente distinta da encefalopatia hepática (EH), a diferenciação entre ambas nem sempre é fácil, podendo coexistir. Resulta da acumulação de manganésio (Mn 2+) nos núcleos da base, visível por ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE), tendo uma evolução crónica, com agravamento neurológico progressivo.

Caso Clínico: Mulher de 67 anos, admitida no Serviço de Urgência por desorientação, alucinações visuais complexas e parkinsonismo. Ao exame objetivo salientava-se bradicinesia bilateral com rigidez dos membros superiores sem roda dentada. Antecedentes de obesidade de classe (1) e colecistectomia aos 45 anos, com lesão iatrogénica da via biliar e necessidade de re-intervenção com derivação biliodigestiva. Desde então, apresentava múltiplos episódios de colangite, com várias dilatações por colangiografia percutânea trans-hepática. Analiticamente salientava-se pancitopenia e amoniémia de 21(1) µmol/L. Realizou RM-CE onde foram visualizados depósitos de Mn 2+ nos núcleos da base, a sugerir DHCA. Ecografia abdominal com fígado de textura heterogénea e contornos lobulados, sugerindo ainda infiltração esteatósica, e Fibroscan compatível com fibrose F4 (61,7 kPa) e esteatose grave (CAP 375 dB/m), admitindo-se como etiologias prováveis a cirrose biliar secundária associada a n*on-alcoholic steatohepatitis* (NASH). Iniciou tratamento com lactulose e rifaximina com melhoria clínica acentuada, tendo sido referenciada para Consulta de Pré-transplante hepático.

Discussão: A DHCA deve ser considerada em casos de doença hepática crónica com manifestações neurológicas extrapiramidais. Apesar de terapêutica sintomática como a levodopa poder ser utilizada, o transplante hepático constitui a opção mais eficaz, permitindo uma melhoraria significativa dos sintomas e reversão da etiologia.

Nº 075 De Febre sem foco a abcesso hepático, a propósito de um caso clínico gerido em UHD

Margarida Soares Resendes(1); Ana Paiva Santos(1); Maria Beatriz Dias Vieira(1); Jorge Henriques(1); Flávio G. Pereira(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A febre de etiologia indeterminada é um desafio diagnóstico e caracteriza-se por uma elevação da temperatura corporal durante pelo menos 3 semanas e sem um diagnóstico após (1) semana de estudo hospitalar. Normalmente tem origem em processos infeciosos, malignos ou patologia reumática sistémica.

Caso Clínico: Homem 72 anos, com internamento recente por febre, alterações da enzimologia hepática e trombocitopenia, tendo cumprido doxiciclina por suspeita de zoonose.. (1) mês após alta hospitalar retornou ao Serviço de Urgência por manter febre. Analiticamente apresentava trombocitopenia, linfopenia, citocolestase e aumento dos parâmetros inflamatórios. Foi internado para esclarecimento etiológico e iniciou ceftriaxona. A TC abdominal revelou múltiplos nódulos hipodensos hepáticos, suspeitos de lesões secundárias. O restante estudo foi negativo. Durante o internamento apresentou

apirexia e diminuição dos parâmetros inflamatórios. Pela dúvida diagnóstica realizou PET-18F-FDG que não revelou qualquer lesão com hipermetabolismo. Assumiu-se como diagnóstico provável abcessos hepáticos, tendo sido transferido para Hospitalização Domiciliária. Manteve antibioterapia durante 20 dias, com TC de reavaliação a revelar estabilidade dimensional das lesões, pelo que se realizou biópsia TC-guiada de uma das lesões, que confirmou o diagnóstico de abcessos hepáticos. Associou-se metronidazol (suspenso por suspeita de toxicidade medular)e alterado para amoxicilina/ácido clavulânico (2.2g). Na 2ª TC de reavaliação apresentava redução dimensional das lesões tendo-se passado a antibioterapia oral e teve alta orientado para consulta de Medicina.

Conclusão: A febre de etiologia indeterminada é uma situação clínica que exige um estudo exaustivo. Frequentemente um diagnóstico definitivo apenas é possível após biópsia de lesões encontradas. Estas situações podem ser geridas em regime de Hospitalização Domiciliária sem qualquer risco ou desvantagem para o doente.

Nº 076 Estenose Intestinal: uma complicação rara da trombose venosa mesentérica

Margarida Guiomar(1); Fábia Cerqueira(1); Inês Matias Lopes(1); Raquel Diogo(1); António Moreno Marques(1); João Victor Freitas(1); Ana Rita Ferreira(1); Ana Castro Barbosa(1); Patrícia Howell Monteiro(1); António Pais de Lacerda(1); Francisco Santos Cunha(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A estenose intestinal é uma complicação rara da trombose venosa mesentérica, que afeta 10 a 15% dos doentes. Cursa com dor abdominal, náuseas, vómitos, obstipação ou diarreia, podendo manifestar-se meses após o diagnóstico da trombose.

Mulher, 19 anos, com antecedentes de obesidade, diabetes tipo 2 e internamento recente por tromboses das veias porta, mesentérica superior e esplénica. Recorreu ao serviço de urgência, 2 meses após a alta, por anorexia, náuseas e vómitos com 15 dias de evolução. Apresentava sinais de desidratação, sem dor ou defesa à palpação abdominal.

Laboratorialmente destacava-se: alcalémia metabólica, lesão renal aguda KDIGO 3 (creatinina 3.4mg/dL), hiponatrémia (113mmol/L), hipercaliémia (6.2mmol/L), e elevação das transaminases. Ecografia abdominal sem achados a destacar.

Por manutenção dos vómitos biliosos, refratários à terapêutica antiemética, reviu-se a TC abdominal anterior que sugeria espessamento das ansas do jejuno, pelo que realizou EDA que evidenciou estenose ulcerada da 3º porção do duodeno. Repetiu TC-abdominal que comparativamente à anterior, mantinha espessamento das ansas do jejuno, mas com estase esofágica, importante dilatação gástrica, com níveis hidroaéreos ao nível do ângulo de Treitz, e confirmava as tromboses crónicas das veias porta, mesentérica e esplénica.

Assumiu-se quadro de suboclusão por estenose de provável etiologia isquémica secundária à trombose mesentérica. Submetida a laparoscopia convertida em laparotomia mediana, identificou-se estenose cerrada da 1º ansa jejunal e não duodenal. Procedeu-se à ressecção deste segmento com anastomose L-L. Pós-operatório com recuperação da via oral, complicado de infeção da ferida cirúrgica.

A estenose intestinal em doentes com trombose venosa mesentérica é um diagnóstico de difícil reconhecimento pela manifestação tardia e inespecificidade dos sintomas. Realça-se assim a importância do seguimento destes doentes para o diagnóstico preditivo antecipado de possíveis complicações.

Nº 077 COLITE LÍNFOCÍTICA: UM PROCESSO DIAGNÓSTICO ATRIBULADO

Bárbara Palos Saraiva(1); Ivanna Ostapiuk(1); Catarina Tavares Valente(1); Jéssica Fidalgo(1); Maria Nascimento(1); Sónia Coelho(1); Luís Manuel Marfull(1); Orlando Mendes(1); Celestina Blanco Torres(1)

(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: A colite linfocítica (CL) é uma doença inflamatória da mucosa cólica do grupo de colites microscópicas, sem tradução imagiológica ou radiológica, cujo diagnóstico se baseia em achados histológicos. O hiato temporal entre a execução do exame e o seu resultado definitivo leva à requisição de outros estudos potencialmente confundidores.

Caso Clínico: Mulher de 77 anos, autónoma, recorreu ao serviço de urgência relatando que há cerca de 7 meses iniciou quadro de diarreia aquosa (12 dejeções/dia) sem sangue muco ou pus, sem dor abdominal acompanhante, tenemos retal e sem relação com a ingesta alimentar. Negava hematoquezia, enterorragia, febre ou alergias. Associado a um emagrecimento de 10Kg (15% do seu peso) e quadro de astenia. À observação, emagrecida com desidratação mucocutánea e palidez. Analiticamente observou-se hipocalemia, lesão renal aguda, elevação de PCR sem leucocitose. Na tomografia computarizada abdominal presença de ascite volumosa, com distensão de ansas do delgado e espessamento do colon direito. Estes achados, acrescidos à elevação do marcador tumoral CEA junto com calprotectina fecal aumentada, consideraram-se as hipóteses de um tumor colo-rectal ou de uma doença inflamatória intestinal. Realizou-se endoscopia digestiva alta, sem alterações histológicas na mucosa. Efetou-se colonoscopia sem alterações na mucosa, tendo sido colhidas biopsias nos vários segmentos do colon. A complicar a situação é detetado antigénio de *Clostridium difficile* nas fezes, tendo condicionado tratamento dirigido e isolamento, até ser contradito por teste confirmatório. Os resultados anatomopatológicos que revelaram CL, a doente iniciou terapéutica com budesonido 9mg, com melhoria sintomática gradual.

Discussão: É um caso interessante pela sua complexidade e riqueza de diagnósticos diferenciais, uma vez que estes quadros podem ser confundidos erróneamente com distúrbios funcionais, deixando o paciente sem o tratamento adequado. É de extrema importância que perante quadros de diarreia crónica não sanguinolenta com colonoscopia sem alterações seja feito diagnóstico diferencial com CL. O internista, pela sua perspectiva holística do doente, encontra-se numa posição privilegiada para a melhor abordagem destes quadros.

Nº 078 Passando entre os pingos de cera

Marta Sanches(1); Gabriel de Carvalho Ferreira(1); Daniel Castanheira(1); Miguel Goulão(1); Beatriz Carvalho Mendonça(1); Joana Vinhais Rodrigues(1); Beatriz Castro Silva(1); Vânia Rodrigues Pereira(1); Ana Isabel Brochado(1); David Prescott(1); Inês Branco Carvalho(1); Paula Peixinho(1); António Martins Baptista(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

A tuberculose abdominal (dentro da qual se inclui tuberculose peritoneal) compoõe 5% dos casos da doença; a apresentação depende do órgão afectado. Está associada a mais complicações e mortalidade se houver atraso no início de terapêutica.

Mulher de 78 anos com diabetes e lúpus sistémico eritematoso, que recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal difusa tipo cólica com dois meses de evolução, de moderada intensidade e agravamento progressivo. Perda ponderal subjectiva.

À admissão: abdémen doloroso à palpação de todos os quadrantes, sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente: anemia normocítca e normocrómica, sem leucocitose, linfopénia 260, PCR 23,43mg/dL. TC abdominal: moderada ascite mulirecessual, discreta

densificação micronodular do grande epíploon, ligeiro espessamento difuso do peritoneu parietal e visceral no fundo de saco de Douglas (possível peritonite).

Vários picos febris durante internamento (máximo 38,4ºC) sem padrão identificável.

Pesquisa de líquido ascítico: predomínio de células mononucleares, sem critérios de peritonite bacteriana espontânea, gradiente de albumina sero-ascític de 0,5g/dl, sem células neoplásicas. Pesquisa BAAR negativa. Hemoculturas: Staphylococcus warneri (possível contaminação). Salmonella typhi O positiva. Coproculturas negativas. Ecografia ginecológica sem evidência neoplásica.

Endoscopia digestiva alta com gastrite crónica; tinha colonoscopia recente sem alterações.

Na alta, apirética, com ascite sobreponível, melhoria dos parêmetros infamatórios. Posteriormente isolado no líquido ascítico Mycobacterium tuberculosiscomplex, em segunda paracentese ADA 79,7 UI/L, CA-125 186UI/L. Iniciou terapêuca antibacilar, com melhoria clínica.

A tuberculose abdominal não pode ser esquecida como causa rara de dor abdominal e ascite dado a possibilidade de evolução desfavorável na ausência de tratamento. A laparoscopia teria possivelmente permitido um diagnóstico mais precoce.

Nº 079 Hepatite tóxica - Uma causa oculta

Jorge Reis(1); Mariana Estrela Santos(1); João Luís Miranda(1); Inês Rueff(1); Joana Cochicho(1); Filipe Breda(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Homem de 39 anos, sem antecedentes ou medicação habitual. Praticante de exercício físico, predominantemente musculação, com suplementação à base de creatina, aminoácidos de cadeira ramificada e proteínas do soro do leite.

Recorreu ao serviço de urgência por náuseas e vómitos alimentares com duas semanas de evolução. À admissão com epigastralgia de intensidade moderada e intolerância alimentar.

Objetivada icterícia, dor à palpação no hipocôndrio direito e epigastro. Apresentava alteração da enzimologia hepática com predomínio de hiperbilirrubinemia (GGT 42 U/L, FA 167 U/L, AST 86 U/L e ALT 184 U/L, Bilirrubina total 6,9 mg/dL e direta 4,3mg/dL), albumina e INR normais e ecografia abdominal sem alterações. Foi internado para vigilância clínica e analítica. Do restante estudo destaca-se: vírus hepatotrópicos negativos, autoimunidade negativa, fígado com dimensões aumentadas com heterogeneidade difusa na CPRM. Realizou biópsia hepática que demonstrou bilirrubinostase marcada e atividade necroinflamatória lobular. No internamento, com agravamento analítico progressivo atingindo um máximo de bilirrubina total de 37,9mg/dL associado a prurido de difícil controlo e coagulopatia. Medicado com acetilcisteína e ácido ursodesoxicólico, sem resposta.

O doente acabou por revelar consumo de esteroides anabolizantes (Estanozolol 10mg) desde há 3 meses. Foivontactada a unidade de transplantação hepática da área de referência, optando-se por manter vigilância, acabou por ter alta após discreta melhoria e vigilância em consulta. Verificou-se normalização dos valores de bilirrubina e coagulação ao longo de 9 meses.

A hepatite aguda de causa tóxica pode mimetizar múltiplas doenças hepáticas agudas ou crónicas, sendo o diagnostico diferencial particularmente desafiante quando os doentes ocultam consumo de substâncias potencialmente hepatotóxicas. A referenciação a um centro de transplantação hepática permite uma orientação atempada nos casos de falência hepática.

Nº 080 Distúrbio vascular porto-sinusoidal secundário a T-DM1: conjunto de casos

Susana Viana(1); Filipe Teixeira Andrade(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

As doenças vasculares do fígado, como a síndrome de obstrução sinusoidal e o distúrbio vascular porto-sinusoidal (DVPS), são causas de hipertensão portal (HTP) não cirrótica, podendo ocorrer como complicação de terapêuticas oncológicas. Apresentamos 2 casos associados ao trastuzumab emtansine (T-DM1).

Caso 1: Mulher de 79 anos com carcinoma invasor da mama diagnosticado em 2016, submetida a cirurgia e sob quimioterapia (QT) com T-DM(1) até 2020. A 09/2020 foi admitida por obnubilação com 4 dias de evolução. Tomografia computorizada (TC) cerebral normal; EEG com encefalopatia e análises com GGT 135U/L; TGO 52U/L e amonia 87.7umol/L. TC-abdominopélvica com fígado normal, veia porta permeável e circulação colateral portossistémica. Cateterismo hepático com HTP (gradiente de pressão venosa hepática (HVPG) 17mmHg), não fez biópsia por impossibilidade anatómica. Elastografia hepática de 4.8kPa, levando ao diagnóstico de HTP não cirrótica em provável contexto de DVPS relacionada ao T-DM1. Melhoria do quadro com terapêutica laxante e rifaximina.

Caso 2: Mulher de 50 anos com carcinoma invasor da mama diagnosticado em 2016, submetido a cirurgia, radioterapia e QT adjuvantes, com recidiva após 4 anos, sob QT paliativa com T-DM(1) desde 02/2021, com boa resposta. Ao 9º mês de tratamento, iniciou hiperbilirrubinemia de agravamento progressivo, mantida após redução de dose de T-DM1. TC sem evidência de doença neoplásica e com proeminência da veia porta e esplenomegalia de novo. Elastografia hepática normal e cateterismo hepático com HTP (HVPG 11mmHg). Biópsia hepática com anomalias vasculares dos espaços porta, dilatação sinusoidal e ausência de cirrose, compatível com o diagnóstico de DVPS.

O DVPS associado a T-DM(1) é raro, mas não pode ser esquecido em doentes com lesão hepática ou sinais de HTP sob esta terapêutica. Aqui estão apresentados 2 casos, um que se apresentou com encefalopatia hepática e outro apenas com alterações analíticas assintomáticas.

Nº 081 Quisto do pâncreas ou algo mais?

Amélia Pereira(1); Andrea Mesa(1); Maria Luisa Loureiro(1)

(1) Hospital da Luz Coimbra

Introdução: A hidatidose é uma zoonose causada por um parasita da família Echinococcus spp. O E. granulosus e E. multilocularis causam formas diferentes de doença a cística e a alveolar. Em Portugal prevalece a forma cística. A incidência nacional é de 2,2 casos/100 000 habitantes, muito superior à da Europa que é de 0,18/100 000 habitantes.

No inicio e durante a evolução a doença é quase sempre assintomática.

Caso clínico: Doente de 35 anos, sexo masculino, referenciado à Consulta de Medicina Interna por na sequência de episódio de febrícula, tosse, anorexia (sensação de saciedade precoce), perda de peso (5 Kg), ter efetuado exames complementares de diagnóstico que mostraram alterações da enzimologia hepática. Realizou Eco e TC abdominal, que mostraram adjacente ao corpo do pâncreas formação quística de 16X14X12 cm e esplenomegália de 16,8 cm. Foi submetido a remoção completa do quisto, por via laparoscópica, sem complicações. O resultado anatomopatológico revelou multifocalmente a presença de scolex, o que levou ao diagnóstico de quisto hidático. Iniciou terapêutica

farmacológica com albendazol durante 6 meses.

Cerca de (1) ano após o diagnóstico o doente encontra-se assintomático e sem evidência de outras lesões.

Discussão: Neste caso e à semelhança do que vem na literatura o diagnóstico de quisto hidático, é colocado quando numa intercorrência de saúde são efetuados exames auxiliares de diagnóstico e identificado um grande quisto abdominal adjacente ao pâncreas, tendo-se colocado como principais hipóteses de diagnóstico o pseudoquisto do pâncreas e o quisto mesentérico. Proposto para cirurgia dados os sintomas, realizou cirurgia laparoscópica que logo apontou para o diagnóstico. A cirurgia é considerada a terapêutica preferida e mais eficaz para o tratamento desta patologia. Não houve intercorrências na Cirurgia. Iniciou de imediato terapêutica com albendazol, durante 6 meses.

A pouca frequência deste tipo de doença e a menos comum forma de apresentação, quisto único, volumoso adjacente ao pâncreas, levam-nos a partilhar este caso.

Nº 082 Impacto da microbiota na doença inflamatória intestinal sob terapêutica com Infliximab

Marta Baião(1); Francisca Sá Couto(1); Rita Rosado Sobral(1); Maria Margarida Andrade(1); Ana Pinheiro Sá(1); Inês Nogueira da Fonseca(1); Diogo Cruz(1)

(1) HPP Hospital de Cascais

Introdução: A colite ulcerosa é uma doença inflamatória intestinal que afeta apenas a mucosa cólica. A *Eggerthella lenta* é uma bactéria intestinal comensal associada à transcrição de fatores pró-inflamatórios através da ativação das células T auxiliares 17 (Th17), independente da ativação por antigénio. A sua presença está associada à maior gravidade do quadro inflamatório.

Caso clínico: Mulher de 63 anos, com antecedentes de colite ulcerosa refractária a adalimumab com início recente de terapêutica com Infliximab, admitida por diarreia com sangue, dor abdominal, náuseas, vómitos e febre. À admissão estava febril, taquicardica, com dor à palpação profunda dos quadrantes abdominais inferiores. Laboratorialmente apresentava leucocitose neutrofílica, proteína C reativa 9,53mg/dL, procalcitonina 0,21ng/mL, velocidade de sedimentação 82mm/h, calprotectina fecal 1800ug/g. Por se considerar hipótese de agudização de colite ulcerosa, iniciou corticoterapia, azatioprina, tendo-se optado por manter infliximab segundo calendarização pré-definida, tendo-se verificado fraca resposta terapêutica. Por ausência de melhoria após uma semana de terapêutica realizou retossigmoidoscopia que identificou colite a citomegalovírus (CMV) e hemoculturas que documentaram bacteriemia a *Eggerthella lenta*, pelo que iniciou ganciclovir e metronidazol. Após controlo infeccioso, houve novo agravamento clínico e imagiológico com espessamento parietal difuso do cólon esquerdo e reto presente em tomografia computorizada abdominal. Manteve corticoterapia e terapêutica com Infliximab tendo-se verificado melhoria clínica lenta, mas sustentada ao fim de três semanas.

Discussão: A utilização cada vez mais frequente de anticorpos monoclonais como o Infliximab em conjunto com a corticoterapia condicionam risco acrescido de infeções oportunistas, frequentemente por microorganismos da flora comensal bem como vírus, tais como o CMV. Concomitantemente, a *Eggerthella lenta* pelo seu papel ativador de células Th17 ao aumentar a produção de interleucina-17 poderá ter potenciado o processo inflamatório e justificar também o elevado tempo de recuperação, apesar da terapêutica.

Nº 083 Um caso de Diarreia Crónica

Catarina Romero(1); António Marinho(1); João Correia(1); Tomás Fonseca(1); Teresa

Sequeira(1); Rute Sousa Martins(1); Patrícia Neves(1); Beatriz Silva(1); Rita Esteves Ferreira(1); Inês Marques Ferreira(1)

(1) CH UNIV PORTO - STO ANTONIO

Introdução: A imunodeficiência comum variável (ICV) é a imunodeficiência primária mais frequentes, caracterizada pelo comprometimento da diferenciação de linfócitos B, resultando numa deficiente produção de imunoglobulinas. "Variável" refere-se ao conjunto heterogéneo de manifestações clínicas da doença.1

O Norovirus é a causa viral mais comum de gastroenterite epidémica a nível mundial.2 Os doentes com ICV podem apresentar múltiplas respostas a este agente, sendo muitas vezes assintomáticos. No entanto, um subgrupo de doentes com ICV desenvolve uma enteropatia crónica grave com síndrome mal absortivo.3

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um jovem de 33 anos, Afegão, refugiado, tendo vivido cerca de 15 anos na Índia, e a residir em Portugal há 8 meses. Apresentava história familiar e pessoal de diarreia crónica desde a infância, com recurso a auxílio médico por diversas ocasiões. Iniciou dieta isenta de glúten por suspeita de doença celíaca.

Desde que veio para Portugal, manifestou agravamento das crises de diarreia e perda ponderal superior a 30%, que motivou 3 internamentos hospitalares. Após exclusão de múltiplas entidades infeciosas, inflamatórias e neoplásicas, foi interpretado como doença celíaca refratária.

À admissão no nosso serviço, severamente desnutrido, caquexia extrema, miopatia e défices vitamínicos múltiplos. Apresentava episódios de diarreia aquosa profusa, sem sangue ou muco.

No internamento apurou-se défice de Imunoglobulinas, prevendo-se uma ICV, com possível infeção concomitante, confirmada através da deteção de PCR de Norovírus nas fezes. A enteroscopia realizada em internamento revelava padrão de enterite inflamatória.

Foi iniciada nutrição exclusivamente parentérica, de modo a reduzir a inflamação. Iniciou prednisolona, associada a IgIV e Ribavirina, verificando-se uma melhoria gradual do peso, tolerância da alimentação oral e resolução da diarreia.

Conclusão: As ICV são entidades raras, que costumam manifestar-se com infeções de repetição. Neste caso o doente manifestava diarreia crónica. Nos doentes com ICV, é possível a infeção crónica por agentes inócuos, como o Noravírus, tendo sido relatados alguns casos com resposta ao tratamento combinado com Ribavirina e IgIV, sendo ainda necessários estudos, para titular doses e tempo de tratamento mais indicados.

Nº 084 Tempestade imunológica como primeira manifestação neoplásica: um caso clínico

Joana Sousa Varela(1); António Leão(1); Joana Correia Lopes(1); Joana Araújo Correia(1); Miguel Simões Rodrigues(1); Patrícia Ramos Dos Santos(1); Mário Amaro(1); Francisca Delerue(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: O síndrome hemafagocítico (SHF) corresponde a uma ativação imune excessiva causada maioritariamente por um trigger infecioso, inflamatório ou neoplásico. Deve ser ponderado na presença de febre e bicitopenia. Para o tratamento é essencial atuar sobre o desencadeante.

Caso clínico: Sexo feminino, 33 anos, antecedentes pessoais de esclerose múltipla, sob natalizumab e neurofibromatose tipo 1, recorreu ao serviço de urgência por astenia, caquexia e febre (38º C) com 10 dias de evolução. Apresentava anemia microcítica-hemoglobina (Hb) 8,(1) g/dL - e PCR 13,97 mg/dL. Por hipotransparência na radiografia de tórax, foi assumido o diagnóstico de pneumonia em doente imunossuprimida. Apesar de antibioterapia de largo espetro, mantinha febre, aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR 50,37 mg/dL) e bicitopenia (Hb 7,0 g/dL e plaquetas 43x 109/L). A destacar a presença de ferritina elevada (1178 ng/mL), hipertrigliceridemia (683 mg/dL) e citocolestase ligeira. Por suspeita de SHF, iniciou o estudo etiológico do trigger associado e terapêutica com o antagonista da interleucina (1) Anakinra. A PET de corpo mostrou focos malignos osteo-medulares e ganglionares, com hipercaptação na pequena curvatura do estômago. A biópsia óssea revelou infiltração medular por metástase de carcinoma pouco diferenciado. Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou lesão vegetante no estômago, cuja biópsia evidenciou histologia sugestiva de carcinoma gástrico hereditário. Conclui-se, assim, SHF por carcinoma gástrico metastizado, sem condição para terapêutica oncoativa.

Discussão: O SHF ocorre em cerca de 1% das neoplasias e pode ser a primeira manifestação destas. A maioria dos doentes com neoplasia que desenvolvem SHF parecem ter um trigger infecioso associado. A imunossupressão pode corresponder a um trigger do SHF, contudo ainda não existem casos descritos associados ao natalizumab. O SHF implica a realização de uma marcha diagnóstica ampla, de forma a realizar o tratamento correto.

Nº 085 Microangiopatia trombótica induzida pela gemcitabina

Inês R. Carvalho(1); Bernardo Soares Baptista(1); Teresa Timóteo(1)

(1) Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A microangiopatia trombótica (MAT) é caracterizada por trombose microvascular, manifestando-se com anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão de órgão alvo, sendo o rim particularmente suscetível. A etiologia farmacológica representa 10-13% dos casos descritos. Apesar de rara, está reportada a associação definitiva com gemcitabina.

Caso clínico: Homem de 68 anos, com antecedentes de adenocarcinoma do pulmão cT3N2M0 sob quimioterapia com gemcitabina (4º ciclo). Internado por cansaço, dispneia de esforço e edema periférico de agravamento progressivo. À observação encontrava-se hipertenso e em anasarca. Analiticamente apresentava anemia, hiperbilirrubinémia não conjugada, haptoglobina diminuída, LDH e creatinina elevadas. Evoluiu com

trombocitopénia e agravamento da função renal com hematúria microscópica, eritrócitos dismórficos e proteinúria subnefrótica. Documentou-se teste de Coombs, serologias virais e anticorpos anti-nucleares (ANA), anti-citoplasma de neutrófilos (ANCAs) e anti-membrana basal glomerular negativos. Apesar da ausência de esquizócitos, perante a coexistência de anemia hemolítica não imune, trombocitopénia, lesão renal aguda com hematoproteinúria e hipertensão arterial, considerou-se como hipótese mais provável uma MAT. Pela relação temporal com a gemcitabina, com atividade ADAMTS13 e complemento normais, assumiu-se o diagnóstico de MAT induzida pela gemcitabina, que se suspendeu. Sob terapêutica de suporte, observada evolução favorável.

Discussão: O desenvolvimento de hipertensão arterial e lesão renal aguda num doente sob tratamento com gemcitabina deve levantar a suspeita de MAT. O tratamento consiste na interrupção do fármaco e medidas de suporte.

Nº 086 Linfoma folicular com envolvimento cardíaco

Bruno Freitas(1); Antony Dionísio(1); Beatriz Ferreira(1); Samuel Azevedo(1); João Frutuoso(1); Inês Araújo(1); Cândida Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A incidência de linfoma cardíaco é baixa e é frequentemente secundária a Linfoma Não Hodgkin (LNH) difuso de grandes células B. O caso apresentado refere-se a LNH folicular que teve como única manifestação insuficiência cardíaca.

Caso Clínico: Mulher de 77 anos, com síndrome depressivo medicada apenas com fluoxetina, recorre ao Serviço de Urgência por cansaço a pequenos esforços, edema dos membros inferiores, aumento do perímetro abdominal e anorexia com 3 semanas de evolução.

À admissão a doente encontrava-se hemodinamicamente estável. Ao exame físico a destacar ingurgitamento venoso jugular, auscultação pulmonar com fervores basais e auscultação cardíaca com sons hipofonéticos. O eletrocardiograma apresentava ritmo sinusal e diminuição da amplitude dos completos QRS. Assim, realizada ecoscopia cardíaca que revelou a presença de volumoso derrame pericárdico circunferencial de 41mm com compressão das cavidades direitas. Foi pedido apoio à Cardiologia para drenagem do derrame, tendo o exame citoquímico do líquido pericárdico apresentado LDH 4139U/L e 13.6 cél.x109/L (73% de células com morfologia atípica, de tamanho grande, com citoplasma hiperbasófilo e vacuolizado e núcleo de contorno irregular). O cellblock do líquido revelou uma população linfóide de predomínio B com características de Linfoma Não Hodgkin B folicular. Dos restantes exames complementares a referir TC toracoabdominolpelvica sem adenopatias e ecocardiograma sem massas intracavitárias.

Discussão: Apesar do LNH ser uma causa rara de insuficiência cardíaca, o seu diagnóstico precoce é muito importante para o prognóstico. O caso apresentado não teve recidiva do derrame e iniciou terapêutica após 10 dias do diagnóstico.

Nº 087 Linfoma ou leucoencefalopatia... eis a questão

Sandra Ganchinho Lucas(1); Paula Sousa Santos(2)

(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

A leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP) resulta da reativação do vírus John Cunningham (JC) em contexto de imunossupressão.

Mulher de 57 anos, previamente autónoma. Diagnóstico há 4 meses de VIH-2 sob terapêutica antirretroviral, concomitantemente com Linfoma Não-Hodgkin, Difuso de grandes células B, estadio IV. No mês prévio ao internamento, RMN de crânio a documentar lesões cortico-subcorticais frontais, frontoparietais e parieto-temporais à esquerda e periventriculares à direita, com aspetos sugestivos de processo linfoproliferativo, logo de eventual progressão do linfoma, sem excluir a hipótese de LEMP. Pesquisa de vírus JC no LCR negativo.

Na admissão doente consciente, com afasia de expressão, diminuição da força 3+/5 no membro superior e 4/5 no membro inferior à direita. Sob quimioterapia (QT) endovenosa com o regime Rituximab-HCVAD, cumpriu o 2ºciclo B. Ao décimo dia de internamento em recuperação da aplasia medular pós-QT, com carga viral para VIH-2 <20 cópias/mL, apresentou agravamento franco dos défices focais, verbalizando escassos sons guturais. Hemianopsia homónima direita, olhar preferencial para a esquerda, com excursão completa do olhar conjugado à direita. Com paresia facial direita, central evidente. Plegia braquial direita, diminuição da força 4/5 no membro inferior direito. Nova RMN de crânio com agravamento das lesões detetadas com necrose central, alterações inflamatórias à periferia a sugerirem infiltração linfomatosa, síndrome de reconstituição imunitária e/ou LEMP. Iniciou empiricamente dexametasona 20 mg/dia (protocolo QT), suspensa após deteção da infeção por vírus JC na biópsia do SNC.

Apesar do diagnóstico prévio de linfoma em progressão, com vírus JC negativo no LCR, a imunossupressão pela QT (R-HCVAD), constituiu um fator de risco para a reativação do vírus JC. Uma suspeição elevada e repetição dos exames para confirmação, são essenciais para o diagnóstico de LEMP perante o risco de sub-diagnosticar.

Nº 088 Linfoma Difuso de Grandes Células B com envolvimento extraganglionar extenso: Um relato de caso

Dra. Alexandra Wahnon(1); Catarina Gonçalves(1); Carolina Carreiro(1); Maria José Pires(1); Natália Marchão(1); Afonso Aguiar(1); Hugo Félix(1); Carolina Brandão Monteiro(1); Ana Maria Baltazar(1); Liliia Savka(1); Raquel Mendes Boto(1); Catarina Lopes(1); Gustavo Silva(1); Milton Sousa(1); Rita Silva(1); Catarina Moura Furtado(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o subtipo mais comum de linfoma não-Hodgkin. No entanto, o envolvimento extraganglionar com infiltração pulmonar extensa é uma apresentação rara. Além disso, pacientes com LDGCB raramente apresentam sintomas clínicos específicos, o que pode atrasar o diagnóstico definitivo.

O presente estudo relata o caso de um homem de 57 anos, admitido por quadro consumptivo com 3 meses de evolução, com anorexia, suores noturnos, perda ponderal >10kg, adenopatias cervicais e ciatalgia com irradiação para o membro inferior esquerdo. A Radiografia torácica apresentava infiltrados nodulariformes, alguns coalescentes, mimetizando padrão de "largada de balões". A tomografia computorizada de corpo, ecografias

e endoscopia digestiva alta, mostraram adenopatias múltiplas, infiltração pulmonar, gástrica, renal, testicular, muscular e óssea. A ressonância magnética cranioencefálica evidenciou hipersinal em T2/FLAIR em topografia cortico-pial frontal esquerda em relação com infiltração leptomeníngea. O diagnóstico de LDGCB foi confirmado por biópsia ganglionar axilar, gástrica e muscular. O doente iniciou protocolo de quimioterapia (QT) com R-CHOP e QT intratecal (2 ciclos) mas, por evidência de progressão de doença e refratariedade à terapêutica, iniciou protocolo R-ICE. Porém, houve uma evolução clínica desfavorável, com choque séptico e disfunção multiorgânica, com desfecho fatal.

O envolvimento pulmonar extenso do LDGCB pode muitas vezes ser erroneamente diagnosticada como infeção, secundarização de neoplasia sólida e/ou primária do pulmão. Torna-se importante alertar os clínicos quanto à apresentação atípica do LDGCB com envolvimento extraganglionar extenso, em que o atraso no diagnóstico e tratamento condicionam o prognóstico vital.

Nº 089 Uma medula rara

Pedro Moules(1); Rita Palma Féria(1); Joana Filipa Oliveira(1); Ana Grilo(1); Fernando Martos Gonçalves(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Quer a dor cervical, dorsal ou lombar, quer a diminuição da força muscular são sintomas bastante prevalentes no serviço de urgência. A investigação de sinais de alarme deve ser realizada de forma a detetar patologias potencialmente graves. A história clínica, exame objetivo e exames complementares são essenciais para o diagnóstico.

Mulher de 84 anos, autónoma, hipertensa, com bócio multinodular e diabetes mellitus tipo2. Trazida ao serviço de urgência por dor cervical, dorsal e lombar com 2 meses de evolução e diminuição da força dos membros inferiores, com várias quedas nas últimas 2 semanas. Sem outras queixas.

À admissão destacavam-se alterações da força muscular nos membros inferiores, 0/5 à direita e 1/5 à esquerda, membro superior direito, 3/5, e reflexos osteotendinosos dos membros inferiores abolidos. Analiticamente sem alterações. Feita tomografia computorizada (TC) da coluna, que revelou compromisso medular em L5 e posteriormente ressonância magnética (RMN) que demonstrou cerca de 10 lesões nodulares intramedulares, com edema medular, bem como lesões ósseas em C7, D(1) e D7.

Considerando provável etiologia neoplásica, não podendo excluir etiologia infeciosa ou inflamatória realizou: TC toracoabdominopélvica que demonstrou apenas derrame pleural à esquerda. Realizada toracocentese, com características de transudado. Punção lombar (PL) com hiperproteinorráquia e hipoglicorráquia. Exames culturais do sangue e líquido cefalorraquidiano (LCR), negativos ao 42º dia. O exame citológico do LCR e líquido pleural sem células neoplásicas. Realizado mielograma e biópsia óssea de D1.

Pelas manifestações neurológicas iniciada dexametasona. Repetida PL e RMN verificando-se uma normalização do LCR e diminuição das lesões intramedulares.

Resultados anátomo-patológicos vieram concordantes com o diagnóstico de linfoma B CD20+.

O linfoma do SNC é uma patologia rara. A relevância deste caso prende-se não só com a apresentação clínica, mas também imagiológica, estando de acordo com a dificuldade descrita na bibliografia em obter este diagnóstico.

A melhoria dos sintomas neurológicos ou diminuição das lesões após corticoterapia aumentam o grau de suspeição de doença linfoproliferativa, que nesta situação foi possível confirmar pela biópsia.

Nº 090 Parvovirose com Pancitopenia no Adulto

Gonçalo Torrinha(1); Filipe Silva Vilela(1); Rita Gonçalves Pinto(1); José Damasceno Costa(1); Cristiana Honrado Martins(1); Paulo Pereira(1); Bárbara Oliveira(1); Vânia Gomes(1); Guilherme Castro Gomes(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: O eritema infecioso é a forma mais comum de manifestação, em crianças, de infeção por Parvovirus B-19 (PB-19). No entanto, constam na literatura sucessivos casos de crises aplásticas em adultos causadas por PB-19, seja em imunocompetentes ou imunocomprometidos.

Caso Clínico: Homem, 78 anos, autónomo, com hepatoesplenomegalia homogénea com 8 anos de evolução de etiologia desconhecida após estudo exaustivo, e anemia normocítica e normocrómica, leucopenia e trombocitopenia com 3 anos de evolução. Encaminhado ao Serviço de Urgência por agravamento da pancitopenia e quadro, com (1) semana de evolução, de mal-estar generalizado e hipersudorese noturna, associado a 2 picos febris elevados com *shivering*.

À admissão, objetivado rash petequial-equimótico simétrico dos membros inferiores. Analiticamente com Pancitopenia agravada (Hemoglobina de 9.1g/dL, Leucopenia de 1700/mm3 e Plaquetas de 94000 plaquetas/µL) com subida dos parâmetros inflamatórios. Quadro inicialmente interpretado como endocardite infeciosa, mas decidido alargar o estudo, identificando-se serologias IgM e IgG positivas para PB-19. Realizado esfregaço de sangue periférico, com achados compatíveis com hemólise (rouleaux eritrocitário, raros esquizócitos e raros helmet cells). Identificada possível desregulação imunológica, sugerida por Anticorpos Antinucleares positivos em título baixo, hipergamaglobulinemia policlonal, Coombs positivo e resultados duvidosos para Vírus da Imunodeficiência Humana e Vírus Epstein-Barr (com posterior exclusão analítica).

Repetido estudo etiológico da doença hepática, nomeadamente de doenças infiltrativas, que foi inconclusivo, e estadiamento da doença, com biópsia hepática, que mostrou apenas estase biliar e ligeira dilatação dos sinusóides, sem fibrose. Apresentou melhoria clínica sob tratamento de suporte apenas, e teve alta. Em ambulatório, 9 meses depois, observou-se resolução das citopenias, afastando a hipótese diagnóstica de Síndrome Mieloproliferativo.

Discussão: A infeção por PB-19 pode ter consequências severas, desde citopenias isoladas a crises aplásicas transitórias. Este caso alerta para o diagnóstico de PB-19 nos síndromes febris com pancitopenia, muitas vezes desvalorizada no contexto de doentes idosos com múltiplas comorbilidades.

Nº 091 Um caso inesperado de mielossupressão

Maria Leonor Neves(1); Cândida Rocha(1); Catarina Melita(1); Mafalda Duarte(1); Vasco Tiago(1); Teresa Costa Pereira(1); Rita Penaforte(1); Sofia Furtado(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A neutropenia grave, também designada agranulocitose, define-se como uma contagem neutrofílica inferior a 500/µl e associa-se a uma elevada suscetibilidade a infeções. De entre as várias etiologias possíveis, a iatrogenia farmacológica deve ser sempre considerada.

Caso Clínico: Relata-se o caso de um homem de 29 anos com diabetes tipo 1, que recorreu ao serviço de urgência por mal-estar geral, febre e odinofagia há uma semana, já diagnosticado com amigdalite bacteriana, estando sob amoxicilina-clavulanato, mas com persistência sintomática. Exame físico com gengivite e amigdalite bilateral com placas

brancas. As análises revelaram anemia inflamatória, 500 leucócitos com 0 neutrófilos, PCR elevada e procalcitonina baixa. O monoteste foi positivo, assim como a serologia EBV incluindo IgM, e o doente foi internado por mononucleose infecciosa e agranulocitose de etiologia a esclarecer. Manteve a antibioterapia admitindo sobreinfeção bacteriana e fez um ciclo de filgrastim, sem melhoria clínica. Realizou TC de corpo que excluiu complicações infeciosas locais e à distância e documentou ligeira esplenomegalia, sem adenopatias. O mielograma revelou aplasia mieloide, sem critérios de linfohistiocitose hemofagocítica. O screening auto-imune e exames culturais seriados foram negativos. Fez um trial de pulsos de corticoide, sem melhoria clínica. Ao 14º dia, iniciou profilaxias infecciosas e escalou-se a antibioterapia empírica para piperacilina-tazobactam. Após repetição da anamnese, apurou-se toma tridiária de metamizol na semana prévia ao internamento. Após a sua suspensão e sob as medidas instituídas, verificou-se espaçamento de picos febris até apirexia, resposta medular paulatina, seroconversão IgM-IgG de EBV e descida de parâmetros inflamatórios.

Discussão: Este caso clínico alerta para o metamizol enquanto fármaco potencialmente deletério no tratamento sintomático de doentes com infeções ativas, atendendo ao risco associado de agranulocitose que impossibilita a resposta imunológica adequada.

Nº 092 A busca pelo diagnóstico

Isabel Mendes Bessa(1); Anabela de Carvalho(1); Ana Catarina Dias(1); Carlos Fernandes(1); Jorge Cotter(1)

(1) hospital de Srª da Oliveira / Guimarães

Ao longo da nossa formação enquanto médicos, somos ensinados a usar o nosso juízo crítico para estudar o doente como um todo e a não nos cingirmos apenas a valores analíticos ou exames complementares de diagnóstico (ECD) ou a aceitar a resposta mais fácil como a certa.

Uma doente do sexo feminino, de 77 anos, mRanking 1, apresentou-se no serviço de urgência com quadro de astenia, anorexia, perda ponderal e tosse com 4 meses de evolução. Tinha como antecedentes pessoais, de relevo, tabagismo passivo e exposição laboral a fumos e químicos inalados. Trazia ECD realizados no exterior: estudo analítico com 5990 leucócitos/uL, com 3% linfócitos atípicos e uma TAC torácica que relatava uma formação nodular espiculada de 2,5cm no lobo superior direito. A doente ficou internada para estudo do quadro.

Foi solicitada uma TAC abdominopélvica que revelou marcada esplenomegalia homogénea, levantando a hipótese de um síndrome linfoproliferativo. Foi realizado mielograma e biópsia óssea que revelaram um Linfoma de células B maduras de baixo grau.

Concomitantemente, foi também submetida a 2 biópsias transtorácicas da lesão pulmonar, ambas negativas para células neoplásicas, relatando apenas hiperplasia reativa de pneumócitos. No entanto, foi posteriormente solicitada uma PET, que revelou lesão maligna de alto grau metabólico no lobo superior do pulmão direito. As lâminas das biópsias foram revistas, revelando finalmente um adenocarcinoma pulmonar.

A doente foi orientada para a consulta de Hemato-oncologia e de Pneumo-oncologia, onde mantém atualmente seguimento e tratamento. Assim, este caso mostra-nos que, mesmo perante ECD contraditórios, havendo uma forte suspeita clínica, a investigação diagnóstica deve continuar, principalmente quando se trata de uma patologia com implicações tão importantes a nível terapêutico e de prognóstico quanto neste caso.

Nº 093 Racoon Eyes

António Lorena Pessoa(1); Ana Santos Costa(1); Inês Matias(1); Margarida Madeira(1);

Daniela Félix Brigas(1); Pedro Lopes Freitas(1); Eugénio Dias(1); Ermelinda Freitas(1)

(1) Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: A amiloidose ocular refere-se á deposição de amiloide na conjuntiva ocular. Habitualmente é uma manifestação secundária de amiloidose sistémica, porém também pode corresponder a subtipo de amiloidose localizada. Na amiloidose ocular primária, os depósitos de amiloide são encontrados exclusivamente na conjuntiva, não existindo afectação de outros órgãos. Este caso expõe o processo diagnóstico em ambiente hospitalar e ambulatório desta patologia.

Caso clínico: Doente de 72 anos, com história pessoal de hipertensão arterial medicada. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de hematoma periorbitário bilateral recidivante associado a crise hipertensiva (Pressão arterial 230/120 mmHg). Atendendo a repetição do quadro internou-se o doente para investigação etiológica. Analiticamente apresentava umas funções renal e hepática inalteradas e radiografia de torax e electrocardiograma sem alterações. Ainda no internamento, foi realizada biopsia de gordura abdominal, não se tendo detectado proteína amiloide na amostra. Após discussão com a Oftalmologia, foram realizadas biopsias da conjuntiva tarsal, tendo-se detectado deposição focal de amiloide pela coloração de vermelho do Congo. Para exclusão de doença sistémica pediu-se ainda uma ressonância magnética cardíaca que não revelou qualquer processo infiltrativo sugestivo de amiloidose sistémica. Actualmente o doente mantém seguimento em ambulatório, não tendo apresentado novos episódios de *Racoon Eyes*.

Conclusão: A amiloidose ocular isolada primária é uma subtipo de amiloidose rara. Alguns estudos relataram uma incidência de 0,1-0,2% de todos os casos de amiloidose. Afecta homens e mulheres com a mesma incidência, com uma idade média de 60 anos no momento do diagnóstico. A gestão da amiloidose ocular primária isolada é consiste no controlo sintomático e na vigilância, sendo que o principal objectivo do tratamento é proteger e lubrificar o olho.

Nº 094 Um caso complexo de Púrpura Trombocitopénica Imune

Joana Moutinho Lopes Martins(1); Frederico Silva(1); João Aurélio(1); Maria Inês Simões(1); Manuela Brochado(1); Luísa Arez(1)

(1) Hospital Portimao

Introdução: A Púrpura Trombocitopénica Imune (PTI) é uma doença hematológica caracterizada por destruição de plaquetas mediada por um mecanismo imune. Trata-se de uma patologia adquirida relativamente comum actualmente. O diagnóstico de PTI é de exclusão, feito quando se objectiva trombocitopenia isolada, após exclusão de outras causas de trombocitopenia e de PTI secundária. O objectivo do tratamento é a prevenção de hemorragia significativa, ao invés da normalização de contagens plaquetárias. Em indivíduos sem hemorragia activa, o tratamento é recomendado para plaquetas abaixo de 20.000 por microL, e consiste na terapêutica inicial com corticóide, com associação de imunoglobulina humana se necessário. Na ausência de resposta, a adição de agentes de segunda linha é recomendada. A esplenectomia é terapêutica de último recurso.

Caso: Homem 2(1) anos, sem antecedentes pessoais conhecidos e sem medicação habitual, com antecedentes familiares relevantes de falecimento do pai por acidente cerebral vascular hemorrágico em contexto de trombocitopenia grave de etiologia não definida. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por petéquias de distribuição generalizada, sem sintomas acompanhantes. Ficou internado para estudo de trombocitopeni. Fez estudo inicial de causas de trombocitopenia, com serologias víricas e estudo de

auto-imunidade negativos, sem défices vitamínicos ou defeitos na coagulação e sem evidência de doença hematológica concomitante, incluindo no esfregaço de sangue periférico. Iniciou terapêutica com corticóide por suspeita de PTI, com associação de imunoglobulina humana por ausência de resposta. Após ciclo de imunoglobulina humana, apresentou resposta parcial, tanto clínica como analítica, tendo tido alta com corticoterapia e diagnóstico assumido de PTI primária. Cerca de 6 semanas após alta, retorna ao SU por novo aparecimento de petéquias, objectivada novamente trombocitopenia grave na ordem de 4000 plaquetas por microlitro. Neste internamento, por se tratar de PTI com parca resposta a corticoterapia, realizado mielograma, que se apresentou sem alterações relevantes nas séries. Excluídas ainda causas mais raras de trombocitopenia, incluindo púrpura trombocitopénica trombótica, doenças de armazenamento como a doença de Gaucher, causas de trombocitopénia hereditária (estudo de cariótipo com quebras cromossómicas induzidas negativo). Como terapêutica, reiniciou ciclo de corticoterapia e imunoglobulina humana, desta vez sem resposta nem clínica (aparecimento de hematúria), nem analítica. Foi então iniciada terapêutica de segunda linha com rituximab, tendo cumprido 4 semanas (sem resposta) e posteriormente iniciado Eltrombopag, com necessidade de suspensão ao 7º dia de tratamento por elevação das transaminases. Feita troca terapêutica para Romiplostim, apresentando boa resposta.

À data de elaboração deste documento, encontra-se a aguardar estudo genético para Trombocitopenia 2 e Trombocitopenia 5, em seguimento em consulta de Hematologia e em pausa terapêutica, sem indicação terapêutica nos últimos 2 meses.

Conclusão: Os autores apresentam este caso pelo desafio diagnóstico que este representou, tendo sido realizado um estudo exaustivo de causas de trombocitopenia, lidando com todas as dificuldades organizativas que este estudo implica. Além disso, as múltiplas alternativas terapêuticas utilizadas para controlo clínico e analítico demonstram o desafio da gestão do caso.

Nº 095 A radiografia de tórax no diagnóstico de lesões do mediastino - um exame de valor intemporal

ANA CATARINA PINTO CARVOEIRO(1); Inês Ferreira(1); João Poço Gonçalves(1); Rita Mota(1); Filipe Barros Alves(2); Pedro Medeiros(2); Paula Felgueiras(1); Diana Guerra(1)

(1) ULSAM VIANA DO CASTELO (2) Centro Hospitalar São João

Introdução: O estudo de massa volumosa do mediastino anterior implica revisitar variadas patologias com importantes diferenças histopatológicas. O Linfoma Primário do Mediastino de Grandes Células B (LPMGC) é uma doença hematológica rara, considerada uma variante do Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGC). **Caso Clínico:** Mulher 37 anos, com antecedentes de hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência com queixas de disfagia para líquidos e sólidos, dispneia para médios esforços e sensação de opressão cervical com três dias de evolução. Referidas, também, queixas de anorexia com um mês de evolução, com perda ponderal de 6kg e hipersudorese noturna. Ao exame objetivo, palidez cutânea e das mucosas. Analiticamente, anemia ferropénica (Hb 8.5g/dL), com elevação de proteína C reativa (16 mg/dL). A radiografia de tórax mostrava alargamento exuberante do mediastino, confirmada pela TC tórax com volumosa massa mediastínica anterior de 15 cm de maior eixo, com derrame pericárdico e pleural. De realçar que em radiografia realizada sete meses antes, após acidente de viação, se observava, já, área de abaulamento suspeita da silhueta hilo-mediastínica ao nível do terço médio da vertente direita, desvalorizada nessa data. Consideradas hipóteses diagnósticas para massa do mediastino anterior associada a sintomas consumptivos, com ecocardiograma e ecografia da glândula tireóide normais. *Core biopsy* da massa com histologia compatível com LPMCG. A PET mostrou doença supra/ infradiafragmática e

ganglionar, tendo a doente sido transferida para serviço de Hemato-Oncologia, onde iniciou protocolo R-da-Echop, encontrando-se em tratamento à data atual. **Discussão:** O LPMCG corresponde a 2-4% de todos os LNH e 10% dos LDGC, caracterizando-se por um comportamento agressivo. O caso realça a importância do diagnóstico precoce, destacando o valor intemporal da radiografia de tórax no reconhecimento do alargamento de mediastino, o qual sucede, muitas das vezes, numa fase ainda assintomática da doença

Nº 096 Granulicatella adiacens: uma surpresa na Endocardite Infeciosa

Duarte Augusto(1); Ivanna Ostapiuk(1); Catarina Quinaz(1); Nadejda Potlog(1); João Correia(1)

(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: A G. adiacens é uma espécie do grupo dos Streptococcus nutricionalmente variados, raramente isolados em laboratório pelas suas rápidas necessidades de crescimento. Parte da flora humana, é um agente raro de endocardite infeciosa, e associa-se a maiores níveis de falência de tratamento, morbilidade e mortalidade.

Caso clinico: Homem de 55 anos com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia apresenta-se no serviço de urgência com quadro de diarreia, confusão, desequilíbrio da marcha e disartria. Associadamente, quadro de sudorese nocturna, sem febre, e perda de peso desde há 2 meses, altura em que é medicado com opioides por dor lombar crónica. Encontrava-se apirético, com desequilíbrio da marcha, paresia facial central e disartria, ambas ligeiras. Analiticamente, aumento da PCR e anemia, e angiotomografia do crânio sem alterações. Recusa internamento para estudo. Colhidas hemoculturas com exame direto a sugerir cocos gram positivos, mas sem crescimento de agente. Foi medicado com ciprofloxacina com reversão de sintomas. Na marcha diagnostica da etiologia da sudorese nocturna colhidas novas hemoculturas novamente, com crescimento de cocos gram positivo sem identificação do agente. O ecocardiograma revela vegetações na válvula aórtica e insuficiência aórtica grave. Aceita internamento e inicia empiricamente ampicilina, flucloxacilina e gentamicina.

Revelada resolução de sudorese e diminuição das vegetações. Pedida sequenciação do gene rRNA 16S para identificação de agente, tratando-se de G. adiacens, com switch para vancomicina, mantendo gentamicina. Doente teve alta para a hospitalização domiciliária, e aguarda cirurgia de substituição valvular aórtica.

Conclusão: Este caso mostra a atipicidade clínica num caso de endocardite infecciosa subaguda, a patogenicidade da G. adiacens e a necessidade de meios de identificação de agentes nos laboratórios hospitalares.

Nº 097 Linfadenite granulomatosa necrotizante como apresentação rara de bartonelose

Isabel Marques Correia(1); António Mateus-Pinheiro(1); Ana Luísa Silva(1); Sónia Moreira(1); Isabel Fonseca(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

A bartonelose é uma zoonose relativamente comum, provocada principalmente por *Bartonella henselae*. Tipicamente, manifesta-se com adenopatia regional e febre autolimitada. Em 15% dos casos1, a adenopatia pode evoluir com supuração. As apresentações atípicas ocorrem em 10% dos casos2, com expressões diversas.

Caso clínico: Doente de 53 anos, imunocompetente, apresentou-se com febre, sudorese noturna, astenia e tumefação axilar esquerda dolorosa com cerca de (1) mês de evolução, sem perda ponderal. Do contexto epidemiológico, destaca-se mordedura por gato jovem.

Objetivamente, com massa axilar esquerda, duro-elástica, móvel face a planos profundos e de contorno ligeiramente irregular, suspeitando-se de etiologia infeciosa ou eventualmente neoplásica. Analiticamente, com lesão renal aguda (AKIN 1) e aumento de parâmetros inflamatórios (PCR 5.85mg/dl, leucócitos 12.2G/L, VS 42mm/h). A imunofenotipagem de sangue periférico não revelou alterações e as culturas e pesquisa de micobactérias foram negativas. Obtivémos evidência serológica de infeção por *Bartonella henselae*. Os exames de imagem descreveram adenomegalias axilares confluentes (a maior de 3cm), com áreas de liquefação interna.

Cumpriu antibioterapia com azitromicina. Contudo, a persistência das queixas ao longo dos 2 meses seguintes, com drenagem axilar purulenta espontânea, motivaram a drenagem cirúrgica. Neste contexto, realizou-se biópsia com identificação de linfadenite granulomatosa necrotizante. As culturas e imunofenotipagem do aspirado do gânglio não revelaram alterações.

Apesar de melhoria parcial das adenopatias supuradas, dada a persistência da restante clínica, optou-se por um ciclo curto de corticoterapia, com resolução clínica.

Discussão: Neste caso de adenite e febre, a etiologia infeciosa foram a hipótese mais provável, tendo-se equacionado a doença linfoproliferativa como diagnóstico diferencial. Este caso reforça a possibilidade de um quadro prolongado de linfadenite granulomatosa necrotizante por *Bartonella*, com recurso a terapêuticas menos frequentemente utilizadas.

1. Goldstein EJC, and Abrahamian FM. 2015. Diseases transmitted by cats. Microbiol Spectrum. 2015;3(5).

2. Murinello N, et al. Cat-Scratch disease in a 44-year-old woman. Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas. 2010 6(3):112-118.

Nº 098 Sobreposição de Patologias como fator Confusional: Um caso de Hidrocefalia A M. Tuberculosis

Marta Monteiro(1); Helena Rita Antunes(2); Jéssica Abreu(3); João Caria(4); Fernando Maltez(4)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Hospital Divino Espírito Santo (3) HOSP VILA FRANCA XIRA (4) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Introdução: 40% das hidrocefalias são de pressão normal e afetam sobretudo o idoso. Caracterizam-se pela deterioração cognitiva, ataxia, hiperreflexia e reaparecimento de reflexos primitivos.

Nos adultos, as causas são adquiridas e a meningite a ocupa um papel de destaque.

Caso clínico: Mulher, 69 anos, apresenta-se com quadro de (1) ano de lombo-ciatalgia direita com incapacidade para a marcha, acompanhada de anorexia e défices mnésicos. Clinicamente, astenia, lentificação psíquica, tontura e hipotensão marcada com ortostatismo.

Analiticamente com anemia, disfunção renal e aumento de parâmetros inflamatórios.

Do estudo imagiológico, ressonância da coluna vertebral com estenose do canal raquidiano L2-L5 e hipotransparência no hemitórax direito em radiografia. TC torácica revelou cavitação no lobo superior direito e adenopatias mediastínicas.

Após baciloscopia positiva, iniciou terapêutica antituberculosa.

Assumido canal estenótico lombar como causa das alterações da marcha.

Por manutenção de lentificação psíquica e intolerância ao ortostatismo, com hipotensão grave, e períodos de ausência e hiperreflexia dos membros inferiores, realizou TAC cerebral que revelou hidrocefalia ativa com sinais de transudação ependimária, sugestiva de meningite.

Tendo em conta, envolvimento sistema nervoso central (SNC) iniciou corticoterapia sistémica.

Verificou-se evolução favorável, com tolerância ao ortostatismo e melhoria cognitiva sustentada após 3 meses.

Discussão: Dentro das causas infeciosas de meningite, existem agentes que mais frequentemente se associam a hidrocefalia, entre os quais o micobacterium tuberculosis.

A instituição de terapêutica dirigida precoce e corticoterapia com dexametasona é essencial a uma evolução benigna e sem sequelas neurológicas.

O envolvimento do SNC dá sinais e sintomas inespecíficos, mascarados pelas alterações vertebrais da doente, que atrasaram o diagnóstico e a sua resolução, ditando maior descondicionamento físico e aumentando tempo de recuperação.

Nº 099 Pneumonia a SARS-CoV2 em doente sob rituximab: A necessidade de um alto índice de suspeição clínica

Jorge Montês(1); Inês Margarido(1); Manuel Durão(1); Beatriz Tallon(1); Débora Sousa(1); Luís Landeiro(1); Natália Marto(1); Alexandra Bayão Horta(1)

(1) Hospital da Luz Lisboa

Rituximab é um anticorpo monoclonal anti-CD20 que condiciona um deficit funcional dos linfócitos B, essenciais para a construção de uma resposta humoral adequada contra muitas infeções, incluindo a infeção por SARS-CoV-2.

Homem de 67 anos com diagnóstico de linfoma não-Hodgkin folicular estádio IV-A, presentemente em tratamento de manutenção com rituximab trimestral.

Avaliado por febre, tosse seca, astenia, perda ponderal e cansaço para esforços progressivamente menores. Imagiologicamente tinha pneumonia direita e densificações em vidro despolido bilaterais com reforço septal. Analiticamente tinha aumento dos parâmetros inflamatórios. As hemoculturas, antigenúrias para S. pneumoniae e L. pneumophila, painel viral e PCR de SARS-CoV2 por zaragatoa nasal foram todos negativos. Ainda em ambulatório fez amoxicilina/ácido clavulânico com azitromicina e posteriormente voriconazol e prednisolona. Houve melhoria transitória mas não sustentada dos sintomas.

Fez broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar, tendo-se encontrado uma infeção ativa a SARS-CoV-2 por teste PCR com *cycle threshold* de 23 (Referência para positividade <30). Na imunofenotipagem objetivou-se ausência de Linfócitos B e inversão da razão CD4/CD8 de Linfócitos T, indicativa de redução da imunidade.

Assumiu-se replicação viral ativa do vírus SARS-CoV-2 pelo que iniciou tratamento com remdesivir e dexametasona, tendo feito ainda perfusão de imunoglobulina em dose de reposição.

Houve resolução completa e mantida dos sintomas tendo o doente tido alta para domicílio.

O impacto do rituximab na supressão do sistema imunitário deve ser considerado na abordagem de doentes com quadros respiratórios prolongados e inespecíficos. A investigação diagnóstica é influenciada pela incapacidade do organismo montar uma resposta imunitária demonstrável na periferia. As implicações terapêuticas são várias e os doentes podem beneficiar de terapêuticas combinadas de imunoterapia com tratamento antiviral.

Nº 100 Parotidite viral: um vírus inesperado

Samuel Azevedo(1); Beatriz Ferreira(1); Antony Dionísio(1); Marta Anastácio(1); Bruno David Freitas(1); Cândida Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

A parotidite é uma entidade clínica caracterizada por tumefação da glândula parotídea tipicamente provocada por infeções virais e bacterianas, sialolitíase e patologia odontológica. A reativação do herpes-vírus humano 3 (HHV-3), anos após a primo-infeção, denomina-se de herpes zóster e caracteriza-se por erupção vesicular, com distribuição em dermátomo, dor e hipoestesia. Cerca de 10-20% das reativações atingem o território do nervo oftálmico. Existem poucos casos descritos de inflamação parotídea por HHV-3 em doentes imunocompetentes. Coloca-se a hipótese de vírus migrar do gânglio trigeminal para o nervo auriculoteumporal, causando inflamação da glândula.

Mulher, 35 anos, sem antecedentes médicos conhecidos, recorreu ao Serviço de Urgência por tumefação dolorosa cervicofacial à direita associada a sensação de queimadura e lesões vesiculares na região frontal ipsilateral com 5 dias de evolução. Sem febre, hipoestesia, dor ocular, hiperemia conjuntival, fotofobia e contexto epidemiológico. Ao exame objetivo eram evidentes lesões vesiculares distribuídas em dermátomo típicas de herpes-zóster. Análises sem alterações. Para esclarecimento do quadro clínico realizou tomografia computorizada do pescoço que descreve aumento das dimensões e número dos gânglios cervicais em particular à direita na cadeia jugulocarotídea e em topografia submandibular, com acentuado aumento das dimensões da glândula parotídea. Assumiu-se, Herpes Zóster Oftálmico com parotidite homolateral. Foi medicada com Aciclovir 800mg 5x/dia durante 7 dias e reavaliada após duas semanas em Hospital de Dia tendo-se verificado resolução completa das lesões e tumefação. Mantida vigilância sem recorrência das queixas, tendo-se assumido parotidite a HHV-3.

A associação entre parotidite e infeção por HHV-3 encontra-se pouco documentada e não esclarecida, equacionando-se uma resposta inflamatória local com envolvimento de cadeias ganglionares. Este mecanismo poderá também estar na origem de casos recentemente descritos de inflamação parotídea por outros vírus, por exemplo SARS-CoV-2. Com a divulgação deste caso pretende alertar-se para a relação entre estas duas entidades clínicas, não descorando a importância de vigilância apertada e alta suspeição de outras etiologias com diferentes implicações prognósticas.

Nº 101 Leptospirose e Síndrome de Lemièrre

Catarina Cabral(1); Maria Inês Simão(1); Inês Fernandes Santos(1); Sara Rocha(1); Joana Vaz(1); Francisco Silva(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

A leptospirose está associada a más condições de saneamento e higiene, podendo cursar com uma forma grave, denominada de Doença de Weil. A síndrome de Lemiérre, tromboflebite séptica da veia jugular interna, está associada a quadros pós-infecciosos da orofaringe.

Sexo feminino, 53 anos, sem antecedentes de relevo. Apresenta-se no serviço de urgência (SU) com febre não quantificada, artralgias generalizadas (mais acentuadas nos punhos e cotovelos) e astenia, com uma semana de evolução. História de viagem recente às Filipinas. No SU encontrava-se apirética, detectando-se nódulo doloroso cervical direito, sinais inflamatórios dos punhos, articulações interfalângicas proximais, cotovelos e joelhos bilateralmente e tornozelo direito. Analiticamente: hemoglobina de 11,9g/dL, 154.000 plaquetas, 24.300/uL leucócitos, neutrofilia de 84,7%, PCR 31,6mg/dL, creatinina: 4,52mg/dL, ureia: 173mg/dL. A pesquisa de plasmódio por gota espessa, pesquisa de SARS-CoV-2 (PCR) e HIV foram negativas. No internamento, o estudo de autoimunidade revelou-se negativo. A pesquisa de anticorpos serológicos e teste de PCR na urina para Leptospira interrogans mostraram-se positivos, apresentando também uma hemocultura positiva para Streptococcus pyogenes. O ecocardiograma excluiu vegetações valvulares. A ecografia cervical identificou "aumento das dimensões da parótida direita (..) formação hipoecóica heterogénea de 18mm posterior à submaxilar direita que corresponde a um provável abcesso, com eventual ponto de partida numa adenopatia liquefeita e superinfectada. Aumento do calibre da direita jugular, não compressível, com conteúdo ecogénico, traduzindo trombose deste vaso, compatível com Síndrome de Lemièrre". A doente foi inicialmente medicada com ceftriaxone e metronidazol, mas por febre mantida, foi submetida a cervicotomia lateral direita com drenagem do abcesso. Como complicação, a paciente desenvolveu quadro de anemia hemolítica não imune causada pela Síndrome de Lemièrre, como mecanismo mecânico. A paciente recebeu alta ainda sob antibioticoterapia oral com amoxicilina, com boa evolução.

Embora se tratem de uma entidades raras na era atual, e dificilmente em associação, apresentamos um caso com desfecho potencialmente fatal, devendo o seu reconhecimento ser o mais precoce possível.

Nº 102 Pneumonia Organizativa Pós-Covid ou Infeção por Metapneumovírus ? O Desafio Diagnóstico

Catarina Santos Reis(1); Paula Ferraz(1); Beatriz Simão Parreira(1); Rodrigo Mota(1); Isabel Camões(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A pneumonia organizativa (PO) é uma doença intersticial difusa rara de diagnóstico desafiante pela inespecificidade dos critérios clínicos e imagiológicos. O diagnóstico presuntivo é sugerido pela resposta favorável à corticoterapia. Os processos infeciosos pulmonares são uma causa comum.

Caso Clínico: Homem de 77 anos, com doença renal crónica estadio G3bA2 (KDIGO), ex-fumador e obeso, com história de infeção Sars-Cov 2 paucissintomática 30 dias antes da admissão hospitalar, e que recorre ao Serviço de Urgência por dispneia progressiva e tosse produtiva com 15 dias de evolução. Gasimetria arterial sem insuficiência respiratória. Antigenúrias a *Streptococcus pneumoniae* e *Legionella pneumophila* negativas. Pesquisa de vírus respiratórios (influenza A e B, vírus sincicial respiratório e Sars-Cov 2) negativa. Analiticamente com 32810/uL leucócitos, PCR 320 mg/L, D-dímeros não alterados. Radiografia torácica com opacidades nodulares dispersas bilateralmente, com evidência em tomografia computadorizada de opacidades em vidro despolido dispersas bilateralmente, tendo sido colocada a hipótese de pneumonia organizativa. Iniciado esquema de antibioterapia e corticoterapia. Evoluiu desfavoravelmente com insuficiência respiratória hipoxémica aguda e hipotensão arterial, com necessidade de suporte vasopressor e ventilação mecânica invasiva. Isolamento em lavado broncoalveolar de metapneumovírus humano (hMPV). Sem outros isolamentos microbiológicos. Resposta clínica e imagiológica paulatina, mas favorável.

Conclusão: Este caso alerta-nos para o desafio diagnóstico de entidades raras causadoras de quadros respiratórios, devendo ser lembradas sempre que a evolução é desfavorável. Salientar que o hMPV é um agente etiológico emergente de doenças do trato respiratório, sendo as complicações pulmonares severas uma raridade na literatura.

Nº 103 Meningite por Listeria: um caso incomum no adulto.

Diana Leite Russo(1); Diogo Afonso Lobo(2); Inês Chora(2); Eduardo Eiras(2)

(1) IPO Porto (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: As infeções do sistema nervoso central podem ocorrer em qualquer faixa etária, sendo fatores de risco imunossupressão, não vacinação, pós-operatórios ou traumas, entre outros. No caso das meningites bacterianas, os agente causais mais comuns são o *S. pneumoniae* e a *N. meningitidis*, podendo ocorrer casos por *H. influenzae* ou *L. monocytogenes*, principalmente em doentes com algum estado de imunossupressão conhecida.

Caso clínico: Mulher de 29 anos, tendo como único antecedente de relevo amigdalites de repetição (cerca de duas por ano). Recorreu ao SU por cefaleia frontal com (1) semana de evolução, vómitos e fotofobia, associados a lentificação psicomotora. Analiticamente, com subida dos parâmetros inflamatórios. Realizada punção lombar, cujo líquor mostrou consumo de glicose e proteinorráquia. Presumindo-se meningoencefalite, iniciou ceftriaxona, dexametasona e aciclovir. Do estudo microbiológico, foi isolada Listeria monocytogenes no líquor e em hemoculturas, alterando-se antibioterapia para ampicilina e gentamicina. Foram excluídos consumos de alimentos contaminados e

a doente tinha esquema vacinal atualizado. Foi realizado estudo exaustivo, que não mostrou fatores de imunossupressão. A doente completou um total de 2(1) dias de ampicilina e 20 dias de gentamicina e teve alta orientada para consulta de Infeciologia.

Discussão: As infeções por Listeria monocytogenes estão geralmente associadas a consumo de alimentos contaminados que causam bacteriemia em doentes com algum estado de imunossupressão, com disseminação para o sistema nervoso central, sendo mais comum nas crianças. Este caso descreve uma meningite por Listeria numa adulta jovem e saudável, realçando a necessidade de ter este agente em mente, mesmo nos casos improváveis.

Nº 104 LINFOHISTIOCITOSE HEMAFAGOCÍTICA ASSOCIADA A INFEÇÃO CMV -IMPORTÂNCIA DE PENSAR E AGIR ATEMPADAMENTE

Leda D´Almeida(1); Duarte Pereira Vinha(1); Rita Tavares Fernandes(1); Manuel Ferreira Gomes(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A linfohistiocitose hemofagocítica (LHH) é uma doença imunológica grave caracterizada pela ativação e proliferação descontrolada de histiócitos e células T, levando a uma superprodução de citocinas e eventual falência multiorgânica. Pode ser desencadeada por infeções, neoplasias ou doenças autoimunes. Os autores descrevem o caso de uma mulher de 32 anos com antecedentes de Doença de Crohn medicada com infliximab e 6-mercaptopurina admitida por febre persistente, tosse seca, mialgias e odinofagia. Na admissão apresentava-se hipotensa (PA 83/49mmHg), sem evidência de discrasia hemorragia e com dor à palpação abdominal. Laboratorialmente, a destacar pancitopenia (Hb 9,4g/dL, GB 820/mcL, N 520/mcL, plaquetas 78 000/mcL), elevação da PCR 4,55mg/dL, INR 1,2, fibrinógeno 134mg/dL, D-dímer 4.35ug/mL, alteração das provas hepáticas de predomínio hepatocelular (AST 177U/L, ALT 161U/L, GGT 69U/L), LDH 435U/L, haptoglobina 263mg/dL, ferritina 3300ug/dL, triglicéridos 335mg/dL; ecografia abdominal documentando hepatoesplenomegalia e espessamento parietal da última ansa ileal, circunferencial e com ligeira hiperecogenicidade da gordura adjacente). Serologia *Citomegalovirus* (CMV) IgM e IgG positivas com carga viral CMV 810954,4 cópias/mL, mielograma com inversão da relação granulocítica /eritroblástica, diseritropoiese ligeira e presença de alguns macrófagos, elevação do CD 25 solúvel sérico (13188ng/mL). Admitiu-se o diagnóstico de LHH associada a infeção CMV tendo iniciado terapêutica antiviral com ganciclovir ev, suporte transfusional com fibrinogénio, G-CSF e suspendido imunossupressores. Evolução clínica favorável com cessação das queixas e melhoria laboratorial concomitante. Apesar do desenvolvimento de protocolos terapêuticos standartizados, a mortalidade por LHH permanece elevada sendo o diagnóstico precoce e a atuação médica atempada dos principais fatores determinantes no desfecho desta entidade clínica grave e potencial fatal.

Nº 105 Febre de Pontiac - um caso de rabdomióloise fullminante

Roman Khomynets(1); Sandra D. Rebelo(1); Tiago Marques(1); Sofia Jorge(1); Cristina Alcântara(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A Rabdomiolise caracteriza-se pela destruição do tecido muscular esquelético e liberação de creatinina fosfoquinase (CK), mioglobina e eletrólitos. A tríade clássica é composta por fraqueza muscular, mialgia e urina escura. A Legionella pneumophila (LP) tem 52 espécies e 70 serotipos. A infeção não pneumónica, designada por Febre de Pontiac (FP) manifesta-se como uma doença febril viral e autolimitada.

Reportamos o caso de um homem de 24 anos, natural de Cabo Verde, residente em Portugal há 4 meses, estudante, sem antecedentes pessoais, familiares ou sócio comportamentais. Foi admitido no Serviço de Urgência por febre (39.3ºC), cefaleia, mialgias, artralgias, dor abdominal, urina escura, diarreia, náuseas e vómitos com (1) semana de evolução. Apresentava também, dor à palpação abdominal na região hipogástrica e no hipocôndrio direito, sem defesa e mioedema generalizado. A investigação revelou CK de 737860 U/L, mioglobina 19266 ng/mL acompanhado de lesão renal aguda, com agravamento progressivo com necessidade e indução dialítica. Assim como, elevação dos parâmetros inflamatórios, velocidade de sedimentação, citólise hepática (ALT 625 U/L, AST 2998 U/L) com hepatite B crónica ativa (carga viral 1180000 UI/mL e perfil serológico compatível com infeção crónica) e hepatomegalia ligeira. Numa fase inicial da investigação não foi identificado agente infecioso, incluído antigenúria de LP. No entanto, por manutenção do quadro exuberante alargou-se o estudo, revelando serologia Legionella IgG e IgM positiva, confirmando o diagnóstico de FP. O Estudo electromiográfico não tinha alterações, a biopsia muscular tinha alterações compatíveis com miopatia inflamatória/infeciosa.

Este caso ilustra a dificuldade na identificação de fator etiológico para além da raridade de associação entre FP e rabdomiolise. Corrobora também o facto desta patologia apesar de habitualmente ser autolimitada, poder ter complicações sobretudo em imunodeprimidos.

Nº 106 Sífilis: um caso novo de uma velha conhecida

Ana Elisa Dias(1); Beatriz Gamito Gonzaga(1); Inês Araújo(1); Sandra Rebelo(1); Nuno de Vieira e Brito(1); Jorge Gama Prazeres(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A doença sistémica apresenta muitas vezes uma sintomatologia vasta e inespecífica que constitui um verdadeiro desafio clínico para o médico internista. É nestas situações que nos apercebemos da importância de uma anamnese cuidadosa.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de um jovem de 19 anos de ascendência cabo verdiana. Com antecedentes de tuberculose latente para o qual fez terapêutica antibacilar. Neste episódio recorre ao Serviço de Urgência por queixas com 2 semanas de evolução de dor lombar contínua com irradiação ocasional para a região cervical, toracalgia tipo pleurítica e tosse raiada de sangue. Concomitantemente, suores nocturnos, assim como ardor e dor urinários com exsudado purulento. Ao exame objetivo, adenopatias palpáveis em múltiplos territórios de características benignas, bem como dor à palpação da região lombar, e vesículas genitais. Da avaliação imagiológica, a salientar a presença de bronquiectasias e esplenomegália. Analiticamente sem alterações. Pesquisa de

micobactérias no sangue, suco gástrico, urina e LCR negativa. Secreções brônquicas sem células neoplásicas. Biópsia de adenopatia revelou natureza reativa enquadrada em infeção sifilítica. Diagnosticado com sífilis secundária e herpes genital. Cumpriu terapêutica com penicilina com boa resposta. Somente após diagnóstico final foi possível apurar história de comportamentos sexuais de risco.

Discussão: O diagnóstico diferencial de um quadro de adenopatias generalizadas, artralgias, e hemoptises reúne uma multiplicidade de entidades. De realçar a importância de uma abordagem diagnóstica e terapêutica célere com o intuito de prevenir a progressão da doença e potenciais complicações, tanto individual como comunitária.

Nº 107 Um caso de adenopatias cervicais

Ana Sofia Silva(1); Guilherme Jesus(1); Catarina Salvado(1); Sofia Pereira(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A suspeita de uma eventual infeção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH) deve motivar a pesquisa do vírus, uma vez que é atualmente possível atrasar e evitar alguns dos efeitos tardios da infeção e a progressão até um estadio avançado da doença. Neste caso, alerta-se para o atraso entre o surgimento de sintomas e o diagnóstico, denotando a necessidade de um baixo grau de suspeição para a pesquisa do vírus.

Caso clínico: Mulher de 53 anos, divorciada, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, com necessidade de insulinoterapia. Enviada a consulta de Medicina Interna por quadro de adenopatias cervicais múltiplas, com cerca de um ano de evolução. As adenopatias eram de tamanho variável, com noção de crescimento ao longo dos meses, distribuídas na região cervical, submentoniana e retroauricular, indolores, moles e elásticas, não aderentes aos planos profundos. Em ecografia cervical do exterior, demonstradas características benignas dos nódulos, com hilo vascular central nas adenomegalias de maior tamanho (a maior 13x11x5mm). Do estudo inicial realizado, destacou-se o resultado positivo na pesquisa de VIH, que foi confirmado. Foi encaminhada para consulta externa de Infeciologia, onde iniciou terapêutica anti-retrovírica (TARV) com melhoria das dimensões das adenopatias, mantendo seguimento nesta consulta atualmente.

Discussão: Alertar-se para a necessidade do diagnóstico precoce do VIH, evitando a evolução para uma imunodeficiência que pode aumentar a probabilidade de desenvolver infeções oportunistas, uma vez que atualmente com as terapêuticas existentes é possível melhorar a qualidade de vida destes doentes.

Nº 108 O escape do VIH

Cândida Rocha(1); Leonor Neves(1); Aurora Zanga(1); Vasco Tiago(1); Mafalda Duarte(1); Raquel Sousa(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Amadora Sintra

A infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) invade precocemente o sistema nervoso central (SNC) durante a primo-infeção, estabelecendo um reservatório viral único neste mesmo compartimento. A terapêutica antirretroviral combinada (TARVc) teve um impacto significativo na história natural da infeção por VIH, uma vez que efetivamente reduz a carga viral no plasma e líquido cefalorraquidiano (LCR) para níveis indetetáveis. No SNC, o VIH poderá replicar-se com desenvolvimento de estirpes resistentes à terapêutica, apesar da carga viral (CV) plasmática indetetável.

Apresenta-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, 69 anos, história de

VIH-(1) sob TARVc, internado para investigação de quadro de instalação subaguda (15 dias) caracterizado por alteração do comportamento, discurso e desequilíbrio na marcha. Do estudo inicial a salientar avaliação analítica e imagiológica por tomografia computurizada e ressonância magnética Crânio-encefálica sem alterações, eletroencefalograma sem sinais lateralizadores ou descargas epileptiformes, painel viral e autoimune negativos, CV VIH indetetável no plasma, sem alterações das populações de CD4 e CD8 e duas colheitas de LCR sem resultados patológicos. Após estudo alargado e titulação progressiva de terapêutica antipsicótica e benzodiazepinas, sem melhoria do quadro clínico, admitiu-se possível psicose/ síndrome neurocognitivo agudo secundário a escape viral no SNC, realizou-se neste contexto nova punção lombar, que identificou no LCR carga viral HIV 1: 146 cópias RNA/ml, comprovando o diagnóstico. Foi ajustada a terapêutica antirretroviral, que conduziu a CVs indetetáveis no LCR e no plasma e melhoria clínica substancial.

Este caso enfatiza a necessidade de considerar o diagnóstico pouco frequente de escape viral no SNC em doentes sob TARVc com supressão virológica ou baixa virémia, que se apresentam com sinais e sintomas neuropsiquiátricos.

Nº 109 Uma infeção de difícil controlo

Gabriel de Carvalho Ferreira(1); Marta Sanches(1); Daniel Castanheira(1); Joana Vinhais Rodrigues(1); Gustavo Lemos Correia(1); Beatriz Carvalho Mendonça(1); Miguel Goulão(1); Beatriz Castro Silva(1); Vânia Rodrigues Pereira(1); Ana Isabel Brochado(1); David Prescott(1); Inês Branco Carvalho(1); Joana Maurício(1); António Martins Baptista(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Na prática clínica deparamo-nos frequentemente com doentes com intercorrências infeciosas, muitas vezes resultando em quadros de bacteriémia por vezes complexos.

Doente do sexo feminino, 87 anos, residente em lar. Encaminhada ao serviço de urgência por quadro de hematemeses e melenas. Realizou endoscopia digestiva alta com evidência de candidíase esofágica e úlceras de cameron. Cumpriu terapêutica com fluconazol e pantoprazol com melhoria. Paralelamente com elevação de parâmetros inflamatórios e quadro de retenção urinária, tendo sido algaliada, com saída de urina piúrica. Assumida infeção urinária, colheu hemoculturas (com isolamento de E. coli ESBL+ e K. pneumoniae ESBL+ ambas sensíveis apenas a meropenem) e urocultura (com isolamento de E.coli com sensibilidade intermédia ao meropenem). Cumpriu 14 dias de antibioterapia com meropenem, com melhoria clínica e analítica, após os quais iniciou novamente febre e subida de parâmetros inflamatórios, sem mais clínica focalizadora e com exames culturais negativos. Para esclarecimento do caso fez tomografia computorizada que revelou fratura antiga não consolidada do colo do fémur direito e duas coleções peri-articulares, uma hidroaérea e outra sugestiva de sinovite complicada por infeção. Foi submetida a lavagem cirúrgica e remocão da cabeça do fémur. Enviadas biópsias para exame bacteriológico, com isolamento de E. coli ESBL+ com o mesmo padrão de resistências das hemoculturas iniciais. Admitida focalização bacteriana periarticular, tendo iniciado novamente antibioterapia com meropenem. Ecocardiograma transtorácico sem evidência de vegetações. Posteriormente com desenvolvimento de toxidermia ao meropenem, pelo que foi realizado *switch* para ceftazidima/avibactam, com melhoria clínica e analítica.

Apesar de quadros de bacteriémias serem comuns, temos de estar alerta para a possibilidade de ocorrer focalização em localizações menos frequentes, com o subsequente desafio diagnóstico que situações como esta representam.

Nº 110 Candidíase hepática num doente não neutropénico – um caso clínico

Maria Carolina Carvalho(1); Micaela Caixeiro(1); Carolina Alves(1); Aurora Monteiro(1); Matilde Coimbra(1); Ana Bastos Furtado(1); Ricardo Paquete Oliveira(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A Candidíase hepático-esplénica está tipicamente associada a doentes neutropénicos com neoplasias hematológicas, e a sua ocorrência em doentes não neutropénicos é extremamente rara.

Apresentamos o caso de um homem de 48 anos, com história de asma corticodependente e bronquiectasias, internado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por um episódio de Mal Asmático. Durante o internamento na UCI, apresentou múltiplas intercorrências infecciosas, destacando-se um episódio de candidémia – foi medicado com caspofungina durante 2(1) dias, suspensa após hemoculturas de controlo negativas. Após a sua transferência para uma enfermaria de Medicina Interna (dois meses depois), iniciou um quadro de febre e citocolestase, e a avaliação imagiológica do abdómen por tomografia computorizada (TC) revelou múltiplas lesões nodulares hepáticas hipodensas. Tendo em conta o episódio prévio de candidémia, foi assumido o diagnóstico de Candidíase Hepática e reiniciada terapêutica anti-fúngica. Foi excluída focalização oftalmológica, cardíaca e vascular, e uma biópsia hepática confirmou o diagnóstico - com identificação de microabcessos neutrofílicos e teste PCR (*polymerase chain reaction*) positivo para *Candida albicans*. Apesar da melhoria clínica nos meses seguintes, em reavaliações imagiológicas subsequentes as lesões hepáticas mantinham-se sobreponíveis – e apesar da escassa evidência da duração óptima da terapêutica, esta deverá ser mantida até resolução dos achados imagiológicos. Após 7 meses de terapêutica, foi realizado uma tomografia por emissão de positrões (PET) com confirmação de lesões hepáticas activas. Actualmente, após mais de 2 anos de terapêutica, o doente mantém-se sob terapêutica por persistência da citocolestase e das lesões hepáticas.

Apesar de ser um diagnóstico raro em doentes não neutropénicos, a Candidíase hepática deve ser incluída no diagnóstico diferencial de abcessos hepáticos, especialmente na presença de factores de risco, destacando-se ainda a importância da exclusão de focalização após episódios de candidémia.

Nº 111 Um caso inesperado de ascite num adulto jovem

Vera Figueiredo(1); José Delgado Alves(1); João Fernandes Serôdio(1); Frederico Batista(1); Mónica Baptista Lopes(1); Helena Boavida(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A tuberculose peritoneal é uma apresentação infrequente no adulto jovem imunocompetente.

Caso Clínico Homem de 22 anos, sem história médica ou epidemiológica prévia relevante. Apresenta quadro com um mês de dor abdominal, febre, sudorese noturna, perda ponderal e distensão abdominal. À observação apresentava ascite ligeira-moderada, indolor a palpação. Analiticamente sem leucocitose mas linfopenia 0.4x109/L de e PCR (proteína C reativa) 23.45 mg/dL e serologia VIH (vírus da imunodeficiência humana) negativa. Ecograficamente confirma-se a presença ascite não pura e a paracentese diagnóstica foi compatível com exsudado linfocítico com gradiente sero-ascítico <1.(1) g/dL e adenosina deaminase elevada.

Os exames microbiológicos do liquido ascítico foram negativos e a citologia revelou

achados inespecificos. A TC (tomografia computorizada) tórax mostrou adenomegalias mediastínicas e hilares necrosadas e a TC abdominopélvica revelou ascite volumosa, espessamento peritoneal e áreas de densificação nodular do epiploon. O doente realizou laparoscopia exploradora que evidenciou ascite, mesenterite adesiva e lesões granulosas no peritoneu parietal e grande epíploon que foram biopsadas. Iniciou terapêutica tuberculostática com boa tolerância e melhoria clínica. As biopsias do peritoneu foram positivas para *Mycobacterium tuberculosis* por pesquisa PCR e Lowenstein e o exame patológico revelou serosa com granulomas necrosados com áreas de caseose.

Discussão: A tuberculose peritoneal é uma apresentação clínica infrequente no adulto sem história de imunossupressão. O diagnóstico desta entidade é desafiante tendo em conta a frustre especificidade da apresentação clínica e a baixa sensibilidade dos exames microbiológicos do líquido ascítico. O diagnóstico diferencial de serosite abdominal linfocítica inclui doenças linfoproliferativas e doenças imunomediadas. Ante a suspeita clínica de tuberculose, a biópsia dirigida a deve ser priorizada de forma a evitar atrasos no diagnóstico e instituição terapêutica.

Nº 112 Mucormicose rino-orbital – a gestão de um internamento complexo

Stanislav Tsisar(1); Marta Vieira(1); Sofia Ramos(1); Elizabete Brum de Sousa(2); Raquel Flores(3); Mariana Salvado de Morais(1); Rita Gameiro(1); Mário Rodrigues(1); Rita Prayce(1); Pedro Pires(1)

(1) Hospital de São José (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos (3) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

A mucormicose é uma infeção grave, de etiologia fúngica, que se manifestam em doentes imunocomprometidos, em particular nos doentes diabéticos. As mucormicoses rino-orbito-cerebral e a pulmonar são as mais comuns, de consequências devastadoras e mortalidade elevada.

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino de 20 anos, com história médica de diabetes mellitus tipo 1, com mau controlo metabólico e retinopatia diabética, admitido no hospital por quadro com 3 semanas de evolução de celulite orbito-facial com presumível ponto de partida em sinusite odontogénica, sem resposta à antibioterapia. À admissão apresentava ptose do olho esquerdo (OE) e visão turva, constatando-se úlceras necróticas no palato duro e fossas nasais. Imagiologicamente tinha sinusite crônica agudizada de múltiplos seios nasais, com afetação orbitária, excluindo-se afetação cerebral. Foi admitido quadro de mucormicose rino-orbital, posteriormente confirmada com isolamento de *Rhizopus arrhizus* em biópsia. Iniciou-se anfotericina B, a par com múltiplas necrosectomias e oxigênio hiperbárico. Internamento pautado por várias complicações infeciosas, com sobreinfeção dos seios por *P. aeruginosa* e choque séptico a *K. pneumoniae* com ponto de partida em cateter venoso central. Múltiplos episódios de cetoacidose diabética de difícil controlo. Apesar de posterior evolução clínica favorável, detetou-se persistência de hifas em nova biópsia, optando-se pela associação de isavuconazol. Face à extensão da doença considerou-se não haver subsequente indicação cirúrgica, tendo tido alta após estabilização. Em ambulatório, apresentou bom controlo metabólico e uma evolução favorável sob terapêutica médica ao fim de 4 meses de reavaliações periódicas.

Este caso demonstra a complexidade da gestão de um caso de mucormicose rino-orbital, cuja mortalidade pode atingir os 64%, num doente diabético cujo internamento foi pautado por várias intercorrências. Apesar da complexidade do caso, o papel da Medicina foi importante para a estabilização da infeção e articulação com outras especialidades, culminando num caso de infeção controlada, raro pelo seu sucesso.

Nº 113 Febre pós cirúrgica - a propósito de um caso clínico

João Poço Gonçalves(1); Mafalda Gouveia(1); António Fernandes(1); Anita Cunha(1); Fernando Lemos(1); Ana Catarina Carvoeiro(1); Miguel Costa(1); Alexandra Esteves(1); Diana Guerra(1); Carmélia Rodrigues(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital Santa Luzia

As síndromes pós-lesão cardíaca caracterizam-se pela inflamação imunomediada dos tecidos cardíacos após a sua lesão. A sua raridade e heterogeneidade tornam o diagnóstico difícil. O reconhecimento precoce é crucial para evitar complicações como aneurismas, fístulas, dissecção ou rutura das estruturas e eventos trombóticos.

Homem, 54 anos, submetido a plastia da válvula mitral por minitoracotomia. Pós-operatório imediato complicado com derrame pleural e pericárdico filiado em Síndrome de Dressler (SD). Cumpriu (1) mês de colchicina e ibuprofeno, com remissão completa da doença. No dia após o término da terapêutica, intercorrência infeciosa com pneumonia bilateral a COVID-19, tratada em internamento com corticóide com resolução das queixas respiratórias e apirexia sustentada. 10 dias após o 2º internamento, recrudescimento da febre e sintomas respiratórios, tendo sido medicado em ambulatório com 7 dias de ciprofloxacina. Apesar de apirexia inicial, recidiva da febre após 9 dias, com hipersudorese noturna, tosse seca de predomínio noturno, dispneia em repouso e mialgias. À admissão no internamento, com parâmetros inflamatórios elevados e derrame pleural e pericárdico ligeiros, sendo assumida recidiva de SD e iniciada colchicina. Apesar da terapêutica, ausência de melhoria analítica. Hemoculturas do 7º dia de internamento isolaram *Staphylococcus hominis* meticilino-resistente. O ecocardiograma transtorácico excluiu alterações valvulares, vegetações ou massas intracardíacas, tendo o PET-FDG revelado área de captação intensa na aorta ascendente. Assumida bacteriemia complicada com aortite infeciosa em doente com recidiva de SD, tendo cumprido 23 dias de vancomicina, tendo alta com linezolida até completar 4 semanas de tratamento. Consulta (1) ano após com doente assintomático, sem recidivas.

A aortite infeciosa é uma doença potencialmente fatal pelo risco de complicações locais e sistémicas graves, pelo que o rápido diagnóstico e instituição terapêutica é crucial. Tendo os síndromes pós-lesão cardíaca habitualmente curso benigno e resposta favorável à terapêutica instituída, reportamos este caso pela importância de evitar vieses de raciocínio clínico e considerar diagnósticos diferenciais na abordagem de doentes com doença refratária ou recidivante, com graves implicações prognósticas.

Nº 114 Febre de Origem Indeterminada – longo percurso até ao diagnóstico

Ângela Paredes Ferreira(1); Miguel Reis Costa(1); Marta Batoca Sousa(1); Nuno Pardal(1); Daniela Salgueiro(1); Ana Rita Oliveira(1); Irene Miranda(1); Diana Guerra(1)

(1) Centro Hospitalar Alto Minho - Viana do Castelo

Introdução: A febre de origem indeterminada (FOI) é um desafio para o internista. As 3 principais causas são infeciosas, neoplásicas ou auto-imunes, sendo que a mais frequente depende da área geográfica.

Caso Clínico: Homem, 59 anos, com doença hepática crónica (DHC) etiologia alcoólica e fumador. Admitido por anorexia, confusão e desorientação com (1) semana. Objectivamente desorientado e subfebril, com ligeiro aumento da proteína C-reativa. Excluída infeção urinária, respiratória e do sistema nervoso central. TC Cranioencefálico

e Tórax sem alterações de relevo; ecografia abdominal com estetatose hepática, esplenomegalia ligeira e ausência de ascite. Internado com possível encefalopatia de Wernicke. Iniciou dor abdominal, febre vespertina e descompensação da DHC com ascite de novo e encefalopatia hepática. TC abdominal com espessamento do peritoneu e ascite de novo. Líquido ascítico (LA) linfocítico e compatível com hipertensão portal. Citologia de LA negativa para malignidade e imunofenotipagem normal. Recusada biopsia peritoneal. Hemoculturas sempre negativas. Pesquisa de micobactérias (MB) no sangue e LA (2) negativas. Repetiu imagem torácica com pequeno derrame pleural à direita; liquido pleural (LP) com características de exsudado e, citológico, pesquisa de micobactérias e bacteriológico negativos. Por manter FOI, fez PET que captou em gânglios (gg) supraclavicular (SC), paratraqueal e infracarinal e na gordura mesentérica. Biópsia aspirativa de gg SC com população linfóide reativa inespecífica. Apesar de febre vespertina esporádica teve alta com culturais em curso. Reavaliado em consulta, mantendo febre habitual, dor abdominal difusa e de novo tosse produtiva. Culturas prévias negativas. Agora radiografia e TC de tórax com infiltrado micronodular mais nos lobos superiores. PCR das secreções brônquicas para *Mycobacterium tuberculosis* (Mt) positiva. Considerada Tuberculose Disseminada (TBD), iniciou antituberculosos com melhoria clínica.

Discussão: Este caso mostra a complexidade da marcha diagnóstica na FOI e a dificuldade de isolamento do Mt nos vários produtos. Apesar da elevada suspeição de TB peritoneal, não foi iniciado empiricamente tratamento pelo risco aumentado de hepatotoxicidade na DHC e dada a constante estabilidade clínica do doente.

Nº 115 CMV em imunocompetentes: uma infeção rara!

Carolina Maia Nogueira(1); Fábio Neves(1); Filipa Rodrigues(1); Maria João Vilela(1); Diana Lopes(1); André Santa Cruz(1); Cristina Ângela(1); Isabel Apolinário(1); Gonçalo Santos(1); Paula Ferreira(1); Ana Rita Matos(1); Sara Marques(1); Alexandre Carvalho(1)

(1) Hospital Braga

A colite por *Citomegalovírus* (CMV) é uma entidade habitualmente associada a estados de imunodepressão. Este vírus pertence à família dos *herpesvírus* que causa infeções latentes permanentes. Em indivíduos imunocompetentes são infeções benignas e geralmente, assintomáticas, mas, no caso de se tratar de um doente imunocomprometido podem reativar e causar doença sintomática.

Doente do sexo feminino de 63 anos, sem antecedentes relevantes. História de várias vindas ao serviço de urgência (SU) por sintomas gastrointestinais agudos medicada com antibioterapia e sem melhoria. Regressa por agravamento da mesma sintomatologia, com dejeções líquidas de 2 em 2 horas associadas a febre. Foi admitida no serviço de medicina interna por quadro de diarreia com disfunção renal e cardiovascular com necessidade transitória de suporte aminérgico. Realizou tomografia abdominopélvica que excluiu causa oclusiva mecânico, estudo microbiológico e parasitológico das fezes negativo, marcadores víricos negativos, incluindo pesquisa de HIV. Analiticamente a destacar hipoalbuminemia. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou hipertrofia das pregas gástricas a favor de doença de *Menetrier* habitualmente associada a infeção CMV. A pesquisa de CMV no sangue periférico foi positiva e as biópsias de úlceras colónicas revelaram presença de CMV por biologia molecular. Iniciou Ganciclovir. Após instituição da terapeutica com melhoria clínica sustentada com apirexia e resolução das queixas abdominais. Teve alta e foi encaminhada para seguimento em consulta de medicina interna.

Este caso é sobre uma doença que se costuma manifestar de forma frequente em doentes imunocomprometidos, sendo uma das suas principais causas de morbimortalidade. Porém, é pouco descrita pela literatura em doentes imunocompetentes. É um

diagnóstico diferencial raro que deve ser considerado em casos de colite que não respondem ao tratamento convencional.

Nº 116 Listeriose invasiva

Mariana Nunes(1); Daniela Bento(1); Sofia Perdigão(1); Natacha Mourão(1); Marta Bernardo(1); Anabela Santos(1); Nelson Barros(1); Francisco Esteves(1)

(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Introdução: A *listeria* é responsável por menos de 1% dos casos de infeções bacterianas transmitidas por alimentos. A gastroenterite por *L. monocytogenes* é um diagnóstico presuntivo baseado em manifestações clínicas e exposição presuntiva no contexto de um surto. É difícil estabelecer um diagnóstico definitivo na ausência de bacteremia, pela baixa sensibilidade das coproculturas na deteção de *Listeria.* A infeção invasiva como sequela da gastroenterite é rara; o risco é maior em doentes imunodeprimidos, gestantes ou idosos. O diagnóstico é estabelecido por hemoculturas e a mortalidade é alta.

Caso Clínico: Homem, 74 anos, antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardiaca, doença hepática crónica e doença renal crónica. Recorreu à Urgência por vómitos e diarreia com 4 dias de evolução e tosse com expetoração mucosa. Negou febre e outras queixas. Ao exame físico lenificado, descorado, apirético, hipotenso (TA: 74/55mmHg), Auscultação pulmonar com murmúrio diminuído a esquerda. Abdómen distendido e doloroso, com onda ascítica positiva. Do estudo analítico: gasometria com acidose metabólica com acidemia, lactato 0.8; hemograma com neutrófilia, sem leucocitose, Proteina C Reativa elevada; Ureia/Creat 336/4.9 mg/dL; Urina sem alterações. Rx torax: derrame pleural esquerdo e TAC abdominal - volumoso derrame peritoneal. Assumido choque séptico com ponto partida em gastroenterite e admissão nos cuidados intensivos para suporte de órgão com dialise continua e suporte aminérgico. Restante estudo: coproculturas negativas; hemoculturas isolaram listeria. Paracentese com critérios de peritonite bacteriana espontânea e isolamento bacteriológico de listeria. Toracocentese com critérios para exsudado e isolamento de listeria no líquido plural. Foi excluída tuberculose. Cumpriu 7 dias de Ceftriaxona e iniciou Ampicilina 2g 6/6h. Evolução clínica e analítica favorável com resolução das disfunções de órgão. Teve alta para enfermaria continuação de antibioterapia.

Discussão: Trata-se de um caso de listeriose invasiva num doente com múltiplas comorbilidades em choque séptico com necessidade de suporte de órgão. O isolamento de agente por hemoculturas permitiu tratamento dirigido, o que foi essencial na resolução deste choque por listeriose invasiva.

Nº 117 Manifestação inesperada na Doença Pneumocócica Invasiva

Stefano Dias Pinto(1); Ricardo Veiga(1); Mariana Quelhas(1); Catarina Santos(1); Sofia Valdoleiros(1); Lurdes Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: Na presença de bacteriemia por *S. pneumoniae*, podem ocorrer complicações como meningite, endocardite ou artrite1. Existem raros casos descritos de aortite e aneurisma infecioso, mais frequentemente em homens com doença vascular aterosclerótica2.

Caso Clinico: Homem de 53 anos, autónomo, fumador e com consumos etílicos.

Recorre ao Serviço de Urgência por quadro com 2 semanas de evolução de febre, tosse, cefaleias e confusão. Apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios (leucócitos 24170/uL; PCR 312 mg/L); TC CE com evidência de ventriculite; LCR compatível com meningite bacteriana aguda; TC TAP com consolidação pneumónica, espessamento das paredes da aorta infra-renal com densificação da gordura envolvente, síndrome de roubo completo da artéria subclávia esquerda e oclusão da artéria ilíaca comum esquerda. Iniciou-se antibioterapia de largo espectro, posteriormente dirigida (penicilina G) após isolamento S. pneumoniae (serotipo 8) multissensível nas hemoculturas e no LCR. ETE sem evidência de endocardite, mas a documentar aortite adicional da transição do arco aórtico para a aorta descendente. Apresentou negativação precoce das hemoculturas e resolução sintomática. No entanto, manteve agravamento da aortite nas reavaliações imagiológicas, com desenvolvimento de massa abdominal palpável e pulsátil. Realizou angioRM aórtica, que documentou aneurismas infeciosos da transição do arco aórtico para a aorta descendente e da aorta abdominal infrarrenal com abcesso periaórtico. Em reunião multidisciplinar com Cirurgia Vascular e Cardiotorácica, decidida estratégia cirúrgica em dois tempos para controlo dos focos infeciosos.

Discussão: A DIP é uma patologia com elevada mortalidade. Apesar da frequência de bacteriémica pneumocócica, o envolvimento vascular é raro3. O diagnóstico de aortite infeciosa deve ser considerado em doentes com febre, sinais ou sintomas abdominais e fatores de risco. O tratamento geralmente requer controlo cirúrgico e antibioterapia prolongada.

Nº 118 Um caso atípico de tuberculose disseminada

Patrícia Neves(1); Sofia Almeida(1); Hugo Miguel Miranda(1); Catarina Mendonça(1); Teresa Sequeira(1); Paulo Paiva(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Introdução: A tuberculose disseminada caracteriza-se pelo atingimento de duas ou mais estruturas não contíguas, que resultam de disseminação hematogénica. É uma condição potencialmente ameaçadora de vida e o seu diagnóstico é desafiante, atendendo à sintomatologia inespecífica e insidiosa.

A sua incidência é baixa, estimando-se que represente menos de 2% dos casos de tuberculose.

Caso Clínico: Homem, 86 anos, contexto de adenocarcinoma do cólon direito intervencionado, em vigilância. Admitido por astenia e perda de peso não quantificada. Desde a admissão com estado inflamatório sistémico, sem foco identificado. Tomografia computorizada (TC) torácica inicial a revelar lesão nodular na crossa da aorta com periaortite e derrame pericárdico. Ecocardiograma a confirmar pericardite, com folhetos pericárdicos espessados. Instituído corticóide em dose terapêutica.

Realizada TC toracoabdominopélvica para pesquisa de outras alterações, a revelar derrame pleural bilateral de novo, adenopatias peri-hilares, mediastínicas e peri-anastomose a nível do hipocôndrio direito. Descrita lesão previamente identificada com centro liquefeito.

Ecocardiograma com alterações sugestivas de evolução para pericardite constritiva. Líquido pleural com critérios de exsudado, predomínio linfocítico e adenosina desaminase (ADA) elevada. Pesquisa de Mycobacterium tuberculosis no líquido pleural negativa por biologia molecular.

Perante evolução rápida e forte suspeita diagnóstica de tuberculose disseminada, instituída terapêutica anti-bacilar.

Evolução com descida marcada dos parâmetros inflamatórios e melhoria clínica. TC de controlo às 2 semanas de tratamento a confirmar redução do tamanho das adenopatias,

derrame pleural e pericárdico.

Posterior confirmação diagnóstica com isolamento de Mycobacterium tuberculosis complex no líquido pleural.

Conclusão: Apresentamos um caso atípico de apresentação de tuberculose disseminada, com diagnóstico quase incidental. A sintomatologia altamente inespecífica e subtil, em doentes imunocompetentes, constitui um importante fator de risco para o atraso ou erro diagnóstico.

Nº 119 Doença pneumocócica invasiva – a propósito de um caso clínico

Sofia Ferreira Cunha(1); José Sousa(1); Lourenço Cruz(1); Sofia Eusébio(1); Raquel Soares(1); Pedro Fiúza(1); André Conchinha(1); Maria Cristina Fialho(1); Ana Teresa Ferreira(1); Ana Patrícia Cachado(1); Teresa Garcia(1); António Mário Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: A doença pneumocócica invasiva corresponde a uma infeção confirmada a *Streptococcus pneumoniae* com isolamento em hemocultura e com envolvimento de vários órgãos, com ou sem envolvimento pulmonar.

Caco clínico: Doente do sexo masculino, de 50 anos. História médica de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia. Recorre ao Serviço de Urgência por febre e dispneia. À observação descrito como cansado, taquicárdico, cianosado com saturação de periférica de oxigénio de 76%. À auscultação pulmonar com murmúrio vesicular abolido na base esquerda. Gasimetricamente em ar ambiente com acidemia metabólica, hiperlactacidémia e hipoxemia grave. Analiticamente com lesão renal aguda KDIGO 2, com PCR 530 mg/L e procalcitonina de 28 ng/mL. Foram colhidos exames culturais e iniciada antibioterapia empírica. Assumido choque séptico de ponto de partida respiratório, necessidade de entubação orotraqueal para ventilação mecânica invasiva e admissão em unidade de cuidados intensivos. Durante o internamento, documentado derrame pericárdico a condicionar choque obstrutivo pelo que foi realizada pericardiocentese emergente com drenagem de líquido purulento. Isolado em hemocultura *Streptococcus pneumoniae* e descrição de diplococos gram positivo no líquido pericárdico. Documentado ainda empiema à esquerda, após cerca de 2(1) dias de antibioterapia dirigida. Para controlo de foco infecioso realizada descorticação pleuro-pulmonar esquerda e exploração pericárdica. Após cirurgia, do ponto de vista infecioso evoluiu favoravelmente. De referir ainda quadro de insuficiência cardíaca em provável contexto de derrame pericárdico que se mantinha à data de alta. Em consulta de reavaliação aos (1) e 6 meses com resolução completa do quadro de insuficiência cardíaca.

Discussão: A doença pneumocócica invasiva é uma entidade clínica grave com possível focalização em vários órgãos o que dificulta o controlo de foco infecioso. Ainda assim, tornou-se uma entidade menos frequente dada a vacinação para o *Streptococcus pneumoniae*.

Nº 120 Doença de Bornholm - um diagnóstico histórico

Nuno Pardal(1); Ângela Paredes Ferreira(1); Ana Rita Oliveira(1); Daniela Penteado Salgueiro(1); Marta Batoca Sousa(1); Miguel Reis Costa(1); Rita Vilar da Mota(1); Luís Pontes Santos(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: A doença de Bornholm, também conhecida como pleurodinia epidémica, é uma manifestação rara de uma infecção vírica, principalmente Coxsackievirus do grupo B ou Echovirus. O diagnóstico é clínico, com episódios de dor torácica intensa de características pleuríticas, por vezes com manifestação de dor abdominal/ dorsal, febre, odinofagia ou queixas gastrointestinais. Pode manifestar-se com pericardite concomitante. Imagiologicamente pode apresentar espessamento pleural ou consolidação.

Caso Clínico: Homem de 3(1) anos, fumador de 20 UMA, recorreu ao serviço de urgência (SU) por toracalgia anterior esquerda com intensidade 9 em 10, de características pleuríticas com uma hora de evolução, sem fator desencadeante e sem irradiação. Negava febre, dispneia ou quadro recente de síndrome viral aguda. Objetivamente normotenso, desconfortável pela dor, taquipneico e com temperatura 37.8ºC. ECG com taquicardia sinusal e elevação difusa de ST. Marcadores de necrose miocárdica seriados sem elevação. PCR de 3.13mg/dL, leucocitose 12.06x10^9/L, sem outras alterações analíticas. No SU, melhoria da dor com anti-inflamatório; ECG sem dor sobreponível ao inicial e ecoscopia cardíaca sem alterações; TC tórax com evidência de atelectasias laminares, bandas parenquimatosas e espessamento pleural discreto sem derrame pleural, compatível com Doença de Bornholm. Do estudo realizado auto-imunidade sem alterações, serologia positiva (IgG e IgM) para Coxsackie do grupo B. Medicado com ibuprofeno com desmame durante (1) mês e colchicina durante 3 meses com resolução da dor pleurítica. Controlo imagiológico com TC tórax aos 4 meses com remissão imagiológica completa.

Discussão: Apresenta-se o caso pela raridade desta patologia possivelmente subvalorizada pela sua apresentação mimetizadora, em particular associada a pericardite. Apesar da escassez de casos descritos de doença de Bornholm, esta é uma entidade que deve ser considerada na abordagem da toracalgia após excluir causas emergentes.

Nº 121 Infeção SARS-CoV-2 persistente/recorrente em doente imunocomprometido sob anti-CD20

Tiago Vasconcelos(1); Matilde Couto(2); André Silva(2); Ludgero Vasconcelos(2)

(1) Hospital Portimao (2) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: Até outubro de 2022, em todo mundo, houve mais de 500 milhões de infeções e mais de 6 milhões de morte conhecidas resultantes do SARS-CoV-2. Os doentes imunocomprometidos, por doença ou fármacos, têm um risco acrescido de desenvolver síndrome respiratória aguda severa pelo coronavírus 2.

Caso Clínico: Apresentamos um caso clínico de um doente de 68 anos, com história prévia de linfoma não-Hodgkin que realizou tratamento com anti-CD20 (bendamustina e rituximab). No decorrer da terapêutica imunossupressora foi vacinado (com a 1ª e 2ª doses vacinais) e teve dois internamentos por COVID-19 (ao longo de um período de cerca de 3 semanas), muito similares em termos de apresentação e evolução clínica, evidenciando, após instituição de terapêutica antibiótica, antiviral e corticoterapia, febre com elevação dos parâmetros inflamatórios. Neste doente foi documentado défice de imunidade humoral, mesmo após vacinação e primeira infeção SARS-CoV-2. Tendo em conta

este aspeto foi utilizada terapêutica com imunoglobulina normal humana, que possibilitou o desenvolvimento de memória humoral e resolução completa da infeção.

Discussão: Os doentes imunocomprometidos a realizar terapêutica com anti-CD20, segundo a literatura atual, têm uma maior susceptibilidade a patologias infecciosas. Este caso clínico em específico traduz as numerosas dificuldades que decorrem da falta de evidencia e experiência, o que dificulta significativamente o processo de tomada de decisões em doentes imunocomprometidos com infeção SARS-CoV-2 concomitante. Apesar da falta de evidência, há casos isolados em que a imunoglobulina normal humana (IgHN) poderá ser uma escolha terapêutica eficaz em pacientes tratados com anti-CD20.

Nº 122 Sida e COVID-19 de evolução prolongada, uma realidade?

Raquel Diogo(1); Fátima Gonçalves(1); Maria Ribeiro da Cunha(1); Andreia Salgadinho Machado(2); António Moreno Marques(1); Inês Matias Lopes(1); Margarida Guiomar(1); Fábia Cerqueira(1); Ana Castro Barbosa(1); Ana Rita Ferreira(1); Robert Badura(1); António Pais Lacerda(1); Álvaro Ayres Pereira(1); Francisco Santos Cunha(1); Tiago Marques(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

A COVID-19 tornou-se numa pandemia mundial. Estudos sugerem que doentes coinfetados VIH/SARS-CoV-2 têm pior prognóstico, especialmente se imunossuprimidos.

Apresentamos um caso clínico de um doente coinfetado e com COVID-19 de evolução prolongada, por existirem poucos casos descritos na literatura.

Homem de 33 anos, autónomo, natural do Brasil, a residir em Portugal, sem antecedentes conhecidos.

Admitido por queda da própria altura com traumatismo cranioencefálico ligeiro após tontura, perda de 20kg em 5 meses e tosse há 3 meses.

À observação apresentava-se sonolento, hipontenso e com dessaturação periférica. Analiticamente com anemia Hb 6.9g/dL, elevação ligeira da PCR 2.5mg/dL e serologia VIH-(1) positiva. Gasimetricamente com insuficiência respiratória parcial (pO2 58 mmHg). AngioTC com áreas de densificação/condensação parenquimatosa, incluindo zonas em vidro despolido, opacidades irregulares e zonas de nodulação mal definida, sugestivo de processo inflamatório bilateralmente. Teste RT-PCR SARS-CoV-2 positivo e antigenúria pneumococo positiva.

Fez-se o diagnóstico inaugural de infeção VIH-(1) estádio CDC 3 (linfócitos TCD4 13 cel/mL (7%), RNA > 10.000.000/ml, HLAB57*0(1) negativo, sem resistências). Iniciou terapêutica com ABC/3TC/DTG.

Quanto à pneumonia SARS-CoV-2 com sobreinfeção bacteriana, cumpriu antibioterapia, mas inicialmente com evolução desfavorável e necessidade de terapia de alto fluxo. Reavaliação por TC com pneumonia organizativa. Após corticoterapia e remdesivir, verificou-se melhoria e redução do aporte. Por hipogamaglobulinémia fez imunoglobulina para resposta imunológica eficaz. Por persistência de insuficiência respiratória e virémia de SARS-CoV-2 (1400 cps), fez novo curso de remdesivir e corticoterapia, com boa evolução e suspensão de oxigenoterapia.

Diagnosticou-se também infeção por CMV, tendo ganciclovir com descida da virémia, e giardíase intestinal, tendo feito metronidazol.

Com a TARv, verificou-se franca redução da carga viral e discreto aumento dos linfócitos TCD4.

Assim, admite-se que doentes imunossuprimidos possam ter persistência da replicação viral e consequentemente lesão pulmonar prolongada. Por isso, talvez seja necessário

fazer mais do que um ciclo de antiviral e terapêutica imunossupressora.

Nº 123 Síndrome febril prolongado – Um caso de Replicação crónica de SARS-CoV-2

Filipe Pimenta Ribeiro(1); Bruno Sequeira Campos(1); Sandra Catarina Cunha(1); Adriana Da Fonseca Vazao(1); Ana Catarina Domingues(1); Margarida Cerqueira(1); Tiago Seco(1); Renato Saraiva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: Doentes sob terapêutica de manutenção com Anti-CD20 no contexto de neoplasias hematológicas começaram agora a ser descritos na literatura como particularmente suscetíveis a infeções virais recorrentes ou recidivas por SARS-CoV-2. No entanto os casos reportados são raros e portanto a evidencia no uso de certos tratamentos para esta condição é muito escassa.

Caso Clinico: Mulher, 6(1) anos, com história de linfoma folicular sem recidiva há cerca de 2 anos que cumpria terapêutica de manutenção com rituximab.

Recorre ao Serviço de urgência por astenia e febre com 3 semanas de evolução, sem padrão específico. O início de clinica coincidiu com o diagnóstico de infeção por SARS-CoV-2, doença ligeira. Sem outra clinica focalizadora ou alterações relevantes nos exames de admissão, foi internada para estudo de síndrome febril de origem indeterminada. Após extenso estudo, onde se excluiu etiologia neoplásica, autoimune e infeciosa, foi assumido, por exclusão, o diagnóstico de possível replicação cronica por SARS-CoV-2 em doente com 0% de linfócitos B na imunofenotipagem de sangue periférico (IF-SP). Após cumprimento de 5 dias de remdesivir e corticorterapia, teve alta assintomática.

Terminado o desmame de corticoterapia, retomou febre e foi reinternada, um mês mais tarde, assumida nova recidiva por SARS-CoV-2. Desta vez na enfermaria, repetiu perfusão de remdesivir durante 10 dias e fez 5 dias de nirmatrelvir/ritonavir com boa evolução clinica e analítica, mas mantendo 0% de linfócitos B na IF-SP. Teve novamente alta, assintomática e com reavaliação por TC tórax praticamente sem alterações estruturais.

Foi orientada à consulta a aguardar plasma de convalescentes. Regressou uma semana depois com nova recidiva sob a forma de infeção grave, acabando por falecer.

Conclusão: Num doente imunodeprimido por Anti-CD20 e que tenha tido infeção por SARS-CoV-2, deverá ter-se em conta a possibilidade de desenvolvimento de um estadio diagnóstico de replicação crónica de SARS-CoV-2.

Nº 124 Estrongiloidíase - o despertar pelo corticóide

José Fragoso Duro(1); Leonor Ruivo(1); Nina Jancar(1); Gonçalo Peres(1); Cláudia Andrade(1); Tiago Marques(1); Narcisa Fatela(1); Mariana Lessa Simões(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A infecção assintomática por *Strongyloides stercoralis* é muito prevalente, principalmente nos trópicos e subtrópicos. Apresenta-se um caso de manifestação clínica grave de estrongiloidíase associada a corticoterapia prolongada.

Caso clínico: Homem, 7(1) anos, natural de S. Tomé, em Portugal há vários anos. Antecedentes de diabetes tipo 2 e internamento meses antes por pneumonite organizativa, tendo alta sob corticoterapia. O doente foi internado por síncope, apurando-se causa vaso-vagal. Em internamento, intercorrência de dor epigástrica, enfartamento pós-prandial,

com progressiva regurgitação e recusa alimentar. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) inconclusiva por presença de abundante conteúdo alimentar e bilioso, sugestivo de atraso do esvaziamento gástrico, e tomografia abdominal, que excluiu obstrução intestinal. Realizou nova EDA identificando mucosa gástrica atrófica e hiperemiada, e mucosa duodenal hiperemiada com atrofia das vilosidades. Laboratorialmente, eosinofilia e elevação da IgE sérica. A biópsia duodenal revelou infiltrado inflamatório com eosinófilos e presença de microrganismos sugestivos de *S. stercoralis*, pelo que iniciou albendazol e ivermectina *per os*. Evolução desfavorável, com progressão para *ileus* e surgimento de melenas, com necessidade de suporte transfusional e vasopressor; nova EDA revelou úlceras duodenais anfractuosas com hemorragia activa, submetida a terapêutica endoscópica. Dado ausência de via entérica, realizou ivermectina subcutânea, com progressiva melhoria clínica. Análise do aspirado gástrico confirmou presença de *S. stercoralis*.

Discussão: A infecção por *S. stercoralis* é habitualmente assintomática; a expressão clínica é comum em doentes imunodeprimidos, podendo cursar com elevada gravidade, através dos fenómenos de hiperinfecção (aceleração do ciclo parasitário intestino-pulmão) e infecção disseminada (envolvimento de outros órgãos e sistemas), causando síndromes de má-absorção, obstrução intestinal, *ileus*, hemorragia digestiva, pneumonia grave ou hemoptises. No presente caso, a expressão clínica da doença ocorreu num doente natural de região subtropical, provável portador, sob corticoterapia prolongada.

Nº 125 Tuberculose e Aspergilose de mãos dadas

João Vieira Afonso(1); Mafalda Maria Santos(1); Joana Castro Vieira(1); Manuel Xavier(1); Mariana Magalhães(1); Nuno Oliveira(1); Mariana Leão(1); Ana Lúcia Rosário(1); Gonçalo Carvalho(1); Ana Filipa Rodrigues(1)

(1) Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Introdução: A Tuberculose continua a ser prevalente em Portugal. 50% dos doentes infetados desenvolve a doença nos primeiros 2-3 anos. Deve-se suspeitar em doentes com tosse com duração>2-3 semanas, linfadenopatias, febre sudorese noturna e perda ponderal e com contexto epidemiológico.

Caso Clínico: Homem, 59 anos, pescador, seguido na consulta por Hepatite C, tratada com sucesso. Outros antecedentes incluíam HTA, Diabetes Mellitus tipo 2, DPOC tabágica e hábitos toxicofílicos (em remissão há 30 anos).

Vem com queixas de dorsalgia com 2 meses de evolução. Negava trauma, alterações urinárias e gastrointestinais. Concomitantemente refere episódios de tosse esporádica com alguma expetoração, que associava ao tabaco. Negava dispneia, hemoptise, perda de ponderal, febre ou sudorese noturna.

Ao exame físico, hemodinamicamente estável com saturações adequadas, ligeiramente sarcopénico. Auscultação cardiopulmonar sem relevo. Sem adenopatias. À inspeção do dorso sem alterações anatómicas, palpação vertebral e muscular indolor. Exame neurológico exemplar. Analiticamente sem alterações, serologia HIV negativa.

TC coluna sem lesões. TC tórax com "lesão cavitada >4cm em lobo superior direito com aparente conteúdo - Aspergillus?".

Refere posteriormente que filho havia sido diagnosticado no ano anterior com Tuberculose.

Broncofibroscopia com secreções abundantes, sem outras alterações, tendo sido colhidas amostras para estudo microbiológico e neoplásico, com positividade para Mycobacterium Tuberculosis e Antigénio Galactomannan, assumindo-se Tuberculose e Aspergilose, iniciando tratamento dirigido.

Discussão: A aspergilose associa-se a Tuberculose, asma sob corticoterapia, neoplasia de pulmão, DPOC e sarcoidose. As lesões cavitadas ≥2 cm têm 20% de probabilidade de desenvolver aspergilose, que se carateriza por perda ponderal, tosse produtiva,

hemoptise, fadiga, dor pleurítica e dispneia. No entanto alguns doentes são assintomáticos, especialmente aqueles com aspergilomas únicos.

Nº 126 Doença invasiva a Listeria monocytogenes – Pneumonia e Endocardite Infecciosa

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); Claúdia Perez(1); Amanda Hirschfeld(1); Sérgio Cabaço(1); Wendy Moniz(1); André Valente(1); Ana Gonçalves(1); Ana Margarida Serrano(1); Conceição Loureiro(1)

(1) MEDICINA II - CHLC - HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS

Introdução: Infeções bacterianas causadas por *Listeria monocytogenes* (LM) são raramente observadas na rotina clínica. Os sintomas variam de inespecíficos a formas graves e sépticas da doença com envolvimento cardíaco, pulmonar, abdominal ou ósseo.

Caso clínico: Sexo masculino, 69 anos com antecedentes de Linfoma Hodgkin estadio IVB em dia 9 do 2º ciclo de quimioterapia. Avaliado por quadro com 3 dias de evolução de febre, tosse, farfalheira, dispneia para mínimos esforços e dessaturação periférica. À auscultação pulmonar com murmúrio diminuído em ambas as bases. Analiticamente com neutropenia. Gasimetria arterial com insuficiência respiratória tipo II e hiperlactacidemia. AngioTC a excluir tromboembolismo pulmonar, com infiltrado peribroncovascular extenso, central, bilateral de predomínio direito e derrame pleural esquerdo. Realizada toracocentese evacuadora com melhoria sintomática. Colhidos exames culturais.

Internado por neutropenia febril em doente imunodeprimido com Pneumonia direita. Iniciada terapêutica empírica com Piperacilina/Tazobactam e filgastrim. Ao 2º dia de internamento com isolamento em HCs de Listeria Monocytogenes com switch de antibioterapia para Ampicilina + Gentamicina.

Para exclusão de envolvimento do sistema nervoso central realizou TCCE e posteriormente RM CE a revelar leucoencefalopatia microangiopática crónica. Punção lombar inocente.

Ao exame objetivo a reportar sopro de novo, holossistólico, audível em todo o pré-cordio III/VI (+ foco mitral). Ecocardiograma Transtorácico a reportar imagem ecogénica filiforme a nível da face auricular da válvula mitral. Ecocardiograma Transesofágico não tolerado por dessaturação. Nesse contexto, assumida Endocardite Infecciosa a L.Monocytogenes tendo cumprido 4semanas de antibioterapia após negativação de HCs.

Discussão: As infeções pulmonares a LM em adultos são raras. Apesar de na maioria das vezes ser difícil de identificar, a pneumonia a Listeria deve sempre ser considerada em pacientes imunocomprometidos com febre e sintomas do trato respiratório inferior. De igual modo, a Endocardite Infecciosa a L. monocytogenes é uma complicação rara, mas implica uma grande mortalidade sendo a identificação imediata do processo infeccioso é fundamental.

Nº 127 Paraplegia Tireoideia

João Faustino(1); Raquel Vieira(1); Eva Brandão(2); Cláudia Rosado(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

Introdução: A paraplegia em doentes neoplásicos quase sempre se associa a metastização da medula espinhal, contudo também pode estar associada a sindromes paraneoplásicos. Mielite é uma manifestação paraneoplásica rara de uma neoplasia e é mais comum em neoplasis do pulmão e linfoproliferativas, apesar de haver descrição da ocorrência em sarcomas, neoplasia da mama, esofago, estômago, tireóide, ovários e fígado.

Case Report: Apresenta-se um homem, caucasiano, 62 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia e hiperplasia benigna da próstata. Medicado com antidiabético oral e anti-hipertensor. Recorre ao serviço de urgência por lombalgia com 2 semanas de evolução com paraplegia dos membros inferiores, parestesia pelo nível D12 anestesia dos esfíncteres com retenção urinária. Realizou punção lombar com liquor inocente e ressonância magnética (RM) lombossagrada sem contraste que evidenciou inflamação do cordão medular de C5 ao cone medular. Iniciado empiricamente Ceftriaxone + Ampicilina e ciclo de Metilprednisolona 1g 5 dias seguido de desmame com Prednisolona. Anticorpos onconeuronais, anti-MOG, anti-Aquiporina 4 e bandas oligclonais negativos no liquor. Realizou estudo de neoplasia primaria oculta positivo apenas em PET scan para nodulo tireoideu hipercaptante cuja anatomo-patologia, após biópsia, revelou carcinoma papilar da tireoide. Com medidas instituídas houve melhoria clinica e imagiológica na RM neuroeixo de reavaliação. Resolução de sintomas neurológicos apos excisão completa de neoplasia.

Conclusão: Mielite paraneoplásica é rara e pode-se apresentar antes da deteção da neoplasia. Carcinoma da tireoide consta das neoplasias menos comuns a condicionar esta etiologia, daí a relevância da exposição deste caso

Nº 128 Um desafio diagnóstico: cancro do pâncreas e esclerodermia

Filipa Ribeiro Verdasca(1); Inês Guerreiro(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Mulher, 46 anos. Antecedentes de esclerodermia com padrão CREST, discinesia gastro-intestinal e estenose esofágica.

Recorreu ao serviço de urgência por astenia com 3 semanas de evolução, associada a icterícia. Apresentava citocolestase marcada. Ecografia abdominal identificou dilatação das vias biliares intra e extra-hepática, via biliar principal mede de calibre máximo 14 mm, cabeça e corpo do pâncreas sem alterações. Foi submetida a CPRE que demonstrou a VBP com estenose no segmento distal (intra-pancreático) e marcada ectasia a montante. VBIH parcialmente opacificadas.

Realizou-se ecografia trans-endoscópica para a VBP, fez-se citologia da estenose (negativa para células neoplásicas) e colocou-se prótese biliar plástica. Foi repetido TC que revelou metastização pulmonar múltipla, processo uncinado do pâncreas com lesão hipocaptante, já estudada por RM e descrita como IPMN.

Completou-se o estudo com eco-endoscopia. Na região cefálica/uncinado identificou-se uma lesão hipoecóide, heterogénea, de limites irregulares mas bem definidos. Parênquima pancreático adjacente à VBP (segmento intra-pancreático) com ecogenicidade diminuída mas sem definição de lesão. Efectuou-se, por via transduodenal, punção

aspirativa com agulha fina (Citologia atípica-epitélio ductal com discreta atipia e transformação mucinosa.)

Foi submetida a gastroduodenopancreatectomia cefálica com resseção segmentar da veia mesentérica por lesão neoformativa da cabeça do pâncreas. Histologia compatível com adenocarcinoma ductal do pâncreas moderadamente diferenciado.

Os doentes com esclerodermia têm risco aumentado de cancro. São necessários mais estudos para testar o valor do rastreio de cancro em doentes com esclerodermia. Este caso ilustra a complexidade do diagnóstico diferencial de icterícia obstrutiva e a importância da multidisciplinaridade.

Nº 129 Duas entidades pouco frequentes, coincidência?

Sofia Ramalho(1); Inês de Sousa Miranda(2); Marta Monteiro(2); Raquel Domingos(2)

(1) Fundação Champalimaud (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A trombose esplâncnica é uma entidade rara. Em 20% dos casos associa-se à presença de neoplasia, conhecida ou oculta, sendo o local mais frequente de trombose a veia porta. Os tumores neuroendócrinos do pâncreas são raros, correspondendo a cerca de (1) a 3% das neoplasias do pâncreas. São habitualmente indolentes, e a sua maioria, cerca de 60%, não secretores. Raramente os tumores neuroendócrinos se apresentam sob a forma de trombose venosa esplâncnica.

Caso clínico: Mulher, 84 anos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 não-insulinotratada, dirige-se ao serviço de urgência por epigastralgia de agravamento pós-prandial com (1) mês de evolução. À observação estava hemodinamicamente estável, apirética, com defesa à palpação abdominal. Analiticamente com hiperglicémia e hiperlipasémia, sem aumento dos parâmetros inflamatórios. Foi diagnosticada pancreatite aguda e diabetes mellitus descompensada. No estudo etiológico identificado nódulo pancreático suspeito e extensa trombose da veia porta, confluente esplenomeseraico, esplénica e mesentérica superior, achados posteriormente confirmados por ecoendoscopia com biópsia do nódulo. O resultado histopatológico revelou tumor neuroendócrino G2. A doente foi discutida em reunião multidisciplinar e foi encaminhada para consulta de endocrinologia para completar estudo e teve alta com insulinoterapia e anticoagulação parentérica.

Discussão: Esta doente retrata um caso de trombose paraneoplásica, em localizações pouco frequentes, associada a uma neoplasia também ela pouco frequente, sendo raro encontrarmos ambas no mesmo doente. Dado o prognóstico mais favorável desta neoplasia é crucial o tratamento da trombose de forma a prevenir hipertensão portal, com consequente ascite e varizes esofágicas com risco de hemorragia gastrointestinal, aumentando a morbilidade e mortalidade destes doentes.

Nº 130 Icterícia maligna - a propósito de uma causa rara

Sofia Ramalho(1); Marta Monteiro(2); Inês de Sousa Miranda(2)

(1) Fundação Champalimaud (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: O carcinoma da ampola de Vater representa cerca de 0.2% de todas as neoplasias gastrointestinais e corresponde a aproximadamente 20% dos tumores periampulares. Sintomaticamente apresenta-se com icterícia, diarreia, esteatorreia e

hemorragia digestiva com melenas, sendo habitualmente diagnosticado em fases precoces da doença.

Caso clínico: Sexo feminino, 76 anos. Dirige-se ao serviço de urgência por quadro com 2 meses de evolução de colúria, prurido, náuseas, anorexia e perda ponderal de 7kg. À admissão estava subfebril, ictérica, com dor à palpação profunda do hipocôndrio direito. Analiticamente com leucocitose, hiperbilirrubinémia conjugada, e aumento de parâmetros de citocolestase. Realizou uma ecografia com evidência de ectasia das vias biliares intra-hepáticas e via biliar principal até à região peri-ampular, onde se observava uma transição abrupta, com presença de microlitíase. Assumiu-se coledocolitíase, pelo que realizou CPRE que revelou uma lesão vegetante ao nível da papila com 25-30mm de maior eixo, e foi colocada prótese biliar plástica. Realizou posteriormente ecoendoscopia que excluiu invasão intraductal. 2 meses após o diagnóstico realiza eletivamente ampulectomia com evidência de invasão intraductal extensa não ressecável endoscopicamente. Histopatologicamente tratava-se de um adenoma da ampola de Vater com padrão tubulo-viloso e foco diminuto de displasia de alto grau. 6 meses após a ida ao serviço de urgência realiza uma duodenopancreatectomia, com resultado de adenocarcinoma moderadamente diferenciado da região da ampola de Vater pT2N(1) (afeção de 3 gânglios linfáticos) M0.

Discussão: A icterícia obstrutiva maligna é frequentemente causada por tumores da via biliar, como o colangiocarcinoma, ou tumores da cabeça do pâncreas. Mais raramente é causada por tumores periampulares, sendo o carcinoma da ampola de Vater uma entidade pouco frequente.

Nº 131 Longe da vista, fora do pensamento

Inês Sousa Quinteiro(1); Maria João Barbosa(1); André Rebelo Matos(1); Rita Gameiro(1); Luísa Azevedo(1); Fátima Lampreia(1)

(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Introdução: O melanoma com tumor primário oculto perfaz 3% de todos os melanomas e é definido como metástase confirmada histologicamente, sem identificação da lesão primária.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 48 anos, com história familiar de neoplasia do pulmão, que recorreu à urgência por cansaço, calafrio, tosse e dor pleurítica, tendo 2 vindas prévias recentes por queixas álgicas. Apresentava dificuldade em terminar frases, SpO2 90% em ar ambiente e murmúrio vesicular rude, com roncos e fervores dispersos. Da avaliação complementar, destacava-se insuficiência respiratória parcial, aumento dos parâmetros inflamatórios, D-dímeros aumentados e LDH elevada, sendo detetado Coronavírus 63. Realizou AngioTC torácica que excluiu tromboembolismo pulmonar, mas identificou obstrução do segmento distal do brônquio pulmonar esquerdo e múltiplas lesões osteolíticas. Internada para investigação e otimização terapêutica. Durante o internamento, foi necessário ajuste progressivo de terapêutica analgésica e correção de hipercalcémia com pamidronato. Do estudo, destacam-se serologias virais negativas, proteinograma normal, CA 125 aumentado; broncofibroscopia sem sinais de neoplasia; TC abdominopélvica com sinais de metastização óssea disseminada do esqueleto axial, lesões nodulares confluentes dos segmentos hepáticos V e VIII compatíveis com depósitos secundários; mama esquerda com formação nodular anecogénica com BIRADS 4D; RM-CE com infiltração secundária óssea difusa. Realizou biópsias de nódulo hepático e nódulo mamário com identificação de carcinoma com padrão epitelial, com SOX10 positivo e TFE3 negativo, assumindo-se diagnóstico de melanoma. Mantém seguimento em Oncologia e Medicina Paliativa, tendo repetido bifosfonato.

Discussão: Este caso reforça a importância de uma marcha diagnóstica sistematizada na investigação de neoplasia oculta, não se devendo esquecer a hipótese de melanoma, mesmo na ausência de lesão cutânea.

Nº 132 Sarcoma de Ewing de localização invulgar

Ana Castro Barbosa(1); António Moreno Marques(1); Raquel Diogo(1); Fábia Cerqueira(1); Margarida Guiomar(1); Inês Matias Lopes(1); Ana Rita Ferreira(1); António Pais Lacerda(1); Francisco Santos Cunha(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: O Sarcoma de Ewing (SE) é a segunda neoplasia primária óssea mais comum em adolescentes e adultos jovens com idade média de 15 anos. Normalmente ocorre nos ossos longos e na pelve. O envolvimento primário da coluna vertebral é raro (cerca de 5%).

Caso clínico: Homem, 4(1) anos, sem antecedentes de relevo, recorre ao serviço de urgência por quadro com cerca de 3 meses de evolução de lombociatalgia à direita numa fase inicial com agravamento progressivo para ciatalgia bilateral. Concomitantemente com diminuição da força muscular bilateralmente associado a parestesias. Ao exame objetivo, encontrava-se hemodinamicamente estável, apirético, com dor no membro inferior direito com lasegue positivo; diminuição da força na flexão e dorsiflexão do pé direito e flexão do pé esquerdo; reflexos aquilianos ausentes; reflexo rotuliano à direita menos amplo; hipoestesia em território de S(1) à direita, sem alterações da sensibilidade no períneo. Sem achado analíticos de relevo. TC e RMN da coluna lombar com volumosa lesão expansiva com a componente intracanalar da lesão a ocupar toda a circunferência do saco dural entre L4-S1, verificando-se extensão extradural com envolvimento do canal de conjugação L5-S(1) direito e com expressão até à região pré-sagrada. Submetido a laminectomia de L3-S2, com estudo anato-patológico da lesão removida compatível com Sarcoma de Ewing. Iniciou quimioterapia com ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina, ifosfamida e etoposide. Do estudo realizado destaca-se, diagnóstico inaugural de infeção VIH (1) estadio B2.

Discussão: O caso clínico apresentado destaca-se pelo diagnóstico de SE numa idade mais tardia que habitual, assim como pela localização anatómica pouco frequente. Reforça a importância de pedir a serologia para HIV em doentes com tumores numa localização atípica, dado que nesta população a neoplasia frequentemente tem uma apresentação atípica e mais agressiva, condicionando uma rápida progressão da doença e má resposta à terapêutica.

Nº 133 Uma associação rara numa doença rara

Fabio Pe D Arca Barbosa(1); Francisco Vara Luiz(1); Ana Antunes Albuquerque(1); Patrícia Ramos Dos Santos(1); Ana Valada Marques(1); Vanda Spencer(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

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.

Nº 134 Volumoso Hepatocarcinoma como 3ª neoplasia em jovem de 30 anos

Sara Durães(1); Joana Neto Gomes(1); Luís Nogueira(1); Vítor Fagundes(1); Liliana Torres(1); Lindora Pires(1)

(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: O Hepatocarcinoma é um tumor maligno agressivo que ocorre frequentemente em doentes com doença hepática crónica, nomeadamente com cirrose de etiologia alcoólica, por hepatites víricas ou NASH. O subtipo Macrotrabecular é identificado em cerca de 12% das amostras histológicas. Caracteriza-se pela sobre-expressão de ativadores da angiogénese, associando-se a pior prognóstico, tumores de maiores dimensões, elevação da AFP, nódulos satélites e invasão vascular.

Caso Clínico: Sexo feminino, 30 anos de idade, antecedentes de Linfoma de Hodgkin, submetido a quimio e radioterapia, e Carcinoma Papilar da Tiróide, submetido a tiroidectomia total. Nega consumos etílicos. Medicada com levotiroxina e anticoncecional oral.

Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de prurido, desconforto abdominal no quadrante superior direito e sensação de enfartamento, com um mês de evolução. Analiticamente com anemia normocítica normocrómica (9.8 g/dL), trombocitose (472 000/µL), hiperbilirrubinemia (BT 2.90 e BD 1.80 mg/dL), TGO e TGP elevadas (208 e 88 mg/dL), FA elevada (928 UI/L), GGT ligeiramente aumentada (67 UI/L) e parâmetros da coagulação dentro da normalidade. TAC toracoabdominopélvico demonstrou uma volumosa lesão ocupante de espaço do parênquima hepático.

Internada para realização de estudo complementar, do qual se destaca AFP (6.2 ng/mL), CEA (0.9 ng/mL) e CA19.9 (14.7 U/mL) normais, CA125 ligeiramente aumentado (42.(1) U/mL, valor de referência < 35 U/mL), serologias víricas negativas e RMN a demonstrar lesão hepática com 20x15x15cm, com área central de necrose ou marcada fibrose, com compressão das vias biliares intrahepáticas e da veia porta. Biópsia hepática com histologia compatível com Carcinoma Hepatocelular Macrotrabecular.

Discussão: Assim, assume-se diagnóstico de Carcinoma Hepatocelular de subtipo Macrotrabecular. Trata-se de uma doente sem fatores de risco que apresenta uma lesão única, sem elevação da AFP e sem evidência de metastização em TAC, pelo que

a histologia foi fundamental para o diagnóstico. A literatura mostra uma elevada taxa de recorrência após resseção da lesão ou transplante hepático. Após consulta de bibliografia, não foi encontrada nenhuma associação entre as neoplasias. O Carcinoma Papilar da Tiróide pode ser interpretado no contexto da radioterapia.

Nº 135 Tumores síncronos – um desafio diagnóstico e terapêutico

Maria João Oura(1); João P. Rocha(1); Helena de Oliveira(1); Carla Andrade(1); A. Vieira Lopes(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: Os tumores síncronos são neoplasias primárias diagnosticadas num intervalo até 6 meses. Os mais comuns são os que afetam o trato digestivo e/ou respiratório.

Caso clínico: Homem, 73 anos, fumador (90 UMA), com doença pulmonar obstrutiva crónica. Admitido por tosse produtiva há (1) mês e dispneia em repouso e astenia há 2 semanas. Objetivada insuficiência respiratória tipo 2 com acidemia respiratória e tomografia computorizada torácica com consolidação cavitada no lobo superior direito e consolidações em ambos os lobos inferiores. Iniciou empiricamente amoxicilina e ácido clavulânico e necessitou transitoriamente de ventilação não invasiva, com melhoria clínica progressiva. Sem isolamentos microbiológicos, nomeadamente baciloscopia negativa. Fez broncofibroscopia com colheita de lavado broncoalveolar mas sem lesões macroscópicas, anatomo-patológicas ou isolamentos microbiológicos. Biópsia aspirativa transtorácica confirmou carcinoma epidermóide pulmonar. Alta encaminhado para seguimento em consulta externa. Para estadiamento, realizou tomografia por emissão de positrões (PET) que mostrou não só hipercaptação no lobo superior direito, mas também no terço médio do esófago. Segundo doente, já teria notado disfagia progressiva para sólidos nos últimos 2 meses. Realizou endoscopia digestiva alta que mostrou lesão ulcerada nessa região, cujo resultado histológico confirmou neoplasia epidermóide do esófago. Caso discutido em reunião de grupo oncológico – suspeita de tumores síncronos (TS) e proposto tratamento cirúrgico curativo. Submetido a lobectomia superior direita e esofagectomia em tempo cirúrgico único, sem intercorrências. Posteriormente iniciou quimioterapia adjuvante com carboplatina e vinorelbina, com tolerância.

Discussão: Os TS geralmente partilham fatores de risco comuns. O consumo tabágico é um dos principais agentes carcinogénicos dos tumores do trato aerodigestivo. Este caso pretende demonstrar a complexidade na abordagem dos TS e realçar a importância da colheita de história clínica completa e avaliação sistemática dos doentes.

Nº 136 Tumefação cervical e infeção EBV : diagnóstico improvável

Catarina Lopes(1); Gustavo Almeida Silva(1); Natália Marchão(1); Marisa Teixeira Silva(1); Marina Fonseca(1); Nuno Carreira(1); Carolina Carreiro(1); Catarina Gonçalves(1); Alexandra Wahnon(1); Maria José Pires(1); Afonso Aguiar(1); Hugo Félix(1); Carolina Brandão Monteiro(1); Raquel Mendes Boto(1); Liliia Savka(1); Ana Maria Baltazar(1); Milton Rosa(1); Rita Silva(1); Catarina Moura Furtado(1); António Pais Lacerda(1); Liliana Ribeiro Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

As neoplasias são a principal etiologia nas massas cervicais nos adultos, nomeadamente o linfoma, cancro da tiróide e cancro da glândula salivar.

Jovem de 23 anos, sexo feminino, proveniente de Angola, que recorre ao SU, com volumosa tumefação cervical direita, pétrea, com cerca de um ano de evolução associada a quadro clinico consumptivo e sintomas constitucionais. Apuraram-se comportamentos sexuais de risco e namorado com suspeita de mononucleose infecciosa. Laboratorialmente, anemia com Hb 10.1g/dL, leucocitose 33.800/mm3 com neutrofilia 87%, VS 120 mm, LDH 1206U/L, PCR 23.4mg/dL, ácido úrico 7.4 mg/dL e infeção ativa de Hepatite B. A TC-TAP identificou múltiplas adenopatias cervicais e supraclaviculares e hepatomegália com múltiplas lesões secundárias. Dado o risco de transmissão oro-genital de vírus oncogénicos, foi pedida a observação por ORL: lesão vegetativa de ambas as fossas nasais que foi biópsiada. Histologicamente comprovou tratar- se de CPC da nasofaringe não queratinizante, assim como a citologia do conglomerado adenopático. Apresentava carga viral DNA EBV: 5590000 UI/Ml e ferritina superior a 5000ng/dL (sem critérios de hemofagocitico até a data). Iniciou tratamento da hepatite B cinco dias antes da quimioterapia com cisplatina e gemcitabina. Foi feito reforço hídrico diário dada a possibilidade de síndrome de lise tumoral comum em neoplasias com elevada carga tumoral. Ao fim de (1) semana apresenta redução significativa da massa tumoral.

O carcinoma nasofaríngeo (CNF) é um tumor maligno raro do epitélio mucoso da nasofaringe e caracteriza-se pela sua tendência para metástases distantes. O subtipo não queratinizante é responsável por mais de 95% dos casos de CNF e está altamente associado à infecção pelo vírus Epstein-Barr. Este caso ilustra 1. importância da historia clinica na abordagem de massas cervicais. 2. Monitorizaçao de complicações como síndrome de lise tumoral e síndrome hemofagocítico.

Nº 137 Metástases cerebrais como forma de apresentação de melanoma do cólon – caso clínico

Ana Margarida Coutinho(1); Tomás Mendes Freitas(1); Teresa Alfaiate(1); Victor Filipe Henriques(1); Inês Coutinho(1); Adélia Simão(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O melanoma é uma das principais causas de metástases do sistema nervoso central, correspondendo a 6% a 12% de todos os tumores cerebrais secundários. O melanoma do trato gastrointestinal é geralmente de origem metastática, sendo o melanoma gastrointestinal primário bastante raro. O cólon é considerado um local especialmente incomum para melanoma primário sendo a sua incidência extremamente baixa, sobretudo em comparação com outros tipos de tumor de cólon. Na literatura, há poucos relatos de casos de melanomas cólicos primários e geralmente aparecem como pólipos isolados ou lesões ulceradas. **Caso clínico:** Mulher de 53 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, referenciada por episódios autolimitados e de curta duração

de movimentos oculares involuntários. A Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica identificou 5 lesões ocupando espaço de provável origem secundária. Foi internada para esclarecimento etiológico e realizou excisão da lesão cerebral de maiores dimensões, cujo diagnóstico histopatológico foi melanoma. Foi avaliada por Dermatologia, observado o fundo ocular e efetuado exame ginecológico, sem identificação de lesão neoplásica. Realizou colonoscopia, que identificou lesão cólica vegetante única compatível com melanoma que foi confirmado histologicamente. Atualmente, encontra-se sob tratamento com encorafenib e binimetinib, estando programada avaliação por Tomografia de Emissão de Positrões aos 3 meses de tratamento.

Discussão: Na nossa doente foi feito o diagnóstico de melanoma do cólon após exclusão exaustiva dos locais primários habituais deste tipo de tumor. Não encontramos descrito na literatura nenhum caso de melanoma do cólon primário com metástases cerebrais como forma de apresentação. Perante metástases de melanoma sem identificação de tumor primário, parece-nos importante realizar estudo do trato gastrointestinal para excluir esta localização.

Nº 138 Neoplasia do pulmão agressiva e atipica

Mara Sarmento(1); Carolina Chumbo(1); Teresa Valido(1); Catarina Roquete(1); Martim Torrão Bastos(1); Filipa Figueiredo(1); Marta Arriaga Rocha(1); Bárbara Rodrigues(1); Teresa Cruz(1)

(1) Hospital Amadora/Sintra

O carcinoma não de pequenas células do pulmão tem uma evolução insidiosa, produzindo sintomas numa fase avançada da doença, de tal modo que se estima que ao diagnóstico apenas 20% dos doentes tenham doença localizada, tendo 25% metastização regional e mais de metade doença avançada com metastização à distância. Assim, o reconhecimento atempado é benéfico ao prognóstico.

Apresentamos o caso de uma mulher de 6(1) anos, hipertensa medicada, não fumadora e sem exposição ocupacional conhecida, admitida por quadro de dor abdominal nos quadrantes esquerdos, enfartamento e obstipação com duas semanas de evolução, tendo inicialmente apresentado quadro febril autolimitado. A radiografia torácica mostrava hipotransparência na base esquerda e analiticamente apresentava leucocitose neutrofílica e elevação da proteína C-reativa. Realizou tomografia computadorizada abdominal para esclarecimento do quadro de obstipação, que não revelou alterações na cavidade abdominal, revelando na base do pulmão esquerdo massa com 7cm com necrose central, suspeita de abscesso pulmonar, não excluindo neoplasia do pulmão. Iniciou antibioterapia com amoxicilina/clavulanato, escalada para piperacilina/tazobactam após dez dias por ausência de melhoria clínica e analítica. Realizou broncofibroscopia que revelou na árvore brônquica esquerda sinais diretos de tumor, tendo-se efetuado biópsias que foram negativas para células neoplásicas. Realizou broncoscopia rígida ao 14º dia de internamento, demonstrando nesta fase infiltração de toda a árvore brônquica esquerda, com estenose de todos os brônquios segmentares. A anatomia patológica veio confirmar carcinoma não de pequenas células, admitindo-se carcinoma pavimentocelular. A evolução foi desfavorável, com derrame pleural extenso e atelectasia a condicionar insuficiência respiratória, e apesar do início de primeiro ciclo de quimioterapia com paclitaxel e carboplatina, a doente acabou por falecer 49 dias após a admissão hospitalar.

Mostramos este caso pela atipia na sua apresentação inicial e agressividade na evolução, realçando que o comportamento da doença oncológica ainda hoje pode tornar-se imprevisível, confirmando que "cada doente é um doente e cada doença é uma doença".

Nº 139 Pneumonite não-infeciosa induzida por everolimus em doente com cancro de mama metastático

Monique Alves(1); Cátia Cunha Ribeiro(1); Raquel Moniz(1); Diana Mimoso(1); Diana Alves do Carmo(2); Paulo de Castro(2); Tânia Afonso(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

Introdução: O everolimus é um antineoplásico do grupo dos inibidores da rapamicina (mTOR) com eficácia demonstrada em oncologia. É geralmente bem tolerado, mas pode associar-se a reações adversas graves e de difícil diagnóstico como a pneumonite não-infeciosa. **Caso Clínico:** Mulher de 74 anos de idade, com ECOG 0, em tratamento de 3ª linha com exemestano + everolimus por metastização ganglionar axilar e óssea de primário da mama oculto, recorre ao serviço de urgência por quadro de 3 dias de febre de 39ºC, astenia e cansaço desproporcionado. Sem tosse, expetoração, dor torácica, noção de dispneia ou outra sintomatologia. Ao exame apresentava-se febril (T 38.4ºC), polipneica e hipoxémica (SpO2 de 85% em ar), sem alterações à auscultação cardiopulmonar ou exame abdominal, sem edema periférico. Analiticamente a salientar leucocitose com neutrofilia, LDH de 720 U/L e PCR aumentada de 8.72 mg/dL. Gasimetricamente com insuficiência respiratória hipoxémica grave (FiO2 21%: pH 7,46; pO2 49; pCO2 26; HCO3 18,5; lac 1,5). PCR para SARS-Cov2, Influenza A e B, e VSR negativa. Antigénios urinários para pneumococo e legionella negativos. Rx de tórax com infiltrados algodonosos multifocais bilateralmente. Angio-TAC de tórax sem evidência de TEP, a documentar vidro despolido com distribuição peribroncovascular centrífuga envolvendo mais de 75% do parênquima pulmonar. Iniciou antibioterapia empírica com Ceftriaxona 2g/dia e Azitromicina 500mg/dia. Evoluiu desfavoravelmente nas primeiras 48h tendo sido escalada antibioterapia para Piperacilina + Tazobactam 4,5g de 6/6h. A gravidade da hipoxemia (P/F 96) impediu a realização de BFC e a doente foi considerada não elegível para admissão em UCI. Decidiu-se, face à deterioração e inexistência de isolamentos microbiológicos, iniciar corticoterapia em alta dose em associação com VNI com excelente resposta. A doente teve alta em D20 de internamento, sem necessidade de O2, sob 1mg/Kg de prednisolona e profilaxia de pneumonia por Pneumocystis jirovecii. Admite-se como mais provável o diagnóstico de pneumonite induzida por everolimus que se suspendeu em definitivo. **Conclusão:** Esta entidade deve ser considerada no diagnóstico diferencial de quadros respiratórios uma vez que a descontinuação do fármaco e o início de corticoterapia são fundamentais.

Nº 140 É só uma consulta de rotina!

Maria Luisa(1); Maria Amélia Pereira(1); Andrea Mesa(1); Ana Catarina Camarneiro(2)

(1) Hospital da Luz Coimbra (2) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: Os tumores primários do mediastino são raros e incluem diversos tipos histológicos, sendo a maioria constituída por linfomas e timomas. Estes correspondem a 25% das neoplasias mediastínicas, com um pico de incidência entre a 4ª e 6ª décadas de vida. Cerca de metade dos doentes estão assintomáticos, ou apresentam sintomas que resultam da compressão de estruturas adjacentes com o crescimento tumoral ou de síndroma paraneoplásico.

Caso clínico: Mulher de 58 anos de idade, fumadora ativa, (40 UMA) que recorreu à consulta de Medicina Interna para exame médico de rotina. No inquérito sintomático

referiu apenas lombalgia do tipo mecânico. Nos exames complementares de diagnóstico identificou-se leucocitose (13.98x103/µL) com linfocitose (63.5x103/µL) e monocitose (10.9x103/µL) e na radiografia torácica lesão nodular calcificada. Fez TC torácica que mostrava "massa mediastínica anterior de 4x 4.5x 7.2 cm de contornos bem delimitados e levemente lobulados, adjacente aos grandes vasos, especialmente ao tronco pulmonar e ramo esquerdo sem condicionar a sua obstrução... a presença de 2 nódulos sub pleurais no segmento superior do lobo inferior esquerdo (9mm) e no segmento basal posterior no mesmo lobo (2mm). A realização da marcha diagnóstica com biopsia transtorácica, estudo anatomopatológico e PET confirmou o diagnóstico de timoma tipo AB, Masaoka IV e anticorpos antimúsculo estriado liso e antireceptores acetilcolina positivos. Após cirurgia torácica (timectomia alargada e recessão de lesões pleurais) iniciou quimioterapia, que mantém, tendo apresentado no final do segundo ciclo neutropenia febril, com necessidade de internamento.

Discussão: Este caso clínico mostra a importância do diagnóstico diferencial de massas mediastínicas na presença de hipo transparência torácica radiológica. A ausência de sintomatologia, apesar de uma carga tabágica significativa leva a que a sua suspeita diagnóstica ocorra apenas após a realização de um exame médico e imagiológico efetuados por rotina como sucede neste caso.

Nº 141 Carcinoma Papilar da tiroide e Linfoma de Hodgkin: um sincronismo infeliz!

Hugo Alves(1); Catarina Corrêa Figueira(1); Carla Pereira(1); Carla Noronha(1); Célia Machado(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Neoplasias primárias múltiplas definem-se como a ocorrência de duas ou mais neoplasias primárias num doente, simultânea ou sequencialmente.

Caso Clínico:

Homem, 34 anos, fumador, recorre à urgência por febre vespertina recorrente, sudorese noturna e perda ponderal (9,1% do peso) com 3 meses de evolução. Objetivamente, febril com adenopatias duro-elásticas, móveis, indolores, cervicais, supraclaviculares e axilares. Analiticamente, leucopenia e trombocitopenia. Serologias negativas. Exame e cultura de expetoração e cultura negativas para micobactérias. TC identifica adenopatias supraclaviculares, axilares e mediastínicas, esplenomegalia e heterogeneidade da tiróide.

Por suspeita de doença linfoproliferativa, submetido a biópsia excisional de gânglio cervical, que revela carcinoma papilar da tiróide. Sem alteração da função tiroideia, tiroglobulina elevada. Ecograficamente, lesão tiroideia suspeita, CAAF confirma achados da biópsia ganglionar. Por persistência da suspeita inicial, submetido a biópsia de gânglio axilar que revelou linfoma de Hodgkin com predomínio linfocitário nodular. PET marca a nível ganglionar supra e infradiafragmático, esplénico e ósseo. Biópsia óssea e mielograma negativos.

Cumpriu terapêutica sistémica, durante a qual foi submetido a tiroidectomia total. Intraoperatoriamente, evidenciou-se envolvimento do nervo laríngeo recorrente e parede anterior da traqueia. A anatomia patológica foi compatível com carcinoma, infiltrativo com metástases ganglionares.

Discussão: O linfoma de Hogdkin é mais frequente em homens, entre os 20-30 anos. Por outro lado, o carcinoma papilar da tiróide, é mais frequente nas mulheres, e representa cerca de 90% das neoplasias tiroideias, com prognóstico favorável.

É conhecido o risco de desenvolvimento de neoplasia da tiróide após quimioradioterapia terapêutica para linfoma de Hodgkin, contudo, a ocorrência síncrona de ambos é extremamente rara.

Apesar da ausência de terapêutica uniformizada, parece ser preferível a abordagem primária do linfoma.

Nº 142 Um caso de um volumoso GIST gástrico

Ricardo Mortágua Velho(1); Miguel Sequeira(1); Mónica Adelaide(1); Amílcar Lima Silva(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

Introdução: Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) são neoplasias raras com origem no tecido conjuntivo que habitualmente são clinicamente silenciosas até atingirem um tamanho significativo. Ao diagnóstico a sua dimensão é habitualmente de 2 a 5 cm de diâmetro. Apresenta-se um caso clínico de um GIST com 15 cm de diâmetro detectado no contexto de estudo de uma dor abdominal pós-traumática.

Caso Clínico: Mulher, 63 anos, com antecedentes de trombocitopenia imune primária, recorreu ao Serviço de Urgência por dores persistentes no hipocôndrio esquerdo na sequência de uma queda. Realizou ecografia abdominal para exclusão de lesão esplénica, tendo-se detectado uma massa volumosa na grande curvatura gástrica com cerca de 15 cm de diâmetro muito sugestiva de GIST. Internou-se para estudo e caracterização da lesão. Realizou tomografia computorizada abdominal que caracterizou a lesão como multilobulada, com áreas líquidas internas e realce à periferia, com ponto de partida na grande curvatura gástrica, traduzindo uma lesão tumoral exofítica de grandes dimensões, que se confirmou posteriormente com endoscopia. TC de estadiamento sem lesões à distância, mas na PET com FDG-F18 visualizou-se implante peritoneal no hipocôndrio esquerdo, marginalmente à lesão. Realizou ecoendoscopia com biópsia da lesão, com observação de células fusiformes com marcação positiva para DOG(1) e mutação para C-Kit, compatível com GIST. Após transferência para o Serviço de Cirurgia Geral e discussão multidisciplinar, por ausência de claro plano de clivagem com o lobo esquerdo do fígado, diafragma e baço optou-se por iniciar tratamento neoadjuvante com imatinib e cirurgia posterior consoante resposta evolutiva da lesão.

Discussão: Apenas cerca de 6% dos GIST apresentam dimensões superiores a 10 cm de diâmetro. Neste caso apresenta-se um GIST com 15 cm de diâmetro, diagnosticado após estudo de uma dor abdominal. As suas dimensões raras e atípicas requereram uma abordagem diferenciada e multidisciplinar.

Nº 143 Manifestações Neurológicas no Adulto com Incontinência Pigmentar: A Propósito De Um Caso Clínico

Lília Castelo Branco(1); Marina Coelho(2); Teresa Mendonça(3); Fátima Farinha(3)

(1) Medicina Interna, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Hospital de Bragança (2) Medicina Interna, Centro Hospitalar do Oeste, Hospital de Torres Vedras (3) Unidade de Imunologia Clínica, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A incontinência pigmentar (IP) é uma genodermatose rara ligada ao X causada por uma mutação que causa perda de função do fator de transcrição NFkβ que é crucial na regulação da resposta imune e da apoptose. Tem manifestações cutâneas, oculares, dentárias e no sistema nervoso central (SNC). Os sintomas neurológicos ocorrem

em cerca de 1/3 dos doentes com impacto significativo na qualidade de vida.

Caso clínico: Mulher, 46 anos, e diagnóstico na adolescência de IP, com os 4 estádios desde a nascença: atingimento cutâneo (lesões vesiculo-bolhosas, verrucosas, hiperpigmentadas e hipopigmentadas na distribuição das linhas de blaschko), zonas de alopécia, unhas frágeis e quebradiças e dentário (hipoplasia dentária e agenesias dentárias múltiplas). Sem alterações neurológicas, auditivas e oculares até à idade adulta. Aos 34 anos apresenta-se com episódio transitório de hemianópsia temporal esquerda, sem evidência de lesões cerebrais. Novamente assintomática até aos 4(1) anos, quando tem episódio agudo de vertigem, disartria, monoparésia grau 4 no membro superior direito (MSD), hipoacusia direita e desequilíbrio na marcha. Ao exame neurológico com hiperreflexia direita e hipostesia álgica esquerda. Ressonância magnética (RM): lesões supratentoriais e estudo complementar negativo (líquor, potenciais evocados, RM medular, estudo imunológico, eletromiografia e retinografia). RM de reavaliação após 4 anos, com várias lesões com hipersinal em T2 e FLAIR na substância branca bihemisféricas, umas alongadas, outras punctiformes, periventriculares, subcorticais e profundas, sem hipersinal em difusão e sem realce após contraste. Mantem estabilidade neurológica e sem progressão das lesões em RM, portanto muito improvável a doença desmielinizante sendo as alterações neurológicas enquadráveis na IP.

Discussão: A IP é diagnosticada geralmente na infância, mas, dado a persistência da inflamação pode evoluir com manifestações sistémicas, nomeadamente neurológicas. O atingimento preferencial da substância branca e microclusões/microhemorragias de vasos de pequeno e médio calibre, podem ser enquadrados em múltiplos diagnósticos diferenciais, que devem ser excluídos, considerando sempre a IP.

Nº 144 Um caso de fígado gordo agudo da gravidez/síndrome de HELLP

Inês Sofia Ferreira da Silva(1); Ryan Costa Silva(1); Diogo Rosa Ferreira(1); Mariana Cerejo Silva(1); Inês Sopa(1); Diana Buendia Palacios(1); Cilénia Baldaia(1); Lígia Peixoto(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Fígado gordo agudo da gravidez (FGAG) e síndrome de *Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets* (S.HELLP) são complicações potencialmente fatais da gravidez. Há sobreposição clínica/de critérios de diagnóstico entre ambas, dificultando o diagnóstico precoce/diferencial. Associam-se a elevada mortalidade peri-natal e podem coexistir (20% dos doentes) mas FGAD é raro (incidência 1:15 000 gravidezes) e implica maior mortalidade materna do que S.HELLP (1,8–18% *vs* 1% em países desenvolvidos).

Caso clínico: Mulher, 3(1) anos, admitida em trabalho de parto às 37 semanas. Primeira gravidez, vigiada, de termo, nado morto. Referiu astenia, náuseas, vómitos, epigastralgia, polidipsia e poliúria com início uma semana antes do parto. Negava edema, febre, hipertensão arterial, prurido, novos fármacos. Apresentava escleróticas ictéricas, sem encefalopatia. Analiticamente anemia hemolítica microangiopática, leucocitose, colestase intra-hepática, lesão renal aguda, lesão hepática aguda, trombocitopenia e coagulação intravascular disseminada. TC de corpo sem alteração da dimensão/estrutura do fígado. Necessidade de suporte de órgão, realizou plasmaferese e corticoterapia. Apresentou posteriormente proteinúria, elevação da pressão arterial e coma transitório após suspensão de sedoanalgesia. Vírus hepatotrópicos e autoimunidade negativos, ADAMTS13 58% (60-130), sem alterações no estudo genético/funcional do complemento. Autópsia do feto: morte fetal por anóxia aguda. Evolução favorável com reabilitação global, suspendeu-se anti-hipertensor e corticóide, atualmente sem alterações clínicas/analíticas. Pelos dados apresentados, estamos perante um caso de FGAG/S.HELLP.

Discussão: Sendo um caso raro e que retrata patologias habitualmente do foro da

obstetrícia, no caso descrito e noutros a medicina interna é chamada a intervir, pelo que é importante estar alerta para estas complicações da gravidez associadas a significativa morbimortalidade e de diagnóstico diferencial desafiante.

Nº 145 Nova mutação para a Neurofibromatose tipo 1- Um "achado" em idade adulta

Pedro Simões(1); Filipa Rodrigues(1); Sandra Sousa(1); Micaela Sousa(1); Teresa Guimarães Rocha(1); Elisa Tomé(1); Miriam Blanco(1)

(1) Unidade local saude Nordeste, hospital Bragança

Introdução: A Neurofibromatose tipo (1) (NF1) é uma doença genética autossómica dominante provocada por mutações no gene NF1, que codifica a neurofibromina, envolvida na regulação do ciclo celular, causando um amplo espectro de alterações (manchas café-au-lait, neurofibromas cutâneos, alterações ósseas, vasculopatias , distúrbios neurocognitivos, risco aumentado de neoplasias) com penetrância completa mas expressão variável. É uma das doenças neurocutâneas genéticas mais comuns (prevalência mundial 1/1900 – 1/ 3500), geralmente diagnosticada durante a infância, por critérios clínicos. Nalguns casos, os sinais são detetados apenas na idade adulta, pela sua indolência.

Caso Clinico: Feminino, 57 anos, antecedentes de hipertensão arterial, referenciada a consulta de Medicina Interna para estudo anemia. Para além da orientação da patologia que constituia o motivo principal da referenciação, durante a primeira consulta foram observadas lesões nodulares, 3-4cm, fibróticas, móveis, sobretudo no tronco, abdómen e dorso, aumentando em número e distribuição após a gravidez, com uma mancha de coloração café-au-lait no tronco. História familiar das mesmas lesões no Pai e Tia paterna em 1º grau, sem diagnóstico definido. Tem uma filha, saudável, sem qualquer atingimento descrito. A Doente não apresentava alteração do crescimento nem do desenvolvimento cognitivo, sem história de outras neoplasias, sem evidência de alterações neurocognitivas. Tendo em conta as características das lesões e história familiar, suspeitou-se de NF1. Realizado estudo genético que revelou uma variante provavelmente patogénica c.7807-1_7810dup p.(Thr2604Argfs*5) em heterozigotia no gene NF1, não descrita na literatura, a suportar uma etiologia genética para o quadro apresentado.

Discussão: A maior ocorrência de tumores malignos da bainha do nervo periférico, cancro de mama, doenças cardiovasculares, distúrbios psiquiátricos e neurológicos fazem com que esta doença se associe a uma redução da sobrevida global. Apesar de um achado, este diagnóstico apresenta implicação prognóstica para a doente e descendência, sendo igualmente relevante pela descoberta de uma nova mutação potencialmente patogénica, necessitando de um seguimento multidisciplinar e aconselhamento genético apropriados.

Nº 146 Paralisia Periódica Tipo 1 – Hipocalémica Familiar: um caso grave atípico

Guilherme Jesus(1); Rita Menezes(1); Inês Soares(1); Sofia Silva(1); Pedro Simões(2); Nuno Amorim(3); Inês Pereira(1); Ana Tojal(1); Pedro Oliveira(1); Inês Rueff Rato(1); Raquel Barreira(1); Isabel Jesus Pereira(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho (2) Unidade local saude Nordeste, hospital Bragança (3) Hospital da Horta

A Paralisia Periódica Hipocalémica Familiar é uma doença rara autossómica dominante, com uma prevalência de 1:100000, caraterizada por episódios de paralisia muscular dos membros, mais frequentemente tetraplegia, com duração de minutos a dias, associados a hipocalémia, podendo haver também envolvimento dos músculos respiratórios e arritmias cardíacas fatais.

Homem de 67 anos, autónomo, história de doença arterial periférica e tabagismo, admitido no Serviço de Urgência (SU) por mialgias e fraqueza generalizada com 2 horas de evolução e agravamento progressivo com tetraparésia e febre de novo (39 ºC). Sem outras queixas. Submetido na manhã desse mesmo dia a cirurgia oftalmológica, com anestesia geral, sem intercorrências. No SU apresentava-se vígil e orientado, com tetraparésia flácida, sem défices sensitivos, mímica da face preservada, hiporreflexia e reflexo cutâneo-plantar em flexão. Angio-TAC cranioencefálica para investigação etiológica que mostrou estenose focal entre 50-70% na vertente proximal do segmento cervical da artéria carótida interna direita.

Admitido na Sala de Emergência por hipocalémia grave de 1.7 mmol/L (valor pré-operatório: 4.7 mmol/L) com alterações eletrocardiográficas típicas (depressão do ST, ondas T achatadas e U proeminentes). Iniciou terapêutica com suplementação endovenosa de potássio (K+) e foi admitido na unidade de Cuidados Intensivos para monitorização contínua. Do estudo etiológico, sem acidemia e sem alterações nas hormonas tiroideias, fosfato e magnésio séricos e K+ urinário. Excelente resposta clínica e analítica em (1) dia, com resolução da tetraparésia.

Posteriormente, esclarecida história familiar, e estabelecida etiologia por filho com diagnóstico de Paralisia Hipocalémica tipo (1) com mutação em heterozigotia no gene da subunidade alfa (1) dos canais de cálcio (CACNA1S). Mutação com risco acrescido de hipertermia maligna.

Mais frequente em idade pediátrica e no sexo masculino, as crises surgem em contexto de stress, jejum ou alimentação rica em hidratos de carbono. Este caso representa uma apresentação rara em idade avançada, evidenciando a penetrância incompleta da mutação. As estratégias de tratamento consistem numa atempada suplementação oral ou endovenosa de K+ e no tratamento preventivo com inibidores da anidrase carbónica e suplementos de K+.

Nº 147 Síndrome de Activação Mastocitária

Teresa Carolina Vieira de Gouveia(1); Joana Gouveia(1); David Pires(1); Mariana Nobre(1); Madalena Santos(1); Milton Camacho(1); Alba Acabado(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Abstract: As doenças de activação mastocitária frequentemente apresentam-se como doenças atópicas e raramente como síndrome de ativação mastocitária (MCAS). Os sintomas da MCAS variam desde o flushing, dor abdominal ou anafilaxia. O objectivo da apresentação deste caso é consciencializar para as características clínicas, diagnóstico e terapêutica da MCAS.

Caso clínico: Homem, 35 anos com antecedentes de tumor germinativo do mediastino cuja cintigrafia óssea de controlo revelou focos ósseos com diagnostico de sarcoma mastocitário subclassificado como mastocitose sistémica sob 2ª linha terapêutica com cladribina, é admitido por quadro de febre, dorsalgia e dor retroesternal. Ao exame objectivo destacava-se perfil hipotensivo. Realizou TC do tórax que revelou opacificação do parênquima pulmonar esquerdo com derrame pleural bilateral. É internado com a hipótese diagnóstica de infecção respiratória baixa. Nas primeiras 24h, novo episódio de alteração do estado de consciência, *flushing*, hipotensão, taquipneia e febre. Colocadas como hipóteses choque séptico (imunossupressão grave, febre, parâmetros inflamatórios em cinética ascendente e possível foco infeccioso não controlado*) versus* MCAS (sintomas característicos e *trigger* infeccioso). Realizou terapêutica com hidrocortisona, clemastina, adrenalina e fluidoterapia, verificando-se evolução clínica favorável. Foi ainda optimizada terapêutica com antagonista dos leucotrienos, receptores histamínicos, cromoglicato de sódio e famotidina, não apresentando novos episódios.

Discussão: A MACS é uma doença rara caracterizada por sinais e sintomas de anafilaxia ou patologias associadas. É importante o diagnóstico com base em critérios sólidos onde a participação dos mastócitos é documentada, sendo realizado em muitos casos com base no aumento dos níveis séricos de triptase. O tipo de terapêutica depende da doença subjacente, do tipo de MCAS e da resposta à terapêutica inicial. Em formas graves terapêuticas combinadas são recomendadas.

Nº 148 A tua cara não me é estranha

Tiago Ferreira(1); Jorge Ferreira(1); Bianca Cristea(1); Sandra D. Rebelo(1); Ana Tornada(1); Paula Alcântara(1); Anabela Oliveira(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Muitos distúrbios genéticos apresentam variabilidade fenotípica, podendo não se manifestar até a idade adulta. Para além das alterações congénitas e do desenvolvimento características, as manifestações de início tardio são cada vez mais reconhecidas como um componente importante para o diagnóstico destas doenças.

Reportamos o caso de um homem de 33 anos, autónomo, com atraso cognitivo ligeiro e com antecedentes de epilepsia, hipoparatiroidismo primário, esquizofrenia e doença de von Willebrand. Apurava-se história de 2 episódios de púrpura trombocitopénica idiopática (aos 5 e 10 anos), trombocitopénia moderada de longa data, e otites de repetição em idade infantil. Foi internado por anemia hemolítica auto-imune grave (Hb 3.4 g/dL na admissão) a anticorpos quentes, e agravamento da trombocitopénia basal (valor mínimo de 4 000 plaquetas/uL) mediada por anticorpos anti glicoproteina GP IIb/IIa, confirmando o diagnóstico de síndrome de Evans. Apresentava ainda imunodeficiência combinada (défice de IgA, IgM, IgG e défice de células T), e no exame objectivo destacava-se traços ligeiros de dismorfia facial, que em conjugação com os antecedentes do doente levantou a hipótese de um síndrome genético. O estudo genético por fenótipo clínico confirmou deleção intersticial na região 22q11.2(1) (Síndrome de DiGeorge). Para rastreio de outras manifestações conhecidas da doença, foi observado pela Otorrinolaringologia, que excluiu alterações do palato, e realizou ecocardiograma transtorácico, que não documentou cardiopatia congénita.

O síndrome de DiGeorge é o síndrome de microdeleção mais comum e um dos síndromes velocardiofaciais. O diagnóstico tardio é relativamente raro na medicina de adultos, com alta probabilidade de sub-diagnóstico em pacientes com manifestações clínicas leves. O défice de células T predispõe estes doentes a doenças autoimunes, sendo a purpura trombocitopénica idiopática, anemia hemolítica autoimune e artrite reumatoide juvenil das mais frequentes, com necessidade de vigilância a longo prazo.

Nº 149 Potomania da cerveja – um suspeito incomum no doente com hiponatremia

Catarina Oliveira Silva(1); Catarina Ferreira(1); Maria Manuel Pereira(1); Ana Ramôa(1); Eduardo Macedo(1); Joana Alves(1); Diana Silva Fernandes(1); Ana Rita Marques(1); Ilídio Brandão(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: A potomania da cerveja é uma causa rara de hiponatremia. Resulta da ingestão excessiva de água livre combinada com baixo aporte de solutos da dieta necessários para manter a diurese, originando uma hiponatremia hiposmolar com baixa osmolaridade urinária. Estes doentes têm maior risco de síndrome de desmielinização osmótica, pelo grau e cronicidade da hiponatremia, abuso de álcool e maior risco de sobrecorreção do sódio.

Caso clínico: Homem, 5(1) anos, antecedentes de consumo abusivo de álcool (> 6 cervejas/dia), sem medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por confusão, alteração da linguagem e fraqueza do pé direito com três dias de evolução. Ao exame objetivo, euvolémico, orientado em todas as vertentes, mas discurso lentificado e diminuição da força no pé direito. Analiticamente, Na+ 103 mEq/L, K+ 3,3 mEq/L, creatinina 0,4 mg/dL, ureia <1(1) mg/dL, osmolaridade sérica 218 mOsm/Kg, osmolaridade urinária 143 mOsm/kg, Na+ urinário <10 mEq/L. Função tiroideia e tomografia computorizada crânio-encefálica sem alterações. Pelo diagnóstico de potomania da cerveja com sintomas neurológicos ligeiros, foi transferido para a Unidade de Cuidados Intermédios e iniciou restrição hídrica. O Na+ aumentou 6 mEq/L nas primeiras 12 horas e 19 mEq/L nas 24 horas seguintes, com ajustes com dextrose 5% em água (D5W) para manter a correção do Na+ nos alvos preconizados. A osmolaridade na urina de 24 horas foi 79 mOsm/kg. Evoluiu com melhoria do estado de consciência, resolução do défice motor direito e normalização da natremia, sem défices neurológicos de novo.

Discussão: O reconhecimento da potomania da cerveja é fulcral para definir a estratégia de correção da natremia. Em casos assintomáticos/sintomas neurológicos ligeiros, recomenda-se restrição hídrica, com excreção de água livre à custa da perda de solutos obrigatórios. O aumento do Na+ deve ser <10 mEq/L nas 24 horas e <18 mEq/L nas 48 horas. Se ultrapassado, deve reduzir-se o Na+com D5W, para prevenir potenciais sequelas neurológicas.

Nº 150 Disfunção renal num doente jovem

Carlos Grijó(1); Marisa C. Couto(1); Isabel Correia de Brito(1); Catarina Faustino(1); Marta Patacho(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

A disfunção renal é sempre desafiante e o diagnóstico diferencial nunca deve ser descurado. Em indivíduos jovens, como o deste caso, torna-se especialmente relevante um diagnóstico preciso e atempado, de forma a evitar complicações futuras, nomeadamente disfunção renal grave ou terminal. Homem de 18 anos, saudável. Em Abril de 202(1) inicia quadro de febre com duração de uma semana, auto-limitado, sem outros sintomas associados. Dois meses depois teve dois novos episódios, desta vez associados a disúria, pelo que recorreu ao Serviço de Urgência (SU). Por suspeita de infeção do trato urinário (ITU) teve alta medicado com antibioterapia. Uroculturas sucessivamente negativas. Em Janeiro de 2022, por novo episódio, desta vez com hematúria, recorre novamente ao SU, objetivando-se disfunção renal (creatinina 1,55mg/dL), aumento dos parâmetros inflamatórios

(proteína C reativa 163,7mg/L) e proteinúria não nefrótica. Internado para estudo, tendo feito estudo auto-imune, do qual se destaca consumo de complemento (défice de C3c) e presença de imunocomplexos circulantes. ANCA negativo, sem outros achados. Ao 2.º dia de internamento realizou biópsia renal que revelou esclerose glomerular e formação de crescentes celulares. Estudo por imunofluorescência com depósitos de C3c mesangial e arteriolar. O doente teve alta ao 10.º dia de internamento com diagnóstico de glomerulonefrite mesangioproliferativa por C3. Realizou pulsos de metilprednisolona 500mg durante três dias e ficou medicado com corticoterapia para o domicílio e encaminhado para consulta de Nefrologia. Este caso destaca, por um lado, a necessidade de valorizar os sinais e sintomas de doença repetidos ao longo do tempo e, por outro lado, alerta para a vantagem de realização precoce de biópsia renal nos casos em que existe forte suspeita de doença renal primária. A doença renal rapidamente progressiva, caracterizada pela formação de crescentes, deve ser prontamente reconhecida de forma a permitir uma atuação rápida e pode apresentar-se, como neste caso, com flares, cujos sintomas mimetizam outras patologias mais frequentes.

Nº 151 Uma "complicação quistica": diagnóstico de persistência

Carlota Lalanda(1); Tomás Nunes(1); Ana Catarina Pina Pereira(1); Maria Rebelo(1); Jorge Frade(1); Manuel Albuquerque(1); Elisabete Brum Sousa(1); João Alves Teixeira(1); Inês Urmal(1); Cláudia Neves(1); Cláudia Janeiro(1); Madalena Lisboa(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Doença poliquistica renal é uma doença genética autossómica dominante provocada na maioria dos casos pela mutação nos genes PKD(1) e PKD2, que se caracteriza pela presença de múltiplos quistos renais, bem como manifestações extra-renais, tais como lombalgia, cefaleias, quistos hepáticos ou pancreáticos.

Apresentamos o caso de uma mulher de 67 anos com doença poliquistica renal e quistos hepáticos que recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre com 7 dias de evolução (máximo 38.9ºC), cefaleias, náuseas e dor abdominal no hipocôndrio direito (HD). Apresentava dor à palpação profunda do HD e elevação dos parâmetros inflamatórios, padrão colestático sem citólise e Tomografia computorizada abdomino-pelvica (TC-AP) com doença quistica já conhecida, sem outras alterações. Internada por febre sem foco, realizou estudo etiológico extensivo que foi negativo, nomeadamente PCR a SARS-CoV-2, hemoculturas, urocultura, serologias (hepatite B, C, vírus da imunodeficiência humana, parvovírus B19, citomegalovirus, vírus Epstein-Barr, Borrelia, Coxiella e Ricketsia conorii), IGRA, VDRL, ANA, fator reumatoide, punção lombar e Ressonância magnética craneoencefálica. Por persistência do quadro, com manutenção de febre às 3 semanas sob antibioterapia empírica, estudo inconclusivo e dado os antecedentes da doente, foi decidida repetição de TC-AP e revisão das imagens, evidenciando-se quisto hepático com 12cm, de conteúdo homogéneo, mas com densidade superior à hídrica, pelo que foi puncionado e drenado com saída de conteúdo purulento e isolamento microbiológico de *Serratia m*arscescens. Cumpriu antibioterapia dirigida com apirexia sustentada, melhoria da colestase e dos parâmetros inflamatórios.

Este caso veio alertar a importância de não esquecer as complicações que a doença poliquistica pode levar e que apresentam elevado grau de morbilidade e mortalidade, nomeadamente formação de abcessos, cujo diagnóstico é desafiante, pela clínica e características imagiológicas inespecíficas.

Nº 152 Quando a pielonefrite não se fica pelo rim

Sofia Romão(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução:

A pielonefrite crónica é uma infeção piogénica contínua renal, que ocorre de forma quase exclusiva em doentes com anormalidades anatómicas associadas. A pielonefrite xantogranulomatosa (PNX) é uma variante incomum, caracterizada por uma resposta inflamatória invulgarmente severa à infeção.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente de 66 anos com antecedentes relevantes de adenocarcinoma da próstata (submetido a prostatectomia radical há 22 anos – posteriormente por estenose uretral algaliado crónico), hipertensão arterial e doença renal crónica KDIGO G3a. Internado no nosso serviço por PNX sem isolamento de agente. Cumpriu 32 dias de antibioterapia e foi colocada nefrostomia por abcesso renal concomitante do rim esquerdo, com melhoria clínica, analítica e imagiológica. Adicionalmente, com rotura atraumática da cápsula do baço com hemoperitoneu a condicionar anemia com necessidade de suporte transfusional – foram investigadas causas de rotura atraumática do baço, que se revelaram todas negativas; TC-corpo, EDA e colonoscopia sem evidência de neoplasia sólida. Salienta-se ainda derrame pleural esquerdo recidivante com necessidade de toracocentese (sem isolamento microbiológico nem presença de células neoplásicas). Após (1) mês, com quadro recidivante: agravamento do hematoma peri-esplénico e empiema pleural esquerdo. Para controlo de foco efetuada drenagem simultânea de coleção subcapsular esplénica (com isolamento de *Bacteroides fragilis*) e abcesso renal parcialmente exofítico no rim esquerdo (com isolamento de *Streptococcus constellatus*). Posteriormente submetido a nefrectomia e suprarrenalectomia esquerdas, esplenectomia, pancreatectomia caudal, marsupialização vesical e ureterostomia cutânea direita.

Discussão: Perante estudo extenso realizado, foi assumido derrame pleural recidivante reativo a rotura da cápsula do baço, este por sua vez por contiguidade com PNX. Reconhecemos o caso como pertinente e complexo por se tratar de uma apresentação rara de PNX com envolvimento multiorgânico, com necessidade de importantes diagnósticos diferenciais de abordagem prolongada multidisciplinar, salientando o papel da Medicina Interna como especialidade integradora.

Nº 153 Síndrome de Swyer-James-MacLeod, a propósito de um caso clínico

Sara Silva(1); Ana Costa(1); Helena Sarmento(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira

A síndrome de Swyer-James-MacLeod (SJML) foi descrita pela primeira vez em 1953 no Canadá. É uma doença pulmonar rara caracterizada por hipoplasia funcional unilateral da vasculatura pulmonar e enfisema, com ou sem bronquiectasias associadas, como resultado de bronquiolite obliterante pós infeciosa na infância. Tipicamente os doentes apresentam infeções respiratórias recorrentes, dispneia, baixa tolerância ao exercício físico, sibilância, toracalgia, tosse produtiva com expetoração mucosa ou hemoptises. No entanto, podem ser assintomáticos e a síndrome um achado em exames de imagem.

Homem, 2(1) anos, com antecedentes de bronquiolite obliterante por vírus sincicial respiratório aos 4 meses de idade com necessidade de admissão em unidade de cuidados intensivos e ventilação mecânica invasiva. Atelectasia pulmonar direita sem resposta a fisioterapia intensiva ou aspiração por broncofibroscopia, com atelectasia sequelar

persistente e hiperinsuflação compensatória do pulmão esquerdo. Três internamentos por infeção respiratória no espaço de 6 meses, com múltiplos esquemas de antibioterapia e necessidade de oxigenoterapia suplementar. Radiografia torácica e tomografia computorizada do tórax com bronquietactasias dispersas no hemitórax direito e atlectasia pulmonar com desvio da traqueia ipsilateral. Previamente sem sintomatologia grave ou necessidade de internamento. Proposto para pneumonectomia direita assistida por vídeo toracoscopia.

A SJML é uma manifestação rara de bronquiolite obliterante infeciosa, ocorrendo em aproximadamente 4% dos pacientes. Na maioria dos casos ocorre envolvimento preferencial pelo pulmão esquerdo. Por surgir numa fase precoce do desenvolvimento pulmonar ocorre comprometimento do desenvolvimento do pulmão afetado. O tratamento conservador é o pilar da gestão da doença, mas em casos de difícil controlo sintomático ou de infeções respiratórias de repetição, os doentes são propostos para lobectomia ou pneumectomia.

Nº 154 Nem todas as pneumonias se tratam com antibióticos!

Letícia Marques Leite(1); Sara Silva(1); Ângela Almeida(1); Isabel Mendes Bessa(1); Sandra Barbosa(1); Jorge Cotter(1)

(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Introdução: A doença eosinofílica pulmonar é uma doença parenquimatosa pulmonar rara, caracterizada por infiltrado eosinofílico no espaço alveolar e interstício.

Caso clínico: Mulher de 73 anos, com síndrome metabólica, observada no serviço de urgência por dispneia de agravamento progressivo, tosse seca e febre com (1) semana de evolução. Radiografia do tórax com infiltrados bilaterais dispersos. Tomografia do tórax com múltiplos infiltrados em vidro despolido bilateralmente, com predomínio periférico e nas bases. Leucograma sem alterações, VS de 60 mm e PCR de 63,4 mg/L. Cumpriu antibioterapia durante 7 dias sem melhoria clínica ou imagiológica. Estudo infecioso, autoimune e neoplásico negativos. Sem contexto epidemiológico relevante. IgE normal. Broncofibroscopia sem alterações. Lavado broncoalveolar com eosinofilia intensa (32,6% de eosinófilos), a favor de pneumonia eosinofílica aguda. Iniciou corticoterapia com prednisolona 60 mg/dia. Repetiu imagem 6 meses depois de iniciar o desmame da corticoterapia, com melhoria franca dos infiltrados pulmonares.

Discussão: A pneumonia eosinofílica aguda pode ser secundária a fármacos, atopia, infeções, doenças sistémicas ou idiopática, sendo este um diagnóstico de exclusão após estudo extenso. Pode manifestar-se com queixas respiratórias inespecíficas como tosse seca e dispneia, sem eosinofilia periférica, tal como a doente apresentada. Portanto, é preciso conhecer a patologia e realizar broncofibroscopia com lavado broncoalveolar. A eosinofilia superior a 25% é essencial para o diagnóstico. Se rapidamente identificada e tratada com corticoterapia, pode ter um ótimo prognóstico com recuperação clínica e resolução dos infiltrados pulmonares.

Nº 155 Pneumonia intersticial linfóide em contexto de infeção por SARS-CoV-2 – um caso invulgar

Catarina Maia Ferreira(1); Catarina Oliveira Silva(1); Maria Manuel Pereira(1); Ana Ramôa(1); Eduardo Macedo(1); Johanna Viana(1); Diana Silva Fernandes(1); Ana Rita Marques(1); Ilídio Brandão(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: A pneumonia intersticial linfóide é uma forma rara de doença pulmonar intersticial (DPI), normalmente associada a infeções víricas, como o vírus da imunodeficiência humana e Epstein-Barr, imunodeficiências e patologia autoimune, como síndrome de *Sjogren*.

Caso clínico: Homem de 64 anos, antecedentes de hipertensão arterial e obesidade, recorreu ao serviço de urgência por quadro de agravamento de dispneia, tosse com expetoração mucoide, febre, astenia e mialgias com uma semana de evolução. Na admissão, taquipneico, com edema periférico, murmúrio vesicular diminuído com crepitações bibasais na auscultação e necessidade de oxigenoterapia suplementar. Analiticamente com lesão renal aguda (creatinina 1,7g/dL) e elevação da proteína C reativa (131mg/L), NT-proBNP (16683pg/mL), d-dímeros (2191ng/mL), marcadores de necrose miocárdica (troponina I 1,276ng/mL, mioglobina 776ng/mL, CK total 390U/L) e procalcitonina (8,40ng/mL). Eletrocardiograma sem alterações. Pesquisa de vírus respiratórios positiva para SARS-CoV-2. Realizada tomografia (TC) torácica que relatou hipertensão pulmonar, parênquima pulmonar com padrão em vidro despolido em todos os lobos, espessamento dos septos interlobulares e imagens quísticas/pneumatocelos dispersos sugestivas de pneumonite intersticial linfóide ou descamativa, achado este atípico de infeção por SARS-CoV-2. Outras serologias víricas foram negativas, bem como estudos microbacteriológicos. À data de alta orientado para consulta. Realizou espirometria, sem alterações, e TC 6 meses após já sem áreas de condensação parenquimatosa ou em vidro despolido, com cistos pulmonares bilaterais sobreponíveis à TC prévia.

Discussão: Estudos demonstraram a possibilidade da infeção por SARS-CoV-2, à semelhança de outros vírus, desenvolver ou intensificar DPIs. Contudo, não estão descritos na literatura casos de pneumonia intersticial linfóide em contexto de doença por SARS-CoV-2.

Nº 156 Comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease and risk of severe exacerbation and mortality

Mário Bibi(1); Ana Luísa Fernandes(1); Daniela Santos(2); Carla Ponte(2); Marisa Pardal(3); Elisabete Carvalho(3); Filipa Bernardo(3); Hugo Martinho(3); Tiago Taveira-Gomes(4); Paula Simão(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Unidade de Saúde Familiar Porta do Sol (3) AstraZeneca Portugal (4) Faculdade de Medicina da Universidade do Porto / Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde

Introduction: Exacerbations and comorbidities are the factors that most contribute to morbidity and mortality in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Management strategies to prevent exacerbations in COPD are challenging and involve early targeting of individuals who are at high risk of future exacerbations.

Objectives: To characterize the comorbidities burden of patients with COPD and to estimate 1-year risk of exacerbations, all-cause mortality and cardiovascular (CV) death according to the exacerbation profile at diagnosis, in a real-world clinical setting.

Methods: Real-world, retrospective, observational, longitudinal study that used secondary data from a Local Health Unit. COPD patients aged >40 years diagnosed between Jan 2013 and Dec 2018 (diagnose defined as index date) were included in the analysis. Moderate exacerbations (ModEx) were defined as COPD-related office/outpatient visit with a prescription for respiratory antibiotics and/or oral corticosteroids, and severe exacerbations (SevEx) were defined as hospitalization (ICD-10-CM code J44 as primary diagnosis or J44.0/J44.(1) as secondary diagnosis)or emergency room visits (ICD-10-CM code J44.0/J44.(1) in outpatient hospital care). Patients were grouped into one exacerbation category based on 12-month history prior to index: 0 exacerbations (A), (1) ModEx (B), 2 or more ModEx (C); (1) SevEx (D) and 2 or more exacerbations, but at least (1) SevEx (E). Cardiovascular, respiratory, psychiatric, metabolic and bone comorbidities classified by the ICD-9 and 10 codes were extracted for each exacerbation category. Risk of a first exacerbation and death during 12 months of follow-up was determined at 95% confidence interval (CI) for each category (category A as reference).

Results: A total of 5 696 COPD patients were included. The majority were male (68%) with a median age of 68 [IQR 18] years, and 25% were current smokers. At index, 36.4% did not have any exacerbations in the 12-months period before COPD diagnosis, whereas 40,5% had at least (1) severe exacerbation. Respiratory- and cardiovascular-related comorbidities had an overall increasing trend across categories. During 12 months follow--up, 27% of the patients from cohort D and 38% of the patients from cohort E had a subsequent SevEx. The median time to a subsequent SevEx was 106 days for cohort D and 93 days for cohort E. Patients from cohort D and E had a significant higher 1-year adjusted hazard ratio (HR=2.98; CI 2.54 – 3.50 and HR=3.17; CI 2.63-3.83, respectively) of SevEx than patients with no previous exacerbations. Adjusted HR of 1-year all-cause mortality was higher for patients at categories D (HR=1.67; CI 1.27 - 2.21) and E (HR=1.45; CI 1.05 - 2.00). Adjusted HR of 1-year CV death was higher for category E (HR=1.67; CI 1.18 - 2.36).

Conclusions: This study confirms the high burden of comorbidities and exacerbations in COPD patients. Patients with increasing previous severe exacerbations have an increased risk of subsequent severe exacerbations in the following year, all-cause and CV mortality. Timely COPD diagnosis and targeting of individuals at high risk of future exacerbations is needed to implement strategies to decrease exacerbations burden.

Nº 157 "Além do que se vê - Relato de um caso de Ossificação pulmonar"

Ana Martins Neves(1); Elizabete Dulce Mendes(1); Ana Paula Rezende(1); Sócrates Vargas Naranjo(1); Ana Bela Mateus(1); Isabel Ensina Lavadinho(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - Hospital de Portalegre

Introdução: A ossificação pulmonar, patologia rara de etiologia desconhecida. Afetação de parênquima pulmonar, assintomática. Achado acidental. Afeta homens de meia-idade. Assintomática. Associada a processos inflamatórios, etc. Caso de uma mulher jovem; pneumotórax espontâneo 1º refractário, submetida a reseção parcial do pulmão direito e pleurodese química; histologia confirmou ossificação pulmonar, sugerindo correlação com os seus antecedentes: pneumonia COVID19; tabagismo (20 UMA) e neonato pretermo com BPN; infecções respiratórias repetição. **Caso**: Mulher, 37 anos, antecedentes referidos, recorreu à urgência por tosse; toracalgia pleurítica.COC, palidez; fenótipo: magra (IMC 15); baixa estatura; extremidades superiores longas; hiperlaxitude articulações; hemodinamicamente estável; AC: normal; dispneia aa, SatO2

96%, AP: MV abolido direito; GSA pH 7,45; pCO2 36; pO2 70; HCO3- 29; SatO2 93,4%; Analiticamente: Leuc 15930 (N:88%) PCR 13,4; DD 0,9; Virus: negativos; RXT: pneumotórax direito. Colocado dreno torácico. TACTórax: pneumotórax, colapso parcial direito; áreas vidro despolido. Hipóteses diagnósticas: Pneumotórax espontâneo etiologia a esclarecer (Doença de tecido conectivo; Défice alfa-(1) Antitripsina; Doença inflamatória pulmonar crónica?). Screening autoimunidade; fibrinogénio; painel doenças tecido conectivo; alfa-(1) antitripsina - normal. Às 18h, agravamento clinico, dreno não oscilante. 2º TAC: aumento volume pneumotórax. Recolocado dreno. Reencaminhada para Cirurgia torácica onde realizou uma ressecção pulmonar LSD e pleurodese química. Observou-se pulmão aparentemente livre, rosado, focos de antracose, distrofia apical; Histologia: enfisema; fibrose; focos metaplasia óssea e hiperplasia de células mesoteliais. Retirado dreno e RXT normal à alta. Seguimento em Cirurgia Torácica para reavaliação e Pneumologia. Tratamento: analgesia e reabilitação respiratória em ambulatório. **Discussão:** Achados imagiologicos-clinicos encobrem uma patologia silenciosa. Rara na mulher e nesta idade. É importante correlacionar os achados da biópsia e histológicos com os antecedentes patológicos. A realçar o facto de ser fumadora ativa (antracose) e ter sido um neonato prematuro com BPN que por vezes acarreta alterações de desenvolvimento orgânico e imunológicas.

Nº 158 Compressão medular: diagnóstico diferencial com Linfoma não Hodgkin

Pedro Reboredo(1); Rita Domingos(1); Paula Nogueira(1); Cristina Sousa(1)

(1) CHUA Faro

Introdução: lombalgia é uma das causas mais frequentes de ida aos serviços de urgência. O grande leque de possíveis etiologias configura-se como um grande desafio diagnóstico para os clínicos, ainda que na maioria das vezes seja de causa mecânica ou inespecífica. Como tal, deveremos equacionar as causas mais prováveis de acordo com o tipo de população.

Caso clínico: doente do sexo masculino, 8(1) anos, referenciado à consulta externa de Medicina Interna por quadro de dor lombar com irradiação aos membros inferiores, parestesias, diminuição da força muscular e alteração do equilíbrio, com impotência funcional. Antecedentes pessoais de Linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B em 2010, envolvimento de L3 com componente epidural que condicionava compressão medular (sem envolvimento medular) e sintomatologia similar. Necessidade de realização de laminectomia, que permitiu diagnóstico por biópsia óssea. Realizou quimioterapia, com alta da consulta de Hematologia em 2018.

Marcha diagnóstica: realizada ressonância magnética da coluna lombar compatível com mielopatia espondilótica compressiva. Medulograma sem expressão fenotípica de doença Linfoproliferativa B ou T e biópsia osteomedular sem infiltração neoplásica. Submetido a cirurgia descompressiva, com reversão completa dos défices. Atualmente em plano de reabilitação de Fisioterapia.

Discussão e Conclusão: apesar da maioria das lombalgias serem de causa benigna, e como tal requererem analgesia e repouso, deverão ser excluídas duas importantes "*red flags*", malignidade e síndrome da cauda equina. Dados os sintomas poderem enquadrar-se em múltiplas patologias, exames imagiológicos deverão ser solicitados para permitir um diagnóstico atempado e um tratamento adequado, evitando a instalação de défices permanentes. Como tal, a ressonância reveste-se de fundamental importância, o que nos permitiu um diagnóstico definitivo no caso clínico apresentado.

Nº 159 Hemofilia Adquirida, um diagnóstico incomum mas potencialmente fatal

Rui Lourenço Gonçalves Fernandes(1); Ana Carolina Henriques(1); Francisco Barreto(1); Maria Inês Correia(1); Teresa Faria(1)

(1) Hospital Nélio Mendonça

Introdução: As discrasias hemorrágicas são patologias pouco frequentes mas potencialmente fatais, e a Hemofilia Hereditária é a doença clássica deste grupo nosológico. Raramente, a hemofilia pode ter origem Adquirida. Trazemos o caso de um homem de 64 anos, que desenvolveu múltiplas hemorragias musculares espontâneas e cuja marcha diagnóstica culminou com o diagnóstico de hemofilia adquirida.

Caso Clínico

Homem de 64 anos com antecedentes de Doença Renal Crónica estadio 3A, é enviado ao Serviço de Urgência por dor, rubor, equimoses e edema da coxa direita com 15 dias de evolução. Analiticamente, anemia *de novo* com Hg 4g/dl, d-dímeros 6000ug e aPTT 73s A realização de Angio-TC do membro excluiu a presença de trombose, porém, permitiu visualizar uma coleção hemática intramuscular. O doente negava traumatismo ou perdas hemáticas visíveis. A elevação isolada do aPTT, assim como, anemia de novo com coleções hemáticas espontâneas, levantaram a hipótese de Hemofilia Adquirida (HA), confirmada após revisão da hemóstase, com doseamento do Fator VIII (FVIII) em apenas 4% e pesquisa positiva para inibidores do FVIII. Após estabilização clínica, iniciou Prednisolona 1mg/Kg/dia e investigação etiológica, que foi inconclusiva. Aquando da alta, apresentava Hg de 10g/dl e após um total de 1(1) transfusões de Unidade de Concentrado Eritrocitário, e revisão da hemóstase com níveis de Factor VIII de 47%, doseamento de inibidores < 0.6UB e pesquisa negativa de anticorpos.

Conclusão: A HA é uma doença rara, que requer um elevado grau de suspeição, e de provável mecanismo autoimune, com a formação de anticorpos que inibem a atividade do VIII. À semelhança do caso aqui enunciado, a suspeita de HA deverá ser levantada quando na presença de hemorragias espontâneas, tendencialmente intramusculares e com elevação isolada do aPTT. Estima-se que 43.6-51.9% dos casos sejam idiopáticos e os restantes atribuídos a causas neoplásicas, doenças autoimunes, infeciosas ou medicamentosas. Por fim, o tratamento assenta em 3 pilares, prevenção e controlo das hemorragias, tratamento da etiologia precipitante e eliminação dos inibidores por imunossupressão.

Nº 160 Angiomatose difusa um caso raro

Joana Gouveia(1); Madalena Santos(1); Inês Júlio(1); Ana Rita Figueiredo(1); Luísa Urbano(1); Rita Luís(1); Alba Janeiro Acabado(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A angiomatose difusa é uma doença extremamente rara, caracterizada por angiomas multifocais no osso associado a envolvimento visceral, provocando a destruição óssea e de tecidos moles.

Os autores apresentam este caso clínico, pela sua raridade e exuberância do atingimento visceral.

Trata-se de uma mulher de 60 anos com quadro de coxalgia com 10 meses de evolução e dor na região nadegueira e coxa direita, associado a sensação de queimadura na face interna da coxa e períneo, com agravamento na posição sentada, de início recente. Foi internada eletivamente para estudo de lesões osteolíticas vertebrais e hepáticas observadas em tomografia computorizada, sugestivas de lesões secundárias a neoplasia.

Dos antecedentes pessoais, a referir um internamento 12 anos antes por derrame pericárdico e pleural cujo estudo exaustivo concluiu tratar-se de polisserosite idiopática, identificando, incidentalmente, pequenos angiomas hepáticos. Ao exame objetivo, com razoável estado geral, a salientar adenopatias inguinais à esquerda, dolorosas à palpação e moles. Iniciou-se novo estudo laboratorial e imagiológico com vista a detetar possível neoplasia oculta, sólida ou hematológica. Assim, realizou ressonância magnética abdominal para melhor caracterização das lesões hepáticas e decisão da lesão a biopsar. Observaram-se múltiplas lesões sólidas irregulares, confluentes, com hipersinal em T2. O exame anatomopatológico das lesões ósseas e hepáticas revelou hemangioma cavernoso, assumindo-se assim o diagnóstico de angiomatose difusa.

A doente apenas apresenta queixas pelo envolvimento ósseo, no entanto com exuberante envolvimento visceral, que pode colocar questões quanto à abordagem futura deste caso. Este é um diagnóstico com um curso benigno, cuja terapêutica se cinge aos casos sintomáticos ou complicações. É importante realçar que dada a raridade desta patologia, é necessário um estudo extenso pelo diagnóstico diferencial com lesões malignas.

Nº 161 Mastite granulomatosa – diagnóstico e terapêutica desafiantes

Daniela Augusto(1); Mariana Esteves(1); Filipe Martins(1)

(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A mastite granulomatosa (MG) ou de células plasmáticas consiste na inflamação mamária crónica de etiologia não bacteriana, caracterizada histologicamente pela infiltração de células plasmáticas nos ductos mamários. Sabe-se que é mais frequente em mulheres de descendência árabe, no entanto, a sua etiologia é ainda desconhecida, não existindo consenso em quanto à abordagem terapêutica.

Caso clínico: Mulher de 27 anos, sem antecedentes pessoais de relevo ou medicação habitual. Encaminhada para consulta por escorrência mamária bilateral, associada a mastalgia esporádica, com um ano de evolução, sem resposta a antibioterapia empírica prescrita. Ao exame objetivo, retração ligeira do complexo aréolo-mamilar bilateralmente e palpação de empastamento na região retroareolar da mama direita e transição dos quadrantes externos da mama esquerda, sem adenomegalias palpáveis. Realizada ecografia mamária com evidência de área hipoecogénica de limites mal definidos, centrada ao quadrante infero-externo / transição dos quadrantes externos da mama esquerda, com extensão até à região retroareolar, com pelo menos 6,8cm, de caraterísticas de moderada a elevada suspeição, pelo que se realizou biópsia: achados morfológicos concordantes com mastite de células plasmáticas. Excluída tuberculose e iniciada terapêutica com prednisolona (dose máxima 60 mg/dia, correspondente a 1mg/kg), com melhoria clínica e imagiológica. Efetuado desmame lento de corticóide com manutenção de estabilidade clínica. Mantém-se em vigilância imagiológica anual dadas as características incertas desta entidade.

Discussão: O diagnóstico de MG deve ser considerado em doentes com sintomatologia compatível com mastite crónica. Pela a apresentação clínica e achados imagiológicos similares a outras entidades, como por exemplo, carcinoma da mama, a realização de biópsia é essencial ao diagnóstico. Uma percentagem dos casos regride espontaneamente após 12 a 24 meses de início de sintomas, no entanto, a maior parte necessita de imunossupressão, sendo o corticóide a primeira linha de tratamento.

Nº 162 Alta Pressão – Síndrome de Absorção Intravascular por Histeroscopia Operatória

Tiago Neto Gonçalves(1); Inês T. Margarido(1); João Galaz Tavares(1); Natália Marto(1); Cláudia Diogo(1); António Messias(1)

(1) Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A síndrome de absorção intravascular por histeroscopia operatória (OHIA) é uma complicação rara de procedimentos que envolvem a absorção sistémica de fluidos. Estes podem complicar-se com sobrecarga de volume, distúrbios hidroelectrolíticos e hemodinâmicos, potencialmente fatais.

Caso Clínico: Mulher de 30 anos de idade com antecedentes de asma e rinite alérgica, submetida a miomectomia por histeroscopia, sob raqui-anestesia e sedação ligeira com opióide. A distensão uterina foi conseguida com solução isotónica. Ao fim de uma hora de procedimento, a doente desenvolveu alteração do estado de consciência, hipotensão, bradicardia, dessaturação periférica com edema facial e cervical. O balanço hídrico encontrava-se positivo em 1500mL. Por hipótese de choque anafilático ou reação medicamentosa adversa, foi administrada adrenalina intramuscular, atropina e flumazenil, sem efeito. Apresentava acidose metabólica grave, hipernatremia, leucocitose, sem eosinofilia, com níveis de triptase normais. Na laparoscopia abdominal verificou-se edema das ansas intestinais e líquido livre intra-abdominal. Após entubação orotraqueal, a doente foi admitida na Unidade de Cuidados Intensivos com desenvolvimento de fervores pulmonares bilaterais, documentando-se edema pulmonar em exame de imagem. A evolução foi favorável, com suspensão de vasopressores ao fim de uma hora e extubação no segundo dia de internamento. O balanço hídrico negativo foi conseguido com diurético de ansa, tendo-se estabelecido o diagnóstico de síndrome de OHIA.

Discussão: A absorção sistémica de fluídos é uma complicação de procedimentos histeroscópicos, tendo fatores de risco que incluem a utilização de grandes volumes de líquidos, procedimentos prolongados e uso de soluções hipertónicas. O uso de soluções isotónicas e o controlo rigoroso do balanço hídrico são importantes na prevenção da síndrome. O reconhecimento precoce desta complicação operatória é fulcral para um desfecho favorável.

Nº 163 Parasitemia até ao cérebro – a importância de uma intervenção precoce na malária

Diana Alves do Carmo(1); Inês de Sá Martins(1); Paulo de Castro(1); Diana Mimoso(2); Raquel Moniz(2); Monique Alves(2); Cátia Cunha Ribeiro(2); Ricardo Amaral(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

Introdução: A malária cerebral é uma complicação neurológica severa da infeção por *Plasmodium falciparum* e estima-se que 1% dos casos de malária resulte em doença grave com potencial envolvimento neurológico. É uma emergência infeciosa com elevada taxa de mortalidade e manifesta-se por encefalopatia com alterações inespecíficas do estado de consciência e mais raramente com sinais neurológicos focais.

Caso clínico: Homem de 49 anos, sem antecedentes de relevo. Residente em Portugal, viaja frequentemente para Angola em trabalho. Recorre ao serviço de urgência por febre e mialgias com 5 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se orientado, febril, hipotenso e ictérico. Analiticamente com trombocitopenia, lesão renal aguda e padrão de citocolestase com hiperbilirrubinemia direta. A pesquisa de *Plasmodium* foi

positiva para *Plasmodium falciparum* com parasitemia de 26%. Por malária severa com falência multiorgânica foi admitido na unidade de cuidados intermédios e iniciou tratamento com quinino e doxiciclina, por indisponibilidade de artesunato na farmácia. No dia 2 de internamento iniciou quadro de défice motor discreto no membro superior esquerdo, com posterior deterioração progressiva do estado de consciência, a evidenciar malária com envolvimento cerebral e consequente encefalopatia em agravamento. Após 3 dias de quinino endovenoso, a parasitemia diminuiu para níveis inferiores a 1%, com melhoria discreta do estado neurológico e, posteriormente, após cumprir 7 dias de doxiciclina e quinino oral apresentou progressiva melhoria do estado geral, com reversão da depressão do estado de consciência.

Conclusão: Um diagnóstico precoce, um tratamento emergente e uma vigilância apertada em casos de malária mostram-se essenciais para modificar o curso da doença, permitir a recuperação e diminuir a mortalidade.

Nº 164 Síndrome de Platipneia-Ortodeoxia - uma causa rara de hipoxémia

Fábio Neves Correia(1); Carolina Maia(1); Maria João Vilela(1); Filipa Rodrigues(1); Catarina Araújo(1); Paula Ferreira(1); André Santa Cruz(1); Ana Rita Matos(1); Sara Marques(1); Isabel Apolinário(1); Cristina Ângela(1); Alexandre Carvalho(1)

(1) Hospital de Braga

A síndrome de Platipneia-Ortodexia é uma síndrome rara caracterizada por dispneia posicional (platipneia) associada a dessaturação arterial (ortodeoxia) em ortostatismo. As causas intra-cardíacas da síndrome de Platipneia-ortodexia incluem o foramen ovale patente ou o defeito/aneurisma do septo auricular (ASA).

Doente de 78 anos, sexo masculino, com antecedentes de cardiopatia isquémica e foramen ovale patente, recorreu ao serviço de urgência (SU) por dispneia em agravamento com (1) semana de evolução. No SU foi objetivada uma hipoxémia significativa (ratio PaO2/FiO2 - 180) mas sem causa evidente após estudo analítico e TC torácico contrastado. Por este motivo, o doente foi internado aos cuidados da Medicina Interna (MI). Durante o internamento na MI, foi realizada uma revisão de órgãos e sistemas exaustiva – durante a mesma o doente referiu presença de dispneia em ortostatismo com evolução de (1) ano após apendicectomia laparoscópica. Assim, foi considerado o diagnóstico de uma síndrome de platipneia-ortodeoxia e foi realizada uma gasimetria arterial em decúbito dorsal e na posição sentada que evidenciou um gradiente significativo da PaO2 (PaO2 decúbito dorsal – 81.4mmHg e PaO2 posição sentada - 49.2mmHg), confirmando a suspeita levantada. De forma a excluir outras causas de hipoxémia, foi realizado TC torácico de alta resolução que evidenciou uma elevação diafragmática direita. Foi realizado ecocardiograma transesofágico com *Bubble test* que objetivou ASA com 22mm de diâmetro, com efeito hemodinâmico significativo.

Tendo em conta os achados já descritos, foi diagnosticada uma síndrome de platipneia-ortodeoxia associada a ASA e parésia diafragmática direita pós-cirúrgica. O doente submetido a encerramento do defeito anatómico com resolução da hipoxémia.

Este caso evidencia a importância da história clínica, do exame objetivo e de meios auxiliares de diagnóstico simples (como a gasimetria) no diagnóstico de causas raras de hipoxémia potencialmente reversíveis.

Nº 165 Watch What You Eat - Caso Clínico de Intoxicação Alimentar Acidental Grave

Sofia Andraz(1); Teresa Abegão(1); Fátima Cereja(1); Mariana Antão(1); Mariana Figueiras(1); Pedro Azevedo(1); Ana Ribeiro(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Introdução: *Oenanthe Crocata*, também conhecida por Embude, é uma planta da família *Apiaceae*, presente em território português, principalmente em margens de rios. Apresenta ação antagonista não competitiva dos recetores do ácido gama-aminobutírico (GABA) no sistema nervoso central, que lhe confere elevada toxicidade.

As manifestações iniciais podem variar entre náuseas, vómitos, dor abdominal, confusão e fraqueza, até convulsões e coma. Deste modo, e dado o seu mecanismo de ação, a sua apresentação inicial pode ser confundida com uma intoxicação colinérgica.

Caso Clínico: Mulher, 32 anos, francesa. Sem antecedentes pessoais conhecidos.

Trazida ao Serviço de Urgência por crises tónico-clónicas generalizadas, com duração superior a (1) hora, refratárias a diazepam e midazolam, que iniciaram 4 horas após ingesta acidental de *Oenanthe Crocata*. Durante o transporte, em período pós-crise, iniciou agitação psicomotora, sendo necessário reforço de sedação. À admissão estava hemodinamicamente estável, em ritmo sinusal e pontuava 9 na Escala de Coma de Glasgow.

Contactou-se o Centro de Informação Antivenenos, que informou não existir antídoto e a terapêutica ser suporte de órgão, pelo que foi internada na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

Analiticamente, destacou-se leucocitose e neutrofilia, elevação das transaminases, sem elevação da colinesterase. Elevação importante da creatina-quinase sérica, em agravamento durante o internamento, atingindo um valor de 220 vezes o limite superior do normal, a que se associou lesão renal aguda AKIN III.

Realizou fluidoterapia e terapêutica anticonvulsivante. Por apresentar melhoria clínica e analítica, teve alta ao 8º dia de internamento, já sem disfunção de órgão.

Discussão: *Oenanthe Crocata* é uma planta que provoca intoxicações graves, geralmente acidentais, que podem ser letais. São caracterizadas por convulsões recorrentes e refratárias e lesão multiorgânica. Não existe antídoto e o tratamento baseia-se em suporte de órgão, principalmente suporte da via aérea e controlo das crises convulsivas. Este caso clínico realça a importância da rápida identificação da intoxicação e de tratamento médico especializado imediato para garantir uma evolução clínica favorável.

Nº 166 Arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy: a severe first presentation

Sara Moutinho-Pereira(1); Patrícia Rocha(2); Sandra Oliveira Mendes(1); Ricardo Jorge Sousa(1); Ivo Cunha(1); Raquel Calisto(1); Carla Maia(3); Marta Pereira(1); Daniel Seabra(1); Rui Araújo(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (2) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão (3) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde

Introdução: Arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy (ARVC) is an underrecognized clinical entity characterized by arrhythmias of RV origin and abnormal RV where the myocardium is replaced by fibrous or fibro-fatty tissue, leading to global RV dilation. Sudden cardiac death can be the first manifestation.

Caso clínico: A 29-year-old male, with known schizophrenia, presented with 2-month complaints of dyspnea. He collapsed in the emergency department after a minor effort.

The monitor showed ventricular fibrillation (VF) and one shock was administered, with ROSC. The ECG showed sinus rhythm with inverted T waves in V1-V5 and prolonged QTc of 533ms. CT angiography excluded pulmonary thromboembolism. Echocardiography showed dilation of right-sided heart chambers and global compromise of right ventricle (RV) function due to free wall hypokinesia. Cardiac MRI confirmed a significantly dilated RV with severely compromised ejection fraction, akinesia of the inferior wall and small aneurysms in the antero-lateral wall of the RV, suggesting arrhythmogenic RV cardiomyopathy (ARVC). Given the severity of presentation, implantation of an ICD was preconized for secondary prevention. The genetic study for the most common causes of ARVC was negative.

Discussão: QT prolongation is a known side effect of antipsychotic drugs, namely haloperidol and clozapine, both in high doses on our patient. We hypothesize this might have triggered VF, culminating in cardiac arrest. However, the history of dyspnea and the echocardiographic findings suggested right-sided heart failure. Our patient presented with sudden cardiac arrest. Iatrogenic QTc prolongation might have facilitated this malignant arrythmia, raising the need of thoughtfulness when prescribing certain drugs specially in the context of arrhythmogenic pathology.

Nº 167 Crise convulsiva como apresentação inicial de um tromboembolismo pulmonar maciço

Maria Inês Matos(1); João Marques(1); Lúcia Vales(1); Inês Mendonça(1); Marta Carreira(1); Sofia Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo é uma forma de tromboembolismo venoso comum, com diversas formas de apresentação e com um espectro de gravidade muito variável. TEP maciço é uma emergência médica, que normalmente se apresenta com dispneia, dor torácica, hipotensão arterial e síncope, para o qual a trombólise é o tratamento mais eficaz.

Caso clínico: Homem de 37 anos com história de artroscopia por conflito femoroacetabular direito há seis semanas, sob profilaxia com rivaroxabano 10mg id até duas semanas antes. Ativada a Viatura Médica de Emergência e Reanimação por crise convulsiva tónico-clónica generalizada, com duração inferior a 2 minutos, precedida de episódio de dispneia. À chegada da equipa, doente consciente, colaborante e orientado, sem défices neurológicos focais, pressão arterial de 200/110mmHg, frequência cardíaca de 150bpm, apirético, frequência respiratória de 40cpm, cianose e SatO2 <60% com máscara de alta concentração; com necessidade de entubação orotraqueal. Sem ruidos adventícios na auscultação pulmonar, apresentava edema assimétrico do membro inferior direito. Eletrocardiograma com taquicardia sinusal e bloqueio de ramo direito. Do estudo realizado, diagnóstico de TEP maciço com trombo em sela na bifurcação do tronco da artéria pulmonar e estendendo-se às artérias pulmonares principais, lobares e segmentares e sinais de sobrecarga do ventrículo direito; analiticamente com elevação de marcadores de necrose miocárdica, configurando diagnóstico de TEP de alto risco (PESI V). Realizada trombólise (alteplase 100mg) com evolução favorável, a permitir alta hospitalar ao 12º dia.

Discussão: A crise convulsiva é uma apresentação inicial atípica de TEP, que ocorre em contexto de hipoxemia e/ou diminuição da perfusão cerebral pela diminuição do debito cardíaco, e que pode atrasar o seu diagnóstico. Este caso sublinha a importância da visão integrada do doente no diagnóstico diferencial e escolha de exames a realizar, de modo a não atrasar o tratamento adequado.

Nº 168 De terapêutica a ameaça: Hemorragia alveolar difusa induzida por consumo de canábis

Sandra Oliveira Mendes(1); José Coelho Ribeiro(1); Sandra Silva(1); Filipa Guimarães(1); Ana Mesquita(1)

(1) Hospital Pedro Hispano

A canábis é uma das drogas mais consumidas mundialmente. Para além do uso para fins recreativos, o recurso para fins medicinais está em crescimento, sendo essencial o conhecimento dos efeitos e riscos associados. São várias as complicações associadas ao consumo de canábis; apesar de rara, a hemorragia alveolar difusa(HAD) é uma complicação conhecida e potencialmente fatal. Apresenta-se um caso cuja expressão foi de extrema severidade com insuficiência respiratória(IR) grave.

Homem de 48anos com lombossacralgia crónica de difícil controlo e consequente abuso de AINEs, opióides e consumo diário de haxixe. Apresenta-se por quadro agudo de hemoptises. Na avaliação destacou-se IR grave, estabilidade hemodinâmica e TC torácica a sugerir HAD. Admitido no Serviço de Medicina Intensiva onde iniciou oxigenoterapia de alto fluxo e protocolo de ác. tranexâmico. Nas primeiras 24h associou-se queda de 3g/dL de hemoglobina; decidido início de pulsos de metilprednisolona. Melhoria clínica e imagiológica nas 24h seguintes. Da investigação etiológica, excluídas causas imunológicas, infeciosas, valvulopatia mitral e neoplasia. Assumida provável toxicidade pelo consumo de haxixe, recentemente intensificado, hipótese corroborada pela evolução favorável com a sua suspensão. Foi orientado para realização de broncofibroscopia em ambulatório, indicada evicção de canabinóides e plano analgésico adequado.

Está descrita associação entre uso de canábis fumado e evidência histológica de inflamação da via aérea, edema e aumento da permeabilidade alveolar, processos que podem levar a disrupção da membrana alvéolo-capilar e, eventualmente, a HAD. Este caso reforça a necessidade crescente da identificação de efeitos colaterais de drogas como canabinóides e a importância de um nível de suspeição elevado baseado na anamnese. O consumo de substâncias é transversal à população geral sendo fulcral reconhecer que, apesar de descritas como habitualmente inócuas, podem cursar com quadros ameaçadores de vida.

Nº 169 Uma causa rara de coma

João Luís Cavaco(1); Ana Rita Ferreira(1); Inês Matias Lopes(1); Constança Abecasis Jalles(1); Ana Furão Rodrigues(1); Sofia Esteves(1); Diogo Couto Sousa(1); Armando Braz(1); Paula Silva(1); Ana Oliveira Pedro(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução. A cirurgia de Fontan permite a correção de cardiopatias congénitas complexas com fisiologia de ventrículo único. As alterações hemodinâmicas a longo prazo podem afetar todos os órgãos. A doença hepática associada (*Fontan-associated liver disease, FALD)* inclui diversas alterações secundárias a hepatopatia congestiva, seguindo a história natural habitual da generalidade das doenças hepáticas, até à cirrose e ao carcinoma hepatocelular. A encefalopatia hepática nestes doentes consta escassamente na literatura.

Caso Clínico. Homem de 43 anos com antecedente de cirurgia de Fontan aos 15 anos por isomerismo direito com defeito completo do septo aurículo-ventricular, com anastomose cavopulmonar completa. Sem seguimento durante 10 anos. Hospitalizado por COVID-19 com pneumonia hipoxemiante. A avaliação laboratorial documentava ligeira

trombocitopenia (139.000/L), INR 1.64, elevação das aminotransferases (AST 133 U/L, ALT 153 U/L), GGT (176 U/L) e ALP (132 U/L), com bilirrubina total e albumina sérica normais; sem doença hepática conhecida prévia. Ecografia abdominal documenta fígado esteatósico, sem lesões focais. No decurso do internamento, verifica-se instalação de coma e choque obstrutivo, com agravamento da trombocitopenia (77.000/L), d-dimeros 1.05 ug/mL, bilirrubina total 2.86mg/dL e albumina 2.7g/dL, com hiperamoniémia 217 umol/L. TC-CE sem lesões agudas. TC tóraco-abdominal documenta trombose do conduto de Fontan. É iniciado suporte vasopressor, ventilação mecânica invasiva, sendo transferido para centro especializado para recanalização do conduto. Com a terapêutica anticoagulante, rifaximina e lactulose verificou-se melhoria clínica, resolução do choque e do coma.

Discussão. Este caso de trombose de conduto de Fontan surge em provável contexto de estado protrombótico associado à COVID-19, com consequente encefalopatia hepática e coma. Os doentes submetidos a esta cirurgia devem ser avaliados periodicamente para exclusão de complicações como a FALD.

Nº 170 Enteropatia a Olmesartan – quando o tratamento de uma doença causa outra

Sara Marina da Silva Santos(1); Rita Pinto Araújo(1); Rita S. Costa(1); Luís Neto Fernandes(1); Sofia Osório Ferreira(1); Sérgio Gomes Ferreira(1); Rita Maciel(1); Helena Maia(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: O olmesartan pode ser causa de enteropatia caracterizada por diarreia crónica grave, perda ponderal significativa e atrofia vilositária da mucosa duodenal, mimetizando a doença celíaca, embora poucos casos estejam descritos. Pode surgir meses ou anos após introdução do fármaco e, habitualmente, a clínica resolve-se após descontinuação do mesmo, não havendo efeito de classe.

Caso clínico: Mulher de 86 anos, medicada com olmesartan há 10 anos por hipertensão arterial.

Admitida no Serviço de Urgência por quadro com cerca de 3 meses de evolução diarreia crónica (15 dejeções diárias, liquidas, sem sangue ou muco), náuseas e perda ponderal de cerca de 6kg nos últimos 6 meses. Sem febre. Negava viagens e uso recente de antibioterapia.

À admissão apresentava-se desidratada, hipotensa, taquicárdica e apirética. Analiticamente tinha lesão renal aguda AKIN 3 (Cr 4.3 mg/dL), acidemia metabólica e hipocalemia moderada (K+ 2.3mmol/L), mas sem aumento significativo dos parâmetros inflamatórios. Durante o internamento evoluiu com melhoria clínica e analítica sob fluidoterapia e reposição endovenosa de potássio, sem novos episódios de diarreia. O estudo etiológico mostrou elevação da calprotectina fecal (587mcg/g) e um infiltrado inflamatório com predomínio de polimorfonucleares eosinófilos na biópsia da mucosa intestinal após colonoscopia. O restante estudo foi negativo, incluindo coproculturas, serologias da doença celíaca e outras causas de atrofia vilositária. Assumido como diagnóstico mais provável a enteropatia por olmesartan, tendo tido alta sem terapêutica anti-hipertensora, dado ter mantido perfil tensional controlado durante o internamento. Posteriormente e por autoiniciativa dado perfil hipertensivo em domicílio, a doente retomou o olmesartan apresentando recrudescência do quadro com necessidade de novo internamento. Novamente com evolução favorável após suspensão do fármaco, tendo tido alta sob amlodipina.

Discussão: Este caso pretende alertar para uma causa rara de enteropatia, com clínica que mimetiza a doença celíaca, devendo ser um diagnóstico a excluir em doentes medicados cronicamente com olmesartan.

Nº 001 A intervenção precoce dos cuidados paliativos na demência faz a diferença - Um caso clínico

Carla Dias(1); José Manuel Queirós(1); Delfim Oliveira(1); Edna Gonçalves(1)

(1) Centro Hospitalar São João

Os cuidados paliativos pretendem diminuir ativamente o sofrimento do doente com patologia grave e ameaçadora da vida, de natureza oncológica e não oncológica, estendendo a sua intervenção à família. Trata-se de prestar cuidados de saúde individualizados, através de equipas interdisciplinares devidamente qualificadas, que atendem doentes de todas as idades, independentemente do prognóstico clínico estimado devendo ser introduzidos precocemente pelas vantagens que acrescem ao doente e família.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 74 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, doença cerebrovascular, doença diverticular do cólon, insuficiência venosa crónica e hipoacusia, internada para estudo de disartrodisfonia e tetraparésia progressivas sendo a suspeita diagnóstica inicial esclerose lateral amiotrófica. Na terceira semana de internamento foi pedida a colaboração da equipa intrahospitalar de suporte em cuidados paliativos para controlo de sintomas, nomeadamente períodos de inquietação/agitação e dificuldade de compreensão das queixas da doente. Transferida para a Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do hospital, o estudo previamente iniciado foi compatível com o diagnóstico de doença de Alzheimer e a terapêutica anti demencial foi ajustada em colaboração com Neurologia. Durante o internamento na UCP hospitalar, a doente iniciou cuidados paliativos diferenciados, incluindo reabilitação funcional por enfermeiro e terapeuta da fala, para além da terapêutica farmacológica com controlo da agitação psicomotora e melhoria progressiva da capacidade funcional, incluindo a disfagia e a capacidade de comunicação.

Pretende-se com este caso destacar a importância da intervenção precoce e interdisciplinar dos cuidados paliativos na doença neurológica incurável que coloca a vida em risco, bem como o seu papel reabilitativo, concomitante com o tratamento dirigido à doença.

Nº 002 Doença de Creutzfeldt-Jakob: a relevância de uma referenciação precoce para cuidados paliativos

Raquel Flores(1); Sergio Pereira(1); Miguel Oliva Teles(1); Marta Fonseca(1); Joana Correia(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) é uma patologia neurodegenerativa, rara, incurável, que se manifesta como demência rapidamente progressiva. Tem um prognóstico reservado, com uma sobrevida em média de 4 meses ao diagnóstico. A sua abordagem é dirigida ao alívio sintomático.

Discussão: Apresentamos o caso de uma mulher de 57 anos de idade, professora, divorciada, com (1) filha (principal cuidadora) e história de depressão e tiroidite; seguida em consulta de neurologia por diagnóstico de DCJ, variante esporádica.

Foi encaminhada à equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) dois meses após o diagnóstico por exaustão familiar (por descontrolo sintomático, dificuldade de adaptação à perda e sofrimento).

A primeira consulta ocorreu por vídeo chamada (por dificuldade de mobilidade) na qual se apurou um declínio clínico: acamada (PPS 20-30%) e descontrolo sintomático: disfagia, incontinência, gemido, mioclonias e marcado sofrimento. Foi otimizada a

terapêutica e articulou-se com o serviço social e psicologia. Uma semana após, por quadro de cistite, iniciou antibioterapia empírica. Por febre e dificuldade de gestão sintomática no domicílio, foi proposto internamento no qual se verificou um declínio rapidamente progressivo para a fase agónica com febre refratária, dispneia e agitação. Articulou-se com o hospital de S. João os cuidados pós *mortem* e a equipa de enfermagem foi envolvida na discussão dos cuidados ao corpo após a morte que ocorreu ao 5º dia. Mantem-se até à data, o acompanhamento no luto à filha.

Conclusão: Pela dimensão e complexidade desta doença é premente uma referenciação precoce para os CP (idealmente ao diagnóstico). No caso apresentado, o seu atraso limitou a adequação das diretivas antecipadas de vontade, ajustadas ao planeamento dos cuidados pós-*mortem.*

A telemedicina pode ser uma ferramenta útil e válida numa abordagem que se pretende multidisciplinar, global e uma estratégia a adoptar como facilitadora para um processo de referenciação precoce.

Nº 003 Integração precoce de Cuidados Paliativos/ Suporte (CP/S) em doente com cancro de mama metastática

Tatiana Louro(1); Ines Santos(1); Fátima Cardoso(2); Luísa Pereira(1)

(1) CUF Tejo (2) Fundação Champalimaud

A integração precoce de CP/S em oncologia é apoiada pela melhor evidência científica, proporcionando um melhor controlo de sintomas físicos e emocionais, aumentando a satisfação do doente e a sua adesão ao tratamento dirigido, reduzindo o stress e a ansiedade dos doentes e famílias, permitindo-lhes tomar decisões informadas com menor sofrimento.

Mulher 69 anos, diagnóstico (agosto 2020) de neoplasia da mama (metástases pulmonares, ósseas e ganglionares). Em setembro iniciou tratamento oncodirigido (Letrozol e Ribociclib) e seguimento multidisciplinar com CP/S. PET abril 2021: boa resposta parcial no pulmão e mama. Em setembro 2021, internada por quadro de dispneia, tosse e hipoxémia. TC toráx: progressão pulmonar bilateral grave com linfagite carcinomatosa. Iniciada terapêutica suporte sistémico a par de quimioterapia (QT) de resgate (Epirrubincina e Ciclofosfamida). Alta estabilizada. Em outubro, intercorrência infeciosa (ambulatório). Realizando curso de antibioterapia (AB) e iniciado aporte suplementar O2. Em novembro, novo internamento por insuficiência respiratória grave e pneumonia. Instituída AB largo espectro, aporte O2 FiO2 60%, perfusão continua de morfina. Alta após 2 semanas: PS ECOG 2-3, PPS 40-50%, O2 5L/min, Morfina 30mg bid, dexametasona 8mg/dia. Decisão de nova linha de QT (Carboplatina). Boa resposta ao tratamento: PS ECOG 2, PPS 60%, O2 3L/min, Morfina 20mg bid, metilprednisolona 4mg/dia. Fevereiro 2022, inicia hormonoterapia de manutenção (Fulvestrant), que mantem. Atualmente estável, PS ECOG 1, PPS 80%, O2 1L/min, Morfina 10mg 2id.

Este caso clínico pretende primeiramente espelhar a importância da abordagem multidisciplinar e integrada no tratamento de uma doente com cancro de mama metastático. Em segundo, evidenciar que os tratamentos oncodirigidos e CP/S não se excluem mutuamente, havendo benefício na partilha simultânea dos doentes, com incrementos positivos tanto na quantidade como na QoL. Isto é particularmente importante numa nova era de tratamentos menos tóxicos que a QT tradicional, possibilitando o beneficio dos mesmos até mais perto do fim de vida. Este modelo permite ainda que o oncologista se concentre principalmente no tratamento da neoplasia, enquanto que a equipa de CP/S aborda o doente duma forma holística nas suas preocupações físicas e psicossociais.

Nº 004 Aumento da sobrevida com qualidade de vida (QoL) numa doente com cancro de mama metastático

Tatiana Louro(1); Catarina Gameiro(1); Inês Santos(1); Berta Sousa(2); Luísa Pereira(1)

(1) CUF Tejo (2) Fundação Champalimaud

A doença oncológica é causa frequente de uropatia obstrutiva. Esta pode ocorrer por fibrose retroperitoneal (FRP), uma complicação de vários tipos de cancro, mas incomum no da mama. A utilização de técnicas invasivas como tratamento tem sido considerada por prevenir a morte por disfunção renal e prolongar a sobrevida dos doentes. Não sendo estas isentas de complicações, a seleção dos doentes com potencial benefício deve ser criteriosa.

Relatamos a evolução dum caso raro de FRP numa doente de 56 anos com cancro de mama metastático, sob tratamento paliativo. Em junho 202(1) verificou-se "de novo" creatininémia de 2.9mg/dl. Ecografia: hidronefrose bilateral. Após discussão multidisciplinar, optou-se por colocação bilateral de *stent* duplo J, que a doente aceitou. 2 semanas após o procedimento, realizou TC: Densificação difusa dos planos adiposos em torno do tronco celíaco, hilo hepático, hilos renais, restante espaço lombo-aórtico e raiz do mesentério. Em outubro, consulta não programada por quadro de astenia, dor lombar à esquerda e diminuição do débito urinário com cerca de (1) semana de evolução. RM: Uretero-hidronefrose bilateral, até ao nivel do cruzamento com os vasos ilíacos com aumento difuso da FRP. Rediscução multidisciplinar com proposta de colocação de nefrostomias (NF) (ótimo estado geral, possível reversibilidade da lesão renal e ausência de outras falências de órgão). A doente aceitou o procedimento, tendo tido alta com normalização analítica. Consultas subsequentes: franca melhoria, completa autonomia para o manuseamento das NF, sem intercorrências e manutenção da QoL. A doente manteve tratamentos oncodirigidos até março 2022 e atividade profissional até 2 semanas antes do óbito em abril 2022 por falência hepática.

A abordagem do doente oncológico em estadios avançados deve focar-se na QoL do doente, na gestão dos sintomas associados e no suporte à familia. Assim, as decisões sobre intervenções fúteis, gestão das expectativas em relação ao curso da doença, inevitabilidade da morte devem ser discutidas e planeadas de forma criteriosamente refletida. Este caso espelha a importância da avaliação personalizada, privilegiando o melhor cuidado possível numa doente com doença oncológica incurável, mas que beneficiou de aumento da sobrevida com QoL, pela escolha da realização de procedimento invasivo.

Nº 005 CAQUEXIA NA NEOPLASIA - PARA ALÉM DE UMA PERDA PONDERAL

Bárbara Paracana Oliveira(1); Jéssica S. Krowicki(1); Ana Oliveira(1); Sérgio Monteiro(1); Mariana Sousa(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga

A caquexia caracteriza-se por sarcopenia, astenia, anorexia e perda ponderal não flutuante com depleção de massa gorda. Surge, tipicamente, na neoplasia avançada e apresenta alta prevalência no cancro de pâncreas (até 80% dos doentes). A inflamação sistémica e consequente atividade por libertação de citoquinas, desencadeia um conjunto de fenómenos que diminuem a síntese proteica, amplificam a lipólise, aumentam a gliconeogénese e a resistência a insulina, entre outros mecanismos patogénicos, que se traduzem num estado de hipercatabolismo. Este condiciona uma menor resposta a um eventual tratamento sistémico e piora qualidade de vida do doente.

Não existe um tratamento consensual para a reversão ou prevenção da caquexia neoplásia. O aumento de aporte nutricional, nomeadamente proteico, exercício físico e estimulantes de apetite são as medidas mais usadas. Estão a ser estudadas possibilidades terapêuticas como a utilização de anti-inflamatórios (AINES), com resultados promissores, mas merecedores de mais estudos.

Mulher de 72 anos que recorre à urgência por anorexia, perda ponderal de mais de 10Kg e astenia que a incapacitava funcionalmente desde há 2 semanas e em agravamento.

Ao exame físico objetivou-se uma caquexia marcada, dor abdominal de hipocôndrio direito, icterícia mucocutânea exuberante e colúria.

Analiticamente apresentou um padrão de citocolestase (AST 337 U/L, ALT 314 U/L, LDH 723 U/L, fosfatase alcalina 1232 U/L e GGT 87(1) U/L) e hiperbilirrubinémia (total de 21.23mg/dL à custa da direta de 17.60mg/dL), PCR de 11.04mg/dL; CPK de 1493 U/L; mioglobina de 29523.8ng/mL; hipoproteinémia (5.2g/dL); hipoalbuminémia (2.7g/dL). Realizou ecografia abdominal onde se objetivou uma massa pancreática. Realizou TC-toracoabdominopélvica para melhor caracterização que revelou uma formação expansiva na cabeça do pâncreas com cerca de 40x30mm e metastização hepática e pulmonar. Atendendo ao estadio avançado da doença e estado basal da doente privilegiaram-se os cuidados paliativos.

A caquexia mantém-se uma entidade pouco diagnosticada nos doentes oncológicos. A sua definição, critérios diagnósticos e tratamento têm-se expandido nos últimos anos e abrirão porta ao seu reconhecimento e estratégias de tratamento mais eficazes.

Nº 006 A resiliência do corpo humano

Dora Catarina Dias Gomes(1); Catarina Rodrigues Silva(1); Miguel Lázaro Mendes(1); Sofia Camões(1); Maria do Céu Coelho(1); Catarina Oliveira(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu / Hospital de São Teotónio

Apresenta-se um caso que retrata a capacidade adaptativa do corpo humano, tanto a alterações progressivas como a capacidade de recuperação após corrigido o evento desencadeante.

Mulher, 7(1) anos, com antecedentes de neoplasia do recto com metastização hepática, óssea e carcinomatose peritoneal, sob quimioterapia paliativa. Portadora de duplo J bilateral por hidronefrose secundária a compressão tumoral.

Recorre ao serviço de urgência por astenia e mal estar geral. Na admissão normotensa e normocárdica, apirética, sem alterações de relevo no exame objetivo.

Gasimetricamente com acidemia metabólica.

Analiticamente apresentava insuficiência renal aguda Akin 3 (creatinina 20mg/dL, ureia 320 mg/dL) e hipercaliémia 5.9 mEq/L, sem aumento de parâmetros inflamatórios.

Na TAC destacava-se volumosa massa na escavação pélvica com 6x8,9cm e acentuada hidronefrose bilateral.

Foram colocadas nefrostomias bilaterais e optou-se por uma estratégia conservadora. Apresentou uma excelente evolução clínica, melhoria progressiva da lesão renal aguda com uma tendência favorável dos valores de creatinina e correção espontânea dos distúrbios eletrolíticos. À data de alta, creatinina 1.6 mg/dL, ureia 47 mg/dL.

Nº 007 Diabetes Insípida Nefrogénica em contexto de Cuidados Paliativos

Bárbara Silva(1); Catarina Lopes Almeida(2); Maria Paula Silva(3); Inês Coelho(3); Ana Machado(3)

(1) Centro Hospitalar Tamega e Sousa (2) Hospital S. Joao (3) IPO Porto

Homem de 5(1) anos com diagnóstico de sarcoma alveolar ilíaco esquerdo submetido a radioterapia neoadjuvante e a hemipelvectomia interna esquerda. Sob segunda linha de tratamento com sutinib com progressão de doença a nível lombar/sacrococcígea. Suspensa terapêutica alvo por agravamento progressivo do estado geral. Imagiologicamente objetivado colapso de corpo vertebral de L4 com deslizamento do corpo vertebral de L3 com estenose do canal vertebral de L3 a L5 e componente de tecidos moles paravertebral L4 com expressão endocanalar e foraminal com deformação do saco dural e compactação das raízes da cauda equina e compressão de raízes emergentes.

Internado no serviço de Cuidados Paliativos por dor não controlada, de características mistas (somática e neuropática) e episódios de dor irruptiva com características neuropáticas. Colocado cateter epidural com infusor elastométrico (DIB) com perfusão de ropivacaína e morfina com melhoria clínica.

Durante o internamento com agravamento progressivo dos défices neurológicos com paraparésia dos membros inferiores associado a diminuição da sensibilidade, diminuição do tónus muscular, dos reflexos osteotendionosos e bexiga neurogénica de padrão periférico. Realizado TC abdominopélvico que demonstrou moderada hidronefrose bilateral e dilatação dos ureteres até inserção uretero-vesical. Após algaliação objetivado débito urinário elevado (> 4L/dia). Do estudo analítico efetuado sem alterações iónicas séricas, normoglicémico, com osmolaridade sérica normal, apresentando osmolaridade e sódio urinário muito baixo. Assumida Diabetes Insipida Nefrogénica (DIN) pós obstrução crónica por retenção urinária no contexto de Síndrome de Cauda Equina. Dada resolução do mecanismo subjacente e uma vez que o doente se encontrava assintomático, optou-se por vigilância clinica e diminuição do aporte hídrico. O doente teve alta clínica mantendo débito urinário de cerca de 4L/dia. Reavaliado posteriormente em consulta externa, mantendo-se assintomático e sem alterações analíticas. Atualmente encontra-se novamente internado para otimização de controlo álgico mantendo-se assintomático do ponto de vista da DIN.

Nº 008 A importância do diagnóstico no contexto dos Cuidados Paliativos

Bárbara Silva(1); Catarina Lopes Almeida(2); Maria Paula Silva(3); Sara Ferreira(3)

(1) Centro Hospitalar Tamega e Sousa (2) Hospital S. Joao (3) IPO Porto

Homem de 64 anos com neoplasia maligna da próstata com metastização ganglionar e pélvica e adenocarcinoma do reto localmente recidivado com massa pélvica com envolvimento do sacro. Submetido a recessão anterior do reto sendo portador de colostomia.

Internamento prévio por agravamento do estado geral tendo sido objetivada lesão renal aguda (SCr 5 mg/dL) em contexto obstrutivo por compressão externa (tumoral) com necessidade de derivação bilateral com nefrostomia. Intercorrência com urossépsis tendo iniciado antibioterapia com melhoria clínica. Por decisão do doente e da família, teve alta (precoce) para o domicílio sob Cefixima.

É reinternado no Serviço de Cuidados Paliativos por quadro de diarreia, náuseas e vómitos. Sem alteração do estado de consciência. À admissão com aumento dos parâmetros inflamatórios e agravamento da função renal. Pesquisa de Clostridioides negativa. Iniciou ciclo de antibioterapia tendo-se decidido posteriormente alargar espetro pelo que se acrescentou Linezolide. Nas primeiras 24h após início de Linezolide desenvolve quadro de agravamento do estado de consciência com flutuação entre prostração, inquietação e euforia bem como episódios frequentes de mioclonias. Analiticamente com melhoria dos parâmetros inflamatórios, normalização da função renal e sem alterações iónicas. Sem registo de tomas de Metoclopramida ou Fentanil desde admissão (ambos os fármacos prescritos em SOS) tendo mantido terapêutica habitual com Olanzapina. Levantada suspeita de Síndrome Serotoninérgico secundário à introdução do Linezolide pelo que suspendeu a terapêutica. Melhoria do estado de consciência com recuperação para o basal do doente nas primeiras 24h após suspensão do fármaco. Novo agravamento clínico de provável etiologia infeciosa com evolução desfavorável tendo vindo a falecer ainda durante o internamento. A correta interpretação do quadro possibilitou a recuperação do estado de consciência do doente, permitindo manifestar a sua vontade nos últimos dias de vida e a despedida dos familiares.

Nº 009 Há lugar para a antibioterapia paliativa?

Tatiana Soares Ferreira Gonçalves Correia(1); Catarina Abreu(1); João Mirinha Luz(1); Joana Araújo Correia(1); Silvia Pereira(1); Melanie Ferreira(1); Francisca Delerue(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

O uso de antibioterapia em doentes sob abordagem paliativa é controverso e há ainda falta de evidência sistematizada para guiar esta decisão. No entanto, há casos descritos em que se demonstrou benéfico, com alívio sintomático (principalmente na suspeita de sépsis), sem representar encarniçamento terapêutico.

Apresenta-se um caso clínico de uma mulher de 79 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma das vias biliares submetida a tratamento cirúrgico há 8 anos, com evidência recente de recidiva para abordagem paliativa. Foi admitida por prostração e febre, com elevação dos parâmetros inflamatórios. Isolada em hemoculturas Escherichia Coli multirresistente (E. Coli MR) pelo que realizou ciclo de antibioterapia dirigido com ertapenem durante 12 dias, com hemoculturas posteriores negativas e foi excluída focalização por tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica e ecocardiograma. Após término do ciclo de antibioterapia apresentou quadro séptico, novamente com isolamento em hemoculturas de E.Coli MR pelo que iniciou antibioterapia dirigida com ertapenem.

Realizou tomografia por emissão de positrões que excluiu focalização. Ao 20o dia de antibioterapia dirigida, com novas hemoculturas negativas, apresentou febre e alteração do estado de consciência com elevação dos parâmetros inflamatórios. Isolada novamente E. Coli MR, agora resistente ao ertapenem e sensível a gentamicina e ciprofloxacina. Após discussão com cuidados paliativos, infecciologia e familiares optou-se por dar alta sob antibioterapia oral sem fim determinado por bacteriemia sem foco identificado. Manteve antibioterapia paliativa com 3 meses de sobrevida no domicílio sem necessidade de re-internamento.

De facto, a senescência imunitária associada à progressão da doença pode contribuir para a persistência dos microrganismos, levando neste caso a recidiva da sépsis. Destaca-se assim a decisão de manter antibioterapia sem fim definido com intuito de controlo sintomático e de foco numa abordagem paliativa.

Nº 010 Doença de Behçet - o desafio do envolvimento vascular

Dra. Carolina Abreu(1); Diogo Andrade Pereira(1); Marta Azevedo Ferreira(1); Ana Isabel Reis(1); Fernando Martos Gonçalves(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Descrevemos o caso de um homem de 47 anos, com história de necrose asséptica da cabeça do fémur em 2016, úlcera varicosa maleolar interna esquerda em 2020, de difícil cicatrização, e trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo também em 2020, tendo realizado hipocoagulação com rivaroxabano durante 6 meses, medicado posteriormente com ácido acetilsalicílico 100mg. Realça-se história familiar de irmã com doença de Behçet e família paterna com neoplasias do reto, bexiga e osso.

Foi encaminhado à consulta de Doenças Autoimunes por aparecimento de nova úlcera na face externa do pé esquerdo, tendo sido submetido a biópsia que revelou aspetos sugestivos de vasculite segmentar. Na consulta, apurada ainda história de lesões aftosas orais e sensação de ardor ocular direito, com melhoria após o inicio de colchicina. Negava ainda queixas articulares, mialgias, úlceras genitais, xerostomia ou xeroftalmia, bem como outras queixas. Ao exame objetivo destacava-se cicatriz de úlcera maleolar interna esquerda e da face externa do pé homolateral, sem outras alterações. Do estudo analítico realça-se ausência de anemia ou aumento de parâmetros inflamatórios, ANA positivo (1/320, padrão AC-4), HLA B5(1) negativo, anti-DsDNA, anti-SSA e SSB e anticorpos antifosfolipidicos negativos.

Tendo em conta o quadro global foi assumida provável doença de Behçet com envolvimento vascular, tendo iniciado terapêutica com azatioprina.

Apresentamos o presente caso para realçar a afeção vascular como primeira manifestação na Doença de Behçet podendo condicionar atraso no diagnóstico. Por outro lado, há ainda implicação na gestão terapêutica, pela necessidade de imunossupressão, não estando totalmente estabelecido o papel da hipocoagulação, além da fase aguda. Fica ainda como hipótese a necrose avascular estar relacionada com o diagnóstico, tendo em conta a idade de apresentação e a ausência de outros fatores de risco, havendo alguns casos descritos na literatura, mesmo na ausência de corticoterapia.

Nº 011 Polimiosite: um caso de síndrome anti-sintetase

André Resendes Sousa(1); João Carvalho(1); Joana Alves Luís(1); Rui Osório Valente(1); Ana Maria Rodrigues(1); Filipa Moleiro(1); Helena Cantante(1); Francisco Araújo(1)

(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Apresenta-se o caso de um homem de 53 anos com antecedentes de enfisema pulmonar por tabagismo prévio, sem medicação habitual.

Recorreu à urgência por mialgias generalizadas com dois dias de evolução, após esforço físico, sem aparente limitação da força muscular. Na avaliação analítica destacava-se elevação isolada da creatina cinase (CK) (1000 UI/L). Admitidas mialgias em relação com o esforço, foi referenciado à consulta de Medicina Interna para seguimento. Na consulta de reavaliação objectivou-se agravamento das mialgias e fraqueza muscular simétrica proximal dos membros superiores e inferiores com limitação funcional, poliartralgias de ritmo inflamatório dos ombros, punhos e joelhos. Da observação destacava-se sinais de artrite metacarpofalângica e interfalângica proximal, dor à palpação das massas musculares proximais dos membros com incapacidade funcional marcada.

No estudo complementar apresentava CK 9588 UI/L com fracção MB 73.6 ng/ml, velocidade de sedimentação 77 mm/h, proteína C reactiva 5.9 mg/dL, AST 577 UI/L e ALT 309 UI/L.

Ficou internado por suspeita de miopatia inflamatória. Realizou estudo de auto-imunidade (anticorpos anti-Jo(1) positivo com titulação 1/640 e anti-Ro-52 fortemente positivo), electromiograma com alterações miopáticas nos membros inferiores, tomografia computorizada toracoabdominopélvica sem evidência de doença neoplásica ou doença intersticial pulmonar, tendo sido excluída etiologia infecciosa.

Realizou biópsia muscular com fibras atróficas e necrose perifascicular, endo e perimísio espessados com infiltração linfohistiocitária, sem vacúolos subsarcoméricos nem alterações das estruturas sarcoplásmicas.

Admitida polimiosite auto-imune sistémica por síndrome anti-sintetase, iniciou prednisolona na dose 1mg/Kg/dia com melhoria parcial, tendo sido posteriormente iniciado metotrexato.

A síndrome anti-sintetase é uma patologia auto-imune rara de apresentação variável, incluída no grupo de miopatias inflamatórias, associada a miosite, artrite, doença intersticial pulmonar e alterações dermatológicas, habitualmente com positividade para anticorpos anti-Jo1.

O caso pretende alertar para a importância da suspeição clínica e diagnóstico precoce para um correcto e atempado diagnóstico, com impacto no prognóstico a longo prazo.

Nº 012 Amaurose unilateral infecciosa - um caso de retinite herpética complicada

Joana Catarina Silva(1); Sofia Pinheiro(1); João Gonçalves(1); Ana Rita Estriga(1); Miguel Pinheiro(1); Ivânia Furtado(1); Filipa Verdasca(1); Ana Ferreirinha(1); Filipa Pina(1); Luis Maia(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Resumo: A Retinite Herpética é causada, maioritariamente, pela reativação do vírus Herpes tipo 1, e cursa com diminuição da acuidade visual, fotofobia, olho vermelho e dor. É uma entidade que surge em doentes imunocomprometidos, como no Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) sob terapêutica imunomoduladora. O prognóstico é variável desde

afeção parcial da visão à amaurose do olho afetado, dependendo do tratamento e diagnóstico precoces.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino de 33 anos desde os 16 anos sob várias terapêuticas imunossupressoras sem controlo do LES que teve necessidade de terapêutica de resgate com Anifrolumb. Encontrava-se a fazer uma viagem pela Europa, altura que apresentou dor, edema, eritema do olho direito (OD) que impossibilitava a abertura ocular. Dado o quadro clínico, regressou a Portugal e recorreu várias vezes ao Serviço de Urgência (SU) tendo tido alta com o diagnóstico de conjuntivite bacteriana a cumprir sintomático em ambulatório. Mantendo o agravamento dos sintomas, voltou ao SU onde foi colhido Humor Aquoso (HA) e medicada empiricamente com valaciclovir. Dada a amaurose do OD, retornou ao SU tendo ficado ao Cuidado do Serviço de Medicina Interna son terapêutica antivirca Endovenosa (EV). Os dados da observação da Oftalmologia objetivaram a presença de Midríase fixa, Necrose Aguda da Retina com retina aplicada e hiperemia conjuntival. Acordado com a doente, realizou Tomografia Computarizada do Crânio (TAC-CE) que objetivou presença de celulite pré-septal e neurite do nervo óptico com afeção do nervo oculomotor, facial e vestibular atribuído à atividade do LES. Associado ao quadro, a doente apresentou dor neuropática do OD e da porção hemicrania ipsilateral de difícil controlo com necessidade de aumento de dose e associação progressivo de analgesia. No internamento, apresentou melhoria do edema periocular, mantendo a amaurose do OD.

Discussão: A importância do enquadramento do quadro clínico infeccioso oftalmológico em doentes imunossuprimidos e de controlo refratário da doença autoimune, em particular, sob Anifrolumab.

Nº 013 Doença pulmonar intersticial como primeira manifestação de esclerose sistémica

Susana Viana(1); Andreia Lima(1); Inês Neves(1); Verónica Guiomar(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

A doença pulmonar intersticial (DPI) engloba um grupo vasto de doenças que causam fibrose pulmonar. É um desafio diagnóstico, sendo muitas vezes progressiva e irreversível e causadora de grande morbilidade.

Homem de 70 anos, ex-fumador, diabético e com psoríase cutânea, sob tratamento tópico e sem seguimento médico regular. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e tosse produtiva com agravamento progressivo com dois meses de evolução. Febril e taquipneico à admissão, com crepitações pulmonares dispersas, sem edema periférico e sem outras alterações ao exame físico. Apresentava insuficiência respiratória, analiticamente proteína C reativa de 240 mg/L e tomografia computorizada do tórax com reticulação subpleural, áreas em favo de mel e bronquiectasias de tração dispersas em relação com fibrose pulmonar, e infiltrados em vidro despolido, tradução de eventual agudização infeciosa. Os vírus respiratórios, antigénios urinários e hemoculturas foram negativos. A broncofibroscopia revelou alveolite neutrofílica intensa e eosinofílica ligeira, sem isolamento de agentes microbiológicos e negativa para malignidade. Foi iniciada corticoterapia (CCT) com 0.75 mg prednisolona/Kg e antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam, que cumpriu 7 dias com melhoria clínica e analítica, mas após alta apresentou novo agravamento clínico e imagiológico. O estudo imune revelou positividade para anticorpos antinucleares (ANA) 1:1280, anti-centrómero (ACA) A e B e RNA-polimerase-3 (Pol3), culminando no diagnóstico de atingimento pulmonar por esclerose sistémica (ES).

A DPI é uma das manifestações da ES, mas é raro ser a primeira manifestação da doença, sendo este um dos poucos descritos na literatura. Está mais associada a positividade para anticorpos anti-topoisomerase I e anti-RNP-U3, e não para ACA e Pol3 como

neste caso. A CCT não é o tratamento indicado, devendo ser iniciado tratamento imunossupressor o mais precocemente possível.

Nº 014 Púrpura trombocitopênica imune (PTI)

Liliia Savka(1); Carolina Brandão Monteiro(1); Ana Maria Baltazar(1); Raquel Mendes Boto(1); Catarina Gonçalves(1); Alexandra Wahnon(1); Maria José Pires(1); Carolina Carreiro(1); Natália Marchão(1); Afonso Aguiar(1); Hugo Félix(1); Catarina Gonçalves Lopes(1); Gustavo Almeida Silva(1); Liliana Santos(1); Marina Fonseca(1); Marisa Teixeira Silva(1); António Pais de Lacerda(1); Nuno Reis Carreira(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: PTI é uma forma adquirida de trombocitopenia causada principalmente pela destruição de plaquetas, associada habitualmente a patologia infecciosa, hematológica, oncológica ou autoimune, por vezes associada à infecção por *H. pylori*. O diagnóstico implica a exclusão de outras causas reversíveis de trombocitopenia.

Caso clínico: Mulher, 63 anos. Antecedentes de hipertensão arterial. Internada por trombocitopenia (Plaq. 4000), com presença de petéquias dispersas e hemorragia ocular traumática. Durante o internamento cumpriu imunoglobulina (IVIg) e corticoterapia (CT) em alta dose, com recuperação da contagem plaquetária. Feita TC- TAP, que descartou malignidade. Realizado estudo auto-imune que revelou anti-Ro positivo em título baixo. Serologias infecciosas negativas. Doente teve alta com CT em desmame. Posteriormente nova descida plaquetária, sem discrasia hemorrágica. Novo internamento para novo ciclo de CT e IVIg. A endoscopia digestiva alta não revelou neoplasia, mas as biópsias efetuadas documentaram *H.Pylori* no duodeno. Realizou também biópsia de glândula salivar, diagnóstica para S. sjögren. Por novo agravamento da trombocitopénia, resistente à CT, decide-se por realizar terapêutica com rituximab. Doente medicada com Hidroxicloroquina, e Azatioprina, para além de cumprimento de erradicação *H.Pylori*, mantendo o seguimento.

Discussão: O tratamento da PTI inclui CT, imunossupressores e agonistas do receptor de trombopoetina, fostamatinibe, rituximab e esplenectomia. A remissão ocorre em 30% dos doentes no primeiro ano e até 75% dos doentes melhoram em 5 anos. Existem também formas imunomediadas secundárias, nomeadamente associadas a doenças auto-imunes, como são o lúpus eritematoso sistémico ou o síndrome de Sjögren, e associadas a infeções, como H. *Pylori.*

Independentemente da etiologia, é fundamental o estudo destes doentes para que o tratamento seja o mais rápido e eficaz possível, atendendo ao elevado risco de hemorragia *major*, potencialmente fatal.

Nº 015 Um caso de úlcera de perna num doente com Hepatite C crónica.

Maria Cristina Fialho(1); Ana Ferreirinha(1); Salvador Bodião(1); Rita Quaresma Ferreira(1); Rui Escaleira(1); Mariana Alves Gaspar(1); João Bernardo Costa(1); Mariana Marques Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: A crioglobulinémia mista (CM) é uma vasculite sistémica que resulta da deposição de imunocomplexos nos pequenos vasos. Cerca de 80% dos casos associam-se à infeção pelo vírus da Hepatite C (VHC), sendo o tipo 2 o mais prevalente. A pele é o órgão mais afetado, podendo existir úlceras que são tipicamente dolorosas e de difícil

cicatrização. Num doente com história de infeção a VHC que surge com úlceras dos membros inferiores (MI) com essas características, deve ter-se este diagnóstico diferencial em conta.

Caso clínico: Homem de 56 anos com história de doença hepática crónica (DHC) em contexto de Hepatite C previamente tratada e hábitos etanólicos, internado por descompensação da DHC e úlceras de ambos os MI com 5 meses de evolução e sem melhoria apesar de cuidados de penso em Centro de Saúde. Eram úlceras maleolares, ambas com cerca de 12x8cm, fundo necrótico/fibrinoso e muito dolorosas. Foi proposta uma estratégia de cuidados de penso pela Dermatologia e realizou-se estudo etiológico. Excluíram-se causas mais comuns de úlcera de perna (Índice tornozelo-braço 1.09. EcoDoppler arterial e venoso dos MI sem evidência de patologia arterial ou venosa. HbA1c 4.5%.). Por ter carga viral do VHC elevada, pediu-se o estudo das crioglobulinas, positivo para CM tipo 2. Aquando da alta, foi encaminhado para consulta de Hepatologia para realização de terapêutica da Hepatite C e para consulta de Dermatologia para continuação de seguimento e cuidados.

Discussão: A vasculite crioglobulinémica é uma das causas de manifestações dermatológicas em doentes com infeção a VHC. Nestes casos, para além da importância dos cuidados de penso adequados, o tratamento da Hepatite C é um fator a ter em conta na recuperação. Este caso clínico demonstra a relevância de um estudo etiológico completo com base na história clínica e antecedentes em doentes que surgem com úlceras de perna e com outras alterações cutâneas

Nº 016 Anemia hemolítica autoimune associada a esclerose sistémica

Jorge Montês(1); Inês Margarido(1); Manuel Durão(1); Beatriz Tallon(1); Débora Sousa(1); Natália Marto(1); Alexandra Bayão Horta(1)

(1) Hospital da Luz Lisboa

Esclerose sistémica (ES) é uma doença autoimune pouco frequente que cursa com fibrose sistémica e disfunção vascular generalizada. Ainda que a anemia hemolítica autoimune (AIHA) e a ES sejam doenças enraizadas em processos de autoimunidade, é rara a sua associação e existem poucos casos relatados na literatura.

Mulher de 73 anos admitida por quadro de dor abdominal epigástrica, vómitos e icterícia. Relatava também quadro com 3 meses de evolução de mal-estar geral e cansaço.

No exame físico destacava-se icterícia das mucosas, espessamento da pele na metade distal dos antebraços e na área perioral com limitação da abertura da boca. Havia também recessão gengival e edema dos dedos das mãos com perda das pregas cutâneas. Tinha ainda livedo reticularis nos membros inferiores e foi presenciado fenómeno de *Raynaud* nos dedos das mãos. Na auscultação pulmonar havia crepitações secas bibasais e na palpação abdominal Murphy vesicular positivo.

Analiticamente apresentava anemia hemolítica com hemoglobina de 9.9g/dL, reticulócitos de 11%, hiperbilirrubinémia não conjugada, LDH muito aumentada e haptoglobina indoseável. O teste de *Coombs* direto foi positivo com Anticorpos IgG e C3d positivos. A ecografia abdominal mostrou litíase vesicular, sem dilatação das vias biliares.

A doente foi internada por AIHA a quente, com cólica biliar por litíase provavelmente secundária a hemólise. Fez terapêutica com prednisolona, com boa resposta clínica e analítica.

A suspeita clínica de ES foi fundamentada com pesquisa positiva de anticorpos anti-Scl70 e anticorpos anti-nucleares e ainda alterações na tomografia torácica sugestivas de fibrose pulmonar assim como dilatação esofágica.

Foi assumido o diagnóstico de ES, com atingimento cutâneo, pulmonar e gastrointestinal.

O aparecimento de AIHA associada a quadro sintomatológico multissistémico deve

levantar a suspeita de outras doenças autoimunes concomitantes e por conseguinte ao seu estudo e diagnóstico.

Nº 017 Febre, exantema e úlceras genitais como forma de apresentação de doença de Behçet

Ricardo Silva Veiga(1); Stefano Pinto(2); Sofia Valdoleiros(2); Lurdes Santos(2); Mariana Quelhas(3)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE (2) Centro Hospitalar de S. João, EPE (3) Hospital de Santa Luzia

Introdução: A doença de Behçet é uma patologia vasculítica sistémica cujas manifestações incluem febre, mal-estar, lesões cutâneas, artrite e úlceras orais e genitais.

Caso clínico: Mulher de 44 anos, previamente saudável, recorre ao Serviço de Urgência por quadro com uma semana de evolução de febre (41.5ºC), artralgias (joelhos, punhos, tornozelos e dedos das mãos), otalgia e úlceras vulvares. Referia hipoacusia com dois dias de evolução. Tinha rigidez articular matinal há anos, sem outra sintomatologia prévia. Ao exame objetivo, apresentava lesões papulopustulares no tronco, nádegas, região paranasal e couro cabeludo; lesão bolhosa no calcanhar direito; edema vulvar exuberante, com úlceras exsudativas nos pequenos lábios, a maior com 4 cm de diâmetro, e dor intensa; adenomegalias inguinais bilaterais indolores. Não apresentava sinais inflamatórios articulares. No segundo dia de internamento, desenvolveu cefaleias intensas com necessidade de analgesia com paracetamol, diclofenac e morfina. Do estudo complementar realizado: elevação da PCR (8(1) mg/L) e da VS (7(1) mm); serologias VIH, Sífilis, CMV, EBV, VVZ, VHS-1/2 e Toxoplasma negativas; PCR de VHS-1/2, VVZ, CMV, T. pallidum, Mpox e Enterovírus negativas nas lesões pustulares; PCR de N. gonorrhoeae, C. trachomatis, M. genitalium e H. ducreyi negativas no exsudado vaginal. Apresentava hipogamaglobulinemia (7.5%) e discreta hiperbetaglobulinemia (14.9%); não apresentava predomínio de qualquer imunoglobulina, C3 ou C4; ANA de 1/100, com padrão mosqueado; anti-ds-DNA, ANCA, anti-ENA, fator reumatoide e anticorpos anticardiolipina negativos. Realizou audiograma com diagnóstico de hipoacusia neurossensorial ligeira. A RMN CE demonstrou lesões glióticas inespecíficas. Iniciou-se corticoterapia e colchicina, com excelente resposta.

Discussão: A doença de Behçet faz parte do diagnóstico diferencial das úlceras genitais. Nas apresentações com cefaleia ou alterações auditivas, o envolvimento neurológico deve ser considerado.

Nº 018 Um caso de sarcoidose e psoríase: coexistência ou coincidência?

Elisabete Ribeiro(1); Filipa Gonçalves(1); Marta Cunha(1); Filipe Gonçalves(1); Jorge Cotter(1)

(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Introdução: A sarcoidose é uma doença crónica multissistémica, que cursa com a formação de granulomas epitelioides não caseosos nos órgãos acometidos. Na sua patogenia estão envolvidas células TH(1) e TH17, tendo esta última bem estabelecido o seu papel na patogenia da psoríase. Por essa razão, a coexistência da sarcoidose e psoríase é uma possibilidade teórica.

Caso Clínico: doente do sexo masculino, 56 anos, raça caucasiana, recorreu ao SU

por toracalgia de características pleuríticas, com irradiação à omoplata e dispneia para médios esforços. Associadamente referia a presença de lesões cutâneas nos membros, não pruriginosas, com 8 meses de evolução. Negava outra sintomatologia, tal como astenia, anorexia, perda ponderal, artralgias, dor ou diminuição da acuidade visual, ortopneia, tosse ou febre. De antecedentes pessoais, a destacar hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e diagnóstico de psoríase desde há 8 meses. À observação o doente apresentava lesões eritematosas pouco descamativas na face extensora dos cotovelos e dos joelhos, sem outras alterações de relevo ao exame físico.

Do estudo realizado destaca-se: estudo de autoimunidade negativo, sem consumo de complemento, ECA dentro dos valores da normalidade, marcadores víricos negativos, esfregaço de sangue periférico sem alterações, mielograma que não tinha evidência de doença linfoproliferativa e IGRA negativo. A tomografia toraco-abdominopélvica mostrou múltiplas adenomegalias mediastínicas e hilares. Realizou biopsia de pele que evidenciou um processo inflamatório granulomatoso crónico (granulomas epitelioides), com pesquisa de micobactérias negativa e sem identificação de células de natureza neoplásica. Realizou EBUS e lavado broncoalveolar, que revelaram granulomas epitelioides e linfocitose com uma relação CD4+/CD8+ elevada.

Foi assumido o diagnóstico de sarcoidose, com atingimento pulmonar e cutâneo, e possível coexistência de psoríase dada as características macroscópicas das lesões cutâneas, bem como a resposta ao tratamento tópico previamente instituído.

Nº 019 Lúpus Eritematoso Sistémico, uma patologia meramente feminina?

Soraia Mendes(1); Madalena Sousa Silva(1); Edgar Amaro(1); Marta Baião(1); Diogo Cruz(1)

(1) Hospital Cascais

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença auto-imune que afeta predominantemente o sexo feminino. Pode apresentar um amplo espetro de manifestações e o diagnóstico baseia-se na clínica, alterações analíticas e estudo imunológico.

Caso clínico: Homem de 20 anos, com história familiar de LES, recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia pleurítica anterior, artralgias (interfalângicas proximais, metacarpofalângicas, punhos, ombros e joelhos) mal-estar geral e eritema malar.Objetivamente destacava-se eritema na região malar e palidez das mucosas. Analiticamente, com anemia normocítica normocrómica, elevação de d-dímeros e de proteína C-reativa. Um aumento do índice cardiotorácico foi objetivado em radiografia torácica.

Realizou angiotomografia torácica com relato de *derrame pleural bilateral* e *derrame pericárdio com 25 mm de espessura* e, posteriormente, ecocardiograma transtorácico com identificação de *derrame pericárdico circunferencial grave de 24mm de espessura.*

O doente foi admitido em unidade de cuidados intermédios para monitorização cardíaca e eventual necessidade de pericardiocentese. No entanto, neste serviço manteve-se estável, com melhoria progressiva de sintomatologia e redução gradual do derrame pericárdico.

Foi requisitado estudo auto-imune, com positividade para anticorpos anti-nucleares (título >1280 UI/mL), anti-dsDNA (3141.9 UI/ml), anti-ssDNA (>379 UI/ml) e anti-histonas. Apresentava também elevação da velocidade de sedimentação e hipocomplementémia.

Considerando quadro objetivado, assumiu-se diagnóstico inaugural de Lúpus eritematoso sistémico com envolvimento cutâneo, seroso e articular. Foi iniciada terapêutica dirigida com prednisolona, hidroxicloroquina e colchicina, com resolução de sintomatologia e redução significativa do derrame pericárdico, pelo que ao 14º dia de internamento o doente teve alta clínica. Manteve seguimento em consulta, com tolerância à redução progressiva de corticoterapia, sem recorrência de sintomatologia.

Discussão: O LES é mais frequentemente diagnosticado em mulheres. Ainda assim,

perante um doente do sexo masculino com clínica compatível com LES, esta patologia nunca deve ser excluída sem a realização de um estudo prévio, sobretudo por estar associado pior prognóstico neste grupo de doentes.

Nº 020 SARCOIDOSE: um caso clínico de manifestações atípicas

Raquel Mendes Boto(1); Liliia Savka(1); Ana Maria Baltazar(1); Carolina Brandão Monteiro(1); Nuno Reis Carreira(1); Carolina Carreiro(1); Catarina Gonçalves(1); Alexandra Wahnon(1); Maria José Pires(1); Natália Marchão(1); Afonso Aguiar(1); Hugo Félix(1); Catarina Gonçalves Lopes(1); Gustavo Almeida Silva(1); Marisa Teixeira Silva(1); Marina Fonseca(1); Liliana Ribeiro Santos(1); António Pais Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A sarcoidose, de etiologia desconhecida e manifestações multissistémicas, caracteriza-se pela acumulação de granulomas não caseosos, fagócitos e linfócitos T nos tecidos envolvidos.

Mulher, 46 anos, autónoma, com os antecedentes de hipertensão arterial essencial, medicada e controlada. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dor abdominal pós-prandial na região periumbilical e hipocôndrio direito associada a náuseas e vómitos alimentares. Laboratorialmente com elevação dos parâmetros de citocolestase (AST 168U/L, ALT 304U/L, bilirrubina total 3.77mg/dL); realizou colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM), compatível com colangite esclerosante primária (CEP), microlitíase vesicular, sem coledocolitíase e múltiplas lesões esplénicas. Realiza biópsia hepática transjugular, com diagnóstico histológico de hepatite granulomatosa, não necrotizante, compatível com suspeita clínica de sarcoidose.

Posteriormente, recorre novamente ao SU por dor precordial tipo aperto com irradiação para o membro superior esquerdo com evolução de trinta minutos, troponina T sérica máxima de 1360 ng/L e eletrocardiograma com alterações sugestivas de síndrome coronário agudo com supra ST da parede postero-inferior, sem repercussão na função sistólica global. Coronariografia com lesão oclusiva da artéria coronária direita, submetida a angioplastia com sucesso; posteriormente submetida a revascularização cirúrgica de lesão suboclusiva da artéria descendente anterior com dilatação aneurismática. Simultaneamente realizou biópsia excisional de adenopatias mediastínicas que revelou linfadenite granulomatosa com granulomas de tipo sarcóide.

Estamos perante uma doente com um aparente quadro de CEP secundário a sarcoidose. A sarcoidose cardíaca caracteriza-se por insuficiência cardíaca, sendo o envolvimento coronário atípico. Este caso remete para um envolvimento coronário com repercussões graves, sendo este diagnóstico desafiante e surpreendente.

Nº 022 Serosite lúpica – uma rara apresentação inicial de Lúpus Eritematoso Sistémico

Ana Filipa Fernandes(1); Ana Rita Ramalho(1); Khystyna Fedak(1); Maria João Rocha(1); Gonçalo Varela Cunha(1); Tatiana Pereira Dos Santos(1); Inês Fonseca(1); Pereira de Moura(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença autoimune (DAI) caracterizada pela presença de elevados títulos de anticorpos antinucleares, associados a inflamação multissistémica. Apresenta um espectro alargado de manifestações clínicas, de indolentes a fulminantes. O envolvimento cardíaco ocorre em 15-50% dos casos, sendo que o derrame pericárdico surge como moanifestação inicial em apenas 1.23% dos casos.

Sexo feminino, 67 anos, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) com quadro de palpitações, desconforto torácico, dispneia e tosse seca com dois dias de evolução. Concomitantemente apresentava quadro constitucional (astenia, anorexia e perda ponderal) e alopécia com dois meses de evolução. Após estudo radiográfico e ecocardiográfico observou-se derrame pleural bilateral e derrame pericárdico de moderado a grande volume, pelo que foi internada para estudo etiológico. Do estudo analítico salienta-se anemia microcítica hipocrómica e positividade para marcadores de autoimunidade (anticorpos ANA, anti-dsDNA, anti-SSA, anti-AMA, anti-Sp100). Do estudo imagiológico salientou-se a presença de adenomegalias cervicais, axilares, mediastínicas e abdominais. Foi excluída síndrome mieloproliferativa através de medulograma normal e esfregaço de sangue periférico a sugerir processo reativo. Por apresentar critérios para o diagnóstico de LES, iniciou corticoterapia e teve alta para a consulta externa de DAI. Apresentou melhoria franca da clínica, bem como regressão das serosites e adenomegalias.

Apesar do LES poder cursar com serosites, nomeadamente com derrame pleural e pericárdico, não é habitualmente a sua apresentação inicial. O presente caso clínico evidencia um exemplo de orientação diagnóstica numa doente cujo motivo de ida ao SU foi devido a sintomatologia associada ao derrame pericárdico, sublinhando a importância de equacionar o LES aquando do diagnóstico diferencial de derrame pericárdico.

Nº 023 Arterite de células gigantes – um diagnóstico a considerar

Adriana Pereira Guedes(1); João Miranda(1); Ana Sofia Reis(1); Sara Barbosa Pinto(1); Albina Moreira(1); Catarina Salvado(1); Rui Salvador(1); Miguel Ângelo Sousa(1)

(1) CH VN GAIA UNID (1) - SANTOS SILVA

Introdução: A Arterite de Células Gigantes (ACG) é uma vasculite de vasos de grande-médio calibre, sendo a vasculite sistémica idiopática mais comum. Os sintomas sistémicos são frequentes e o atingimento vascular é difuso, causando estenoses e aneurismas dos vasos afetados.

Caso clínico: Mulher de 74 anos com quadro de cefaleias holocraneanas recorrentes, com 3 meses de evolução e múltiplos episódios de urgência, sem melhoria apesar de terapêutica sintomática. Ao exame objetivo sem alterações de relevo. Avaliada em Consulta de Medicina Interna, onde se apurou claudicação mandibular, anorexia, astenia e perda ponderal (6 Kg em 3 meses) associadas.

Analiticamente com anemia microcitica e hipocromica (Hemoglobina 8,5 g/dL, CHGM 29.5 g/dL, VGM 78.3 fL), Velocidade de sedimentação aumentada (>120 mm/Hr), ferropenia (Ferritina 379.0 ng/mL; Ferro 16 ug/dL; Capac. total de fixação do ferro 23(1) ug/dL; Transferrina 195 mg/dL; Saturação da Transferrina 6.9 %.) e Proteina C Reactiva 7.47 mg/dL.

Realizou ecografia artérias temporais que revelou sinal do halo bilateralmente a favor de edema inflamatório. Iniciou corticoterapia oral com melhoria dos sintomas e normalização dos parâmetros analíticos.

Conclusão: A cefaleia, a par com a síndrome constitucional, são sintomas comuns na prática clínica. Esta doente apresentava cefaleia como queixa principal e só após a realização de uma anamnese exaustiva e um exame objetivo cuidado se apurou claudicação mandibular – altamente sugestivo - e se avançou na marcha diagnóstica subsequente.

A arterite de células gigantes tem tratamento dirigido e deve ser um diagnóstico diferencial importante a considerar, especialmente em mulheres a partir dos 50 anos.

Nº 024 A imprevisibilidade na utilização de Metotrexato- Reação Idiossincrática

Daniela Ribeiro Alves(1); João Fonseca(1); Paula Mesquita(1); Sara Bravo(1); Raquel Vieira(1); João Faustino(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: Uma reação idiossincrática a um fármaco define um efeito adverso (EA) pouco habitual, que pode ser imprevisível e fatal. O metotrexato é um imunossupressor que pode causar EA relacionados com a pele e mucosa gastrointestinal, medula óssea, etc. Estes podem acontecer mesmo em baixas doses e de forma idiossincrática.

Caso Clínico: Homem de 67 anos recorre ao SU por úlceras nos membros inferiores (MI) com (1) semana de evolução, responsáveis por dor severa e imobilização prolongada no leito. Queixava-se ainda de odinofagia e disfagia. Ao exame objetivo destacava-se a presença de mucosite oral e úlceras pericentrimétricas localizadas nos MI e nas regiões troncatérica e sacrocccigea (Fig. anexo). Tinha antecedentes de DRC estádio IV, HTA e Psoríase Cutânea. Por agudização desta última, recorreu ao médico (1) mês antes, tendo iniciado metrotrexato 7.5mg/semana e ácido fólico.

Apresentava pancitopenia (Hb 9,4 g/dL, Leucócitos 1,3x10E9/L, Plaquetas 58x10E9/L) e elevação da PCR (20 mg/dL).

Por suspeição de toxicidade ao Metotrexato, suspendeu imediatamente o fármaco e iniciou leucovorina, filgrastim e corticoterapia. Durante o internamento confirmaram-se valores séricos tóxicos de metotrexato, e realizou biópsia da pele, cujos achados eram compatíveis com toxidermia por metotrexato.

À data de alta apresentava resolução quase completa da pancitopenia, das úlceras cutâneas e dos fenómenos de mucosite.

Conclusão: Na administração do metotrexato, especialmente em doentes com DRC, é importante a suplementação com ácido fólico e a monitorização apertada dos seus valores séricos assim como dos seu efeitos adversos.

Apesar do uso frequente, e muitas vezes errático, do metotrexato, não podemos esquecer que se trata de um fármaco não isento de efeitos adversos graves, mesmo em doses consideradas baixas. O antídoto eficaz utilizado nos casos de toxicidade é a leucovorina (ácido folínico).

Nº 025 Febre Reumática Aguda num adulto jovem

Francisca Torres Sarmento(1); Diana Buendia Palacios(1); Sara Sarmento(1); Teresa Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introdução: A febre reumática (FR) aguda resulta de uma resposta imunomediada a infeção por Streptococcus beta-hemolítico do grupo A. Apesar de ser cada vez menos prevalente em países desenvolvidos, é um importante diagnóstico diferencial a considerar.

Caso Clínico: Homem, 46 anos, paquistanês, com quadro de 3 dias de febre persistente, gonalgia bilateral e edema doloroso com eritema da região dorsal da mão esquerda. Ao exame físico apresentava-se febril, nódulos subcutâneos indolores nos membros superiores e inferiores, poliartrite envolvendo o punho esquerdo, edema e eritema do punho esquerdo, joelho direito e metacarpofalângicas e mais tarde, com aparecimento de eritema maculo-papular, não pruriginoso, migratório, no tronco e membros. Analiticamente destacava-se elevação de parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda,

hematúria e proteinúria. Realizou hemoculturas, com isolamento de *Streptococcus pyogenes*, pelo que iniciou antibioterapia dirigida com Penicilina e Clindamicina associado a anti-inflamatórios. Do estudo realizado destaca-se ecocardiograma com insuficiência tricúspide moderada/grave, fração de ejeção preservada e sem vegetações, serologias negativas, estudo de autoimunidade com ANA positivos, anti-DS-DNA e ANCA negativos e TASO aumentado. Aplicando os critérios de Jones, apresentava 3 manifestações major (nódulos subcutâneos, lesão eritematosa consistente com eritema *marginatum* e artrite) e 3 critérios minor (febre, poliartralgia e elevação de parâmetros de fase aguda). Assumiu-se assim FR aguda no adulto. Em consulta de reavaliação, o doente encontrava-se assintomático e analiticamente com VS 120 mm , proteína c reactiva e procalcitonina dentro dos valores normais.

Discussão: O tratamento sintomático com anti-inflamatórios e antibioterapia com Penicilina foram cruciais para a rápida melhoria clínica e analítica. Febre reumática aguda responde favoravelmente a tratamento médico se iniciado atempadamente, tornando o diagnostico precoce e o seu tratamento crucial.

Nº 026 Síndrome de Reynolds: Uma conjugação rara em idade atípica.

André Bargas(1); Diana Belchior Raimundo(1); Mafalda Santos Filipe(1); Teresa Costa e Silva(1); Hugo Alves(1); Susana Franco(1); Carla Noronha(1); José Araujo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Apresentamos um caso de *overlap* de doenças autoimunes, em idade atípica, com uma clínica leve e alterações analíticas inesperadas.

História clínica: Doente, sexo feminino, 75 anos, enviada à consulta de Doenças Autoimunes por fenómeno de *Raynaud*. História de diabetes *mellitus* tipo 2, medicada com metformina e sitagliptina. Sem artralgias, xerose, alterações cutâneas, queixas digestivas ou respiratórias. À observação: microstomia ligeira, fenómeno de *Raynaud*, esclerodactilia e espessamento cutâneo até ao punho. Do estudo analítico, a destacar: padrão de colestase FA 134 UI/L e GGT 347 UI/L; serologias de vírus hepatotrópicos negativas; ANA positivo; Ac anti-centrómero e AMA positivos com restante estudo autoimune negativo. Capilaroscopia com padrão de esclerodermia ativo. Diagnosticada com esclerose sistémica (ES), tendo-se prosseguido investigação da colestase: ecografia abdominal sem alterações hepáticas ou nas vias biliares (VB); TC abdominopélvica com fígado e VB sem alterações; CPRM com lobo esquerdo alongado, sem alterações das VB. Por estudo não invasivo inconclusivo, realizou biópsia hepática: infiltrado inflamatório moderado, com eosinófilos e congestão sinusoidal sem lesão ductal ou sinais de colestase. Perante estas alterações histológicas, em conjugação com a evidência de colestase e presença de ANA e AMA, diagnosticou-se colangite biliar primária (CBP) constituindo, em conjunto com ES, Síndrome de Reynolds.

A doente iniciou azatioprina, com *switch* para budesonide oral e ácido ursodesoxicólico por intolerância. Apresentou evolução favorável, com estabilização do espessamento cutâneo e melhoria analítica das alterações hepáticas.

Conclusão: Os doentes com patologia autoimune apresentam um risco acrescido de desenvolver outras doenças deste foro. Neste caso particular, a CBP ocorre em cerca de 2.5% dos doentes com ES, principalmente na ES limitada, constituindo o seu conjunto uma síndrome rara (síndrome de Reynolds). Os doentes com este síndrome de *overlap* apresentam AMA positivos e tendem a ter uma evolução mais benigna e lenta (que as doenças *per se* isoladamente) e colestase mais ligeira do que na CBP isolada. Destaca-se a importância da elevação dos parâmetros de citocolestase para a suspeição clínica.

Nº 027 Uma anemia nunca vem só

Ana Guilhermina da Silva Varanda Melicio(1); Mariana Dias(1); Hélder Diogo Gonçalves(1); Fábia Cerqueira(1); Sara Vasconcelos Teixeira(1); Valentim Meleiro Rodrigues(1); Iolanda Godinho(1); João Madeira Lopes(1); António Pais Lacerda(1); Ana Cláudia Rodrigues(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A vasculite associada aos anticorpos citoplasmáticos antineutrófilo (ANCA-VAA) afeta predominantemente pequenos vasos e está associada a ANCA específicos para mieloperoxidase (MPO-ANCA) ou proteínase 3 (PR3-ANCA). O diagnóstico é por vezes tardio, porque manifestações clínicas como febre, fadiga, perda de peso entre outros, são sintomas sistémicos comuns a outras patologias.

Caso Clínico

Mulher de 73 anos com HTA, dislipidemia e hipotiroidismo, recorreu à urgência por astenia, anorexia, cansaço para pequenos esforços e perda ponderal estimada em 7 Kg (3 meses). Na admissão febril, hipertensa, mucosas descoradas e edema godet+ até aos joelhos. Identificou-se: anemia microcítica/hipocrómica (Hb 8,5 g/dL), ureia 145 mg/dL, creatinina (Cr) 2,90 mg/dL (basal 0,63 mg/dL), leucocitose com PCR 6,24 mg/dL, urina com leucoeritrocitúria e ecografia renal: "ligeira diminuição da diferenciação parenquimossinusal, com espessura preservada, quistos corticais em ambos os rins". Admitiu se anemia de etiologia a esclarecer, cistite aguda e lesão renal aguda de etiologia pré renal.

A investigação ulterior revelou: estudos endoscópicos: angiectasias jejunais e hérnia do hiato, TC toracoabdominopélvica:" nefrocalcinose esquerda e quistos renais, sem massas suspeitas", serologias virais negativas, IGRA negativo, imunofixação sérica e urinária sem componente monoclonal, mielograma compatível com anemia de doença crónica. Por Cr 2.1-2,3 mg/dL, realizado estudo nefrológico: sedimento com hematoleucoproteinúria, proteinúria/24h 749 mg, autoimunidade com ANCA MPO+ (91,4 UQ) e PR3 negativo, biópsia renal: "Glomerulonefrite crescêntica e necrosante "pauci-immune".

Discussão: A ANCA-VAA é uma subcategoria de vasculites, que inclui entre outras a glomerulonefrite crescêntica e necrotizante. Este caso, tem como objetivo realçar a importância de uma investigação clínica sistemática e persistente, pois um atraso no diagnóstico implica um pior prognóstico.

Nº 028 Erythema multiforme major associated with Chlamydia pneumoniae

Francisca Torres Sarmento(1); Diana Buendia Palacios(1); Sara Sarmento(1); Teresa Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introduction: Erythema multiforme (EM) is an acute, immune-mediated, mucocutaneous condition, typically self-limiting, and is most commonly caused by an infection or drug use. More recently, in Japan, it was found that Chlamydia pneumoniae may promote the development of EM. When there's mucosal involvement, it's called Erythema multiforme major.

Case report: A 71-year-old male patient, with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) history, reported to our department with dyspnea, fever, odynophagia, and skin lesions. The patient had no past history of illness or drug allergies. Physical exam showed oral mucosal lesions intraorally encrustations with multiple ulcers in bilateral buccal mucosa and erythematous lesions on the trunk and limbs. Thorax X-ray was normal. A complete blood count revealed leukocytosis with neutrophilia and elevated reactive

C protein, without procalcitonin. The patient was then admitted for COPD exacerbation by a respiratory viral infection. Serologies to Herpes simplex, M. pneumoniae, Parvovirus B19, Varicella zoster virus, HIV, Hepatitis B and C, and Pneumococcal and Legionella Urinary Antigen were all negative, but IgM antibodies against Chlamydia pneumoniae were positive, suggesting recent infection. The patient was observed by Stomatology and Dermatology making the diagnosis of EM major and was started on prednisolone along with benzydamine hydrochloride mouthwash. Histopathological examination of a skin biopsy revealed hydropic degenerescence of the epidermis' basal layer, with necrotic keratinocytes, as well as superficial perivascular lymphocytic infiltrate consistent with erythema multiforme. The lesions regressed within two weeks.

Discussion: It is important to be alert for this condition, especially because the diagnosis relies mainly on the clinical history and clinical findings. The evaluation of EM should include testing for the most precipitating factors. Early recognition is crucial for proper management and appropriate follow-up.

Nº 029 Still com febre

Sara Nunes Gomes(1); Sofia Almada(1); Mónica Jardim(1); Catarina Nóbrega(1); Alexandra Malheiro(1); Luz Reis Brazão(1); Teresa Faria(1)

(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: A doença de Still no adulto é um distúrbio inflamatório sistémico raro caracterizado pela tríade febre, artrite e rash evanescente. Dada à sua clínica inespecífica e à não existência de alterações analíticas ou radiológicas patognomónicas, o seu diagnóstico torna-se desafiante.

Caso clínico: Mulher, 46 anos, autónoma. Sem antecedentes pessoais e medicação habitual. Internamento prévio por febre arrastada, medicada com antibioterapia e sem diagnostico à data de alta. Recorre ao Serviço de urgência por febre com três semanas de evolução, cefaleias, fotofobia e erupção cutânea com aparecimento nos últimos cinco dias. À admissão apresentava-se febril (TT 38,3ºC), taquicárdica (FC 102 bpm), com exantema eritematoso macular generalizado, sem outras alterações ao restante exame objetivo. Analiticamente com anemia ligeira normocítica e normocrómica, aumento das transaminases, LDH elevada (862U/L), ferritina de 703ng/mL e PCR de 34mg/L. Foi admitida em internamento para estudo de febre indeterminada. Estudo bacteriológico, serológico negativo no decorrer do internamento. TAC-T demonstrou espessamento pleural e opacidades parenquimatosas em vidro despolido subpleural. No decorrer do internamento doente apresentou episódios de odinofagia e artralgias o que contribuiu para orientação diagnóstica. Iniciou corticoterapia com boa resposta clínica e foi orientada para a consulta de MI e de Pneumologia.

Discussão: Os autores descrevem este caso clínico raro e interessante, no sentido de alertar para a importância de realizar uma boa anamnese e sinalizar para o facto de que, sintomas comuns nem sempre estão associados a doenças comuns. Por vezes sintomas comuns escondem uma doença não tão comum.

Abreviaturas: TT- Temperatura corporal; FC- frequência cardíaca; LDH- Desidrogénase láctica; UII- Exame de urina tipo II; PCR- proteína c reativa; TAC-T- Tomografia axial computorizada do tórax; MI- Medicina Interna

Nº 030 Síndrome de Sjögren e Pioderma Gangrenoso - uma associação rara

Mariana Cascais(1); Bruna Mota(1); Marta Valentim(1); Renato Rodrigues(1); João Carlos Almeida(1); Sofia Veríssimo Pedrosa(1)

(1) Centro Hospitalar São João

Introdução: O Síndrome de Sjögren (SS) caracteriza-se pela destruição autoimune de glândulas exócrinas, contudo também se pode manifestar pelo envolvimento extraglandular, nomeadamente cutâneo, musculoesquelético e pulmonar. O Pioderma Gangrenoso (PG) é uma dermatose rara provocada pela infiltração anormal de neutrófilos. Apresenta-se tipicamente através de uma pápula ou pústula que progride para uma lesão ulcerada dolorosa e está frequentemente associado a patergia positiva. Pode ser idiopático, mas geralmente apresenta-se associado a uma Doença Autoimune (DAI) de base.

Caso Clínico: Homem de 70 anos, seguido em consulta de DAI por SS com clínica de xerostomia (biópsia das glândulas salivares a evidenciar infiltrado linfocítico Focus 5), xeroftalmia, artralgias (interfalângicas proximais, cotovelos e joelhos bilaterais), fenómeno de Raynaud, leucopenia e derrame pleural. Com perfil imunológico atípico com positividade para SSa - Ro52, Fator Reumatoide, hipergamaglobulinemia e crioglobulinas. Inicia quadro de lesão ulcerada do tórax acompanhada de lesões pustulosas das palmas das mãos para as quais realizou biópsia em contexto de consulta externa. Recorre na semana seguinte ao serviço de urgência (SU) por agravamento das lesões no local da biópsia, levantando a suspeita de positividade para teste de patergia. À observação no SU são descritas 3 lesões com eritema, calor, dor e flutuação na mão esquerda lateralmente ao local de sutura pós-biópsia. Realizou drenagem das lesões com saída de líquido hemato-purulento, amicrobiano confirmado posteriormente em cultura. Optou-se por início de corticoterapia sistémica e reavaliação precoce. À reavaliação apresentava resolução das lesões e a biópsia inicial revelou inflamação aguda pustulosa com focos de necrose e infiltrado inflamatório com predomínio de neutrófilos compatível com pioderma gangrenoso. Concluindo tratar-se de um PG associado a SS.

Conclusão: O presente caso evidencia um doente com diagnóstico de SS com perfil imunológico infrequente e presença de PG que, apesar de pode surgir associado a DAI, a sua associação com o Síndrome de Sjögren primário é rara, estando poucos casos ainda descritos na literatura atual. O PG surge, normalmente, quando o diagnóstico de SS já está estabelecido, mas também pode surgir como manifestação inicial.

Nº 031 Sarcoidose - quando nem tudo é pulmão

Marta Azevedo Ferreira(1); Pedro Moules(1); Beatriz Cerca(1); Carolina Cabrita Abreu(1); Ana Grilo(1); Fernando Martos Gonçalves(1); José Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A sarcoidose é uma doença imuno-mediada, multissitémica, cujo *hallmark* é a presença de granulomas não caseosos. Os pulmões são o órgão mais frequentemente afetado, mas qualquer sistema pode estar envolvido. O envolvimento neurológico surge em cerca de 5% dos casos.

Caso clínico: Mulher de 46 anos, autónoma, a residir entre Portugal e Angola de forma intermitente. História de asma, sem terapêutica crónica.

Avaliada no serviço de urgência por diminuição da sensibilidade da hemiface esquerda e perilabial de instalação insidiosa com 5 meses de evolução.

Na observação destacava-se hipostesia álgica da hemiface esquerda no território do

V nervo craniano, com parésia facial periférica homolateral.

No estudo complementar foi excluída doença cerebrovascular ou lesão ocupante de espaço, com TC crânio sem alterações, mas a RM crânio a mostrar captação de contraste do V par craniano bilateralmente e VII par esquerdo. A punção lombar não revelou alterações, nomeadamente na pesquisa de vírus neurotrópicos. Destacava-se ainda radiografia de tórax com adenopatias hilares bilaterais, que se confirmaram em TC tórax, que mostrou padrão nodular pulmonar e adenopatias mediastínicas. A pesquisa de serologias virais e estudos culturais, nomeadamente BAAR, foram negativos, mas no estudo da auto-imunidade ECA positiva. Sem suspeita de toxicidade farmacológica.

Colocada hipótese de sarcoidose, confirmada na histologia por biópsia a granuloma não caseoso mediastínico guiado por EBUS e lavado broncoalveolar. Solicitada avaliação por oftalmologia, que identificou panuveíte.

Assumido diagnóstico de sarcoidose, tendo iniciado corticoterapia e posteriormente azatioprina, com resolução do quadro e estabilidade clínica.

Discussão: Este caso de sarcoidose com envolvimento neurológico, pulmonar, ganglionar e oftalmológico alerta-nos para a ocorrência de manifestações extra-pulmonares de sarcoidose como forma de apresentação da sarcoidose.

Pensar nesta etiologia é determinante para o seu diagnóstico e ação célere, sobretudo quando a apresentação é inespecífica e nos remete para uma etiológica mono-orgânica.

Nº 032 Eritema multiforme a fármacos versus Síndrome Stevens-Johnson – um diagnóstico diferencial difícil

Alexandra Machado(1); Marta Fernandes(1); Marta Brandão Calçada(1); Micaela Manuel(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: As reações adversas a fármacos mais comuns são mucocutâneas, podendo ter distintos graus de atingimento e evoluir desfavoravelmente. O eritema multiforme (EM) caracteriza-se por lesões em alvo que podem ser acompanhadas por erosões/bolhas com atingimento de mucosas. A sua associação a fármacos é rara e a semelhança clínica e histopatológica com a síndrome Stevens-Johnson (SSJ) tornam o diagnóstico diferencial difícil.

Caso clínico: homem de 60 anos, sem antecedentes pessoais. Recorreu ao serviço de urgência por lesões eritematosas localizadas inicialmente nos punhos, com progressão para a face e pescoço há dois dias. Negava dispneia, pieira, edema da língua ou febre. Duas semanas antes sofreu traumatismo lombar, tendo realizado meloxicam, tiocolquicosido, etoricoxib e tramadol. À admissão, encontrava-se apirético e hemodinamicamente estável, com pápulas eritematosas, não pruriginosas, na face, pescoço, tronco, dorso e inguino-escrotal. Artrite de ambos os punhos. Ligeiro edema dos lábios, sem lesões nas mucosas. Durante o internamento, desenvolveu lesões sangrantes da língua e orofaringe, com compromisso da via oral e lesões do dorso com bolha flácida. Analiticamente, aumento da proteína C reativa. Anticorpos anti-Mycoplasma pneumoniae e anti Herpes Virus I a excluir infeção aguda. Iniciou tratamento com fluidoterapia, corticoterapia e colutório bucal com melhoria. À data da alta, máculas acastanhadas cicatriciais no tegumento, raras erosões.

Discussão: O diagnóstico diferencial entre EM e SSJ é desafiante atendendo à sobreposição dos achados mucocutâneos, especialmente quando o fator desencadeante mais provável é um fármaco. Apesar do EM induzido por fármacos ser raro, os mais frequentemente associados são os antinflamatórios não esteroides, especialmente os *oxicans*, tal como no SSJ. Assim, apesar do tratamento inicial de ambos ser de suporte, o risco de

disfunção multiorgânica e morbimortalidade associado ao SSJ deve motivar criteriosa vigilância.

Nº 033 Arterite de Takayasu – Uma Doença Inflamatória Subdiagnosticada no Idoso

Fabiana Gouveia(1); Sofia Dinis Ferreira(1); João Tiago Loja(1); Cláudia Lemos(1); Sofia Paiva(1); Rafael Nascimento(1); Ana Isabel Costa(1); João Miguel Freitas(1); Sofia Granito(1); Mónica Caldeira(1); Miguel Homem Costa(1); Teresa Faria(1)

(1) CHF-Hospital Nélio Mendonça

A Arterite de *Takayasu* (AT) é uma panarterite inflamatória granulomatosa rara que afeta a aorta e principais ramos, levando à estenose com manifestações clínicas insidiosas, inespecíficas e variáveis, dependendo do território afetado. Com incidência anual de 2,6 casos por milhão é mais comum no Sudeste Asiático e afeta predominantemente mulheres, especialmente em idade reprodutiva. Acredita-se que a AT seja subdiagnosticada, especialmente em faixas etárias mais avançadas, o que demonstra a pertinência deste caso.

Mulher caucasiana de 87anos com antecedentes de depressão e insuficiência venosa periférica, não medicada com beta-bloqueante, foi encaminhada pelo Médico de Família à consulta de Medicina Interna por síncopes de repetição sem outros sintomas associados. As únicas alterações no exame físico foram a pressão arterial imensurável nos membros superiores (MS) e a ausência de pulsos nos MS, negando claudicação dos mesmos. Analiticamente tinha uma Velocidade de Sedimentação (VS) de 56m e Proteína C-Reativa (PCR) de 44 mg/L, sem elevação de catecolaminas plasmática e urinária e estudo autoimune negativo. O eletrocardiograma e o *holter* 24horas não mostraram alterações relevantes e o ecocardiograma documentou apenas alterações degenerativas leves aórticas e mitrais com regurgitação leve. A ecografia com *doppler* arterial dos MS revelou estenose significativa das artérias axilares bilateralmente com comprometimento hemodinâmico distal. Alterações na artéria temporal foram excluídas por ressonância magnética e, por fim, a angio-tomografia computorizada toraco-abdominal evidenciou um espessamento difuso da parede da aorta, estenose da Artéria Subclávia (AS) esquerda com componente inflamatório, redução no calibre de AS direita e estenose grave da artéria renal, sugerindo uma AT. Assim, foi iniciado prednisolona 1mg/kg/dia e à reavaliação nos 6 meses seguintes não apresentou recorrência de síncope, os pulsos dos MS encontravam-se palpáveis e verificou-se uma redução da VS e PCR.

A fisiopatologia incerta da AT parece ser influenciada por fatores genéticos e ambientais. O início dos sintomas tende a ser subagudo, sem características patognomónicas, atrasando meses a anos um diagnóstico precoce e terapêutica atempada que no presente caso foram determinantes no prognóstico e qualidade de vida.

Nº 034 Adenopatias axilares - um diagnóstico diferencial a considerar!

Raquel Oliveira(1); Tiago Guimarães(1); Eduarda Martins(1); Sara Pinto(1); Carla Maia(1); Juliana Chen Xu(1)

(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Introdução: As adenopatias axilares e supraclaviculares são um achado muito comum na consulta de medicina interna e são a forma de apresentação de diversas patologias, nomeadamente doenças auto-imunes, como é o caso de lúpus eritematoso sistêmico (LES).

Caso clínico: Mulher de 2(1) anos sem antecedentes de relevo, medicada com contracetivo oral. Há cerca de 2 anos refere aparecimento de tumefacção axilar esquerda não dolorosa, sem melhoria após toma de anti-inflamatório. Ao longo do tempo notou desenvolvimento progressivo de tumefacções idênticas - na região axilar esquerda e supraclaviculares. Realizou ecografia dirigida que mostrou adenopatias axilares bilaterais e supraclavicular esquerda, com biópsia excisional compatviel com linfoadenopatia reactiva inespecífica. Por este motivo foi referenciada à consulta de medicina interna.

Referia quadro com cerca de 6 meses de evolução de: astenia, perda ponderal significativa, anorexia e sensação de saciedade precoce. . Descrevia ainda fotossensibilidade e çesoes cutaneas dispersas pelo corpo, que primeiro apresentam-se hiperemiadas, depois com exsudado líquido e posteriormente cicatrizam formando uma crosta, mas nunca chegam a desaparecer. Ao exame objetivo, com lesões cutâneas eritematosas discóides dispersas pela face e região cervical, com evolução migratória. Do estudo analítico realizado, Anti-dsDNA (2(1) UI/mL) positivos e consumo de complemento (C3 de 67.6 mg7dL e C4 de 6.(1) mg/dL), com microalbuminúria (ratio albumina/cr 139mg/g em urina matinal). Assumiu-se como hipótese mais provável Lupus Eritematoso Sistémico a condicionar linfadenopatias, atingimento cutâneo e renal. Iniciou Hidroxicloroquina 400 mg e prednisolona 20mg por dia, com melhoria com melhoria dos sintomas sistémicos

Discussão: No LES, a apresentação clínica é variável, desde envolvimento articular e cutâneo até envolvimento renal, hematológico ou ganglionar. A heterogeneidade clínica do LES representa um desafio diagnóstico para o clínico e deve ser considerado como diagnóstico diferencial de doenças linfoproliferativas.

Nº 035 Miosite focal: o desafio do diagnóstico diferencial

Ana A Albuquerque(1); Fábio Pé d Arca Barbosa(1); Patrícia Santos(1); Miguel Maneiras(1); Vanda Spencer(1); Ana Valada Marques(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

A miopatia focal é uma miopatia inflamatória idiopática, caraterizada por edema dos músculos esqueléticos, geralmente dos membros inferiores. A etiologia é desconhecida, podendo estar associada a doenças autoimunes.

Mulher de 43 anos, com alopecia areata há 10 anos e menopausa precoce aos 38 anos. Com episódios recorrentes e autolimitados de dor, calor, edema e rubor muscular a nível dos membros superiores (MS) e inferiores (MI), associados a febre de predomínio vespertino. Do estudo inicial, proteína C reativa 23.6mg/dL, velocidade de sedimentação de 120, creatinaquinase de 283 UI/L e anemia ferropénica. Ecograficamente, miosite do MI esquerdo, também sugerida em ressonância magnética. Assumiu-se miosite infeciosa e iniciou antibioterapia de largo espetro sem melhoria do quadro clínico. Hemoculturas

e urocultura negativas. Fez tomografia axial computorizada toracoabdominopélvica que revelou hepatoesplenomegalia e polisserosite com derrames pericárdico e pleural, consolidação no lobo superior esquerdo e adenopatias axilares bilaterais, lateroaórticas e ilíacas esquerdas. A tomografia por emissão de positrões excluiu neoplasia. Estudo autoimune sem alterações, enzima conversora angiotensina 20 UI/L e lavado-broncoalveolar com presença de linfócitos e exame micro e micobacteriológicos negativos, excluindo tuberculose e sarcoidose. Do estudo da anemia, endoscopia digestiva alta com gastrite e colonoscopia com colite focal. Eletromiograma sugestivo de processo miopático nos músculos dos MI e MS, e biópsia tibial anterior com aspeto sugestivo de miosite com predomínio de linfócitos T. Assumida miosite focal e iniciada terapêutica com azatioprina e corticoterapia, com resolução da sintomatologia e remissão da febre.

A miosite focal é uma entidade rara, com diagnóstico desafiante. Apesar do estudo autoimune negativo, poderá ser a primeira manifestação de um quadro inflamatório com atingimento multissistémico.

Nº 036 Crise esclerodérmica atípica rapidamente progressiva: qual o segredo para a atipia?

Rita Matos Sousa(1); Johanna Viana(1); Francisco de Oliveira Simões(1); Diana Ferreira Lopes(1); Juliana Andrade(1); Filipa Iglesias(1); Alexandre Carvalho(1); Inês Gonçalves(1); André Santa Cruz(1); Sara Marques(1); Gonçalo Santos(1); Cristina Ângela(1); Paula Ferreira(1); Carlos Capela(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: A Crise Esclerodérmica com lesão renal aguda (LRA) rapidamente progressiva é uma complicação fatal da esclerodermia apresentando-se tipicamente com hipertensão arterial (HTA) severa, insuficiência renal rapidamente progressiva, insuficiência cardíaca congestiva e anemia hemolítica microangiopática. A literatura reforça a associação acrescida entre esclerose sistémica (SSc) e malignidade sendo que a segunda deve ser sempre excluída perante um diagnóstico de novo de SSc.

Caso Clínico: Homem, 68 anos, antecedentes de HTA, hipertensão pulmonar moderada de etiologia desconhecida e insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada. Inicia, 4 meses antes, anorexia, astenia e edema dos joelhos e mãos. Um mês após surge com agravamento da dispneia habitual, ortopneia, edema generalizado, perda ponderal de 4kg e artralgias generalizadas. Finalmente admitido a internamento por evoluir para anúria. Na revisão da história prévia refere espessamento cutâneo, fenómeno de Raynaud, xerostomia e disfagia. À admissão encontra-se pálido, desidratado, em anasarca e com HTA. Analiticamente com LRA, hipercalemia e acidemia metabólica. Por refractariedade farmacológica inicia hemodiálise (HD). Na avaliação adicional, além de manter LRA severa, apresenta anemia hemolítica autoimune, polisserosite e anticorpos anti-nucleares positivos (1/2560, padrão nucleolar), anti-Scl70+ positivo, anti-dsDNA negativo, anti-cardiolipina IgM positivo e anti-B2 IgM ambíguo associado a consumo de complemento. Foi considerado o diagnóstico de SSc mantendo-se dúvidas sobre síndrome de sobreposição. Realiza biópsia renal que revela características compatíveis com esclerodermia e microangiopatia. Do estudo complementar com processo neoformativo pancreático. Doente evolui para estabilidade cutâneo-articular, sob micofenolato mofetil. Mantém-se dependente de HD e aguarda decisão oncológica.

Discussão: O diagnóstico de SSc e as suas complicações requerem elevada suspeição para o diagnóstico atempado. Aqui verificamos progressão para uma forma possivelmente fatal com atingimento renal/crise esclerodérmica. Também se realça a necessidade da pesquisa de malignidade que, neste caso, pode suportar parte da atipia da crise esclerodérmica, com anemia hemolítica autoimune e consumo de complemento.

Nº 037 Um caso de exantema pustuloso em doente imunossuprimido

Alice Figueiredo(1); Sofia Andrade(1); Mafalda Ramos(1); Carlos Cotrim(1); Patrícia Bernardes(1); Miguel Rodrigues(1); Joana Simões(1); Carolina Palma(1); Mafalda Figueira(1); Diana Pedreira(1); Beatriz Navarro(1); Ermelinda Pedroso(1)

(1) Centro Hospitalar de Setubal

A presença de um exantema pustuloso súbito é uma manifestação clínica que obriga a um diagnóstico diferencial vasto, pelo que uma anamnese adequada, a observação cuidada das lesões e o enquadramento com o restante contexto clínico são essenciais.

Apresenta-se o caso de um homem de 69 anos com história conhecida de Miastenia Gravis ocular, que iniciou terapêutica imunossupressora com deflazacorte e azatioprina no dia 17/01/2023, sendo admitido no Serviço de Urgência, 10 dias depois, por um quadro de febre e sintomas constitucionais associado a exantema pápulo-pustuloso no couro cabeludo, não pruriginoso, mas que provocava sensação de calor e ardor. Ao exame objetivo apresentava-se vígil, calmo e colaborante com erupções pustulosas abundantes no couro cabeludo e com escassa evidência de disseminação para o tronco. Da avaliação analítica destacava-se parâmetros inflamatórios elevados (leucocitose de 17300/uL com neutrofilia de 87.5% e Proteína C-Reactiva de 55.79mg/dL). Admitiu-se a hipótese de infeção herpética disseminada com possível sobreinfecção bacteriana, pelo que se iniciou terapêutica empírica com aciclovir e ceftriaxone. No internamento, constatou-se um exantema pápulo-pustuloso doloroso e já disseminado ao couro cabeludo, tronco e joelhos, tendo sido colocadas novas hipóteses diagnósticas nomeadamente reações adversas cutâneas a fármacos sob a forma de síndrome de Sweet (SS) ou pustulose exantemática generalizada aguda (PEGA), mas também tendo sido consideradas outras etiologias infecciosas como foliculite bacteriana, zona disseminada, varicela ou sífilis secundária. Neste contexto, foram realizadas análises serológicas e colhidas biópsias cutâneas. Do ponto de vista terapêutico foi suspensa a azatioprina e mantida a corticoterapia com prednisolona 80mg/dia. Nos dias subsequentes verificou-se melhoria rápida do exantema e descida significativa dos parâmetros inflamatórios.

Destaca-se neste caso a importância de estabelecer uma relação temporal com a introdução novos fármacos que possam estar na origem de reações adversas cutâneas, mas também o facto de muitas vezes ser necessário adotar várias estratégias terapêuticas em simultâneo até ser possível realizar um diagnóstico definitivo, por forma a evitar complicações graves, sobretudo em doentes imunossuprimidos.

Nº 038 Pericardite aguda como primeira manifestação de LES com Sjögren secundário

Natália Marchão(1); Marina Pereira Duque Fonseca(1); Liliana Ribeiro Santos(1); Marisa Teixeira Silva(1); Nuno Reis Carreira(1); Catarina Sousa Gonçalves(1); Alexandra Wahnon(1); Maria José Pires(1); Carolina Carreiro(1); Raquel Mendes Boto(1); Ana Maria Baltazar(1); Carolina Brandão Monteiro(1); Lilia Savka(1); Hugo Félix(1); Afonso Aguiar(1); Gustavo Silva(1); Catarina Lopes(1); Rita Silva(1); Milton Rosa(1); Catarina Furtado(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune multisistémica complexa, com elevada morbi-mortalidade. Apresenta maior incidência no sexo feminino entre os 25 e 45 anos e em indivíduos de raça negra. A identificação de LES é

clínica, sendo que os critérios de classificação EULAR/ACR de 2019, podem ser considerados para suportar o seu diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 38 anos, de etnia cigana, com polisserosite, toracalgia em decúbito aliviando com a flexão anterior do tronco, e poliartralgias de ritmo misto, com envolvimento hematológico e constitucional com 2 meses de evolução. Eletrocardiograma (ECG) evidenciando taquicardia sinusal (frequência cardíaca de 119bpm), sem alterações de ST-T. Apresentava ainda, laboratorialmente, Troponina (28ng/mL) e NT-ProBNP (367pg/mL). As serologias infecciosas foram negativas. Estudo autoimune com anticorpos antinucleares (1/1280; padrão finogranular AC-4), anticorpo anti-ds-DNA (2557.7) e anticorpo antiRo52 positivos (2735.6), a par de fator reumatoide (20.0UI/mL), alfa (1) antitripsina (255mg/dL) e haptoglobina (384mg/dL) positivos. Eletroforese de proteínas que evidenciou hipergamaglobulinémia. A radiografia de tórax revelou apagamento dos seios costo-frénicos bilateralmente. Na tomografia computadorizada de tórax foi possível observar lâmina de derrame pericárdico e derrame pleural bilateral de pequenas dimensões. Ecocardiograma transtorácico com ventrículo esquerdo não dilatado, sem hipertrofia ou alterações da contratilidade segmentar e fração de ejeção ventricular esquerda preservada. Todo este quadro sugeria LES, com pericardite aguda e Síndrome de Sjögren secundário. A doente foi medicada com colchicina 1mg (12/12h) com melhoria clínica.

Discussão: O reconhecimento precoce das manifestações clínicas do LES, de elevada heterogeneidade clínica, constitui frequentemente um verdadeiro desafio diagnóstico. As manifestações cardíacas estão presentes em 50% dos doentes, contudo é raro (<1%) a pericardite ser a manifestação inicial de LES pelo que se deve ter uma elevada suspeição clínica na abordagem de quadros de pericardite, sobretudo quando em simultâneo com semiologia multifacetada.

Nº 039 Peliose hepática a mimetizar uma neoplasia

Marina Coelho(1); Lília Pires Castelo Branco(2); Vital da Silva Domingues(3); Teresa Mendonça(4); Fátima Farinha(4)

(1) Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar do Oeste, Unidade de Torres Vedras (2) Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Bragança (3) Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Hospital Geral de Santo António (4) Unidade de Imunologia Clínica, Centro Hospitalar Universitário Porto, Hospital Geral de Santo António

Introdução: A peliose hepática (PI) é uma alteração vascular rara caracterizada pela dilatação dos sinusóides hepáticos e presença de quistos preenchidos com sangue. Pode estar associada a infeções, alterações imunológicas, neoplasias ou fármacos, sendo que a patofisiologia ainda não está totalmente esclarecida.

Caso clínico: Homem de 57 anos, sem consumo de hepatotóxicos. Admitido no SU por astenia, colúria, acolia, icterícia, sensação de enfartamento precoce, desconforto pós-prandial no hipocôndrio direito e perda ponderal de 2-3kg, sintomas progressivos com (1) mês de evolução. Observação: ictérico, sem organomegalias ou estigmas de doença hepática. Análises: citólise de novo (AST 39xLSN; ALT 53xLSN; FA 1.4xLSN; GGT 5.6xLSN) e hiperbilirrubinemia conjugada (total 5.5mg/dL), sem coagulopatia. Doppler e TC abdominal: lobo hepático esquerdo globoso, ecoestrutura heterogénea em toalha de modo difuso no segmento IV e VIII, até à placa hilar. CPRM: lesões sugestivas de PI do segmento VIII, excluindo-se causas de colestase intra ou extra-hepáticas, sendo menos provável a hipótese de colangiocarcinoma. Excluídas neoplasias por estudos endoscópicos. Vírus hepatotrópicos negativos. Alfa-fetoproteína e CA 19.9 normais, sem défice de alfa1-antitripsina. Cobre urinário e ceruloplasmina normal. Documentou-se hipersideremia (Ferro 283ug/ml, sat. de transferrina 81%) e hiperferritinemia (Ferritina 7223ng/ml). ASMA (1/160), ANA (1/1280), actina-F positivos (53,2 U/ml) e LKM(1) positivo

fraco. Realizada biópsia do segmento V com lesões de hepatite crónica ativa e hepatite autoimune (HAI). Fez-se o diagnóstico de HAI, após exclusão de malignidade, em doente com achados sugestivos de PI. Iniciou Prednisolona 1mg/kg e Azatioprina (AZA) com switch para Micofenolato de Mofetil por ausência de resposta. Após (1) ano de follow-up, com melhoria clínica, analítica e estabilidade imagiológica das lesões de PI.

Discussão: Os achados imagiológicos sugestivos de PI, pelo seu reduzido tamanho, per si não explicam a citocolestase hepática, enquadrável no diagnóstico da HAI. A gestão destas doenças em paralelo pode ser difícil, dado que o corticoide e a AZA podem levar ao agravamento da PI, apesar de neste caso não ter sido identificado nenhum fator de risco ao diagnóstico. Na literatura não há registo da relação entre HAI e PI.

Nº 040 Tumefação nodular - apresentação inicial de Sarcoidose

Joana Gouveia Santos(1); Helena Reis(1); Mariana Gonzalez Ribeiro(1); Adriana Luísa Costa(1); Luísa Vital(1); Paulo Almeida(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A sarcoidose é uma doença multissistémica caracterizada pela presença de granulomas não caseosos. As lesões subcutâneas de sarcoidose são apresentações iniciais raras desta patologia, que se apresentam como nódulos firmes e geralmente assintomáticos.

Caso Clínico: Mulher de 60 anos, sem antecedentes médicos de relevo seguida em consulta de Ortopedia por tumefacção de 2.5x2.0cm do quarto dedo da mão esquerda, duro e indolor com um ano de evolução. Realizou exérese cirúrgica, mantendo ligeira rigidez articular. O exame anatomopatológico revelou processo inflamatório granulomatoso não necrotizante a envolver o tecido tendo-aponevrótico e membrana sinovial. Iniciou seguimento em consulta de Medicina Interna, não apresentando outros sintomas ou sinais ao exame objetivo, exceto mancha hipopigmentada na região frontal direita. A tomografia computorizada cervico-toraco-abdomino-pélvica mostrou adenomegalias mediastínicas, algumas calcificadas; com nódulos dispersos pelo parênquima inespecíficos, sem a distribuição peri-linfagítica típica de sarcoidose. A biópsia aspirativa transbrônquica ecoguiada de adenopatia subcarinal identificou processo inflamatório granulomatoso. Lavado brônquico com citologia negativa para células malignas e imunofenotipagem com alveolite linfocitica intensa; relação CD4/CD8 elevada (6.8). Do estudo analítico, a realçar ADA ligeiramente elevada sem outras alterações. Os exames micológico, bacteriológico e baciloscopia foram negativos. Exame oftalmológico sem alterações. Considerando a estabilidade clínica, a doente não iniciou tratamento dirigido, mas mantém vigilância clínica em consulta de Medicina Interna.

Discussão: O caso apresentado destaca a importância de considerar o diagnóstico de sarcoidose em doentes que se apresentam com tumefações de partes moles ou com envolvimento teno-sinovial. O diagnóstico precoce poderá antecipar a correta identificação dos sintomas correlacionados com a doença e permitir o tratamento atempado.

Nº 041 Sarcoidose e tromboses de repetição: que relação?

Daniela Salgueiro(1); Ana Rita de Oliveira(1); Ângela Paredes Ferreira(1); Marta Batoca Sousa(1); Nuno Pardal(1); Ana Sofia Costa Matos(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa não caseosa multissistémica de etiologia desconhecida que envolve sobretudo gânglios linfáticos e pulmões.

Caso clínico: Mulher, 50 anos. Antecedentes de AVC isquémico e tromboses venosas de repetição, hipocoagulada com varfarina. Admitida no Serviço de Urgência por dispneia progressiva desde há alguns meses e agravamento de hemiparésia direita sequelar com 2 horas de evolução. Durante o internamento, observada melhoria dos défices neurológicos, mas insuficiência respiratória em agravamento. Realizada tomografia computorizada do tórax que mostrou infiltrados pulmonares bilaterais, opacidades periféricas e subpleurais e adenomegalias subcarinais e hilares, a maior com 4.6cm. Do estudo analítico com anemia normocitica normocrómica; VS 58 mm/h, calcemia 8.2 mg/dL e enzima de conversão da angiotensina 40.5UI/L. Ainda com IgG anti-B2 glicoproteína, IgG anti-cardiolipina e anticoagulante lúpico fracamente positivos, homocisteinemia significativamente elevada, bem como antitrombina e proteína C reduzidas. Por agravamento respiratório sustentado apesar de antibioterapia e suspeita de sarcoidose iniciou prednisolona 1mg/Kg/dia. Verificada franca melhoria clínica em 72h, a possibilitar o desmame completo de oxigenoterapia. Realizou biópsia de adenomegalia hilar através de ecoendoscopia brônquica, cuja análise histológica identificou agregado histiocitário granulomatoso, sem necrose, compatível com sarcoidose.

Discussão: Além do envolvimento de órgãos sólidos, está também descrita a associação da sarcoidose a eventos trombóticos em território arterial e venoso. Embora se desconheçam os mecanismos subjacentes, a sarcoidose foi associada a vários fatores protrombóticos incluindo a mutação MTHFR e da protrombina, a elevação da homocisteína, a redução da atividade da proteína C e do ativador do plasminogénio. Estão ainda descritos raros casos de associação com o síndrome anti-fosfolipidico.

Nº 042 Behçet: desafio diagnóstico e a importância do trabalho multidisciplinar

Filipa Figueiredo(1); Catarina Roquete(1); Marta Rocha(1); Teresa Valido(1); Carolina Chumbo(1); Sara Vilas-Boas(1)

(1) Hospital Amadora Sintra

A Doença de Behçet (DB) é uma vasculite sistémica imunomediada. Apresenta-se um caso com diagnóstico diferencial desafiante, com envolvimento multidisciplinar - Medicina Interna, Ginecologia, Dermatologia e Gastroenterologia. Pretende refletir a importância e uma doença rara no diagnóstico diferencial salientando a importância do trabalho multidisciplinar.

Feminino, 78 anos, internada por febre e sinais inflamatórios do membro inferior, admitindo-se celulite. À admissão com lesão ulcerada da mucosa oral. Analiticamente com anemia (7.7g/dL), trombocitopenia (129000), PCR22mg/L e ferritina996ng/mL. Por hematoquézias realizou TC abdominopélvica com espessamento parietal do cólon sigmóide e descendente. Rectosigmoidoscopia com úlceras estreladas, anatomopatologicamente com alterações inflamatórias inespecíficas. Exames endoscópicos com fibroma hemorroidário e avaliação proctológica com fissura anal, com biópsia sem características

displásicas ou infeciosas. Pesquisa de anticorpos ASCA e ANCA negativa e calprotectina fecal 255mg/Kg. Posteriormente, lesões cutâneas maculopapulares eritematovioláceas, com biópsia revelando dermatose neutrofílica - pioderma gangrenoso (PG); recrudescimento de aftose oral; úlceras vulvares e perianais dolorosas, foliculite dos grandes lábios e flebites em locais de venopunção. Realizado teste patérgico também positivo. Dada bicitopenia sem défices vitamínicos, realizado mielograma e biópsia osteomedular com aspectos compatíveis com síndrome mielodisplásica.

A DB é uma doença rara sem teste único que possa confirmar o diagnóstico, sendo o mesmo é feito através de critérios. A pesquisa negativa de anticorpos ASCA e ANCA e úlcera do cólon com histologia pouco característica, tornam a doença inflamatória intestinal menos provável. A febre persistente, lesões cutâneas, parâmetros inflamatórios, com doença hemato-oncológica, suscitou a hipótese de Síndrome de Sweet. Contudo, ainda que em idade atípica, o envolvimento oral, genital, cutâneo, gastrointestinal e teste patérgico são sugestivos, cumprindo critérios. Defendemos como mais provável a DB com lesões PG like. Para o seu diagnóstico contribuiu um grupo multidisciplinar cujo trabalho e pensamento conjunto permitiu retirar conclusões de um caso complexo.

Nº 043 Úlceras orais e genitais: Pênfigo vulgar como diagnóstico diferencial da Doença de Behçet

José Nuno de Magalhães(1); Rui Ribeiro(1); Diana Oliveira Miranda(1); Diana Rocha(1); Diogo Carvalho Sá(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A presença de úlceras orais e genitais recorrentes são 2 dos 3 elementos da tríade clássica da Doença de Behçet. No entanto, é importante ter mente outros diagnósticos diferenciais.

O pênfigo vulgar é uma doença autoimune mais rara, com incidência global reportada de 0,5 a (1) casos por 100000 pessoas por ano, afetando sobretudo indivíduos entre as 5ª e 7ª décadas de vida. Caracteriza-se por surgimento de lesões bolhosas na pele e superfícies mucosas.

Caso clínico: Reporta-se o caso de uma mulher 62 anos sem antecedentes pessoais de relevo, referenciada à consulta de Medicina Interna, por quadro de úlceras orais e genitais com 4 meses de evolução, a causar impacto importante na alimentação e qualidade de vida, com perda ponderal de 9% do peso corporal. Sem história de olho vermelho ou lesões cutâneas. À primeira avaliação, documentadas fotograficamente áreas de hiperemia dispersas pelo palato e lesões bolhosas nos pilares amigdalinos, bem como ulcerações genitais exsudativas na dependência dos grandes lábios. Estudo analítico com velocidade de sedimentação de 43mm/h, sem outros achados de relevo. Assumindo-se a possibilidade de Doença de Behçet, foi iniciada terapêutica com colchinina e, posteriormente, com corticoide oral. Por ausência de melhoria em avaliações subsequentes, decidiu-se realização de biópsia de lesão da cavidade oral, a revelar aspetos morfológicos e perfil de imunofluorescência, compatíveis com pênfigo vulgar. Subsequentemente referenciada à consulta de Dermatologia.

Conclusão: O presente caso reitera a necessidade de considerar diagnósticos diferenciais menos frequentes da Doença de Behçet no decurso da marcha diagnóstica do doente com úlceras orais e genitais, problema frequentemente encontrado na consulta externa de Medicina, sobretudo perante um quadro que evolui desfavoravelmente sob terapêutica convencional.

Nº 044 Trombocitopenia Imune secundária a infeção aguda por Citomegalovírus

Edgar Amaro(1); Luís Miguel Pereira(1); Vander Monteiro Sabino(1); Filipa Taborda(1); Vander Sabino(1); Diogo Cruz(1)

(1) Hospital Cascais

Introdução: A Trombocitopenia Imune (TI) é uma trombocitopenia (plaquetas séricas<100000/uL) provocada por autoanticorpos dirigidos às plaquetas.

É classificada em primária, quando não é identificada uma causa subjacente, ou secundária, quando o é. As causas principais de TI secundária incluem neoplasias, doenças autoimunes, imunodeficiências, alguns fármacos e infeções (sobretudo virais).

Pode ser assintomática. Os principais achados clínicos incluem petéquias, púrpura, epistaxis, hemorragia intracraniana e fadiga.

Caso clínico: Uma mulher de 62 anos, autónoma, sem antecedentes pessoais de relevo recorreu ao serviço de urgência (SU) por epistaxis e petéquias na mucosa oral e dispersas pelo corpo em maior quantidade nos membros inferiores. Analiticamente apresentava 6000/uL plaquetas, cujo valor mínimo foi 3000/uL.

Iniciou terapêutica com Imunoglobulina durante 2 dias e Dexametasona 40mg/dia durante 4 dias, com subida de plaquetas para 84000/uL.

Verificou-se nova descida de plaquetas para 4000/uL e epistaxis, tendo cumprido novamente Imunoglobulina humana durante 2 dias e iniciado corticoterapia diária com Prednisolona 1.5mg/kg/dia que seria aumentada para 2mg/kg/dia, com nova subida de plaquetas para 42000/uL, tendo vido a diminuir progressivamente para cerca de 27000/uL.

O estudo etiológico permitiu descartar neoplasias, doenças autoimunes, imunodeficiência e efeito adverso de fármacos. Após identificação de infeção aguda por citomegalovírus (CMV), com IgM positivo, com carga viral de 16821UI/mL com avidez de IgG dos anticorpos antiCMV 0.900, iniciou medicação Valganciclovir, tendo o valor de plaquetas subido progressivamente para aproximadamente 65000/uL.

Conclusão: A TI só pode ser classificada como primária após exclusão de uma etiologia seguida de uma pesquisa minuciosa. A Identificação da etiologia da TI secundária é fundamental uma terapêutica adequada e estabilização do valor de plaquetas do doente.

Nº 045 Ao final havia outra

Nuno Ricardo Oliveira(1); Mariana Leão Figueira(1); Joana Louro(1); Francisco Sanmartin Sanchez(1); Rosa Amorim(1)

(1) Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica, caracterizada pela formação de granulomas não caseosos, sobretudo de predomínio pulmonar. Doença rara de etiologia idiopática que afeta sobretudo a raça negra e mulheres, e mais frequente em idades entre os 20-40 anos.

Caso clínico: Doente de 68 seguida em consulta de Medicina após Internamento por hiponatremia franca em contexto de SIADH detectada após laminectomia de urgência em doente com paraparésia de instalação subaguda à admissão em contexto de hérnia Lombar L3 esquerda com internamento na Neurocirurgia. De referir Asma brônquica sem seguimento e só medicada em SOS. Durante o internamento o despiste de etiologia paraneoplasica para o SIADH foi negativo. Houve intercorrência de infecção Covid 19 com boa evolução clinica, e uma resolução progressiva e espontânea da hiponatremia com a recuperação funcional motora da utente com a reabilitação e da situação pos-cirurgica, mas de salientar detetadas pequenas adenopatias mediastínicas e micronodulos pulmonares

inespecificas no estudo realizado que foram progredindo ao longo do seguimento com referencia a um maior cansaço e dispneia contrariamente ao facto da excelente evolução motora da utente com marcha autónoma, sendo que a ECA revelou-se aumentada de 77.8.

Foi então solicitado EBUS para melhor esclarecimento diagnostico pelo que realizou biópsia que verifica doença granulomatosa de tipo sarcoide.

Doente paralelamente foi encaminhada para consulta de Pneumologia, dada a hipótese diagnóstica e manifestações clinicas e a Asma sem seguimento para estudo e orientação mais especifica, realização de Provas de função respiratória/DLCO e eventual inicio de corticoterapia.

Este é um caso interessante que começa por um quadro de paraparésia em contexto de um hérnia Lombar. A paraparésia resolveu com uma laminectomia de urgência. No follow-up pós cirurgia doente com hiponatrémia que se concluiu ser um SIADH. Assumido, na altura, SIADH pos cirúrgico, excluídas que estavam as outras causas. No entanto, doente com dispneia progressiva e com adenopatias mediastínicas e pulmonares dispersas cujo estudo revelou ser uma sarcoidose. As adenopatias estavam detectáveis a admissão da doente.

Assim sendo será o SIADH apenas pós-cirurgico ou poderá ter estado relacionado com o aparecimento da Sarcoidose?

Nº 046 Doença de lesões mínimas no adulto– um caso clínico

Bárbara A. M. Baptista(1); Beatriz Lima(1); Patrícia Almeida(1); Pedro Fragoso(2); Emanuel Ferreira(2); Ana Belmira(2); Susana Travassos Cunha(1); Abílio Gonçalves(1)

(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução: A síndrome nefrótica (SN) carateriza-se por proteinúria, hipercolesterolemia e edema. Possui múltiplas etiologias, sendo necessária anamnese e estudo complementar exaustivas.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 2(1) anos recorre ao serviço de urgência por edemas bilaterais dos membros inferiores com início no mesmo dia, sem outras queixas. Tem antecedentes de tabagismo (3.75 UMA) e pneumonia no mês anterior, com clínica de tosse hemoptóica, tratada com Amoxicilina e Ácido clavulânico. Sem história de alergias ou consumo de anti-inflamatórios. Sem alterações ao exame objetivo, com exceção de edemas simétricos, sem sinais inflamatórios.

Analiticamente, sem alterações da função renal, hipoalbuminemia de 2.6 g/dL e colesterol total de 463 mg/dL. Da análise urinária, apresentava macroalbuminúria (1698mg/24h) e proteinúria na faixa nefrótica (15838mg/24h), sem eritrocitúria. A ecografia renal demonstrava rins normodimensionados com diferenciação parenquimossinunal preservada, sem sinais de disfunção pós-renal.

Do estudo adicional realizado, foi excluída causa infeciosa e etiologia autoimune, disproteinemia e consumo de complemento.

O doente foi transferido para Nefrologia e realizou biópsia renal, que demonstrou alterações compatíveis com doença de lesões mínimas. Foi tratado com prednislona 1mg/Kg/dia. Apresentou recidiva clínica com recrudescimentos dos edemas, por suspensão temporária da medicação, estando atualmente em remissão.

Discussão: A doença de lesões mínimas é a causa mais comum de SN nas crianças sendo, mas incomum nos adultos. É frequentemente primária, apesar de se poder associar a infeções, reações alérgicas, toxicidade de fármacos e doença neoplásica. A remissão é frequente com a terapêutica sendo necessário tratamento mais prolongado nos adultos, mas existe elevada taxa de recidivas. No caso apresentado, a recidiva deveu-se não à existência de resistência à terapêutica, mas sim por incumprimento da mesma.

Nº 047 Trombose no jovem – A importância da anamnese.

Rita Relvas(1); Edgar Amaro(1); Marta Baião(1); Rita Tinoco Magalhães(1); Tatiana Oliveira(1); Nuno Ferreira Monteiro(1); Diogo Cruz(1)

(1) Hospital Dr.Jose Almeida, Cascais

Introdução: O estudo inaugural de causas de trombose no jovem requer, muitas vezes, exames complementares. Neste caso, os autores apresentam uma situação de diagnóstico etiológico raro e possível apenas pela anamnese e observação.

Caso Clínico: Homem, 48 anos, saudável, referenciado a consulta para estudo etiológico de trombose venosa da veia femoral superficial direita persistente após 4 meses de anticoagulação com apixabano. Clinicamente com dor neuropática na coxa direita, cervicolombalgia e poliartralgia de pequenas e médias articulações. Referência a úlceras aftosas orais recidivantes com (1) ano de evolução. Objetivamente com adicionais lesões acneiformes dorsais. Analiticamente com anemia normocítica normocrómica e elevação de parâmetros inflamatórios. Pedido estudo de autoimunidade, com anticorpos antinucleares fracamente positivos, fator reumatóide e anticorpos anti-dsDNA, anti-músculo liso, anti-citoplasma dos neutrófilos, antifosfolipídicos, anti-*Treponema pallidum*, anti-*Saccharomyces cerevisiae*, anti-transglutaminase tecidular IgA, anti-*Borrelia burgdorferi* IgM e IgG negativos, bem como estudo de trombofilias hereditárias, crioglobulinas, genotipagem HLA B51/B52 e teste de patergia. Colonoscopia sem alterações. Equacionando nesta fase doença de Behçet, repete-se anamnese mais aprofundada e apura-se história prévia de episódios de úlceras genitais, cumprindo assim critérios diagnósticos formais. Mantém seguimento em consulta, atualmente sob colquicina, prednisolona e com indicação para anticoagulação *ad eternum*. Descrita melhoria clínica significativa, com remissão completa das úlceras e sem novos fenómenos trombóticos.

Discussão: A trombose venosa é, num jovem, um desafio onde as causas hereditárias ganham peso. Porém, a pesquisa de outras etiologias deve ser acautelada. Sabendo-se que o envolvimento vascular, mais comum na forma de trombose venosa, é causa de morbimortalidade na doença de Behçet, é crucial pesquisar etiologias de trombose mais raras e apresentações atípicas no doente jovem.

Nº 048 "Amigos Improváveis" do Lúpus Eritematoso Sistémico

Margarida Ribeiro(1); Francisca Dâmaso(1); João Carlos Oliveira(1); Beatriz Ferreira(1); Marta Anastácio(1); Fausto Silva Pinto(1); Bruno Freitas(1); Manuel Araújo(1); Cândida Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença auto-imune com envolvimento multissitémico, sendo os sistemas mais comumente afetados o cutâneo, articular e o seroso. A Síndrome de Evans apresenta-se como uma combinação de anemia hemolítica auto-imune (AHAI) e trombocitopenia imune (PTI), podendo ser idiopática ou, menos frequentemente, associada a condições subjacentes, como é o caso do LES.

Caso Clínico: Mulher de 82 anos com antecedentes de hipertensão arterial e síndrome depressivo. Em agosto de 2022 recorreu ao Serviço de Urgência (SU) com quadro de astenia com um ano de evolução, agravado no último mês e poliartralgia simétrica de ritmo inflamatório dos punhos. Na semana anterior à ida ao SU, aparecimento de equimoses a traumas minor e episódios de epistáxis espontânea. Objetivamente a destacar

mucosas pálidas com hematomas dispersos e edema dos punhos, sem organomegalias, bem como saturação periférica de 93% em ar ambiente.

Analiticamente no SU a destacar anemia macrocítica com evidência de hemólise (LDH 249 U/L; Haptoglobina indoseável; bilirrubina total 2.(1) mg/dL) e trombocitopenia com esfregaço de sangue periférico sem esquizócitos e teste de Coombs direto IgG positivo e Coombs indireto negativo. Realizou radiografia de tórax que demonstrou derrame pleural bilateral.

Fez-se o diagnóstico de AHAI e, excluidas outras causas para a trombocitopenia, PTI.

No internamento fez-se o diagnóstico de LES, com base nos critérios de SLICC, e EULAR (artrite, serosite, anemia hemolítica e trombocitopenia, ANAs, anti-dsDNA e anticorpo anti-fosfolipidico positivos, consumo de complemento C3 e C4) com envolvimento hematológico, nomeadamente Síndrome de Evans.

Discussão: A associação pouco comum das entidades clínicas, bem como a apresentação atípica em idades avançadas do LES, constituiu um desafio diagnóstico, reforçando a necessidade da colheita de uma história clínica completa, podendo esta fornecer indícios cruciais ao diagnóstico.

Nº 049 Sindrome Anti-sintetase: um raro e muito doloroso quadro

Nuno Ricardo Faria Oliveira(1); Francisco Sanmartin Sanchez(1); Rosa Amorim(1)

(1) Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

O Sindrome Antisintetase (SAS) engloba um conjunto de doenças associadas à formação de anticorpos contra as aminoacil-tRNA sintetases. O SAS é uma doença rara que afeta sobretudo mulheres e com idade média de apresentação dos 43-60 anos.

Caso Clínico

Homem, 5(1) anos, Nepalês. Recorre por quadro com 7 meses de: astenia, perda ponderal de 38.5kg, anorexia, dispneia, disfagia intermitente, hipersudorese noturna, mialgias, artralgias simétricas e episódios de fenómeno de Raynaud.

A admissão com lesões cutâneas de aspeto esclerotico, de margens definidas, na cabeça, mãos e pés com murmúrio pulmonar rude com crepitações dispersas, sem adenomegálias nem organomegalias palpáveis.

Análises com VS de 83 e CK entre os 3283-4230. Serologias virais negativas.

TC-TAP com fibrose pulmonar e adenopatias hilares

Broncofibroscopia, sem alterações. Colheitas, incluindo micobactérias negativas.

Assumida hipótese de fibrose pulmonar sobreinfectada e síndrome constitucional a esclarecer. Cumpriu 7 dias de levofloxacina com melhoria respiratória mantendo restante queixas.

Doente teve alta a aguardar autoimunidade e Tomografia de Emissão de Positrões (PET).

Na consulta de seguimento, doente com agravamento clínico. A PET mostrava "quadro de forte captação muscular"; ANA's e Anti-PL7 positivos.

Assumida Miosite auto-imune com SAS.

Doente é logo reinternado para inicio de terapêutica com pulsos diários de 1000 mg de Metilprednisolona, durante 3 dias, com melhoria clínica. Prosseguiu tratamento com Ciclofosfamida.

Discussão: O número de hipóteses diagnósticas de um síndrome consumptivo é extenso. Requer uma abordagem clínica rigorosa e sistemática, os MCDT's não estão sempre nem atempadamente disponíveis, pelo que a gestão correta de recursos e do tempo pela Medicina Interna são fundamentais para um atempado diagnóstico e tratamento.

Este caso realça a importância dos cuidados primários, na deteção, estudo inicial e

referenciação hospitalar dos doentes, dado o tempo de evolução e estado clínico infelizmente verificados na altura do já inevitável internamento.

Nº 050 Vasculite reumatóide - A propósito de um caso clínico

Íris Simões Galvão(1); Maria Inês Candeias(1); Diogo Ferreira da Silva(1); Andreia Amaral(1); João Manuel Silva(1); José Morgado Pereira(1); Catarina Salvado(1)

(1) Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: A artrite reumatóide (AR) é uma doença inflamatória crónica auto-imune sistémica de expressão clínica variável. A vasculite reumatóide é uma complicação extra-articular rara da AR cuja apresentação clínica pode incluir isquémia digital e úlceras cutâneas.

Caso clínico: Mulher de 62 anos com história pregressa de hipertensão arterial, tabagismo ativo e AR seropositiva, medicada com hidroxicloroquina, leflunomida e prednisolona 5 mg, admitida no serviço de urgência por quadro de necrose digital de etiologia a esclarecer. Apresentava necrose seca de D1-D5 do pé direito, úlcera da face externa da perna esquerda, polineuropatia sensitiva em meia bilateral e sinais inflamatórios do joelho direito, sem sinais de compromisso vascular (pulsos tibiais posteriores e pediosos bilaterais amplos e simétricos).

Realizou ecografia com doppler arterial e venoso dos membros inferiores (MIs), sem alterações. A angiotomografia dos MIs documentou doença ateromatosa difusa importante, sem isquémia crítica. Excluiu-se também causa cardioembólica com ecocardiograma transtorácico e transesofágico. Do restante estudo vascular, ressalva-se perfil lipídico e valor de hemoglobina glicada normais. Pela suspeita de isquemia imunomediada, realizou estudo auto-imune, salientando-se títulos elevados de anticorpos anti-péptido cíclico citrulinado e factor reumatóide . O restante estudo de auto-imunidade, discrasia plasmocitária e trombofilias foi negativo. A capilaroscopia identificou padrão secundário não esclerodérmico.

Assim, admitiu-se isquémia digital e úlcera cutânea secundárias a vasculite por deposição de imunocomplexos no contexto de AR, em doente com fatores de risco vasculares (tabagismo, hipertensão e aterosclerose). Iniciou terapêutica dirigida com prednisolona em dose de 1mg/kg, metotrexato semanal e realizou perfusão de iloprost, com melhoria significativa das queixas de hipostesia e delimitação das áreas de necrose.

Conclusão: Com este caso pretendemos alertar para uma complicação rara e grave da AR que ultrapassa o atingimento meramente articular. O status pró-inflamatorio da AR, exacerbado pelos fatores de risco cardiovasculares não controlados contribuiu para o agravamento clínico, reforçando assim a importância da abordagem sistémica do doente com patologia auto-imune.

Nº 051 Vasculite leucocitoclástica em doente sob vancomicina por infeção a Satphylococcus aureus

Filipe Silva Monteiro(1); Ana Filipa Vassalo(1); Pedro Samuel Figueiredo(1); João Fernandes Pedro(1); Carolina António Santos(1); Frederico Trigueiros(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A vancomicina é antibiótico dirigido a infeções por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistentes (MRSA), frequente em infeções complicadas de doentes sob hemodialise e com catéteres venosos centrais (CVC). Apesar de descritas reações de hipersensibilidade a este fármaco, a vasculite leucocitoclástica é um evento potencialmente grave mas pouco reportado.

Caso clínico: Homem de 44 anos com Hipertensão arterial, Diabetes tipo 2 com doença arterial periférica (amputação distal dos membros inferiores) e doença renal crónica KDIGO 5 sob hemodiálise, portador de CVC provisório na veia jugular interna direita, substituído 6 dias antes. Por febre (38.9ºC), recorreu ao hospital. À observação apresentava pressão arterial de 123/60 mmHg e ferida infetada no 4º dedo da mão direita. Retirou CVC e realizou hemoculturas e cultura da ponta do cateter, tendo iniciado antibioterapia empírica com vancomicina e piperacilina/tazobactam. Isolando-se em hemoculturas MRSA sensível a vancomicina (MIC 1.0 mcg/mL), a terapêutica foi ajustada para monoterapia dirigida. Ao 12º dia de antibiótico, desenvolveu lesões purpúricas palpáveis, coalescentes nos membros superiores e inferiores. A biópsia cutânea das lesões diagnosticou vasculite leucocitoclástica. Substituiu-se a vancomicina por daptomicina e iniciou corticoide oral e ácido fusídico tópico com resolução cicatricial das lesões. Durante 3 meses de internamento, evoluiu desfavoravelmente mantendo hemoculturas positivas a MRSA sob terapêutica dirigida, e faleceu após múltiplas complicações infeciosas (trombose séptica a MRSA, endocardite infeciosa, osteomielite e pneumonia).

Discussão: Apesar de rara, a vasculite leucocitoclástica por vancomicina é uma entidade que se pode tornar mais frequente em doentes com fatores de risco para infeção por MRSA, como os diabéticos, hemodialisados ou cateterizados, e que têm períodos prolongados de antibioterapia e elevada reincidência de infeções ou infeções nosocomiais por este agente.

Nº 052 Arterite de Takayasu – quando a Vasculite surge tardiamente

MARIA GUILHERME MUCHATA(1); Joana Urbano(1); Maria Inês Risto(1); Mafalda Machado de Gouveia(1); Mariana Gomes Xavier(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital Santa Luzia

Introdução: Arterite de Takayasu é uma vasculite granulomatosa e estenosante que acomete artérias de médio e grande calibre, principalmente a aorta e seus ramos. Surge tipicamente nas mulheres jovens. A fase inicial da doença caracteriza-se por febre, mal-estar e artralgias. A sua evolução é crónica, progressiva e com *flares*, e a clínica associa-se ao território arterial estenosado.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 7(1) anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, fibrilhação auricular e cardiopatia isquémica, que é encaminhada da consulta de Reumatologia para Medicina Interna por anemia, velocidade de sedimentação alta, eosinofilia, estando a ser acompanhada por lombalgia mecânica. Apresenta queixas de poliartralgias de ritmo inflamatório, cervicalgia, dorsalgia, perda ponderal de 20 quilos em 4 meses e perda de força na cintura escapular,

sem claudicação da marcha ou da mandíbula, sem alterações visuais ou cefaleias. Foi identificada também uma tensão arterial não mensurável no membro superior esquerdo. Realiza uma tomografia computorizada (TC) de corpo inteiro com aumento da espessura parietal dos elementos arteriais supra-aórticos, aórticos e de alguns dos seus principais ramos abdominais. O ecodoppler carotídeo evidencia estreitamento difuso da artéria vertebral esquerda e a angio-TC da aorta torácica que mostra espessamento difuso das paredes da artéria torácica com densidade de tecidos moles, espessamento inflamatório das paredes dos troncos supra-aórticos, da região proximal das artérias renais e da artéria mesentérica superior. No ecodoppler das artérias renais objetivou-se um estreitamento da origem da artéria esquerda, sem compromisso hemodinâmico. A tomografia por emissão de positrões de corpo inteiro mostrou vasculite de grandes vasos em atividade. Considerou-se Arterite de Takayasu, tendo a doente iniciado corticoterapia, com boa resposta sintomática, adicionando-se à posteriori metotrexato, sem remissão completa da doença até à data.

Discussão: Destacamos este caso por se tratar de uma patologia muito pouco frequente que surge tipicamente em mulheres jovens. Salienta-se também a mais-valia da avaliação do doente pelo internista, devido à visão integrada de todos os sinais e sintomas, estando desperto para as patologias mais raras.

Nº 053 Psoríase pustulosa generalizada — a corticoterapia desadequada

Jéssica Abreu(1); Ana Isabel Oliveira(1); Carolina Gomes(1); Bruno Ferreira(1); Gilda Nunes(1); Paula Maio(1)

(1) HOSP VILA FRANCA XIRA

A psoríase pustular generalizada, ou psoríase de von Zumbusch, é uma variante rara e potencialmente fatal da psoríase pustular, incidente em cerca de 2% de doentes com psoríase. Caracteriza-se por episódios agudos, recorrentes, de eritema e edema de área variável e lesões pustulosas, não foliculares, estéreis, que convergem formando pústulas. Os fatores desencadeantes incluem infeções, terapêutica tópica irritativa, corticoterapia ou gravidez. O diagnóstico é clínico e histológico, com evidência de infiltração neutrofílica epidérmica (pústulas espongiformes de Kogoj). Embora, não exista tratamento estabelecido para esta entidade, a utilização de acitretina, metotrexato ou agentes biológicos têm demonstrado alguma eficácia. A sobreinfeção bacteriana e a disfunção multiorgânica agravam o prognóstico.

Os autores relatam o caso de uma mulher de 83 anos, com história pessoal de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidémia, psoríase e alergia a cefalosporinas (síndrome de Lyell). Admitida por quadro de eritema generalizado com envolvimento de 80% do tegumento corporal e áreas de descamação centrífuga. Não apresentava descolamento, sinal de Asboe-ansen ou envolvimento das mucosas. Tinha realizado ciclo de corticoterapia recente por agravamento da psoríase e levofloxacina por infeção respiratória.

Ficou internada para estudo etiológico e medidas de prevenção de risco infeccioso. Apresentou agravamento das lesões com aparecimento de múltiplas pu´stulas, coalescendo em toalha nos membros superiores e inferiores com descolamento de 30%. Realizou biópsia cutânea com evidência de numerosos neutrófilos e espongiose, consistentes com o diagnóstico de psoríase pustular; e iniciou acitretina. Ao sétimo dia de internamento, por evolução clínica favorável com remissão das lesões, teve alta mantendo medicação e referenciada à consulta de dermatologia.

Com este caso, pretende-se alertar para o risco da utilização indiscriminada de corticoterapia, muitas vezes responsável por iatrogenia e agudização de patologias pré-existentes; como demonstrado nesta entidade dermatológica.

Nº 054 Vasculite leucocitoclástica após vacinação contra a COVID-19 – causa ou coincidência?

Adriana Henriques Silva(1); Daniel Botelho(1); Marta Carinhas(1); Joaquim Felisberto(1); Alexandra Albuquerque(1); Martinho Fernandes(1)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: A vasculite leucocitoclástica é um termo histopatológico que define uma vasculite de pequenos vasos. Caracteriza-se clinicamente por um quadro de púrpura e/ou petéquias. Pode ser despoletada por infeções agudas tais como infeções do trato respiratório, introdução de nova medicação, neoplasias como o mieloma múltiplo ou doenças do tecido conjuntivo como a crioglobulinemia ou a vasculite por IgA.

Caso clínico: Homem, 82 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de 2 meses de "manchas" (sic) eritematosas, não pruriginosas e migratórias e quadro de 2 semanas de edema da hemiface esquerda. Ao exame objetivo, apresentava púrpura nos membros inferiores e ambos os antebraços, hiperemia conjuntival e edema da hemiface esquerda. Referia toma de vacina contra a COVID-19 no dia anterior ao início dos sintomas. Negava febre, queixas urinárias, gastrointestinais, sintomas respiratórios ou toma de nova medicação. Realizou tomografia computadorizada das órbitas que diagnosticou miosite, dacrioadenite, nevrite e esclerite no olho esquerdo. Analiticamente, apresentava anemia normocítica e normocrómica (Hemoglobina 9 gd/dL). Realizou biópsia cutânea de lesão que revelou vasculite leucocitoclástica. Do estudo de imunidade, destacava-se Imunoglobulina A 986 mg/dL e pesquisa de crioglobulinas positiva a IgA e IgG. Restantes estudo de imunidade sem achados relevantes. Estudo imagiológico e endoscópico sem evidência de neoplasia. Serologias virais negativas. Atualmente, com melhoria da sintomatologia, sob corticoterapia (prednisolona com redução gradual até 5 mg/dia), em seguimento em consulta de Medicina Interna.

Discussão: Após excluir possíveis causas etiológicas e pela relação temporal, diagnosticou-se vasculite leucocitoclástica após vacina contra a COVID-19. Embora a vacinação contra a COVID-19 seja uma causa rara de vasculite leucocitoclástica, existem casos descritos desta associação. Menos frequentemente, existem também casos com pesquisa de crioglobulinas positiva, tal como neste caso clínico.

Nº 055 Infeção por Sars-Cov2 e recaída de PTT

Gustavo Silva(1); Ana Catarina Lopes(1); Catarina Moura Furtado(1); Francisco Morais(1); Raquel Mendes Boto(1); Liliia Savka(1); Ana Maria Baltazar(1); Carolina Brandão Monteiro(1); Afonso Aguiar(1); Hugo Félix(1); Natália Marchão(1); Hugo Félix(1); Alexandra Wahnon(1); Maria José Pires(1); Carolina Carreiro(1); Catarina Gonçalves(1); Milton Rosa(1); Marina Fonseca(1); Marisa Teixeira Silva(1); Nuno Carreira(1); António Pais de Lacerda(1); Liliana Ribeiro Dos Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: As microangiopatias trombóticas são um grupo de doenças (hereditárias ou adquiridas) cujas manifestações exigem tratamento urgente dirigido à sua fisiopatologia. Neste grupo inclui-se a purpúra trombocitopénica trombótica (PTT), que resulta de um défice de ADAMTS13, protease plasmática responsável por clivar o fator de von Willebrand (motor da agregação plaquetar).

Caso Clínico: Mulher de 32 anos, com antecedentes de PTT congénita por mutação do gene ADAMTS13 em heterozigotia composta, sob suporte transfusional com plasma fresco congelado (PFC) a cada 2(1) dias (após recaídas com falência de corticoide,

ciclosporina e plasmaferese), recorreu à urgência hospitalar por (1) dia de evolução de mialgias, cansaço, náuseas, cefaleia e febre (TT 38.1ºC). Sem outra sintomatologia acompanhante, nomeadamente gastrointestinal ou neurológica. O marido tivera diagnóstico recente de infeção por SARS-CoV-2. Laboratorialmente apresentava trombocitopénia 17.000 e hiperbilirrubinémia (4.52 mg/dL) com aumento de LDH (380 mg/dL), pelo que, dada a agudização de PTT, iniciou transfusão de 2 unidades de PFC 12/12h, resultando melhoria clínica e laboratorial, com recuperação da contagem plaquetar (362.000) e alta hospitalar ao 7º dia. O doseamento de ADAMTS13 foi de 0.5% - actividade normal ≥60%.

Conclusão: É conhecida a associação entre infeções e agudizações de PTT; contudo a fisiopatologia da agudização em contexto de COVID-19 não está bem esclarecida. Postula-se que aconteça por aumento de fatores procoagulantes durante a fase aguda, embora estudos recentes documentem que a infeção das células endoteliais causa aumento da sua produção do fator de von Willebrand. Chama-se a atenção para a necessidade da pesquisa da infeção por SARs-CoV-2 (para além das outras serologias) em doentes com PTT que se apresentem com sintomatologia respiratória, mesmo que ligeira.

Nº 056 O Espectro das Doenças Autoimunes: da Psoríase à Artrite Mutilans

Joao Diogo Rodrigues Barros(1); Diogo Dias(1); Ana Tenreiro(1); Mercedes Agúndez(1); Tereza Veloso(1)

(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A psoríase é uma patologia inflamatória crónica multissistémica, que pode incluir manifestações cutâneas, musculoesqueléticas, oftalmológicas, cardíacas, renais, gastrointestinais e metabólicas. A literatura sugere o fenómeno da marcha psoriática, no qual estas manifestações se somam ao longo do curso da doença, sendo fundamental uma vigilância adequada. A artrite mutilans ocorre em 5% dos casos e representa o espectro mais grave das manifestações ósseas com destruição articular extensa. A sobreposição da psoríase com outras patologias do tecido conjuntivo é infrequente, representando um desafio diagnóstico e terapêutico.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 69 anos, fumadora (20 UMA), com antecedentes de psoríase com envolvimento cutâneo desde a quarta década de vida e com manifestações de artrite psoriática oligoarticular distal desde a sexta década de vida. Medicada com metotrexato 12.5mg, deflazacorte 6mg, aceclofenac 100mg, naproxeno 500mg e tapentadol 100 mg. Após curto período de perda de seguimento, é reobservada em consulta de Doenças Autoimunes (DAI) por agravamento do quadro álgico de características mistas, sobretudo referido aos punhos e mãos, acompanhado por deformidade acentuada e perda de funcionalidade. À observação destacavam-se as lesões cutâneas em placa e as deformidades articulares do carpo, metacarpofalângicas (MCF) e interfalângicas (IF) bilaterais, com dor à mobilização, mas sem sinais inflamatórios. Por este agravamento e padrão de distribuição é realizado novo estudo que apresentou um fator reumatoide positivo (125U/mL), bem como um estudo radiográfico que documentou carpite erosiva, osteólise, erosão e subluxação das IF com fenómenos *pencil-in-cup*.

Discussão: Este caso pretende demonstrar a mutabilidade do quadro das DAI e da necessidade de um seguimento frequente destes doentes. Pretende também alertar para a importância da suspeita clínica mesmo em doentes previamente estudados, o que neste caso permitiu diagnosticar a artrite mutilans e um provável síndrome de sobreposição psoríase-artrite reumatoide, com consequente impacto na decisão terapêutica.

Nº 057 Trombocitopenia imune associada a Mycoplasma pneumoniae

Luís Neves da Silva(1); Ana Luís Vasconcelos(1); Maria João Vilela(1); Patrícia Ferreira(1); Margarida Monteiro(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: A trombocitopenia imune (PTI) é uma das causas mais comuns de trombocitopenia adquirida em adultos. Em alguns casos de PTI identificam-se fatores precipitantes, como por exemplo uma infeção prévia, sendo que a PTI pós infeção por *Mycoplasma pneumoniae* é uma entidade raramente reportada.

Caso Clínico: Sexo feminino, 24 anos de idade, sem antecedentes pessoais de relevo, desenvolveu um quadro de febre, tosse não produtiva, odinofagia e rinorreia com melhoria ao longo de uma semana. Cerca de 3 semanas depois começou a desenvolver hematomas nos membros, sem hemorragias das mucosas ou aumento do fluxo menstrual. Realizou estudo analítico que revelou plaquetas <10.000/µL quando, 10 meses antes, apresentava um valor normal. Desta forma, dirigiu-se ao serviço de urgência. Da história clínica e exame físico não se apuraram outros sinais de relevo. Iniciou prednisolona na dose 1mg/kg na suspeita de PTI e, 3 dias depois, constatou-se uma subida das plaquetas para 33.000/µL. Do estudo realizado destaca-se negatividade para anticorpos antinucleares, anti-HIV I/II, HbsAg, HbcAg, HbcAc, anti-HCV, VDRL e positividade para IgM anti-*Mycoplasma pneumoniae*. Foi programado desmame de corticoterapia com intenção de suspensão às 6 semanas. Constatou-se recuperação progressiva da contagem plaquetária, apesar de resposta inicial lenta e necessidade de aumentar o tempo de corticoterapia inicialmente previsto.

Discussão: A PTI associada a *Mycoplasma pneumoniae* é uma entidade rara que geralmente se carateriza por um curso mais refratário e potencialmente severo. A corticoterapia é o tratamento de 1ª linha preconizando-se suspensão do mesmo em 6 semanas. Em casos refratários/corticodependentes, geralmente definidos como aqueles que apresentam plaquetas <30.000/ ou <50.000 se maior risco hemorrágico (por exemplo se sob hipocoagulação ou com angiodisplasias intestinais), recomenda-se o início de outras terapêuticas, nomeadamente o Rituximab ou agonistas do recetor da trombopoetina, opções a ter em conta nesta paciente se não se verificar uma evolução favorável no futuro.

Assim, este caso serve para demonstrar uma causa rara de PTI e a sua orientação.

Nº 058 Lesões ósseas líticas e blásticas: um diagnóstico benigno

Daniela Salgueiro(1); Ana Rita de Oliveira(1); Ângela Paredes Ferreira(1); Marta Batoca Sousa(1); Miguel Reis Costa(1); Nuno Pardal(1); Ana Sofia Costa Matos(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

As lesões ósseas líticas e blásticas representam um desafio diagnóstico, apresentando-se muitas vezes no contexto de lesões secundárias por neoplasia primária oculta, no entanto, as patologias benignas não devem ser excluídas do diagnóstico diferencial.

Homem, 54 anos. Antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Recorre ao Serviço de Urgência após síncope de características vaso-vagais. Ao exame objetivo, hemodinamicamente estável, sem alterações de relevo ao exame neurológico sumário. Neste contexto, pedida tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica que excluiu lesões hemorrágicas ou isquémicas agudas mas revelou espessamento dos ossos

temporais, da base do osso esfenoide, do osso occipital direito e do clivus, com aspeto difusamente esclerótico, intercalado com áreas líticas de pequenas dimensões. Da investigação diagnóstica das lesões ósseas destaca-se: desidrogenase lática 197 UI/L, fosfatase alcalina (FA) 76 U/L, cálcio, fósforo, paratormona, PSA total e livre, eletroforese e imunofixação de proteínas sem alterações; TC toraco-abdomino-pélvico sem alterações a realçar. Realizou ainda cintigrafia óssea que mostrou áreas de hipercaptação anómala na região occipital, sugerindo lesões com aumento da atividade osteoblástica, sem outras lesões suspeitas. Após exclusão de neoplasia maligna, realizado o diagnóstico de doença óssea de Paget (DOP). Fez toma única de ácido zoledrónico e mantém vigilância em consulta de Medicina Interna.

A DOP caracteriza-se pelo aumento localizado da remodelação óssea, com consequente formação de osso desorganizado. Na maioria dos casos é assintomática, pelo que o seu diagnóstico resulta muitas vezes de achados incidentais. Apresenta incidência superior após os 55 anos, faixa etária onde aumenta igualmente a incidência de lesões ósseas malignas (primárias ou secundárias), pelo que o diagnóstico diferencial com as mesmas se torna fundamental. Realça-se ainda deste caso o facto de níveis normais de FA não excluírem a doença.

Nº 059 Hipotensão ortostática, um caso clínico atípico

Ana Rita Antunes(1); Mariana Baptista(1); Rita Rei Neto(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A hipotensão ortostática é raramente um motivo de internamento, sendo pouco investigada, dando-se maior atenção à etiologia cardíaca e neurológica. Porém, é essencial equacionar diagnósticos diferenciais para uma correcta abordagem do doente.

Caso clínico: Homem 76 anos, osteomielite crónica do fémur esquerdo com 40 anos de evolução, com múltiplas vindas ao serviço de urgência por episódios de hipotensão ortostática sintomática, perda da capacidade de marcha, incontinência de esfíncteres, astenia, anorexia e perda ponderal com 5 meses de evolução. Ao exame objetivo com hipotensão ortostática e anasarca. Analiticamente: anemia, elevação da velocidade sedimentação, proteína C reativa e ferritina, lesão renal aguda, hipoalbuminemia grave e proteinúria nefrótica. Ecografia com hiperecogenicidade difusa do parênquima renal, derrame pleural bilateral e ascite de moderado volume. Ecocardiograma sem alterações agudas ou sinais de envolvimento amiloide. Excluídas infeções agudas, doenças auto-imunes, neoplasias, insuficiência supra-renal e doenças hematológicas. Doseamento sérico da proteína amilóide A aumentada e endoscopia com lesão infiltrativa ulcerada gástrica cuja biópsia confirmou a presença de substância substância amilóide A, assim como a biópsia da gordura abdominal. Pelo atingimento sistémico irreversível da doença e ausência de terapêuticas disponíveis, decidiu-se pelo tratamento paliativo.

Discussão: A amiloidose AA, é uma rara, mas grave, complicação de doenças inflamatórias ou infeções crónicas, ocorrendo no contexto de inflamação prolongada. Este caso salienta a importância da integração dos antecedentes com a clínica para um correto diagnóstico. A integração da osteomielite crónica, com a disautonomia, síndrome nefrótico, queixas constitucionais e achados laboratoriais permitiram diagnosticar a amiloidose AA.

Nº 060 Síndrome de DRESS no diagnóstico diferencial da febre não infeciosa

Sara M. Campos(1); Mikael Xufre(1); Tiago Alexandre(1); Maria Margarida Rosado(1); Ala Manolachi(1); Nuno Bernardino Vieira(1); Luísa Arez(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introdução: A síndrome de DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) é uma reação de hipersensibilidade associada a fármacos, rara e potencialmente fatal. Inicia-se 2 a 8 semanas após o contacto com o agente causador, caraterizando-se por envolvimento cutâneo, febre e afeção frequente do sistema linfático, hepático e hematológico.

Caso clínico: Homem, 44 anos, com artrite psoriática sob sulfassazalina e leflunamida desde há um mês, recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia, febre e exantema maculopapular descamativo e pruriginoso com dois dias de evolução. Ao exame físico a denotar adenopatias cervicais e exantema maculopapular generalizado com áreas coalescentes em placa, poupando palmas e plantas, com início na face e que progrediu posteriormente para nível axial, com descamação. Analiticamente com leucopenia, eosinofilia, elevação das transaminases, hiperbilirrubinemia conjugada e elevação marcada dos parâmetros inflamatórios. A ecografia abdominal revelou hepatoesplenomegália. Dada a suspeita de síndrome de DRESS, foram retirados os fármacos, realizada biópsia das lesões e iniciada imunossupressão com ciclosporina e prednisolona, com resolução do quadro e confirmação do diagnóstico.

Discussão: A síndrome de DRESS é uma reação que apresenta uma evolução variável, não existindo marcadores na apresentação que possam predizer o desfecho do quadro. Existem vários conjuntos de critérios para estabelecer o diagnóstico de DRESS, mas estes não são absolutos, sendo o diagnóstico habitualmente presuntivo, sugerido pela presença de manifestações clínicas características associadas a etiologia farmacológica suspeita, tal como no caso apresentado. Esta síndrome é frequentemente subdiagnosticada e confundida com outras toxidermias, tornando-se relevante alertar os profissionais de saúde para o aparecimento de sintomatologia cutânea e sistémica após introdução de novos fármacos, para que esta síndrome possa ser detetada e tratada atempadamente.

Nº 061 Penfigoide Bolhoso secundário à terapêutica com Sitagliptina

Mariana Antão(1); Cláudia Gaspar(1); Joana Oliveira(1); Fátima Cereja(1); Ana Pimenta de Castro(1); Carlos Candeias(1); Sofia Andraz(1); Teresa Abegão(1); Ana Ribeiro(1); José Ferreira(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

O Penfigóide Bolhoso (PB) é uma doença cutânea autoimune, crônica, caracterizada por lesões bolhosas pruriginosas. A fisiopatologia, ainda que não completamente compreendida, sabe-se estar baseada numa reação de hipersensibilidade tipo 2.

Etiologicamente não está comprovado uma causa subjacente ao PB, no entanto alguns gatilhos estão identificados, entre eles, medicação como os inibidores da dipeptidil peptidase4 (DPP-4). A clínica tem como sintoma primordial o prurido, seguindo-se o aparecimento de bolhas tensas na pele do tronco e áreas das flexuras e intertriginosas. O diagnóstico definitivo é estabelecido através de biópsia da pele e teste de imunofluorescência direta. O tratamento incide em corticoterapia de alta potência.

Apresenta-se um caso de um homem, 72 anos, com história de Diabetes Mellitus tipo 2, realizando como medicação habitual Insulina Glargina 18U e 50 mg de Sitagliptina.

Recorre ao Serviço de Urgência, por quadro de lesões cutâneas bolhosas pruriginosas e lesões erosivas dispersas por todo o corpo, de evolução com menos de 24h e agravamento progressivo. Refere o aparecimento de pequenas pápulas generalizadas 3 dias antes. Nega outras queixas ou sintomas.

Objetivamente hemodinamicamente estável, com lesões erosivas e lesões vesiculares com líquido seroso dispersas por todo o corpo com maior incidência nos membros superiores e inferiores e tronco, com sinal Nikolsky duvidoso.

Analiticamente bem, sem alterações relevantes assim com sem elevação dos parâmetros inflamatórios.

Foi internado com a hipótese de diagnóstico mais provável de PB, secundário à terapêutica com Sitagliptina. Após colaboração com Dermatologia, instituiu-se aplicação bidiária de betametasona + ácido fusídico em todo o tegumento, doxiciclina 100mg e prednisolona 30mg, durante cinco dias. Com marcada melhoria clínica sustentada ao fim de 5 dias, iniciou desmame da corticoterapia.

O PB secundário à terapêutica com Sitagliptina é um efeito adverso raro, embora documentado, associado aos inibidores DPP-4.

Pretende-se assim salientar a importância do seu reconhecimento e suspensão do fármaco em questão nestes casos, assim como a instituição de uma terapeutica dirigida e eficaz, para uma resolução do quadro com a maior brevidade possível.

Nº 062 Doença de Still do adulto – um diagnóstico a considerar

Mariana Lopes Matos(1); Maria Inês Matos(1); Carlos Grijó(1); Marta Patacho(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A doença de Still do adulto é uma doença inflamatória que se carateriza por febre, artrite e exantema. O curso pode ser isolado, intermitente ou crónico. Cerca de 2/3 dos doentes apresentam linfadenopatias, 1/ 2 esplenomegalia e alguns doentes hepatomegalia (frequência variável). Alguns doentes podem desenvolver síndrome de ativação macrofágica.

Caso Clínico: Sexo masculino, 34 anos, sem antecedentes pessoais ou medicação habitual, residente em zona rural com contacto com animais de quinta. Admitido em enfermaria hospitalar para estudo de episódios transitórios de febre, mialgias, artralgias e lesões papulares pruriginosas com meses de evolução. O estudo analítico da admissão mostrou elevação das enzimas de citocolestase hepática e dos parâmetros inflamatórios, com ecografia abdominal a evidenciar hepatoesplenomegalia. Dado o contexto epidemiológico foi iniciada terapêutica empírica com doxiciclina. Durante a permanência no internamento, por hipotensão com necessidade de terapêutica vasopressora, foi admitido em Unidade de Cuidados Intermédios. Apresentou agravamento das alterações analíticas com anemia, elevação das enzimas de citocolestase, ferritinina (>16000 ng/mL), DHL 2000U/L e VS 135mm/1ª h. Realizou TC cervico-abdomino-pélvico que mostrou adenomegalias dispersas. Do restante estudo a salientar ausência de isolamentos microbiológicos durante todo o internamento; estudo autoimune negativo. Realizou também biópsia hepática e de adenomegalia que mostraram alterações inflamatórias reativas inespecíficas. Após estabilização (sem terapêutica imunossupressora) teve alta orientado para consulta de Medicina. Em reavaliação em consulta, apresentou novo episódio de eritema maculopapular associado a artralgias, anemia e VS elevada, compatível com Doença de Still do Adulto (dada exclusão de outras doenças), tendo iniciado tratamento com corticoterapia e posterior resolução das queixas.

Discussão: A doença de Still do adulto pode ter manifestações clínicas muito diversas e com diferentes graus de gravidade. Apesar de durante o internamento não ter sido possível firmar este diagnóstico, a evolução clínica e analítica do doente acabou por ser compatível com doença de Still do adulto com síndrome de ativação macrofágica (linfohistiocitose hemofagocítica).

Nº 063 Voando sobre um ninho de cucos: uma ode à D. Horton

Carla Pereira(1); , Sofia Casanova(2); Mariana Rocha(2); Henrique Costa(2); Ludovina Paredes(2); Tiago Gregório(2); Valéria Battistella(2); Pedro Barros(2); Carla Noronha(1); Miguel Veloso(2)

(1) Hospital Beatriz Ângelo (2) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A arterite de células gigantes (ACG) ou D. Horton é uma vasculite sistémica de incidência maior entre os 70-90 anos, sendo uma causa incomum de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico.

Caso Clínico: Homem, 77 anos, caucasiano, admitido por apatia, mioclonias e declínio cognitivo desde há (1) mês, bem como perda ponderal de 10Kgs e anemia. Negava cefaleia, claudicação mandibular ou alterações visuais. Ao exame neurológico apresentava lentificação, tremor postural e mioclonias multisegmentares. Analiticamente com Hb 9,7g/dL (N/N), VS 81mm/1h, PCR 1,14mg/dL. TC CE sem alterações e EEG com encefalopatia ligeira-moderada. Dado declínio cognitivo rapidamente progressivo e perturbação da marcha colocada hipótese de demência por doença de Creutzfeldt-Jakob (dCZ) vs encefalite auto-imune (EAI). RMN CE sem alterações sugestivas de dCZ ou EAI, com pequenas lesões isquémicas hemisféricas esquerdas concordantes com défice motor direito e ptose esquerda de novo. Reequacionados diagnósticos de ACG vs vasculite imunomediada com envolvimento do SNC. AngioTC CE e doppler com estenose suboclusiva da artéria carótida interna esquerda com sinais de insuficiência hemodinâmica no território da artéria cerebral médica (ACM), espessamento difuso do complex íntima-média nos eixos carotídeos e artéria vertebral direita com múltiplas áreas de estenose com espessamento da parede e "halo sign". Iniciou pulsos de metilprednisolona (1g/d) e dupla antiagregação plaquetária (DAPT). Dos restantes exames realizados a destacar LCR com 5 células, proteínas 61 mg/dL, VDRL e estudo auto-imune negativos, TC TAP sem alterações; biópsia da artéria temporal a confirmar ACG. Durante o internamento, agravamento dos défices neurológicos por insuficiência hemodinâmica com novas lesões isquémicas em territórios fronteira ACM/ACP esquerdas, tendo alta sob prednisolona 60mg/dia e DAPT para uma unidade de convalescença.

Discussão: O presente caso pretende alertar para a apresentação atípica da ACG, necessidade de reconhecimento precoce e início de terapêutica dado o risco aumentado de AVC nestes doentes.

Nº 064 SAAF- uma patologia incapacitante

Inês Correia(1); Marta Vieira(1); André Matos(1); Umbelina Caixas(1)

(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

A síndrome do anticorpo antifosfolipídico (SAAF) é uma doença autoimune sistémica, que na maioria das vezes se manifesta por TVP ou alterações gestacionais. No entanto, quando há envolvimento do sistema arterial, pode levar a AIT ou AVC.

Apresenta-se o caso de um homem de 6(1) anos, com antecedentes de SAAF diagnosticado em 2019 não hipocoagulado, HTA, obesidade e apneia do sono. Enviado à consulta de Medicina por HTA não controlada e aparente défice cognitivo, com 2 anos de evolução. À avaliação, doente orientado no espaço e pessoa, desorientado no tempo, alterações da memória e da atenção, sem alterações da nomeação e discurso lentificado; IMC 32.8; HTA grau II. Confirmado diagnóstico imunológico (aCL; IgG; IgM; Ac Anti beta 2 positivos) e imagiológico (RM e angio-RM CE com múltiplas imagens sequelares isquémicas e algumas micro-hemorrágicas)de SAAF; Holter cardíaco e Ecodoppler carotídeo e trasncrâneano sem alterações significativas. Avaliação Neuropsicológica sugestiva de Perturbação Neurocognitiva Major disexecutiva. Inicia varfarina a 07/2021, com INR alvo 2,5-3. Da evolução clínica a destacar, quadro de movimentos involuntários em contexto de engasgamento com avaliação no SU, sem alterações agudas na TC CE; EEG com lentificação difusa com atividade lenta fronto-central esquerda, sem atividade paroxística; sem indicação pela Neurologia para terapêutica comicial. Em 03/2022, crise convulsiva tónico-clínica generalizada, tendo iniciado lacosamida bid.

Apresenta-se este caso para lembrar a importância de se considerar o diagnóstico de SAAF em doentes jovens com alterações cognitivas e manifestações neurológicas atípicas, como a epilepsia. Segundo as normas atuais, apenas está indicado a hipocoagulação com os antagonistas da vitamina K, o que leva a alguns constrangimentos quanto ao risco hemorrágico, especialmente em doentes com vida ativa. Neste sentido, é urgente estudos de eficácia com DOACs, quer pelo seu perfil de segurança, como pelo facto de não carecerem de monitorização.

Nº 065 Vasculite cutânea: Chlamydia pneumoniae como fator etiológico

Cnf1997123#SPMI(1); Filipa Sousa Gonçalves(1); José Duro(1); Inês Ferreira Pinto(1); Nina Jancar(1); Patrício Aguiar(1); Gonçalo Peres(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: As vasculites são um grupo de doenças imunomediadas, caraterizadas por inflamação dos vasos sanguíneos. Podem ser primárias ou secundárias a outras patologias ou drogas ilícitas/fármacos. São raras, podendo afetar um ou múltiplos órgãos.

Caso clínico: Mulher, 67 anos, que recorre à urgência por lesões purpúricas dos membros inferiores com 3 dias de evolução, sem queixas sistémicas ou alterações analíticas. Teve alta com prednisolona e tratamento tópico com clobetasol.

Tem melhoria nos primeiros dias, contudo, por recrudescência das lesões com necrose associada, regressa à urgência após cerca de 40 dias, onde realizou cuidados de penso e teve alta com amoxicilina-clavulanato.

Por agravamento da dermatose retorna, após 7 dias à urgência, apresentando pápulas purpúricas disseminadas pelos membros inferiores até à raiz da coxa e abdómen, de tamanho variável, na região tibial com aspecto confluente em placas e úlceras necróticas (púrpura palpável). Analiticamente, destacavam-se agravamento dos parâmetros de retenção azotada e aumento discreto dos parâmetros inflamatórios.

Foi internada para estudo e definição de terapêutica, assumindo-se vasculite de pequenos vasos.

Em internamento realizou angio-TC torácica, abdominal e pélvica, sem sinais de vasculite; pesquisa de crioglobulinas e perfil de auto-imunidade, ambos negativos; serologias infecciosas, apenas com positividade para Ac. Anti-*Chlamydia pneumoniae;* biópsia cutânea, com vasculite de pequenos vasos leucocitoclástica. A função renal normalizou com hidratação.

Assumiu-se vasculite de pequenos vasos em contexto de infeção por *Chlamydia pneumoniae* e a doente efetuou prednisolona, colchicina e betametasona tópica, a que se associou, posteriormente, azitromicina, com melhoria progressiva.

Discussão: Está descrita uma associação entre a *Chlamydia pneumoniae* e o surgimento de doenças imunomediadas, contudo a sua patogénese é desconhecida, podendo ser explicada por reações cruzadas ou de mimetismo molecular.

Nº 066 Flare de Miosite da Órbita por Stress

Catarina Faustino(1); Carlos Grijó(1); Marta Valentim(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A miosite da órbita é uma doença inflamatória rara de um ou vários músculos extraoculares. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de diplopia e dor ocular. Geralmente apresenta-se de forma idiopática e com boa resposta à corticoterapia. No entanto, existem casos mais raros de apresentação crónica e recorrente com associação a fármacos, doenças sistémicas ou infecciosas.

Caso Clínico: Mulher, 3(1) anos, antecedentes de ansiedade generalizada, medicada com escitalopram 10 mg/dia e victam em SOS. Iniciou quadro de dor periorbital à direita, agravada com movimentos do olho, edema e rubor perioculares. Por agravamento apesar de uso de analgésicos, com progressão para cefaleia frontal recorreu ao Serviço de Urgência, verificando-se dor na abdução do OD, com todo o restante exame objetivo normal. Realizou TC da órbita que demonstrou à direita espessamento do músculo e tendão do reto medial esquerdo e ligeira densificação da gordura adjacente, sendo estes achados compatíveis com o diagnóstico de miosite da órbita. Iniciou prednisolona 80 mg/dia, com resolução das queixas e foi encaminhada para consulta de doenças auto-imunes para estudo. Do estudo realizado, destaca-se a ausência de alterações no hemograma, função tiroideia, velocidade de sedimentação, enzimas musculares, anticorpos, serologias, doseamento de imunoglobulinas e exame sumário de urina. Imagiologicamente com ecografia abdominal e radiografia do tórax sem achados relevantes. Assim, conclui-se o diagnóstico de miosite da órbita do olho direito isolada. Progrediu no desmame lento do corticoide, pelo que se optou por associar azatioprina durante os seguintes 2 anos, com estabilidade clínica. Por alteração da sua medicação antidepressiva, iniciou quadro de crises de ansiedade recorrentes associadas a insónia com 3 semanas de evolução, o que despoletou nova crise de miosite, com evidência imagiológica de doença ativa. Assim, foi necessário iniciar pulsos de corticoide e titulação da dose de azatioprina, bem como ajuste de medicação ansiolitica. Com as medidas instituídas a doente mantém-se atualmente em remissão e sem evidência de atividade na RMN das órbitas.

Discussão: Assim, trazemos este caso pela raridade da manifestação e para destacar a necessidade de follow-up para exclusão da sua associação a outras doenças sistémicas.

Nº 067 Púrpura trombocitopénica imune induzida pela minociclina

Catarina Gonçalves Lopes(1); Gustavo Almeida Silva(1); Natália Marchão(1); Marisa Teixeira Silva(1); Marina Fonseca(1); Afonso Aguiar(1); Hugo Félix(1); Catarina Gonçalves(1); Carolina Carreiro(1); Alexandra Wahnon(1); Maria José Pires(1); Carolina Brandão Monteiro(1); Liliia Savka(1); Ana Maria Baltazar(1); Raquel Mendes Boto(1); Milton Rosa(1); Rita Silva(1); Catarina Moura Furtado(1); António Pais Lacerda(1); Liliana Ribeiro Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Minociclina é uma tetraciclina sintética utilizada no tratamento do acne. Tem sido frequentemente associada a efeitos adversos nomeadamente fenómenos imunomediados como síndromes lupus-like, vasculites e hiperpigmentação.

Apresenta-se o caso de um jovem com 2(1) anos, leucodérmico, com antecedentes de acne medicado com minociclina, admitido no SU por trombocitopénia (plaq 18.000/mm3) refrataria a corticoterapia, com 2 meses de evolução, sem alterações das restantes séries. Da história clínica apurou-se ainda ter sido vacinado para SARS CoV2, cerca de 3 meses antes do início do quadro e ter história familiar de lupus eritematoso sistémico (LES). Ao exame objectivo apresentava hipertensão arterial, purpura e hematomas dispersos, sem edema periférico. Laboratorialmente elevação da ALT: 170 U/L e proteinuria (4g/dia), com função renal preservada. Foi internado e re-iniciou corticoterapia associada a imunoglobulina, sem melhoria sustida da contagem plaquetar. Sob IECA assistiu-se a uma melhoria do perfil tensional e redução paulatina da proteinuria. Neste sentido, foram equacionadas as seguintes hipóteses diagnósticas: PTI secundária vacinação a SARS-CoV2, embora estes episódios surjam na maioria dias após a vacinação; doença autoimune com envolvimento renal dada a historia familiar de LES, mas todo o estudo autoimune foi negativo. Após exclusão de todas as causas, incluindo infecciosas, assumiu-se PTI secundária a minociclina, e fez 4 administrações de rituximab (375mg/m2) com progressivo desmame de Prednisolona. Seguiu-se remissão completa do quadro.

A PTI é uma doença autoimune caracterizada por trombocitopénia, púrpura e episódios hemorrágicos. É um diagnóstico de exclusão, com uma incidência estimada de 2 a 5 em cada 100.000 pessoas. Apesar de ser comum o LES induzido pela minociclina a PTI secundária a este fármaco é rara.

Nº 068 Anemia hemolítica autoimune por aglutininas frias: infeção ou doença linfoproliferativa

Francisca Dâmaso(1); Ana Margarida Ribeiro(1); João Carlos Oliveira(1); Pedro Frazão(1); Marta Anastácio(1); Cláudio Gouveia(1); Cristiana Camacho(1); Bruno Freitas(1); Susana Jesus(1); Candida Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A incidência anual de anemia hemolítica autoimune (AHAI) estima-se em 1/35.000 - 1/80.000. Cerca de 15% dos casos, têm auto-anticorpos frios, ou seja, com atividade a menos de 30ºC.

Os casos de AHAI a aglutininas frias são maioritariamente secundários a infeções, doenças autoimunes ou doenças linfoproliferativas.

Caso clínico: Homem, 87 anos, com doença pulmonar obstrutiva crónica, internado por broncopneumonia e insuficiência cardíaca descompensada, com insuficiência respiratória parcial. Iniciou antibioterapia empírica com levofloxicina, broncodilatação inalatória

e corticoide sistémico por broncospasmo severo, terapêutica diurética e oxigenioterapia com máximo aporte de 10L/min.

Analiticamente apresentava anemia normocitica normocrómica, com alterações caracteristicas de hemólise (Hb 10,2 g/dl; hiperbilirrubinemia 2,55 mg/dl de predominio não conjugada 1,54 mg/dl; LDH 368 U/L; haptoglobina <10). Esfregaço de sangue periférico com presença de aglutininas frias, consumo de complemento (C4 diminuído) e Coombs directo positivo para C3d, o que elevou a suspeita de AHAI por aglutininas frias. Apresentava ainda leucocitose de >30.000 persistente, pelo que, perante a hipótese de doença linfoproliferativa, realizou imunofenotipagem que revelou 1,4% de células linfoides B monoclonais com fenótipo compatível com linfoma tipo B monoclonal ou leucemia linfocítica crónica. Serologias para Mycoplasma pneumoniae revelaram IgM positiva e IgG inconclusivo para, sugerindo processo infecioso agudo.

Avaliado por Hematologia, que considerou improvável síndrome linfoproliferativo, dada normalização do leucograma, aquando a melhoria do quadro respiratório, e regressão dos parâmetros de hemólise, com indicação para manter vigilância.

Discussão: Os autores apresentam um caso de infeção respiratória a agente atípico associado a aglutininas frias. O Mycoplasma pneumoniae é, um agente que se associa com relativa frequência a AHAI por aglutininas frias, no entanto, a presença de alterações no leucograma, não permitem a exclusão de hipótese de doença linfoproliferativa. A normalização destas alterações e a ausência de outros sinais ou sintomas típicos, tornam esta última hipótese menos provável, ainda assim mantém indicação de vigilância.

Nº 069 Nunca é Lupus? A propósito de uma trombose da veia espermática

Patrícia Malhadas Ferreira(1); Marta Carinhas(1); Adriana Silva(1); Inês Carvalho(1); Catarina Carvalho(1); Alexandra Albuquerque(1); Martinho Fernandes(1)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

O lúpus eritematoso sistémico é uma doença auto-imune crónica, cuja etiologia é multifactorial, com uma incidência estimada na europa que varia entre (1) a 25 casos por 100 000 habitantes. O diagnóstico é baseado em elementos de ordem clínica e/ou laboratorial após exclusão de outros diagnósticos alternativos.

Um homem de 68 anos, com antecedente pessoal relevante de hidrocelectomia e varicocelectomia à direita em 1993, em Dezembro de 2019 recorreu ao serviço de urgência por orquialgia esquerda. Foi diagnosticado com orquiepididimite esquerda tendo tido alta medicado com antibioterapia empírica. Passado um mês, por manter orquialgia, fez reavaliação ecográfica, que documentou alterações compatíveis com tromboflebite espermática à esquerda. Foi encaminhado do centro de saúde para consulta de Medicina Interna para estudo de trombose da veia espermática. Do estudo realizado destacava-se anticoagulante lúpico e anticorpos anti-nucleares positivos, tendo iniciado anti-coagulação com varfarina. Manteve acompanhamento em consulta de Medicina Interna, tendo tido melhoria progressiva das queixas álgicas, e em 2022, por apresentar pápulas e placas eritematosas descamativas na região dos antebraços e da região cervical/torácica antero-superior, com reacção de fotossensibilidade, foi encaminhado para consulta de Dermatologia onde realizou biopsia cutânea das lesões que revelou alterações anatomo-patológicas compatíveis com o diagnóstico de lúpus eritematoso sistémico.

Este caso clínico ilustra uma apresentação atípica de uma doença rara, cuja evolução foi determinante na definição do diagnóstico e que implicou um estudo alargado na exclusão de outras hipóteses diagnósticas que pudessem justificar o quadro apresentado.

Nº 070 Dermatomiosite - uma entidade a não esquecer

Letícia Marques Leite(1); Márcia Machado(1); Sara Silva(1); Nuno Carvalho(1); Inês Ferreira(1); Margarida Rocha(1); Jorge Cotter(1)

(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Introdução: A dermatomiosite (DM) é uma miopatia inflamatória imunomediada e atinge principalmente o músculo estriado, apresentando uma fraqueza proximal; e numa grande parte dos casos a pele, com uma importante variedade de manifestações. É mais frequente no sexo feminino e apresenta distribuição bimodal com pico entre 5 e 15 anos e os 40 e 65 anos. Pode associar-se a vários fatores etiológicos: imunes, ambientais, infeciosos, farmacológicos e neoplásicos. Obriga a exclusão de outros diagnósticos e despiste de neoplasia concomitante.

Caso clinico:

Mulher de 64 anos, recorre ao serviço de urgência por mialgias e tetraparésia de predomínio proximal com (1) mês de evolução. Ao exame objetivo, com força proximal grau 2/5 e distal 4/5, nos 4 membros simetricamente; e pápulas de Gottron. Analiticamente com VS de 43 mm, AST 14(1) UI/L, ALT 116 UI/L, CK de 1655 UI/L, mioglobina 1491.7(1) ng/mL, anticorpo anti-Mi-2 positivo. Radiogradia do tórax sem alterações. Eletromiografia com padrão miopático agudo. Biópsia muscular com atrofia e necrose de fibras musculares e miofagocitose predominantemente perifascicular. Iniciou tratamento com prednisolona 50 mg/dia e azatioprina 50 mg/dia com posterior aumento para 100mg/dia. O estudo neoplásico foi negativo. Teve alta para a rede de cuidados continuados para reabilitação motora. Um mês depois, apresentava melhoria clínica com força proximal grau 3/5 nos membros superiores, com resolução da rabdomiólise.

Discussão: A história clínica, exame objetivo, elevação das enzimas musculares e anticorpos são fundamentais ao diagnóstico de DM e são corroborados por achados eletromiográficos e histológicos compatíveis. O diagnóstico e instituição terapêutica numa fase precoce da doença tem implicações diretas no prognóstico da doença: evita a progressão e promove a reabilitação motora, com franca tradução na qualidade de vida.

Nº 071 Arterite de Células Gigantes "de livro" - a importância do tratamento atempado

Flávia Fundora Ramos(1); Catarina Pinto Silva(1); Rita Sevivas(1); Dany Cruz(1); Pilar Barbeito Barral(1); Carlos Oliveira(1)

(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Introdução: Arterite de células gigantes (ACG) é a vasculite mais comum da população idosa que pode resultar em complicações severas (perda de visão por isquemia de nervo óptico, acidente vascular cerebral), quando há atraso no início do tratamento. Este atraso pode dever-se à demora na procura de ajuda pelo doente, na referência a especialista e na realização efetiva do diagnostico.

Caso clínico: Homem de 8(1) anos, autónomo. Antecedentes pessoais de hiperplasia benigna da próstata, Síndrome vertiginoso, patologia osteoarticular e cataratas, medicado em contexto. Recorreu ao serviço de urgência referenciado da consulta de oftalmologia por cefaleia tipo pulsátil com maior afeção da região temporal direita e diminuição da acuidade visual do olho ipsilateral, com 2 semanas de evolução. Ao exame objetivo, sinais vitais estáveis, exame neurológico sem alterações, objetivando-se dor à palpação da região temporal direita. Analiticamente parâmetros inflamatórios elevados (PCR 6.76,

VS 80) sem outras alterações de relevo. Pedido angio-tomografia de troncos supra aórticos que descrevia sinais de leucoencefalopatia isquémica sem evidencia de estenoses arteriais hemodinamicamente significativas ou outras alterações relevantes. Realizado doppler da artéria temporal que evidencia ligeira arterite no território da artéria temporal superficial direita, sem trombose, com ligeiro edema. Assim, assumida possível ACG, e iniciada terapia com prednisona 60mg/dia com esquema de desmame e orientado para CE para realização de biópsia. Cinco meses após início de tratamento é realizada biopsia que confirma a suspeita inicial. Em reavaliação, doente assintomático, com resolução do quadro e desmame completo de corticoide.

Conclusão: O início do tratamento de forma rápida é essencial para evitar complicações isquémicas neuro-oftalmológicas irreversíveis ou impedir a sua progressão, se já instaladas, e não deve ser atrasado para obter confirmação histológica. Não obstante, a histologia pode modificar-se sensivelmente após as 4 semanas de tratamento, pelo que numa situação ideal, a biopsia não deveria ultrapassar este tempo para evitar falsos negativos. Uma equipa multidisciplinar treinada para reconhecimento de ACG, diagnóstico (clínico e histológico) e tratamento, são fulcrais para o prognostico destes doentes.

Nº 072 Linfohistocitose hemofagocítica – uma síndrome rara

Alexandra Machado(1); Rafael Marques(1); Sara Santos(1); Andreia Tavares(1); Gisela Vasconcelos(1); João Azevedo Gonçalves(1); Mónica Brinquinho(1); Penélope Almeida(1); Teresa Pereira(1); Rita Costa(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A linfohistocitose hemofagocítica (LHH) é uma síndrome potencialmente fatal, caracterizada pela ativação persistente e descontrolada do sistema imune. Apresenta-se com um largo espectro de manifestações e de etiologias subjacentes, sendo essencial a rápida identificação para início de tratamento.

Caso clínico: mulher de 62 anos, antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial e doença pulmonar crónica, recorreu ao serviço de urgência por agravamento do estado geral e febre persistente com 3 semanas de evolução, tendo feito vários ciclos de antibioterapia, sem resposta. Do estudo, constatada bicitopenia (hemoglobina 7.5g/dL, plaquetas 51x109/L), hepatite com padrão misto (aspartato aminotransferase 557U/L, bilirrubina 20.69mg/dL, GGT 111U/L, FA 286U/L), INR 2.2, lesão renal aguda (creatinina 3.2mg/dL), elevação da desidrogenase láctica (1083U/L), triglicerídeos (788mg/dL), ferritina (14756 ng/mL), d-dímeros (15671ng/mL) e hipofibrinogenemia (158mg/dL). Tomografia computarizada com hepatoesplenomegalia e adenomegalias supra e infradiafragmáticas. Realizada biópsia hepática e ganglionar supraclavicular a revelar lesões granulomatosas de células epitelióides e células gigantes mononucleares com nucléolo proeminente, sem achados histológicos de linfoma "clássico". Imunofenotipagem inconclusiva. Estudo da medula óssea sem alterações. Estudo microbiológico, imunológico e metabólico negativo. Calculado HScore com 258 pontos, >99% de probabilidade a favor de LHH de etiologia incerta. Atendendo a estes achados, foi iniciada dexametasona e tratamento antibacilar. Contudo, a doente apresentou evolução desfavorável com disfunção multiorgânica e morte.

Conclusão: A dificuldade diagnóstica da LHH prende-se com a ausência de sintomas/achados laboratoriais patognomónicos. Assim, é necessário um elevado nível de suspeita para o diagnóstico precoce, de forma a promover um aumento da sobrevivência nestes doentes, dada a alta mortalidade a ela associada.

Nº 073 Uma apresentação atípica de vasculite ANCA

Daniela Augusto(1); Daniela Viana(1); Joana Rua(1); Filipe Martins(1)

(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: As vasculites definem-se pela presença de células inflamatórias na parede dos vasos sanguíneos – de pequeno, médio ou grande calibre – com possível perda de integridade, isquemia e necrose tecidual subsequente. Os sintomas por vezes são frustres ou atípicos numa fase inicial.

Caso clínico: Homem de 67 anos, ex-fumador, com antecedentes de dislipidemia e doença pulmonar obstrutiva crónica; medicado com estatina e terapêutica broncodilatadora tripla. Observado no serviço de urgência por sintomas sugestivos de disfagia para sólidos, intermitente, e sintomas constitucionais com 2 meses de evolução. Sem alterações de relevo ao exame objetivo. Analiticamente, lesão renal aguda ligeira, sem anemia ou elevação dos parâmetros inflamatórios. Admitido para estudo complementar: objetivada hematoproteinúria não nefrótica com eritrocitúria dismórfica e positividade para anticorpo anticitoplasma do neutrófilo – mieloperoxidase; excluídas causas de disfagia. Realizada biópsia renal que revelou esclerose glomerular, fibrose intersticial e atrofia tubular, com infiltrado inflamatório linfomononuclear disperso. Após discussão multidisciplinar foi decidido início de corticóide isolado, com estabilização da função renal.

Discussão: A apresentação sob a forma de sintomas sistémicos, pouco sensíveis e inespecíficos, como febre, fadiga e perda ponderal, tornam a suspeita clínica de vasculite um desafio. Por esse motivo, a avaliação clínica exaustiva e detalhada permite encontrar pistas clínicas que orientam o diagnóstico, de forma a obviar atrasos no tratamento.

Nº 074 Das adenopatias mediastínicas ao diagnóstico de Sarcoidose sob a forma de Síndrome de Löfgren

Catarina Pinto Silva(1); Rita Sevivas(1); Flávia Fundora Ramos(1); Dany Cruz(1); Gabriela Paulo(1); João Pedro Abreu(1); Carlos S. Oliveira(1)

(1) Hospital Barcelos

Introdução: A sarcoidose enquanto doença multissistêmica de etiologia desconhecida, é caracterizada patologicamente pela presença de granulomas não caseosos nos órgãos afetados. Esta patologia pode apresentar-se sob a forma de Síndrome de Löfgren (SL), caracterizada pela tríade eritema nodoso, linfadenopatias hilares bilaterais e poliartralgia ou poliartrite.

Caso clínico: Mulher de 6(1) anos, emigrada no Canadá, atualmente a residir em Portugal, é enviada para Consulta de Medicina por adenopatias mediastínicas e supraclaviculares para estudo. Em consulta, queixa de uveítes de repetição e poliartralgias de ritmo inflamatório, simétricas, que acometiam sobretudo joelhos, pés e articulação sacroilíaca. Ao exame objetivo lesões de eritema nodoso, sem outras alterações de relevo. Analiticamente, velocidade de sedimentação discretamente aumentada 22 mm/h e elevação da enzima de conversão da angiotensina sérica 415 U/L. Realizou tomografia computorizada torácica que revelou padrão micronodular com distribuição peribroncovascular, mais evidente nos lobos superiores, envolvendo igualmente o lobo médio, com estrias fibro retrácteis dispersas e múltiplas adenomegalias mediastínicas nos diversos compartimentos. Apresentou ainda hiperventilação em repouso, no estudo funcional respiratório. Optou-se por realizar lavado bronco alveolar, o qual revelou contagem celular com linfocitose intensa e neutrofilia, pelo que o estudo das subpopulações linfocitárias por citometria de fluxo constatou razão CD4/CD8 muito elevada (8,96). Iniciou corticoterapia com

30 mg/dia, com melhoria de lesões cutâneas, bem como queixas álgicas.

Discussão: Para diagnóstico de SL é requerida a presença de 2 dos 3 critérios: eritema nodoso, linfadenopatia hilar bilateral e artralgias/artrite. Ainda que o SL se considere uma variante da sarcoidose, a distinção entre estas entidades é de imperativa importância pelas implicações no prognóstico e tratamento.

Nº 075 Uma manifestação rara de Síndrome de Sjögren

Tatiana Soares Correia(1); Catarina Abreu(1); Susana Matias(1); João Mirinha Luz(1); Joana Araujo Correia(1); Sílvia Pereira(1); Melanie Ferreira(1); Francisca Delerue(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

A síndrome de Sjögren é uma doença inflamatória sistémica imuno-mediada rara que afeta as glândulas salivares e lacrimais. Além da xerostomia e da diminuição da secreção lacrimal, pode apresentar-se também com uma grande variedade de manifestações sistémicas e extra-glandulares como, por exemplo, a disautonomia. Por outro prisma, a síncope constitui um importante motivo de admissão hospitalar com uma multiplicidade de diagnósticos diferenciais.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 76 anos, com história conhecida de epilepsia, dislipidemia e glaucoma, que recorreu ao serviço de urgência por síncopes de repetição e ficou internada para estudo etiológico. Apurou-se clínica de pelo menos (1) síncope por dia, por vezes associada ao ortostatismo, com cerca de (1) ano de evolução, mas com franco aumento da frequência na semana que antecedeu o internamento. Foi realizado eletroencefalograma que excluiu atividade epileptiforme e nem os exames de imagem crânio-encefálicos, o Holter de 24h, o ecocardiograma transtoracico ou o ecodoppler de vasos de pescoço revelaram alterações que justificassem a clínica apresentada. Objetivou-se a presença de hipotensão ortostática e anemia normocítica e normocrómica pelo que se colocou a hipótese de disautonomia secundário e nesse sentido prosseguiu-se a marcha diagnóstica. Foram detetados auto-anticorpos ANA e SSA positivos e a doente apresentava ainda queixas de xerostomia com cerca de 2 anos de evolução, compatíveis com o diagnóstico de Síndrome de Sjogren, tendo sido posteriormente confirmado o diagnóstico através de biopsia glandular. Conclui-se assim tratar-se de diagnóstico inaugural de síndrome de Sjogren a manifestar-se por síncopes secundárias a hipotensão ortostática em contexto de disautonomia secundária a patologia imuno mediada. Verificou-se melhoria sintomática após inicio de tratamento dirigido.

O presente caso destaca-se quer pelo diagnóstico raro de Síndrome de Sjogren mas também pela sua manifestação rara extra-glandular de disautonomia.

Nº 076 Síndrome de Miller Fisher

Beatriz Ribeiro(1); Mafalda Neves(1); Catarina Forra(1); Rui Parente(1); Diana Brites(1); Olga Korobka(1); Rui Isidoro(1); Alexandre Louro(1); Paula Paiva(1); Maria Eugénia André(1)

(1) Hospital Amato Lusitano

Introdução: A síndrome de Miller Fisher, sendo uma variante da síndrome de Guillain-Barré, trata-se de uma polineuropatia periférica aguda, de natureza autoimune, normalmente precedida por um processo de natureza infecioso. É uma patologia pouco frequente no nosso quotidiano, caraterizada pela tríade oftalmoplegia, ataxia e arreflexia. No entanto, nem sempre estão presentes estas três alterações.

Descrição do caso:

Doente do sexo masculino, de 74 anos de idade, recorre ao SU por quadro de diplopia com consequente alteração da marcha, com dois dias de evolução. Refere quadro de tosse produtiva, associada a cefaleia frontal e dor nos seios perinasais, com evolução de 2 semanas. Ao exame objetivo salienta-se diplopia horizontal binocular, oftalmoplegia internuclear bilateral com limitação da adução, nistagmo abdutor bilateral, estrabismo convergente, ataxia de marcha e abolição dos reflexos osteotendionosos. Tendo em vista vários diagnósticos diferenciais, nomeadamente patologia isquémica mesencefálica, neoplasia, artrite de células gigantes e patologia desmielinizante, decidiu-se pelo internamento no Serviço de Medicina Interna.

Dos exames complementares de diagnóstico realizados destacam-se tomografia computorizada e ressonância magnética cerebrais e órbitas, EcoDoppler carotídeo-vertebral e Holter 24h sem alterações, serologias víricas negativas, anticorpo anti-GQ1b positivo e liquido cefalorraquidiano com dissociação proteíno-citológica. Assumiu-se, assim, síndrome de Miller Fisher, no contexto de infeção respiratória. Evolução favorável, com resolução do quadro de diplopia num mês, sem necessidade de tratamento dirigido.

Discussão e conclusão:

Tratando-se de um diagnóstico de exclusão, serve o presente caso para salientar a importância de equacionar esta entidade perante a tríade supracitada. O prognóstico tende a ser favorável, uma vez que se trata de um quadro auto-limitado e de auto-resolução.

Nº 077 Síndrome de Löfgren: a propósito de um caso clínico

Beatriz Andrade(1); Viktor Baiherych(1); Carlos Nancassa(1); Adelaide Figueiredo(1); Cristina Esteves(1); Luís Siopa(1)

(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A síndrome de Löfgren é uma variante fenotípica rara da sarcoidose caracterizada pela tríade de artrite aguda, eritema nodoso e adenopatias hilares bilaterais. O reconhecimento das características clínicas clássicas é essencial para o diagnóstico precoce.

Caso Clínico: Relata-se o caso de uma mulher de 25 anos internada por febre, artrite dos joelhos e articulações tibiotársicas, tosse seca esporádica e lesões nodulares eritemato-violáceas, dolorosas e confluentes localizadas à face anterior de ambas as pernas com 3 semanas de evolução sugestivas de eritema nodoso. A avaliação laboratorial revelou leucocitose neutrofílica e elevação da proteína C reativa. A radiografia do tórax evidenciava unicamente hilos pulmonares procidentes que a tomografia torácica demonstrou corresponderem a múltiplas adenomegálias mediastínicas e hilares bilaterais. Os exames microbiológicos de sangue e urina foram negativos. Serologia para vírus

da imunodeficiência humana, hepatites víricas e sífilis negativa. Teste de detecção de interferão gama (IGRA) negativo. Fator reumatóide, anticorpo antinuclear, anti-citoplasma de neutrófilo, anti-ácido desoxirribonucleico, anti-beta2 glicoproteína, anti-cardiolipina e anticoagulante lúpico negativos; complemento normal. Nível sérico da enzima conversora da angiotensina ligeiramente elevado. O lavado broncoalveolar revelou múltiplos macrófagos, com algumas células gigantes multinucleadas, sendo o exame bacteriológico e micobacteriológico negativo. O exame histopatológico da biópsia de gânglio mediastínico apresentava granulomas epitelióides não necrotizantes, apoiando o diagnóstico de sarcoidose. A doente evoluiu favoravelmente e realizou tomografia torácica 8 meses depois, com total regressão das adenopatias mediastino-hilares, mantendo seguimento atual em consulta de Doenças Auto-imunes.

Discussão: Este caso reporta uma doença rara. A síndrome de Löfgren observa-se em menos de 5% a 10% dos casos de sarcoidose, mas a presença integral da tríade que a compõe confere-lhe uma especificidade de 95% para o diagnóstico. Apesar da sua apresentação aguda, antevê um excelente prognóstico, com 90% de remissão espontânea em 2 anos.

Nº 078 Das articulações aos pequenos vasos, um diagnóstico para desvendar

Inês de Albuquerque Monteiro(1); Pedro Fernandes Moura(1); Tatiana Salazar(1); Isabel Freitas(1); Núria Fonseca(1); Pedro Rodrigues(1); Sofia Teixeira(1); Mário Esteves(1)

(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Hospital Conde São Bento

A Vasculite leucocitoclastica é um diagnóstico histopatológico de uma vasculite de pequenos vasos e manifesta-se maioritariamente na pele e em 30% dos casos pode afetar órgãos internos. É causada por infeções, neoplasias ou reações tóxicas a fármacos, mas também surge associada a doenças do tecido conjuntivo, doenças sistémicas, crioglobulinemias entre outras. Em alguns casos pode surgir associada a artrite reumatoide.

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 52 anos, antecedentes de hemitiroidectomia direita por bócio nodular não tóxico, esofagite, gastrite e síndrome do túnel cárpico, que recorre a consulta por lesões vasculíticas recorrente, com cinco anos de evolução, nas coxas, dorso e membros superiores. Referidas queixas de poliartrite simétrica de grandes e pequenas articulações (joelho, tornozelo e punhos), com um ano de evolução, tendo sido medicado com prednisolona 5 mg pela médica assistente. Realizou biópsia que demonstrou vasculite leucocitoclastica. Analiticamente a destacar ANA negativo, PCNA positivo, antiCCP negativo, Fator reumatóide >1600, ds-DNA negativo, VS 8mm/h, marcadores víricos negativos, pesquisa de crioglobulinemias ausente, sem consumo de complemento e anticorpos anti fosfolipídicos negativos. Feito o diagnostico de Artrite reumatóide e excluída tuberculose latente, iniciou terapêutica com metotrexato 15mg e ácido fólico, com melhoria clínica e sem recorrência de vasculite.

Serve este caso para alertar para uma manifestação incomum de uma doença grave que exige diagnostico precoce e tratamento atempado para evitar complicações irreversíveis.

Nº 079 Vasculite urticariforme hipocomplementémica (Síndrome de McDuffie)

Guilherme Freitas Camões(1); Cristiane Macedo(1); Diana M. Ferreira(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A vasculite urticariforme hipocomplementémica (HUV) é uma forma rara de vasculite de pequenos vasos. Está associada a urticária recorrente, hipocomplementémia persistente e a positividade a anticorpos Anti-C1q. Várias manifestações sistémicas podem estar presentes (vasculite leucocitoclástica, angioedema, edema laríngeo, envolvimento pulmonar, artrite, artralgias, glomerulonefrite, uveíte/episclerite e dor abdominal recorrente. A sua incidência é desconhecida).

Caso Clínico: Mulher de 49 anos, seguida em Imunoalergologia por urticária com hipocomplementémia, foi referenciada à consulta de Medicina Interna – Doenças Autoimunes Sistémicas por poliartralgia. Doente referia urticária recorrente com 6 meses de evolução e mais recentemente poliartralgias simétricas das pequenas articulações e fenómeno de Raynaud trifásico localizado às mãos, pés e orelhas. Referia também lombalgia direita recorrente, cansaço para pequenos esforços, astenia, trepopneia e olho vermelho à direita. Ao exame objetivo destacava-se eritema localizado à face e 1/3 superior do tórax*, squeeze test* positivo nas mãos bilateralmente e manobra de *Volkmann* dolorosa à direita. Sem artrites evidentes. Colocou-se a hipótese de vasculite de pequenos vasos ou lúpus eritematoso sistémico. Nos exames complementares realizados destaca-se hipocomplementémia (CH50 42.6U/mL; C3 0.65g/L; C4 0.10g/L; Inibidor C(1) 0,243g/L; Complemento C1q 0,152g/L), autoanticorpos Anti-C1q positivos (restante autoimunidade testada negativa) e crioglobulinas negativas. A TC-TAP excluiu neoplasia oculta e a PET-FDG excluiu vasculite de grandes/médios vasos em atividade e neoplasia oculta. A biópsia cutânea revelou vasculite leucocitoclástica. Por apresentar os 2 critérios major (exantema urticariforme crónico e hipocomplementémia) e 4 dos 2 critérios minor necessários (vasculite leucocitoclástica, artralgias, uveíte e anticorpos antiC1q positivo) foi feito o diagnóstico de HUV. Iniciou tratamento com hidroxicloroquina 400mg e prednisolona 20mg.

Discussão: O diagnóstico de HUV é difícil dado à sua raridade e ao vasto leque de manifestações que se podem confundir com muitas outras patologias. A suspeita clínica, que pode ser levantada no próprio exame objetivo pelo exantema crónico, é essencial para o diagnóstico.

Nº 080 Eritema nodoso como manifestação de Síndrome de Lofgrën

João Rocha(1); Maria João Oura(1); Helena Oliveira(1); Rita Gouveia(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O eritema nodoso (EN) é uma reação de hipersensibilidade tardia caracterizada por nódulos subcutâneos eritematosos, podendo traduzir manifestação de doenças sistémicas, nomeadamente a sarcoidose.

Caso clínico: Homem, 30 anos. Admitido no Serviço de Urgência por lesões cutâneas nas pernas, dolorosas, há 2 semanas. Associadamente, com artralgias tibiotársicas e fadiga há 2 meses. Sem infecções recentes ou consumo de fármacos, sem outras queixas na revisão por sistemas ou antecedentes pessoais relevantes. Ao exame objetivo, apresentava, na face anterior de ambas as pernas, lesões cutâneas nodulares, eritematosas, dolorosas, não ulceradas e ligeiramente elevadas, sugestivas de EN; sem outras alterações. Analiticamente, destacava-se leucocitose (11430/uL) e PCR 33.5 mg/L. Radiografia

torácica com reforço hilar bilateral. Na enfermaria, realizou estudo auto-imune, com ECA aumentada (96 U/L), sem outras alterações. Na angio-TC torácica, foram descritas múltiplas adenomegalias hilo-mediastínicas bilaterais, sem alterações parenquimatosas pulmonares. O estudo do lavado broncoalveolar mostrou alveolite linfocítica e rácio CD4/CD8 aumentado (6.36), com estudo microbiológico negativo incluindo exame micobacteriológico. A biópsia aspirativa de gânglio mediastínico não evidenciou granulomas nem células malignas. Realizou PET com 18-FDG com focos hipermetabólicos apenas no mediastino. Diagnosticado síndrome de Löfgren (SL), iniciando anti-inflamatório não esteróide (AINE) com resolução de EN e artralgias. Mantém-se, à data, sem evidência de novas lesões de órgão associadas à sarcoidose.

Discussão: O EN é uma entidade benigna, muitas vezes idiopática, que se pode associar a infeções, neoplasias, fármacos e doenças auto-imunes, como a sarcoidose. A tríade de EN, adenopatias mediastínicas e artrite/periartrite (sobretudo das articulações tibiotársicas) fazem o diagnóstico de SL, que ocorre em 5-10% dos doentes com sarcoidose, geralmente com bom prognóstico (90% dos casos com resolução espontânea em 2 anos). A terapêutica com AINE pode ser ponderada em doentes sintomáticos, com boa resposta clínica, reservando-se a corticoterapia para casos refratários. A avaliação sistemática dos doentes com EN é fundamental para a identificação da etiologia subjacente e orientação clínica.

Nº 081 Efeitos iatrogénicos graves da Piperacilina - tazobactam

Adriana Pereira Almeida(1); Andreia Coutinho(1); Sofia Festa(1); Paulo Bandeira(1); Mário Esteves(1)

(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: A piperacilina/tazobactam é um antibiótico de largo espectro, muito utilizado na prática clínica hospitalar para infeções respiratória, gastrointestinais e ortopédicas. Os seus principais efeitos laterais são dor abdominal, náuseas, diarreia e erupções cutâneas com prurido. Menos frequentemente pode provocar alterações do hemograma e da coagulação, lesão renal e hepática agudas.

Caso clínico: Mulher, 47 anos, com doença mitral reumática submetida a plastia da válvula mitral há 4 meses e fibrilhação auricular. Apresenta-se com febre e dispneia, tendo-se objetivado polipneia e murmurio vesicular diminuido à direita na auscultação pulmonar. Dos exames realizados salienta-se elevação de marcadores inflamatórios e foco de condensação pulmonar inferior direito e derrame pleural em radiografia e tomografia computorizada de tórax; sem isolamentos microbioológicos. Admitida pneumonia complicada com derrame pleural, iniciou Piperacilina + tazobactam e realizou toracocentese com colocação de dreno pig tail (líquido citrino, características de exsudado). Ao 21º dia de antibioterapia, iniciou mialgias de predomínio nos membros inferiores, sem melhoria com analgesia, rash cutâneo do tronco e membros superiores. Analiticamente: pancitopenia grave (Leuc 500/mcL), elevação marcada da proteína c reativa (25.95 mg/dl), lesão renal aguda Akin 3 (5,68), padrão de citólise hepática (TGO 515 UI/L e TGP 86 U/L), teste de coombs direto positivo, desidrogenase lática (2683 UI/l), ferritina (50000 unidades) e coagulopatia (tempo de protrombina 15,(1) segundos; APTT49,7 segundos). Colocada a hipótese de iatrogenia pela Piperacilina/tazobactam, suspendeu o fármaco, tendo apresentado resolução do quadro quase completa em 3 dias.

Conclusão: Este caso clínico concentra vários efeitos adversos da Piperacilina/tazobactam, com apresentação de elevada gravidade e com inicio vários dias após início da terapêutica. Enfatiza-se, assim, a importância da vigilância, suspeita clínica e avaliação do doente em todas as suas esferas, de modo a um diagnóstico rápido e preciso.

Nº 082 Arterite de Takayasu

Ana Rita Freire(1); Patrícia Alves(2); Maria João Salvador(2); Renato Saraiva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

A arterite de Takayasu (TAK), doença rara, é uma forma de vasculite de grandes vasos, definida por inflamação granulomatosa da aorta e ramos primários. Leva ao espessamento da parede arterial e pode resultar em estenose, oclusão, dilatação ou aneurisma.

Os doentes podem apresentar queixas inespecíficas como febre, mal-estar, anorexia, perda de peso, mialgias ou artralgias. Pode ocorrer claudicação de membros, diminuição ou ausência de pulsos, sopros vasculares, hipertensão e discrepâncias na pressão arterial entre ambos os membros superiores.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 29 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, encaminhada para a consulta de Medicina Interna por tonturas, lipotimias, perda de peso, astenia, fraqueza muscular e claudicação do membro superior direito (MSD).

Ao exame objetivo apresentava pulsos radiais assimétricos (filiforme no MSD) e tensão arterial não mensurável no MSD. Na auscultação cardíaca era audível um sopro sistólico grau II/VI no foco tricúspide, com irradiação carotídea. Tinha um sopro na subclávia esquerda.

Laboratorialmente apresentava reagentes de fase aguda elevados, sem outras alterações relevantes.

A angiotomografia identificou artéria carótida primitiva direita com calibre reduzido e esquerda com calibre filiforme e marcado espessamento da parede.

A tomografia por emissão de positrões (PET) evidenciava arterite da aorta ascendente, crossa da aorta e porção proximal da aorta torácica descendente.

Foi medicada com prednisolona 60 mg id com desmame progressivo até 5 mg id, mantendo atividade da doença ao fim de (1) ano. Iniciou metotrexato (MTX) 30 mg e ácido fólico (FOL) 10 mg, semanais.

Após 9 meses, por aumento da extensão e grau de atividade da doença em PET, iniciou tocilizumab (TCZ) 162 mg semanal.

Nova PET de controlo mostrou redução de atividade face ao estudo anterior, mantendo-se medicada com MTX, FOL e TCZ.

Caso interessante pela sua raridade, cumpre os critérios de classificação de 2022 do *American College of Rheumatology* e da *European Alliance of Associations for Rheumatology*, e revela a importância do estudo cuidado do doente e rápida instituição terapêutica, já que as complicações do dano vascular podem resultar em morbilidade substancial, incluindo acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio, isquemia mesentérica e claudicação dos membros.

Nº 083 Sarcoidose – o relevo das tatuagens para o diagnóstico

Daniela Cruz(1); Inês Pintassilgo(1)

(1) HOSP. GARCIA DE ORTA

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multisistémica que ocorre tipicamente em jovens adultos, e que se caracteriza pela presença de granulomas não caseosos. Embora o envolvimento pulmonar seja o mais frequente, qualquer órgão pode ser atingido. As manifestações cardíacas, oftalmológicas e neurológicas, embora raras, acarretam elevada mortalidade e morbilidade sendo de extrema importância o diagnóstico precoce e o tratamento atempado.

Os autores apresentam um caso de um homem de 22 anos, com antecedentes pessoais de enxaqueca com aura visual, que apresentava um quadro clínico com um ano de evolução de astenia, reação à tinta das tatuagens que havia feito há vários anos, com aparecimento de relevo punctiforme, e um episódio de uveíte anterior do olho esquerdo. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de cefaleia com quatro meses de evolução, que agravava em decúbito e com as manobras de Valsalva. À observação destacava-se uveíte anterior bilateral e edema bilateral da papila ótica, condicionando diminuição marcada da acuidade visual com acuidade 1/10 à direita e 0.05/10 à esquerda. Perante a suspeita de hipertensão intracraniana realizou tomografia computorizada (TC) e ressonância magnética encefálica, com papilite bilateral, mas sem outras alterações. Foi realizada biópsia cutânea à reação punctiforme das tatuagens compatível com dermatite granulomatosa, com padrão sarcóide. Por lesão renal com creatinina 2.2 mg/dL realizou ecografia renal com rins de dimensões aumentadas. Tendo em conta estes achados foi realizada TC pulmonar sem alterações de relevo, estabelecendo-se assim o diagnóstico de sarcoidose extrapulmonar com uveíte anterior e papilite bilateral, reação granulomatosa das tatuagens e provável envolvimento renal. Iniciou corticoterapia sistémica com melhoria significativa da acuidade visual e da lesão renal.

Os autores apresentam este caso por se tratar de um caso raro e atípico de sarcoidose, com uma multiplicidade de manifestações infrequentes. A miríade de apresentações clínicas pode mimetizar outras patologias e levar a um atraso no diagnóstico, com irreversibilidade do quadro e impacto no prognóstico.

Nº 084 Polimialgia reumática secundária a vacina para SARS-CoV-2

Daniela Cruz(1); Inês Pintassilgo(1); Francisca Abecasis(1)

(1) HOSP. GARCIA DE ORTA

O síndrome de resposta autoinflamatório induzido por adjuvantes, também conhecido com Síndrome de Shoenfeld, é um espetro de doenças imuno-medidas induzidas pelos adjuvantes presentes em diferentes vacinas. Exemplos destas doenças são o lúpus eritematoso sistémico, a artrite de células gigantes e a polimialgia reumática. Tipicamente os sintomas surgem uma a sete semanas após a vacinação.

Os autores apresentam o caso de um homem de 8(1) anos com um quadro, com três semanas de evolução, de dor e diminuição da força nas cinturas escapular e pélvica, associado a edema das mãos bilateralmente, sem outros sintomas ou sinais acompanhantes, nomeadamente cefaleia, claudicação da mandíbula, alteração da acuidade visual ou febre. O quadro teve início uma semana após a toma da segunda dose de vacina para SARS-CoV-2. À observação apresentava *puffy hands*, força muscular grau 2 nos músculos proximais dos membros superiores e inferiores, com força muscular preservada distalmente. Analiticamente destacava-se anemia de novo com velocidade de sedimentação e proteína C reativa muito elevadas. Dada suspeita de polimialgia reumática o doente foi medicado com prednisolona 20 mg, ficando totalmente assintomático, com resolução das queixas, permitindo assim confirmar o diagnóstico de polimialgia reumática. Tendo em conta início dos sintomas uma semana após realização da vacina e ausência de outros fatores desencadeantes assumiu-se polimialgia reumática induzida pela vacinação para SARS-CoV-2.

Os autores apresentam este caso clínico por se tratar de um caso raro de polimialgia reumática associada a vacinação para SARS-CoV-2. Apesar do síndrome de resposta autoinflamatório induzido por adjuvantes ser pouco frequente, a vacinação em massa da população para SARS-CoV-2, com um elevado número de vacinas administradas, poderá levar a um aumento da sua incidência, motivo pelo qual é importante o reconhecimento e tratamento desta entidade.

Nº 085 Crise renal esclerodérmica e toxicidade medular por metotrexato

Rodrigo Rei(1); Catarina Madeira(1); Rafaela Costa Pereira(1); João Santos(1); Isabel Malta Carvalho(1); João Cunha(1); Catarina Tenazinha(1); Joana Pestana(1); Vítor Teixeira(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introdução: O metotrexato é considerado o fármaco de primeira linha na esclerose sistémica (ES) precoce progressiva, na ausência de atingimento pulmonar. Apresentamos um caso de crise renal esclerodérmica (CRE), uma manifestação muito rara de ES, complicada por mielossupressão secundária ao metotrexato.

Caso clínico:

Um homem de 58 anos foi diagnosticado com síndrome de sobreposição de dermatomiosite e ES difusa rapidamente progressiva associada a anti-Scl70, com fenómeno de raynaud e derrame pleural bilateral e pericárdico. Foi medicado com metotrexato 25 mg/semana, ácido fólico 10 mg/semana, prednisolona 5 mg/dia e nifedipina 20 mg/dia. Dois meses após o diagnóstico, recorreu à urgência por crise hipertensiva e dispneia para esforços progressivamente menores. Ao exame objetivo, identificou-se edema peri-orbitário e diminuição bilateral do murmúrio vesicular. Analiticamente, apresentava pancitopenia, lesão renal aguda (AKIN 3), elevação do NT-proBNP, elevação da LDH e elevação ligeira da bilirrubina total. Foi assumido o diagnóstico de anemia microangiopática associada a CRE e iniciado tratamento com IECA e de suporte. Apesar da suspensão precoce de metotrexato (um fármaco de depuração renal) o doente desenvolveu pancitopenia com redução grave dos valores absolutos de neutrófilos (0.1x109/L), com necessidade de administração de fatores de crescimento dos granulócitos e de antibioterapia de largo espectro, tendo, no entanto, falecido por pneumonia nosocomial.

Discussão: Os achados clínicos e analíticos descritos sugerem uma CRE, num doente com fatores de risco para o seu desenvolvimento, nomeadamente, ES difusa rapidamente progressiva e corticoterapia prévia, embora usada em doses inferiores às habitualmente associadas a CRE. Alertamos, primeiro para a possibilidade da CRE poder ocorrer mesmo com baixas doses de corticoides e, segundo, para o potencial de mielossupressão grave associada ao metotrexato em doentes com CRE, mesmo com a suspensão precoce do fármaco.

Nº 086 Uma epistáxis pouco inocente

Miguel Ângelo Sousa(1); Adriana Guedes(1); Ana Sofia Reis(1); Catarina Salvado(1); Rui Salvador(1); Marta Sofia Oliveira(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (THH), ou Síndrome de Osler-Weber-Rendu, é um distúrbio vascular hereditário de transmissão autossómica dominante. É caracterizada por malformações vasculares na pele, nas mucosas nasal e gastrointestinal, no cérebro, nos pulmões e no fígado. O diagnóstico pode ser efetuado com base nos critérios de Curaçao (epistáxis espontâneas e recorrentes, múltiplas telangiectasias mucocutâneas em localizações características, envolvimento visceral e familiar em primeiro grau com a doença) e/ou documentação de mutação em um dos genes ENG, ACVRL(1) ou SMAD4.

Caso Clínico: Homem de 53 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial e Anemia ferropénica com boa resposta ao ferro oral. Por epistáxis recorrente, atribuída inicialmente a causa hipertensiva, é referenciado à Otorrinolaringologia que, por

ausência de alterações do seu foro, encaminha o doente à consulta de Medicina Interna. Apresenta-se com telangiectasias faciais e admite ter vários familiares diretos com as mesmas queixas e alterações cutâneas. Por suspeita de THH é pedido rastreio de malformações arteriovenosas (MAV) e estudo genético, que confirmou uma variante patogénica no gene ENG. Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia sem alterações de relevo. Cápsula Endoscópica com imagem de várias angiectasias no jejuno. Sem anemia, com ferritina e saturação de transferrina no limite inferior do normal. AngioRMN cerebral mostrou aneurisma infracentrimétrico na bifurcação da artéria cerebral média direita. AngioTC abdmoninal revelou hemangioma hepático.

Discussão: A maioria dos doentes com THH apresenta-se da mesma forma que o caso supracitado. As guidelines internacionais preconizam o rastreio de MAV em território cerebral, pulmonar e hepático, uma vez que tendem a ser silenciosas e podem-se manifestar de forma catastrófica. As mutações no gene ENG estão presentes na maioria dos casos e estão associadas a maior incidência de MAV pulmonares e cerebrais. Virtualmente todas as especialidades médicas podem contactar com doentes com THH. É importante conhecer os sinais e as consequências do diagnóstico para os doentes e as suas famílias.

Nº 087 Amiloidose por transtirretina genética com apresentação na idade adulta

Paula F. Matias(1); Joana Tender Vieira(1); Francisca Correia(1); Luís Flores(1); Jorge Almeida(1); Pedro S. Marques(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A maioria dos casos de amiloidose cardíaca (98%) são por depósito de fibrilas compostas por cadeias leves de imunoglobulinas monoclonais (AL) ou transtirretina (ATTR). Atualmente a ATTR pode ser diagnosticada por técnicas não invasivas, o que tem levado a um maior reconhecimento desta patologia.

Caso clínico: Homem de 69 anos com antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia e doença coronária. Seguimento em consulta externa de Neurocirurgia por estenoses lombares recorrentes, encaminhado para consulta de Medicina Interna após cintigrafia óssea com score de Perugini 3. História familiar com uma irmã falecida aos 60 anos de doença hepática não esclarecida. À avaliação com queixas de astenia para grandes esforços e ao exame objetivo com alterações sugestivas de polineuropatia periférica e hipotensão ortostática. Eletrocardiograma em ritmo sinusal sem bloqueios auriculoventriculares ou intraventriculares. Ecocardiograma transtorácico com hipertrofia ventricular esquerda concêntrica, função sistólica biventricular conservada e *strain* longitudinal com gradiente apico-basal. Estudo de amiloidose AL negativo e teste genético com identificação da mutação Val30Met no gene da transtirretina. Orientado para Centro de Referência de polineuropatia amiloidótica familiar e iniciada terapêutica dirigida com tafamidis.

Discussão: Os sintomas extra-cardíacos de amiloidose como a síndrome do túnel cárpico, estenose lombar ou outras neuropatias podem preceder o desenvolvimento de cardiopatia amiloidótica em cerca de 4 anos. Este caso relembra que é essencial um elevado índice de suspeição para um diagnóstico precoce e realça a importância do estudo genético após o diagnóstico de ATTR, mesmo em idade adulta avançada, pois um número considerável de doentes possui mutação genética.

Nº 088 Síndrome May-Thurner "leiomatoso" na origem da trombose venosa: um caso clínico

Joana Sousa Varela(1); Joana Correia Lopes(1); Patrícia Ramos Dos Santos(1); Miguel Simões Rodrigues(1); Joana Araújo Correia(1); Mário Amaro(1); Francisca Delerue(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: O Síndrome May-Thurner consiste na compressão da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita. É uma condição pouco frequente que pode ser assintomática ou evoluir para trombose venosa profunda (TVP), sendo importante o seu reconhecimento, sobretudo na TVP em idade jovem sem aparente fator precipitante.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 42 anos, antecedentes pessoais de leiomioma uterino (10,5 x 7,6 cm) diagnosticado em 2019, sem subsequente seguimento em consulta. Recorreu ao serviço de urgência por dor e edema do membro inferior esquerdo (MIE) com (1) dia de evolução. A destacar ao exame objetivo edema e rubor exuberante do MIE. O ecodoppler do MIE evidenciava extensa TVP do eixo ilio-femoro-poplíteu, envolvimento das veias ilíacas e marcado aumento volumétrico do útero com estrutura multinodular heterogénea. Procedeu-se ao internamento para monitorização e estudo da massa pélvica. A ressonância magnética (RM) pélvica revelou compressão da veia ilíaca esquerda pela artéria ilíaca direita e por um volumoso leiomioma intramural (11,6 x 8,6 cm), confirmando a presença de Síndrome de May-Thurner. Foi referenciada à consulta de ginecologia para histerectomia eletiva e iniciou dabigatrano dose terapêutica.

Discussão: O Síndrome de May-Thurner é responsável por apenas < 5% das TVPs. É mais frequentemente associado a uma variação anatómica com compressão da estrutura venosa pela artéria, contudo, em raros casos, outra estrutura pélvica pode contribuir e exacerbar a compressão pré-existente. A incidência é duas vezes maior nas mulheres entre os 20 e 40 anos. É importante recordar esta entidade perante um caso de TVP em idade jovem e a pertinência da realização de exames imagiológicos para a identificação da origem da compressão externa. Nestes casos, o tratamento inclui anticoagulação a longo prazo e eventual correção da causa compressiva.

Nº 089 Aortite, uma série de casos

Rafaela M. Ribeiro(1); Joana Reis Aguiar(1); Andreia Vilas-Boas(1); Rui Barros(1); António Marinho(1); Alfredo Martins(1); António Carneiro(1)

(1) Hospital da Luz - Arrábida

Introdução: Aortite significa inflamação da parede da aorta e engloba etiologias infeciosas e não infeciosas, com manifestações clínicas inespecíficas que podem ser semelhantes nos 2 grupos. Confirmado o diagnóstico, identificar o subtipo da doença constitui um segundo desafio.

Casos clínicos: Descrevem-se 4 casos. Mulher, 53 anos, com dor lombar, febre, elevação de PCR e VS. AngioTC e PET com espessamento difuso das paredes aórticas, compatível com vasculite de grandes vasos. Assumida arterite de células gigantes. Iniciou corticoterapia, seguida de anti-IL6. Evolução favorável.

Mulher, 24 anos, poliangeíte microscópica desde os 4 anos, atingimento renal. Perfuração do septo nasal (1) ano antes, nariz em sela. Internada por tosse prolongada e estridor. Identificada estenose subglótica e traqueomalácia da traqueia e brônquio principal esquerdo, biópsia com infiltrado inflamatório. ANCA negativo. PET com panaortite. Assumida vasculite ANCA negativa e provável *overlap* com policondrite recidivante. Iniciou corticoterapia seguida de rituximab com boa evolução.

Homem, 93 anos, admitido por desorientação, febre e elevação de parâmetros inflamatórios. Hemoculturas positivas para *S. warneri*. Sem focalização evidente. Perante o passado de cirurgia endovascular, realizou PET que sugeriu infeção de aneurisma com prótese. Iniciou antibioterapia prolongada. Boa evolução.

Homem, 8(1) anos, admitido por desorientação, febre e parâmetros inflamatórios elevados. Hemoculturas positivas para *S. aureus*. Presença de sopro abdominal a motivar realização de angioTC abdominal que mostrou dilatação aneurismática da aorta abdominal, espessamento da parede e densificação dos tecidos periaórticos. Evolução desfavorável apesar da antibioterapia dirigida.

Discussão: O diagnóstico etiológico preciso das aortites é crucial para o adequado tratamento. O uso generalizado de exames de imagem sofisticados contribui para a melhoria diagnóstica mas a integração clínica e elevado índice de suspeição continuam fundamentais na abordagem destes doentes.

Nº 090 Trombose venosa profunda associada a Síndrome de May-Thurner

Luís Neves da Silva(1); Ana Luís Vasconcelos(1); Maria João Vilela(1); Patrícia Ferreira(1); Margarida Monteiro(1); Rosário Araújo(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: O síndrome de May-Thurner corresponde a uma variante anatómica patológica que resulta em compressão da veia ilíaca comum esquerda contra uma vértebra lombar, pela artéria ilíaca comum direita. Esta variante está presente em cerca de 25% da população e pode estar associada a trombose venosa profunda (TVP).

Caso Clínico: Sexo feminino, 19 anos de idade, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, apresentou-se no serviço de urgência por edema e dor do membro inferior esquerdo (MIE) com 3 dias de evolução. Cerca de 3 meses antes tinha iniciado anticoncecional oral combinado. Ao exame físico sem outras alterações para além de rubor, calor e edema do MIE até à raiz da coxa. Realizou ecografia do membro inferior esquerdo que demonstrou trombose da veia ilíaca comum esquerda com extensão à veia femoral comum ipsilateral. Fez AngioTC toracoabdominopélvico onde para além dos achados já descritos demonstrou laminação do lúmen da veia ilíaca comum esquerda à passagem pela artéria ilíaca comum direita, numa apresentação consistente com síndrome de May-Thurner. Foi discutido o caso com Cirurgia Vascular que concluiu não haver indicação para tratamento endovascular/cirúrgico urgente. A doente teve alta orientada para consulta externa de Cirurgia Vascular e Medicina Interna, com recomendação de uso de meia elástica para além do início de hipocoagulação e suspensão do anticoncecional oral. Cerca de 3 meses depois a paciente não apresentava sinais de TVP do MIE, mas notado o surgimento de veias visíveis na parede abdominal à esquerda consistente com síndrome pós trombótico.

Discussão: O síndrome de May-Thurner deve estar presente no diagnóstico diferencial de uma TVP, especialmente nos casos de TVP da veia ilíaca comum esquerda em mulheres jovens. Uma abordagem apenas médica tende a apresentar resultados subótimos pela elevada prevalência de síndrome pós-trombótico. Desta forma, é essencial a discussão destes casos com Cirurgia Vascular para tratamento endovascular (com trombólise ou trombectomia) ou cirúrgico, sendo uma prática realizada precocemente em vários centros. Essa abordagem acabou por não acontecer nesta paciente e cerca de 3 meses depois apresentou sinais de síndrome pós-trombótico.

Nº 091 Streptococcus grupo B - um agente a não esquecer

Gabriela Maria Costeira Paulo(1); Catarina Pinto Silva(1); Flávia Freitas(1); Dany Cruz(1); Ilda Coelho(1); João Mota(1); Cristiana Fernandes(1); Conceição Ferreira(1); Alexandra Leitão(1)

(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

A endocardite por *Streptococococcus agalactiae* é uma entidade rara. Cerca de 4% dos casos de doença invasiva por *Streptococococcus* do Grupo B (SGB) tem envolvimento do sistema nervoso central (SNC), sendo estas bactérias responsáveis por 1% das meningites.

Mulher de 9(1) anos, hipertensa e antecedentes de neoplasia da mama e gástrica. História recente de antibioterapia com amoxicilina. Admitida por febre, náuseas, vómitos e diarreia, sem sangue ou muco, com (1) semana de evolução. Sem alterações ao exame objetivo, incluindo neurológico. Analiticamente, com procalcitonina de 24 mg/dL. Sedimento urinário negativo. TC TAP sem alterações de relevo. TC-CE sem alterações agudas. Dada ausência de clínica focalizadora de infeção, realizada punção lombar, LCR com 3 células, proteínas normais. Colhiadas hemoculturas e iniciado empiricamente ceftriaxone. Em D(1) de internamento, objetivado sinais inflamatórios do membro inferior direito, assumida celulite. Isolado *Streptococococcus agalactaiea* multissensível na hemocultura e no LCR. Ajustado ceftriaxone para cobertura meníngea. Excluídas alterações de natureza traumática ou evidência de processo infecioso discovertebral em imagem de pescoço e coluna vertebral. Ecocardiograma trans-torácico revelou uma massa calcificada de ~12x12mm no folheto posterior da válvula mitral, a condicionar prolapso da mesma, confirmado tratar-se de vegetação em Eco-transesofágico. Assumida endocardite aguda com ponto de partida em celulite do membro inferior direito, ou seja, doença invasiva por SGB também com atingimento do SNC. O caso foi discutido com a Cirurgia Cardiotorácica, recusada indicação cirúrgica, dada idade avançada e ausência de instabilidade hemodinâmica. Cumpriu 42 dias de ceftriaxone em dose meníngea, com evolução favorável, hemoculturas de controlo negativas.

Este caso manifesta-se com doença invasiva por SGB, com endocardite e infeção do SNC (raras por *Streptococcus agalactiae*) com ponto de partida em celulite (a manifestação clínica mais frequente da infeção dos tecidos moles causada por SGB).

Nº 092 Attention to details in pulmonary hypertension study

Rafaela Lopes(1); Isabel Cruz(1); Bruno Bragança(1); Inês G. Campos(1); Hugo Antunes(1); Glória Abreu(1); Aurora Andrade(1)

(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

When evaluating patients with suspected pulmonary hypertension (PH), they should be questioned specifically about medications/drug use, their occupation, family history of PH and a history of congenital heart disease. The following case is of relevance because it shows how attentive family history and detailed noninvasive testing might identify its cause.

We present a case of a 69-year-old woman with known history of hypertension on losartan and furosemide. She had no other known personal history. Her family history was relevant for one daughter with a corrected patent ductus arteriosus (PDA) and a granddaughter with DiGeorge syndrome (22q11.2 deletion). She had a few transthoracic echocardiograms (TTE) showing minor left chambers enlargement. She was referenced to the cardiology clinic due asthenia, dyspnea with moderate exertion and TTE showing severe dilatation of the left atria, moderate dilatation of the left ventricle, left ventricle hypertrophy

with preserved ejection fraction and moderate tricuspid regurgitation with signs of PH and a continuous retrograde flow compatible with a PDA. On physical examination she cardiac auscultation showed a continuous murmur in the left infraclavicular area. A cardiac computer tomography confirmed PDA with aortic-pulmonary artery flow and pulmonary artery dilation. Given her exercise intolerance and signs of pulmonary hypertension she was referenced to percutaneous intervention. Right heart catheterization showed pulmonary artery pressure (PAP) of 34/19 mmHg (mean PAP 24mmHg), right ventricle pressure of 36/9mmHg, pulmonary capillary wedge 18mmHg and right atrium pressure of 10mmHg; Left heart catheterization evidence aortic pressure of 143/55mmHg and normal epicardic coronary arteries. A tubular DA was percutaneously closed with success. Genetic testing had no evidence of 22q11.2 deletion.

PDA is generally diagnosed and corrected in infancy, therefore, primary diagnosis is rare in adulthood. When left untreated it can lead to pulmonary hypertension, heart failure and eventually Eisenmenger syndrome. This case is interesting due to the late discovery of the patent ductus arteriosus in a patient with family history of PDA, DiGeorge syndrome and previous unremarkable TTE, which showcases the importance of an accurate echocardiogram evaluation

Nº 093 Uma vitamina para o coração

André S. Carvalho (1); Catarina Silva(1); Sara Joana Faria(1); Isabel Bessa(1); Abílio Gonçalves(1); Maria João Vieira(1)

(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) acarreta consideráveis níveis de hospitalização e morbimortalidade em todo o mundo. Entre as causas mais frequentes de disfunção sistólica do miocárdio estão a doença arterial coronária, o etilismo, as miocardites e as taquicardiomiopatias. Contudo, outras etiologias podem estar implicadas.

Caso clínico: Mulher de 63 anos internada por IC de novo. Antecedentes pessoais de depressão, doença celíaca, gastrite atrófica e hipovitaminose B12. Medicada com sertralina, amitriptilina e cianocobalamina oral, que cumpria irregularmente. Durante o internamento, apesar do perfil hipotensivo e ferropenia, apresentou boa resposta à terapêutica diurética, tendo tido alta com introdução de furosemida, carvedilol e sulfato ferroso à medicação habitual. Ecocardiograma transtorácico realizado posteriormente revelou depressão da função sistólica biventricular por hipocinésia global, com fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) de 25%. Foi reavaliada em consulta, com queixas de dispneia para esforços e valores analíticos de Hb 11.4 g/dL, VGM 80 fL, ferritina 24 ng/mL, saturação transferrina 10% e VitB12 162 pg/mL, que motivaram um reforço de suplementação com cobamamida intramuscular. Observada cerca de 6 meses depois, já sem sintomas cardiovasculares e com níveis séricos de Hb 12.5 g/dL, VGM 84 fL, ferritina 9(1) ng/mL, saturação transferrina 26% e VitB12 >2000 pg/mL. RMN cardíaca evidenciou cavidades de dimensões normais, boa função sistólica global (FEVE 62%), sem alterações da cinética segmentar, realce tardio ou sinais de isquémia. Assumido diagnóstico de IC com fração de ejeção recuperada, por défice de vitamina B12.

Conclusão: Níveis baixos de vitamina B12 parecem associar-se a depressão da função cardíaca, quer pelo compromisso na oxidação de ácidos gordos e na eritropoiese, substratos fundamentais ao metabolismo energético miocárdico, quer por conduzir a níveis elevados de homocisteína, um fator de risco independente de doença aterosclerótica e disfunção endotelial.

O défice de vitamina B12 é uma causa rara e potencialmente reversível de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, existindo até hoje apenas um caso descrito na literatura.

Nº 094 Até onde pode ir uma tromboflebite periférica iatrogénica

Bárbara Ferreira da Silva(1); Tânia Faustino Mendes(1); Ana Isabel Oliveira(1); Mariana Marques(1); Nuno André Sousa(1); João Gonçalves Pereira(1)

(1) HOSP VILA FRANCA XIRA

Introdução: O cateterismo venoso periférico (CVP) é o procedimento invasivo mais realizado a nível hospitalar, sendo a tromboflebite uma das complicações mais comuns (13-56% dos doentes). Esta refere-se à inflamação aguda da parede da veia, manifestando-se por dor, eritema e tumefacção ao longo do trajeto do vaso.

Caso clínico: Homem de 63 anos com história de pancreatite crónica de etiologia alcoólica em abstinência alcoólica há 9 anos, internado por pancreatite crónica agudizada complicada por múltiplos pseudocistos. Iniciou durante o internamento febre, sendo considerado o foco infecioso tromboflebite em CVP no antebraço direito. Além de sinais inflamatórios verificava-se saída de exsudado purulento. Foram colhidas hemoculturas onde se isolou *S. aureus MSSA*. Cumpriu flucloxacilina durante 14 dias com evolução favorável, sendo excluída endocardite em ecocardiograma transtorácico.

Regressa ao serviço de urgência (1) mês pós alta por lombalgia com evolução de 3 semanas. À admissão destacava-se dor paravertebral e deformidade com saliência das apófises espinhosas na região lombar média. A TC coluna lombar revelou espondilodiscite e empiema epidural anterior a nivel de L2-L3, diagnósticos confirmados depois por RMN. Ficou internado para realização de antibioterapia de largo espectro, com colheita de novas hemoculturas (negativas). Por agravamento respiratório súbito realizou-se TC tórax que revelou suspeita de empiema no 1/3 inferior esquerdo pulmonar. No líquido pleural foi isolado *S. aureus MSSA*. Tendo em conta resultado dos diferentes isolamentos considerou-se como ponto de partida destas intercorrências infeciosas a tromboflebite venosa periférica registada no 1º internamento. Neste contexto cumpriu 4 meses de flucoxacilina com resolução clínica e imagiológica.

Discussão: A tromboflebite periférica por CVP é uma das complicações iatrogénicas mais comuns, mas a mais negligenciada em contexto hospitalar. Este caso clínico não só é um exemplo das proporções clínicas que uma tromboflebite pode ter, mas também o impacto pode ter na qualidade de vida e custo para o Sistema Nacional Saúde. Tendo isto presente é importante a realização de estudos futuros que nos ajude a desenvolver estratégias para prevenção e criação de guidelines para implementação de boas práticas de maneio hospitalar.

Nº 095 Quando um dispositivo cardíaco compromete a vida

Inês Ferreira(1); Nereida Monteiro(1); Rafael Freitas(1); Sara Pereira(1); Sofia Ferreira(1); Paula Cerqueira(1); Lucas Torres(1); Amanda Rey(1); Paula Brandão(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima

Introdução: Endocardite Infeciosa com etiologia nos elétrodos de pacemaker (PM) é uma complicação rara da implantação de dispositivos médicos, mas potencialmente fatal. Os agentes mais comuns são o Staphylococcus aureus e coagulase-negativos. Os sintomas costumam surgir nos primeiros 3 a 6 meses após a cirurgia de inserção do dispositivo, mas podem surgir tardiamente até 25 meses o que atrasa o diagnóstico desta condição.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 74 anos, com múltiplas co morbilidades e inserção de PM em 2018 por bloqueio aurículo-ventricular de 2ºgrau sintomático. Admitida no Serviço de Urgência em 2022 por náuseas, vómitos e dor abdominal com um dia de evolução. Após exclusão de patologia abdominal aguda, internada na enfermaria de Medicina Interna por Cistite aguda e Lesão Renal Aguda. Nas hemoculturas realizadas à admissão isolado Staphylococcus epidermidis multirresistente, iniciando antibioterapia com Vancomicina. Realizou ecocardiograma transtorácico que não revelou vegetações. Por manter febre e hemoculturas positivas para o agente previamente isolado, realizou ecocardiograma transesofágico com identificação de vegetação no eletrocateter do PM. Realizou Tomografia por Emissão de Protões sem alterações de relevo. Foi proposta transferência hospitalar para continuação de tratamento e substituição de PM. Infelizmente, apresentou degradação do estado geral e agravamento progressivo da função renal, tendo vindo a falecer.

Discussão: Doentes com dispositivos cardíacos têm maior risco de contrair esta complicação séria, apesar de rara. Este caso demonstra a indolência desta doença, que pode acontecer vários anos após a cirurgia de inserção, sendo importante a suspeita clínica em doentes com sintomas de infeção sem foco claro identificado. O tratamento precoce com antibioterapia de largo espectro e remoção do dispositivo é a melhor estratégia para diminuição da mortalidade.

Nº 096 Phlegmasia cerulea dolens, uma emergência diagnóstica

Rita Penaforte(1); Jéssica Oliveira(1); Anna Korolkova(1); Teresa Valido(1); Paulo Brites Ramos(1); Catarina Pereira(1); Catarina Rodrigues(1); Miguel Achega(1); Marisa Fernandes Das Neves(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A *phlegmasia cerulea dolens* é uma complicação rara que resulta de um tromboembolismo venoso agudo e maciço. Mais associada a trombose venosa profunda (TVP) da extremidade inferior, tem elevada morbilidade e mortalidade associadas. Caracteriza-se por cianose (característica mais comum) que evolui de distal para proximal, dor e edema que, por aumento da pressão pelo líquido intersticial, leva a isquémia arterial. Dada a sua capacidade de progredir rapidamente para necrose de tecidos e gangrena, o diagnóstico precoce é crucial. O diagnóstico é clínico e pode ser confirmado com a realização de um ecodoppler venoso. Em 20%-40% dos casos, a flegmasia é associada a TVP de etiologia paraneoplásica.

Caso Clínico: Os autores descrevem uma doente do sexo feminino, 70 anos de idade, autónoma nas atividades de vida diária, com diagnóstico recente de adenocarcinoma pancreático com metastização hepática e pulmonar, sem outros antecedentes de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor intensa associada a edema assimétrico no membro inferior direito com (1) semana de evolução. Negava traumatismo. Realizou ecodoppler venoso e arterial que revelou extensa trombose venosa profunda subaguda das veias popliteia, femoral superficial, profunda, comum, e ilíaca externa até onde era possível avaliar, com preenchimento das veias por conteúdo hipoecogénico, não depressíveis e sem sinal Doppler detectável. O ecodoppler arterial excluiu estenoses com significado hemodinâmico. Observada pela Cirurgia Vascular, que deu indicação para terapêutica conservadora. A doente iniciou terapêutica anticoagulante, mas acabou por falecer 3 dias após o diagnóstico.

Discussão: Este caso clínico pretende reforçar a importância do diagnóstico precoce de *phlegmasia cerulea dolens* como chave para a redução da morbilidade e mortalidade associadas a esta rara complicação de TVP.

Nº 097 Hematoma espontâneo do iliopsoas pós sépsis em doente hipocoagulada

João Morais Lopes(1); Cristiana Ferreira Teles(1); Ana Raquel Figueiredo(1); Teresa Guimarães Rocha(1); Rita Diz(1); Micaela Nunes Sousa(1); Helena Maurício(1); Miriam Blanco(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE - Hospital de Bragança

Introdução: Os hematomas expontâneos do iliopsoas, embora raros, estão relatados na literatura, com morbimortalidade importantes. Associam-se a sintomas inespecíficos de dor anca/lombar/inguinal/abdominal, surgindo, principalmente, em doentes com alterações da cogulação ou hipocoagulados. Existem relatos em associação com disfunção hematológica na COVID-19. Em associação com hipocoagulação, é plausível a associação com disfunção hematológica na sépsis.

Caso Clínico: Mulher, 80 anos. Antecedentes: diabetes, polimialgia reumática, sinovite bilateral da anca e asma. Admitida por tosse, febre e dispneia em repouso, com hipoxemia severa e má dinâmica respiratória. TC-Tórax sugestivo de pneumonia adquirida comunidade (PAC) bilateral. Assumido quadro de sépsis, com início em PAC, com disfunções respiratória, hemodinâmica e renal. Tratada nos Intensivos, onde inicia hipocoagulação por FA de novo. Transferida para Medicina Interna, com evolução clínica/analítica favoráveis. No internamento, com queixas de dor intensa na fossa ilíaca esquerda. Realizou TC-abdominopélvico, com hematoma retroperitoneal, à esquerda, anterior ao iliopsoas, com 6.6x6 cm. Sem história de trauma, sem punção prévia na região. Assumido hematoma espontâneo. Quebra de hemoglobina (Hb), sem necessidade de transfusão. Caso discutido com Cirurgia Geral, acordando-se tratamento conservador, com analgesia, repouso, e controlo imagiológico e analítico - Hb.

Discussão: Os hematomas expontâneos do ileopsoas, apesar de raros, são possíveis na nossa prática clínica. Ao contrário de causas traumáticas/iatrogénicas, o seu diagnóstico não é tão evidente. Este deve ser considerado em doentes com queixas de dor anca/lombar/inguinal/abdominal, especialmente se hipocoagulados e com disfunção hematológica recente. O facto da doente ter lombalgias frequentes no contexto autoimune/osteoarticular poderia mascarar uma situação potencialmente fatal.

Nº 098 Um caso de Insuficiência cardíaca com Fracção de ejecção melhorada

Sara Tereso(1); João Agostinho(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A insuficiência cardíaca é uma doença crónica que pode apresentar remissão, devendo a terapêutica medicamentosa e não medicamentosa ser continua, para evitar recorrência. Até 40% dos doentes com FE reduzida irão ter melhora da fracção de ejecção com o uso da terapêutica correcta.

Caso Clínico: Homem, 30 anos, saudável, sem hábitos tabágicos,etílicos, com pai falecido aos 40 anos. Recorre ao SU cansaço e dispneia para médios esforços no ultimo mês e sensação de palpitações e lipotímia. Exame objectivo sons arrítmicos, crepitações bibasais, ligeiros edemas bimaleolares, TA 151/83 mmhg, FC 119 bpm; saturações de oxigénio 96%, sem alteraçoes analiticas, nem radiograficas, ECG com FA com RVR optou-se por medicar com furosemida, bisoprolol e enoxaparina, tendo alta anticoagulado e com controlo de frequência cardíaca. Regressa a consulta de cardiologia (1) mês depois com TA 156/82 mmhg, holter com FA com FC média 82 bpm, com cansaço para médios

esforços, ecocardiograma transtoracico com dilataçao do ventriculo esquerdo e fracção de ejecçao reduzida 22%, tendo-se realizado tentativa de reversão a ritmo sinusal com amiodarona. (1) mês depois ECG FA persistente, Ressonancia Magnetica cardiaca dilatação Ventriculo esquerdo com Fracção ejecçao 22%; VD não dilatado e dilataçao Auricula esquerda (75ml/m2). Realizou AngioTC coronária sem doença arterial coronaria. No estudo etiologico da insuficiencia cardiaca assumiu-se Miocardiopatia Dilatada após exclusão de valvulopatias, cardiopatia isquemica, doenças infiltrativas, infecções ou doenças auto imunes, prosseguiu-se para estudo genético de miocardiopatia dilatada, optimizou-se terapêutica com bisoprolol, espironolactona mg , sacubitril/valsartan e dapagliflozina, aumentaram-se as terapêuticas até doses máximas toleradas, apresentando-se passado (1) ano com insuficiencia cardiaca crónica classe I-II NYHA, Estádio C, NTproBNP 37, no ecocardiograma transtoracico melhoria da dilataçao do ventrículo esquerdo, com fracção de ejecção de 47%, podendo ser classificada como IC com fracção de ejecção melhorada.

Conclusão: Os cuidados continuados e a manutençao e optimização da terapêutica,permitem ao doente com insuficiência cardíaca melhoria da fracção de ejecção,-sendo assim classificada como melhorada quando FEj > 40% e superior a 10% da FEj basal.

Nº 099 Trombose abdominal – a marcha diagnóstica

Helena Hipólito Reis(1); Joana Santos(1); Rui Ribeiro(1); Marta Soares Carreira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

A trombose abdominal é uma patologia rara, cujos fatores de risco incluem, a cirrose hepática, neoplasias abdominais, *status* pós-operatório, coagulopatia e anticoncecionais orais (ACO).

Mulher de 39 anos, com obesidade grau III e tiroidite de Hashimoto, medicada com ACO, recorreu ao serviço de urgência por dor epigástrica com um dia de evolução, com irradiação para a região dorsal, de muito difícil controlo. Objetivamente com abdómen globoso, com agravamento da dor à palpação epigástrica e *murphy* vesicular duvidoso. Analiticamente com PCR 84mg/L, amílase e lípase normais, sem alterações dos marcadores de citocolestase hepática; sem outras alterações de relevo. A tomografia computorizada (TC) abdominal mostrou trombose da veia mesentérica superior e parcial da veia porta. Iniciou hipocoagulação com enoxaparina 1mg/Kg *bid*, sem intercorrências hemorrágicas, e suspendeu ACO. Do estudo realizado, auto-imunidade a revelar tiroidite, já conhecida; estudo pró-trombótico negativo; sem evidência de doença hepática; imunofenotipagem sangue periférico não compatível com hemoglobinúria paroxística noturna (HPN) e Janus kinase 2 (JAK2) negativo. Foi observada por Ginecologia tendo realizado citologia cervico-vaginal com lesão baixo grau e mamografia sem alterações. Teve alta com *switch* de hipocoagulação para *DOAC* (*direct oral anticoagulant*) e orientada para consulta de tromboembolismo venoso.

O caso apresentado retrata a marcha diagnóstica realizada numa doente com trombose abdominal. Apesar de apresentar 2 fatores de risco importantes (obesidade e ACO), é fundamental excluir outras causas reversíveis que tenham implicação terapêutica, nomeadamente, na decisão do tempo de hipocoagulação. Nestes casos, está recomendada a hipocoagulação parentérica inicial (heparina de baixo peso molecular / heparina não fracionada), sendo alterada para DOAC após estabilização clínica. Se identificadas causas reversíveis, deve-se fazer 6 meses de tratamento; se a etiologia não for esclarecida, deve-se prolongar o tempo de hipocoagulação.

Nº 100 Malformação Congénita como causa de Edema Agudo do Pulmão em idade adulta

Catarina Rodrigues da Silva(1); Francisco Gonçalves(1); Dora Gomes(1); Miguel Lázaro(1); Maria do Céu Coelho(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A anomalia de Ebstein é uma malformação congénita da válvula tricúspide, com regurgitação associada, e aumento das cavidades direitas. De acordo com a gravidade da anomalia, pode dar quadros mais graves na infância ou ser indolente até idade adulta, podendo ser fatal perante fatores descompensadores.

Doente do sexo feminino, 75 anos, com antecedentes de dislipidemia e hipertensão arterial, inicia dispneia e anasarca com 2 semanas de evolução. Ao exame objetivo, auscultação arrítmica e com crepitações dispersas, e anasarca. Gasimetricamente com insuficiência respiratória tipo 1, acidose metabólica e hiperlactacidémia. Eletrocardiograma com fibrilhação auricular. Analiticamente, com lesão renal aguda e aumento do NT-proBNP. Radiografia de tórax com cardiomegália, infiltrado intersticial bilateral e derrame pleural bilateral. Internada com insuficiência cardíaca inaugural descompensada e fibrilhação auricular de novo. No dia seguinte, inicia agravamento da insuficiência respiratória e anúria. Gasimetricamente com acidémia mista e hipercaliémia. Analiticamente com agravamento da função renal e hipercaliémia. Eletrocardiograma sem novas alterações. Angio-TC com cardiomegália, derrame pleural bilateral e pericárdico, e ascite. A Nefrologia iniciou hemodiálise à doente, e a Cardiologia realizou ecocardiograma transtorácico, com cavidades cardíacas direitas dilatadas, válvula tricúspide dismórfica, com inserção apical do folheto septal, auricularização do ventrículo direito - compatível com Malformação de Ebstein - diminuição da função sistólica biventricular, veia cava inferior dilatada e derrame circunferencial. Após hemodiálise, a doente foi admitida em Unidade de Cuidados Intensivos por agravamento da insuficiência respiratória, e faleceu pouco tempo depois.

Serve este caso clínico para relembrar uma patologia cardíaca rara, que pode permanecer indolente durante toda a vida e que, perante um fator descompensador como a fibrilhação auricular, pode ser fatal.

Nº 101 Disseção aórtica aguda – apresentação clínica atípica

Maria João Oura(1); João P. Rocha(1); Helena de Oliveira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A dissecção aórtica aguda é a síndrome aórtica aguda mais comum e corresponde à laceração da camada íntima, com passagem de sangue do lúmen aórtico para a camada média formando um falso lúmen.

Caso clínico: Mulher, 73 anos, hipertensa e com dislipidemia. Recorre ao Serviço de Urgência por episódio súbito de dificuldade na deglutição enquanto tomava o pequeno-almoço. Ao exame objetivo, objetivado sopro diastólico no foco aórtico e tensão arterial de aproximadamente 80/50mmHg nos membros superiores e 120/70mmHg nos membros inferiores, com hiperlactacidemia de 3mmol/L na gasimetria arterial. Eletrocardiograma sem alterações. Por suspeita de síndrome aórtica aguda, realizou de imediato angio-tomografia computorizada toraco-abdominal que confirmou disseção da aorta (DA) desde o plano da válvula aórtica, atingindo a ascendente, crossa e descendente, estendendo-se inferiormente ao longo de toda a aorta torácica, ilíaca comum, interna e externa, com

extensão da disseção ao tronco braquio-cefálico direito. Ecocardiograma transtorácico mostrou DA tipo A com insuficiência aórtica grave por movimento diastólico do falso lúmen em direção ao plano valvular a condicionar prolapso da mesma. Caso discutido com Cirurgia Torácica e doente submetida a cirurgia emergente de substituição da aorta ascendente e descende por conduta valvulada biológica, com necessidade de interposição de condutos para as artérias coronárias. Porém, no primeiro dia pós-operatório, agravamento clínico, com isquemia do membro superior direito. Ecoscopia a demonstrar disfunção biventricular grave, acabando a doente por falecer por choque cardiogénico.

Discussão: A disseção da aorta tipo A envolve a aorta ascendente e geralmente apresenta-se com toracalgia súbita. É uma emergência cirúrgica, com uma taxa de mortalidade de 1-2% por hora após início do quadro. Este caso pretende realçar a importância de um exame objetivo detalhado para uma rápida orientação diagnóstica, principalmente quando estamos perante apresentações clínicas menos típicas.

Nº 102 Pericardite: importância do estudo etiológico

Antonio Cardoso Fernandes(1); Pedro Pinto(1); Patrícia Araújo(1); Fernando Lemos(1); João Poço(1); Cátia Barreiros(1); Carmélia Rodrigues(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital Santa Luzia

Introdução: A pericardite aguda corresponde a uma inflamação do pericárdio, de etiologia variável, e nem sempre evidente. Apesar do curso frequentemente benigno, é importante uma investigação exaustiva da etiologia, de forma a permitir um tratamento eficaz.

Caso Clínico: Masculino, 6(1) anos. Sem antecedentes de relevo. Recorre múltiplas vezes na mesma semana ao Serviço de Urgência (SU) por mal-estar geral, febre, tosse, toracalgia anterior pleurítica, e desconforto epigástrico. Inicialmente medicado com Amoxicilina/Ácido Clavulânico (AC), tendo sido posteriormente acrescentada Azitromicina, sem melhoria. Volta ao SU por toracalgia anterior pleurítica e tosse seca. Ecocardiograma transtorácico revela derrame pericárdico circunferencial, sem compromisso de câmaras cardíacas. Assumida pericardite aguda. Teve alta medicado com Ibuprofeno 600 mg 8/8h (IBU) e Colchicina 1mg/dia (C). Regressa ao SU 2 meses após o diagnóstico inicial por novo episódio de dor torácica e febre. Objetivada melhoria do derrame pericárdico. Alta medicado com AC, reiniciando IBU. Duas semanas depois recorrência da dor torácica pleurítica e com alivio com a flexão anterior do tronco. Objetivada novamente febre. Internado para estudo adicional e iniciada corticoterapia pela resposta incompleta à terapêutica. Estudo etiológico incluiu pesquisa de vírus cardiotrópicos (CMV, EBV, Parvovirus, Coxsacievirus, Echovirus, Herpesvirus, Adenovirus), que foi negativa. TC Tórax com micronódulos centrolobulares no segmento anterior do lobo superior direito. Por ausência de expetoração, efetuada broncofibroscopia com lavado broncoalveolar onde foi detetado *Mycobacterium tuberculosis* por PCR. Diagnosticada tuberculose pulmonar e provavelmente pericárdica. Medicado com HRZE. Boa evolução clínica com resolução da dor torácica e sem recorrência da febre.

Discussão: A pericardite tuberculosa é um diagnóstico a considerar em doentes com quadros refratários, e em doentes com fatores de risco ou exposição a tuberculose.

Nº 103 Cardiomioptia de Takotsubo

Carolina Basílio Lemos(1); Luis Magalhães(1); Avelino Ferreira(1); Gonçalo Fonseca(1); Rafaela Ribeiro(1); António Carneiro(1)

(1) Hospital da Luz - Arrábida

Introdução: A cardiomiopatia de stress, também conhecida por cardiomiopatia de Takotsubo (CT), é uma insuficiência cardíaca aguda que se apresenta frequentemente com manifestações clínicas, alterações eletrocardiográficas e perfil de biomarcadores semelhantes aos da síndrome coronária aguda (SCA). A CT é diagnosticada em cerca de 2% dos doentes com suspeita de SCA, sendo necessário um elevado grau de suspeição para a sua identificação precoce e tratamento adequado. Apesar de cerca de 95% dos doentes com CT recuperarem a função sistólica do ventrículo esquerdo ao fim de algumas semanas, a taxa de complicações intra-hospitalares na fase aguda é de cerca de 20% e a mortalidade cerca de 5%.

Caso clínico: Doente sexo feminino, de 7(1) anos de idade, com antecedentes de Síndrome depressivo ansioso e dislipidemia, sem outros fatores de risco cardiovascular e sem doença cardíaca conhecida. Recorreu ao serviço de urgência por dor torácica precordial após um acidente de viação, com stress emocional intenso, sem trauma direto. Na avaliação inicial, mantinha dor e estava hemodinamicamente estável. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, com má progressão da onda R nas derivações precordiais e infradesnivelamento do segmento ST em DII, DIII e aVF. Troponina I de alta sensibilidade aumentada à admissão, (108 ng/L) com perfil ascendente nas primeiras 24h e um valor máximo de 5383 ng/L. O Ecocardiograma transtorácico demonstrou compromisso severo da funçao sistólica do ventrículo esquerdo e acinésia de todos os segmentos médio-apicais, com hipercontractilidade dos segmentos basais. A coronariografia excluiu doença coronária angiograficamente relevante e foi assumido diagnostico de cardiomiopatia de stress. Iniciou tratamento com bloqueador beta, inibidor da enzima conversora da angiotensina e antagonista dos canais de cálcio, com melhoria clínica.

Discussão: Os dados da história clínica e as alterações do eletrocardiograma e da troponina não permitem distinguir a CT da SCA. O ecocardiograma ou outros estudos de imagem podem apresentar alterações características, mas só a angiografia coronária precoce permite excluir SCA e obter o diagnóstico de CT. Sendo o tratamento destas duas condições clínicas agudas diferente desde o início e sendo também diferente o seu prognóstico, é muito importante a confirmação do diagnóstico.

Nº 104 Perfuração do miocárdio com evolução em pericardite constritiva ao longo de 10 anos

Tiago Castro Pinto(1); Sofia Monteiro(1)

(1) ULSM

Introdução: O trauma como causa de pericardite constritiva (PC) pode ser menos evidente se a sua relação temporal for distante. A sua evolução insidiosa torna o diagnóstico desafiante, apesar de seguimento regular.

Caso clinico: Homem, 85 anos(A), autónomo, seguido por equipa domiciliária devido a insuficiência Cardíaca(IC). História de incumprimento terapêutico(IncTx) e enfarte do miocárdio inferior 10A antes com necessidade de pacemaker provisório complicado com perfuração do ventrículo direito(VD). Último ecocardiograma transtorácico(ecoTT) 2A antes, com função biventricular preservada, insuficiência mitral moderada, alterações da contractilidade segmentar, movimento anormal do septo interventricular(SIV), disfunção

diastólica tipo III, fibrina sobre a parede livre do VD e veia cava inferior dilatada com colapso atenuado.

Clinica de agravamento do padrão habitual de dispneia, ortopneia e edema dos membros inferiores(MIs) com 2 semanas de evolução, associado a anorexia e náuseas. À avaliação inicial com perfil C de IC descompensada (ICdesc): dispneia para pequenos esforços, palidez, extremidades frias, má perfusão periférica, lactatos de 5,4 mmol/L, pressão arterial 130/80 mmHg, edemas dos MIs até à raiz da coxa e estase pulmonar. Destacava-se nas análises uma lesão renal aguda (LRA) e citocolestase que levou à realização de ecografia abdominal a revelar sinais de hepatopatia congestiva com ascite de pequeno volume.

Assumido diagnostico de ICdesc por IncTx e Síndrome cardiorenal. Foi internado e iniciou terapêutica diurética endovenosa. Diurese adequada e resolução dos sinais de má perfusão.

O internamento pautou-se por extrema dificuldade em gestão da volémia, sem melhoria da LRA, com diminuição da colestase. Repetiu EcoTT que de novo mostrou disfunção do VD, movimento do SIV compatível com sobrecarga de pressão, fluxo transmitral com pressões de enchimento elevadas e variação respiratória>25%, compatível com PC, filiada na perfuração prévia do VD. Foi decidido tratamento conservador dadas as comorbilidades e fragilidade. Manteve-se a dificuldade de controlo sintomático e doente veio a falecer com infecção nosocomial.

Conclusão: Salienta-se esta causa particular de PC, bem como sua a riqueza semiológica e o papel do EcoTT

Nº 105 Miocardiopatia Arritmogénica do Ventrículo Esquerdo – um desafio diagnóstico

Julien Lopes(1); Fernando Nascimento Ferreira(1); Miguel Abrantes de Figueiredo(1); Sofia Ferreira Cunha(1); Ana Teresa Ferreira(1); Ana Patrícia Cachado(1); António Mário Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: A Miocardiopatia Arritmogénica (MA) é uma doença hereditária caracterizada pela substituição de miocárdio por tecido fibroadiposo, predispondo a arritmias ventriculares e morte súbita cardíaca (MSC). Classicamente associada ao ventrículo direito (VD), com um maior uso da Ressonância Magnética Cardíaca (RMC) tem-se cada vez mais observado um acometimento biventricular ou apenas do ventrículo esquerdo (VE).

Caso Clínico: Mulher de 38 anos, internada eletivamente para histerectomia total por adenomiomatose e carcinoma da mama. Durante a indução anestésica entra em Paragem Cardio-Respiratória (PCR) em ritmo de Fibrilhação Ventricular, com recuperação de circulação espontânea após dois ciclos de SAV. Realizou electrocardiograma (ECG) que demonstrou infra-ST em D2 e aVF, V5 e V6. Analiticamente com troponina de alta sensibilidade em subida até um máximo de 673 ng/L, Triptase 4.4 ug/L (normal) e ecocardiograma transtorácico pós-PCR com hipocinésia da parede inferior e lateral com fração de ejecção de 15%. Realizou Angio-TC das coronárias que não demonstrou lesões. Repetiu ECG que demonstrou inversão da onda T em DII, DIII, AvF, V3-V6. A destacar história familiar paterna de PCR também após indução anestésica. Completou o estudo com RMC que demonstrou fibrose miocárdica em estria no septo basal e mediano, bem como recuperação da função ventricular, o que em conjunto com os achados no ECG e a apresentação clínica, sugerem Miocardiopatia Arritmogénica do Ventrículo Esquerdo. Face ao diagnóstico, foi proposta para colocação de cardiodesfibrilhador implantável, tendo tido alta medicada com beta-bloqueante.

Discussão: A MA é uma causa incomum de MSC em jovens adultos. Por historicamente se ter retratado como uma entidade de acometimento exclusivo do VD, a variação com acometimento isolado do VE apresenta um desafio diagnóstico, que deve ter por

base a apresentação clínica, alterações electrocardiográficas e imagiológicas e confirmação com o teste genético.

Nº 106 Diagnóstico tardio de síndrome pós-lesão cardíaca

Maria Inês Matos(1); Mariana Azevedo(1); Bruno Besteiro(1); Joana Tender Vieira(1); Pedro Von Hafe(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A síndrome pós-lesão cardíaca é uma entidade heterogénea, com apresentações variadas e cujo diagnóstico é complexo, principalmente pela ausência de critérios bem definidos e específicos.

Caso clínico: Homem de 76 anos, com hipertensão arterial, cardiopatia valvular reumática (insuficiência aórtica grave) e fibrilhação auricular. Internado há 50 dias por insuficiência valvular aguda submetido a substituição da válvula aórtica por bioprótese e anuloplastia tricúspide, com evolução pós-operatória complicada com bacteremia por *S. aureus* multissensível, sem evidência de infeção metastática ou endocardite em TC toracoabdominopélvico e ecocardiograma transesofágico. Medicado com flucloxacilina durante 14 dias, após primeiras culturas de sangue negativas, com descida progressiva de parâmetros inflamatórios e apirexia sustentada. No último dia de antibioterapia iniciou febre associada a elevação de PCR e VS, sem leucocitose, mantendo-se assintomático e hemodinamicamente estável. Múltiplas culturas de sangue negativas, TC toracoabdominopélvico e da coluna sem alterações de relevo, à excepção de diminuto derrame pericárdico. Repetiu ecocardiograma transesofágico que não mostrou evidência de abcessos/massas; eletrocardiograma sem alterações de relevo. Tendo em conta cirurgia cardíaca recente (há 7 semanas), VS e PCR elevadas, derrame pericárdico e febre persistente (8 dias), em doente que se mantinha assintomático, sem eosinofilia ou fármacos potencialmente causadores, considerou-se a hipótese de síndrome pós-lesão miocárdica, tendo iniciado ibuprofeno em alta dose e colchicina. Evoluiu favoravelmente com resolução da febre e normalização de parâmetros inflamatórios.

Discussão: A síndrome pós-lesão cardíaca deve ser considerada em doentes com cirurgia cardíaca ou lesão miocárdica recentes. A presença de febre, aumento de parâmetros inflamatórios e exclusão de outras etiologias permitiu o diagnóstico desta entidade. A ausência de sintomas e a bacteremia recente foram confundidores que atrasaram o diagnóstico neste caso.

Nº 107 Síndrome de implementação de cimento ósseo: o papel do ecocardiograma

Tiago Castro Pinto(1); Daniel Seabra(2); Raquel Fernandes(3); Carolina Guedes(1)

(1) Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos (2) Serviço de Cardiologia, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos (3) Serviço de Anestesia, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: O síndrome de implementação de cimento ósseo (SICO) é uma complicação rara mas potencialmente fatal da hemiartroplastia(HA) do fémur. Durante a cimentação óssea, gera-se elevada temperatura e pressão intra-medular que pode levar à embolização de material medular ósseo de gordura ou do cimento usado. A apresentação

clínica varia entre hipoxémia transitória até paragem cardiorrespiratória por mecanismo semelhante ao da embolia pulmonar.

Caso Clínico: Mulher de 86 anos, com antecedentes fibrilhação auricular crónica hipocoagulada e patologia osteoarticular admitida para HA por fractura do colo do fémur. No período intra-operatório, cerca de 2 minutos após cimentação óssea, desenvolve quadro de hipotensão com evolução em choque, hipoxemia/queda do end-tidal CO2 e acidémia respiratória que culminam em quadro de periparagem cardiorrespiratória, revertida com oxigenoterapia, fluidoterapia e suporte vasopressor(VP). Realizou ecocardiograma transtorácico (EcoTT) que evidenciou dilatação e disfunção do VD com sinal de McConnell, fluxo pulmonar sugestivo de hipertensão pulmonar(HTP) com evidência de fluxo lento na veia cava inferior, preenchida por material hiperecóico. Para melhor avaliação realizou angio-tomografia computarizada (angioTC) que corroborou a presença de dilatação das cavidades direitas mas sem imagem de embolia pulmonar.

Assumido SICO grau II/III com embolia pulmonar não trombótica com boa resposta à terapêutica de suporte. Admitida em unidade de nível II onde manteve necessidade de suporte VP e gestão criteriosa da volémia durante 48h, com evolução clínica favorável ao longo do restante internamento com alta hospitalar.

Reavaliada 3 meses após o evento, assintomática do foro cardiovascular, apresentando recuperação completa da função do VD, bem como ausência de sinais de HTP.

Conclusão: Este caso pretende ilustrar uma forma rara de embolia pulmonar, em contexto intra-operatório ortopédicos sua abordagem diagnóstica e terapêutica. Apesar do EcoTT permitir levantar a suspeita diagnóstico, o angioTC pode não ser visível, representando um desafio diagnóstico. Apesar da apresentação dramática, a doente apresentou uma evolução favorável.

Nº 108 Hérnia do Hiato: Uma possível causa de Hipertensão Pulmonar?

João Rodrigues Barros(1); Diogo Dias(1); Ana Tenreiro(1); Mercedes Agúndez(1); Teresa Velozo(1)

(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A hipertensão pulmonar (HP) atinge 1% da população e engloba um grupo de patologias heterogéneas, dividindo-se a sua classificação em cinco classes de acordo com a fisiopatologia, parâmetros hemodinâmicos e características clínicas. A principal etiologia nos países desenvolvidos é de origem cardíaca (classe 2), seguida pela pulmonar (classe 3). A compressão extrínseca das câmaras cardíacas por hérnia do hiato encontra-se descrita em casos isolados na literatura, conduzindo a quadros de dispneia, edema agudo do pulmão, taquicardia ventricular e HP.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 83 anos, previamente independente, com antecedentes de hérnia do hiato e pluripatologia cardiovascular e metabólica, incluindo hipertensão arterial, dislipidemia, insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, bloqueio incompleto de ramo direito e bócio multinodular. Internada no Serviço de Medicina Interna em contexto de pneumonia adquirida na comunidade com insuficiência respiratória tipo (1) e insuficiência cardíaca descompensada. No âmbito do estudo complementar realiza ecocardiograma transtorácico que revela compressão externa das cavidades cardíacas esquerdas por presença de hérnia do hiato com provável hipertensão pulmonar moderada neste contexto (PSAP de 52 mmHg).

Discussão: As complicações cardíacas relacionadas com a compressão por hérnia do hiato são raramente consideradas na sua abordagem, no entanto a literatura mais recente refere um impacto não desprezível nestes casos. A compressão pode ser responsável pela distorção mecânica de válvulas cardíacas, comprometer a correcta vascularização

coronária, ser estimulo de focos arritmogénicos (ex: fibrilação auricular) e causar elevação da pressão da artéria pulmonar e assim HP. De realçar que os estudos existentes apontam para uma reversibilidade do quadro com a correção cirúrgica da hérnia pelo que esta deve ser considerada sempre que possível.

Nº 109 Tumor primário cardíaco – uma entidade rara

Helena Rodrigues(1); Ana Magalhães(1); Isabel Correia(1); Rogério Ferreira(1); Elsa Gaspar(1); Elsa Gaspar(1); Isabel Fonseca(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: As massas cardíacas são raras e englobam tumores benignos, malignos (primários e secundários) e massas não tumorais.(1) A incidência postmortem dos tumores primários cardíacos varia de 0,17 a 0,19%.(2) O diagnóstico definitivo é um importante preditor prognóstico e permite uma abordagem terapêutica apropriada. (1)

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 85 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de dispneia em repouso com agravamento progressivo, cansaço para pequenos esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna e edemas dos membros inferiores. Apresentava ainda queixas de anorexia e perda ponderal. Os exames complementares revelaram aumento dos parâmetros inflamatórios, anemia e derrame pleural esquerdo volumoso. Ficou internado por insuficiência cardíaca descompensada por anemia agudizada. Durante o internamento apresentou agravamento súbito do seu quadro clínico com desenvolvimento de pré-tamponamento cardíaco, com necessidade de pericardiocentese que drenou 1600 ml de líquido hemático. O exame citológico do líquido não revelou células neoplásicas e as culturas foram negativas. O ecocardiograma transesofágico identificou uma massa heterogénea, vascularizada e de bordos irregulares na zona ântero-lateral da aurícula esquerda com infiltração do anel da válvula mitral e base do ventrículo esquerdo. Dada a sua localização e extensão tornou-se impossível a realização de biópsia para diagnóstico pelo que foi feito o diagnóstico presuntivo de tumor primário cardíaco. A PET-FDG confirmou a suspeita de lesão maligna de alto grau metabólico. O risco cirúrgico associado à remoção do tumor foi considerado superior ao benefício e dada impossibilidade de diagnóstico definitivo ficou condicionada a sua abordagem terapêutica, pelo que o doente se encontra em vigilância activa.

Discussão: Os tumores cardíacos têm uma apresentação clínica muito heterogénea, que condiciona um atraso diagnóstico importante. Muitas vezes o diagnóstico é apenas presuntivo, baseando-se em exames de imagem, pela dificuldade em obter uma biópsia.

Referências:

1.Poterucha, et al.. Cardiac Tumors: Clinical Presentation, Diagnosis, and Management. (2019).

2.Campisi, et al.. A. Primary and secondary cardiac tumors: clinical presentation, diagnosis, surgical treatment, and results. (2022).

Nº 110 Trombose Venosa Profunda dissimulada com resultados catastróficos

Miguel Lázaro Mendes(1); Mariana Duarte Almeida(1); Dora C Gomes(1); Catarina Rodrigues Silva(1); João Lázaro Mendes(1); Luís Nunes(1); José Costa Cabral(1)

(1) Hospital de São Teotónio, E.P.E. - Viseu

Introdução: O diagnóstico, tão cedo quanto possível, de Trombose Venosa Profunda (TVP) é de extrema importância, já que tem como complicação possivelmente catastrófica a Tromboembolia Pulmonar (TEP). A TVP manifesta-se habitualmente por edema, calor, eritema e dor do membro afectado. Neste caso reportamos uma TVP assumida como ciatalgia.

Caso clínico: Mulher, 33 anos. Antecedentes: gestação há 3 anos, sem história de abortos. Uso de anel vaginal contraceptivo. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor intensa na região inguinal direita com irradiação distal desde há uma semana. Sem edema, eritema ou calor do membro inferior (MI) direito. Fez Tomografia Computorizada (TC) lombar: potencial compromisso de espaço à emergência foraminal da raiz L5 direita. Alta com analgesia. Dois dias depois iniciou subitamente dispneia, cianose, prostração e má perfusão periférica seguida de paragem cardio-respiratória revertida ao fim de um ciclo de suporte básico de vida. Admitida na Sala de Emergência em choque (TA: 90/30mmHg), com FC: 160bpms, insuficiência respiratória tipo 2, com SatO2: 70%, acidemia mista e hiperlactacidémia. Apresentava troponina: 6959n/L, ECG: padrão S1Q3T3 e ecocardiograma com sinais de sobrecarga de pressão direita. Realizada angio-TC pulmonar: TEP bilateral. Foi entubada e ventilada. Fez trombólise. Boa evolução clínica, com extubação nas primeiras 24h. Ecografia venosa dos MI realizada posteriormente: TVP à direita de todo o eixo ilíaco, femoral comum e superficial, poplíteo e porção proximal das tibiais posteriores. Colocado filtro na veia cava inferior, feita trombólise intratrombo e trombectomia mecânica do território íleo-femoral. O estudo angiográfico mostrou estenose significativa na veia ilíaca comum, com necessidade de colocação de stent. Estudo de hipercoagulabilidade pendente.

Discussão: A ecografia é um exame inócuo e cada vez mais acessível. Sempre que haja a suspeita de possível TVP deve ser considerada a sua realização.

Nº 111 PULMONARY HYPERTENSION - ONE GROUP IT'S NOT ENOUGH

Filipa Reis(1); Francisca Sarmento(1); Jéssica Vasconcelos(1); Rita Gano(1); Marta Freixa(1); Maria Eduarda Lourenço(1); Glória Nunes da Silva(1)

(1) Hospital Pulido Valente

Introduction: Pulmonary arterial hypertension (PAH) is a progressive disease leading to right heart failure and death. This case highlights the importance of determining the underlying mechanisms involved in PAH and the need for an early and thorough diagnostic workup.

Case description: we report on a 40-year-old Guinean woman evacuated to Portugal, concerning a long-standing progressive exertional unexplained dyspnea. Along with dyspnea on minimal exertion, the patient refered orthopnea, palpitations, abdominal distension and cough. Physical examination exposed polypnea, jugular vein distension, pansystolic murmur, hepatomegaly, right upper quadrant pain, ascites and peripheral edema. ECG evidenced right axis deviation and echocardiography revealed d-shaped left ventricle, RV dilation, tricuspid regurgitation velocity of 3.(1) m/s and an estimated

pulmonary artery systolic pressure (ePASP) of 132 mmHg. Right heart catheterization confirmed the diagnosis of pre-capillary pulmonary hypertension. CT pulmonary angiography and lung V/Q scintigraphy revealed equivocal signs of chronic thromboembolism. Pulmonary function tests were normal and subsequent investigation excluded hematologic, metabolic or infectious disease. Accordingly, both idiopathic pulmonary arterial hypertension (IPAH) and chronic thromboembolic hypertension were considered, since thromboembolic findings alone could not match pulmonary hypertension severity. Hence, the patient was treated with anticoagulation therapy for 15 days, which stopped considering severe hemorrhagic complications. She started treatment with bosentan and sildenafil, and 9-month evaluation documented a reduction in ePASP to 86 mmHg and a functional improvement in NYHA class from IV to II.

Discussion: Multifactorial and concomitant causes of PAH may suggest differential roles responsible for disease progression, ultimately conducting to worst outcomes in refractory and severe cases. Available data indicate that the most relevant goal of treatment is the improvement of patients to lower functional classes at least to NYHA class II, as well as improved hemodynamic and functional parameters.

Nº 112 QUISTO PERICÁRDICO SINTOMÁTICO – A Propósito de um Caso Clínico

Frederico Sarmento(1); Maria Guadalupe Benites(1); Mónica Seidi(1); Catarina Machado(1); Vanessa Barcelos(1); Leonor Monjardino(1)

(1) Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Os Quistos Pericárdicos são a 3ª massa mediastínica mais frequente, com uma incidência de 1/100000. Cerca de 75% são diagnosticados incidentalmente e são assintomáticos na sua maioria. Quando sintomáticos, as manifestações mais frequentes são: toracalgia, dispneia ou palpitações.

Os autores apresentam um caso de uma mulher de 65 anos, diabética e hipertensa. Recorreu ao médico assistente por dorsalgia direita com irradiação anterior, agravada à movimentação e palpação torácica, bem como cansaço para médios esforços com 15 dias de evolução. Da avaliação inicial salienta-se: diminuição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores do hemitórax direito. Análises sem alterações relevantes. Radiografia torácica revelou opacidade de contornos regulares nos 2/3 inferiores do hemitórax direito.

Perante as alterações documentadas, e de forma a caracterizar melhor a etiologia dos achados clínicos, optou-se pelo internamento. A TAC torácica documentou volumosa massa (142x147x188mm) de densidade hídrica e contornos regulares na parte posterior do campo pulmonar direito, em contacto com a aorta torácica e face direita do esófago, condicionando efeito de massa no lobo inferior do parênquima pulmonar, brônquio principal direito, Veia Cava Inferior e pilar direito do diafragma. O ecocardiograma mostrou volumosa massa junto ao ventrículo direito a comprimir as estruturas cardíacas.

Após discussão do caso com Cirurgia Torácica, e por persistência da sintomatologia, avançou-se para remoção cirúrgica. O exame anatomo-patológico revelou tratar-se de um Quisto Pericárdico.

O diagnóstico de uma massa mediastínica constitui um desafio clínico, sendo necessário realização de biópsia para além de exames imagiológicos. Neste caso clínico, devido à dimensão da massa, os riscos que esta técnica acarretava eram superiores ao beneficio, pelo que se avançou para excisão da mesma, confirmando assim o diagnóstico por histologia, e evitando qualquer possível instabilidade hemodinâmica associada.

Nº 113 Arteriosclerose de Monckeberg – uma causa rara de isquémia crítica dos membros inferiores

Gonçalo Peres(1); Cláudia Andrade(1); José Fragoso Duro(1); Mariana Lessa Simões(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A Arteriosclerose de Monckeberg (AM) é uma doença rara, de etiologia desconhecida, definida pela calcificação da túnica média das artérias. Clinicamente assemelha -se a uma vasculite sistémica, sendo o estudo anátomo-patológico a base do diagnóstico.

Caso Clínico:

Homem de 66 anos de idade, com diagnósticos de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratada, dislipidemia, hábitos tabágicos e alcoólicos moderados, encontrado caído na via pública, com suspeição de queda de altura de 3m, não presenciada. À admissão no Serviço de Urgência, apresentava alteração do estado de consciência com GCS 14 (confusão mental) e incontinência de esfíncteres, tendo a TC crânio-encefálica (CE) evidenciado lesão isquémica do território irrigado pela artéria cerebral posterior (ACP) direita; foram excluídas lesões traumáticas agudas, destacando-se, da restante avaliação realizada, a presença de ateromatose carotídea e aórtica na angio-TC de corpo; foi instituída anti-agregação plaquetar e estatina de alta potência. Durante o internamento, desenvolveu compromisso grave da acuidade visual bilateral, tendo a RM CE mostrado lesões isquémicas bilaterais no território irrigado pelas ACP; lesão renal aguda, hematúria e hipertensão arterial de difícil controlo; anemia crónica agudizada com pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva; isquémia atípica crítica dos membros inferiores (MI), a motivar amputação da perna à esquerda e de D(1) do pé direito. Pelo quadro sistémico descrito, foram equacionadas as hipóteses diagnósticas de poliarterite nodosa, síndrome de anticorpos anti-fosfolipídicos, tuberculose latente e endocardite, cujo estudo etiológico foi negativo, tendo o estudo anatomo-patológico revelado AM.

Discussão: A AM é uma entidade rara, associada a elevada morbimortalidade cardiovascular; deve ser considerada em casos de isquémia dos MI na ausência de doença arterial obstrutiva. À luz da literatura, não existe tratamento dirigido, sendo recomendada a optimização do metabolismo do cálcio, ainda que sem resultados clarividentes.

Nº 114 Síncope neurocardiogénica: um caso clínico

André Resendes Sousa(1); João Carvalho(1); Joana Alves Luís(1); Joana Afonso Pinto(1); Cláudia Jesus(1); Filipa Moleiro(1); Helena Cantante(1); Francisco Araújo(1)

(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Síncope define-se como uma perda transitória de consciência por hipoperfusão cerebral e caracteriza-se por início rápido, curta duração e posterior recuperação espontânea. É um dos principais motivos de admissão no serviço de urgência e consultas, motivando estudo etiológico em muitos casos.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 60 anos, com hipertensão arterial, artrite reumatóide, fibromialgia e hipotiroidismo. Medicada habitualmente com ramipril, levotiroxina e tofacitinib.

Recorreu à consulta de Medicina Interna, relatando quadro, com cerca de 10 anos de duração, caracterizado por episódios recorrentes de alteração do estado de consciência, sem pródromos ou relação com exercício, com recuperação espontânea após alguns segundos e com lentificação e fadiga subsequentes. Estes episódios motivaram múltiplas quedas com fracturas sequelares. Sem alterações relevantes ao exame objectivo e

avaliação analítica.

Ao longo desse período de tempo, teve seguimento em consultas de múltiplas especialidades, tendo já realizado estudo etiológico prévio com electrocardiograma, ecocardiograma, Holter, detector de eventos de 8 dias e ressonância magnética crânio-encefálica sem alterações, electroencefalograma sem evidência de actividade epileptiforme e ecodoppler dos vasos do pescoço sem estenoses.

Foi então pedido teste de inclinação passiva (*tilt table*) que evidenciou na fase farmacológica alterações electrocardiográficas com período de bloqueio aurículo-ventricular (BAV) de segundo grau Mobitz tipo I e posteriormente BAV completo, condicionando pausa patológica de 33 segundos. Após retomar a posição de decúbito dorsal, verificou-se reversão a ritmo sinusal e recuperação espontânea do estado de consciência.

Assumiu-se então o diagnóstico de síncope neurocardiogénica por resposta cardioinibitória com assistolia. A doente foi encaminhada para a consulta de Cardiologia, aguardando neste momento a colocação de pacemaker.

A síncope neurocardiogénica é, na maioria dos casos, uma condição benigna. No entanto, em situações recorrentes, com risco acrescido de trauma e pausas cardíacas patológicas, a terapêutica conservadora pode não ser suficiente, implicando métodos invasivos para melhoria da qualidade de vida como a colocação de pacemaker, algo que se pretende ilustrar com este caso clínico.

Nº 115 Abordagem do Bloqueio Auriculoventricular Completo no Doente com Bacteremia

Francisco Diogo de Oliveira Simões(1); Rita Matos Sousa(1); Diana Ferreira Lopes(1); Filipa Iglésias(1); Juliana Andrade(1); Paula Ferreira(1); André Santa Cruz(1); Sara Marques(1); Gonçalo Alcobia Santos(1); Cristina Ângela(1); Rita Matos(1); Paulo Medeiros(1); Inês Gonçalves(1); Alexandre Carvalho(1)

(1) Hospital Braga

O bloqueio auriculoventricular é definido como o atraso ou interrupção do impulso elétrico cardíaco das aurículas para os ventrículos, sendo o seu tratamento geralmente feito com eletroestimulação através de pacemakers.

Homem de 89 anos com antecedentes de estenose aórtica, fibrilhação auricular e doença renal crónica. É internado na medicina interna por insuficiência cardíaca descompensada e bacteremia por Streptococcus Gallolyticus, sendo medicado com ceftriaxone. No 4º dia de internamento, doente com bradicardia de novo, com ECG a mostrar BAV completo. Nesse dia com agravamento significativo, com bradicardia extrema com hipotensão, alteração do estado de consciência (agitação), agravamento da insuficiência respiratória e oligúria. Foi tentada a realização de ecocardiograma transesofágico urgente para a exclusão de endocardite infecciosa, que doente não tolerou. Tendo em conta a ausência de resposta às medidas farmacológicas (atropina e aminofilina) e ao risco associado à perfusão de isoprenalina no contexto da estenose aórtica, foram consideradas outras medidas de pacing temporário (o doente apresentava contraindicação para implantação de pacemaker permanente por infeção). O quadro de agitação psicomotora condicionava risco significativo de complicação associada à implantação de eletrocatéter transvenoso temporário por acesso femoral (risco de perfuração miocárdica/deslocamento), pelo que se procedeu à implantação de um elétrodo ventricular de fixação ativa por acesso subclávio percutâneo, com conexão externa a gerador de pacemaker definitivo (pacemaker provisório de longa duração).

O tratamento da bradicardia num doente com infeção ativa é desafiador. Perante a falência de medidas farmacológicas, são necessárias medidas de pacing temporário. O elétrodo de fixação ativa habitualmente usado no pacing definitivo permite maior

estabilidade na extremidade ventricular. A sua inserção percutânea e posterior conexão externa a gerador de pacemaker definitivo representa uma opção técnica segura e com menor probabilidade de complicações podendo ser utilizado em doentes agitados; garantindo pacing em situações de bradicardia persistente, nas quais é necessário aguardar resolução da infeçao ativa para implantação de pacemaker definitivo (pacing provisório de longa duração).

Nº 116 Cardiotoxicidade associada ao Trióxido de Arsénio

Mariana Lobo Oliveira(1); Filipa Silva(1); Bernardo Cruz(1); Ana Luisa Maceda Rodrigues(1); Sofia Cunha(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O trióxido de arsénio (ATO) é usado como segunda linha de tratamento na Leucemia Promielocítica aguda (LPA). É um agente de quimioterapia, altamente tóxico com inúmeros efeitos secundários, dos quais se destacam o aumento do QT (sendo fundamental realizar ECGs seriados), hemorragias intracranianas, dispneia com infiltrados pulmonares e pleurais, lesão renal aguda e mais, raramente, derrame pericárdico.

Caso clínico: Doente de 67 anos com antecedentes de LPA e início há (1) mês de terapêutica com ATO com intenção curativa, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doença coronária e episódios prévios de pancreatite aguda. É trazido ao serviço de urgência por dor torácica retroesternal tipo aperto, intensa, com irradiação dorsal acompanhada de hipersudorese após tratamento com ATO. Apresenta-se apirético, hipotenso e sudorético, sem outras alterações de relevo. Gasometria arterial, sem insuficiência respiratória ou hiperlactacidemia. Analiticamente sem anemia, sem leucocitose, colestase sobreponível a estudo prévio, com agravamento da função renal, sem distúrbios hidroeletrolíticos e marcadores de necrose cardíaca negativos. É realizado um primeiro ECG com BAV 1ºG e QT 499ms. A posteriori, um segundo ECG com supraST difuso sugestivo de pericardite. É medicado com colchicina 1mg/dia e prednisolona 0.5mg/kg com boa resposta clínica e analítica. Decidido não introduzir AINEs dada a disfunção renal. Apresentou melhoria clínica com resolução sintomática e sem recidiva até à data.

Discussão: O ATO provoca várias complicações sistémicas, nomeadamente, a pericardite, embora sejam poucos os casos descritos. Com este caso, pretende-se alertar para esta complicação associada ao tratamento da LPA e dar ênfase ao facto de o seu rápido tratamento ser capaz de melhorar o prognóstico associado.

Nº 117 Encefalopatia de Wernicke – A considerar no diagnóstico diferencial do Acidente Vascular Cerebral

Sara M. Campos(1); Maria Margarida Rosado(1); Tiago Alexandre(1); Nuno Bernardino Vieira(1); Luísa Arez(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introdução: A encefalopatia de Wernicke (EW) é uma condição neurológica aguda, causada por défice de tiamina. Afeta principalmente os sistemas nervosos central e periférico e pode comportar risco de vida. O consumo crónico de álcool é uma das etiologias mais comuns de EW, podendo esta patologia ser um mimetizador de acidente vascular cerebral (AVC).

Caso clínico: Homem de 56 anos, com história de alcoolismo crónico com consumo de 450 g/álcool/dia durante 3 anos, recorreu ao serviço de urgência por discurso confuso e comportamento inadequado com duas semanas de evolução. A Tomografia Computorizada (TC) Crânio-Encefálica revelou hipodensidades lacunares bilaterais de difícil datação, tendo sido internado com o diagnóstico de AVC isquémico. Ao exame objetivo, desorientado no tempo, espaço e pessoa, com défices mnésicos e desequilíbrio e ataxia da marcha, não concordantes com a topografia das lesões isquémicas evidenciadas na TC. Pela possibilidade de EW, iniciou Tiamina IV 500 mg 3id durante 2 dias e posterior diminuição da dose para 250 mg, com melhoria do quadro após um dia de terapêutica e posterior resolução, confirmando-se assim o diagnóstico.

Discussão: A EW é considerada uma emergência médica reversível que se manifesta por uma tríade de oftalmoplegia, ataxia e confusão, no entanto esta pode não se encontrar presente em 90% dos casos, tal como neste caso clínico, podendo ser um elemento confundidor e de atraso no diagnóstico, levando a considerar outras patologias como o AVC. A identificação desta síndrome atempadamente, permite que se institua a reposição de Tiamina o mais breve possível para reversão da sintomatologia.

Nº 118 De olhos postos no diagnóstico: Miopatia IgG4 ou Miastenia Gravis?

Carolina Maia Nogueira(1); Fábio Neves(1); Filipa Rodrigues(1); Maria João Vilela(1); Juliana Andrade(1); Ricardo Maré(1); André Santa Cruz(1); Cristina Ângela(1); Isabel Apolinário(1); Gonçalo Santos(1); Paula Ferreira(1); Ana Rita Matos(1); Sara Marques(1); Alexandre Carvalho(1)

(1) Hospital Braga

A Miastenia Gravis (MG) é uma doença neurológica autoimune que afeta as estruturas pós-sinápticas da junção neuromuscular do músculo esquelético, caraterizada por fraqueza e fadiga muscular.

Doente do sexo feminino, de 73 anos. Antecedentes pessoais relevantes de oftalmopatia enquadrada no espectro de doença IgG4, síndrome poliglandular autoimune tipo 3 e anemia perniciosa. Recorreu ao SU por quadro de dispneia, astenia, anorexia e ortopneia. Apresentava oftalmoparésia complexa com limitação bilateral da abdução e da supraversão do olhar, sem ptose palpebral associada. Apresentava insuficiência respiratória do tipo 2, com necessidade de suporte ventilatório mecânico não invasivo. Inicialmente suspeitou-se de miopatia por IgG4 com quadro progressivo de oftalmoparésia e insuficiência respiratória. Para estudo etiológico, a doente realizou TC-Tórax e RMN-CE, sem alterações. Realizou também EMG com ausência de sinais de perturbação da junção neuromuscular ou de miopatia e biópsia muscular sem infiltrado de linfoplasmocitico ou

com deposição de IgG4 (característico de doença por IgG4). Analiticamente apresentava imunoglobulinas IgG4 aumentadas, Anticorpos Anti-Músculo Liso e Anti- Recetor de Acetilcolina (Anti-AchR) positivos; Anti- Tirosina quinase músculo-específica (Anti-MUSK) negativos. Discutido com Neurologia e assumiu-se quadro de Miastenia Gravis com Anti-AchR positivos, Anti-MUSK negativos, a condicionar insuficiência respiratória global. A doente realizou tratamento com piridostigmina, imunoglobulinas, corticóide e fez indução com rituximab. Após instituição da terapêutica, observada melhoria progressiva da insuficiência respiratória com redução do suporte ventilatório pelo que teve alta encaminhada para a consulta de neurologia. À data de elaboração deste caso clínico a doente encontra-se internada por crise miasténica.

Estas doenças do espectro da IgG4 podem associar-se a MG com anti-MUSK positivo. Porém, quanto à presença de anti-AchR, a literatura é escassa não estando nenhum caso descrito com esta associação. Este caso reflete a dificuldade no diagnóstico das miopatias imunes e a necessidade da colaboração de várias especialidades para uma marcha diagnóstica eficaz.

Nº 119 Diagnóstico diferencial de AVC – desmistificar a patologia mimetizante

Filipa Rodrigues Dos Reis(1); Rita Soares(1); Nuno Monteiro(1); Ana Gomes(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Os Acidentes Vasculares Cerebrais podem ser confundidos com outras patologias que cursam com défices neurológicos, como neoplasias, estados pós-ictais, enxaquecas, ou com alterações tóxicas e metabólicas. Assim, deve manter-se algum grau de suspeição clínica na abordagem destes doentes, particularmente se a apresentação inicial não for típica.

Homem, 82 anos, autónomo, recorreu ao Serviço de Urgência por alterações visuais de novo; descrevia persistência e distorção das imagens, mesmo após cessação do estímulo visual. Sem outras queixas ou história de trauma. Foi ativada a "Via Verde AVC" não se tendo verificado outras alterações relevantes no exame objetivo, com NIHSS à admissão de 0. O único fator de risco cardiovascular do doente era dislipidemia, para a qual estava medicado com estatina. Foi solicitada TC crânio-encefálica que mostrou hiperdensidade espontânea justacortical temporal posterior esquerda, compatível ou com foco hemorrágico ou com calcificação cortical. Foi internado na unidade de AVC para esclarecimento da clínica e das alterações imagiológicas. Durante o internamento manteve os sintomas visuais, episódicos e autolimitados, compatíveis com palinopsias e metamorfopsias. Realizou-se eletroencefalograma, com atividade lenta descontínua temporo-occipital esquerda, e RM crânio-encefálica que permitiu clarificar a lesão previamente descrita como sequelar, sem conteúdo hemático ou aspeto expansivo. Concluiu tratar-se de crises epiléticas focais de etiologia estrutural, com início ictal occipito-temporal posterior esquerdo, pelo que iniciou levetiracetam 1000mg 12h/12h, com resolução quase total das queixas visuais à data de alta da UAVC. Está a aguardar avaliação pela neurocirurgia para estudar a possibilidade de ablação do foco epileptogénico.

Com este caso clínico pretende-se demonstrar a importância de considerar patologias não vasculares como diagnóstico diferencial de AVC, bem como o papel de meios complementares de diagnóstico mais diferenciados para esclarecimento de dúvidas etiológicas.

Nº 121 Uma Causa Incomum de Trombose Venosa Cerebral

Sara Pereira(1); Joana Ferreira Pinto(2); Ana Filipa Santos(2); Marta Matos Pereira(1); Selmira Faraldo(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima (2) Hospital de Braga

Introdução: A policitemia vera é uma neoplasia mieloproliferativa caracterizada pela proliferação excessiva de eritrócitos e cursa com risco aumentado de tromboembolismo venoso e arterial. No entanto, a apresentação com trombose venosa cerebral (TVC) é rara.

Caso clínico: Mulher de 74 anos, não fumadora, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e hipotiroidismo. Admitida no serviço de urgência por cefaleia temporal e frontal esquerda de início súbito com 3 dias de evolução, associada a náuseas, foto e fonofobia. Apresentava exame neurológico normal. Realizou TC-CE com venoTC, que revelou trombose venosa dos seios transverso e sigmóide esquerdos, assim como da vertente distal do seio sagital superior. A doente iniciou enoxaparina em dose terapêutica e foi internada para completar investigação etiológica. Analiticamente, apresentava poliglobulia com hemoglobina de 18,8g/dL e eritropoietina. Realizou estudo pró-trombótico e de neoplasia oculta (TC toraco-abdomino-pélvica, PET e ecografia da tiróide), sem alterações. A RM CE excluiu envolvimento parenquimatoso, neoplasia cerebral ou sinais de hipertensão intracraniana, e demonstrou recanalização parcial da conhecida trombose venosa. A pesquisa da mutação V617F no gene JAK2 foi positiva, estabelecendo assim o diagnóstico de policitemia vera. A cefaleia resolveu rapidamente e a doente nunca apresentou défices neurológicos, tendo alta sob hipocoagulação com dabigatrano.

Discussão: Apesar de incomum, a policitemia vera pode ter como primeira manifestação a TVC, conforme demonstra este caso, por mecanismos de hipercoagulabilidade ainda não totalmente esclarecidos. A hipocoagulação e os agentes citorredutores diminuem a recorrência de TVC e outros fenómenos tromboembólicos, com um prognóstico favorável a longo prazo.

Nº 122 Manifestações Neurológicas na doença de Whipple: Relato de Caso

Sara Pereira(1); Joana Ferreira Pinto(2); Ana Filipa Santos(2); Marta Matos Pereira(1); Selmira Faraldo(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima (2) Hospital de Braga

Introdução: A doença de Whipple é multissistémica e a sua apresentação clássica inclui artralgias, diarreia, dor abdominal e perda ponderal. Cursa com envolvimento do sistema nervoso central em 10 a 40% dos doentes, mais frequentemente de forma assintomática ou com disfunção cognitiva, sendo a apresentação com ataxia cerebelosa menos comum.

Caso clínico: Mulher de 76 anos, autónoma, com antecedentes de epilepsia focal criptogénica, seguida em consulta de Neurologia. Em consulta de reavaliação, apresentava de novo queixas de vertigem e desequilíbrio (com início há 2 meses). Ao exame objetivo, apresentava dismetria bilateral, disdiadococinésia e marcha de base alargada. Revendo outros sintomas por aparelhos e sistemas, referia ainda artralgias esporádicas das grandes articulações (desde há 2 anos), assim como diarreia e perda ponderal (desde há 3 meses). A doente foi internada para investigação da síndrome cerebelosa. Por possível iatrogenia foi realizado ajuste terapêutico com suspensão dos potenciais responsáveis

fármacos anticrise, sem qualquer melhoria clínica. Realizou RM cerebral, estudo analítico alargado e punção lombar, A pesquisa de *Tropheryma whipplei* no líquor foi positiva em duas provas; os restantes exames foram normais. A doente cumpriu 14 dias de ceftriaxone com resolução da diarreia e melhoria dos sinais de ataxia (incapaz apenas de funâmbulo à data de alta). Teve alta sob trimetoprim-sulfametoxazol 160+800mg 12/12h durante 12 meses, mantendo evolução favorável.

Discussão: As manifestações neurológicas da doença de Whipple são variadas e responsáveis pelo maior risco de incapacidade a longo prazo, pelo que se deve manter um elevado índice de suspeição. É essencial um diagnóstico célere, para instituição precoce de um esquema adequado de antibioterapia, sendo assim possível uma melhoria importante do quadro clínico (como demonstrado neste caso)

Nº 123 Complicações neurológicas da perturbação do uso de álcool: múltiplas apresentações num doente

Maria Eduarda Martins(1); Beatriz Passos(1); Raquel Oliveira(1); Raquel Cruz(1); Florisa Gonzalez(1); Joana Rigor(1)

(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Introdução: A perturbação do uso de álcool (PUA) é a perturbação de abuso de substâncias mais comum, com uma prevalência, em Portugal, em 2018, de 6,8%. As complicações neurológicas são frequentes, com 50-70% dos doentes a apresentarem alterações cognitivas. A PUA é a causa mais conhecida da síndrome Wernicke-Korsakoff (SWK), uma complicação neurológica do défice de tiamina. A Encefalopatia de Wernicke (EW) é caracterizada pela tríade encefalopatia, alterações da oculomotoricidade e marcha atáxica. O *delirium tremens* afeta cerca de 5% dos doentes em abstinência alcoólica e é caracterizado por *delirium*, agitação, taquicardia, hipertensão, febre e diaforese, começando, tipicamente, 48 a 96 horas após cessação do consumo de álcool. A neuropatia periférica alcoólica, por sua vez, é uma neuropatia periférica distal axonal por neurotoxicidade ao álcool e pode ser complicada com desmielinização quando há défices vitamínicos.

Caso clínico: Doente de 44 anos, sexo masculino, cognitivamente íntegro e autónomo, antecedentes de perturbação de uso de álcool. Enviado ao Serviço de Urgência por incapacidade para a marcha com 3 meses de evolução, necessitando de cadeira de rodas. Ao exame objetivo, apresentava ataxia, nistagmo para a direita e alodínia em meia. Internado para tratamento com tiamina intravenosa e reabilitação motora. No segundo dia de internamento, o doente desenvolveu *delirium tremens* com agitação, confabulação e tremor que cederam à benzodiazepinas. Melhoria progressiva da SWK, com resolução do nistagmo ao terceiro dia e melhoria progressiva da ataxia, tendo tido alta para Unidade de Convalescença apenas com necessidade de apoio unilateral para a marcha. Apesar de melhoria com a suplementação de tiamina, o doente manteve dor neuropática, pelo que se iniciou gabapentina. Promovida a abstinência alcoólica e orientado para o Centro de Resposta Integrada da área de residência.

Discussão: Este caso ilustra a presença, no mesmo doente, de múltiplas complicações neurológicas associadas a PUA, com uma manifestação clássica de SWK, *delirium tremens* e neuropatia periférica alcoólica complicada. Apesar da recuperação com o tratamento dirigido, apenas é possível impedir agravamento clínico com a abstinência alcoólica, algo que exige grande motivação do doente e apoio médico e social adequado.

Nº 124 Será demência? - Um caso de

neurotoxicidade associada ao lítio

Joana Ferro Jorge(1); Claúdia Rita Viana(1); Joana Ferreira Castro(1); Joana Costa(1); Manuela Henriques(1); Luís Dias(1)

(1) Hospital do Divino Espirito Santo, Ponta Delgada

O lítio, primeiro fármaco a demonstrar eficácia no tratamento da doença bipolar, continua a ser usado frequentemente. A intoxicação por este fármaco é comum, usualmente associada ao uso prolongado, sendo o sistema nervoso central o mais afetado.

Homem, 66 anos, autónomo. Antecedentes de gastrectomia por neoplasia gástrica, diabetes mellitus, Parkinson e doença bipolar, medicado com lítio. Quadro com (1) mês de evolução de anorexia, agravamento do tremor dos membros, confusão mental e oscilação do estado de consciência. Múltiplas vindas ao serviço de urgência (SU), com alta domiciliária, assumindo-se intercorrências infeciosas. Regressa ao SU por deterioração progressiva da capacidade cognitiva e funcional, a condicionar total dependência. Apresentava estabilidade hemodinâmica, apirexia, abertura ocular espontânea, fala arrastada, discurso confuso (pontuação 14 na escala de coma de Glasgow) e mioclonias frequentes, sem défices focais de força. Dos exames realizados: TC-CE sem lesões agudas, eletroencefalograma sem atividade epilética e litémia elevada (1,61mmol/L); função renal normal. Sem indicação para hemodiálise. Internado na Medicina Interna para terapêutica de suporte, com persistência de alterações neurológicas, apesar de litémia normalizada. Pela cronicidade de sinais/sintomas, e para estudo de causas potencialmente reversíveis de demência, efetuada investigação analítica complementar, punção lombar e RM-CE, excluindo-se patologias infeciosas, metabólicas/endócrinas e neoplásicas. Cumpriu fisioterapia, evoluindo lenta mas favoravelmente, com recuperação da capacidade cognitiva e funcional prévia.

A intoxicação por lítio é causa de disfunção multiorgânica, com potencial neurotoxicidade irreversível. Os autores salientam a importância de reconhecer precocemente alterações neurológicas e psiquiátricas em doentes sob uso crónico de lítio e destacam a fraca correlação entre as suas concentrações e gravidade clínica nos casos de toxicidade crónica.

Nº 125 Sindrome de Guillain-Barré

Sofia Sequeira(1); Teresa Medeiros(1); Ricardo Jorge Sousa(1); Tiago Castro Pinto(1); Sara Duarte Ribeiro(1); Mariana Gradim(1); Manuela Mendes(1); Rute Morais Ferreira(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

O Sindrome de Guillain- Barré (SGB) é uma doença inflamatória do sistema nervoso periférico, a clínica é pleomórfica mas habitualmente cursa com défice motor, alterações sensitivas nos membros inferiores com progressão ascendente com abolição dos reflexos osteotendinosos, com disautonomia e dor. O diagnóstico inclui revisão de infeções gastro-intestinais e respiratórias com positividade em cerca de 2/3 dos doentes e alterações no exame neurológico. A electromiografia não é mandatória mas é útil na dúvida de diagnóstico, o liquido cefalorraquideo(LCR) com a clássica dissociação albumino-citológica é de importância fundamental.

Apresentamos um caso clínico de uma doente do sexo feminino, 66 anos, que uma semana antes da admissão ao serviço de urgência apresentou um quadro de náuseas, vómitos, astenia e diarreia aquosa, sem febre e persistência desta sintomatologia durante 48 horas com melhoria espontânea. No dia prévio à admissão no serviço de urgência iniciou dificuldades na marcha, no dia seguinte parestesias das mãos e pés com agravamento da falta de força muscular. No exame objetivo apresentava tetraparésia com força

grau III-IV com abolição dos reflexos osteotendinosos, sem alterações das sensibilidades superficiais e profundas, sem dispneia, normotensa, apirética, auscultação cardiopulmonar normal. Realizou punção lombar com proteinorraquia ligeira, cultural do LCR negativo, serologias negativas excepto serologia de Campylobacter positiva. O restante estudo foi normal. Admitido na Unidade de Cuidados Intermédios onde realizou imunoglobulina. No 3º dia de internamento atingiu o plateau do défice motor mas não existiu necessidade de suporte ventilatório durante o internamento. Iniciou reabilitação fisiátrica precoce com excelente recuperação funcional.

Os autores apresentam este caso para realçar a importância de infeções prévias à clínica que constituem como trigger para a resposta imune aberrante que cursa com lesão do sistema nervoso periférico.

Nº 127 Uma doença degenerativa a não esquecer

Mariana Lopes Matos(1); Helena Rocha(1); João Rocha(1); Marta Patacho(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa progressiva e incapacitante, onde ocorre degeneração e morte do neurónio motor, substituído por glia. É a principal causa de doença do neurónio motor, caracterizando-se pela combinação de sinais de sintomas do primeiro e segundo neurónio motor. O diagnóstico é realizado em doentes com sinais e sintomas típicos, com exame objetivo compatível e suportado por estudo eletrofisiológico.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 72 anos, com quadro progressivo de dificuldade na marcha, perda de marcha autónoma há 6 meses, associada a perda de força nos membros superiores, sem disfagia, disfonia ou emagrecimento. Seguida em consulta de Medicina Interna por patologia cardiovascular, tendo já realizado estudo imagiológico, nomeadamente RMN cerebral, coluna cervical e lombar, sem alterações que justificassem o quadro. Dado agravamento progressivo foi admitida na enfermaria de Medicina Interna para estudo. Durante os primeiros dias de internamento desenvolveu insuficiência respiratória tipo 2 com acidemia respiratória e necessidade de VNI, sendo admitida em unidade de cuidados intermédios. Realizou EMG que mostrou sinais de lesão neurogénica crónica com desnervação ativa em 4 regiões (bulbar, abdominal, membros superiores e inferiores), confirmando a suspeita diagnóstica de doença do neurónio motor (Esclerose Lateral Amiotrófica). Após estabilização, foi transferida para o serviço de Neurologia, e posteriormente teve alta orientada para Consulta Externa de Neurologia, Pneumologia e Cuidados Paliativos.

Discussão: A ELA é uma doença neurodegenerativa progressiva com morbimortalidade importante. O tratamento de suporte é o único tratamento a oferecer a doentes com esta condição, para além de riluzol. Este caso pretende relembrar uma causa de sintomatologia neurodegenerativa progressiva, cujo diagnóstico implica uma boa anamnese e subsequente exame objetivo, com elevado nível de suspeição para realização de eletromiografia.

Nº 128 Uma causa rara de AVC isquémico na idade jovem

Tetiana Baiherych(1); Patrícia Simões(1); Viktor Baiherych(1); Mafalda Sousa(1); Cláudia Alves(1); Ana Garrido Gomes(1); Sandra António(1); Luís Siopa(1)

(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A prevalência dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) nas pessoas com menos de 65 anos tem aumentado nas últimas decades e perfaz um quarto dos casos de AVC por ano. As causas mais frequentes nesta população são vasculites, trombofilias, doenças cardíacas e anemia falciforme.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 5(1) anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade, hipoacusia neurossensorial, história de acidente vascular cerebral isquémico sem sequélas aos 48 anos, história de trombose do olho esquerdo e do trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo aos 49 anos, medicada em ambulatório com apixabano, perindopril e sinvastatina. A doente recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de tonturas e desequilíbrio na marcha com um dia de evolução. À observação, salientava-se hemihipostesia do hemicorpo esquerdo e desequilíbrio na prova de Romberg. Analiticamente não foram identificadas alterações significativas. A tomografia crânio-encefálica efetuada revelou apenas as alterações sugestivas do episódio prévio AVC, nomeadamente lacunas isquémicas em topografia radiária anterior à esquerda e posterior à direita. Para esclarecimento, foi realizada RM crânio-encefálica com estudo angiografico, que demonstrou além dos sinais de doença cerebrovascular, lesão do corpo caloso tipo "snow ball". Essa lesão identificada na RM, em conjunto com antecedentes de trombose ocular e perda auditiva neurossensorial levantaram a suspeita da Síndrome de Susac como etiologia mais provável. A doente teve alta sem défices neurológicos focais, orientada para consulta de Medicina Interna e de Oftalmologia, onde foi confirmado oclusão dos ramos arteriais de retina, reforçando essa hipótese diagnóstica.

Discussão: O diagnóstico atempado da Síndrome de Susac, conhecido também como encefalopatia retinococleocerebral, necessita de alta suspeição clínica em doentes com 2 ou 3 componentes da tríade classica (perda acuidade visual secundária oclusão arteria retiniana, surdez neurosenssorial e encefalopatia subaguda) e continua a ser desafiante. O diagnóstico atempado é essencial para prevenir a progressão da doença, com sequelas irreversíveis.

Nº 129 Romboencefalite de Bickerstaff – um diagnóstico de exclusão

FÁBIA CERQUEIRA(1); Valentim Rodrigues(1); Ana Melício(1); Francisco Santos Cunha(1); Joana C. F. Lima(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução A Romboencefalite de Bickerstaff (RB) é uma doença neurológica rara, que se apresenta com oftalmoplegia aguda; ataxia e distúrbio da consciência, normalmente associada a infeção recente.

Caso Clínico Homem, 68 anos, antecedentes de síndrome metabólico e doença cerebrovascular, apresenta-se na urgência com visão turva, diplopia binocular e parésia facial periférica esquerda. Realizou TC-CE que excluiu lesões focais/isquémicas/hemáticas e estudo de autoimunidade (VS 2mm; Anticoagulante lúpico, Anticardiolipina, Ac anti-beta 2 glicoproteina 1, ANA, Ac anti-DS-DNA, Ac anti-SSA/Ro, Ac anti-SSB/La);

serologias (HIV, VHB, VHC, CMV, Herpes (1) e 2 IgG POSITIVO e IgM NEGATIVO; EBV Ac anti-VCA IgG POSITIVO e IgM NEGATIVO, Ac anti-EBNA(1) IgG POSITIVO; Ac treponema pallidum NEGATIVO) e trombofilias (Proteína S 107%; Antitrombina III 105%; Proteína C 112%; Homocisteína 11,2 mcgmol/L), que se revelou inconclusivo. Na sequência da investigação, efetuou-se punção lombar, com líquido límpido; incolor; Células<1/mm3; Proteínas 70,3mg/dL; Glucose 93mg/dL; serologias e pesquisa de agentes específicos NEGATIVOS (Brucela, Lyme, Herpes, Micobactérias, Agentes Meningite/Encefalite e VDRL). Para prossecução do estudo, realizou RM-CE que excluiu lesões isquémicas agudas/expansivas ou hemorragia intracraniana aguda/residual, documentando apenas estenose ligeira-moderada no segmento M(1) da ACM direita e EMG que excluiu defeito da transmissão neuromuscular. Por ausência de disgnóstico concreto e manutenção de sintomatologia, iniciou corticoterapia com resolução clínica.

Discussão A RB é um diagnóstico clínico de exclusão, dado não existir um teste diagnóstico específico e a sua patofisiologia se sobrepor a várias doenças do sistema nervoso. A maioria resolve espontaneamente em 6 meses, exigindo monitorização apertada dada a possibilidade de recaída.

Nº 130 O desafio do diagnóstico diferencial no doente psiquiátrico

Carolina Soares Lopes(1); Bruno Matos Soares(1); Verónica Guiomar(1)

(1) Hospital Pedro Hispano

Introdução: O forame oval patente (FOP) é caracterizado pela persistência da comunicação entre a aurícula direita e esquerda, encontrada em aproximadamente 25% dos adultos. A sua presença está relacionada com eventos embólicos através da embolização paradoxal da circulação venosa sistêmica, mecanismo comum de Acidente Vascular Cerebral (AVC) criptogênico.

Caso clínico: Homem de 47 anos, presidiário, com antecedentes de perturbação do desenvolvimento intelectual e perturbação delirante erotomaníaca residual, admitido por rabdomiólise associada a agitação psicomotora com queda não presenciada, com trauma cranioencefálico, em contexto mal esclarecido. A tomografia computadorizada (TC) cerebral realizada à admissão não apresentava lesões vasculares ou estruturais agudas. Assumida descompensação de patologia psiquiátrica, contudo, durante o internamento objetivada lentificação, desorientação e dismetria apendicular direita e deterioração cognitiva mais marcada. Para esclarecimento realizou ressonância magnética cerebral, que revelou enfartes agudos em dois territórios vasculares diferentes. Efetuado o seguinte estudo etiológico: AngioTC cerebral e dos troncos supra-aórticos que excluiu doença de grande vaso com significado hemodinâmico; monitorização eletrocardiográfica contínua durante 72 horas, durante a qual não foi detetada atividade disrítmica; estudo de patologia autoimune, infeciosa e trombofilias sem alterações; e ecocardiograma transtorácico a revelar septo interauricular aneurismático com observação de shunt D-E, confirmando-se a presença de FOP de grandes dimensões em ecocardiograma transesofágico. Assim, assume-se mecanismo cardio-embólico como causa provável para os enfartes cerebrais, filiado no FOP, pelo que foi iniciada hipocoagulação e proposto encerramento cirúrgico de FOP.

Conclusão: Em doentes com antecedentes psiquiátricos importantes torna-se, por vezes, desafiante o discernimento entre quadros de descompensações destes e sintomas neurológicos agudos. No caso apresentado, apesar do diagnóstico de AVC devido a embolia paradoxal através de um FOP ser de exclusão, deve sempre ser considerado em pacientes sem outra causa identificável, particularmente em doentes mais jovens e sem fatores de risco, dada a implicação terapêutica e prognóstica.

Nº 131 Atenção aos mimetizadores de AVC

Juliana Carneiro(1); Ana Patrícia Gomes(1); Ana Rita Elvas(1); Carla Gonçalves(1); Francisco Alvarez(1); Fátima Paiva(1)

(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Um mimetizador de AVC corresponde a doença não vascular que se apresenta como défice neurológico focal de início agudo e potencialmente reversível. Neste grupo encontramos comummente as convulsões e síncope e menos comum as neuropatias periféricas.

Mulher de 29 anos, mRS de 0 prévio. Recorre ao SU com clinica de (1) hora de evolução, após exercício físico, de diminuição força hemicorpo esquerdo e descoordenação motora, sem outras alterações. Acresce quadro de grande stress académico nos últimos 2 meses. Ao exame físico normotensa, normoglicémia, apirética, GCS 15, paresia braquial esquerda grau 4+ proximal, grau 3 distal, paresia crural distal grau 4, RCP extensos esquerdo e com paresia facial central homolateral. Realizou TAC e AngioTC CE sem alterações. Ao longo da permanência do SU recuperou défices, após diazepam. Assumida somatização pelo stress laboral e teve alta com explicação sinais alarme. Volta ao fim de uma semana, com clinica semelhante, sem fator desencadeante. Repetiu TAC-CE que mostrou "área hipodensa na vertente inferior do braço posterior da cápsula interna a direita, prolongando-se inferiormente ao pedúnculo cerebral". Assim, equacionandos vários diagnósticos diferenciais como AVC e doença desmielinizante do SNC. Ficou internada para estudo. Deste, a salientar RM-CE com "lesões cápsulo-peduncular, centro semioval, frontal e perivetricular direitas e lesões subcortical frontal, temporal e cerebelosa esquerdas em ponderação T2 que captam contraste e sem tradução em difusão e ADC" sendo que "têm natureza inflamatória / desmielinizante", potenciais evocados sugestivos de compromisso bilateral de vias ópticas e LCR com proteinorraquia ligeira presença de bandas oligoclonais de IgG. Portanto, foi feito o diagnóstico de esclerose múltipla, iniciou terapêutica, reabilitação motora e terapia ocupacional, com melhoria gradual dos défices, e manteve seguimento em consulta externa.

Tendo em conta que "tempo é cérebro", este caso serve para mostrar que o diagnóstico do AVC e a diferenciação com certos mimetizadores com o AVC é por vezes difícil, mesmo para o clinico mais experiente, obrigando a tomada de decisões terapêuticas rápidas pelo tempo dependência na abordagem do AVC. A história clinica cuidada, apoiada pelos exames complementares tem um papel fundamental na abordagem do doente.

Nº 132 Desafios na abordagem de lesões cerebrais múltiplas: um diagnóstico inesperado, raro e complexo

Ana Duarte Coimbra(1); Joana Paiva Simões(1); Jandira Lima(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A neurocavernomatose familiar é uma doença rara caracterizada por múltiplas malformações vasculares do sistema nervoso central, com uma prevalência mundial estimada de 0.1% (Orphanet). Apresenta-se tipicamente nas primeiras décadas de vida com manifestações neurológicas como convulsões, défices focais ou hemorragias cerebrais. O seu aspeto em tomografia computorizada (TC) é inespecífico e o diagnóstico é, por isso, desafiante.

Caso Clínico: Homem de 62 anos recorre ao Serviço de Urgência com TC-cerebral a relatar múltiplas lesões cerebrais sugestivas de metastização. A mesma foi realizada em ambulatório por quadro de parestesias, perda de força dos membros inferiores e lentificação psicomotora. Não tinha antecedentes pessoais revelantes mas referia antecedentes

familiares de carcinoma colorrectal na mãe, falecida aos 56 anos. Na revisão de sistemas e exame objetivo não foram encontradas alterações assinaláveis. Adicionalmente, adivinhavam-se lesões nodulares hilares na radiografia torácica. Perante suspeita de uma neoplasia oculta a merecer abordagem urgente, foi proposto internamento no Serviço de Medicina Interna. Foram realizados TC-toraco-abdomino-pélvica, sem alterações assinaláveis; colonoscopia, com identificação de adenomas tubulares por biópsia; e PET-FDG, sem foco suspeito identificado. Uma vez assintomático, o doente teve alta com marcação de ressonância magnética crânio-encefálica para melhor caracterização das lesões. Na mesma descreveram-se à posteriori inúmeras malformações vasculares cavernosas, algumas com hemorragia recente, sugestivas de neurocavernomatose familiar. O doente foi encaminhado para consulta de Genética e Neurocirurgia Vascular.

Conclusão: Este caso ilustra a importância de um diagnóstico diferencial meticuloso no que respeita à etiologia de lesões cerebrais múltiplas, nem sempre associadas a neoplasia. É de relevar o impacto físico e psicológico que o internamento e os exames complementares têm nos doentes e os quais devemos ter em conta.

Nº 133 Quando uma cervicalgia é complicada

Inês Ferreira(1); Nereida Monteiro(1); Rafael Freitas(1); Sara Pereira(1); Sofia Ferreira(1); Bárbara Sousa(1); Amanda Rey(1); Paula Brandão(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima

Introdução: As disseções arteriais são uma causa comum de acidente vascular cerebral em adultos com menos de 45 anos, mas uma causa rara na população geral. Podem ser espontâneas ou associadas a traumas minor e os seus sintomas são inespecíficos, o que dificulta a suspeita diagnóstica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 7(1) anos, com dislipidemia e a cumprir antiagregação plaquetária simples com ácido acetilsalicílico. Admitido no Serviço de Urgência (SU) por dor cervical com dois dias de evolução por movimentação brusca do pescoço, hemiparesia direita com predomínio no membro inferior e disartria, défices que resolveram durante o transporte para o hospital. Durante as 24 horas de vigilância no SU iniciou monoparésia de grau 3 no membro inferior direito com reversão espontânea. Realizou tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica que não revelou lesões isquémicas ou hemorrágicas parenquimatosas agudas e angiografia crânio-encefálica por TC que revelou redução do calibre do segmento V3 e V4 da artéria vertebral direita. Internado com o diagnóstico de Acidente Isquémico Transitório. Do estudo realizado, foi confirmada na angiografia crânio-encefálica por ressonância magnética disseção arterial mural não oclusiva na artéria vertebral direita na transição V2-V3, sem lesões parenquimentosas isquémicas ou hemorrágicas. O restante estudo cardiovascular não revelou alterações. Durante o internamento permaneceu estável e sem défices neurológicos. Discutido caso com Neurologia e, dada estabilidade do doente, considerou-se risco de recorrência baixo pelo que foi medicado com dupla antiagregação oral. À data de alta orientado para a consulta externa de medicina interna.

Discussão: A disseção da artéria vertebral tem imensos fatores de risco, desde yoga a posicionamento do pescoço. Apesar de poder ter complicações fatais, os doentes que sobrevivem têm enorme probabilidade de recuperação completa sem sequelas.

Nº 134 Síndrome de desmielinização osmótica sem correção de hiponatremia

Inês Amaral Pinto(1); Rita Rei Neto(1); Inês Machado Vaz(1)

(1) CHVN Gaia

Introdução: A síndrome de desmielinização osmótica (SDO) é caracterizada pela desintegração da membrana de mielina dos neurónios, simétrica, que afeta a ponte de forma mais frequente. A causa mais prevalente de SDO é uma correção rápida de hiponatremia com soros hipertónicos. No entanto, existem casos descritos na literatura sem esta condição, nomeadamente em doentes com abuso de álcool e desnutrição.

Caso Clínico: Homem de 59 anos com hábitos etílicos (130g álcool/dia) e pancreatites de repetição, admitido no serviço de urgência por confusão e tetraparésia de agravamento progressivo com uma semana de evolução, após ter suspendido abruptamente o consumo de álcool. Ao exame objetivo: emagrecido, desorientado, delírio persecutório, força muscular global grau 2 e tremor bilateral. Sem oftalmoparésia ou disfagia, provas de coordenação e marcha não avaliáveis pela tetraparésia. Analiticamente: sódio 145mmol/L, sem hiperglicemia e amónia normal. Tomografia computorizada cerebral sem alterações agudas e ecografia abdominal sem evidência de cirrose. Levantada a hipótese de diagnóstico de encefalopatia de Wernick, tendo feito suplementação com tiamina endovenosa. A ressonância magnética crânio-encefálica mostrou "lesão clástica centro-protuberancial com gliose periférica, a traduzir sequela de mielinólise pontina", que confirmou o diagnóstico de SDO. Melhoria lentamente favorável do quadro neurológico durante o internamento tendo sido orientado para reabilitação funcional.

Discussão: Um dos fatores de risco raros documentados para desenvolvimento de SDO é o alcoolismo crónico. Portanto, nestes doentes com deterioração rápida da cognição, tremor bilateral e quadriplegia, depois de excluídas causas mais comuns, deve ser tido em conta este diagnóstico.

Nº 135 Neurinoma cervical

Sara Silva(1); Letícia Marques Leite(1); Sandra Barbosa(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira

Os tumores intradurais da medula espinal são neoplasias primárias da medula espinal. São entidades raras classificados em extra e intramedulares. Os mais comuns são os meningiomas e os neurinomas (24%). Podem manifestar-se por défices neurológicos (Síndrome de Brown-Séquard ou parapleglia completa ou incompleta) e dor local ou radicular progressiva. Maior incidência entre a 3ª e 5ª décadas de vida, sem predominância de género.

Mulher, 79 anos, autónoma. Internada por diminuição da força muscular (FM) dos membros inferiores, de predomínio esquerdo com 3 meses de evolução em agravamento progressivo. À admissão com marcha atáxica e necessidade de apoio na deambulação e parestesias dos membros superiores. Ao exame objetivo, diminuição da FM no membro inferior esquerdo (4-/5) e hipostesia no membro contralateral, reflexos osteotendinosos vivos à esquerda. Tomografia crânio encefálica sem alterações. Ressonância magnética do neuro-eixo (RM-NE) com "lesão expansiva intracanalar cervical, extra-medular, a ocupar a porção esquerda do canal vertebral, situada posteriormente ao corpo vertebral de C5, hipointensa em T1, de sinal heterogéneo em T2 após contraste apresenta intensa captação (sem sinais de implantação dural). Traduz provável neurinoma da raiz C6 esquerda". Avaliada por Neurocirurgia, com indicação de exérese tumoral, que a doente recusou. Em

RM-NE de reavaliação com "ocupa totalmente o buraco de conjugação esquerdo e condiciona compressão marcada da medula, desviando-a para a direita". Evolução para tetraparesia de predomínio esquerdo grau 2/3, espasticidade, dor neuropática intensa, bexiga neurogénica, perda de capacidade da marcha. Atualmente sem indicação cirúrgica pelo benefício remoto e elevado risco.

Perante a suspeita de neurinoma, a RM-NE é o exame de diagnóstico de escolha. O tratamento de escolha para os neurinomas é a exérese tumoral completa, eficaz em cerca de 90% dos casos. O prognóstico depende da duração e severidade de sintomas prévios à cirurgia.

Nº 136 AVC após cirurgia bariátrica : a importância do uso apropriado de anticoagulantes orais

Bruno Daniel Santos Besteiro(1); Rafaela Sá Costa(1); Goreti Moreira(1); Guilherme Gama(1); Luisa Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar São João

Introdução: O *sleeve gástrico* (SG) é atualmente uma cirurgia em expansão no tratamento da obesidade, sendo um procedimento eficaz e seguro. Não obstante, pode alterar a absorção, distribuição e metabolismo de alguns fármacos por redução das áreas de absorção. De entre os anticoagulantes orais diretos (DOACs), o dabigatrano é predominantemente absorvido no estômago distal e duodeno, não havendo dados robustos que justifiquem o seu uso na população gastrectomizada ou pós-bariátrica.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 7(1) anos, rankin prévio (1) com múltiplos fatores de risco cardiovascular, fibrilhação auricular permanente hipocoagulado com dabigatrano e obesidade tendo sido submetido a SG na semana prévia ao internamento e reiniciado hipocoagulação com o mesmo fármaco nos 3 dias anteriores à admissão. Recorreu ao SU por quadro de afasia e défice motor direito após acordar, pontuava 9 na escala de NIHSS. Do estudo realizado, TC e angio-TC-CE com área de enfarte estabelecida temporal esquerda e trombo distal em M3. Analiticamente sem alterações de relevo com exceção de níveis de dabigatrano infra-terapêuticos (IT), negado por doente e familiares incumprimento terapêutico. Admitido na unidade de AVC, onde apresentou evolução clínica e imagiológica favorável. Após estudo etiológico assumida etiologia cardioembólica, dado níveis IT de dabigatrano. Iniciada hipocoagulação com Heparina de Baixo Peso Molecular com posterior switch para varfarina. Sem recorrência de novos eventos até à data.

Conclusão: Os dados da literatura sobre os efeitos do SG na biodisponibilidade dos DOACs são escassos. Atualmente, está preconizado o uso de antagonistas da Vitamina K em detrimento dos DOACs, uma vez dado que podem ser facilmente monitorizados e ajustados. Com este caso pretendemos alertar para a necessidade de ajuste da anticoagulação após cirurgia bariátrica de forma a prevenir eventos tromboembólicos.

Nº 137 AVC isquémico - Um (a) caso de Endocardite Infeciosa

Ana Teresa Guimarães Abreu Ferreira da Rocha(1); Micaela Sousa(1); Pedro Simões(1); Ana Raquel Figueiredo(1); João Morais Lopes(1); Rita Silva(1); Miriam Blanco(1)

(1) Unidade local saude Nordeste, hospital Bragança

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) isquémico apresenta etiologia cardioembólica em 20% dos casos, destacando-se entre as suas causas a fibrilhação auricular (Fa), o enfarte do miocárdio e a endocardite infeciosa (EI). É difícil fazer a predição do risco de eventos embólicos num paciente com EI, até porque podem surgir antes do diagnóstico da patologia. Os fatores de risco para embolização do sistema nervoso central (SNC) são bem conhecidos e incluem tamanho e a mobilidade da vegetação, infecção por Staphylococcus aureus e envolvimento da válvula mitral.

Caso Clínico: Feminino, 70 anos, dependente, antecedentes de diabetes e insuficiência renal crónica em programa de hemodiálise por cateter venoso central (CVC) temporário. Sob terapêutica com vancomicina por bacteriemia por Staphylococcus epidermidis. Enviada à urgência por desorientação, disartria, desvio da comissura labial esquerda e hemiparesia direita (NIHSS14). Realizada Tomografia Computorizada de Cranio (TC CE): hipodensidade no braço posterior da cápsula interna e uncos à esquerda. ECG e holter sempre em ritmo sinusal. Ecocardiograma transtorácico (EcoTT) com vegetação aderente à face auricular do folheto posterior da válvula mitral de grandes dimensões (28x13mm). Agravamento do estado neurológico; TC CE de controlo com novas lesões isquémicas ocipitais e parietais direitas. Discutido com Cirurgia Cardiotorácia: sem indicação cirurgica tendo em conta basal da doente. Manteve antibioterapia dirigida; evolução desfavorável.

Discussão:AVC isquémico ocorre devido à fragmentação da vegetação cardíaca, com consequente embolização cerebral, o que tende a ocorrer cerca de uma a duas semanas após o início da doença. Não é uma complicação frequente da EI, se tratada atempadamente, no entanto, pode ser causa de grande morbimortalidade. Existem poucos dados disponíveis sobre o risco de AVC recorrente, a melhor abordagem em relação à terapia antitrombótica ou sobre as consequências da cirurgia precoce.

Nº 138 Síndrome Dejerine-Roussy :uma complicação pós-AVC

Tiago Valente(1); Catarina Oliveira(1); Beatriz Sousa(1); Filipe Martins(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O tálamo atua como processador de informações sensoriais provenientes do sistema nervoso periférico conduzindo-as ao córtex somatossensorial, onde serão interpretadas. No síndrome de Dejerine-Roussy, este processo encontra-se comprometido, nomedamente, a interpretação da informação tactil. Assim, os estímulos tácteis tornam-se dolorosos, podendo sofrer amplificação traduzindo-se na dor neuropática caracteristica com queixas de hiperalgesia/disestesia e alodinia. A dor pode ocorrer em contexto agudo após evento cerebrovascular ou mesmo anos após a lesão inicial. A sua prevalência após AVC é de cerca de 8%.

Caso Clínico: Homem de 63 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, alcoolismo e tabagismo que é trazido ao Serviço de Urgência por défice motor esquerdo ao acordar. Apresentava-se apirético, com hemiparésia esquerda, hemihipostesia esquerda, ligeira disartria e paralisia facial central esquerda ao exame objectivo (NIHSS

11). Analiticamente sem alterações de relevo. Tomografia computorizada cerebral com pequena hipodensidade tálamo-capsular superior direita. Internado para estudo etiológico. No segundo dia de internamento inicia dor intermitente, tipo "queimadura", na região glútea esquerda, com irradiação para o membro inferior ipsilateral, agravada com movimento e palpação. Exames efetuados: ecodoppler sem trombose venosa. Realizou TC lombar que não detetou lesões que se coadunem com as queixas álgicas do doente. Medicado com amitriptilina e pregabalina com controlo da dor.

Discussão: O Sindrome de Dejerine-Roussy é uma complicação pouco frequente após enfarte talámico que, deve ser considerada, após exclusão de outros diagnósticos. O seu tratamento envolve controlo da dor, que pode ser difícil, sendo que a sua persistência tem impacto significativo na qualidade de vida do doente.

Nº 139 Iatrogenia em Medicina: Um Caso de Administração Intratecal Inadvertida de Ácido Tranexâmico

Rui Jorge Sousa da Silva(1); Bruno Sousa(1); Eulália Antunes(1); Joana Rita Lopes(1); Isabel Silva(1); Sofia Caridade(1)

(1) Hospital Braga

A iatrogenia em medicina é uma realidade que, apesar de ter vindo a diminuir, infelizmente ainda existe.

Mulher de 62 anos, com antecedentes de perturbação de ansiedade e gastrite, medicada com sertralina e omeprazol. Submetida a cirurgia para excisão de varizes dos membros inferiores sob anestesia locorregional. Durante o procedimento foi injetado inadvertidamente ácido tranexâmico intratecal por semelhança visual da ampola com a do fármaco pretendido (prilocaína). Após a administração, a doente iniciou mioclonias dos membros inferiores seguidas de degradação do estado de consciência e paragem cardiorrespiratória, posteriormente revertida. Esteve internada 6 dias na Unidade de Cuidados Intensivos, onde teve melhoria das mioclonias e fasciculações dos membros inferiores. Foram documentados Miocardite de Takotsubo, pneumonia/pneumonite de aspiração, citólise hepática e rabdomiólise. À data de transferência para enfermaria de Medicina Interna, apresentava força muscular grau 2/5 nos membros inferiores, sem outras alterações ao exame neurológico. Realizou Ressonâncias Magnéticas crânio-encefálica e da coluna, que revelaram respativamente "escassos e diminutos focos de hipersinal T2/FLAIR, subcorticais bilateralmente e parietais à direita (...) traduzindo áreas glióticas de etiologia inespecífica" e "ausência de alterações de sinal medular indicadores de mielopatia". Foi solicitada colaboração de Medicina Física e de Reabilitação, tendo iniciado plano de reabilitação. À data de alta apresentava força grau 5 dos membros inferiores e marcha autónoma.

O ácido tranexâmico é um fármaco antifibrinolítico com eficácia comprovada nos casos em que existe indicação para o seu uso. Estão documentados 2(1) casos a nível mundial de injeção intratecal inadvertida. Pretendemos assim alertar que, apesar de baixa, a probabilidade de iatrogenia existe, sendo fundamental uma pronta intervenção e acompanhamento tendo em vista a recuperação dos doentes.

Nº 140 O que esconde um acidente vascular cerebral (AVC)?

Carla Oliveira Ferreira(1); Ana Filipa Martins(1); Maria João Regadas(1); Mónica Dias(1); Olga Pires(1); Rita Matos Sousa(1); Joana Morais(1)

(1) Hospital Braga

A artéria de Percheron é uma variante anatómica que irriga a região talâmica bilateralmente e o mesencéfalo dorsal através de artérias perfurantes. Está presente em 4-12% da população e o AVC nesta localização apresenta uma sintomatologia diversificada (neuro-oftalmológica, comportamental e motora).

Homem 77 anos, previamente autónomo e com factores de risco cardiovasculares, nomeadamente hipertensão arterial de difícil controlo. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com 18 horas de evolução de alterações comportamentais, desorganização do discurso e défice visual. Ao exame neurológico apresentava-se confuso e sonolento, com ligeira disartria e hemianópsia homónima direita. Os estudos complementares imagiológicos revelaram lesões isquémicas da artéria cerebral posterior esquerda e enfartes talâmicos bilaterais em provável relação com a artéria de Percheron. No estudo complementar do doente apresentava fibrilhação auricular (FA) de novo, massa neoformativa na supra-renal esquerda com 46 mm de diâmetro e nódulo no lobo inferior direito com 6 mm. Foi colocada a hipótese AVC cardioembólico como complicação paraneoplásica por feocromocitoma ou neoplasia pulmonar. No internamento, o doente manteve as alterações neurológicas e hipertensão arterial controlada com 4 classes de anti-hipertensores. Realizado estudo de metanefrinas e normetanefrinas urinárias com aumento dos valores; aldoesterona, hormonas androgénicas e hormona adrenocorticotrófica normais e cortisol aumentado. Não foi possível excluir tumor neuroendócrino, pelo que o doente aguarda biópsia de massa pulmonar com frenação adrenérgica.

As alterações neurológicas atípicas do enfarte na artéria de Percheron conduzem por vezes a um atraso do diagnóstico de AVC com possíveis falhas da janela terapêutica. A neoplasia é um factor de risco independente para o surgimento de FA, que é por si, é uma das principais causas de AVC, tal como se demonstrou neste caso.

Nº 141 Wallenberg's Syndrome: A Report of two cases

Carolina Amado(1); Tiago Valente(1); Ana Oliveira(1); Gisela Gonçalves(1); Valter Duarte(1); Margarida Cruz(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Wallenberg's syndrome (WS) or lateral medullary syndrome is a rare cause of cerebrovascular attack (CVA). Generally ischemic CVA occurs more in the old patients.

The authors present two case reports of WS in young patients.

A previously healthy smoking 53 years-old man was admitted to the emergency department (ER) with acute dizziness. At physical examination, he was stable and presenting Horner's syndrome with hemiparesis (grade 4), dysphonia, dysphagia and ataxia. Blood analysis were normal, including negative viral serology. A CT was performed showing signs of right bulb and vermis ischemia. The posterior vasculature observation evidenced V3 segment of right vertebral artery (VA) occlusion. Further study identified hypercholesterolomia and diabetes as risk factos.

A 4(1) years-old woman with previous hypertension presented to the ER with acute onset of left hypoesthesia of face. In her physical examination Horner's syndrome, sensitivity deficit of right body and dysphagia were observed. A CT with angiogram showed left

VA dissection on V3 to V4 transition. No other risk factors were identified.

Both patients were admitted to the stroke unit with the diagnosis of WS being managed conservatively. None of them developed another ischemic event after two years' follow-up.

Wallenberg Syndrome is a rare cause of stroke among young and presentation symptoms can widely vary, ranging from non specific symptoms like vertigo to sensibility deficits. Dissection of VA is the commonest cause of WS in younger patients. Nevertheless, atherothrombotic occlusion of the VA associated with cerebrovascular risk factors is the commonest cause usually in older patients.

Nº 142 Lesões cerebrais hemorrágicas – a importância do diagnóstico diferencial

Maria Teresa Brito(1); Rita Pinho(1); Joana Tender Vieira(1); Claudemira Pinto(1); Nuno Melo(1); Margarida Silva(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

As lesões cerebrais não traumáticas podem corresponder a várias entidades como lesões vasculares isquémicas, lesões aneurismáticas, angiopatia amilóide, neoplasia primária cerebral, sequelas de infeções prévias ou hipóxia ou lesões metastáticas. A orientação e prognóstico destes doentes está muito dependente do diagnóstico das lesões e é essencial um bom workup diagnóstico.

Mulher de 86 anos com 3 internamentos recentes por pancreatite aguda alitiásica e hipocoagulada por trombose parcial da veia porta. Clínica de cefaleias, parésia facial esquerda, hemiparésia esquerda e disartria. Fez TC cerebral à admissão que mostrou múltiplas lesões cerebrais expansivas (temporal, frontobasal esquerda, cerebelosa direita e parietal parafalcial esquerda) com hemorragias intralesionais, sugestivas de lesões secundárias. Fez reversão da hipocoagulação e foi internada para estudo. Apresentou evolução clínica favorável, com melhoria neurológica. A ressonância cerebral iniciou mostrou áreas de edema vasogénico e reabsorção do conteúdo hemático, tendo iniciado dexametasona. Realizou estudo de neoplasia oculta – sem lesões suspeitas na TC toraco-abdomino-pélvico, ecografia mamária sem alterações, endoscopia digestiva alta sem lesões, colonoscopia incompleta por intolerância e PET de corpo inteiro sem focos de captação anormal sugestivos de infiltração maligna. Repetiu ressonância cerebral que mostrava reabsorção hemática, sendo rediscutido o caso com Neurocirugia que perante a evolução clínica e imagiológica considerou como hipótese mais provável a angiopatia amilóide.

Neste caso destaca-se a investigação etiológica extensa, dada a possibilidade das lesões serem secundárias e o diagnóstico diferencial entre 2 entidades tão distintas como angiopatia amilóide e metastização cerebral. Para além disso, tratava-se de uma doente que estava hipocoagulada por um evento trombótico recente, em que foi necessário ponderar o risco-benefício da decisão de suspender a hipocoagulação.

Nº 143 Um Caso de Coreia no Serviço de Urgência

Filipa Marques Rodrigues(1); Rita Pinto(1); Joana Neves(1); Filipe Vilela(1); Carolina Maia(1); Maria João Vilela(1); Eduardo Macedo(1); Rafael Costa(1); Isabel Apolinário(1)

(1) Hospital de Braga

A coreia é um distúrbio do movimento, hipercinético, que se caracteriza por breves contrações involuntárias irregulares e aleatórios. Pode ser causada por doenças degenerativas hereditárias, lesões estruturais cerebrais, patologias autoimunes, distúrbios metabólicos ou fármacos. Pode ser também uma rara manifestação paraneoplásica, comumente relacionada com anticorpos CRM-5 (proteína mediada por resposta a colapsina-5/CV2).

Descreve-se o caso de um homem de 84 anos, autónomo, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica, nódulo pulmonar em vigilância e estável há 6 anos e hábitos tabágicos. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por queixas de "tremores" dos 4 membros com 5 meses de evolução, com agravamento na última semana. Objetivou-se uma coreia generalizada, sem outras alterações ao exame neurológico. Perante uma coreia de novo, realizou-se o estudo possível no SU, excluindo-se exposição a neurolépticos, hiperglicemia, alterações iónicas, disfunção tiroideia ou da paratiroide; a tomografia computorizada craniana demonstrou leucoencefalopatia isquémica periventricular, sem outras alterações. Explorando a história da doença actual aferiu-se uma perda de peso significativa e involuntária associada a disfonia com 6 meses de evolução, o que motivou observação por otorrinolaringologia: laringe com lesão ulcero-infiltrativa centrada à banda ventricular direita e extensão ao andar glótico com paralisia da hemilaringe direita. Doente foi medicado com haloperidol 0,5mg 3 vezes por dia para controlo sintomático e orientado para biópsia de lesão em ambulatório.

Sendo necessário completar o estudo deste doente e não se podendo excluir para já uma coreia senil, muito provavelmente estamos perante uma manifestação paraneoplásica de uma neoplasia da laringe. Sabe-se que a coreia pode anteceder em vários meses a descoberta da neoplasia pelo que os autores realçam a necessidade de reconhecimento desta associação, que pode levar ao diagnóstico de neoplasias ocultas que podem facilmente passar despercebidas no serviço de urgência, permitindo o seu diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Nº 144 Dislexia como apresentação de Angiopatia Amiloide

Beatriz Castanheira(1); Patrícia Lima(1); Erica Barata(1); Mariana Isabel Santiago(1); Elena Pirtac(1); Francisca Delurue(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A Angiopatia Amiloide cerebral (AAC) é uma doença que está diretamente relacionada com envelhecimento e pode conter um fator genético. Está relacionada com deposito de matéria amiloide na parede dos vasos cerebrais, predispondo rutura dos vasos e consequentemente eventos hemorrágicos intracranianos.

A doença tem uma evolução lenta e silenciosa, os eventos isquémicos são habitualmente assintomáticos e podem ser caraterizados por uma variedade de sintomas. Apresentação clínica está relacionada com a localização da lesão e o tamanho.

Tratamento consiste em controlo do perfil tensional, estatinas e apresenta contraindicação absoluta para antiplaquetários.

Caso Clínico: Homem, 75 anos sem antecedentes pessoais que recorreu a urgência

com quadro de dificuldade na compressão de letras e de frases simples com 24 horas de evolução. Tomografia computadorizada cerebral revelou lesão hemorrágica aguda cortico-subcortical parieto-occipital lateral esquerda com rutura para o átrio do ventrículo lateral esquerdo. Realizou também angio ressonância magnética cerebral que excluiu presença de aneurisma cerebral e relevou sinais compatíveis com angiopatia amiloide. Eletroencefalograma que excluiu atividade paroxística. Doente avaliado pela Oftalmologia que excluiu patologia oftalmológica. Por manter alterações de linguagem, realizou avaliação da linguagem formal que objetivou ligeira alteração da nomeação de objetos por confrontação visual e moderada alteração da repetição de frases. Verificou-se, ainda, ligeira alteração da leitura, da escrita por cópia e por ditado. A história clínica, faixa etária do examinado e exames de imagem sugerem angiopatia amiloide.

Conclusão: Queremos realçar a importância realizar uma história clínica detalhada e exames complementares para melhor caracterizar a lesão cerebral, e apesar de AAC ser uma causa rara de hemorragia intracerebral temos de ter em mente a doença como diagnóstico diferencial.

Nº 145 Estado de mal não convulsivo como manifestação de encefalite herpética

Bruno Sequeira Campos(1); Miguel Saianda Duarte(2); Ana Arraiolos(2); Ana Cláudia Ribeiro(2); José Vale(2)

(1) Hospital de Leiria (2) Hospital Beatriz Ângelo

A encefalite herpética é uma entidade frequente, com mortalidade e morbilidade significativas. As manifestações clínicas mais comuns são cefaleias, alteração do comportamento, sinais neurológicos focais e crises epilépticas. Cerca de dois terços dos doentes apresentam crises durante a fase aguda, o que está ligado ao desenvolvimento de epilepsia sequelar e a pior prognóstico. No entanto, o estado de mal não convulsivo é uma complicação raramente descrita e provavelmente subdiagnosticada.Mulher, 59 anos, sem antecedentes médicos relevantes. Recorre ao serviço de urgência por cefaleias, vómitos e calafrios desde há 2 dias; adicionalmente com agitação psico-motora e desorientação nas últimas 24h. Na admissão apresentava comportamento impulsivo, desadequado e desorientação temporo-espacial.

Da investigação realizada: LCR com pleocitose (65 células mononucleadas) e com isolamento de DNA de HSV-(1); EEG com padrão periódico (PLEDs) na região fronto-temporal esquerda; e RM cerebral mostrou lesão a envolver o sistema límbico à esquerda, com discreta captação de gadolínio. Tratada com aciclovir 750mg EV q8h durante 2(1) dias e olanzapina 5mg q12h, teve alta com alteração do comportamento controlada e afasia ligeira.

Reinternada (1) semana depois por agravamento da alteração do comportamento, queda e traumatismo craniano minor. Estava sonolenta, com postura desconfiada, atenção não fixável e discurso escasso, sem outros sinais focais. TC cerebral com transformação hemorrágica petequial da lesão prévia e hematoma subdural fronto-parietal direito, sem efeito de massa. EEG compatível com estado de mal não convulsivo, discognitivo. Iniciada terapêutica EV com levetiracetam 3000mg/dia seguida de lacosamida 400mg/dia, com melhoria clínica e eletroencefalográfica.

Este caso ilustra uma manifestação rara de encefalite herpética e alerta para a necessidade de, perante alterações comportamentais, se considerar o estado de mal não convulsivo precocemente no diagnóstico diferencial. Só assim será possível iniciar terapêutica rapidamente de forma a melhorar o prognóstico destes doentes.

Nº 146 Um tipo grave e raro de Esclerose Múltipla

Célia Lourenço Tuna(1); Paulo Simão(1); Artur Costa(1); Sara Barata(1); Inês Barata(1); Marta Arenga(1); Céu Evangelista(1); Margarida Ascensão(1)

(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Introdução: A Esclerose Múltipla (EM) é a doença desmielinizante inflamatória imunomediada mais comum no Sistema Nervoso Central. É uma patologia heterogénea com manifestações clínicas variáveis, dependendo das vias afetadas.

Caso Clínico: Jovem do género feminino, 24 anos, saudável; apresentou quadro súbito de alteração visual, defeito campimétrico direito. Foi avaliada por Oftalmologia, que excluiu patologia oftalmológica e solicitou Tomografia Computorizada (TC) Crânio-Encefálica (CE). A TC CE revelou hipodensidades na região fronto-basal direita e parietal posterior esquerda, que sugeriam lesões de natureza inflamatória ou infeciosa. Após resultado da TC CE, foi internada para estudo. Ao exame sumário neurológico não apresentava alterações. Realizou Ressonância Magnética (RM) CE que mostrou múltiplas lesões dispersas na substância branca, as de maiores dimensões com aspecto tumefactivo; após contraste, a maioria das lesões apresenta captação periférica e irregular que sugerem encefalomielite disseminada aguda ou EM aguda maligna (tipo Marburg). A RM medular cervico-dorsal não mostrou patologia desmielinizante no cordão medular. A análise do líquido cefalorraquidiano revelou a presença de bandas oligoclonais (BOCs) IgG (ausente no sangue periférico) sem outras alterações. Realizou estudo serológico de largo espetro negativo. O estudo auto-ímune incluindo de anticorpos (Ac) anti-aquapurina 4 e anti-MOG (mielina oligodendrocito glicoproteína) foi negativo. Enzima conversora de angiotensina sérica normal. Foi assumido o diagnóstico de EM aguda maligna e iniciou tratamento com Ofatumumab. Aguarda RM CE de controlo.

Discussão: O surto clínico junto com a existência de múltiplas lesões captantes e não captantes e com a presença de BOCs no LCR são a favor de um surto de EM. A existência de lesões desmielinizantes de elevadas dimensões com aspecto tumefactivo e a captação de contraste em anel periférico e irregular sugerem EM aguda maligna, um tipo raro de EM com mau prognóstico.

Nº 147 Um caso de neurotoxicidade induzida pelo aciclovir

Tatiana Oliveira(1); Inês Nabais(1); Luís Miguel Pereira(1); Carolina Sequeira(1); Rita Tinoco Magalhães(1); Rita Relvas(1); Edgar Amaro(1); Patrícia Cipriano(1); Diogo Cruz(1)

(1) Hospital de Cascais

Introdução: O aciclovir é um antiviral frequentemente usado para tratar infeções herpéticas, apresentando um bom perfil de segurança e de eficácia, mas como qualquer fármaco, pode provocar efeitos adversos. Uma revisão de literatura de 202(1) reportou 88 casos de neurotoxicidade relacionada ao aciclovir e 35 relacionados com o seu derivado, valaciclovir. Os doentes apresentam confusão mental, alteração do estado de consciência, alucinações, agitação, disartria, convulsões e disartria, sendo mais frequentes em idosos e doentes com insuficiência renal, mas também estão descritos casos em doentes com função renal normal. A neurotoxicidade resulta da acumulação do aciclovir e do seu metabolito 9-carboximetoximetilguanina (9-CMMG).

Caso Clínico: Mulher de 5(1) anos, com antecedentes de dermatomiosite diagnosticada há (1) ano, diabetes mellitus corticogénica e obesidade. Medicada com prednisolona 40 mg/dia em desmame lento, azatioprina, dapaglifozina e metformina. Internada por rash

no membro inferior esquerdo nas dermátodos inervados por L2, L3 e L4. Foi assumido herpes zoster e iniciou aciclovir (não ajustado ao peso ideal). No 2º dia de tratamento iniciou alucinações visuais, agitação e confusão mental. Evolução desfavorável com depressão do estado de consciência com necessidade de entubação orotraqueal para proteção de via aérea. Analiticamente, creatinina de 7.24 mg/dL. Fez TC de crânio e punção lombar que não mostraram alterações. EEG mostrou atividade epiléptica temporal. O medicamento foi suspenso, foi iniciado anticomicial e diálise. A doente recuperou ao fim de 9 dias.

Discussão: O aparecimento de sintomas neuropsiquiátricos num doente sob aciclovir ou valaciclovir deve suscitar o diagnóstico de neurotoxicidade farmacológica após exclusão de encefalite herpética. O diagnóstico é feito com o doseamento do metabolito. O tratamento baseia-se na suspensão do fármaco e, em alguns casos, em diálise para clearance do fármaco. Para evitar casos como este, deve-se medicar de acordo com o peso ideal e não real e monitorizar a função renal regularmente durante o tratamento

Nº 148 Síndrome de Wallenberg: a propósito de um caso clínico

Rita Sousa Figueira(1); Alexandre Castro Lopes(1); Ana Rocha Oliveira(1); Gisela Brito Gonçalves(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A Síndrome de *Wallenberg* (SW) também denominado enfarte medular lateral cursa com quadro súbito de desequilíbrio, movimentos oculares anormais, síndrome de *Horner* ipsilateral, ataxia ipsilateral, perda sensorial dissociada, disfagia e disfonia. A medula lateral é irrigada pela artéria cerebelar póstero-inferior e pela artéria vertebral, sendo a aterosclerose, a lipohialinose ou a disseção da artéria vertebral as responsáveis pelo comprometimento vascular deste território. Este caso clínico retrata um quadro de SW por disseção da artéria vertebral esquerda.

Caso Clínico: Homem, 68 anos, antecedentes de dislipidemia e obesidade, recorreu ao serviço de urgência por desequilíbrio, cefaleia e disfagia com (1) dia de evolução. Ao exame físico identificada parésia facial periférica esquerda, diplopia vertical, disartria, disfonia, disfagia e ataxia. Angiografia por tomografia computorizada com lesão isquémica em território da circulação posterior, não se podendo inferir sobre lesão aguda ou crónica. Dado o tempo de evolução não realizou terapêutica de revascularização. Internado para estudo etiológico de evento cerebrovascular. Analiticamente colesterol total 219.4 mg/dL, HDL 35.7 mg/dL, LDL 202 mg/dL e triglicerídeos 108 mg/dL. Restante estudo sem alterações. Ressonância magnética que revelou lesão isquémica recente em território vertebro-basilar e estudo complementar com Angiografia por ressonância magnética a evidenciar ausência de fluxo na artéria vertebral esquerda, sugestivo de disseção da artéria vertebral esquerda.

Discussão: Este caso clínico ilustra a semiologia associada a eventos vasculares da circulação posterior com particular enfoco para as alterações neurológicos descritas na SW. Dado apresentar fatores de risco cardiovasculares não controlados, a aterosclerose seria uma etiologia a considerar, no entanto o estudo complementar evidenciou a presença de uma disseção da artéria vertebral esquerda não traumática. Desta forma queremos realçar a importância do estudo adicional para exclusão de causas menos frequentes que implicam terapêuticas diferentes.

Nº 149 Síndrome de Marchiafava-Bignami versus leucoencefalopatia multifocal progressiva

Maria Inês Matos(1); David Prescott(2); Estela Sousa(1); Sílvia Policarpo(1); Carina Reis(1); Filipa Ceia(1); Lurdes Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE (2) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Marchiafava-Bignami (MB) é uma síndrome rara, caracterizada por desmielinização e necrose do corpo caloso, associada a alcoolismo e desnutrição. A leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP) é uma doença rara, desmielinizante, difusa, associada a estados de imunossupressão grave. Ambas as patologias carecem de tratamento dirigido e apresentam prognósticos reservados.

Caso clínico: Mulher de 4(1) anos, com infeção VIH/SIDA há 23 anos e má adesão à terapêutica. Sem história de consumo alcoólico ou abuso de substâncias. Apresentava, há quatro meses, cefaleia holocraniana associada a perda progressiva da capacidade motora, verbal e cognitiva. Realizou TC cerebral que mostrou lesão no corpo caloso, com suspeita de síndrome de MB, hipótese corroborada por RMN. Encontrava-se caquética e desnutrida, com afasia mista, anisocoria E>D, hemianópsia homónima direita, *"roving eyes"*, olhar preferencial para a esquerda, parésia facial central direita, parésia do membro superior direito com hiperreflexia e espasticidade. Analiticamente com nível de B3 no limite inferior do normal, TPPA positivo e VDRL 256 diluições; liquor sem pleocitose, proteinorráquia 0.83g/L, sem consumo de glicose, VDRL 2 diluições, PCR JCV positiva (900cps/mL). Restante estudo bioquímico, infecioso e imunológico normal. Manteve TARV e iniciou tiamina, complexo B, niacina e reforço dietético. Iniciou benzilpenicilina pela neurossífilis. Por ausência de melhoria, repetiu RMN cerebral que mostrava lesões difusas mais compatíveis com LMP. Iniciou mirtazapina e maraviroc. Proposto início de pembrolizumab que foi recusado. Evoluiu desfavoravelmente acabando por falecer.

Discussão: Este caso ilustra a importância da conjugação de clínica e imagem no diagnóstico de patologias raras, bem como da reavaliação imagiológica aquando de ausência de resposta. Alerta ainda para a necessidade de desenvolvimento e aprovação mais simplificada de fármacos que possam modificar o prognóstico destes doentes, como são os inibidores de checkpoint.

Nº 150 Linfoma do Sistema Nervoso Central

Sofia Sequeira(1); Teresa Medeiros(1); Bruno Matos Soares(1); Sara Duarte Ribeiro(1); Mariana Gradim(1); Rute Morais Ferreira(1); Manuela Mendes(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

O linfoma do sistema nervoso central (SNC) é uma entidade clínica rara, representando cerca de 2% dos tumores cerebrais. A clínica é variável dependendo da localização no SNC, mas os distúrbios neuropsicológicos, crises focais, défices motores são as manifestações mais frequentes. Imagiologicamente a apresentação mais frequente é uma lesão cerebral única.

Doente do sexo feminino 64 anos, com clínica de 3 meses de evolução com distúrbios neuropsicológicos com menor iniciativa verbal e motora com alucinações visuais associado a sintomas constitucionais com perda ponderal significativa. No exame neurológico compromisso da orientação temporoespacial, erros na nomeação e parafasias, dificuldades em executar ordens mais complexas. Realizou estudo analítico sem evidência de quadro infecioso, alterações iónicas ou outros distúrbios. A TAC cerebral revelou lesões cerebrais múltiplas com edema vasogénico, efeito de massa e trombose da veia jugular

interna, seio sigmoide e seio transverso esquerdo corroborado em ressonância magnética encefálica. A investigação etiológica de doença neoplásica activa foi toda negativa. Realizou ecocardiograma transtorácico que foi normal. No estudo do LCR tinha 10 células mononucleadas, amicrobiano e imunofenotipagem do LCR normal. Proposta para biópsia cerebral que realizou e evidenciou linfoma do SNC com características morfológicas e imunofenotípicas compatíveis com linfoma B difuso de grandes células. Realizou tratamento inicial com corticoterapia e hipocoagulação, tendo sido orientada para consulta de Hemato-oncologia. Apresentamos o caso pela clinica neurológica pautada por um distúrbio neuropsicológico, apresentação imagiológica atípica e pela complicação de trombose dos seios venosos.

Nº 152 Uma cefaleia de difícil controlo

Inês Fiúza M. Rua(1); Sofia Mahomed Mateus(1); Sara Margarida Dias(1); Jorge Salsinha Frade(1); Alexandra Abegão Matias(1); Maria Salomé Serranito(1); Ana Catarina Pina Pereira(1); Maria Meneses Rebelo(1); Sara Pinto Magalhães(1); Heidi Gruner(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

A cefaleia em salvas é uma cefaleia primária altamente incapacitante e extremamente dolorosa com uma prevalência de 1/1.000 e é a cefaleia trigeminal autonômica mais comum. Caracteriza-se por crises de cefaleia unilateral associada a sintomas autonômicos cranianos ipsilaterais ou sensação de inquietação/agitação, com periodicidade circadiana e circanual. A sua intensidade tem efeitos consideráveis na qualidade de vida do doente e pode levar à ideação suicida. Estudos recentes apontam para o envolvimento do hipotálamo e do sistema trigemino-vascular. O diagnóstico impõe a exclusão de outro tipo de cefaleias e baseia-se na sintomatologia. Há evidências de boa qualidade no tratamento agudo com triptanos, oxigênio de alto fluxo e corticoterapia.

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 22A, estudante, com três idas ao SU na semana subsequente a queda de trotinete com traumatismo crânio-encefálico, sem perda de consciência. Referia cefaleia parietal direita, constante com picos de maior intensidade (4/10), que remitiam após toma de paracetamol, sem outras queixas. Referia aumento progressivo do número de episódios e da intensidade da cefaleia, tendencialmente matinal e com despertar noturno. Entre episódios, mantinha-se assintomático mas mais ansioso e angustiado. No SU, com exame neurológico inocente e a avaliação analítica, TC-CE, Angio e Veno-TC CE e RMN-CE não revelaram alterações. Admitida cefaleia em salva, tendo sido medicado inicialmente com ADT 10mg e Metamizol sem efeito. Posteriormente, medicado com Prednisolona 20mg e Zolmitriptano intra-nasal com pouca eficácia e sem remissão dos episódios. Optou-se pelo inicio OLD, 10L/min durante o episódio de cefaleia, com redução imediata da duração das cefaleias e com resolução progressiva e completa do quadro às 3 semanas.

Pretende-se chamar à atenção para a necessidade do diagnostico precoce desta entidade tão debilitante, afim de iniciar o tratamento adequado de forma a melhorar consideravelmente a qualidade de vida destes doentes.

Nº 153 Síndrome da área postrema

Gonçalo Ruas(1); Mafalda Dias(1); Isabel Costa(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Homem de 48 anos com antecedentes de síndrome de Evans, diabetes secundária a corticoterapia e tiroidite de Hashimoto. Medicado com azatioprina, antidiabéticos orais, insulina e sumplementação com hormona tiroideia. Admitido em internamento por quadro prolongado de vómitos e singultos persistentes sem melhoria sob terapêutica sintomática, com perda ponderal associada. Da avaliação complementar anterior destacavam-se endoscopia alta com gastrite crónica não atrófica e TC torácico abdominal e pélvico sem achados relevantes. Avaliação laboratorial sem alterações. A pesquisa de anticorpos séricos anti-aquaporina4 (AQP4) e anti-MOG revelou-se negativa e a RM crânio encefálica mostrou área de hipersinal em T2/FLAIR e hiposinal em T(1) na vertente posterior medial do parênquima bulbo-cervical, nomeadamente área postrema e dicreto realce linear após administração de gadolínio. Melhoria subjectiva após ajuste de azatioprina a 2mg/Kg/dia e instituição de corticoterapia. O síndrome da área postrema pode constituir manifestação inicial da Doença do Espectro da Neuromielite Óptica (NMOSDs), grupo de doenças inflamatórias auto-imunes do sistema nervoso central. A sua apresentação clínica pode mimetizar outras patologias sendo o seu reconhecimento fundamental para tratamento atempado e benefício prognóstico.

Nº 154 Encefalopatia de Wernicke: complicação da desnutrição associada a neoplasia gástrica

Susana Viana(1); Mariana Seco(1); Filipa Pereira(1); Sara França(1); Filipe Teixeira Andrade(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

A encefalopatia de Wernicke (EW) é um síndrome neurológico caracterizado por confusão, ataxia e oftalmoparesia, associado ao défice de tiamina, maioritariamente em doentes com consumo abusivo do álcool.

Homem de 63 anos com neoplasia do antro gástrico estenosante não metastizada, submetido a quimioterapia neoadjuvante, a aguardar cirurgia curativa, com intolerância alimentar prolongada. Recorreu ao Serviço de Urgência por queda e quadro com um mês de evolução de agravamento do estado geral e dependência, confusão e apatia. À admissão estava caquético, prostrado, discurso parco e incoerente com erros de nomeação, nistagmo vertical espontâneo e limitação da abdução bilateral com nistagmo horizontal inesgotável nos extremos do olhar lateral com fase rápida na direção do olhar e diplopia vertical ocasional. Tomografia computorizada cerebral sem lesões agudas, sem défice de vitamina B12 e folatos, função tiroideia normal e serologias víricas negativas. Punção lombar sem alterações e anticorpos onconeuronais negativos. Perante quadro de encefalopatia subagudo e alterações da oculomotricidade foi assumido EW como causa mais provável em doente com desnutrição grave por neoplasia gástrica estenosante. Ressonância magnética cerebral com discreto hipersinal em FLAIR da substância branca adjacente ao 3º ventrículo, compatível com o diagnóstico. Iniciou suplementação com tiamina e optimização nutricional com nutrição parentérica e sonda nasojejunal, com melhoria progressiva da confusão e resolução parcial das alterações oculares. Foi submetido a gastrectomia, após ser adiada por múltiplas intercorrências infeciosas.

Apesar da EW estar mais associada a doentes alcoólicos, este é um diagnóstico a não esquecer em doentes com desnutrição grave, quando se apresentam com síndrome confusional e alterações oculomotoras. O seu tratamento é urgente para evitar morbilidade

neurológica e evolução irreversível, baseado na suplementação de tiamina e optimização nutricional.

Nº 155 Nem tudo o que parece é: um AVC da ponte "dissimulado"

Catarina Silva(1); André Carvalho(1); Mariana Farinha(1); Alexandra Nascimento(1); Sara Faria(1); Abílio Gonçalves(1); Ferraz e Sousa(1)

(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: Os stroke mimics são síndromes neurológicas não vasculares que simulam um AVC. Os autores apresentam um caso clínico de um mimetizador de AVC da ponte, cujo diagnóstico/atuação precoce contribuíram para um bom desfecho no prognóstico final do doente.

Caso clínico: Homem de 6(1) anos, autónomo, recorreu ao serviço de urgência por desequilíbrio e diplopia binocular horizontal. Ao exame objetivo apresentava paresia do VI par esquerdo e hemiataxia apendicular esquerda. Era portador de válvula aórtica mecânica, hipocoagulado com varfarina (INR de 2.4). Realizou angio-tomografia computorizada crânioencefálica (TC-CE) sem identificação de lesão vascular aguda. Admitida provável lesão isquémica protuberancial, em fase isodensa.

Agravamento dos défices no dia seguinte, nomeadamente paresia do membro superior esquerdo de grau 3, dismetria na prova dedo nariz à direita e disfagia para sólidos. Sem lesões na TC CE às 24 horas. Manteve agravamento da oculomotricidade, parésia facial central e paresia do membro superior esquerdo de grau 2. Reflexos osteotendinosos patelares e aquilianos abolidos. Perante agravamento dos défices de forma descendente, ponderou-se a hipótese síndrome de Miller Fischer, sendo transferido ao cuidado da Neurologia para unidade de cuidados intermédios. Não realizou punção lombar por se encontrar sob varfarina que não suspendeu pelo elevado risco embólico associado à prótese valvular mecânica. Iniciou tratamento com imunoglobulina humana e programa intensivo de reabilitação, com melhoria progressiva.

Discussão: A síndrome de Miller Fischer é uma variante rara da síndrome de Guillain-Barré que se caracteriza pela tríade de ataxia da marcha, oftalmoplegia e arreflexia. É uma entidade de difícil diagnóstico cuja intervenção precoce é fundamental, sendo o aparecimento de coma ou perda do controlo dos músculos respiratórios as complicações mais temidas, com invariável mau prognóstico.

Nº 156 Um desafio terapêutico – suspender a terapêutica antiagregante e hipocoagulante?

Joana Camões Neves(1); Filipa Rodrigues(1); Diana Martins(1); Olinda Caetano(1); Isabel Apolinário(1); Marina Alves(1); Paulo Gouveia(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: A terapêutica antiagregante e hipocoagulante é um componente essencial no tratamento e prevenção de várias patologias, como o acidente vascular cerebral (AVC) isquémico. No entanto, perante contra-indicações ao uso desta terapêutica, surge a necessidade de balancear o risco trombótico da sua suspensão *versus* o risco hemorrágico de não o fazer.

Caso Clínico: Mulher de 86 anos, escala de *Rankin* modificada de 2, com

antecedentes de hipertensão arterial, estenose aórtica severa, doença renal crónica estadio 4 e AVC isquémico em Agosto de 2022. A doente foi internada por traqueobronquite e infeção do trato urinário. O internamento foi complicado por hematoma da bainha dos retos 11.5x4.7cm, evidenciado em ecografia abdominal, motivo pelo qual suspendeu a dupla anti-agregação plaquetária que cumpria habitualmente e enoxaparina profilática. Passados seis dias de internamento, a doente apresentou quadro de hemiparesia direita, desvio conjugado do olhar para a esquerda, com reflexo cutâneo-plantar extensor à direita e flexor à esquerda. Foi ativada a via verde AVC intra-hospitalar, e realizadas tomografia computarizada (TC) crânio-encefálica e angioTC de crânio que identificaram défice de perfusão no território carotídeo esquerdo, sem enfarte agudo estabelecido. Pelo hematoma da bainha dos retos, a trombólise encontrava-se contraindicada. Realizou angioplastia com stent da artéria carótida interna esquerda, que decorreu sem intercorrências. A TC crânio-encefálica após intervenção não evidenciou complicações.

Discussão: Este caso ilustra uma situação desafiante e de difícil gestão na prática clínica, faltando evidência científica nesta área para auxiliar na tomada de decisão. É crucial ponderar individualmente os riscos e benefícios de não suspender a terapêutica antiagregante e hipocoagulante num doente com um hematoma de novo, e o risco da sua suspensão e consequente aparecimento de eventos trombóticos.

Nº 157 Demência rapidamente progressiva - um caso de doença de Creutzfeldt-Jakob

Sofia Sequeira(1); Ricardo Jorge Sousa(1); Mariana Seco(1); Paula Salgado(1); Mariana Gradim(1); Manuela Mendes(1); Rute Morais Ferreira(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

As demências rapidamente progressivas são raras e com extremo impacto pessoal e familiar, dada a gravidade que habitualmente as caracteriza. A investigação etiológica deve ser dirigida, mas extensa, para exclusão de causas tratáveis. São várias as possíveis etiologias, entre as quais a doença de Creutzfeldt-Jacob (DCJ).

Apresenta-se o caso de uma mulher de 76 anos, com um quadro caracterizado por desequilíbrio da marcha com quedas, alterações cognitivas com compromisso executivo e mnésico, alterações comportamentais, e alteração do sono, de evolução progressiva em cerca de 6 meses.

Na admissão ao internamento apresentava deterioração cognitiva com desorientação temporoespacial, défice mnésico, acalculia, apraxia ideomotora e sinais de libertação frontal. Associava-se tremor postural e intencional das mãos, sem rigidez e sem bradicinesia, e ataxia da marcha. Poucos dias depois, foram também observadas mioclonias estímulo-sensíveis.

Realizou extensa investigação de que se salienta ressonância magnética crânio-encefálica a demonstrar hipersinal em FLAIR e DWI nos núcleos lenticulares, caudado, pulvinar e núcleos talâmicos dorso-mediais bilateralmente, bem como hipersinal em DWI em regiões corticais frontais bilateralmente. O electroencefalograma não evidenciou atividade periódica. O estudo citoquímico do líquido cefalorraquidiano foi normal, mas a proteína 14.3.3 foi positiva, apresentando também elevação marcada da proteína tau total (2070), com tau fosforilada normal.

Os estudos para causas infeciosas, inflamatórias, neoplásicas e paraneoplásicas foram negativos.

Apresentamos um quadro de demência rapidamente progressiva por provável DCJ (com 2 critérios clínicos e 2 critérios em exames complementares de diagnóstico). O diagnóstico definitivo pressupõe estudo neuropatológico *post-mortem*, cujo resultado se aguarda. Com este caso pretendemos salientar a necessidade de extensa investigação

etiológica em demências rapidamente progressivas.

Nº 158 O que esconde o coração num AVC?

Carlos Rego Gonçalves(1); Ana Sofia Ferreia(1); André Calheiros(1); José Carlos Veloso(1); Paula Brandão(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima

A definição dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) em idade jovem é incerta, pois o limite superior de idade vai desde os 40 aos 55 anos. A incidência dos AVC em idade jovem tem vindo a aumentar e atualmente correspondem a cerca de 5 a 30% de todos os AVC.

Relata-se o caso de um homem, 49 anos, antecedentes de dislipidemia não medicada. Praticante de atletismo federado. Seguido em vigilância em Consulta Externa de Infecciologia após diagnóstico e tratamento de sífilis latente tardia em 2015, sem recidiva.

Recorreu ao Serviço de Urgência por hemiparésia esquerda e disartria com três horas e meia de evolução. Visto bem pelos familiares no dia anterior, à noite. Ativada Via Verde AVC. À admissão na Sala de Emergência com disartria, desvio do olhar preferencial para a direita que desfazia. Com parésia facial central esquerda, protusão da língua com desvio para a direita, hemiparésia esquerda de predomínio braquial (grau 3 MSE, grau 4 MIE), hemihipostesia esquerda e reflexo cutâneo-plantar em extensão à esquerda. Restante exame neurológico sem alterações. NIHSS de 7. Hemodinamicamente estável à admissão, sem outras alterações ao exame objetivo. ECG em RS. Realizou TC CE e AngioTC com sinais de oclusão de grande vaso intracraniano, com trombo em M2 distal à direita. Realizou tratamento endovascular, com recanalização completa com TC CE de controlo às 24h evidenciasse "pequeno enfarte agudo corticossubcortical frontoinsular direito"

Do estudo realizado a destacar a dislipidemia, VS e serologias víricas negativas. Estudos de autoimunidade e estados pró-trombóticos negativos.

O ecocardiograma transtorácico demonstrou um septo interauricular fino e móvel, de aspeto aneurismático, e ao nível do seu bordo antero-superior um achado compatível com comunicação interauricular do tipo Ostium Secundum.

Com boa evolução clínica durante o internamento e com resolução completa dos défices neurológicos. NIHSS 0.

Este caso realça a importância do estudo etiológico dos Acidentes Vasculares Isquémicos. Consoante os resultados da primeira avaliação, e dependendo do contexto clínico do AVC, pode ser pertinente um segunda ou até terceira revisão etiológica. Mesmo após uma avaliação extensa, cerca de um terço dos AVC em idade jovem são de etiologia indeterminada.

Nº 159 Síndrome de Wallenberg – Um caso de um AVC com síncope.

Marta Noronha Carvalho(1); Dra Rita Ribeiro, Dra. Márcia Pereira, Dr. António Mesquita, Dr. Miguel Pinheiro, Dr. Pedro Caiado, Dr. Augusto Ribeirinho, Dr. Vitor Brotas(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: SW também conhecida como síndrome da artéria cerebelar posterior inferior, tem etiologia em um AVC na artéria vertebral ou posterior inferior do cerebelo do tronco cerebral. Esta síndrome se caracteriza por problemas sensoriais que acomete o tronco e as extremidades contralateral, e déficits sensoriais que afetam a face e os nervos

cranianos ipsilateral. É importante destacar que é uma síndrome vascular mais frequente da circulação posterior que pode trazer comprometimento da porção lateral do bulbo.

Caso clínico: Homem de meia idade foi ao SU por 2 episódios de síncope, sem pródromos. Mencionou vertigem e instabilidade na marcha. De antecedentes tinha obesidade, hipertensão e transplante hepatico por cirrose alcoólica. No exame físico nistagmos multidirecional, ptose OD, mioses, perda de sensibilidade dolorosa e térmica do hemicorpo esquerdo (poupando a face) e hemiataxia cerebelosa direita. Romberg negativo. Sinais vitais normais. Angio TC-CE e de pescoço revelou uma artéria vertebral esquerda hipoplásica. RM-lesão hiperintensa na região bulbar inferior lateral direita com difusão restrita. Analiticamente, ECG, Holter e ETT bem. DVP negativo para síndrome de sequestro da subclávia e disseção arterial. O diagnóstico foi AVC agudo por oclusão da artéria cerebelar direita posterior inferior. A apresentação clínica foi compatível com Síndrome de Wallenberg.

Discussão: A sincope é perda transitória e limitada de consciência causada por uma queda abrupta da perfusão cerebral. A maioria das sincope são mediadas por reflexos, hipotensão ortostática e cardiogénica.Uma notável exceção é o síndrome de sequestro da subclávia.

Conclusão: O AVC é uma causa rara de síncope. Défices neurológicos persistentes devem fazer com que se considerar AVC como causa de síncope. Síncope pode ser uma forma de apresentação de Síndrome de Wallenberg, ou infarto medular lateral secundário a disfunção autonómica

Nº 160 "Pontine warning syndrome": uma entidade rara

MARIANA CAMPOS LOBO(1); Ângelo Fonseca(1); Cristina Duque(1); Adriana Alves(1); Luísa Guerreiro(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Os *stroke warning syndromes* consistem em episódios de curta duração de défices neurológicos focais. Existe uma probabilidade de 42% de evolução para enfarte cerebral nas 3 semanas após início dos défices. Dentro deste grupo podemos ter o *Pontine warning syndrome* (PWS), como o caso que aqui apresentamos.

Homem de 56 anos com antecedentes de obesidade e tabagismo ativo (45 UMA) apresenta episódios com duração de 10 minutos de parestesias e diminuição da força no hemicorpo direito, associado a vertigem. À admissão com exame neurológico normal (NIHSS 0). Tomografia computarizada cerebral mostrou apenas lacuna isquémica lenticular posterior esquerda e angiotomografia cerebral e dos vasos supra-aórticos sem oclusões de grande vaso. Durante o internamento desenvolve transitoriamente ataxia dos membros inferiores (NIHSS 2). Repetida tomografia cerebral que mostrou hipodensidade pôntica central paramediana esquerda. Monitorização electrocadiográfica em ritmo sinusal. Analiticamente com dislipidemia e diabetes de novo. Foi assumido AVC isquémico precedido de PWS, tendo iniciado dupla antiagregação e estatina de alta potência. Alta após 4 dias de internamento, sem défices neurológicos.

PWS consiste em múltiplos eventos de défice motor ou sensitivo, disartia ou oftalmoplegia que podem culminar em enfarte cerebral da ponte. Desconhece-se ainda a fisiopatologia exacta, mas a hipotése mais aceite é a hipoperfusão causada pela doença da artéria basilar e ainda desregulação na área cerebral afectada. Relativamente ao tratamento não há consenso, tendo como opções a trombólise, mais frequentemente usada em doentes com défices, ou a dupla antiagregação. Contudo, existe consenso no controlo tensional menos rigoroso de forma a evitar hipoperfusão cerebral. Esta entidade é subdiagnosticada, sendo que apenas o diagnóstico atempado melhora o seu prognóstico.

Assim, é necessário ainda mais estudos relativamente ao tratamento para melhorar o desfecho nestes doentes.

Nº 161 Top NOTCH no diagnóstico

João Faustino(1); Raquel Vieira(1); Eva Brandão(2); Cláudia Rosado(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

Introdução: Arteriopatia cerebral autossómica dominante com enfartes subcorticais e leucoencefalopatia (CADASIL) é a doença de pequenos vasos cerebrais hereditária mais comum, causada por mutações no gene NOTCH3. As suas manifestações clínicas iniciam-se tipicamente em adultos jovens e incluem enxaqueca com aura, acidentes isquémicos transitórios (AIT) e acidentes vasculares cerebrais recorrentes, perturbações psiquiátricas e demência

Case report: Apresenta-se uma mulher de 30 anos com antecedentes de enxaqueca recorrente com aura e perturbação depressiva. Concomitantemente com antecedente de parto prematuro e que se apresenta em consulta referenciada pelo médico assistente por cefaleias e tomografia computorizada (TC) cerebral revelando hipotransparência na substância branca, sugerindo lesões anóxicas periparto. Realizou ressonância magnética cerebral que mostrou focos de hipersinal da substancia branca, predominantemente subcortical e mais acentuadamente da regiao frontal, bem como das coroas radiadas, refletindo alterações glióticas difusas de natureza isquémica, possivelmente enquadradas em contexto de vasculite, uma vez que lesões anóxicas são corticais e acometem os nucelos cinzentos. Tendo em conta achados imagiológicos, idade e sintomas, foi pesquisada mutação do gene NOTCH 3 que confirmou diagnostico de CADASIL. Iniciada terapêutica com Clopidogrel e Atorvastatina.

Discussão: Individuos jovens com enxaqueca e alterações na TC comummente realizada no serviço urgência devem levantar suspeita de possível vasculopatia e ponderar estudo genético, uma vez que confirmado diagnóstico de CADASIL torna-se relevante o controlo de fatores de risco cardiovasculares com aspirina e estatina por forma a minimizar eventos cerebrovasculares futuros e orientação para aconselhamento genético.

Nº 162 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(5); Catarina Guimarães(5); Elena Molinos(5)

(1) MEDICINA - ULS MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO (2) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (3) IPO Porto (4) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (5) Hospital Pedro Hispano

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. Analicamente 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 lenficação 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.

Nº 163 Um caso invulgar de cefaleia secundária

Gonçalo Martins e Pereira(1); Fabio Pe D Arca Barbosa(1); Catarina Araújo(1); Sara Damião(1); Cláudia Santos(1); Luís Antunes(1); Francisca Delerue(1)

(1) HOSP. GARCIA DE ORTA

Introdução: A abordagem diagnóstica da cefaleia pode revelar-se complexa, sendo importante a exclusão de causas secundárias na presença de sinais de gravidade.

Caso Clínico: Mulher de 63 anos, obesa, com hipertensão arterial mal controlada, doença renal crónica e cefaleia crónica em estudo. Internada por urgência hipertensiva e agravamento da cefaleia com ortostatismo e manobra de Valsalva, de intensidade máxima e de predomínio frontal esquerdo, retro-ocular e occipital. Referia rinorreia aquosa esquerda com anos de evolução. Exibia dor à percussão do seio maxilar esquerdo e edema papilar bilateral. Realizou exame de imagem com deteção de meningoencefalocelo por defeito ósseo da fossa olfativa esquerda e sinais de hipotensão liquórica. A análise do corrimento nasal foi compatível com rinorráquia. Realizou punção lombar com pressão de abertura aumentada, apesar de pouco fidedigna por saída de líquor com conteúdo hemático. A polissonografia do sono demonstrou Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) grave. Recebeu vacinação anti-pneumocócica como medida preventiva de meningite pneumocócica. A doente foi proposta para correção cirúrgica da fístula, seguida de início de CPAP noturno.

Discussão: A alteração das características da cefaleia crónica desta doente constitui um sinal de alarme e demonstra a importância do diagnóstico diferencial da cefaleia e a complexidade na identificação de causas raras de uma cefaleia de longa duração.

Perante achados clínicos e imagiológicos contraditórios, revelou-se um desafio diagnóstico a distinção entre hipertensão e hipotensão intracranianas como causa da cefaleia.

Os autores colocam como hipótese que a SAOS grave estaria a causar ou agravar uma hipertensão intracraniana crónica, com possibilidade de formação de fístula de líquor e consequente quadro de hipotensão liquórica. Evidencia-se a relevância do controlo atempado da SAOS na prevenção e tratamento das suas complicações.

Nº 164 Coincidência ou relação – a

propósito de um AVC no adulto jovem

Sofia Santos Pereira(1); Elisa Almeida Veigas(1); Hélia Mateus(1); Ana Gomes(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A trombose venosa cerebral é um tipo relativamente raro de acidente vascular cerebral (AVC). A incidência é maior na terceira década de vida com uma razão entre os sexos masculino\feminino de 1.5-5. O acometimento de mulheres jovens é importante, fato que pode ser atribuído ao uso de anticoncecionais orais, principal fator de risco associado.

Apresentamos o caso de uma mulher de 28, obesa e com diagnóstico recente da síndrome genética Neoplasia Endócrina Múltipla tipo I em contexto de macroprolactinoma e hiperpatirodismo. Habitualmente medicada com cabergolina, levotiroxina e drospirenona/etinilestradiol. Recorreu ao serviço de urgência por cefaleia frontemporal esquerda, constante, com dois de evolução, e de agravamento progressivo, associada a sensação de diminuição da acuidade auditiva ipsilateral. Não apresentava défices neurológicos ao exame objetivo. Realizou TAC e angioTAC cranioencefálico que não tinham alterações. Realizou seguidamente venoTAC que mostrou trombose venosa dos seios lateral e sigmóide esquerdos. Apresentou boa evolução clínica com internamento de curta duração na unidade de AVC no nosso centro hospitalar. Foi iniciada terapêutica hipocoagulante e ajustada terapêutica anticoncecional. Do estudo complementar disponível até data, todo ele negativo, nomeadamente angiotensina II.

O diagnóstico precoce de AVC nos jovens permanece difícil. Destacamos com este caso clínico a necessidade de sensibilização da equipa de saúde para esta problemática, especialmente com a concomitante emergência de fatores de risco em adultos jovens relacionados com a epidemia da obesidade.

Nº 165 Défices nutricionais e encefalopatia – a propósito de um caso clínico

Luís Neves da Silva(1); Ana Luís Vasconcelos(1); Margarida Monteiro(1); Rosário Araújo(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: O défice de vitaminas do complexo B, como a tiamina, B12 ou ácido fólico, está bem descrito na literatura como causa de encefalopatia. Enquanto a encefalopatia por défice de tiamina (Wernicke) classicamente se manifesta com a tríade de encefalopatia, ataxia da marcha e disfunção ocular, a encefalopatia relacionada com o défice de B12 e/ou ácido fólico está frequentemente associada a sintomas neuropsiquiátricos como a psicose.

Caso Clínico: Sexo feminino, 65 anos de idade, autónoma, com antecedentes relevantes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, obesidade, tabagismo, síndrome depressivo e prótese da anca esquerda. Internamento por fratura periprotésica com indicação para imobilização no leito durante 2 meses. Desde a alta com humor depressivo e anorexia. Novo internamento 2 meses depois do último, por hipocalemia e intolerância alimentar por gastroenterite aguda. Dez dias depois da alta veio ao serviço de urgência por manter anorexia, mas também por esquecimentos, apatia, insónia, períodos de agressividade, delírios e alucinações visuais. Ao exame físico foi notado nistagmo horizontal e vertical. Realizou TC-CE que não mostrou alterações de relevo. Iniciou reposição de tiamina na suspeita de encefalopatia de Wernicke. Do restante estudo a destacar anemia (Hb 11,7 g/dL, normocítica), défice de B12 (186 pg/mL) e ácido fólico

(1.7 ng/mL), tendo iniciado suplementação. A RMN-CE realizada 4 dias após a admissão não demonstrou alterações. No início do internamento manteve sinais de encefalopatia, episódios psicóticos com delírios persecutórios e alucinações visuais e, ainda, nistagmo, achados estes que se foram esgotando durante uma semana.

Discussão: Este caso ilustra uma paciente que, após fratura periprotésica e consequente limitação na sua atividade diária, apresentou agravamento de humor depressivo levando a anorexia e posterior desenvolvimento de vários sinais neuropsiquiátricos e nistagmo, interpretados como decorrentes de défices de tiamina, B12 e ácido fólico por malnutrição, hipótese esta reforçada pela reversão dos achados após suplementação. Assim, este caso relembra a importância de pensar em défices nutricionais de vitaminas do complexo B, como causas potencialmente reversíveis de sintomatologia neuropsiquiátrica.

Nº 166 Romboencefalite por Listeria: a propósito de um caso

Ana Rita de Oliveira(1); Rita Vilar da Mota(1); Miguel Reis Costa(1); Nuno Pardal(1); Marta Batoca Sousa(1); Ângela Paredes Ferreira(1); Daniela Salgueiro(1); Luís Rufo da Costa(1); Pedro Correia(1); Ana Rita Cambão(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital Santa Luzia

A infeção do sistema nervoso central(SNC) por *Listeria monocytogenes* apresenta-se mais comumente como meningoencefalite e pode ter envolvimento generalizado do SNC ou, mais raramente, focal do tronco encefálico – romboencefalite. O curso clínico é bifásico: inicialmente apresenta sintomas não específicos e depois sintomas neurológicos (sinais do tronco encefálico progressivos e défices de pares cranianos).

Mulher, 68 anos, crudívora, com esclerose sistémica medicada com prednisolona 7,5mg/dia. Admitida no serviço urgência por astenia, febre e cervicalgia com 3 dias de evolução. À admissão, T38,1ºC, prostrada, com abertura ocular a estímulo verbal, emitindo monossílabos, rigidez da nuca e *Brudzinski* positivo. TC crânioencefálica(CE) sem alterações e punção lombar com consumo de glicose, proteinorráquia e pleocitose (170*mm3*). Medicada empiricamente com ampicilina, ceftriaxone e dexametasona. Nas primeiras 48h, exibiu melhoria do estado de consciência, resolução de cefaleias e apirexia. Ao 3º dia de internamento, inicia clínica de tonturas, incapacidade de se manter sentada sem suporte e desequilíbrio com queda para o lado direito. Ao exame neurológico (EN): lentificação psicomotora, disfonia e disartria ligeira, parésia facial periférica direita com sinal de Bell, nistagmo horizontal e vertical, visão turva e diplopia, e disfagia para líquidos. Conhecido o isolamento de *Listeria monocytogenes* em cultural do líquor, alterando-se terapêutica para ampicilina e gentamicina. Dadas as alterações no EN, foi solicitada RM CE e verifica-se lesão hipersinal em T2 ao nível da hemiprotuberância, hemibulbo à direita, pedúnculo cerebeloso médio e porção lateral da medula oblongata, achados consistentes com romboencefalite.

O caso relata uma manifestação rara da infeção por *Listeria* que apresenta 30% de mortalidade apesar de tratamento e, nos que sobrevivem, têm o risco de ficar com sequelas. É então, importante o diagnóstico e tratamento rápido para assegurar um melhor prognóstico.

Nº 167 Quando o AVC não é o que parece

Dra. Mafalda Ferreira(1); Mafalda Neves(1); Joana Gamelas de Carvalho(1); Diana Brites(1); Olga Korobka(1); Raquel David(1); Paulo Costa(1); Manuel Carvalho(1); Maria Eugénia André(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

A embolização secundária a endocardite infeciosa (EI) é frequente. As complicações neurológicas, das quais o acidente vascular cerebral (AVC) isquémico, são as complicações mais frequentes. Dos fatores de risco para embolização cerebral, destacam-se: EI por *S. aureus*, tamanho da vegetação e afetação mitral. As lesões isquémicas costumam ser corticosubcorticais, afetam múltiplos territórios vasculares e têm estadios diferentes.

Homem, 49 anos, quadro de desorientação (2 dias), hemiparesia esquerda, paresia facial central esquerda e disartria desde há 5 horas.

Antecedentes: doença hepática crónica, toxicofilia e internamento recente por hemorragia digestiva alta (HDA).

O doente estava consciente, orientado, com hemianopsia homónima e ataxia à esquerda (além da sintomatologia descrita).

A TC-CE revelou enfarte subagudo corticosubcortical parietal esquerdo. Dado episódio recente de HDA e a possibilidade de isquemia em vários territórios, sem indicação para terapêutica de reperfusão, tendo sido admitido em Unidade de AVC.

No 1º dia, são identificadas lesões de Janeway; pondo-se a hipótese diagnóstica de EI. O ecocardiograma transtorácico mostrou espessamento dos folhetos das válvulas mitral e tricúspide. Repetiu-se TC-CE que mostrou novas lesões isquémicas precentral e frontal média direita.

Por suspeita de AVC por êmbolos sépticos, com ponto de partida em EI em válvula nativa em doente toxicofílico, iniciou-se terapêutica empírica (vancomicina e gentamicina) e admitiu-se o doente em Unidade de Cuidados Intensivos.

Para descartar embolização noutros órgãos, fez-se angio-TC-TAP, que mostrou um tromboembolismo pulmonar difuso e embolização esplénica e renal. As hemoculturas eram positivas para *S. aureus*.

Ao longo do internamento, teve agravamento clínico, evoluindo para choque séptico, acabando por falecer ao 7º dia.

Perante isquemia em múltiplos territórios, deve pensar-se na EI como possível causa do quadro. A antibioterapia precoce reduz a elevada morbimortalidade destes casos.

Nº 168 Parestesias: a importância de um exame objetivo cuidado

Ângela S. Almeida(1); Anabela Carvalho(1); Laura Castro(1); Elisa Torres(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira

As parestesias refletem uma percepção sensorial anormal decorrente de alguma alteração da condução do estímulo sensitivo em algum ponto entre o córtex cerebral e o nervo periférico e podem estar presentes em neuropatias de diferentes etiologias, nomeadamente cerebrovasculares ou musculo-esqueléticas. Distúrbios musculo-esqueléticos relacionados com a atividade profissional (em inglês, WMSD) são muito frequentes nos profissionais de saúde, em virtude de posturas inadequadas, ritmo acelerado de trabalho, movimentos repetitivos, entre outros, podendo manifestar-se como queixas álgicas ou neurológicas.

Feminino, 32 anos, enfermeira, sem antecedentes e sem medicação habitual, refere parestesias e hipostesia dos membros superior e inferior direitos no decorrer da sua atividade profissional, limitantes, sem défices motores associados e sem outras queixas. Do estudo etiológico efetuado, de referir estudo analítico sem alterações (incluindo fatores de risco vascular, despistes serológicos, alterações endócrinas e défices vitamínicos); angioTC crânio-encefálica e de troncos supra-aórticos sem alterações agudas ou crónicas; RMN-CE sem lesões suspeitas de foro gliótico-isquémico, vasculítico, desmielinizante ou neoplásico; punção lombar sem alterações. Durante o internamento, ao exame físico mais detalhado objetivada tensão muscular exuberante na região escapular e do ombro direito, bem como na região glútea e face posterior do membro inferior direito, até abaixo do nível do joelho, com graves contraturas musculares dos músculos peitoral menor, elevador da omoplata, piriforme e solear, à direita, cuja pressão mimetizava as queixas referidas. Apresentou melhoria progressiva durante permanência na enfermaria, com resolução das queixas após início de reabilitação.

Os WMSD podem apresentar-se de diversas formas, podendo alguns dos seus sintomas mimetizar situações clínicas graves, como eventos cerebrovasculares, cujo despiste célere é fundamental. Deste modo, é crucial uma história clínica detalhada e um exame objetivo minucioso, de modo a garantir um diagnóstico diferencial completo que permita não só excluir situações potencialmente graves, mas também orientar atitudes e terapêutica de acordo com os achados encontrados.

Nº 169 Trombose de seios venosos – a propósito de um caso de AVC no adulto jovem

Sofia Santos Pereira(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A Trombose venosa cerebral (TVC) é uma condição rara, constituindo menos de 1% dos Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). O uso de anticoncecionais orais e a mutação do gene da protombina (G20210A) são fatores de risco significativos para o seu desenvolvimento e devem ser investigados rotineiramente. Estima-se, todavia, que em 15% dos casos a causa da TVC não possa ser identificada.

Apresentamos o caso de uma mulher de 23 anos, com história pessoal de doença de Stargardt e doença autoimune em estudo (suspeita Lupus Eritematoso Sistémico). Sem antecedentes do foro ginecológico e ou familiares relevantes. Sem medicação habitual. Observada no serviço de urgência por quadro de cefaleia hemicraneana direita (END 3/10). Realizou veno-TAC que revelou ausência de preenchimento do seio lateral com extensão ao golfo da jugular e à origem da veia jugular interna refletindo trombose; associada, também, a defeito de preenchimento parcial da torcula e do seio reto tradutora, igualmente, trombose, não completa nestas localizações. Iniciou hipocoagulação. Estudo complementar disponível até ao momento negativo (antitrombina III, proteínas C e S, fator V de Leiden e protrombinémia G202210). Apresentou boa evolução global com alta ao 7º dia de internamento, sem défices neurológicos.

O AVC nos adultos jovens são considerados uma patologia rara. A sua abordagem etiológica representa frequentemente um desafio clínico devendo, simultaneamente, ter em conta a heterogeneidade das causas bem como a hierarquização de acordo com o contexto clínico em que este se apresenta.

Nº 170 Sobrecarga Infeciosa – um caso de Sindrome Guillain- Barré variante axonal motora aguda – SGB AMAN

Ana Teresa Guimarães Abreu Ferreira da Rocha(1); Micaela Sousa(1); Pedro Simões(1); João Morais Lopes(1); Ana Raquel Figueiredo(1); Rita Silva(1); Miriam Blanco(1)

(1) Unidade local saude Nordeste, hospital Bragança

Introdução: A Sindrome de Guillain-Barré (SGB) sendo uma polirradiculoneuropatia periférica adquirida de origem imunomediada, apresenta um espectro clínico heterogêneo com vários subtipos. A variante axonal motora pura (AMAN) representa cerca de 10% dos casos, onde não ocorrem sintomas sensitivos e a fisiopatologia não está relacionada com a desmielinização mas sim com a lesão axonal relacionada a anticorpos IgG anti--GM(1) e IgG anti-GD1a. O seguinte caso apresenta um doente com diagnóstico clínico e eletrofisiológico de neuropatia aguda motora após quadro infecioso

Caso Clínico: Masculino, 77 anos. Autónomo e sem antecedentes pessoais de relevo. Internado por colite infeciosa com isolamento de clostridium difficile, adenovirus, rotavirus e infeçao Sars-Cov2. Após 1(1) dias de internamento a realizar antibioterapia oral inicia quadro com queixas álgicas intensas dos membros superiores com posterior diminuição da força associada. Realizada imagem da coluna cervical sem alteracões. Posteriormente desenvolvimento de arreflexia com agravamento progressivo, sem defices sensitivos ou parestesias associados. Realizada punção lombar com proteinorraquia muito ligeira. Eletromiografia com achados caracteristico de SGB variante AMAN. Iniciou tratamento com imunoglobulinas e reabilitação motora com melhoria progressiva dos defices

Discussão: Pela clínica apresentada não ser comum, este caso clinico reflete a importancia de uma anamnese e exame físico detalhados, assim como o enquadramento clinico para o diagnóstico presuntivo da SGB. O reconhecimento precoce da SGB deve ser feito com o objetivo de permitir a realização do tratamento em tempo hábil para aumentar a rapidez da recuperação

Nº 171 Polineuropatia sensitiva periférica secundária a estatina

Maria Margarida Andrade(1); Rita Tinoco Magalhães(1); Rita Valadas(1); Rita Rosado Sobral(1); Sara Freire(1); Diogo Cruz(1)

(1) Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: A miopatia é o efeito adverso mais comum das estatinas, mas a associação com patologia do sistema nervoso periférico tem vindo a ser reportada na literatura. A polineuropatia sensitiva periférica secundária a estatina é uma condição rara, mas grave, pelo que os autores apresentam um caso ilustrativo.

Caso Clínico: Homem de 38 anos, não diabético, sem hábitos toxifílicos, com hipercolesterolémia familiar heterozigótica (mutação LDL:EX16_18del), sem terapêutica dirigida pelo que foi referenciado à Unidade de Risco Cardiovascular. O perfil lipídico na ausência de terapêutica hipolipemiante era colesterol total 285mg/dL, colesterol-HDL 55mg/dL, colesterol-LDL 235mg/dL, triglicéridos 470mg/dL, lipoproteína (a) 42,9mg/dL. Por apresentar alto risco cardiovascular, iniciou terapêutica com rosuvastatina 20mg e ezetimiba 10mg. Após três semanas de terapêutica, por apresentar colesterol-LDL de 190mg/dL, aumentou-se a dose de estatina para 40mg por dia, dada a ausência de efeitos adversos. Às seis semanas, desenvolveu diminuição da sensibilidade no membro inferior direito.

Ao exame neurológico, destacava-se hipostesia álgica na perna direita. Analiticamente apresentava doseamento de vitamina B12 e hemoglobina glicada normais. Admitiu-se polineuropatia sensitiva periférica, potencialmente secundária a estatina. Foi suspensa a terapêutica com esta classe farmacológica, mantendo ezetimiba, tendo-se verificado recuperação completa da sensibilidade após dois meses. Iniciou evolocumab para controlo da dislipidémia.

Discussão: Existe controvérsia quanto ao papel dos inibidores da HMG coenzima A redutase no desenvolvimento de neuropatia periférica. A depleção de colesterol da membrana neuronal, redução da coenzima Q10 e inibição da síntese da ubiquitinona são vias fisiopatológicas potencialmente envolvidas. A investigação da neuropatia é fulcral para determinar a relação de causalidade com a estatina e a necessidade da sua suspensão.

Nº 172 CONSEQUENCIAS (I)REVERSÍVEIS

Paula Mesquita(1); Raquel M. Vieira(1); Sara P. Bravo(1); Daniela Ribeiro Alves(1); Mónica Mata(1); Tiago Rabadão(1)

(1) Hospital de Aveiro

Introdução: Síndrome de Desmielinização Osmótica (SDO) é caracterizada pela ocorrência de lesões desmielinizantes agudas das células da ponte secundária a oscilações abruptas da osmolaridade sérica. O principal mecanismo é a rápida correção da hiponatremia, maioritariamente em casos de défice crónico. Os sintomas surgem 2 a 6 dias após a correção inadequada com atingimento do tronco, e consequente tetraplegia e paralisia pseudobulbar.

Ao contrário do habitualmente descrito, a interna apresenta um caso de SDO secundária a hipernatremia aguda de difícil correção em contexto infecioso.

Caso Clínico: Homem de 66 anos, parcialmente dependente, diabético com dislipidemia, litíase renal e hidrocefalia de pressão normal. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de febre, recusa alimentar e disúria com 2 dias de evolução. Laboratorialmente, apresentava hipernatremia, lesão renal aguda (LRA) e diabetes descompensada em contexto de infeção do trato urinário. Internado sob fluidoterapia e antibioterapia, com resolução do quadro infecioso e da LRA, com hipernatremia mantida. Ao 13º dia, iniciou quadro de tetraparésia flácida e hiperreflexidade com depressão do estado de consciência e necessidade de entubação nasogástrica. Realizadas várias TC-CE, sem alterações de novo. Ao 18º dia, apresentou resolução da hipernatremia. Realizado eletroencefalograma: lentificação difusa da atividade elétrica cerebral e ausência de atividade epilética. Doente com melhoria gradual da sintomatologia, no entanto com maior dependência face à admissão.

Solicitada RM-CE que realizou em ambulatório: "marcada hidrocefalia supratentorial, de modo global e discretamente assimétrico por maior expressão à direita, incluindo preferencialmente os prolongamentos frontais, corpo ventricular lateral e terceiro ventrículo (...)".

Atualmente, sem défices neurológicos, com recuperação da força muscular e sem necessidade de sonda nasogástrica.

Discussão: Admitida, em reunião multidisciplinar, SDO secundária a correção difícil de hipernatremia.

O caso demonstra uma associação rara e pouco previsível, mas já descrita em casos pontuais, na qual se destaca a importância do diagnóstico precoce e da realização atempada dos exames complementares.

Nº 173 Mioclonias secundárias a toxicidade por amantidina

Eulália Antunes(1); Ana Isabel Machado(1); Joana Lopes(1); Rui Jorge Silva(1); Carla Margarida Carvalho(1); Sofia Caridade(1); Isabel Silva(1)

(1) Hospital Braga

Mioclonias são definidas como espasmos repentinos num grupo de músculos. Existem várias etiologias para mioclonias, incluindo distúrbios metabólicos, hipoxia ou toxicidade medicamentosa.

Homem de 86 anos, com antecedentes de Diabetes *mellitus* tipo2 não insulinotratada e doença de Parkinson, sob levodopa/carbidopa 50/200mg 4xdia e amantidina 100mg 3xdia. Doente enviado ao serviço de urgência(SU) por contrações musculares involuntárias, sendo levantada a suspeita de crise convulsiva inaugural. Realizou TC CE que não revelou alterações agudas e o eletroencefalograma evidenciou registo de dois períodos de tremor do membro superior direito, sem correspondente atividade epileptiforme contralateral. Apesar dos achados, o doente teve alta, medicado com levetiracetam 1000mg. Após 3dias, regressou ao SU por manter quadro de contrações musculares nos membros direitos. Desta vez, observados espasmos rápidos e repentinos em ambos os membros compatíveis com abalos mioclónicos. Referido ainda história de diarreia com (1) semana de evolução, sem outra sintomatologia associada. O estudo analítico revelou lesão renal aguda (creatinina 2.4mg/dL;ureia 135mg/dL), sem outras alterações de relevo, nomeadamente hiperglicemia ou outros distúrbios metabólicos. Assim, interpretadas mioclonias no contexto de toxicidade à amantidina face ao agravamento da função renal. O doente ficou internado no serviço de Medicina Interna, tendo realizado hidratação endovenosa e *wash out* do fármaco com resolução do quadro.

As mioclonias podem ser induzidas por diferentes drogas, incluindo os antiparkinsonicos, tal como levodopa e bromocriptina. As mioclonias associadas à amantidina são mais raras e o seu mecanismo não é claro, mas poderá estar relacionado com a sua ação sobre os recetores NMDA. É, também ainda pouco claro, se as mioclonias são dose dependente, mas, nos casos descritos até à data, parece estar associado ao incremento da dose do fármaco ou à diminuição da taxa de filtração glomerular, tal como no caso descrito

Nº 174 Quando o sangue não flui... – Hiperviscosidade como etiologia rara de AVC

Sara P. Bravo(1); Paula Mesquita(1); Raquel M. Vieira(1); Jéssica S. Krowicki(1); Ana Sofia Montez(1); Filipa Coroado Ferreira(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A poliglobulia define-se como aumento da hemoglobina e/ou hematócrito no sangue periférico. A poliglobulia absoluta deve-se ao aumento do número de eritrócitos e pode subdividir-se em primária (em caso de mutação herdada ou adquirida na eritropoiese) e secundária (causada pela elevação da eritropoetina, em resposta à hipoxia). As manifestações incluem sintomas relacionados com policitemia vera, trombose/hemorragia ou sintomas de hiperviscosidade como ataxia, cefaleia, vertigem, isquemia cerebral, entre outros.

Caso Clínico: Homem, 82 anos, recorreu ao serviço de urgência por disartria, parésia facial central (PFC) esquerda e hemiparesia esquerda de predomínio braquial com 2 horas de evolução. De antecedentes salientam-se flutter auricular hipocoagulado,

hipertensão arterial e poliglobulia em estudo. Ao exame objetivo apresentava-se disártrico, PFC esquerda e hemiparésia esquerda grau 4/5 no membro superior esquerdo (MSE). Analiticamente a destacar Hb 19,1g/dL e Hematócrito 56,6%. Doseamento de rivaroxabano em níveis terapêuticos. Realizou tomografia (TC-CE) e angiotomografia crânio-encefálica computadorizadas sem evidência de alterações. Perante poliglobulia assumido provável contexto de hiperviscosidade sintomática. Fez flebotomia de 450cc de sangue com melhoria dos défices, nomeadamente da disartria e PFC, com manutenção da parésia do MSE (ligeira queda com pronação). Realizou TC-CE às 24h que evidenciou hipodensidade na interface corticossubcortical da circunvalação pré-central direita, configurando provável enfarte lacunar recente. Internado para estudo etiológico do evento e orientado para consulta de Hematologia para estudo da poliglobulia.

Discussão: Expôs-se uma síndrome de hiperviscosidade como provável etiologia de acidente vascular cerebral. A hiperviscosidade sintomática deve ser rapidamente reconhecida e tratada (flebotomia/plasmaferese) para prevenir complicações potencialmente fatais, como eventos tromboembólicos. O tratamento definitivo é dirigido à causa da poliglobulia.

Nº 175 Acidente isquémico transitório como forma de apresentação de dolicoectasia vertebro-basilar

Sara P. Bravo(1); Daniela Ribeiro Alves(1); Juliana V. Nogueira(1); Sérgio Costa Monteiro(1); Leonor Naia(1); Filipa Coroado Ferreira(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A dolicoectasia vertebro-basilar (VB) é uma condição rara, caracterizada pela distensão e tortuosidade das artérias vertebrais/basilar. Manifestações clínicas comuns incluem eventos isquémicos devido a trombose e oclusão das artérias perfurantes, mas também compressão dos nervos cranianos ou hemorragia intracraniana. Sintomas como hemiparesia, acufenos ou ataxia cerebelosa são frequentes. Acidente isquémico transitório (AIT) do sistema VB diz respeito à diminuição transitória (<24h) do fluxo sanguíneo na circulação posterior do cérebro.

Caso Clínico: Homem, 58 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade e esteatose hepática. Admitido na sala de emergência após ter acordado com disartria e desequilíbrio da marcha, sem défices na noite anterior. À admissão hemodinamicamente estável e euglicémico. Ao exame neurológico com disartria ligeira, desequilíbrio e dismetria. Realizou tomografia (TC-CE) e angiotomografia computadorizada (angioTC) crânio-encefálica sem lesão vascular aguda, isquémica ou hemorrágica. Iniciou antiagregação plaquetária e estatina em alta dose. Internado para vigilância e estudo etiológico do evento. Ficou assintomático 6 horas após admissão hospitalar. Do estudo: ecodoppler dos vasos do pescoço evidenciou calcificação dos sifões carotídeos e artérias vertebrais; ecocardiograma transtorácico sem alterações de relevo. Após alta, orientado para consulta de Medicina, onde apresentou, de novo, queixas de acufenos e hipoacusia ligeira. Repetiu TC-CE e angioTC que revelou irregularidade do sistema VB, ectasia e alongamento da artéria basilar. Ressonância magnética CE a demonstrar "dolicoectasia VB com dominância do segmento terminal da artéria vertebral esquerda". Seguimento para controlo de fatores de risco cardiovasculares (FRCV) e orientado para consulta de Neurocirurgia.

Discussão: A dolicoectasia VB é uma entidade rara e os AIT do sistema VB são formas pouco frequentes de apresentação desta condição. Este caso pretende evidenciar causas menos comuns de AIT, bem como a importância de adequado controlo de FRCV.

Nº 176 Síndrome de Guillian-Barré - a propósito de um caso clínico

Beatriz Gonzaga(1); Bruno Silva(2); Inês Araújo(1); José Carlos(3); Ana Elisa Dias(1); Joana Gouveia(1); Sandra Rebelo(1); Ana Valadas(1); Nuno de Vieira e Brito(1); Jorge Gama Prazeres(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Hospital de Loures (3) HOSP. GARCIA DE ORTA

Introdução: A investigação e o diagnóstico diferencial constituem um importante desafio no dia a dia de um médico internista mas frequentemente existem fatores confusionais que tornam esta tarefa mais exigente.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 79 anos, caucasiano, admitido para investigação de mialgias intensas localizadas na coxa bilateralmente e incapacidade para marcha com meses de evolução, em agravamento nos últimos 2 dias, associada a incontinência/urgência miccional. Destacam-se nos antecedentes pessoais um linfoma não Hodgkin tipo linfoma zona marginal/MALT sem terapêutica dirigida, e infecção a vírus da hepatite B sob terapêutica anti-viral.

Ao exame objetivo com dor à palpação da face anterior massas musculares da coxa, bem como à flexão da coxa bilateralmente, e diminuição da força segmentar e global dos membros inferiores (grau 3/4). Laboratorialmente com importante rabdomiólise (CK 12442 U/L), leucocitose (11,90x10^9/L) com neutrofilia, PCR de 15,6 mg/dL e pesquisa de SARS-CoV-2 por RT-PCR positiva. TC da coluna vertebral com suspeita de estenose medular excluída em RM, sem evidência de pneumonia a SARS-CoV2 em TC de tórax.

Durante o internamento realça-se ligeira insuficiência respiratória com necessidade de O2 a 1L/min. Iniciou-se metilprednisolona 60mg/dia empíricamente enquanto aguardava estudo etiológico, embora mantendo agravamento progressivo das queixas. Electromiograma com evidência de polineuropatia periférica sensitivomotora acentuada com componente desmielinizante. Assumido o diagnóstico de Síndrome de Guillian-Barré em contexto de infecção SARS-CoV-2, tendo cumprido 5 dias de imunoglobulina 30gr com resolução das queixas álgicas e recuperação gradual da força muscular sob fisioterapia.

Discussão: O risco de progressão e agravamento com desfecho potencialmente fatal reitera a importância de um diagnóstico e tratamento céleres. Há que valorizar as queixas inespecíficas e manter um raciocínio crítico em relação às hipóteses diagnósticas.

Nº 177 Soluços como manifestação de AVC

Mariana Nunes(1); Ana Maria Carvalho(1); Beatriz Riquito(1); Elisabete Cerqueira(1); Fernanda Linhares(1); Olívia Cardoso(1); Fernando Salvador(1)

(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Introdução: A Síndrome de Wallenberg (SW) é provocada pela oclusão da artéria vertebral ou dos seus ramos, sendo o mais frequente a artéria cerebelar posterior inferior (PICA). Os doentes podem apresentar vertigem, síndrome de Horner, ataxia da marcha, perda de sensibilidade na face ipsilateral e corpo contralateral. A fraqueza dos músculos bulbares também pode fazer parte da clínica, podendo levar a rouquidão e disfagia. É rara a presença de todos estes sintomas em simultâneo, a vertigem pode ser a única queixa. O Gold Standard para o diagnóstico é a Ressonância Magnética (RMN).

Caso Clínico: Homem, 68 anos, hipertenso, Diabetes tipo 2 insulinodependente. Recorreu à Urgência por desequilíbrio na marcha com 3 dias de evolução. Negou

alteração da força muscular, cefaleia, alterações visuais ou outras. Exame objetivo: pressão arterial 203/100 mmHg; Consciente orientado, discurso coerente. Sem assimetrias faciais. Anisocoria. Prova de Romberg positiva com desvio para a direita. Sem alteração força muscular. Marcha com desiquilibrio e base alargada. Angio TAC cerebral sem imagem sugestiva de enfarte. Foi internado para investigação e medicado com dupla antiagregação assumindo-se provável AVC isquémico da circulação posterior. 48 horas após, realizou RMN: "... lesões isquémicas recentes em território posterior, no hemisfério cerebeloso direito e na vertente lateral direita do bolbo raquidiano...irregularidades ateromatosas das artérias cerebrais posteriores com áreas de estenose no segmento P2 e P3 à direita". Ao 9º dia, quadro de singultos incoercíveis, sem resposta a metoclopramida mas com resposta parcial a cloropromazina. Discutido com a Neurologia: a clínica é compatível com o enfarte isquémico do bolbo raquidiano de onde parte o nervo Vago (X par craniano). Assumido Síndrome de Wallenberg. Alta para Unidade de Reabilitação para continuação da fisioterapia. Observado meses mais tarde em consulta muito melhorado mas ainda com ligeira ataxia axial e hemicorporal direita.

Discussão: A vertigem é uma das queixas mais observada na Urgência, muito desvalorizada e assumida como benigna e periférica. Este caso alerta para a necessidade de um exame físico minucioso e investigação complementar dirigida, pois, só através de estudo com RMN foi possível o diagnostico definitivo de AVC da circulação posterior.

Nº 178 Trombose Venosa Cerebral, Diagnóstico a Considerar em Jovem Adulto com Cefaleia

Patrícia Tinoco Araújo(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 – Hospital Santa Luzia

Introdução: Trombose venosa cerebral (TVC) é uma causa importante de AVC em jovens adultos, 2/3 dos casos em mulheres. Clínica variável: cefaleias, vómitos, convulsões, défices neurológicos focais e alteração do estado de consciência. Como fatores de risco: anticoncecional oral (ACO), gravidez, puerpério, trombofilias, infeções, neoplasias, trauma cranioencefálico e doenças inflamatórias

Caso Clínico: Mulher, 19 anos Sem antecedentes de relevo Sob ACO. Observada no SU a 27/11/2022 por cefaleia intensa e vómitos, alta medicada com zolmitriptano. Por manter clínica recorreu novamente ao SU a 29/11. Exame neurológico: dismetria do MSEsq, ataxia visual, parésia VI par, neglect dos défices e comportamento desadequado (euforia/infantilização). Hemograma, função renal, hepática, VS, PCR e coagulação normais. TC-CE: hiperdensidade do seio sagital superior e lateral direito. Veno-TC confirmou TVC. Internada sob hipocoagulação com enoxaparina. Oftalmologia: sem edema da papila. RM-CE: enfartes venosos parietais bilaterais e occipitais à esquerda, sem hidrocefalia. Manteve défices e cefaleia intensa. A 30/1(1) crise tónico-clónica generalizada controlada com levetiracetam. Do estudo: serologias, ANA e ANCA negativos, Igs, eletroforese, complemento, função tiroideia, antitrombina, proteína C sem alterações; mutação fator V e protrombina normais. Proteína S livre diminuída (53,6%) e anticoagulante lúpico positivo (1.3). Anticorpos anti-β2 glicoproteína e anti-cardiolipina negativos. Melhoria progressiva, com resolução da cefaleia. Avaliada por MFR – iniciou terapia ocupacional. Alta sob levetiracetam e esquema de enoxaparina/varfarina. Suspendeu ACO. Orientada para Medicina Interna e Imunohemoterapia. Um mês após alta com melhoria dos défices neurológicos. Por INR infraterapêutico, alterada hipocoagulação para acenocumarol. Pesquisa variantes MTHFR 677T e 1298C em curso. Aguarda reavaliação analítica para conclusão do estudo etiológico

Discussão: Dada clínica inespecífica e comum a outras patologias neurológicas, o diagnóstico de TVC constitui um desafio. Perante cefaleia refratária e défices neurológicos, a sua

suspeita e avaliação imagiológica atempada são essenciais. Tem bom prognóstico associado, com recuperação funcional completa em 75% dos casos e risco mínimo de recorrência

Nº 179 Cansaço - Um caso clínico de miastenia gravis

Íris Simões Galvão(1); Maria Inês Candeias(1); Diogo Ferreira da Silva(1); Andreia Amaral(1); João Manuel Silva(1); José Morgado Pereira(1)

(1) Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: O cansaço é um sintoma inespecífico que motiva frequentemente a procura pelos cuidados de saúde. Nem sempre a causa é aparente, pelo que a história clínica e exame objetivo completos, aliados aos exames complementares, são imprescindíveis para o diagnóstico de etiologias menos frequentes.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente do género masculino, de 75 anos, com história pregressa de hipertensão arterial e diabetes mellitus não insulino tratado, admitido inicialmente no Serviço de Urgência (SU) por quadro de cansaço para pequenos esforços, inicialmente assumido em contexto de insuficiência cardíaca inaugural e medicado de acordo. Por agravamento das queixas, retorna ao SU após 3 semanas. À data, apresentava queixas de cansaço agravado, visão turva, cansaço na mastigação e queda da cabeça, cuja sintomatologia agravava ao longo do dia. Ao exame objetivo documentou-se ptose palpebral do olho direito com fatigabilidade, com melhoria após término de fixação ocular. Realizou tomografia computorizada (TC) do tórax que documentou nódulo do pulmão esquerdo e excluiu massa tímica. Internou-se o doente para estudo do quadro. Durante o internamento pela suspeita de miastenia gravis versus síndrome de Lambert-Eaton (sindrome paraneoplásico) realizou TC com emissão de positrões, que excluiu presença de metabolismo anómalo do nódulo pulmonar. Paralelamente, realizou eletromiografia que documentou alterações compatíveis com miastenia gravis e excluiu síndrome de Lambert-Eaton. Do estudo complementar a salientar anticorpos anti-acetilcolina positivos. Foi estabelecido o diagnóstico de miastenia gravis e iniciou terapêutica com imunoglolulina, prednisolona e piridostigmina, com melhoria franca da sintomatologia.

Conclusão: A miastenia gravis é uma doença neuromuscular auto-imune que se caracteriza por fraqueza muscular com fatigabilidade. Apesar de ser mais comum a apresentação ocular, com ptose palpebral e diplopia, pode acometer também os músculos da mastigação e em casos graves evoluir para fraqueza muscular generalizada podendo incluir dificuldade respiratória por afecção dos músculos respiratórios. O diagnóstico diferencial com síndrome de Lambert-Eaton torna-se particularmente relevante ao condicionar a abordagem terapêutica.

Nº 180 O desafio da hipotensão ortostática

Dra. Ana Luís Vasconcelos(1); Luís Neves da Silva(1); Margarida Monteiro(1); Rosário Araújo(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: A hipotensão ortostática (HO) é definida como uma diminuição da pressão arterial (PA) sistólica superior a 20mmHg ou da PA diastólica superior a 10mmHg após 3 minutos de ortostatismo.

Caso Clínico: Homem, 72 anos, com diabetes *mellitus* tipo 2 sem lesão de órgão-alvo. Seguido em consulta de Neurologia, Otorrinolaringologia e Cardiologia por episódios de síncope desde há 6 anos, com estudo etiológico inconclusivo.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por síncopes precedidas de fadiga extrema, visão turva, dor cervical/occipital, dor tóracica e dispneia. Não conseguia caminhar mais de 100 metros sem adotar a posição sentado/cócoras. No SU presenciada síncope em ortostatismo. Medida PA em decúbito com 160/90mmHg, FC de 55bpm, e após (1) minuto em ortostatismo com 96/60mmHg, FC 60bpm. Confirmado diagnóstico de hipotensão ortostática.

A ausência de resposta cronotrópica positiva sugeria causa neurogénica. Com exceção de disfunção eréctil, sem outros sinais disautonómicos. Exame neurológico com bradicinésia, rigidez e disdiadocinésia. RMN-CE sem alterações e TC com ioflupano sem degenerescência dos neurónios dopaminérgicos. Electromiografia com neuropatia sensitiva axonal e biópsia da gordura abdominal sem infiltração amilóide. Excluída sarcoidose, défice de vitamina B12, insuficiência adrenal, HIV, sífilis e doença auto-imune.

Iniciou terapêutica não farmacológica: dieta liberal em sal e líquidos para diurese diária >1500ml e sódio urinário >170mEq, treino de *tilt* (dormir com cabeceira a 30º, refeições fracionadas) e meias de compressão elástica. Terapêutica farmacológica em *step-up*: fludrocortisona, aumentada até edema maleolar, midodrina, titulada até dose máxima. Tentada atomoxetina, mas sem resposta.

Apresentou tolerância progressiva ao ortostatismo. Etiologia ainda não esclarecida, aguarda estudo genético de doenças neurodegenerativas.

Discussão: A HO tem impacto significativo na qualidade de vida. A causa da disautonomia é muitas vezes irreversível. Este caso ilustra a dificuldade na gestão terapêutica e no esclarecimento da causa.

Nº 181 Trombose venosa cerebral e tromboembolismo pulmonar secundários a COVID-19: caso clínico

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

(1) Hospital Cascais

Introdução: A COVID-19 provou ser um factor de risco major para tromboembolismo arterial e venoso, devido a inúmeras alterações hematológicas e endoteliais que condicionam um estado pró-trombótico.

Caso clínico: Mulher de 27 anos, sem antecedentes familiares ou pessoais de relevo, que fazia uso de anticoncepcional com estrogénio e tinha o esquema vacinal anti-SARS-CoV-2 incompleto, apresentou-se com cansaço, cefaleia occipital intensa associada a náuseas, vómitos, fotofobia, visão turva, hipoacusia, fraqueza muscular e parestesias, com 5 dias de evolução. O exame físico evidenciou dismetria direita na prova dedo-nariz, hemiparesia direita, rigidez da nuca e ataxia da marcha. Laboratorialmente revelava D-dímeros 1500 ng/mL. A veno-tomografia craniana detectou oclusão do seio venoso sagital superior e do seio transverso direito. A angio-TC craniana não revelou alterações. A angio-TC torácica demonstrou tromboembolismo central bilateral. O teste RT-PCR de SARS-CoV-2 foi positivo. A doente foi internada para tratamento e investigação etiológica, tendo sido medicada com enoxaparina (1) mg/kg q12h. Por estabilidade clínica, haveria de ter alta mais tarde, sob apixabano. O estudo de trombofilias revelou-se negativo para síndrome antifosfolipídica (anticoagulante lúpico, anticardiolipina IgM e IgG e anti-β2-glicoproteína-I IgM e IgG) e trombofilias hereditárias (fator V de Leiden, mutação da protrombina G20210A, deficiência de proteínas C e S, deficiência de antitrombina III). Actualmente encontra-se bem, sem recorrência de eventos trombóticos aos 3 meses.

Discussão: Apesar da trombose venosa profunda e da embolia pulmonar serem complicações bem documentadas da COVID-19, a trombose venosa cerebral apresenta-se como uma complicação induzida por COVID-19 menos frequente. Também pode

constituir o sintoma inicial da doença. Isto ilustra a importância de uma alta suspeição em doentes com infecção por SARS-CoV-2 e síndromes neurológicas concomitantes.

Nº 182 Hipoglicemia não diabética - desafio diagnóstico

Tetiana Baiherych(1); Patrícia Simões(1); Viktor Baiherych(1); Mafalda Sousa(1); Ana Garrido Gomes(1); Sandra António(1); Luís Siopa(1); Cláudia Alves(1)

(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A hipoglicemia é uma síndrome clínica caracterizada por diminuição de glicose sérica em associação aos sintomas autonômicos e neuroglicopénicos. A hipoglicemia verdadeira deve ser confirmada pela presença de tríade Whipple: glicemia sérica menos 50 mg/dL, sintomas de neuroglicopenia e reversão de sintomas após elevação da glicemia.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 82 anos, com antecedentes de doença renal cronica estádio 2, síndrome vertiginoso, medicada em ambulatório antihipertensor e omeprazol. A doente recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de lipotimia com hipersudorese associada. Na altura desses sintomas verificava níveis de glicémias de 40-50 mg/dL, melhoria após refeição. Referia a necessidade de comer várias vezes durante a madrugada. À observação, a doente não apresentava alterações ao exame objetivo. Analiticamente verificou-se glicemia de 75 mg/dL, sem outras alterações. Por suspeita de patologia estrutural do pâncreas ou processo neoplasico foi realizada tomografia abdomenopelvica, que verificou imagem nodular na cauda do pancreas com realce em fase arterial. Por necessidade de aporte de glicose endovenosa e para completar estudo etiológico, a doente ficou internada na Medicina Interna. Analiticamente foi confirmado hiperinsulinismo endógeno (glicemia jejum 40 mg/dL, insulina 15,4 mUI/mL, peptideo C 3,7 ng/mL). Para apoiar a hipótese diagnóstica de insulinoma foi realizada PET (Ga68-DOTANOC), que revelou lesão única com hiperexpressão de receptores de somatostatina situada na cauda do pâncreas. A doente foi transferida para o Serviço de Cirurgia, onde foi realizada pancreatecomia corpo-caudal e esplenectomia, assistida por robôtica. O exame anatomo-patológico da peça, confirmou tumor neuroendócrino bem diferenciado. No período pós-operatório a doente mostou estabilidade dos níveis de glicemia.

Conclusão: O insulinoma é um tumor neuroendócrino raro, caracterizado por hipersecreção de insulina pelas células do pâncreas, sendo só 10% desses tumores malignos. O diagnóstico faz-se pelos níveis de glicose, insulina e peptídeo C, avaliados num episódio de sintomas provocados por hipoglicemia, e exames imagiológicos. O tratamento é cirúrgico, com cura em 90% dos casos.

Nº 183 Hipertensão reversível

Johanna Viana(1); Maria Manuel Pereira(1); Ana Ramôa(1); Eduardo Macedo(1); Marta Mendes(1); Diana Fernandes(1); Ana Rita Marques(1); Ilídio Brandão(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: O hiperaldosteronismo primário (HAP) é uma causa rara de hipertensão arterial (HTA), provavelmente subdiagnosticada. Têm critérios para ser testados doentes com HTA resistente, HTA associada a hipocaliémia espontânea ou HTA associada a incidentaloma da suprarrenal, sendo de extrema relevância o diagnóstico dado que a secreção excessiva de aldosterona se associa a aumento do risco de morbimortalidade cardiovascular, havendo no entanto neste contexto potencial reversibilidade da HTA.

Caso clínico: Homem de 66 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, medicado com espironolactona e amlodipina. Internado no serviço de Neurologia por encefalite vírica. Solicitada colaboração de Medicina Interna por hipertensão arterial de difícil controlo ao longo do internamento e hipocalémia refratária à suplementação, sem hipomagnesémia associada. Já medicado com a terapêutica habitual e ramipril. Quando consultados registos prévios, verifica-se a presença destas alterações há pelo menos dezoito meses. Foram ajustadas doses dos fármacos e introduzida clonidina, com melhoria do perfil tensional. Do estudo analítico, evidenciou-se atividade da renina plasmática baixa (0,(1) ng/mL/h) e aldosterona plasmática inapropriadamente elevada (175,2 ng/dL). Foi realizada tomografia computorizada (TC) com evidência de nódulo suprarrenal esquerdo sugestivo de adenoma. Consultando exames prévios do doente, verificou-se que já estaria presente um nódulo da suprarrenal esquerda com cerca de 2 cm em TC realizada noutro contexto, doze meses antes. A estabilidade da lesão favoreceu o diagnóstico de adenoma. O doente foi referenciado para consulta de Cirurgia Geral com vista a tratamento cirúrgico.

Discussão: Este doente apresentava HTA e hipocaliémia com meses de evolução, refratárias apesar da terapêutica, e tinha critérios para rastreio de HAP. Este é um diagnóstico que não deve ficar esquecido, visto os riscos associados à HTA e hipocaliémia e a potencial reversibilidade dos mesmos.

Nº 184 Hipertensão resistente e hipocaliemia refratária ao tratamento: quando a dúvida persiste

Claudia Viana(1); Inês Albernaz Moreira(1); Ana Rita C. Silva(1); Joana Ferro Jorge(1); Paula Macedo Paz(1); Luís Dias(1); Catarina Senra Moniz(1)

(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

A hipersecreção primária e não suprimível de aldosterona é reconhecida como uma causa de hipertensão. Os sinais clássicos de hiperaldosteronismo são hipertensão e hipocaliemia, no entanto os níveis de potássio estão normalmente dentro dos limites da normalidade. Apresenta-se o caso de um jovem de 33 anos, autónomo e sem antecedentes de relevo. O doente foi referenciado a consulta de Medicina Interna por hipertensão arterial, hipocaliemia e achados em tomografia computorizada de possível hiperplasia da suprarrenal bilateralmente. Trata-se de doente que apresentava tensão arterial (TA) elevada desde os seus 20 anos, medicado, mas sem controlo. Objetivada hipertensão arterial de difícil controlo apesar de otimização da medicação, com hipocaliemia (2.5mmol/L) que se mostrou refratária à reposição com cloreto de potássio (KCl) oral. Realizou estudo analítico, a destacar aldosterona plasmática 103.9 e renina plasmática de 0.5 mUI/L, atividade renina plasmática/relação aldosterona no plasma 0.05 ng/mL/hora.

Com posterior necessidade de reposição de KCl endovenoso em hospital de dia, e mantendo TA > 180mmHg/>100mmHg. Foi assim proposto para cateterismo das veias suprarrenais, que demonstrou hiperfunção bilateral. Foi realizada prova com dexametasona 2 mg positiva, sendo que houve normalização da tensão arterial e da hipocaliemia,sugerindo provável hiperaldosteronismo remediável com terapêutica glucocorticoide. O controlo da TA tem-se mostrado desafiante, apesar de ajustes periódicos da terapêutica. Por apresentar história familiar de hipertensão e eventos cardiovasculares, foi pedido estudo genético do gene quimérico CYP11B1/CYP11B2. Destaca-se este caso pela sua complexidade ao apresentar hipertensão arterial com hipocaliemia refratária ao tratamento com diagnóstico de hiperaldosteronismo primário que levou a diagnóstico diferencial de etiologia genética/familiar.

Nº 185 Tempestade tiroideia induzida pela amiodarona

Guilherme Sacramento(1); Beatriz Ferreira(1); Teresa Moitinho de Almeida(1); Sérgio Pereira(1); Ana Rita Barradas(1); Andrea Castanheira(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

A tempestade tiroideia corresponde a uma forma aguda e grave de hipertiroidismo que leva a um estado de hipermetabolismo com risco de vida e grande mortalidade associada. A administração de amiodarona, pode levar à síntese excessiva de hormona tiroideia (*Jod-Basedow*) sendo este fenómeno uma das possíveis etiologias desta patologia.

Caso clínico: Mulher de 8(1) anos autónoma. Antecedentes pessoais: bócio multinodular eutiroideu, fibrilhação auricular, diabetes mellitus tipo 2 e cardiopatia isquémica.

Recorreu ao serviço de urgência por quadro de vómitos, náuseas, diarreia, dor abdominal difusa e perda ponderal.

À admissão apresentava-se taquicárdica com frequência cardíaca de 150 bpm em ritmo de fibrilhação auricular apresentando-se verborreica e com bócio tiroideu exuberante evidente. Destacava-se vinda ao serviço de urgência (SU) no mês prévio com diagnóstico de fibrilhação auricular com resposta rápida com necessidade de amiodarona para controlo de frequência (tanto no SU, como para ambulatório), estando a função tiroideia sem alterações na altura. Foram novamente repetidas análises apurando-se desta vez: TSH < 0.008 mcUI/mL, T4L > 100 pmol/L, T3L 19.7 pmol/L. Foram iniciados propranolol e digoxina para controlo de frequência. Por tireotoxicose iniciou hidrocortisona e tiamazol. Os anticorpos antitiroideus foram negativos assumindo-se tempestade tiroideia secundária à amiodarona. Apresentou refratariedade às medidas farmacológicas, tendo iniciado plasmaferese e posterior tiroidectomia. Ao 2º dia de pós-operatório verificou-se paragem cardiorrespiratória, tendo a doente falecido.

Conclusão: A tempestade tiroideia constitui uma condição grave, de difícil gestão e com mortalidade elevada. A amiodarona associa-se a disfunção tiroideia com hipertiroidismo em 3-10% dos casos, devendo ser equacionado o seu uso face os efeitos adversos.

Nº 186 Coma mixedematoso: uma emergência médica

Maria Manuel Pereira(1); Catarina Oliveira Silva(1); Catarina Ferreira(1); Ana Ramôa(1); Eduardo Macedo(1); Johanna Viana(1); Diana Silva Fernandes(1); Ana Rita Marques(1); Ilídio Brandão(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: Coma mixedematoso é um hipotiroidismo severo que culmina em alteração do estado de consciência, hipotermia e disfunção multiorgânica. É uma emergência médica. Atualmente, é uma entidade clínica rara, resultado do aumento da taxa de diagnósticos de hipotiroidismo e do amplo uso da suplementação com hormona tiroideia.

Caso clínico: Homem, 54 anos com antecedentes de hipotiroidismo. Emigrante em França. No mês anterior, suspendeu levotiroxina por ausência de renovação da receita médica. É admitido à sala de emergência por prostação e hipotensão. Ao exame físico apresentou-se com tensão arterial de 60/30mmHg, saturações periféricas de oxigénio de 86%, prostação e com edema duro dos membros inferiores. Sem outras alterações ao exame físico. Foi admitido à unidade de cuidados intensivos por disfunção multiorgânica: disfunção neurológica com alteração do estado de consciência; disfunção cardíaca com hipotensão, bradicardia, ligeira elevação dos marcadores de necrose miocárdica; disfunção respiratória com necessidade de cânula nasal de 2L/min; disfunção renal com lesão renal aguda (pCr 13mg/dL); acidose metabólica e hipercalémia (K 7mmol/L). Do estudo realizado a destacar uma Tsh de 180 UI/mL com T4 livre de 0,3 ng/dl, leucocitose 22400/uL e elevação da proteína C reativa 200 mg/dL. Realizou rastreio séptico com resultado negativo. Iniciou bólus de levotiroxina 200mcg endovenoso seguido de 100mcg diários. Necessitou de suporte vasopressor com noradrenalida e esteve sob hemodiafiltração durante 24 horas. Foi transferido para o internamento de Medicina Interna com melhoria do estado neurológico; diurese preservada; melhoria da função tiroideia com Tsh 37 UI/mL e das restantes alterações analíticas. Foi iniciada levotiroxina oral. Posteriormente, teve alta com orientação para consulta externa.

Conclusão: O coma mixedemotoso é uma emergência endócrina com elevada taxa de mortalidade (entre 30 a 50%). A destacar deste caso a idade jovem, a ausência de fator infecioso descompensador e a melhoria clínica com a terapêutica culminaram num bom prognóstico com recuperação completa do doente. Os autores realçam a importância da educação para a saúde em doentes com doença crónica em que a adesão terapêutica é fundamental de forma a evitar este tipo de complicações.

Nº 187 Late Dumping Syndrome – uma possível complicação tardia da cirurgia bariátrica

Ana Margarida Sobral(1); David Lopes Sousa(1); Pedro Ribeiro(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução: Na conjuntura atual, em que a obesidade é uma epidemia, a cirurgia bariátrica surge como sendo o tratamento mais eficaz em determinados doentes selecionados, permitindo a melhoria de comorbilidades prévias.

Pelo aumento do número de pacientes submetidos a estes procedimentos, torna-se fundamental estar alerta para as complicações associadas, podendo o seu diagnóstico ser desafiante, pela inespecificidade dos sintomas.

A síndrome de *dumping* tardio, ou hipoglicémia hiperinsulinémica pós-prandial, é uma

complicação rara (1-5% dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica), que se associa sobretudo a intervenções cirúrgicas do tipo malabsortivo.

Clinicamente, caracteriza-se pelo aparecimento de sintomas neuroglicopénicos (tonturas, fraqueza, visão turva, dificuldades de concentração) e sintomas vasomotores (sudorese, ansiedade, palpitações), (1) a 3 horas após a refeição.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 40 anos, recorreu à Consulta de Medicina Interna – Obesidade, com queixas pós-prandiais de tonturas, hipotensão ortostática, lipotímia e hipoglicémia, com cerca de 6 meses de evolução. Como antecedentes destaca-se a realização de gastrectomia tubular (*sleeve* gástrico) por via laparoscópica há 5 anos, sem intercorrências relevantes até à data.

Não apresentava alterações analíticas de relevo ou imagiológicas no estudo com trânsito baritado. Por suspeita de síndrome de *dumping*, realizou prova de tolerância a glicose oral (PTGO) com medições seriadas de glicose sérica: 89 mg/dL aos 0 minutos e 44 mg/dL aos 120 minutos, estabelecendo assim o diagnóstico.

Conclusão: O diagnóstico de Síndrome de *Dumping* tardio é estabelecido pela presença de sintomas pós-prandiais associados a objetivação de hipoglicémia e resposta positiva a um teste de provocação, como PTGO.

Embora seja uma entidade rara, reconhecê-la é essencial, uma vez que episódios frequentes de hipoglicémia podem levar a mecanismos de adaptação, em cujos sintomas característicos da hipoglicémia, se tornam pouco percetíveis para o doente, podendo ser fatais.

Nº 188 Hipoparatiroidismo. Era só juntar as pistas...

Letícia Marques Leite(1); Elisabete Ribeiro(1); Sara Silva(1); Cristina Cunha(1); Jorge Cotter(1)

(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Introdução: O hipoparatiroidismo (hipoPTH) primário é um distúrbio endocrinológico raro caracterizado pela diminuição do cálcio e da parathormona (PTH). A causa pode ser funcional, por resistência à PTH ou deficiência na secreção da PTH.

Caso clínico: Homem de 40 anos com antecedente de cataratas bilaterais. Iniciou parestesias distais, simétricas, bilaterais, com (1) ano de evolução. Exame objetivo sem alterações, com sinal de Chvostek e Trosseau negativos. Análises com cálcio inferior a 5 mg/dL, fósforo 5.(1) mg/dL, magnésio normal, parathormona (PTH) 1.6 pg/mL, vitamina D normal, sem hipercalciúria e creatininafosfocinase (CPK) 1562 UI/L. Tomografia computorizada crânio encefálica a demonstrar calcificações simétricas nos gânglios da base, tálamos, coroas radiadas/centros semi-ovais/cápsulas internas, na transição cortico-medular occipital e nos hemisférios cerebelosos. Achados compatíveis com suspeita de hipoPTH primário. Iniciou suplementação com carbonato de cálcio e colecalciferol 6000/1600mg bid com resolução das parestesias, normalização da CPK e do fósforo e aumento do cálcio para 7.9 mg/dL.

Discussão: O hipoPTH pode manifestar-se com parestesias, catarata, xerostomia, prolongamento do QT, litíase renal, calcificações cerebrais e nos casos mais graves, com tetania e convulsões.

O doente deu desde cedo pistas no sentido do diagnóstico, desde a catarata em idade jovem, as calcificações cerebrais e as parestesias com um ano de evolução, que demonstram a cronicidade do hipoparatiroisdimo. No presente caso clínico documentamos a elevação da CPK, um achado raro no hipoPTH mas que pode relacionar-se com o aumento da permeabilidade da membrana muscular induzida pela hipocalcemia.

O hipoPTH é raro mas a colheita da história clínica, exame objetivo e a correlação destes com os achados analíticos e imagiológicos são fulcrais para o tratamento e evicção

de novas complicações.

Nº 189 Bisalbuminemia na Diabetes não controlada: a propósito de um caso clínico

Maria José Marques Pires(1); Ana Carolina Santos(1); Alexandra Wahnon(1); Catarina Gonçalves(1); Natália Marchão(1); Afonso Aguiar(1); Hugo Félix(1); Carolina Monteiro(1); Raquel Boto(1); Liliia Savka(1); Ana Baltazar(1); Catarina Lopes(1); Gustavo Silva(1); Marisa Teixeira Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A bisalbuminémia é uma alteração qualitativa rara caraterizada por um pico de albumina bífido na eletroforese de proteínas. Existem duas formas: hereditária (forma autossómica dominante) e permanente ou adquirida e transitória. Os autores apresentam um caso raro com esta alteração num doente diagnosticado com diabetes *mellitus* (DM) e mau controlo metabólico.

Caso clínico:

Doente do sexo masculino de 42 anos, referenciado à consulta externa de Medicina Interna com diabetes tipo 2 não controlada (HbA1c 12.6%), com incumprimento de seguimento médico prévio e sem tratamento dirigido. Sem outras doenças conhecidas. Negava qualquer sintomatologia, nomeadamente perda de peso, polifagia, polidipsia, poliúria, alterações da visão ou sensibilidade. Negava medicação habitual.

Ao exame objetivo destacava-se obesidade (IMC 35.8kg/m2) e perímetro abdominal 12(1) cm. Apresentava uma tensão arterial (TA) 162/95 mmHg e frequência cardíaca (FC) 82 bpm. A avaliação laboratorial confirmou o diagnóstico de DM (HbA1c 12.9%, e assumida síndrome metabólica com triglicerídeos 162 mg/dl e HDL 33 mg/dl.

Na restante investigação laboratorial inicial apresentava proteína total 7.5 g/dl com relação albumina/globulina de 1,04 e gamaglobulina de 0,7 g/dl. A concentração de albumina plasmática era normal (3.5 g/dl). A eletroforese de proteínas mostrou duas bandas distintas de albumina desiguais, sem outras alterações.

Iniciou tratamento com metformina/sitagliptina e seguimento em consulta de nutrição com vigilância de complicações vasculares da DM.

Atualmente, 4 meses após correção de hábitos de risco e terapêutica, apresenta DM controlada (HbA1c de 6.4%) e eletroforese das proteínas sem alterações.

Conclusão: Apesar da bisalbuminémia ser uma condição benigna, é rara e quando manifestada na sua forma adquirida está associada a diversas alterações clínicas, contudo a sua associação manifesta-se de forma incidental. Os autores apresentam um caso raro de bisalbuminémia adquirida num doente com DM não controlada.

Nº 190 Hipercalcémia e fraturas patológicas: a propósito de um caso clínico

Ana Luís Ferreira(1); Ana Correia de Sá(1); Daniela Casanova(1); Ana Catarina Dias(1); Olinda Lima Miranda(1); Marta Cunha(1); Filipe Gonçalves(1); Maria Elisa Torres(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

A hipercalcémia é um distúrbio iónico frequentemente assintomático, com manifestações inespecíficas dependendo do grau e da rapidez de instalação. A maioria dos casos correlaciona-se com a presença de hiperparatiroidismo primário ou neoplasia maligna.

Mulher, 7(1) anos, previamente autónoma, com antecedentes de osteoporose com fraturas de fragilidade do rádio e colo do fémur direitos em outubro de 2020, apresentava dor mecânica na anca esquerda com (1) semana de evolução em agosto de 2022. Diagnosticada fratura patológica do colo do fémur e submetida a redução fechada em fixação interna. Pedida avaliação de Medicina Interna para estudo paraneoplásico. A doente referia perda de peso significativa após queda em outubro de 2020, com período de maior dependência pela incapacidade de deambulação, que entretanto recuperara. Associadamente, com padrão intestinal obstipante de longa data. Negava outros sintomas, sem alterações de relevo ao exame objetivo. Analiticamente, objetivada anemia de doenças crónicas com ligeiro défice de folatos, sem alterações de eletroforese de proteínas, creatinina 0.81mg/dL, hipercalcémia 14.8mg/dL com albumina 3.7g/L, fosfatase alcalina ligeiramente elevada; Hiperparatiroidismo com PTH 3094ng/dL, défice ligeiro de Vitamina D, hipertiroidismo subclínico e hipercalciúria (756mg/24h). ECG sem alterações de QT. Realizou ecografia cervical que revelou proeminência da hemitiróide esquerda com volumosa formação nodular sólida e heterogénea (52x29mm), com crescimento exofítico e participação da paratiróide, sem adenomegalias visíveis. Iniciadas medidas de correção de hipercalcémia e decidida realização de biópsia após discussão do caso com Cirurgia Geral. Durante o internamento, realizada também cintigrafia das paratiróides, com volumoso foco de hipercaptação na projeção do lobo esquerdo da tiróide – compatível com resultado de biópsia que revelou adenoma/carcinoma da paratiróide. Realizada paratiroidectomia inferior esquerda, com queda intraoperatória de PTH > 50% e histologia compatível com adenoma, sem intercorrências após cirurgia.

O hiperparatiroidismo primário é a causa mais frequente de hipercalcémia, nem sempre com manifestações abruptas, e tal como demonstrado no caso clínico, deve ser ativamente pesquisado em situação de fraturas ósseas patológicas.

Nº 191 Síndrome Poliglandular tipo 2 com apresentação em polisserosite e tamponamento cardíaco

Francisco Santos Dias(1); Catarina Santos Reis(1); Ana Ribeiro(1); Bárbara Granja(1); Mariana Ribeiro(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A Síndrome Poliglandular tipo 2 (SPG2) é uma entidade clínica definida pela coexistência de doença de Addison com doença autoimune da tiroide e/ou diabetes mellitus tipo 1, tendo uma prevalência de 1:20000 e uma incidência 3 vezes superior no sexo feminino. A combinação mais comum é doença de Addison e doença de Graves. Tem uma fisiopatologia complexa, com um longo período de latência clínica, tipicamente com um intervalo de décadas entre o diagnóstico da primeira e segunda doenças endócrinas.

Caso clínico: Uma mulher de 34 anos, com antecedentes de tiroidite de Hashimoto, recorre ao serviço de urgência com queixas de dor torácica pleurítica e dispneia. No serviço de urgência deteriora rapidamente em choque, tendo sido evidenciado tamponamento cardíaco com necessidade de pericardiotomia para evacuação do derrame, com excelente evolução clínica e alta hospitalar 2 semanas depois. Reinternamento (1) semana depois por recidiva do derrame pleural e pericárdico revelado por ecocardiograma e angiotomografia. No estudo realizado no internamento, levantada suspeita de insuficiência da glândula suprarrenal em doente com hipercalemia e hiponatremia ligeira, hiperpigmentação cutânea e eosinofilia, confirmada por prova de estimulação com tetracosactido. Teve alta do internamento 3 dias depois, suplementada com fludrocortisona e prednisolona na dose de 30mg/dia, sem mais recorrências da doença até ao momento. No follow-up 3 meses depois, assintomática e sem recidiva do derrame pleural ou pericárdico.

Discussão: A apresentação de uma SPG2 em polisserosite e tamponamento cardíaco é rara, com cerca de 20 casos descritos na literatura até ao momento. Estes casos tipicamente cursam com doença grave, necessidade de internamento em Cuidados Intensivos e múltiplas recidivas até ao diagnóstico e inicio da terapêutica de suplementação. O seu diagnóstico requere um baixo limiar de suspeição, acompanhada de uma adequada revisão da história clínica e uma cuidada revisão por aparelhos e sistemas. A dose de corticoide de manutenção necessária é superior à normalmente requerida, com um curso clínico favorável após instituição da terapêutica de substituição.

Nº 192 Redescobrimento - escorbuto no séc. XXI

Ricardo Reis Veloso(1); Ana Simas(1); Daniela Marafona Pereira(2); Nuno Amorim(1); Mariela Rodrigues(1); Fátima Pinto(1)

(1) Hospital da Horta (2) USI Faial

O escorbuto é uma doença com um espectro de apresentação clínica bastante vasto, sendo causado por défice de vitamina C. A doença foi extensivamente descrita desde as Civilizações Clássicas, tendo sido uma preocupação proeminente na Era dos Descobrimentos, em que a mortalidade por esta doença assolou os navegadores europeus. Desde então, os casos reportados são raros, havendo apenas descrição de casos em contextos de carência extrema ou síndromes mal absorptivas graves.

Sexo feminino, 65 anos, antecedentes de neoplasia da laringe, submetida a laringectomia seguida de radioterapia, sem evidência de recidiva de doença. Traqueostomizada, apresentou fistulização e estenose esofágica pós-rádicas, com necessidade de alimentação por gastrostomia. Apresentou-se com exantema purpúrico de ambos os membros inferiores, acompanhado de oligoartrite (artralgias e edema de ambos os tornozelos), com 3 semanas de evolução. Foi observada em contexto de urgência, tendo sido medicada com amoxicilina e ác. clavulânico durante 8 dias e prednisolona durante 15 dias. Apresentou melhoria transitória das lesões, com reagravamento do quadro após suspender corticoterapia. Recorreu novamente ao Serviço de Urgência, tendo sido decidido internamento para estudo etiológico, e reiniciou corticoterapia sistémica com prednisolona 50 mg/dia. Realizou tomografia computorizada cervico-toraco-abdomino-pélvica, sem evidência de lesões suspeitas. Colheu estudo alargado (auto-imunidade, coagulopatias, défices nutricionais), tendo apenas sido objectivado défice grave de vitamina C (inferior ao limite inferior de determinação do laboratório). A doente teve alta, mantendo seguimento em ambulatório: apresentou resolução de todas as lesões cutâneas e queixas articulares, tendo reduzido gradualmente a dose de corticoterapia e iniciado suplementação de vitamina C, sem recidiva das queixas. Foi orientada para consulta de Nutrição.

Os défices nutricionais são cada vez mais raros, mas devem ser uma preocupação em

populações específicas, com maior risco de carências nutricionais pelas particularidades anatómicas ou funcionais do tracto digestivo. Nestes doentes, apesar de serem entidades raras, é importante estar alerta para os sintomas típicos deste tipo de carências, de forma a garantir um diagnóstico e tratamento adequados.

Nº 193 Should we ADD IN SOMe Corticosteroids

Letícia Marques Leite(1); Elisabete Ribeiro(1); Sara Silva(1); Carlos Fernandes(1); Jorge Cotter(1)

(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Introdução: A doença de Addison autoimune é classificada como uma insuficiência adrenal primária que pode apresentar-se de forma individual ou associada à síndrome poliglandular. O diagnóstico é frequentemente atrasado dada a presença de um curso indolente com uma fase inicial assintomática. É uma patologia rara e potencialmente fatal.

Caso clínico: Mulher de 50 anos, sem antecedentes relevantes, referenciada à consulta por adinamia. Apresentava uma coloração acobreada da pele. Cortisol matinal sérico normal e ressonância magnética abdominal com glândulas suprarrenais sem alterações. Após um ano, mantinha adinamia e desenvolveu anorexia, náuseas, emagrecimento de 7 Kg. Repetiu estudo analítico, agora com ACTH de 2205 pg/mL (normal <23), cortisol matinal 1,6 ug/dL (normal 3.7-19), anticorpos anti cápsula suprarrenal positivos. Perfil hipoglicémico e ionograma normal. Tomografia abdominal a mostrar atrofia de ambas as glândulas supra-renais. Assumiu-se o diagnóstico de doença de Addison e iniciou hidrocortisona 10 mg de manhã, 5 mg ao almoço e 2,5 mg ao jantar. Dois meses depois, apresentou melhoria clínica, com aumento de (1) Kg (42 Kg no total) mantendo-se em seguimento em consulta.

Discussão: O presente caso relata o curso habitual da Doença de Addison, caracterizado por um período pouco sintomático em que ocorre um aumento compensatório da renina e ACTH mantendo a resposta glucocorticoide dentro de valores normais. Posteriormente, existe uma fase sintomática, com redução da produção de glucocorticoides que pode manifestar-se de forma subtil ou com crise adrenal aguda, uma emergência endocrinológica. As queixas inespecíficas como adinamia e anorexia não devem descurar o trabalho de investigação.

Nº 194 Segurança Farmacológica e Tolerância Individual

Filipa David(1); João Lázaro Mendes(2); Mafalda Costa(1); Sara Moutinho-Pereira(1); Rute Brás-Cruz(1); Francisca Marques(1); Carolina Guedes(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (2) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: Os agonistas dos recetores do GLP(1) (arGLP1) são uma classe recente de antidiabéticos não insulínicos (ADNI) com eficácia no controlo glicémico nos doentes com Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2). Através de um mecanismo de ação glicose-dependente, potenciam a atividade das incretinas produzidas na mucosa intestinal em resposta à ingestão de alimentos, estimulando a secreção de insulina, inibindo a produção de glucagon e atrasando o esvaziamento gástrico. O caso descrito realça que, apesar de comprovadamente seguros e eficazes na sua globalidade, os fármacos podem não ter o mesmo comportamento em todos os indivíduos.

Caso Clínico: Mulher de 78 anos com síndrome metabólico, apresenta DM2 sem lesão de órgão alvo conhecida, medicada com ADNI (metformina/vildagliptina, dapagliflozina e introdução recente de dulaglutide 1.5mg/semanal). Recorre à urgência com quadro de diarreia, vómitos, anorexia e perda ponderal (10%) com um mês de evolução. À admissão, doente desidratada e com fraqueza muscular. Do estudo realizado, lesão renal aguda AKIN 2 não oligúrica, sem distúrbio ácido-base associado, mas com alterações eletrolíticas graves: hipocalémia (2.8mEq/L), hipomagnesémia (<0.60 mg/dL) e hipocalcémia (cálcio ionizado 0.79 mmol/L). Tomografia computorizada sem contraste sem evidência de neoformação intra-abdominal ou sinais de obstrução renal. Interpretado quadro como reação adversa ao dulaglutide, tendo sido suspenso e iniciada correção iónica sob monitorização, com melhoria clínica e resolução analítica. Sem recorrência durante o tempo de seguimento na consulta.

Discussão: Os arGLP(1) são ADNI com elevada eficácia no controlo glicémico e apresentam, adicionalmente, um efeito benéfico a nível cardiovascular e renal. Acresce o bom perfil de segurança, com baixo risco de hipoglicemias. Contudo, apesar de geralmente bem tolerados, os efeitos adversos existem, sendo mais comuns os gastrointestinais que, não sendo transitórios, podem originar distúrbios iónicos graves secundários à depleção volémica. Os autores pretendem alertar para a possível ocorrência deste tipo de efeitos adversos potencialmente *life-threatening*, relevando a importância da monitorização clínica apertada destes fármacos, nomeadamente numa fase introdutória.

Nº 195 Hipoparatiroidismo autoimune - a propósito de um quadro depressivo

João da Silva Peixoto(1); Bernardo Resende(1); Ricardo Rodrigues(1); Joana Paixão(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A hipocalcémia por hipoparatiroidismo constitui um distúrbio hidroeletrolítico com um amplo espectro de manifestações clínicas que, dependendo da gravidade e do tempo de evolução, pode ser potencialmente fatal, com envolvimento neuropsiquiátrico e cardiovascular. Na ausência de cirurgia cervical, colocam-se as hipóteses raras de causa autoimune ou genética.

Caso clínico: Homem, 22 anos, sem antecedentes pessoais, medicamentosos ou familiares de relevo, referenciado para a consulta por quadro de astenia, anorexia e mialgias, com algumas semanas de evolução; associadamente apresentava agravamento das insónias habituais e quadro depressivo, que atribuía a período de maior *stress* profissional. Clinicamente, apenas tinha discreto sinal de *Chvostek*. Do estudo analítico inicial destaca-se hipocalcémia grave, hiperfosfatémia, paratormona residual, vitamina D normal e hipocalciúria. O doente fez perfusão endovenosa de Cálcio, e para ambulatório, suplementação oral com carbonato de cálcio 1500mg 3*id* e Calcitriol 0.25mcg 2*id*.

O ECG, a ecografia renal e a observação oftalmológica, não evidenciaram alterações. Foram ainda realizadas TC-CE e cervical que excluíram, respetivamente, calcificações dos gânglios da base e formações expansivas nas glândulas paratiroides. Considerando a ausência de cirurgia cervical ou exposição a radiação, foram levantadas as hipóteses de causa genética, ainda que sem fenótipo sugestivo, ou autoimune, tendo vindo a confirmar-se esta última com a presença de anticorpos anti-recetor sensível do cálcio (CaSR). O doente apresentou, progressiva melhoria clínica e normalização da calcémia.

Discussão: O hipoparatiroidismo autoimune deve ser ponderado em doentes sem antecedentes cirúrgicos, particularmente em situações com manifestações clínicas frustes. Este caso reveste-se de particular interesse, pela apresentação inespecífica de uma

entidade clínica rara, mas potencialmente grave, num jovem adulto, salientando a relevância da anamnese e de um estudo laboratorial minucioso e abrangente.

Nº 196 Anticonvulsivantes na Epilepsia: uma cura ou uma doença?

Teresa Silva(1); Elisa Caldeira(1); Paulo Câmara(1); Catarina Nóbrega(1); Teresa Faria(1)

(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: O objetivo principal na avaliação de uma primeira crise convulsiva é identificar se a convulsão resultou de um processo sistémico ou de uma lesão intrínseca do sistema nervoso central. Esta avaliação determinará a probabilidade de um paciente ter convulsões adicionais, ajudará na decisão de iniciar a terapêutica anticonvulsivante e direcionará o tratamento apropriado para a causa subjacente, se conhecida. Os anticonvulsivantes mantêm-se o pilar para o tratamento na epilepsia, no entanto sabe-se que tanto a epilepsia como os anticonvulsivantes estão associados a efeitos adversos em relação ao metabolismo ósseo.

Caso clínico: Mulher, 49 anos, com epilepsia medicada cronicamente com carbamazepina e fenobarbital recorreu ao Serviço de urgência (SU) por crise convulsiva. Análises de entrada com hipocalcemia de 4,25mg/dL corrigida à albumina (valores de referência 8,9-10,3 mg/dL), sem valores anteriores de cálcio comparativos. Ficou internada para estudo da hipocalcémia e iniciou suplementação. Após 5 dias de internamento, novas análises com cálcio de 7,42 mg/dL, vitamina D total de 4 ng/mL (valores de referência: 30-100 ng/mL), PTH de 255 pg/mL (valores de referência: 15-65 pg/mL) e fósforo de 4 mg/dL (valores de referência: 2,5-4,5mg/dL). Assumiu-se como diagnóstico presuntivo crise convulsiva secundária a hipocalcémia associada à terapia anticonvulsivante. Teve alta com calcémia de 8,05 mg/dL e medicada com colecalciferol e foi encaminhada para a consulta de medicina interna de forma a manter vigilância clínica e analítica .

Discussão: Na população com antecedentes de epilepsia e medicada cronicamente com anticonvulsivantes para além do risco acrescido de osteoporose e fratura óssea secundário à própria condição clínica, também é importante ter em conta outros fatores de risco e assim iniciar suplementação com colecalciferol e rastrear esta população precocemente.

Nº 197 Quando a instabilidade complica em tempestade

Rosário Eça(1); Ana Raquel Soares (*Primeira Co-Autoria)(2); Tiago Pack(2); André Rebelo Matos(1); Ana Catarina Rodrigues(3)

(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta (3) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Introdução: A tempestade tiroidea, ou crise tirotóxica, é uma complicação rara, de elevada mortalidade (20-30%) do hipertiroidismo, induzida pela libertação excessiva de hormonas tiroideas.1Cursa com sobreactivação do sistema nervoso simpático, de atingimento multisistémico, maioritariamente em doentes com doença de Graves.1-3 O diagnóstico é um desafio, mimetizando numa fase aguda uma crise de pânico, que tem por base a clínica sendo despoletada por fatores como o stress.2 Concomitantemente, há perda de peso, febre, taquicardia, hipertensão, alterações neurológicas e gastro-intestinais.1 Por

o desfecho ser muitas vezes fatal, a chave para um prognóstico mais favorável é um rápido diagnóstico e atempado tratamento.1-3

Caso clínico: Doente do género masculino, 33 anos, saudável, encaminhado ao Serviço de Urgência por quadro súbito de sensação de morte iminente, hipersudorese associado a sincope. De acordo com familiares estaria sob momentos de stress, tendo nos últimos 6 meses uma perda ponderal de 30kg, episódios momentâneos de tremor, hipersudorese, ansiedade e irritabilidade.

À admissão descrito com agitação psicomotora, toracalgia e sudorético e, ao exame físico febril (37.9ºC), taquicárdico (130bpm), hipertenso (160/110mmHg), exoftalmia, sopro tiroideo em tiroide de dimensões aumentadas, pulsátil, sem nódulos ou adenopatias palpáveis. Dos exames complementares de diagnóstico, destacava-se: TSH < 0,005uUL/mL; T4L 97ng/dL; T3L 30pg/mL; ECG taquicardia sinusal; TC marcado aumento do volume da tiroide. Inicialmente medicado com ansiolíticos por suspeita de crise de ansiedade.

De acordo com a escala diagnóstica Burch-Wartofsky Point Score, pontuava 60 pontos. Após achados analíticos discutido com Endocrinologia, que concordou com o diagnóstico presuntivo de tempestade tiroidea. Iniciou terapêutica com hidrocortisona, propanolol, propiltiouracilo e colestiramina, tendo uma evolução em internamento favorável, com resolução sintomática e alta ao fim de 48h.

Conclusão:

A tempestade tiroidea é uma entidade incomum, que cursa com quadro inespecifico. Apresentamos este caso para enfatizar a necessidade da suspeita clínica aliada a uma abordagem exaustiva no diagnóstico de casos raros, na importância da instituição atempada e agressiva de terapêutica para um prognóstico favorável.

Nº 198 Um achado acidental extremamente raro!

Inês Salvado de Carvalho(1); João Barros Rodrigues(1); Maria João Baldo(1); João Correia(1)

(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: A hiperplasia tímica é uma causa benigna de massa no mediastino anterior extremamente rara em adultos. **RESUMO:** Doente do sexo feminino, 65 anos, autónoma, seguida na consulta de Medicina Interna por Insuficiência Cardíaca fração de ejeção preservada. Como, antecedentes pessoais de relevo, Fibrilhação Auricular, Hipertensão arterial, Esteatose hepática, Osteopenia, Nódulos Tiroideus, SAOS e Derrame Pleural à direita, etiologia desconhecida, submetida a descorticação pleural em 2006. Em consulta de rotina, apresentou analiticamente, anemia normocítica normocrómica (Hb 11.7g/dl) e leucopenia (4.84 103/uL). Negava astenia, adinamia, perda de peso, febre, sudorese e perdas hemáticas. Em estudo, realizou: Eletroforese das proteínas e função tiroidea sem alterações; Estudo da cinética do ferro: Ferro 30ug/dL e IST 12% (diminuídos), TIBC, Ferritina, Transferrina, Acido Fólico e Vitamina B12 normal. EDA, gastrite crónica alcalina; Colonoscopia, hemorroidas internas I/IV. TC Toraco Abdomino Pélvica, com traços e áreas fibrocicatriciais no pulmão direito, marcado espessamento pleural e calcificações à direita. Densificação da gordura tímica do mediastino anterior e discreto espessamento pericárdico com calcificações. Para melhor esclarecimento de patologia tímica foi pedida RMN tórax, que revelou aumento do índice cardiotorácico e desvio direito do mediastino. Dilatação artéria pulmonar. Mediastino anterior, a nível pré vascular, imagem de densificação nodular, triangular, 28*13mm de maiores dimensões a nível axial e 40 mm de longitudinal; sem comportamento de invasão local. Provavelmente traduzindo um timoma/hiperplasia tímica. Excluída associação a Miastenia Gravis por anticorpo anti recetora acetilcolina e anti Musk negativos e eletromiografia sem alterações. Referenciada a Cirurgia torácica, foi submetida a timectomia por miniesternotomia em J. Do estudo anatomopatológico revelou hiperplasia tímica verdadeira. **Conclusão:** A hiperplasia tímica verdadeira

diferencia-se da linfoide, por não se associar a doenças autoimunes e pelas características histológicas.

Nº 199 Hiperinsulinismo endógeno- a importância da marcha diagnóstica

Carolina Gomes(1); João Barbosa Barroso(1); Daniela Mateus(1); Sofia Guerreiro Cruz(1); Bruno Guilherme Ferreira(1); Leuta Araújo(1)

(1) Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: A hipoglicémia é uma manifestação clínica rara em doentes não medicados para a diabetes mellitus, podendo surgir em jejum ou no período pós-prandial. Nos doentes com a tríade de Whipple (glicémia inferior a 50mg/dL, sintomas de hipoglicémia e reversão dos mesmos com a administração de glicose), está recomendada a investigação etiológica.

Caso clínico: Os autores reportam o caso de um doente de 45 anos e sem antecedentes de relevo; que foi admitido no serviço de urgência por episódios de hipoglicémia grave (20-40mg/dL) com cefaleia e sudorese associada, com vários meses de evolução. Ficou internado para estudo, tendo-se destacado analiticamente elevação da insulinémia em jejum (163.(1) mcUI/mL), pro-insulina (7.90 pmoL/L) e péptido C sérico (11.84 ng/mL); com anticorpos anti-insulina negativos. Imagiologicamente com suspeita de lesão pancreática na tomografia por emissão de positrões, não confirmada na tomografia computorizada nem na ressonância magnética. Dada a estabilidade clínica, teve alta referenciado a consulta de Endocrinologia onde repetiu prova de jejum prolongado que confirmou o diagnóstico de hiperinsulinismo endógeno. Iniciou terapêutica com diazóxido, bem como reforço de dieta polifracionada com hidratos de carbono de absorção lenta; sem evidência de novas hipoglicémias.

Discussão: A hipoglicémia não iatrogénica representa um desafio diagnóstico, sendo imperativo a realização da prova de jejum prolongado para confirmação do aumento da produção de insulina e do péptido C. Na presença de hiperinsulinismo endógeno, com exclusão de insulinoma e anticorpos anti-insulina; a hiperplasia dos ilhéus (histologicamente denominada nesidioblastose) torna-se a causa mais provável. O tratamento consiste na ingesta alimentar a cada duas horas e em alguns casos verifica-se a redução das hipoglicémias sob terapêutica com diazóxido ou octreótido.

Nº 200 Distúrbios de movimento e Diabetes mellitus: relação de causalidade, a propósito de um caso clínico

Raquel Flores(1); Constança Antunes(1); Encantado Faria(2); Graça Lérias(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

Introdução: Os distúrbios de movimento na diabetes mellitus (DM) são raros. O diagnóstico de estado de hiperglicemia hemicoreica não cetónica assenta na tríade: hemicoreia-hemibalismo, hiperglicemia e lesão hiperintensa nos núcleos da base, em imagens ponderadas de T(1) na ressonância magnética (RMN) craneo-encefálica (CE) ou hiperdensa na tomografia axial computorizada (TC) CE. Trata-se de uma situação clínica de bom prognóstico com a resolução dos achados clínicos e de imagem em 2 a 12 meses na ausência de hiperglicemia, com uma recorrência de 17%.

Desenvolvimento: Apresentamos o caso de uma mulher de 83 anos com história de DM tipo 2 com mau controle metabólico (Hb A1c 11%) e internamento prévio por estado de hiperglicemia hemicoreica não cetónica, confirmada por TC-CE "(...) hiperdensidade espontânea do estriado bilateralmente" e RMN-CE " (...) ligeiro hipersinal correspondente em T1, mais evidente ao nível dos núcleos da base". Iniciou tratamento com tetrabenazina e insulina e teve alta clínica referenciada a consulta de neurologia e de endocrinologia.

Foi re-internada 12 meses após por agudização dos movimentos coreicos do hemicorpo direito e hiperglicemia secundário a incumprimento terapêutico. À admissão com glicémia (venosa) de 1226 mg/dl, sem cetonemia e gasimetria sem acidémia.

Durante o internamento necessitou de ajustes de insulina e reiniciou o tratamento com tetrabenazina após avaliação pela neurologia. Teve alta com controle dos movimentos hipercinéticos e glicémias capilares em jejum <200mg/dl. Atualmente sem seguimento clínico por abandono da consulta.

Conclusão: Apesar de se tratar de uma síndrome com baixa prevalência, está associada a elevada morbilidade. Deve considerada em doentes diabéticos com mau controle metabólico, alterações do movimento e confirmado em exame de imagem (TC/RMN) permitindo o tratamento precoce, bem como o diagnóstico diferencial. Apesar do caracter benigno, o caso evidencia mau prognóstico face ao contexto sócio-familiar frágil.

Nº 201 Mionecrose diabética: Um desafio diagnóstico

Raquel M. Vieira(1); Paula Mesquita(1); Sara P. Bravo(1); João Diogo Faustino(1); João Fonseca(1); Ana Micaela Martins(1); Sérgio Costa Monteiro(1); Cláudia Rosado(1); Mónica Mata(1); Rosa Jorge(1)

(1) CH Baixo Vouga – Aveiro

Introdução | A mionecrose diabética espontânea (MDE), complicação vascular da diabetes *mellitus* (DM) avançada ou mal controlada, define-se por necrose isquémica espontânea do músculo estriado esquelético (MEE) não embólica e é frequentemente subdiagnosticada, podendo levar a incapacidade e até à morte.

Caso Clínico | Mulher, 43 anos, com antecedentes de cardiopatia isquémica e DM tipo (1) mal controlada, apresenta dor, edema e rubor da região gemelar direita e incapacidade funcional desde há 2 semanas, sem febre ou traumatismo recente, motivando múltiplas idas ao Serviço de Urgência. Analiticamente, anemia normocítica normocrómica, leucocitose neutrofílica, proteína C reativa 18,48 mg/dL e velocidade de sedimentação 120 mm. Hemoculturas negativas. Ecodoppler dos membros inferiores (MI): inflamação

exuberante e aparente coleção sugestiva de piomiosite gemelar direita. Ressonância magnética (RM) dos MI: coleções abcedadas nos planos musculares da perna direita e processo inflamatório difuso, sem osteomielite, sugerindo hematomas abcedados. Excluída endocardite infeciosa. Iniciou linezolide e piperacilina/tazobactam empiricamente, efetuou drenagem cirúrgica das referidas coleções e biopsia muscular (BM). Alterada antibioterapia para ceftriaxone após isolamento de *Escherichia coli* ESBL negativa no pús e associada clindamicina. Na BM, infiltrado inflamatório agudo e necrose em relação com o MEE, sugestiva de MDE. Melhoria clínica e analítica, tendo alta ao 39º dia de antibioterapia, medicada com cotrimoxazol, a aguardar RM dos MI de controlo.

Discussão | Por ser rara, a MDE associa-se a atraso diagnóstico e, consequentemente ao risco de evoluir para fasceíte necrotizante e síndrome compartimental. Deve distinguir-se de piomiosite, infeção purulenta do MEE disseminada por via hematogénica, com formação de abcessos. São ambas entidades raras para as quais se deve estar sensibilizado para minimizar complicações, sobretudo no doente jovem.

Nº 202 Hiperaldosteronismo primário – a importância de reconhecer um caso suspeito

Cristiana Fernandes(1); Maia Beatriz Gonçalves(1); Cristiana Pinto(1); Fernando Salvador(1)

(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

A hipersecreção não suprimível de aldosterona é uma causa subdiagnosticada de hipertensão arterial (HTA) e é responsável por 5-20% dos casos de HTA. Os subtipos mais comuns de hiperaldosteronismo primário (HP) são os adenomas produtores de aldosterona unilaterais (> 10mm) ou micronódulos produtores de aldosterona (<10mm; 30-40% dos casos) e o hiperaldosteronismo idiopático bilateral (60-70%).

Homem, de 52 anos, com HTA de difícil controlo, medicado com amlodipina 10mg, azilsartan+clorotalidona 40/25mg e nebivolol 5mg, recorreu ao Serviço de Urgência por fraqueza muscular generalizada. Negou parestesias, sintomas urinários, gastrointestinais ou respiratórios. Em ambulatório, tinha realizado ecografia renal e suprarrenal, doseamento de renina, aldosterona e cortisol normais. Analiticamente, contatou-se hipocaliémia (2.2mEq/L) e rabdomiólise (CK 1714U/L). A tomografia computorizada abdominal não identificou alterações nas suprarrenais. O doente é admitido no internamento e, após melhoria clínica e normalização de valores de K+, tem alta orientado para a consulta externa para continuação de investigação. Suspendeu azilsartan+clorotalidona e foi medicado com amlodipina 10mg, clonidina 0.15mg de 12/12h e bisoprolol 2.5mg id. Na consulta, mantinha hipocaliémia (2.8mEq/L), renina baixa (0.7pg/mL) e aldosterona elevada (113.1pg/mL). Iniciou espironolactona com normalização dos valores de potássio. Está a aguardar ressonância magnética abdominal e mantém seguimento em consulta de Medicina Interna.

Os autores descrevem este caso clínico pela importância de reconhecer esta patologia e de alertar para uma possível causa em doentes com HTA resistente. O HP produz efeitos cardiovasculares deletérios como hipertensão, hipocaliémia, toxicidade renal, aumento da massa do ventrículo esquerdo, diminuição da sua função, enfarte do miocárdio, fibrilhação auricular e acidente vascular. O tratamento passa por iniciar um antagonista dos recetores mineralocorticóides ou pela adrenalectomia dependendo do subtipo. O tratamento permite largamente ou completamente anular o aumento de efeitos deletérios que existe nestes doentes comparativamente com outros doentes de idade e género igual e HTA no mesmo grau.

Nº 203 CETOACIDOSE DIABÉTICA EUGLICÉMICA:

UMA EMERGÊNCIA MÉDICA SUBDIAGNOSTICADA

Marta Monteiro(1); Inês Miranda(1); Sofia Ramalho(2); Pedro Figueiredo(3); Raquel Domingos(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Fundação Champalimaud (3) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A cetoacidose diabética é uma complicação grave da diabetes, classicamente definida pela presença de hiperglicemia com cetose e consequente acidemia metabólica.

Raramente, o doente pode apresentar-se euglicémico. Algumas etiologias associadas poderão ser a diminuição de aporte calórico, alcoolismo, doença hepática crónica, utilização de insulina e, mais recentemente, a terapêutica com inibidores do SGLT2.

Caso Clínico: Mulher, 67 anos, com antecedentes de hipertensao arterial, diabetes mellitus, gastrite crónica. Admitida por astenia, adinamia, náuseas e vómitos com 24 horas de evolução. Refere ainda calafrios, tosse produtiva com 10 dias de evolução, e diminuição do débito urinário. Início de dapagliflozina 15 dias antes.

À observação, hipertensa, taquicárdica, fervores nas bases à auscultação pulmonar e abdómen difusamente doloroso à palpação.

Destaque para acidemia metabólica grave (pH 7.09 pCO2 16.5 HCO3 4.9 Anion gap 35.5 lactato 5.6), lesão renal aguda (Creatinina 8.26mg/dl), hipercaliémia grave (K+ 8.79 mmol/L), glicémia 179 mg/dL, cetonemia 7.(1) mg/dL e aumento de parâmetros inflamatórios (leucocitose 19700 U/L e PCR 6.8 mg/dL).

Realizou fluidoterapia endovenosa vigorosa mantendo diurese adequada, suplementação com insulina e dextrose em perfusão, bem como gluconato de cálcio para cardioproteção.

Evolução favorável ao longo de 24horas, com normalização do pH, cetonemia, bem como melhoria franca da função renal.

Discussão: A introdução recente de dapaglifozina numa doente com mau controlo metabólico, juntamente com o quadro de infeção respiratória, culminou em cetoacidose diabética euglicémica.

Esta entidade passa facilmente despercebida pela ausência de hiperglicemia, levando a um atraso no diagnóstico e terapêutica adequada.

Porém, constitui uma emergência médica, que requere terapêutica adequada o mais precocemente possível, sendo a sua abordagem um desafio para os clínicos.

Nº 204 Crise Supra-Renal - Quando febre e hipotensão nem sempre são sinónimos de sépsis

Inês Urmal(1); Ana Catarina Pereira(1); Carlota Lalanda(1); Sofia Salvo(1); João Alves Teixeira(1); Jorge Frade(1); Maria Rebelo(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: Os autores apresentam o caso de uma crise supra-renal numa doente com metastização bilateral das supra-renais.

Caso Clínico: Doente de 69 anos, com antecedentes de neoplasia da mama com metastização múltipla, nomeadamente suprarenal bilateralmente, a condicionar quadro de insuficiência supra-renal primária com necessidade de terapêutica de substituição com corticóides. Admitida no Serviço de Urgência (SU) por alteração do estado de consciência e hipoglicémia (75mg/dL). À admissão apresentava-se reactiva apenas à estimulação dolorosa, hipotensa e taquicárdica, febril com temperatura de 38.1ºC.

Laboratorialmente Hb 11.9 g/dL, sem leucocitose, PCR 45 mg/L. Sem disfunção renal, com hiponatrémia de 127mEq/L. Sem elevação do lactato sérico na gasimetria e sem hipoxémia. Painel de vírus positivo para SARS-CoV-2. Realizou TC cranioencefálica, sem alterações agudas, e radiografia de tórax sem evidência de processo pneumónico. Iniciou fluidoterapia, sem resposta, mantendo hipotensão refractária. Admitido choque séptico com ponto de partida respiratório, em doente imunocomprometida. Iniciou antibioterapia de largo espectro, bem como Remdesivir e Hidrocortisona 50mg 6/6h. Nas primeiras 24h de internamento evoluiu favoravelmente, com recuperação do estado de consciência, subida do perfil tensional e normalização do perfil glicémico. Neste contexto considerou-se como menos provável o quadro de choque séptico e foi assumido o diagnóstico de crise supra-renal em contexto de infecção a SARS-CoV-2.

Discussão: A crise supra-renal é caracterizada por um quadro de choque refractário à fluidoterapia e aos vasopressores. Os factores desencadeantes estão relacionados com situações de stress como intercorrências infecciosas, trauma ou intervenção cirúrgica. A suspensão súbita dos corticóides ou a administração de uma dose inferior às necessidades do doente, bem como situações que comprometam a sua absorção, podem desencadear uma crise no doente já sob corticoterapia. Deve ser incentivado o ensino e sensibilização, não apenas dos doentes mas também dos profissionais de saúde para a necessidade de incremento da dose de corticóide no caso de um evento agudo.

Nº 205 Apresentação rara de Diabetes Mellitus tipo 1

Beatriz Tavares da Silva(1); Patrícia Baptista(1); Inês Marques Ferreira(1); Rita Esteves Ferreira(1); Catarina Romero(1); Diana Rocha(1); José Nuno Magalhães(1); Rui Flores(1); Rute Sousa Martins(1); Sara Rocha(1); Joana Serôdio(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A Diabetes Mellitus tipo (1) (DM1) é uma doença auto-imune cuja incidência e prevalência está a aumentar. A doença renal diabética, uma das complicações microvasculares mais frequentes, deve ser rastreada 5 anos após o diagnóstico da DM(1) e, posteriormente, dependendo do valor da albuminúria. A apresentação clínica súbita sob a forma de síndrome nefrótico é rara e em doentes com DM(1) jovens devem ser equacionados diagnósticos alternativos além do atingimento da própria doença.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de uma jovem de 32 anos com DM(1) com 13 anos de evolução, complicada de retinopatia diabética. Apresentava mau controlo metabólico de longa data (HbA1c >12%) por incumprimento do terapêutico. Foi admitida por quadro de náuseas, vómitos, dor abdominal e hipovisão à esquerda. Objetivamente, com hipertensão de novo, edema palpebral e bimaleolar bilaterais. Analiticamente, com hipoalbuminemia (2,76 g/dL), dislipidemia mista (LDL 230 mg/dL, TG 34(1) mg/dL) e proteinúria nefrótica (rácio proteínas/creatinina 8,420g/g), alterações não presentes no estudo analítico do mês anterior. Foi assumido síndrome nefrótico, iniciou-se terapêutica com IECA e prosseguiu-se no estudo etiológico. Foram excluídas causas infeciosas e neoplásicas. Autoimunidade a revelar p-ANCA positivo com anticorpo MPO persistentemente positivo, mas sem outra clínica sugestiva de vasculite. Pela dúvida diagnóstica foi realizada biópsia renal que mostrou esclerose e presença de depósitos glomerulares sugestivos de doença renal diabética avançada.

Discussão: Alerta-se para uma apresentação rara de uma doença conhecida. Salienta-se a importância do bom controlo metabólico para evitar progressão para lesão grave de órgão. Ressalva-se a importância de pensar em diagnósticos alternativos, sobretudo em doentes jovens e com apresentações atípicas. A presença de anticorpos ANCA, MPO sem evidência de vasculite tem vindo a ser relatado em outras doenças inflamatórias e traduz necessidade de monitorização dos doentes pela potencialidade de vir a

desenvolver doença.

Nº 206 Síndrome de Conn: um caso de hipocaliemia grave e hipertensão arterial resistente

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

(1) Hospital Cascais

Introdução: O hiperaldosteronismo primário (Sindrome de Conn) é uma das causas de hipertensão arterial secundária. A sobre-produção de aldosterona que leva à supressão da renina, ao influxo de sódio e efluxo de potássio, conduz a hipertensão arterial e hipocaliemia. Os adenomas adrenais bilaterais representam uma etiologia incomum na prática clínica.

Caso clínico: Homem de 55 anos, com hipertensão arterial resistente, dislipidemia e neoplasia maligna da próstata submetida a prostatectomia radical, enviado ao serviço de urgência após K+ 2,2 mmol/L em análises de rotina. Apresentava fadiga. Negou diarreia ou vómitos. Fazia uso de clorotalidona. Ao exame físico tinha PA 162/84 mmHg, FC 60 bpm, SpO2 96% e não evidenciava sinais de congestão vascular. Laboratorialmente, com hemograma e função renal normais, Na+ 144 mmol/L e K+ 2,0 mmol/L, TSH 1,22 mUI/L, ACTH 48,6 pg/mL, cortisol 20,38 ug/dL, actividade da renina plasmática 0,3 ng/mL/h, aldosterona sérica 35,9 ng/dL e um rácio aldosterona/ARP de 119, sugestivo de hiperaldosteronismo primário. A gasimetria arterial demonstrou alcalose metabólica e K+ 1,6 mmol/L. Foi internado para monitorização cardíaca e repleção de potássio por acesso venoso central, tendo sido medicado oralmente com espironolactona. A tomografia abdómino-pélvica em fase adrenal revelou lesão da haste externa da glândula adrenal direita (22 x 18 mm), com densidade basal (média 0 HU) e *washout* relativo (65%) sugestivos de adenoma adrenal, assim como nódulo de menores dimensões da haste externa da glândula adrenal esquerda (1(1) x 9 mm), igualmente com características sugestivas de adenoma (densidade pré-constraste médio -2 HU; *washout* relativo e absoluto de 73%). Ao final de (1) semana, com a caliemia normalizada e sob espironolactona e sem tiazida, teve alta para as consulta de Medicina Interna e Cirurgia Geral.

Discussão: Este caso é paradigmático de Síndrome de Conn. A sua sintomatologia pode ser frustre e incidir sobretudo em hipertensão arterial descontrolada e hipocaliemia. Apesar de tudo, nos casos de hiperplasia adrenal bilateral, a adrenalectomia bilateral tem baixa eficácia na cura da hipertensão arterial, bem como certeza de dependência total de glucocorticóides, sendo privilegiado o tratamento médico com antagonistas dos receptores dos mineralocorticóides.

Nº 207 Hipervitaminose D

Ana Castro Barbosa(1); Fábia Cerqueira(1); Margarida Guiomar(1); Inês Matias Lopes(1); Ana Rita Ferreira(1); António Pais Lacerda(1); Francisco Santos Cunha(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A toxicidade da vitamina D (hipervitaminose D) é rara e geralmente é causada pela ingestão de altas doses de vitamina D devido ao uso indevido de suplementos de venda livre ou erros de prescrição. A toxicidade de vitamina D leva à hipercalcemia e desregulação do metabolismo ósseo, com a resultante hipercalcemia a condicionar manifestações clínicas e sintomas de toxicidade.

Caso clínico: Homem, 76 anos, autónomo nas AVDs, com múltiplas comorbilidades das quais se destacam HTA, Insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular, diabetes tipo 2, doença renal crónica estadio 3 e gamapatia monoclonal de significado indeterminado (MGUS) biclonal IgM k e L. Internado no Serviço de Medicina por pneumonia SARS-Cov2 a condicionar insuficiência respiratória. No estudo laboratorial realizado à admissão, destacava-se hipercalcemia grave de 14.0mg/dl e agravamento da doença renal crónica com Cr de 3.64mg/dl. Na sequência da investigação etiológica da hipercalcemia, foi realizado doseamento de vitamina D que foi superior a 120 e da paratormona (PTH) que estava suprimida (PTH 10.6 pg/mL). Ecografia renal com nefrocalcinose. Excluída progressão de MGUS através de estudo complementar alargado. Durante a anamnese confirmada utilização indevida de suplemento de ervanária que continha dose elevada de vitamina D3 (vitamina D3 da *Nuvi Health*, que tem 5000UI por gota e o doente fazia 3 gotas/dia). Após terapêutica com pamidronato, hidratação intensiva e suspensão da suplementação, houve resolução da hipercalcemia, normalização dos valores de PTH e melhoria da função renal para o valor basal do doente.

Discussão: Este caso clínico demonstra a importância de uma história clínica detalhada para o diagnóstico de toxicidade da vitamina D e alerta para os efeitos deletérios da utilização de suplementos de venda livre se usados de forma indiscriminada.

A hipervitaminose é rara, sendo a sua incidência desconhecida, no entanto, existem dados na literatura que referem que nos Estados Unidos entre 2000 e 2014, foram reportados 25.397 casos de toxicidade à vitamina D.

Nº 208 Gastroparesia, um diagnóstico desafiante

Diogo Duarte Lopes(1); Maria João Vilela(1); Luisa Dornelas(1); Ana Sá(1); Pedro Amaro(1); Vanessa Palha(1); Narciso Oliveira(1); Teresa Pimentel(1)

(1) Hospital Braga

As complicações da diabetes mellitus (DM) são causa de morbimortalidade importante em doentes diabéticos. A gastroparésia diabética é uma complicação da DM que representa um desafio de diagnóstico e tratamento.

Homem, de 37 anos, com antecedentes de diabetes-mellitus tipo (1) com retinopatia, nefropatia e neuropatia diabéticas. Outros antecedentes: asma, hipertensão arterial, dislipidemia, insuficiência cardíaca e doença renal crônica sob diálise peritoneal.

Trazido ao Serviço de Urgência por perda de consciência. Associadamente com história de náuseas, vómitos profusos e epigastralgia desde o dia anterior. Ao exame físico inicial apresentava-se inconsciente, desidratado, taquicárdico e hipotenso. Foi internado para estudo e tratamento. Do estudo realizado: gasometria e análises sem alterações de relevo, Tomografia Computadorizada crânio-encefálica e eletrocardiograma normais, endoscopia digestiva alta com evidência de esofagite péptica grau C e atraso gástrico

no estudo do esvaziamento gástrico. No internamento, como intercorrências, apresentou um difícil controlo glicémico e peritonite secundária a diálise peritoneal. No momento da alta, foi medicado com agente procinético, manteve o seguimento na Endocrinologia e foi pedido consulta de Gastroenterologia.

As complicações a longo prazo características da DM incluem a retinopatia, a nefropatia e a neuropatia diabéticas. A sua prevalência é superior nos doentes idosos e nos casos em que o diagnóstico é tardio e/ou existe mau controlo metabólico. A gastroparésia diabética (GP) é uma complicação grave da DM que corresponde a um atraso no esvaziamento gástrico na ausência de obstrução mecânica. Deve ser considerada nos doentes diabéticos com sintomas gastointestinais sem outra causa aparente e/ou difícil controlo glicémico. A inespecificidade de sintomas, a extensão de diagnósticos diferenciais e a necessidade de estabelecer uma abordagem terapêutica ótima, tornam o diagnóstico e tratamento da GP desafiantes.

Nº 209 A toxicidade de suplementos nutricionais de venda livre

Inês Margarido(1); Tiago Neto Gonçalves(1); Jorge Montês(1); Beatriz Tallón(1); Manuel Durão(1); Rui Costa(1); Natália Marto(1); Alexandra Bayão-Horta(1)

(1) Hospital da Luz Lisboa

A hipervitaminose D é uma causa rara de hipercalcémia e é normalmente consequência de uso inapropriado de doses elevadas de vitamina D em suplementos nutricionais de venda livre.

Homem de 56 anos internado por um quadro com três meses de evolução de náuseas, poliúria, polidipsia e mal estar geral. Estaria a ser acompanhado, no ano prévio à admissão, numa clínica privada com o intuito de perda de peso e medidas *anti-ageing* sendo medicado com levotiroxina 0.05mg, metformina 850mg e um manipulado de venda livre constituído por selénio 27.5mcg, zinco 2.5mcg, magnésio 250mg, ácido fólico 120mcg, vitamina C 25mg, vitamina B12 35mcg, vitamina D 1000UI, ashwagandha 300mg e picolinato de crómio 200mcg.

Ao exame físico encontrava-se vígil, desidratado, com desconforto à palpação abdominal. Laboratorialmente com lesão renal aguda (creatinina 3.65mg/dL e ureia 111mg/dL), e hipercalcémia 12.18mg/dL. Na avaliação analítica três meses antes, tinha já aumento dos valores de vitamina D (106ng/mL).

Iniciou hidratação endovenosa resolução dos sintomas e melhoria progressiva da função da função renal e calcémia. Confirmou-se hipervitaminose D (25-hidroxicolecalciferol 755ng/mL; 1,25-dihidroxicolecalciferol 516pg/mL) com valores normais de hormona paratiroideia. Teve alta com indicação para suspensão dos suplementos nutricionais, da levotiroxina e da metformina bem como realizar dieta pobre em cálcio.

Este caso ilustra como a intoxicação por vitamina D pode ser uma realidade relacionada com o uso indevido de doses elevadas de vitamina D nos suplementos nutricionais de venda livre prescritos com intuito não clínico.

Nº 210 Quando o culpado não é óbvio – múltiplas causas para SIADH

Maria João Barbosa(1); Inês Quinteiro(1); Cristiano Gante(1); André Matos(1); Rita Gameiro(1)

(1) Hospital de São José

Introdução: A síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH) é uma causa comum de hiponatrémia euvolémica, resultando de secreção persistente de ADH independente da osmolaridade sérica.

Caso clínico: Trazemos o caso de uma mulher de 76 anos, com história de hipertensão arterial resistente, perturbação de ansiedade e nódulo suprarrenal (SR), que recorreu à urgência por quadro de confusão, lentificação psicomotora, náuseas e vómitos com 2 dias de evolução. Na observação, destacava-se hipertensão arterial grau 3. Identificada hiponatrémia grave e imagem hipotransparente mal definida no apéx esquerdo. Internada para optimização terapêutica e investigação etiológica. Foram suspensos indapamida e sertralina, sendo ajustada terapêutica anti-hipertensora e ansiolítica, havendo normalização da natrémia. O estudo analítico foi compatível com SIADH. Apesar de etiologia medicamentosa, dada a lesão pulmonar suspeita e nódulo suprarrenal conhecido, realizou angioTC que identificou lesão pulmonar no segmento apicoposterior esquerdo com fenómenos de infiltração linfangítica e lesão conhecida na SR esquerda, com incremento dimensional. Dada suspeita de neoplasia, realizou biópsia transtorácica que identificou adenocarcinoma (ADC), completando estadiamento com RM-CE que excluiu metastização cerebral. Continuou investigação após alta, realizando PET que reforçou a lesão no lobo superior esquerdo do pulmão, não havendo captação metabólica na glândula SR. Foi submetida a lobectomia superior esquerda e esvaziamento ganglionar, com histologia a confirmar diagnóstico de ADC invasivo, cumprindo quimioterapia adjuvante. De relevo, novo internamento por hiponatrémia em contexto de introdução de antidepressivo, assumindo-se como fator determinante em SIADH.

Conclusão: Este caso reforça a importância de uma abordagem sistematizada na investigação etiológica da hiponatrémia euvolémica e como várias causas podem contribuir para o surgimento de SIADH.

Nº 211 Hiperparatiroidismo primário - a propósito de um caso clínico

Carla Margarida Carvalho(1); Isabel Silva(1); Eulália Antunes(1)

(1) Hospital Braga

A hipercalcemia é um achado frequente em análises de rotina, sendo necessário proceder à sua investigação. O hiperparatiroidismo primário e a hipercalcemia associada a malignidade são responsáveis por mais de 90% dos casos.

Doente de 59 anos, sexo masculino, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, policitemia, anomalia da glicose em jejum, psoríase, urticária ao frio e litíase renal, sob perindopril/amlodipina, atorvastatina/ezetimiba, propanolol e ebastina. Encaminhado para a consulta de Medicina Interna por hipercalcemia assintomática. Confirmado valor de cálcio em novo estudo - cálcio total 11.9mg/dL e corrigido 11.3mg/dL – que também revelou hipofosfatemia (2.1mg/dL) e elevação da hormona paratiroideia (PTH) (176.7pg/mL). A função tiroideia era normal. Foi realizada uma ecografia tiroideia que revelou formação nodular na vertente posterior do polo inferior do lobo esquerdo sugestiva de adenoma da paratiroide. Foi ainda realizada cintilografia das paratiroides que confirmou

paratiroide hiperfuncionante na mesma localização. O doente foi orientado para Cirurgia Geral onde foi submetido a paratiroidectomia.

O primeiro passo na abordagem de um doente com hipercalcemia deve ser a medição dos níveis de PTH. Se estiverem aumentados, a causa mais provável será o hiperparatiroidismo primário. Nestes casos, os doentes são frequentemente assintomáticos porque a hipercalcemia é geralmente leve e de instalação gradual. Ainda assim, 4-15% dos doentes apresenta nefrolitíase, tal como observada no caso descrito. O estudo imagiológico não é necessário para o diagnóstico mas é útil para confirmação e planeamento cirúrgico.

Nº 212 Causa de hiponatremia escondida no ouvido esquerdo

Iuliana Cusnir(1); Guilherme Sanches de Miranda(1); Diana Vital(1)

(1) Hospital de Santarém

A hiponatremia é um desequilíbrio hidroeletrolítico no organismo que leva a uma a redução da concentração plasmática de sódio < 135 mmol/L. Uma das etiologias mais frequentes é a hiponatrémia associada à Síndrome de secreção inapropriada da hormona antidiurética (SIADH), presente em 40% dos doentes.

O caso envolve uma doente com 67 anos de idade, autónoma, com antecedentes pessoais de dislipidemia, diabetes tipo 2, obesidade mórbida, medicada habitualmente com Zolpidem 10 mg/dia, atorvastatina 20 mg/dia. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de tonturas com agravamento progressivo e náuseas. Analiticamente na admissão HB 15.3g/dl, sem leucocitose ou neutrofilia, Ureia 70.2mg/dl, Creatinina de 1.6mg/dl, Sódio 116mmol/L, Potássio 2.8mmol/L,AST 30U/L, ALT 33U/L, LDH 181U/L,CK 99U/L, PCR 2.67mg/dl. Decidiu-se internamento por hiponatrémia e hipocaliémia de etiologia a esclarecer.

Durante o internamento iniciou reposição de sódio e potássio, desenvolvendo otalgia à esquerda, associada a febre, motivo pela qual foi observada pela Otorrinolaringologia. Na observação com otoscopia "ouvido esquerdo com lesões compatíveis com vesículas. Clínica e observação compatível com Zoster oticus com atingimento coclear e vestibular com "head impulse test" positivo homolateral."

Iniciou tratamento com dexametasona e ofloxacina gotas auriculares, 4 gotas 3 vezes por dia e aciclovir tópico nas vesículas externas de pavilhão esquerdo. Durante tratamento revelou-se evolução favorável analiticamente com concentração de Sódio de 137mmol/L e Potássio de 3.9mmol/L no sangue venoso, sem queixas de otalgia esquerda, náuseas ou cefaleia, pelo que a doente teve alta hospitalar com seguimento em Medicina Interna, e Otorrinolaringologia, tendo sido excluídas outras causas de hiponatrémia e hipocaliémia.

Concluíndo, a infeção por herpes zoster não é uma causa frequente de SIADH, sendo esta uma associação rara. O mecanismo subjacente da SIADH associado ao herpes zoster localizado permanece indefinido. A infeção por VZV pode envolver a via reguladora da secreção da hormona antidiurética , provavelmente devido à possível interação que pode existir na via axonal dos neurónios infetados e as comunas dorsais das medula espinhal e o sistema nervoso central, onde existem também osmorreceptores periféricos.

Nº 213 Intoxicação por vitamina D e lítio como causa de diabetes insípida nefrogénica

Maria Inês Matos(1); Mariana Matos(1); Maria Teresa Brito(1); Ana Meireles(2); Inês Machado(1); Isabel Camões(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE (2) IPO Porto

Introdução: O uso crónico de lítio associa-se a toxicidade renal, com consequente perda da capacidade de concentração da urina, bem como a hipercalcemia por alteração do limiar de sensibilidade das paratiróides ao cálcio. O uso desregulado de suplementos vitamínicos, associa-se a intoxicações. No caso da hipervitaminose D, a hipercalcemia resultante contribui para o desenvolvimento de diabetes insípida nefrogénica.

Caso clínico: Mulher de 63 anos, com distúrbio bipolar, medicada há mais de 15 anos com lítio e automedicada com suplementos vitamínicos. Recorreu ao serviço de urgência por astenia, anorexia e perda ponderal com dois meses de evolução, associada a confusão, poliúria, noctúria e incontinência urinária. Encontrava-se hemodinamicamente estável, apirética, desidratada, lentificada e com diurese superior a 5L/dia. Analiticamente apresentava lesão renal aguda AKIN 3 associada a hipercalcemia, hipocalciúria, fósforo normal, PTH 20ng/mL, vitamina D 624ng/mL, níveis de lítio 1.2mmol/L, sem acidemia metabólica, sedimento urinário e glicemia normais; restante estudo imunológico, metabólico e endócrino normal. TC-cerebral e toracoabdominopélvico sem evidência de neoplasia ou doença granulomatosa. Pela suspeita de diabetes insípida (DI) realizou restrição hídrica com elevação do sódio até 151mEq/L, osmolaridade plasmática de 310mOsm/Kg e urinária de 197mOsm/kg. Foi suspenso o lítio e a vitamina D, iniciada fluidoterapia e reforçada a hidratação oral, com melhoria da função renal e níveis de vitamina D em decrescendo.

Discussão: A hipervitaminose D é rara, mas deve ser considerada pelo uso crescente de suplementação de modo não controlado, tendo contribuído para a hipercalcemia que, em conjunto com a toma de lítio, provocaram a diabetes insípida nefrogénica neste caso.

Nº 214 Hipofisite induzida pelo Ipilimumab

Luís Afonso Rocha(1); Cecília Moreira(2); Olga Pires(3); Inês Pinho(4); Sandra Morais(4); Paulo Carrola(4); José Presa(4)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (3) Hospital Braga (4) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: O Ipilimumab (IPI) é um anticorpo monoclonal humano pertencente aos inibidores do checkpoint imunológico (ICI) eficaz contra doenças malignas, como o carcinoma hepatocelular (CHC). A desregulação do sistema imunitário pelos ICI, pode originar efeitos adversos imuno-relacionados. A hipofisite é a endocrinopatia mais comum nos ICI, nomeadamente no IPI, com incidências variando entre 1,8% a 17%.

Caso Clínico: Homem de 69 anos, com doença hepática crónica e CHC de grandes dimensões, hipotiroidismo controlado, sob tratamento sistémico de 2ª linha com IPI+Nivolumab, após ter sido submetido a quimioembolização e tratamento de 1ª linha com Sorafenib. Apresentou quadro de anorexia, astenia, tonturas e cefaleias, com duas semanas de evolução. Analiticamente destacava-se hiponatremia, com insuficiência suprarrenal (ACTH 1,5 pg/mL), diminuição do fator de crescimento (IFG-1), sem alterações do anticorpo anti-tiroideu (anti- PBG), das hormonas tiroideias, luteinizante (LH) e folículo-estimulante (FSH). Admitiu-se quadro de Hipofisite Secundária ao Ipilimumab.

Iniciou tratamento com hidrocortisona e ajuste da dose de levotiroxina. A ressonância magnética (RM) não revelou alteração da morfologia da hipófise, apenas alguns focos de hipersinal de provável natureza isquémica. Discutido em reunião multidisciplinar foi decidido a suspenção do tratamento. Por haver resposta, com diminuição do tamanho da lesão, foi reavaliado para cirurgia.

Discussão: O hipopituitarismo secundário ao uso do IPI pode aparecer em qualquer momento após o início do tratamento. Apresenta um espectro clinico variável e inespecífico, e apesar de tratável, se não for prontamente reconhecido, conduz a efeitos potencialmente fatais. É necessário um elevado grau de suspeição e experiência dos centros, sendo primordial uma abordagem multidisciplinar. A hipofisite e outras endocrinopatias geralmente não implicam a suspensão dos ICI, pois não altera a probabilidade de recuperação da função hipofisária.

Nº 215 Doença de Addison - a propósito de um caso clínico

Patrícia Tenreiro(1); Daniela Nascimento Silva(2); Ivanna Ostapiuk(1); Pedro Ventura(1); Maria Pacheco(1); Ana Teresa Moreira(1); Adriano Cardoso(1); João Correia(1)

(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins (2) Hospital Elvas

Introdução: A Doença de Addison (DA), também designada insuficiência adrenal primária, manifesta-se clinicamente pelo défice combinado de gluco e mineralocorticóides. A DA é uma doença rara, no entanto, a sua prevalência tem vindo a aumentar. Dentro das causas mais comuns temos as autoimunes, infeciosas, neoplásicas, genéticas ou como efeito de medicação. Na maioria dos casos a apresentação da doença é lenta, sendo os sintomas apresentados inespecíficos, o que dificulta o diagnóstico.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 30 anos, caucasiana. Antecedentes pessoais de hipotiroidismo e depressão pós-parto. Admitida no serviço de urgência por dores generalizadas, sobretudo cervico-lombalgia e parestesias dos membros inferiores com alguns dias de evolução. Referiu também síndrome gripal com cerca de 7 dias.

À observação a doente apresentava-se hipotensa mas assintomática, em acidémia metabólica, com hiponatremia, hipercalemia grave, anemia microcítica e hipocrómica e lesão renal aguda. Foi também objetivada hiperpigmentação cutânea generalizada.

Após anamnese aprofundada, verificou-se que no decurso do ano prévio a doente apresentou múltiplos episódios de acidémia, hipercalemia, hiponatremia e lesão renal associados a processo inflamatório/infecioso. Doente referiu quadro arrastado desde há cerca de 2.5 anos com perda ponderal marcada (cerca de 30 quilos), associado a fadiga e mau estar.

Perante os dados supracitados, colocou-se a hipótese de insuficiência suprarrenal primária e a doente foi internada para estudo.

Conclusão: A doença de Addison é uma doença que pode representar risco de vida, no entanto o diagnóstico correto e a introdução de terapêutica permitem o restabelecimento clínico do doente. Apesar de rara, é necessário manter elevado grau de suspeição diagnóstica.

Nº 216 A doença de Cushing como causa de AVC

Rita Diz(1); Elisabete Dulce Mendes(2); Micaela Sousa(1); Rita Pera(1); Ana Teresa Rocha(1); João Lagarteira(1); Helena Maurício(1); Miriam Blanco(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE - Hospital de Bragança (2) Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA) - Hospital Dr. José Maria Grande

Introdução: A Doença de Cushing (DC) resulta da secreção excessiva de hormona adrenocorticotrófica (ACTH) por um adenoma hipofisário, levando a níveis suprafisiológicos de cortisol circulante. Os adenomas hipofisários secretores de ACTH representam 4,8% a 10% dos adenomas hipofisários secretores endócrinos, sendo mais frequentes em mulheres que homens (3:1). Os níveis fisiopatológicos de cortisol estão associados à hipertensão arterial (HTA), diabetes, obesidade, eventos tromboembólicos e morte precoce.

Caso Clínico: Homem de 32 anos, autónomo, com antecedentes de adenoma hipofisário com Síndrome Cushing ACTH dependente sob terapêutica médica, com múltiplas comorbilidades decorrentes, nomeadamente, HTA, Dislipidemia e Osteopenia. Insuficiência aórtica grave submetido a substituição valvular.

Foi trazido ao serviço de urgência por quadro de instalação súbita de desvio da comissura labial, disartria e hemiplegia esquerda com queda.

À admissão destaca-se a presença de NIHSS de 6. Doente com obesidade central, fácies de lua cheia e pletora facial.

Realizou TC-CE que descreveu enfarte cerebral em território da artéria cerebral média (ACM) direita, com trombo na M1.

Iniciou trombólise e foi transferido para trombectomia, com repermeabilização do segmento M(1) e de quase todo o território da ACM, mas com algum defeito de preenchimento distal (TICI 2b).

Realizou TC-CE de controlo às 24 horas que não evidenciou lesões de novo ou transformação hemorrágica.

Iniciou hipocogulação com heparina de baixo peso molecular dada a patologia valvular.

Durante o internamento, verificou-se melhoria progressiva dos défices, com NIHSS 2 na data da alta.

Discussão: Este caso representa um doente jovem com antecedente de adenoma hipofisário com Síndrome Cushing ACTH dependente com condicionante de vários riscos vasculares e comorbilidades. Neste contexto, tinha sido submetido a cirurgia transesfenoidal sem critérios de cura, radiocirurgia e ficou sob terapêutica médica com cetoconazol e carbergolina. Apesar da sua idade e das medidas de terapêuticas instituídas acabou por ser vítima de um evento tromboembólico.

O tratamento de eleição do adenoma hipofisário secretor de ACTH associado a DC é a sua resseção, que quando é realizada com sucesso resulta em remissão bioquímica imediata com preservação da função hipofisária.

Nº 217 Acerca de Hiponatrémia – Quando a Clínica Manda!

Ana Pais Monteiro(1); Diana Miranda(1); João Rodrigues(2); Carina Andrade(1); Rosa Ribeiro(1); João Araújo Correia(1)

(1) MEDICINA - CHP - HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO EPE (2) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A hiponatrémia, definida como uma concentração sérica inferior a 135mmol/L, é um dos distúrbios iónicos mais frequentemente encontrados em doentes internados, podendo afetar 15 a 30% desta população. A investigação da causa subjacente exige uma avaliação detalhada da história da doença atual, um exame físico minucioso, incluindo o estado de volémia, e um estudo analítico completo.

Caso Clínico

Mulher de 54 anos com antecedentes de patologia psiquiátrica com debilidade cognitiva sob SSRI. Apresentava hiponatrémia com cinco anos de evolução, com internamento em junho/22 a documentar sódio (Na+) de 130mmol/L assumido em contexto farmacológico de SSRI, sem outras alterações de relevo no restante estudo dirigido. Suspendeu SSRI, com resolução de hiponatrémia, tendo retomado fármaco voluntariamente após a alta. Recorreu ao serviço de urgência em Out/22 por queda, lentificação psicomotora e hipotensão arterial. Analiticamente com Na+ de 123mmol/L. Internada para correção de hiponatrémia, tendo suspendido SSRI sem melhoria analítica. Do restante estudo, ACTH e cortisol normais. Realizada correção com soro hipertónico e comprimidos de sal, com melhoria transitória mas rápido restabelecimento de hiponatrémia. Durante o internamento, documentação de poliúria e polidipsia, tendo sido assumido hiponatrémia em contexto de polidipsia primária com contributo de SIADH por SSRI. Após restrição hídrica, correção de hiponatrémia para 137mmol/L, tendo tido alta com restrição hídrica e suspensão de SSRI, mantendo Na+ normal em estudos analíticos subsequentes.

Discussão: A Polidipsia Primária ou psicogénica é caracterizada por um consumo excessivo de água. É mais frequente em doentes do sexo feminino com doença psiquiátrica de base. A hiponatrémia associada a poliúria é indicativo de polidipsia primária, também associada a uma baixa osmolalidade urinária. Este caso serve para mostrar como a história clínica do doente é imperativa para o estabelecimento de um diagnóstico.

Nº 218 Reset Osmostat – Hiponatremia grave a não tratar!

Glória Gonçalves(1); Margarida Arantes Silva(1); Patrícia Rocha(1); Andreia Coutinho(1); Adriana Basílio(2); Manuel Rodrigues(1); Cátia Dias(1); Mário Esteves(2)

(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Hospital Conde São Bento (2) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

O Reset *Osmostat* é uma causa incomum e pouco conhecida de hiponatremia, que cursa com hiponatremias severas e crónicas. Fisiologicamente consiste na diminuição do limiar normal da osmolaridade sérica, com ativação de osmorreceptores para valores de natremia inferiores ao normal. O seu diagnóstico deve ser considerado quando o estudo etiológico sugere uma síndrome de secreção inadequada de hormona antidiurética (SIADH) mas sem resposta à restrição hídrica ou suplementação com sal.

Homem, 85 anos, com neoplasia prostática metastizada, nefrostomizado e algaliado cronicamente, com infeções urinárias recorrentes. Admitido no serviço de urgência por prostração. Identificada infeção urinária e hiponatremia grave (120 mEq/L), iniciou

antibioterapia e fluidoterapia. Após antibiótico, com prostração resolvida, mantendo hiponatremia grave, assintomática, inclusive com agravamento (115mEq/L) por débitos urinários aumentados. Analiticamente, hiponatremia hiposmolar euvolémica, osmolaridade urinária e fração de ejeção de sódio aumentadas, função renal, tiroideia e doseamento de cortisol sérico normais. Tomografia cerebral sem metastização cerebral. Assumida, então, um SIADH, iniciando restrição hídrica, sem melhoria. Doseamento de hormona antidiurética normal. Estabelecido diagnóstico de *Reset Osmostat*, uma hiponatremia severa, considerada fisiológica.

A hiponatremia é umas das alterações analíticas mais comuns; na sua maioria implica um diagnóstico e tratamento rápido. Ao contrário do habitual, o Reset Osmostat não necessita de tratamento, já que a homeostasia do individuo está preservada, sendo este um aspecto particular que a diferencia das restantes. Realça-se este caso pela sua raridade e pelo elevado desafio diagnóstico que representa.

Nº 219 Paragem cardiorrespiratória secundária a miocardite em doente com crise Addisoniana

Miguel Carrilho(1); Mariana Belo Nobre(1); Inês Júlio(1); Madalena Costa Santos(1); Teresa Gouveia(1); Ryan Costa Silva(1); Nelson Cunha(1); Joana Rosa Martins(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A doença de Addison acompanha-se mais frequentemente de distúrbios electrolíticos como a hiponatremia e hipercaliemia. No entanto, as manifestações cardiovasculares estão também descritas, nomeadamente a hipotensão, sincope, disritmias, miocardiopatia e insuficiência cardíaca.

Sexo masculino, 63 anos, com antecedentes de Síndrome poliglandular tipo 2 (Síndrome Schmidt) diagnosticado aos 42 anos, manifestado na forma de Doença de Addison, tiroidite autoimune e hipogonadismo primário. Previamente sob reposição com hidrocortisona, fludrocortisona e levotiroxina, tendo abandonado a consulta em 2020 e com provável cumprimento terapêutico irregular desde essa data.

Foi trazido ao Serviço de Urgência por prostração, encontrando-se hipotenso e taquicardico à admissão. O ECG documentou fibrilhação auricular com condução aberrante. Analiticamente apenas com hiponatremia e hiperlactacidémia. Iniciada ressuscitação volémica e corticoterapia admitindo-se a hipótese de crise addisoniana, tendo ocorrido rápida evolução para paragem cardiorrespiratória presenciada. Recuperação após 8 minutos de SAV, com evolução posterior em choque cardiogénico, com disfunção sistólica grave (Fej 15%) e necessidade de terapêutica vasopressora e inotrópica. Posterior melhoria paulatina da função cardíaca (Fej 45%) permitindo suspender suporte de órgão. Realizou coronariografia que excluiu lesões angiograficamente significativas e RM-Cardíaca que documentou alterações compatíveis com miocardite aguda. Excluídas etiologias autoimunes e infecciosas para miocardite, assumindo-se quadro de choque cardiogénico secundário a crise addisoniana, com óptima resposta ao ajuste de terapêutica endocrinológica permitindo alta sem qualquer sinal de insuficiência cardíaca.

O reconhecimento célere da Doença de Addison como potencial causadora de disfunção cardiovascular permite a implementação precoce de terapêutica capaz de permitir a reversão de quadros clínicos com gravidade potencial significativa.

Nº 220 Doença de Graves e massa mediastínica: qual a associação?

Daniela Salgueiro(1); Ana Rita de Oliveira(1); Ângela Paredes Ferreira(1); Marta Batoca Sousa(1); Miguel Reis Costa(1); Nuno Pardal(1); Ana Sofia Costa Matos(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

As massas mediastínicas são achados raros e incluem um amplo espetro diagnóstico desde lesões benignas a malignas. A maioria ocorre no compartimento anterior, sendo as mais frequentes timoma, teratoma, linfoma e bócio.

Mulher, 33 anos. Antecedentes de Doença de Graves, medicada com metibasol. Por apresentar queixas de astenia, anorexia, perda ponderal (estimada em 10Kg) e episódios de hipersudorese noturna com 4 meses de evolução, realizou tomografia computorizada (TC) do tórax com evidência de massa sólida no mediastino antero-superior, com 6x3.5cm de maior diâmetro transverso. Tendo em conta as alterações, é enviada a consulta de Medicina Interna para progredir estudo. Ao exame objetivo, a destacar gânglio inguinal esquerdo de consistência fibro-elástica, com 2cm, móvel, sem outras adenomegalias palpáveis. Do estudo analítico realizado, serologias víricas negativas, VS 2mm/h, desidrogenase lática 266 UI/L e proteína C reativa indoseável. Mamografia e ecografia mamária sem alterações. Realizou ainda TC cervico-toraco-abdomino-pélvico com aumento volumétrico inespecífico da glândula tímica, com parênquima heterógeno, sem nódulos, medindo 6.1x4.3mm no seu maior eixo. Para melhor esclarecimento, submetida a biópsia tímica, cujo resultado não permitiu descartar timoma. Dada massa mediastínica anterior suspeita de timoma, avaliada no IPO, optando-se por timectomia. Resultado histológico de peça operatória compatível com hiperplasia tímica.

A abordagem do doente com massa mediastínica apresenta-se como um desafio diagnóstico pela ampla diversidade, heterogeneidade e consequente gravidade de etiologias possíveis. Apesar de a associação entre Doença de Graves e hiperplasia tímica estar bem estabelecida na literatura, o diagnóstico diferencial com outras massas mediastínicas de pior prognóstico tem de ser feito, particularmente quando existem dúvidas nas características imagiológicas das mesmas.

Nº 221 Escorbuto, o diagnóstico inesperado

Marta Batoca Sousa(1); Carolina Carvalho(1); Ana Rita de Oliveira(1); Ângela Paredes Ferreira(1); Daniela Salgueiro(1); Miguel Reis Costa(1); Nuno Pardal(1); Ana Nascimento(1)

(1) Hospital Viana do Castelo

Introdução: As vitaminas são nutrientes essenciais e, na sua maioria, apenas podem ser obtidos através da dieta. As doenças que resultam de défices vitamínicos, como escorbuto (vitamina C), pelagra (vitamina B3) e beribéri (vitamina B1), estão praticamente erradicadas nos países desenvolvidos.

Caso Clínico: Homem de 74 anos, com perda funcional progressiva nos últimos 2 anos – necessidade de canadiana para apoio na deambulação; posterior necessidade de ajuda para entrar e sair da banheira; desenvolvimento de lentificação psicomotora e períodos de desorientação. Em março de 2022 admitido por hematúria macroscópica, dor abdominal, prostração e mal-estar geral. Objetivamente com desorientação e desequilíbrio em retropulsão. Sem alterações agudas na tomografia cerebral. Do estudo realizado no serviço de urgência, assumida pielonefrite aguda iniciando-se antibioterapia empírica e sendo internado para estudo complementar. Realizada ressonância magnética cerebral que mostrou alterações isquémicas crónicas. Solicitado estudo analítico alargado,

incluindo doseamento de metais e vitaminas, estudo imunológico e serológico. Iniciado programa de reabilitação, com ligeira melhoria da marcha. De todo o estudo apenas objetivado défice de vitamina C (0.(1) mg/dL), pelo que iniciou suplementação vitamínica. Posteriormente verificada melhoria cognitiva e funcional progressivas.

Discussão: O ácido ascórbico é um nutriente essencial da dieta envolvido em vários processos biológicos (transporte de ácidos gordos, síntese de colagénio, de neurotransmissores e de óxido nítrico, metabolismo das prostaglandinas). A sua deficiência pode causar uma grande variedade de sintomas, desde os hemorrágicos a dor musculoesquelética, fraqueza, mal-estar generalizado, anorexia, depressão e neuropatia. Os sintomas aparecem quando a concentração plasmática de ácido ascórbico é inferior a 0.2 mg/dL. O tratamento consiste na suplementação e reversão da etiologia.

Nº 222 Encefalopatia de Wernicke – a propósito de um caso clínico

Andreia Salvado(1); Cátia Gorgulho(1); Lara Adelino(1); Alexandra Dias(1)

(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo

Introdução: A Encefalopatia de Wernicke (EW) é uma complicação neurológica aguda por défice de tiamina e que requer tratamento emergente para prevenir complicações neurológicas e morte. Surge frequentemente em doentes alcoólicos e pode apresentar-se com a tríade clássica (encefalopatia, disfunção oculomotora e ataxia da marcha), embora esta tríade ocorra apenas em 30% dos casos, não é fundamental para o seu diagnóstico.

Caso Clínico: Homem de 70 anos, previamente autónomo, com antecedentes de alcoolismo crónico e hemicolectomia direita por neoplasia do cólon. É trazido ao Serviço de Urgência por prostração e alteração do comportamento. À admissão estava hipotenso, bradicárdico, hipotérmico, confuso, lentificado e disártrico. Sem sinais de lateralização motora e sem outras alterações ao exame objetivo. Analiticamente a destacar aumento das transaminases e da gamaglutamiltransferase e um défice de tiamina. Realizou tomografia computorizada cranioencefálica (TC-CE) que não revelou alterações agudas. Por suspeita de encefalite, realizou punção lombar que se revelou inocente. Por suspeita de EW iniciou tiamina endovenosa (EV). Às 24 horas repetiu TC-CE que não revelou alterações. Apesar da medicação instituída precocemente o doente manteve-se hipotenso e bradicárdico ao longo de 72 horas com necessidade de suporte aminérgico e ventilatório nas primeiras 48 horas. Ao 5º dia de internamento verificou-se melhoria clínica progressiva, mantendo-se sem défices neurológicos e com discurso coerente, e foi transferido do Serviço de Medicina Intensiva para a Enfermaria de Medicina Interna. Pelos antecedentes, o quadro clínico e analítico apresentado e pela boa resposta à administração de tiamina EV, assumiu-se o diagnóstico de EW.

Conclusão: Com este caso clínico pretende-se alertar para a importância da suspeita de EW e da administração precoce de tiamina EV para impedir a rápida evolução para a morte.

Nº 223 Neuropatia secundária a défice de B12: impacto da pandemia COVID-19

Marta Anastácio(1); Margarida Ribeiro(1); Francisca Dâmaso(1); Catarina Araújo Faria(2); Sérgio Brito(1); Cristiana Camacho(1); Beatriz Saraiva Ferreira(1); Antony Dionísio(1); Ana Lynce(1); Maria Cândida Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (2) Hosp Prof Dr Fernando Fonseca

Introdução: A deficiência de vitamina B12 é um distúrbio nutricional com múltiplas etiologias, na qual o reconhecimento e tratamento precoces previnem o compromisso da eritropoiese e/ou desmielinização progressiva. A neuropatia periférica é uma complicação rara e debilitante deste défice, cuja reversibilidade depende da gravidade e duração da sintomatologia até ao início do tratamento.

Caso Clínico: Mulher de 39 anos, com antecedentes de Anemia perniciosa desde os 20 anos de idade. Há 10 meses sob reposição vitamínica B12 oral exclusiva, por perda de seguimento na pandemia COVID-19. Enviada à consulta de Medicina Interna por parestesias e hipostesia nos membros inferiores com 2 anos de evolução, com progressão ascendente, inicialmente com afeção concomitante dos membros superiores, a condicionar quedas de objetos das mãos. Atualmente com extensão das queixas ao abdómen, parede torácica anterior e pescoço. Referência a descoordenação motora com deambulação errática contra objetos e diminuição da memória de curto-prazo. Ao exame neurológico com dismetria nos membros superiores, pseudoatetose bilateral na prova de braços-estendidos, reflexos osteo-tendinosos globalmente fracos, reflexo cutâneo-plantar indiferente bilateralmente, alteração importante da sensibilidade propriocetiva, marcha atáxica com dificuldade em linha reta e prova de Romberg positiva. Analiticamente, macrocitose (volume globular médio 127.8 fL), sem anemia e vitamina B12 infra-terapêutica (inferior 74 pmol/L). Esfregaço de sangue periférico com hipersegmentação de neutrófilos, poiquilocitose e alguns macrovalócitos. Estudo de auto-imunidade com anticorpo anti-célula parietal positivo forte. Assumido diagnóstico de Polineuropatia periférica sensitiva em progressão secundária a défice de vitamina B12 mantido. Medicada com cianocobalamina intra-muscular semanal e referenciada a Neurologia, Imunohemoterapia e Medicina Física e de Reabilitação.

Discussão: Os autores discutem a particularidade deste caso, pela sua raridade e evolução no doente jovem, destacando o impacto da pandemia na prestação de cuidados de saúde à população. O diagnóstico e tratamento adequados são essenciais na prevenção de complicações neurológicas a longo prazo, ou seu agravamento, responsáveis por morbilidade significativa.

Nº 224 As consequências da decisão de não tratar: um caso clínico de Tempestade Tiroideia

Carolina Maia Nogueira(1); Fábio Neves(1); Filipa Rodrigues(1); Maria João Vilela(1); Ricardo Costa(1); Catarina Araújo(1); André Santa Cruz(1); Cristina Ângela(1); Isabel Apolinário(1); Gonçalo Santos(1); Paula Ferreira(1); Ana Rita Matos(1); Sara Marques(1); Alexandre Carvalho(1)

(1) Hospital Braga

Tempestade tiroideia é uma emergência médica rara, cujo diagnóstico se baseia na disfunção orgânica associada a sinais e sintomas de tireotoxicose. Ocorre habitualmente devido a um contexto agudo precipitante, sendo que a causa mais frequente é a Doença de Graves.

Doente do sexo feminino, de 65 anos com antecedentes pessoais relevantes de tiroide multinodular, fibrilhação auricular (FA). História de perda ponderal (~20Kg) num ano acompanhada de hipersudorese e aumento da frequência de dejeções. Do estudo realizado no seu médico assistente destaca-se hipertiroidismo grave. Na altura não foi iniciada qualquer terapêutica e foi encaminhada para a consulta externa de endocrinologia. A doente nesta altura apresentava ptose bilateral com exoftalmia bilateral já cronificada, discurso não percetível, emagrecida, em FA com resposta ventricular rápida (RVR), com edemas bimaleolares e à palpação cervical, tiroide aumentada, elástica e com várias formações nodulares. Na escala de *Burch-Wartofsky*, pontuava 25 pontos, à custa das alterações gatrointestinais, FA e edemas bimaleolares, avaliando como iminente a probabilidade de vir a desenvolver tempestade tiroideia numa doente já com hipertiroidismo. Analiticamente, com pancitopenia, hipocalemia, hiperbilirrubinemia e elevação dos marcadores de colestase hepática. Realizou ecografia tiroideia, com dimensões aumentadas, contornos homogêneos e múltiplas formações multinodulares em ambos os lobos da tiroide. No estudo de doppler a sugerir padrão de doença de Graves. A doente ficou internada ao cuidado da medicina interna para vigilância apertada e estabilização clínica. Iniciou no internamento Propilitouracil, Prednisolona e Bisoprolol. Evoluiu favoravelmente com melhoria do quadro clínico. Teve alta orientada para a consulta externa de endocrinologia.

Este caso é sobre uma doente com quase um ano de evolução de sinais e sintomas compatíveis com hipertiroidismo, já previamente diagnosticada e não tratada. A escala de *Burch-Wartofsy* utilizada ajudou neste caso a estratificar o risco clínico e a orientar a abordagem da doença. A tempestade tiroideia é uma doença com elevada taxa de mortalidade (10-30%) e é fundamental que seja reconhecida atempadamente, com instituição imediata das medidas médicas e de suporte necessárias.

Nº 225 Doença óssea de Paget assintomática – quando tratar?

Fátima Cereja(1); Sofia Andraz(1); Mariana Antão(1); Cláudia Gaspar(1); Joana Oliveira(1); Teresa Abegão(1); Mariana Figueiras(1); Ana Ribeiro(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Introdução: A doença óssea de Paget (DOP), é a segunda doença óssea metabólica mais frequente em Portugal a seguir à osteoporose. É uma patologia focal do metabolismo ósseo, caracterizada pelo aumento da remodelação, reabsorção e formação óssea, de forma desorganizada. Pode se traduzir em fragilidade e deformidade óssea, aumentando o risco de fratura. Os sintomas mais frequentes são a hipertrofia e deformação ósseas, queixas álgicas e manifestações neurológicas. As complicações mais frequentes são as fraturas e a osteoartrite. O principal método de diagnóstico é radiológico e poderá cursar com aumento da fosfatase alcalina sérica (FA), cujo valor se correlaciona com a atividade da doença. A maioria dos doentes é assintomática e o diagnóstico é frequentemente acidental durante uma avaliação analítica ou imagiológica. O tratamento com bifosfonatos está indicado nos doentes sintomáticos, mas pode ser considerado em doentes assíntomáticos, de acordo com o local ósseo afetado, o envolvimento da coluna vertebral e o risco de fratura patológica.

Caso Clínico: Apresenta-se um caso de um homem de 80 anos, referenciado à consulta de medicina interna por valores de fosfatase alcalina (FA) persistentemente elevados nos últimos dois anos. Clinicamente não apresenta dor osteoarticular, astenia, anorexia ou perda de peso. Negou ainda história prévia de dor com necessidade de analgesia. Realizou cintigrafia óssea com alterações a nível da calote, coluna vertebral, ossos ilíacos e fémur direito e sinais de fratura de compressão ao nível de D8-D9, D12 e L5,

sugestivas de doença metabólica óssea. Após exclusão patologia neoplásica com metastização óssea e com base em critérios imagiológicos e laboratoriais realizou-se diagnóstico DOP poliostótica, e iniciou-se tratamento com ácido zoledronico.

Discussão: Este caso tem como objetivo a refleção sobre a solicitação de análises clínicas sem uma hipótese diagnóstica que seja suportada pela clínica do doente. Neste caso foi feito o diagnóstico de DOP assintomática que face ao risco-benefício se decidiu tratar. Nesta patologia o tratamento precoce doentes assintomáticos selecionados, poderá levar a uma diminuição da atividade metabólica patológica e assim prevenir de complicações, apesar da evidência científica que o suporta ainda ser escassa.

Nº 226 Derrame pericárdico secundário a tiroidite de Hashimoto

Hugo Mineiro Félix(1); Ana Catarina Lopes(1); Natália Marchão(1); Afonso Aguiar(1); Liliana R. Santos(1); Alexandra Wahnon(1); Catarina Gonçalves(1); Raquel Boto(1); Carolina Monteiro(1); Lillia Savka(1); Maria José Pires(1); Ana Baltazar(1); Marisa T. Silva(1); Nuno Carreira(1); Marina Fonseca(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: O hipotiroidismo é uma doença endocrinológica comum que pode apresentar uma grande variedade de sintomas. De entre as várias conceções do envolvimento multiorgânico da doença autoimune da tiroide, o derrame pericárdico é uma complicação que raramente surge como manifestação inicial de tiroidite, sendo, no entanto, frequente no hipotiroidismo de longa duração.

Caso clínico: Mulher de 82 anos, com antecedentes de doença tiroideia multinodular, hospitalizada para estudo etiológico de volumoso derrame pericárdico. Apresentava cansaço, ortopneia e humor hipotímico. Encontrava-se bradicárdica e apirética. Realizou pericardiocentese com drenagem de líquido francamente hemático com predomínio de células mononucleadas, cujo exame microbiológico/micológico se revelou negativo. Realizou-se também estudo de autoimunidade e de marcadores tumorais que se revelaram ambos negativos. Todavia, a pesquisa de anticorpos antitiroideus revelou anticorpos antiTPO e de antiTG com valores cerca de 10 vezes e 3 vezes, respetivamente, acima da normalidade. Função tiroideia com aumento de TSH (5,42 uU/mL) e redução ligeira de FT3. A TC de corpo revelou derrame pleural bilateral e aumento do lobo esquerdo da tiroide com bócio nodular, excluindo outras possíveis lesões neoplásicas primárias. De igual forma, o lavado bronco-alveolar, a biopsia nodular da tiroide e os exames endoscópicos não evidenciaram doença neoplásica. Iniciou tratamento com levotiroxina e em ecocardiograma transtorácico de reavaliação observou-se uma franca melhoria evolutiva, denotando-se apenas uma fina lâmina de derrame pericárdico.

Discussão: Neoplasia, tuberculose, iatrogenia, complicações de doença coronária aguda são as causas mais frequentes de derrame pericárdico hemorrágico, no entanto, a investigação de patologia tiroideia é essencial nestes casos. Apesar do derrame pericárdico ocorrer mais frequentemente em casos de mixedema, este pode acontecer em casos de hipotiroidismo ligeiro, o qual, quando não identificado pode conduzir a complicações graves, por vezes fatais.

Nº 227 Síndrome de Cushing: quando a evolução rápida dificulta o diagnóstico

Filipe da Cunha Pinto(1); Susana Teixeira(1); Nuno Ferreira(1); Ana Ferreira Pacheco(1); Ana Areia Reis(1); Lindora Pires(1)

(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: O hipercortisolismo é consequência do síndrome de Cushing, mais comumente caracterizado pela produção excessiva de hormona adrenocorticotrófica (ACTH), ou não relacionado com esta. Etiologicamente, esta sobreprodução pode ser pituitária – Doença de Cushing – ou, mais raramente, secundária a produção ectópica de ACTH, de entre outras causas.

Caso Clínico: Mulher, 9(1) anos, sem antecedentes conhecidos de diabetes, é admitida na urgência por diabetes inaugural com síndrome hiperosmolar hiperglicémico. No estudo realizado, constatou-se alcalose metabólica, hiperglicemia de 542 mg/dL, creatinina sérica 1,32 mg/dL, hipernatremia de 153 mmol/L, hipocaliemia de 2,7 mmol/L e radiografia torácica com infiltrados basais bilaterais.

Admitida no internamento de Medicina Interna para continuação de estudo e cuidados. Manteve perfil glicémico de difícil controlo com insulinoterapia, anasarca, lesão renal aguda em agravamento, hipocaliemia e hipernatremia de difícil correção. A tomografia abdominal e cranioencefálica não revelaram alterações de relevo, mas a torácica demonstrou nódulo de características neoformativas primárias e adenopatias mediastínicas de características patológicas. Analiticamente verificaram-se aumentos da ACTH de 443 pg/mL, cortisol urinário de >2424 mg/24h e cortisol matinal de >121,20 mg/dL. Concluiu-se por um síndrome de Cushing com produção de ACTH ectópica, provavelmente por neoplasia do pulmão.

Privilegiou-se o controlo do hipercortisolismo e as suas consequências tendo sido iniciado metirapona. No entanto, a doente apresentou evoluções clínica e analítica desfavoráveis, com iatrogenia terapêutica – falência medular. Suspendeu-se o fármaco e a doente acabou por falecer.

Discussão: A síndrome de Cushing, especialmente quando decorre de uma produção ectópica de ACTH, pode ter uma evolução abrupta e incapacitante para o doente. Este caso é demonstrativo de como quer a evolução, quer a iatrogenia terapêutica, podem mesmo dificultar ou impossibilitar o seu completo diagnóstico etiológico.

Nº 228 Hiperparatiroidismo primário com apresentação neuromuscular e neurossensorial

Hugo Mineiro Félix(1); Ana Catarina Lopes(1); Natália Marchão(1); Afonso Aguiar(1); Liliana R. Santos(1); Alexandra Wahnon(1); Catarina Gonçalves(1); Raquel Boto(1); Carolina Monteiro(1); Lillia Savka(1); Maria José Pires(1); Ana Baltazar(1); Marisa T. Silva(1); Nuno Carreira(1); Marina Fonseca(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Nos últimos anos tem-se observado uma evolução do perfil clínico do hiperparatiroidismo primário para uma doença que é agora maioritariamente assintomática. As alterações patológicas que se observam são mais frequentemente de deterioração óssea, hipercalciúria e nefrolitíase, compatíveis com a hipercalcemia e valores elevados de paratormona, característicos desta doença. No presente caso, porém, esta patologia apresentou-se de forma clínica atípica.

Caso Clínico: Uma doente de 53 anos recorre ao serviço de urgências por dor ocular intensa com hiperemia subconjuntival, cefaleia frontotemporal esquerda, "tremores" [sic] da mandibula e diminuição da sensibilidade ao nível do membro superior esquerdo. Observada, no entanto, à admissão, sem outras alterações neurológicas, com exame neurológico sumário normal. Constatou-se uma hipercalcemia de 14,(1) mg/dL, hormona paratiroideia (PTH) de 752 pg/mL (cerca de 10 vezes superior à normalidade), hipofosfatemia de 1,5 mg/dL, e défice de vitamina D. Excluída patologia aguda do sistema nervoso central e visto não apresentar alterações da função renal e já apresentar antecedentes de doença nodular da tiroide, colocou-se o diagnóstico de hiperparatiroidismo primário. A ecografia da tiroide com punção ecoguiada por suspeita de adenoma da paratiroide, confirmou este diagnóstico recorrendo ao doseamento de PTH de 454 pg/mL na amostra.

Discussão: A clínica da hipercalcemia e da sobrestimulação da paratiroide é extensa mas frequentemente assintomática nas regiões onde a avaliação rotineira dos níveis de cálcio é efetuada. Nos casos sintomáticos, apesar de ser possível a atenuação terapêutica dos valores elevados da calcemia, o único tratamento curativo etiológico é a paratiroidectomia.

Nº 229 Desnutrição severa ou síndrome de realimentação? Um caso de anorexia complicada

Rita Pinto Ribeiro(1); Ana Luís Vasconcelos(1); Luís Neves da Silva(1); Patrícia Cláudio Ferreira(1); Margarida Monteiro(1); Rosário Araújo(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: As perturbações do comportamento alimentar restritivas são patologias psiquiátricas associadas a múltiplas complicações médicas, incluindo distúrbios eletrolíticos. O aumento de peso é imperativo, contudo um controlo apertado é indispensável dado o risco de síndrome de realimentação.

Caso Clínico: Mulher de 48 anos, antecedentes de perturbação do comportamento alimentar restritivo. Enviada ao Serviço de Urgência compulsivamente para avaliação de estado de debilitação extremo e de desnutrição grave. À admissão com 27,8kg (Índice de Massa Corporal (IMC)=10,6). Analiticamente com hiponatremia, hipocalcemia, hipocaliemia, citocolestase hepática e hipotiroidismo subclínico.

Iniciou correção dos distúrbios eletrolíticos e aporte alimentar fracionado, incluindo aporte noturno por sonda, com a avaliação possível do aporte calórico numa enfermaria de Medicina.

Já no internamento com hipofosfatemia, sem hipomagnesemia. Apresentou hipoglicemias sintomáticas, sem convulsões ou alterações do estado de consciência. Também sem clínica de insuficiência respiratória ou cardíaca, que pudessem pressupor síndrome de realimentação. Com doseamento de insulina e peptídeo C baixos.

Apesar das medidas instituídas houve recidiva dos distúrbios iónicos e perda ponderal de cerca de 2 kg em (1) mês(IMC=9,6).

Discussão: A síndrome de realimentação é caracterizada por alterações eletrolíticas, sendo a hipofosfatemia a mais relevante.

Neste caso não foi possível determinar com clareza a causa da hipofosfatemia, se uma síndrome de realimentação ou se desnutrição grave, dado que a primeira avaliação do fósforo ocorreu já no internamento. A ausência de elevação da insulina, responsável pelo mecanismo de hipofosfatemia em doentes com esta síndrome, afasta ainda mais este diagnóstico.

Este caso demonstra a importância da avaliação e monitorização dos níveis iónicos destes doentes. Destaca-se ainda a necessidade de manter um aporte alimentar contínuo mas lento de forma a evitar complicações fatais.

Nº 230 Hiperferritinemia e lesões bolhosas em áreas de fotoexposição: um caso de Porfiria Cutânea Tarda

Dr. Fernando Lemos(1); Patrícia Araújo(1); António Cardoso Fernandes(1); João Poço Gonçalves(1); Pedro Pinto(1); Duarte Silva(1); Carmélia Rodrigues(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital Santa Luzia

As porfirias são doenças metabólicas causadas pela deficiente atividade da enzima uroporfirinogénio descaboxilase (UROD). A mais prevalente, Porfiria Cutânea Tarda (PCT), é causada pela inibição adquirida da UROD em contexto de sobrecarga de ferro e/ou a combinação de outros fatores adquiridos (álcool, tabagismo, Hepatite C, entre outros).

Sexo feminino, 67 anos, com hipertensão e dislipidemia, medicada e controlada. Sem consumo etílico abusivo. Encaminhada a consulta por hiperferritinemia. Queixas de pele mais friável e hiperpigmentada, sobretudo nas mãos, com ocasionais lesões bolhosas predominantemente na face dorsal. Sem melhoria após tratamento tópico. Sem outras queixas, nomeadamente, artralgias. À avaliação, lesões cicatriciais das mãos e da face, eritema da região cervical/torácica em "V" e hirsutismo com pilosidade malar. Estudo analítico revelou sobrecarga de ferro com saturação da transferrina (69%) e hiperferritinemia (1446ng/mL). Doseamento de porfirinas urinárias e estudo genético com pesquisa de mutações no gene HFE, revelaram elevação da uroporfirina, pentacarboxil-, hexacarboxil- e heptacarboxilporfirinas e homozigotia H63D. Assumido o diagnóstico de Porfíria Cutânea Tarda e sobrecarga de ferro, iniciado programa de flebotomias. Apresentou reversões das lesões e do hirsutismo.

Follow-up de 60 meses sem recorrência das lesões cutâneas, com estudo de imagem hepática sem evidência de sobrecarga de ferro. Ferritina actual 47.9ng/mL.

Destaca-se neste caso a associação das mutações do gene HFE e da PCT. Estas mutações são prevalentes na PCT mesmo na ausência de hemocromatose hereditária evidente. A homozigotia H63D confere risco de sobrecarga de ferro ainda que com menor penetrância e variabilidade de expressão fenotípica considerável quando comparada a homozigotia C282Y ou heterozigotia composta C282Y/H63D.

Nº 231 Para lá da diabetes

André Alçada Fernandes(1); Bruno Silva(1); Ana Rita Ambrósio(1); Isménia de Oliveira(1); Fernando Martos Gonçalves(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Angelo

Mulher de 7(1) anos, com história de diabetes mellitus tipo 2 com 30 anos de bom controlo metabólico sob antidiabéticos orais.

Encaminhada à consulta de Medicina em janeiro de 2022 por dois episódios de cetoacidose diabética naquele mês, tendo iniciado insulinoterapia. Apresentava astenia, perda ponderal, vómitos e descontrolo metabólico com um mês de evolução, além de perfil glicémico de difícil controlo e edema dos membros inferiores, refratário a terapia diurética e desproporcional ao seu grau de insuficiência cardíaca (pelos achados ecocardiograficos e por NTproBNP ~700).

Por manutenção de astenia, realizou em ambulatório ecografia abdominal em março de 2022 com dilatação do Wirsung com 3.5mm e indefinição na cabeça pancreática. Na TC-AP a cabeça do pâncreas apresentava-se ligeiramente heterogénea, mas sem evidência de nódulos e sem adenomegálias abdomino-pélvicas. Fez endoscopia digestiva alta com gastropatia superficial e pesquisa de H. pylori positiva.

Internada para investigação adicional. RMN abdominal com CPRM a revelar nódulos

hepáticos de provável origem secundária, sem alterações na cabeça do pâncreas. Repetiu TC-TAP em abril de 2022 com contraste que permitiu a identificação de uma massa na cabeça do pâncreas com extensão duodenal. Em maio de 2022 realizou eco-endoscopia para biópsia, que não foi necessária, por identificação de neoplasia ulcerada na 2ª porção duodenal. Os resultados da biopsia viriam a revelar um adenocarcinoma da cabeça do pâncreas.

A neoplasia do pâncreas como causa de diabetes mellitus é uma entidade reconhecida, mas de diagnóstico difícil sem correr o risco de solicitar exames na maioria das vezes desnecessários. Entre as dificuldades temos a perda ponderal ser sintoma comum às duas condições e o estudo imagiológico precoce pode ser inconclusivo, com a evolução da doença sendo por vezes galopante. O aparecimento súbito de cetoacidose e o edema constituíram sinais de alerta nesta doente.

Nº 232 Quando o diagnóstico começa na anamnese - um caso de Polidipsia Primária

Mónica Fidalgo Silva(1); Liliana Fonseca(2); Joana Ferreira(1); Teresinha Ponte(1); Martinho Fernandes(1)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário (2) Centro Hospitalar e Universitário do Porto

A hiponatremia é o distúrbio eletrolítico mais frequente e manifesta-se na maioria dos casos como uma complicação de outra patologia, como insuficiência cardíaca ou renal. Pode também estar associada a condições como o síndrome de secreção inapropriada de ADH (SIADH) ou polidipsia primária, entidade mais rara.

É apresentado um caso de uma mulher, 54 anos, com queixas de tonturas e quedas frequentes. À admissão lentificação psicomotora, pressão arterial 87/60 mmHg em ortostatismo e 100/62mmHg em decúbito. Apresentava um sódio (Na+) de 124 mmol/L, tendo iniciado suplementação com fluidoterapia com melhoria quer do perfil tensional, quer da correção do Na+. Por hiponatremia ter sido atribuída a toma de fluoxetina (inibidor de recaptação seletiva de serotonina), foram suspensos o fármaco e a suplementação após normalização do Na+, verificando-se nova diminuição dos seus níveis. Excluída insuficiência adrenal e hipotiroidismo, verificou-se poliúria de 3800 a 4200mL por dia, com creatinina 0,87 mg/dL, osmolaridade urinária 24(1) mOsm/Kg (50-1200), Na+ urinário 57 mmol/L (15-237), excluindo-se SIADH. Constatou-se ingestão de cerca de 3,5 a 4,5 litros de água por dia, com pelo menos 5 anos de evolução, sugerindo como etiologia de hiponatremia hipovolémica uma polidipsia primária crónica. Após restrição hídrica limitada a 1000mL por dia, sem suplementação de Na+ durante (1) semana, verificada resolução da hiponatremia sustentadamente, com Na+ 138 mmol/L, e da poliúria, com débito urinário de 2000 a 2300mL por dia. Assim, diagnóstico compatível com polidipsia primária (PP).

Habitualmente, a PP cursa com hiponatremia ligeira, com Na+ não inferior a 130 mmol/L. Contudo, é descrito na literatura que, apesar de raro, pode também manifestar-se com hiponatremias graves em doentes com debilidade intelectual e sob psicofármacos, nomeadamente SSRI - polidipsia psicogénica. O caso descrito demonstra que embora inicialmente se tenha atribuído distúrbio a efeito secundário de fármaco, este provavelmente apenas potenciou a etiologia primária.

Nº 233 Sela turca vazia: uma causa de hiponatremia incomum

Francisca Silva Carmo(1); João Luís Miranda(1); Raquel Dias Moura(1); Mariana Estrela Santos(1); Luísa Magalhães(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A sela tuca vazia refere-se a uma descrição imagiológica e não a uma patologia clínica. É rara e normalmente associa-se a massas hipofisárias. A abordagem destes doentes depende das restantes características imagiológicas e da clínica presente. A evidência clínica ou laboratorial de défice de uma hormona hipofisária, obriga a avaliação das restantes hormonas.

Caso clínico: Mulher, 52 anos, obesa e com lombalgias frequentes a condicionar toma diária de diclofenac, recorreu ao Serviço de Urgência por dor epigástrica tipo ardor acompanhada por vómitos aquosos (um no dia anterior e três no dia da admissão). À admissão, encontrava-se consciente e orientada, hemodinamicamente estável e apirética, ligeiramente desidratada e com dor à palpação do epigastro, mas sem defesa. Apresentava um sódio de 113 mmol/L, Osmolalidade sérica baixa, osmolalidade urinária e sódio urinário elevado, fazendo o diagnóstico de hiponatrémia euvolémica. A discrepância entre o grau de volémia (apenas ligeiramente desidratada) e o valor de sódio e a ausência de clínica neurológica perante um sódio tão baixo, levou-nos a considerar um quadro provavelmente crónico. Foi internada para correção da natremia e investigação etiológica. Do estudo efetuado, a salientar hipotiroidismo secundário (hormona estimulante tiroideia (TSH) inapropriadamente normal com tiroxina (T4) livre baixa), prosseguindo-se ao doseamento das restantes hormonas hipofisárias: cortisol e corticotropina (ACTH) normal, enquanto gonadotrofinas e prolactina baixa, compatível com a presença de hipopituitarismo. A ressonância magnética da hipofise detetou padrão de "sela turca vazia", mas sem massas ou microadenomas. Iniciou tratamento com hidrocortisona 10mg + 5mg + 5 mg e levotiroxina, apresentando melhoria clínica e analítica. À data da alta, assintomática, com sódio 13(1) mmol/L, sendo orientada para a consulta.

Discussão: Na abordagem da hiponatremia é fundamental estabelecer a rapidez da sua instalação, correlacionando com a clínica espectável e a avaliação da volémia. Podemos estar perante um vasto número de etiologias, nomeadamente patologias que afetam o sistema nervoso central.

Nº 234 Salt Wasting Syndrome idiopático - uma causa infrequente de hiponatrémia refratária.

Liliia Savka(1); Ana Maria Baltazar(1); Raquel Mendes Boto(1); Carolina Brandão Monteiro(1); Catarina Gonçalves(1); Alexandra Wahnon(1); Maria José Pires(1); Carolina Carreiro(1); Natália Marchão(1); Afonso Aguiar(1); Hugo Felix(1); Catarina Gonçalves Lopes(1); Gustavo Almeida Silva(1); Liliana Ribeira Santos(1); Marina Fonseca(1); Marisa Teixeira Silva(1); António Pais de Lacerda(1); Nuno Reis Carreira(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: O Salt Wasting Syndrome (SWS) é uma das potenciais causas de hiponatremia associada a doenças do sistema nervoso central (SNC) ou de causa renal. Carateriza-se pela hiponatremia hipoosmolar hipovolêmica com sódio urinário aumentado >20 mEq/L. Classificada muitas vezes de forma errada como síndrome de secreção inadequada de hormônio antidiurético (SIADH), é importante distinguir as duas entidades

assim como o tratamento é diferente e caso não seja realizado poderá levar a coma, lesão cerebral irreversível e/ou paragem respiratória.

Caso Clínico: Homem, 74 anos, parcialmente dependente. Internado por quadro de infecção respiratória. Antecedentes de neoplasia da laringe, sem sinais de recidiva, disfagia orofaríngea mista neurodegenerativa e anatómica iatrogénica, laringite crónica, síndrome demencial de agravamento progressivo, associado a parkinsonismo. Durante o internamento desenvolve hiponatremia hipoosmolar hipovolémica, com valor mínimo de Na 116mmol/L, Osm 234mOsmol/kg, ionograma urinário com valores de sódio 82mEq/L. TC CE exclui alterações agudas que causem CSW, nomeadamente hemorragia subaracnóidea (HSA). Excluídas causas renais (polidipsia, doença renal, acidose tubular renal (ATR) proximal) ou iatrogênicas (uso de diureticos) de aumento de excreção de Na+ urinário, tambem insuficiência cardíaca, hipotiroidismo e pseudohiponatremia. Clinicamente com poliúria aquando correcção com fluidoterapia, e pouca melhoria analitica. Incrementou-se corticoterapia (fludrocortisona), com melhoria laboratorial, à data de alta com natrémia de 132 mmol/L e posterior seguimento.

Discussão: SWS ainda é uma condição debatida, sua incidência e prevalência exatas são difíceis de definir. Com o tratamento, a SWS resolve-se dentro de semanas a meses. Muitas vezes, torna-se um diagnóstico de exclusão em doentes com hiponatremia sérica, com aumento dos níveis de Na urinário e desidratação clinicamente evidente. No entanto é fundamental a distinção entre SWS e SIADH dado o tratamento ser o oposto – instituição de fluidoterapia como tratamento de SWS agrava a hiponatremia na SIADH.

Nº 235 A Medicina Interna na Neurocirurgia: a propósito de um caso de hipertensão arterial secundária

André Rebelo Matos(1); Sofia Ramos(1); António Mesquita(1); Diogo Faustino(1); Inês Correia(1); Adriana Watts Soares(1); Margarida Sá Pereira(1)

(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Introdução: A emergência hipertensiva (EH) é uma situação em que a hipertensão grave está associada a lesão aguda de órgão, por vezes com caráter crítico, necessitando de intervenção imediata e cuidadosa na diminuição da pressão arterial (PA). A ocorrência de EH deve levantar a suspeita de causas secundárias de hipertensão arterial (HTA), principalmente em doentes jovens ou com HTA resistente.

Caso clínico: Homem de 69 anos, caucasiano, previamente autónomo, com história médica conhecida de HTA, dislipidemia, perturbação de ansiedade e tabagismo, medicado com perindopril 4mg/dia, atorvastatina 10mg/dia, diazepam 5mg/dia e escitalopram 20mg/dia. Admitido no serviço de urgência por alteração súbita do estado de consciência após síncope com traumatismo cranioencefálico (CE). TC-CE revelou hemorragia subaracnoideia difusa e hematoma epidural da fossa posterior. Angiografia com aneurisma sacular na artéria comunicante posterior direita. Submetido a craniectomia descompressiva e drenagem de hematoma. Na unidade de cuidados Neurocríticos, evolução com hipertensão intracraniana refratária, controlada após indução de coma barbitúrico e administração de tiopental. Após levante de sedação e estabilização clínica, transferido para enfermaria de neurocirurgia, onde necessitou de colaboração da equipa de Medicina Interna (MI) por difícil controlo da PA e hipocaliemia persistente. Perante suspeita de HTA secundária, realizou estudo complementar, constatando-se em TC um espessamento nodular suprarrenal unilateral com 1(1) mm de diâmetro, sugestivo de adenoma. Análises com renina sérica indoseável (<0.5 µUI/mL) e aldosterona normal (2.4(1) ng/dL). Levantada a hipótese de hiperaldesteronismo primário e requisitada avaliação

por endocrinologia, que aguarda, com PA e caliemia controladas sob espironolactona 200mg/dia, perindopril 8mg e amlodipina 10mg.

Discussão: Este caso demonstra a importância da MI no apoio a outras especialidades hospitalares. Apesar de identificada uma malformação vascular que pode justificar o evento hemorrágico num doente hipertenso, a hipocaliemia e a HTA resistente conduziram ao estudo e deteção de uma possível causa secundária de HTA. O diagnóstico destas causas é relevante, uma vez que a intervenção adequada pode ser curativa e importante na prevenção de novas complicações.

Nº 236 Síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética por inibidor da bomba de protões

Rita Albergaria(1); Catarina Barbosa(1); Marisa Rocha(1); Sandra Gouveia(1)

(1) HDES

Introdução: A hiponatremia define-se como valor de sódio (Na+) sérico < 135 mmol/L, sendo o distúrbio eletrolítico mais comum e com elevada morbimortalidade na ausência de diagnóstico e tratamento apropriados. A síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH) é a causa mais comum de hiponatremia euvolémica em doentes hospitalizados e é uma complicação comum de várias patologias e fármacos. Os inibidores da bomba de protões (IBP) podem ser uma das causas possíveis.

Caso Clínico: Homem de 72 anos, com diagnóstico recente de úlcera gástrica medicado com IBP – pantoprazol 40 mg 2x/dia. Trazido ao SU por prostração e cefaleia intensa de início súbito, apresentando, à admissão, crise convulsiva, seguida de paragem respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Do estudo realizado no SU, a destacar hiponatremia grave 115 mmol/L e TC crânio-encefálico sem alterações significativas. Foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos, onde apresentou evolução favorável com melhoria da hiponatremia. No Serviço de Medicina Interna, sem novos episódios de convulsões mesmo após suspensão de anticomicial. Com a suspensão da solução salina hipertónica, apresentou novamente hiponatremia. Do restante estudo realizado, a salientar osmolaridade sérica < 275 mOsm/Kg, osmolaridade urinária > 100 mOsm/Kg, concentração urinária de Na+ > 30 mmol/L, ácido úrico sérico < 4 mg/dL, doseamento de cortisol basal, testosterona e ACTH normais e função tiroideia normal. Rastreio de VIH negativo. TC toraco-abdomino-pélvico destacando a presença de formação pseudonodular do lobo pulmonar superior direito de significado inespecífico a controlar evolutivamente. Perante os achados, foi colocada a hipótese de SIADH em provável contexto medicamentoso – IBP? Tumoral? Foi substituído IBP por antagonista dos recetores H2, verificando-se melhoria progressiva da hiponatremia, com valor de Na+ sérico 134 mmol/l à data de alta. Neste contetxo, colocou-se como hipótese diagnóstica mais provável SIADH relacionada com uso de IBP. Foi referenciado a consulta de Medicina Interna.

Discussão: Em doente com hiponatremia hipotónica euvolémica que preencham critérios diagnósticos de SIADH, há que considerar o uso de IBP como potencial causa.

Nº 237 Um diagnóstico difícil de engolir: Mega-esófago paraneoplásico a carcinoma espinhocelular do esófago

Bruno Sequeira Campos(1); Diogo Simas(1); Ricardo Martins Ascenção(1); Joana Filipe Leite(1); Maria Jesus Banza(1); Renato Saraiva(1)

(1) Hospital de Leiria

O mega-esófago é um distúrbio associado a distensão esofágica difusa por diminuição do peristaltismo. Pode ser congénito, mas mais frequentemente é adquirido. Está associado a uma multiplicidade de etiologias, desde gastrointestinal, neurológicas, paraneoplásicas, toxinas, entre outros. O tratamento é dependente da causa subjacente.

Homem, 43 anos, sem antecedentes relevantes, recorre ao SU por quadro de cansaço progressivo, que associou a um *status* pós-infecção por SARS-COV-2 contraída 3 meses antes, juntamente com edema das mãos e dos pés e perda ponderal de cerca de 8 kgs em 2 meses. Ao exame objetivo, apenas apresentava os edemas que o doente referiu. Negou náuseas, disfagia para sólidos e líquidos, tendo referido raros episódios de vómitos pós-prandiais, cerca de 3 episódios nos últimos 6 meses.

Analiticamente destacou-se uma anemia (Hb 9,3 g/dL) microcítica hipocrómica de novo, um aumento dos parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda AKIN (1) e albumina de 25 mg/dl.

Realizou radiografia torácica que demonstrava uma massa extensa a ocupar todo o lobo superior do pulmão direito, discreta cisurite homolateral e fina lâmina de derrame pleural bilateral.

Foi complementado o estudo com TC torácica contrastada que evidenciou um mega-esófago com significativa estase alimentar, derrame pleural bilateral e derrame pericárdico, juntamente com adenopatias axilares esquerdas. Posteriormente, realizou uma endoscopia digestiva alta que sinalizou uma úlcera no terço distal do esófago e um revestimento acastanhado, ambos biopsados.

As peças histológicas identificaram um carcinoma espinhocelular invasivo e candidose esofágica, respetivamente. Para estadiamento foi pedida uma PET que marcou múltiplos focos metastáticos pulmonares, hepáticos e ósseos.

Em consulta de decisão terapêutica e dada sua extensão, apresentou-se ao doente a opção de opção a quimioterapia paliativa, que aceitou.

Com este *abstract* pretende-se apresentar o mega-esófago como manifestação pouco frequente de uma pseudo-acalásia paraneoplásica a um carcinoma espinhocelular do esófago num doente jovem. É de salientar também o estadio avançado da pseudo-acalásia com extensa tradução imagiológica e anatómica *versus* a clínica escassa e a inespecificidade dos sintomas.

Nº 238 Disseção espontânea do tronco celíaco – uma causa rara de dor abdominal

Andreia Tavares(1); Rita Pinto Araújo(1); João Gonçalves(1); Rita Costa(1); Gisela Vasconcelos(1); Alexandra Machados(1); Marta Calçada(1); Teresa Pereira(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A disseção espontânea do tronco celíaco (DETC) constitui uma entidade nosológica rara. A sua etiologia não está esclarecida, mas a doença aterosclerótica e a displasia fibromuscular são possíveis causas. O sintoma mais frequente é a dor

abdominal e a tomografia computorizada (TC) é o melhor método de diagnóstico. O tratamento baseia-se numa estratégia conservadora antitrombótica ou invasiva nos casos complicados. Na fase aguda há o risco de progressão da disseção para a artéria hepática, com consequente falência hepática, e a longo prazo pode evoluir para degenerescência aneurismática.

Caso Clínico: Mulher, 46 anos, sem antecedentes relevantes e medicada com contracetivo progestativo. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal e náuseas, de início súbito, localizada ao flanco esquerdo (FE). Negava traumatismo. Ao exame físico com palpação abdominal dolorosa no FE. No estudo analítico destacava-se leucocitose e a angioTC mostrou oclusão parcial do tronco celíaco e da artéria esplénica, com área de hipocaptação no baço, compatível com DETC e enfarte esplénico. A doente foi internada na Unidade de Cuidados Intermédios para vigilância sob terapêutica anticoagulante. O estudo etiológico foi inconclusivo, tendo sido excluídas causas infeciosas, autoimunes e metabólicas. Apresentou evolução favorável e teve alta, com indicação para 6 meses de anticoagulação. Durante o seguimento, manteve-se assintomática e com estabilidade dos achados radiológicos previamente descritos.

Discussão: A dor abdominal é um sintoma comum no nosso quotidiano, mas pode ser a manifestação inicial de entidades raras. Neste caso, tratou-se de uma DETC não traumática e idiopática que, após o adequado diagnóstico e tratamento, apresentou evolução favorável. Em conclusão, é necessário reconhecer a DETC no diagnóstico diferencial de dor abdominal, principalmente se recorrente ou de difícil controlo, por forma a dirigir a marcha diagnóstica e disponibilizar ao doente o melhor tratamento à luz da evidência médica.

Nº 239 Uma apresentação atípica de doença pancreática

Joana Gouveia(1); Madalena Santos(1); Inês Júlio(1); Ana Rita Figueiredo(1); Alba Janeiro Acabado(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

O termo paniculite refere-se a um processo inflamatório do tecido celular subcutâneo, que de acordo com o local da inflamação se designa de lobular ou septal. Manifesta-se por nódulos eritematosos geralmente localizados nas extremidades, sobretudo nos membros inferiores. As causas são várias, sendo as mais frequentes infeções, doenças auto-inflamatórias, linfoproliferativas entre outras mais raras, como é o caso da doença pancreática. O diagnóstico e a etiologia geralmente são determinados clinicamente, mas por vezes é necessário o estudo anatomopatológico para encontrar a causa.

Os autores descrevem um caso que ilustra este facto.

Trata-se de uma mulher de 56 anos, com doença poliquistica renal, hemodialisada em lista de espera para transplante, encaminhada para a consulta de Doenças Autoimunes, por lesões dos membros inferiores recorrentes desde há cinco anos, sugestivas de eritema nodoso.

A doente referia também xerostomia, sem outra sintomatologia e o estudo analítico revelou leucopenia, trombocitopenia, hipogamaglobulinemia, sendo o estudo autoimune negativo.

Realizou biópsia cutânea que revelou paniculite lobular com necrose do tecido adiposo, compatível com paniculite pancreática. Apesar da doente não apresentar sintomas sugestivos de patologia pancreática, foi iniciado estudo dirigido, do que se destaca: lípase de 277 U/L, amílase de 100 U/L e tomografia computorizada abdominal com múltiplas formações hipodensas e hipocaptantes no corpo e cauda do pâncreas sugestivas de neoplasia mucinosa papilar intraductal. Apesar de entidade benigna poderá ter uma

incidência de malignização de 3-8% em alguns estudos. A Paniculite pancreática é uma entidade rara, geralmente surge em doentes com patologia aguda ou crónica do pâncreas, nomeadamente carcinoma pancreático.

Neste caso clínico ilustra-se a ajuda importante da biopsia no estudo etiológico das paniculites, bem como a função de sinalização desta entidade, de patologias subclínicas, importantes a diagnosticar.

Nº 240 Esplenomegália maciça, uma apresentação rara de uma doença comum

Maria José Marques Pires(1); Ana Carolina Santos(1); Alexandra Wahnon(1); Carolina Carreiro(1); Catarina Gonçalves(1); Natália Marchão(1); Afonso Aguiar(1); Hugo Félix(1); Carolina Monteiro(1); Raquel Boto(1); Liliia Savka(1); Ana Maria Baltazar(1); Catarina Lopes(1); Gustavo Silva(1); Marisa Teixeira Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A anemia megaloblástica (AM) pode originar esplenomegalia ligeira/moderada por sequestro de eritrócitos macrocíticos no baço. A esplenomegalia maciça é geralmente observada em infeções, doenças mieloproliferativas, neoplasias, ou distúrbios de armazenamento, mas raramente relatada na AM.

Caso clínico: Homem de 82 anos com fadiga de agravamento progressivo, dor abdominal e icterícia desde há 2 semanas. Apresentava como antecedentes relevantes um défice de vitamina B12 não suplementado desde há (1) ano. Evidenciava pele e mucosas ictéricas e baço palpável 14 cm abaixo da grelha costal, firme, indolor, com a incisura anterior percetível. Destacava-se: Hb 6,5 g/dL, VGM 127fL, leucócitos 5,6x109/L, plaquetas 155x109/L, HGM 43pg, CMHG 34 g/dL e RDW 17.5%. Bilirrubinémia 4.98 mg/dL, AST 54 UI/L, ALT 129 UI/L, LDH 667 UI/L. A ultrassonografia (US) e a TC abdominal revelaram esplenomegália (18cm). Esfregaço de sangue periférico com moderada anisopoiquilocitose, megaloblastóide sem células atípicas. Aspiração e biópsia de medula óssea denotando as três linhagens hematopoiéticas com maturação progressiva, com "fenestração no precursor eritróide e metamielócito gigante"; "relação mielóide: eritróide invertida (0.84) por hiperplasia eritróide e diseritropoiese ligeira"; "armazenamento reduzido de ferro, sem infiltração maligna". Níveis séricos de vitamina B12 reduzidos <100 pg/mL, folatos normais. Serologias virais, endoscopia digestiva alta, ecodoppler abdominal, anticorpo anti-célula parietal e eletromiografia - normais. Diagnosticada AM por provável défice nutricional, iniciou vitamina B12 – 1mg IM 2X/semana. Aos 9 meses pós-alta, Hb 13.(1) g/dL, VGM 93 fL, LDH 342 UI/L e bilirrubina sérica 1.47 mg/dL. Regressão do baço para 1(1) cm (US).

Conclusão: A deficiência de vitamina B12 é uma causa bem conhecida de AM. Realçamos a esplenomegalia maciça, como rara manifestação de AM, salientando a importância da investigação etiológica para exclusão de outras doenças como hemato-oncológicas.

Nº 241 Piperacilina-Tazobactam – Um caso de DILI crónica

Inês Soares(1); Mariana Batista(1); Mariana Fidalgo(1); Ana Sofia Silva(1); Tiago Fernandes(1)

(1) CH VN GAIA UNID (1) - SANTOS SILVA

O caso clínico seguinte pretende realçar uma entidade subdiagnosticada mas mais frequente do que se pode pensar. A lesão hepática induzida por drogas (*DILI* em inglês) crónica constitui a inflamação induzida por drogas que persiste um ano após agressão e que pode inclusivamente evoluir para cirrose. Pode estar presente em até 20% dos doentes com lesão aguda. Além da diminuta prevalência e diagnóstico, o caso demonstrado ilustra ainda a dificuldade na gestão dos sintomas associados a esta patologia e do seu impacto na qualidade da vida dos doentes.

Doente de 69 anos, sexo feminino, totalmente autónoma nas atividades da vida diária e cognitivamente íntegra. De antecedentes pessoais a realçar hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia, fatores de risco vascular devidamente medicados. Foi orientada para estudo na consulta de Medicina – Hepatologia após internamento prolongado na Pneumologia e nos Cuidados Intensivos por uma sépsis com multidisfunção orgânica de ponto de partida respiratório e tratada com recurso a Piperacilina e Tazobactam. Durante o curso de antibioterapia a doente desenvolveu alterações analíticas consistentes com hepatite colestática que manteve até à data de alta. Durante o seguimento na consulta foi realizado um estudo intenso para exclusão de todas as causas de doença hepática. Foi também realizada uma biópsia hepática que mostrou inflamação portal e fibrose periportal, achados compatíveis com hepatite medicamentosa. Desta forma estabeleceu-se como diagnóstico uma *DILI* crónica à Piperacilina/Tazobactam. Apesar da melhoria das alterações analíticas a doente manteve prurido intenso necessitando de vigilância apertada e tratamento com ácido ursodesoxicólico, sertralina e colestiramina, observando-se uma melhoria sintomática após otimização terapêutica.

Este caso pretende ilustrar a importância do reconhecimento de entidades menos prevalentes e de um estudo aprofundado principalmente quando as mesmas têm implicação no dia a dia dos doentes, fazendo com que o diagnóstico atempado e o adequado tratamento sejam ainda de maior relevância.

Nº 243 Colite por CMV: o mesmo diagnóstico em cenários diferentes

Gregória Maria Baió(1); João Lavadinho Carapinha(1); Ana Realista Pedrosa(1); Lurdes Gonçalves(1); Maria Luisa Corraliza(1); Tereza Veloso(1)

(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A infeção por citomegalovírus (CMV) é altamente prevalente em adultos, frequentemente assintomática. A colite por CMV, complicação rara, afeta tipicamente imunocomprometidos, nomeadamente aqueles com doença inflamatória intestinal (DII). As serologias positivas de CMV não fazem o diagnóstico de colite por CMV, é necessária deteção anatomopatológica ou do DNA nas biópsias intestinais. O tratamento é realizado com ganciclovir e valganciclovir.

Casos clínicos: Uma doente com 29 anos, seguida por provável DII foi internada por agravamento de diarreia sanguinolenta. Apresentava IgM e IgG positivas de CMV e apesar da ausência de pesquisa de DNA na biópsia assumiu-se colite por CMV e iniciou-se tratamento com ganciclovir 5mg/kg durante 14 dias seguido de valganciclovir 900mg bid durante 42 dias. O resultado anatomopatológico permitiu o diagnóstico concomitante de

colite ulcerosa, realizou prednisolona 1mg/kg e azatioprina 50mg, com melhoria clínica.

Num outro caso, uma doente de 34 anos com antecedentes colite ulcerosa, foi internada por suspeita de agudização da DII e iniciou corticoterapia. Por manutenção da evidência de atividade severa iniciou terapêutica com infliximab. Apesar de imune ao CMV apresentou DNA de CMV positivo em biópsia intestinal, tendo iniciado terapêutica antiviral com resposta clínica.

Uma doente com 78 anos, antecedentes de adenocarcinoma do cólon sigmóide é internada por colite por clostridium difficile e medicada com vancomicina e metronidazol, por persistência de hematoquézias e deteção de DNA de CMV em biópsias intestinais completou terapêutica com ganciclovir e valganciclovir sem melhoria sintomática, iniciou corticoterapia por suspeita de DII, sem resposta e após diagnóstico anatomopatológico de colite ulcerosa iniciou infliximab, com benefício clinico.

Conclusão: A colite por CMV condiciona internamentos prolongados e morbimortalidade. Estes casos, demonstram a importância de estudar colite por CMV como fator de agravamento da DII. Bem como, o estudo de eventual DII em imunocompetentes com colite por CMV.

Nº 244 Quando um TIPS nos dá pistas: Hidrotórax exsudativo como apresentação de disfunção de shunt

Gonçalo R. Mesquita(1); Ana Isabel Lopes(1); Carla Maia(1); Raquel Ervalho(1); Fani Ribeiro(1); Andreia Mandin(1); Ana Sofia Silva(1); Raquel Oliveira(1); Eduarda Martins(1)

(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

O hidrotórax hepático é uma entidade distinta dentro do largo espectro de classificações do derrame pleural e classicamente apresenta características bioquímicas de transudado. Contudo, raros casos de hidrotórax exsudativo estão descritos na literatura sobretudo em doentes sobre terapêutica diurética.

Os autores apresentam um caso de um homem de 54 anos com antecedentes de cirrose hepática Child-Pugh B de etiologia etílica e portador de TIPS por ascite refratária a diuréticos . Apresenta-se com uma clínica de dispneia para esforços moderados e ascite abdominal de grande volume. RxTorax evidência derrame pleural unilateral à direita. Realizou paracentese e toracocentese diagnósticas e evacuadoras ambas com características bioquímicas de exsudado. Os exames citológico e bacteriológico excluíram peritonite bacteriana espontânea bem como pleurite bacteriana. Estudo de imagem inicial por tomografia não evidenciava sinais de trombose do TIPS. Durante o internamento desenvolve novamente derrame pleural. Faz revisão do TIPS onde flebografia confirma oclusão total e este é repermeabilizado. Realiza nova toracocentese evacuadora e não se volta a verificar recrudescimento de derrame pleural. De notar que previamente à colocação de TIPS em sucessivas paracenteses evacuadoras o líquido ascítico apresentava características de exsudado e com gradiente sero-ascítico <1.1g/dL. Previamente à colocação do TIPS o doente nunca apresentou derrame pleural e a hipertensão portal tinha sido confirmada aquando da realização de biopsia hepática com um gradiente de pressões hepáticas de 14 mmHg. O estudo exaustivo de causas secundárias para líquido ascítico exsudativo foi negativo.

O hidrotórax está presente em 5-15% dos pacientes com cirrose e hipertensão portal e está associado a alta mortalidade. O mecanismo exato como este se desenvolve não é totalmente conhecido mas a teoria prevalente é que o liquido ascítico migra para o espaço pleural através de pequenos defeitos no diafragma. O TIPS é muitas vezes a solução encontrada para os doentes com hidrotórax refratário. Este caso é relevante porque permite ilustrar os desafios encontrados na abordagem ao derrame pleural em doentes com cirrose hepática bem como documentar um raro caso de hidrotórax de

características exsudativas como uma das complicações possíveis do TIPS.

Nº 245 Colite Ulcerosa e Citomegalovírus: um desafio diagnóstico e terapêutico

Inês Ladeira Figueiredo(1); Francisco Guimarães(1); Cristina Duarte(1); Luísa Fontes(1)

(1) MEDICINA - JMS - HOSPITAL DA CUF - DESCOBERTAS

Introdução: A Colite Ulcerosa (CU) é uma doença inflamatória que afeta o cólon e reto e se associa a distúrbios imunológicos. A associação entre infeção por citomegalovírus (CMV) e CU foi descrita em 196(1) sendo que alguns autores consideram o vírus como causa de exacerbação e outros consideram-no um achado por preferencialmente infectar mucosa inflamada. É uma situação incomum descrita em cerca de 50 casos até 2006 e vários são os casos em que a toma de ganciclovir levou à remissão clínica. Este caso é curioso pela raridade e pelas suas condições particulares: CU ativa com úlceras serpiginosas e erosões, sem terapêutica imunossupressora (e ainda assim corticorresistente) que justifique a infeção por CMV e co-infecção por *clostridium difficil.*

Caso Clínico: Homem, 36 anos, diagnóstico de CU há 5 anos, sem terapêutica de manutenção. Recorre à urgência por dor abdominal, febre e mais de 10 dejeções líquidas diárias (incluindo noturnas) com sangue e muco. Analiticamente com leucocitose e proteína C reactiva 25.4 mg/dL. Fez TC que revelou espessamento parietal do cólon com edema da mucosa compatível com pancolite inflamatória. No internamento manteve dejeções hemáticas apesar da toma de prednisolona e messalazina sendo que, apesar de coproculturas negativas, a toxina de *clostridium difficile* era positiva bem como os IgM anti-CMV. Iniciou metronidazol, vancomicina oral e ganciclovir após confirmação na biópsia da presença de abcessos de cripta e células com inclusões citopáticas imunorreactivas para CMV. Admitiu-se diarreia a *clostridium* e agudização de CU complicada de infeção a CMV, tendo esta CU indicação para biológicos após resolução da infeção.

Discussão: Aparentando ser um quadro de CU agudizado por incumprimento terapêutico, acabou por se revelar um quadro infecioso complexo, com infeção bacteriana e viral oportunista, com necessidade de antibiótico e antiviral. Apesar de ser um doente sem corticoterapia prévia, esta CU revelou-se resistente a altas doses de corticóide, levando à necessidade de referenciar para terapêutica biológica. Sendo o Infliximab a primeira escolha, teve que se protelar até ao tratamento da infeção pelo seu efeito imunossupressor. É importante reter a complexidade desta apresentação clínica, os inúmeros desafios terapêuticos e reflectir acerca do melhor timing para iniciar biológicos.

Nº 246 Colite, um diagnóstico várias etiologias

Sabina Azevedo(1); Isabel Tarrio(1); Rafael Lopes Freitas(1); Liliana Costa(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: A doença inflamatória intestinal (DII) está associada à disbiose intestinal com risco de colonização e infeção por agentes oportunistícos como *Clostridioides difficile* (CD). Assim, a DII assume-se como fator de risco para infeção por CD (CDI) independentemente da antibioterapia ou imunossupressão, com cerca 10% das CDIs a ocorrem aquando do diagnóstico de DII.

Caso Clínico: Mulher, 35 anos. Recorre ao serviço de urgência (SU) por febre, dor abdominal e diarreia com um mês de evolução. À avaliação inicial com aumento dos parâmetros inflamatórios (PI) e TC abdominal com pancolite. Foi assumida colite infeciosa

e internada sob ciprofloxacina, com microbiologia, serologias víricas e doença celíaca negativas, tendo tido alta com melhoria clínica. Após três semanas, regressa por recorrência de diarreia e retorragias de novo, onde é objetivada febre e anemia ferropénica. Analiticamente apresenta aumento dos PI, TC abdominal mantendo achados de pancolite e estudo endoscópico com mucosa friável e úlceras dispersas. Realizou pesquisa de toxina de CD com resultado positivo e foi re-internada sob vancomicina oral. Aos dez dias, por resposta clínica parcial (apirexia, diminuição de PI e manutenção de diarreia), prosseguiu estudo com entero-TC e retosigmoidoscopia com múltiplas áreas de mucosa friável e úlceras. Pela forte suspeita de DII, iniciada corticoterapia sistémica com boa evolução clínica, tenho sido posteriormente confirmado este diagnóstico na histologia. Atualmente sob infliximab com remissão clínica, analítica e endoscópica.

Discussão: Este caso mostra a importância de investigar a causa dos quadros de colite recorrentes sobretudo em jovens, dada a possibilidade de patologias predisponentes como DII. O CD é o patogéneo mais comumente identificado nas agudizações da DII, com estes doentes a teres de ser tratados assumindo sempre CDI severa, pela maior probabilidade de complicações e maior taxa de recorrência de infeção, mesmo na ausência outros marcadores de gravidade.

Nº 247 Hepatotoxicidade: ciprofloxacina como suspeita

Filipa Abelha Pereira(1); Diana Oliveira Miranda(1); Juliana Sá(1); Teresa Mendonça(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

A lesão hepática induzida por drogas (LHID) pode apresentar-se desde um aumento assintomático das transaminases até à hepatite aguda ou falência hepática. A LHID idiossincrática, ou tipo B, ocorre de forma imprevisível, muitas vezes independentemente da dose e, habitualmente, em doses terapêuticas. A incidência é baixa e estão, habitualmente, envolvidos processos imunológicos. A hepatotoxicidade pode ser causada por uma vasta lista de fármacos e, apesar dos antibióticos estarem incluídos, a ciprofloxacina é raramente reportada como causa.

Apresenta-se caso de LHID idiossincrática durante tratamento com ciprofloxacina, em doente previamente saudável. Homem de 55 anos, previamente saudável, iniciou antibioterapia empírica com ciprofloxacina por sépsis com ponto de partida em prostatite. Cerca de 48h após início do tratamento, documentado aumento das enzimas hepáticas aspartato-aminotransferase (AST), fosfatase alcalina (FA) e gama-glutamil transferase (GGT) e clínica associada de náuseas, anorexia e mal-estar geral. Inicialmente levantada possibilidade de disfunção hepática pela sépsis, mas verificado agravamento progressivo apesar da resolução das restantes disfunções, nomeadamente renal e respiratória. Do estudo efectuado, excluídas causas infecciosas, doença hepática estrutural ou infiltrativa, bem como outras causas de LHID. Após suspensão da ciprofloxacina, verificada melhoria progressiva tanto clínica como analítica, com normalização do painel hepático.

A LHID idiossincrática associada à ciprofloxacina é rara e pode-se apresentar como um desafio diagnóstico. Estre caso reflete a importância da suspeição diagnóstica e descontinuação do fármaco na prevenção da progressão da lesão hepática, reduzindo o dano hepático e assim a morbimortalidade associada.

Nº 248 O espectro clínico extremo de uma Doença de Crohn multirresistente no adulto jovem

Inês Ladeira Figueiredo(1); Francisco Guimarães(1); Cristina Duarte(1); Luísa Fontes(1)

(1) MEDICINA - JMS - HOSPITAL DA CUF - DESCOBERTAS

Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória que afeta qualquer segmento gastrointestinal de forma intermitente e descontínua. Afeta sobretudo doentes com idade entre os 16 e os 40 anos. Estudos referem maior incidência em mulheres e parece ser mais comum em algumas famílias (20% têm um familiar com DC). Em Portugal há uma incidência crescente da DC com prevalência de 73 por 100 mil habitantes. A importância deste caso centra-se na complexidade e gravidade da apresentação clínica numa doente jovem, com morbilidade importante, impacto na vida diária e com múltiplas falências terapêuticas.

Caso Clínico: Mulher, 24 anos, com história de psoríase e DC diagnosticada aos 10 anos e familiares de 1º grau com história de DC. Fez azatioprina durante 5 anos e por falência terapêutica inicou infliximab que cumpriu por (1) ano. Aos 17 anos realizou ressecção íleo-cecal por estenose e abcesso intra-abominal, sendo operada 2 anos depois por oclusão da anastomose cirúrgica prévia. Por nova falência terapêutica iniciou adalimumab que, por níveis infraterapêuticos, suspendeu e iniciou ciclo de prednisolona por 10 meses. Após este período fez ustekinumab que não tolerou. Agora sob adalimumab 40mg/semana e budesonido. Recorreu à urgência por vómitos e dor abdominal. Realizou TC que mostrou colapso do cólon esquerdo e redundância do sigmóide, distensão do cólon direito com hiperrealce de contraste, que se confirmou na entero-RM. No internamento colocou catéter venoso central para iniciar nutrição parentérica (desnutrição grave) e metilprednisolona. Após 7 dias iniciou picos febris matinais com hipotensão, que motivou remoção do catéter, tendo sido isolado *Streptococcus epidermidis* em hemocultura. Iniciou vancomicina e foi submetida a mais uma resseção cirúrgica do segmento estenosado após resolução da infeção.

Discussão: Embora a DC seja uma patologia frequente no jovem, o espectro de apresentação clínica mais grave não é algo muito comum nos dias de hoje, sobretudo um quadro tão resistente a medicação biológica com falência de múltiplas linhas de tratamento. A delicadeza que é necessária para lidar com estas situações clínicas, bem como a tomada de decisão sobre os melhores timings para terapêutica médica e cirúrgica tornam este caso muito desafiante e definiem a possibilidade de um desfecho positivo como aqui se verificou.

Nº 249 Endometriose torácica: caso clínico

Rui Soares Correia(1); Beatriz Catita(1); Joana Correia(1); Ana Lemos(1); Marlene Delgado(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A endometriose é definida pela presença de tecido endometrial ectópico fora do útero e envolve mais frequentemente a pélvis. A endometriose torácica é rara e envolve os componentes da cavidade torácica, manifestando-se habitualmente por pneumotórax, hemotórax ou hemoptises. Em apenas 2 a 6% dos casos de endometriose torácica, a manifestação são nódulos pulmonares que variam de nódulos bem definidos a opacificações em vidro despolido, e cuja morfologia pode variar durante o ciclo menstrual e até desaparecer entre as menstruações. Nódulos diafragmáticos de protrusão visceral (ou seja, hérnia hepática intratorácica) através de defeitos diafragmáticos surgem preferencialmente no pulmão direito.

Caso Clínico: Mulher de 46 anos, com história de anemia ferropénica, mioma uterino, pielonefrites agudas obstrutivas. Admitida por pneumonia com hipoxemia e anemia com necessidade de transfusão. Para melhor compreensão do quadro clínico, o estudo

compreendeu: Analises: anemia ferropenica e PCR elevada, Hemoculturas negativas, EDA, Colonoscopia e Enteroscopia por videocapsula sem lesões, TC TAP: extensas áreas em vidro despolido bilaterais e na base pulmonar direita, formações nodulares adjacentes ao diafragma sugestivas de herniação diafragmática focal do fígado e uretero-hidronefrose bilateral à altura das áreas anexiais. Broncofibroscopia normal. RM pélvica: sinais de endometriose profunda no fundo de saco de Douglas, dos ovários e parede abdominal. Cintigrama renal: estase bilateral sem obstrução. Ecografia ginecológica transvaginal: endometriose profunda no espaço retrouterino, peritoneu e uterossagrados. Portanto Endometriose pélvica, ureteral e torácica. Inicialmente fez antibioterapia. Efetuou suplementação com ferro. E avaliada por Ginecologia com indicação para manter supressão hormonal contínua.

Conclusão: Salienta-se o caso pelo raro envolvimento pulmonar da endometriose. Por outro lado, apesar das perdas hemáticas, a anemia é raramente associada à endometriose.

Nº 250 Cisto Ósseo Aneurismático: Causa Rara de um Sintoma Comum

Filipa Abelha Pereira(1); Diana Oliveira Miranda(1); José Miguel Alvarenga(1); Paulo Paiva(1); Ricardo Rodrigues Pinto(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Os cistos ósseos aneurismáticos são lesões benignas, vasculares, com aspecto tumoral que podem crescer de forma agressiva, causando destruição óssea. Podem surgir virtualmente em qualquer osso, sendo mais comuns nos ossos longos. São raros, particularmente na idade adulta, e causam morbilidade significativa.

Mulher de 43 anos, previamente saudável, sem história de trauma recente, apresenta-se no serviço de urgência (SU) por cervicalgia de intensidade progressiva, até nível 8 em 10, com cerca de três meses de evolução, irradiada para os ombros e membro superior esquerdo (MSE), associada a parestesias. Sem sintomatologia sistémica associada. Tomografia computorizada (TC) cervical a mostrar lesão lítica centrada no corpo de C6, com áreas coexistentes de destruição e expansão ósseas, fratura patológica de C6 e componente de tecidos moles no seu interior, com o conjunto da lesão a condicionar sofrimento medular das raízes de C6. Ressonância magnética sugestiva de cisto ósseo aneurismático, tendo sido o diagnóstico confirmado com biópsia óssea. Doente proposta para embolização da lesão, que à data deste relato, ainda não realizou.

Este caso pretende ilustrar uma causa muito rara e desafiante, em termos diagnósticos, de um sintoma comum e consumidor de recursos de saúde. A rápida valorização das queixas da doente permitiu um diagnóstico e orientação terapêutica céleres, evitando complicações permanentes.

Nº 251 Octreotido de libertação prolongada: solução para angiodisplasias?

Beatriz Teixeira Pinto(1); Catarina Vizinho de Oliveira(1); Rita Marçal(1); Simone Bento(1); Rita Oliveira(1); Manuel Costa Matos(1)

(1) Hospital CUF Cascais

Introdução: Angiodisplasias gastrointestinais são causa de hemorragias difíceis de gerir, especialmente em idosos. Carecem de suporte transfusional constante e tratamentos com ferro. Não é claro o mecanismo envolvido mas causa preocupação pois são doentes com comorbilidades e polimedicados. O octreótido existe na forma de libertação imediata subcutânea (SC), intravenosa (IV) e libertação prolongada (IM). A concentração sérica atinge o pico inicial ao fim de (1) hora após administração, segue-se uma diminuição progressiva para níveis indetectáveis durante 24 horas. Mantém níveis subterapêuticos durante os 7 dias seguintes e as concentrações sobem novamente até um *steady state* permanecendo constantes durante as 3 a 4 semanas seguintes.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 9(1) anos, com antecedentes de hipertensão arterial e anemia macrocítica de provável etiologia mista (ferropénica e provável síndrome mielodisplásico com hipersegmentação de neutrófilos e trombocitopenia *borderline*, sem défice vitamínico), com internamentos prévios por agudização e estudos endoscópicos compatíveis com múltiplas angiodisplasias gástricas, duodenais, jejunais proximais e no cólon ascendente, já politransfundido e suplementado com terapêutica marcial endovenosa em diversas ocasiões. No último internamento o doente foi proposto para terapêutica com octreotido 20mg IM e foi dada alta com indicação de administração mensal deste medicamento. Aquando da admissão, o doente apresentava valor de hemoglobina de 7,8g/dL, foi-lhe administrado o medicamento e no momento da alta apresentava uma melhoria no valor de hemoglobina (9,6g/dL).

Discussão: O octreotido IM parece ter diminuído as necessidades transfusionais neste doente. A qualidade de vida do doente melhorou pela ausência de vindas à urgência por hemorragia refractária e espera-se que o número de hospitalizações acompanhe esta tendência, sendo imprescindível assinalar a poupança dos recursos médicos.

Nº 252 Mais cálcio ou menos glúten?

Martim Caldeira Henriques(1); David F Sousa(1); Mariana Constante(1); Sérgio Pereira(1); Rita Reis(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: Os síndromes de malabsorção têm apresentações clínicas muito variadas, visto que podem cursar com défices diferentes e cada um expressa-se clinicamente de forma diferente. Por essa razão, o seu diagnóstico é desafiante para um médico internista.

Caso Clínico: Homem de 4(1) anos, saudável, sem antecedentes conhecidos, recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro súbito e autolimitado de dor torácica sem irradiação, com dispneia e palpitações. Referia agravamento das parestesias e mialgias generalizadas que haviam começado nos 4 meses anteriores. Mencionou ainda cefaleias e cansaço frequentes, bem como episódio auto-limitado de diarreia com 15 dias de duração, a condicionar perda ponderal de 5Kg que entretanto recuperou. Negava febre, náuseas, vómitos, dor abdominal, síncope, tonturas ou sintomas respiratórios.

À admissão no SU, não apresentava alterações ao exame físico, incluindo o exame neurológico, com sinais vitais estáveis.

Analiticamente, apresentava anemia microcítica e hipocrómica (Hb 11.3g/dL), leucocitose (16.400/uL) sem neutrofilia, trombocitose (600.000/uL), PCR 0.75mg/dL, função renal adequada e hipocalcémia grave (Ca 4.6mg/dL) com restante ionograma normal, CK 2427U/L e troponinas seriadas negativas. O eletrocardiograma e a TC de crânio não apresentavam alterações. O doente foi internado no serviço de Medicina para investigação.

Durante o internamento, verificou-se, além da hipocalcémia, um défice de ferro, ácido fólico e vitamina D. Perante múltiplos défices nutricionais, levantou-se a hipótese um síndrome de malabsorção, pelo que realizou estudo serológico para doença celíaca, que foi positivo (anticorpos anti-transglutaminase IgA >2540UA/mL e anticorpos anti-gliadina desaminada IgG >460UA/mL). A endoscopia digestiva alta também confirmou a suspeita de Doença Celíaca. O doente teve alta encaminhado à consulta após correção dos défices nutricionais.

Discussão: Este caso traduz um diagnóstico relativamente tardio de doença celíaca no adulto, com poucos sintomas gastrointestinais. O diagnóstico em Medicina implica uma boa colheita de história e um clínico alerta aos detalhes, e os síndromes de malabsorção não fogem à regra. É importante ainda realçar que o diagnóstico de doença celíaca deve alertar para outras possíveis doenças autoimunes no mesmo doente.

Nº 253 Colite imunomediada: Reconhecer e tratar atempadamente

Dra. Alexandra Wahnon(1); Catarina Gonçalves(1); Maria José Pires(1); Carolina Carreiro(1); Ana Maria Baltazar(1); Liliia Savka(1); Carolina Brandão Monteiro(1); Raquel Mendes Boto(1); Natália Marchão(1); Afonso Aguiar(1); Hugo Félix(1); Gustavo Silva(1); Catarina Lopes(1); Milton Rosa(1); Rita Silva(1); Catarina Moura Furtado(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Os anticorpos monoclonais revolucionaram o tratamento de uma variedade de doenças malignas. No entanto, foram descritos alguns efeitos adversos relacionados com o sistema imunológico envolvendo vários órgãos, incluindo o trato gastrintestinal podendo causar diarreia e colite. A incidência de colite imunomediada (CIM) varia de 1% a 25%, dependendo do anticorpo monoclonal e se usado em combinação.

Apresentamos o caso de um homem de 70 anos, com antecedente relevante de melanoma metastático do dorso com envolvimento ganglionar e do sistema músculo-esquelético, sob tratamento com Nivolumab e posteriormente Ipilimumab. Cerca de 3 semanas após o início, desenvolveu quadro de diarreia aquosa não sanguinolenta (>10 dejeções/dia), náuseas e vómitos alimentares. Foi excluída causa infeciosa. A tomografia computadorizada do abdómen revelou espessamento parietal concêntrico e difuso do cólon descendente e sigmoide, sugestivo de colite. A retosigmoidoscopia com biópsias foi sugestiva de colite induzida por inibidores de *checkpoint.* Iniciou terapêutica corticoide com metilprednisolona 1mg/kg/dia, com melhoria clínica progressiva e resolução completa das dejeções diarreicas, possibilitando o desmame progressivo da corticoterapia.

Muitas questões acerca da CIM permanecem sem resposta. Até à data, não foi identificado nenhum marcador preditivo para a ocorrência de toxicidade gastrintestinal relacionada ao ipilimumab ou outros anticorpos monoclonais similares. Não está claramente definida a via de administração e a dose de corticoterapia a ser utilizada. O infliximab deve ser considerado nas formas mais graves e refratárias, porém não se sabe se poderá afetar a doença neoplásica subjacente.

Nº 254 Hematemeses por pseudoquisto pancreático – uma etiologia incomum a considerar

FÁBIA CERQUEIRA(1); João Freitas Silva(2); Inês Rodrigues(1); Inês Matias Lopes(1); Ana Rita Ferreira(1); Armando Lopes Braz(1); Francisco Santos Cunha(1); Ana Valente(1); Nídia Zózimo(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introdução O pseudoquisto pancreático ocorre em 20-40% das pancreatites crónicas. Pode apresentar-se de forma inespecífica com dor abdominal, náuseas, vómitos ou com complicações como hemorragia digestiva e infeção. Sendo o seu envolvimento não epitelizado, a sua rutura sob a forma de fístula sobrevém em apenas 5% dos casos.

Caso Clínico Mulher, 60 anos, com antecedentes de pancreatite crónica complicada de pseudoquisto; hábitos etanólicos e tabágicos. Por manutenção de epigastralgia, náuseas, hematemeteses e febre (38,4ºC) apesar de medicada previamente, apresentou-se na Urgência com abdómen doloroso à percussão e palpação do epigastro e hipocôndrio esquerdo, com defesa; Hb 11,3g/dL (queda 3g em 3 dias); leucocitose 14300 (N 84,7%); PCR 44mg/dL e hiperfibrinogenémia 1047mg/dL. A AngioTC-AP documentou estômago distendido com conteúdo hemático e trajeto fistuloso com 7x6x6cm, entre a pequena curvatura gástrica e o pseudoquisto pancreático preenchido por conteúdo hemático, com características de infeção, sem hemorragia ativa mas evidenciando 2 ramos da artéria gástrica esquerda como origem do episódio. Apesar de submetida a embolização seletiva do principal ramo de vascularização da parede quística, verificaram-se mais 2 episódios de hematemeses com instabilidade hemodinâmica. A endoscopia digestiva alta documentou volumoso coágulo no corpo gástrico, com origem em orifício fistuloso na transição entre a pequena curvatura e a face posterior do corpo gástrico, o qual foi encerrado com clip OTSC, dada a impossibilidade de terapêutica endovascular e o elevado risco cirúrgico.

Discussão Embora as complicações de pseudoquisto pancreático sejam raras, doentes com este diagnóstico devem ser vigiados regularmente, e os riscos do seu eventual tratamento avaliados consoante os seus perfis clínicos. Perante esta entidade, dever-se-á suspeitar de rutura/fistulização, aquando de hemorragia digestiva, dado que o seu tratamento precoce melhora o prognóstico.

Nº 255 Hepatite de Cafeteira.

Mafalda Sofia Batista Sequeira(1); Bruno Sousa(1); Catarina Pestana Santos(1); Francisca Leitão(1); Mariana Fernandes(1); Catarina Araújo(1); Tiago Judas(1); Cristina Fonseca(1); Carla Oliveira(1); Francisca Delerue(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A hepatite tóxica é uma lesão hepática causada por inalação, ingestão ou administração parentérica de agentes farmacológico ou químicos. Apesar da incidência reduzida é causa frequente (até 25%) de falência hepática aguda com prognóstico reservado. Estão descritos vários casos de hepatotoxicidade causados por substâncias derivadas de plantas, no caso particular do *Teucrium chamaedrys (TC)* (chá de cavalinha) este tem capacidade de causar quer hepatotoxicidade direta como idiossincrática.

Caso Clínico: Mulher, 86 anos sem antecedentes de relevo medicada apenas com anti-hipertensores. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 3 dias de evolução caracterizado por náuseas, icterícia, colúria e prurido. Negava dor abdominal, vómitos,

acolia e febre. Negava introdução recente de novos fármacos ou ingestão de produtos naturais.Salienta-se apenas icterícia da pele e mucosas e analiticamente enfatiza-se hiperbilirrubinémia à custa da bilirrubina direta e elevação das transaminases. A tomografia computorizada abdomino-pélvica apenas mostrava litíase, sem dilatação do colédoco e a colangio ressonância era inocente. Estudo imunológico evidenciando ANAs positivos, excluídas causas infeciosas. Revendo o contexto epidemiológico percebemos consumo elevado de chá de cavalinha *(TC)* que seria colhido directamente do campo. Não cumprindo critérios de diagnostico para hepatite auto-imune assumiu-se como diagnostico mais provável hepatite toxica causada por *TC,* hipótese corroborada pelos aspetos histológicos da biopsia hepática. Atendendo a que o agente tóxico actua por toxicidade direta e também por depleção do glutatião, realizou-se uma prova terapêutica com N-acetilcisteína com melhoria progressiva da clínica, diminuição franca da bilirrubina e das transaminases.

Discussão: O diagnóstico precoce e preciso de hepatotoxicidade é fundamental, pois a suspensão da substância agressora pode prevenir a evolução para formas severas ou crónicas da doença. Apesar de cada vez mais se compreende melhor os mecanismos da hepatotoxicidade, muitas reacções são completamente imprevisíveis, algumas com prognóstico reservado. Salientamos a importância fundamental da colheita de uma história clínica completa com referencia a todos os consumos quer medicamentosos quer não medicamentosos.

Nº 256 Toxidade por cogumelos: gatos ajudam no diagnóstico

Rita Pinto Araujo(1); Rita Soares Costa(1); Gisela Vasconcelos(1); Andreia Tavares(1); Penélope Almeida(1); João Gonçalves(1); Rita Costa(1); Teresa Pereira(1); Mónica Brinquinho(1)

(1) Hospital Feira

Introdução: A intoxicação por ingestão de cogumelos tem baixa incidência em Portugal, seguindo um padrão sazonal bimodal (outono e primavera). O tipo de toxicidade varia de acordo com o tipo de macrofungo e o tempo desde a ingestão até ao aparecimento de sintomas. A síndrome gastrointestinal e a hepatotóxica são as mais frequentes, sendo a mortalidade superior na última. O tratamento deve ser iniciado precocemente e inclui medidas de suporte, como fluidoterapia e antídotos, e, em caso de insuficiência hepática fulminante, o transplante hepático. A evolução dos marcadores de lesão e função hepática parecem definir o prognóstico.

Caso Clínico: Sexo feminino, 83 anos, com múltiplos fatores de risco vasculares e medicada com diurético tiazídico, bloqueador dos canais de cálcio e antagonista do recetor da angiotensina. Recorreu ao serviço de urgência por náuseas, vómitos de conteúdo alimentar, diarreia aquosa e astenia. Referia que os seus gatos tinha morrido na altura em que ficou sintomática, após os ter alimentado com restos de cogumelos da sua refeição dois dias antes. Negava introdução de novos fármacos. Ao exame objetivo encontrava-se desidratada e com dor difusa à palpação abdominal. Analiticamente destacava-se hepatite aguda com padrão hepatocelular, elevação dos marcadores de insuficiência hepatocelular e lesão renal aguda com acidemia metabólica, hiponatremia e hipocaliemia. A ecografia abdominal foi normal. Foram excluídas causas infeciosas e vasculares. Assumiu-se uma hepatite tóxica a cogumelos, tendo cumprido terapêutica de suporte com fluidoterapia, carvão ativado, N-acetilcisteína, vitamina C e silibinina. Durante o internamento apresentou evolução favorável.

Discussão: O quadro de gastroenterite é inespecífico, mas a morte dos gatos, que tiveram ingestão comum de cogumelos, foi útil na marcha diagnóstica. Um período de

latência de sintomas superior a 6 horas é típico do género Amanita. O diagnóstico e tratamento precoces são cruciais, devendo sinalizar-se atempadamente os casos selecionados ou com indicação à equipa de transplante hepático de referência.

Nº 257 SPRUE TROPICAL: UMA CAUSA EXÓTICA DE SÍNDROME DE MÁ ABSORÇÃO

Catarina Alves Costa(1); Francisca Bartilotti Matos(1); João Neves Maia(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: O Sprue Tropical (ST) é uma causa rara e adquirida de má absorção, endémica em regiões tropicais como a América Central e Sudeste Asiático. Este caso é tanto mais relevante no contexto atual de globalização com movimento facilitado de pessoas de regiões endémicas para o nosso país.

Caso Clínico: Homem de 60 anos, emigrado da Guatemala 2 meses antes do início da clínica. Admitido por esteatorreia e perda ponderal significativa com 6 meses de evolução. O estudo analítico demonstrou anemia megalobástica com níveis de vitamina B12 indoseáveis, elevação da velocidade de sedimentação e défice de vitaminas lipossolúveis. Sem alterações imagiológicas em tomografia computorizada do abdómen e pélvis. O estudo parasitológico das fezes foi negativo e o bacteriológico revelou flora comensal. Realizada endoscopia digestiva alta e baixa, sem alterações morfológicas. O estudo anatomopatológico das biópsias efetuadas durante os estudos endoscópicos demonstrou atrofia vilositária e infiltrado linfoplasmocitário no duodeno, assim como congestão vascular e infiltrado linfoplasmocitário com participação de eosinófilos no íleon terminal. Após exclusão extensa de outras causas de síndrome de má absorção, o quadro clínico e o contexto epidemiológico foram concordantes com o diagnóstico de ST. O doente cumpriu um ciclo de 3 meses de doxiciclina e suplementação vitamínica com completa resolução clínica e normalização das alterações analíticas.

Discussão: O ST é uma doença cuja etiologia ainda não se encontra totalmente esclarecida, mas será multifatorial com contributo de disbiose intestinal. O quadro clínico pode ser variado, mas a anemia megaloblástica e a diarreia crónica são frequentes. Os diagnósticos diferenciais são diversos, sendo o principal a doença celíaca, com a qual pode ser confundido. Dado o presumível papel do sobrecrescimento bacteriano na fisiopatologia, a antibioterapia é essencial para a total resolução clínica, a par da suplementação vitamínica.

Nº 258 Um caso de hepatite aguda por oseltamivir

Maria Manuel Pereira(1); Catarina Oliveira Silva(1); Catarina Ferreira(1); Eduardo Macedo(1); Ana Ramôa(1); Johanna Viana(1); Diana Silva Fernandes(1); Ana Rita Marques(1); Ilídio Brandão(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: Oseltamivir é um inibidor das neuraminidases com indicação na infeção pelo vírus de *Influenza A* e *B*. Os efeitos adversos mais comuns são as náuseas, cefaleias e confusão. Apesar do seu ampla utilização, ainda não está estabelecida uma associação clara entre o seu uso e a hepatotoxicidade. Cerca de 2% dos doentes tratados com oseltamir apresentam elevação assintomática das transaminases. Estão descritos alguns casos de hepatotoxicidade mas sem associação evidente com a hepatite tóxica aguda.

Caso clínico: Homem de 60 anos, autónomo, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência com queixas de mal-estar generalizado, febre, dispneia e tosse seca com um dia de evolução. Ficou internado por infeção por *Influenza A* a condicionar insuficiência respiratória hipoxémica, tendo iniciado terapêutica com oseltamivir.

Iniciou um quadro de prostação ao 3º dia de terapêutica antiviral. O doente estava-se ictérico, prostado e com dor à palpação no hipocôndrio direito. Analiticamente com hiperbilirrubinémia total máxima de 9,87,mg/dL, uma citólise hepática com AST 15436U/L, ALT 4017U/L , LDH 705U/L , 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". Foi realizado estudo de auto-imunidade e serologias víricas com resultado negativo.

Pela hipótese de hepatite aguda iatrogénica foi suspendido o oseltamivir. Ao 10º dia de internamento houve uma resolução da insuficiência respiratória. Apresentou uma melhoria progressiva da citocolestase até à sua resolução.

Conclusão: Os autores consideram este, um caso de toxicidade hepática associada ao oseltamivir. Segundo a literatura, o mecanismo responsável pelo dano hepático permanece por esclarecer. Com este caso, pretende-se realçar a importância de vigiar os padrões de lesão hepática nestes doentes, pelo risco de iatrogenia associado a este fármaco.

Nº 259 LESÃO HEPÁTICA AGUDA IMUNOMEDIADA

Andreia Sá Lima(1); Duarte Lima(1); Judit Gandara(2); Verónica Guiomar(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (2) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A hepatite autoimune (HAI) surge sob forma aguda em cerca de 25% dos casos. Habitualmente é caracterizada pela presença de hipergamaglobulinemia e autoanticorpos circulantes e pela resposta à terapêutica imunossupressora.

Caso clínico: Homem de 30 anos recorre ao serviço de urgência por icterícia e dor à palpação do hipocôndrio direito. Menciona uma infecção respiratória superior na semana anterior, medicada apenas com paracetamol 3g/dia. Nega consumo de outros fármacos/toxinas. O estudo inicial revela elevação aguda de transaminases com padrão hepatocelular, hiperbilirrubinemia, coagulopatia (INR 1,7), sem elevação de proteínas de fase aguda, e TC abdominal não sugestivo de hepatopatia crónica ou trombose da veia porta. Perante um quadro de lesão hepática aguda grave, é iniciada perfusão de N-acetilcisteína e internado em unidade nível II, mantendo-se clinicamente estável, sem encefalopatia. Ainda assim, a escalada de hiperbilirrubinemia e coagulopatia motiva discussão precoce com a unidade de transplante. Investigação adicional revela um painel virológico e de autoimunidade negativos, cobre sérico e urinário normais, e hipergamaglobulinemia. Perante a incógnita na definição etiológica, é realizada biópsia hepática transjugular que revela lesões necroinflamatórias graves com infiltrado de células plasmáticas e hepatite de interface, mas com estadiamento da fibrose limitado pela extensa necrose. Iniciada terapêutica com prednisolona e ácido ursodesoxicólico, mas com melhoria paulatina devido à extensa necrose. A azatioprina é introduzida apenas aquando da resolução da colestase. O painel de autoimunidade repetido à posteriori revelou positividade para anticorpo anti-músculo liso.

Discussão: A presença de hipergamaglobulinemia e autoanticorpos são úteis no diagnóstico de HAI aguda grave, mas podem estar ausentes. O mesmo se aplica à evidência de características histológicas típicas da HAI, não devendo isso protelar o tratamento de indução.

Nº 260 Desafio diagnóstico - quando suspeitar de Colestase Intra-Hepática Familiar?

Ana Sofia Reis(1); Catarina Antunes Salvado(1); Adriana Guedes(1); Miguel Ângelo Sousa(1); Rui Salvador(1); Mariana Estrela Santos(1); Filipa Borges Santos(1)

(1) CHVN Gaia

A colestase intra-hepática familiar progressiva (CIFP) inclui três doenças hereditárias que começam em idade jovem e podem evoluir rapidamente para a fase terminal. Nos últimos anos evidência de início das manifestações da doença e cirrose apenas na idade adulta. A CIFP tipo 3 consiste numa alteração no gene ABCB4, que codifica a proteina MDR3, transportador de fosfolípidos ao nível da membrana canalicular. A mutação dificulta a secreção de fosfatidilcolina na bílis, comprometendo a proteção das células dos canais biliares, causando a sua inflamação.

Doente de 54 anos, com IMC de 31kg/m^2, litíase vesicular e pancreatite aguda litiásica. Quadro com padrão citocolestático (máximo GGT >60 vezes limite superior do normal (LSN), TGO >3 vezes LSN, TGP >4 vezes LSN; FA normal; ligeira hiperbilirrubinémia, à custa da indireta) e hipercolesterolémia; ferritina >2 vezes LSN, imunoglobulinas normais. Na Ecografia com Doppler e Colangiografia por Ressonância: hepatoesplenomegalia e esteatose; Fibroscan compatível com cirrose independentemente da etiologia. Biópsia com esteatose macro e médio vesicular multifocal e fibrose extensa. Raros corpos hialinos de mallory, mitocondriose, hiperglicogenização nuclear, ausência de depósitos de cobre, megamitocôndrias, e hepatócitos em ground glass. Excluídas hemocromatose, hepatites víricas, autoimune e doença de Gilbert.

Doente com seguimento prolongado na consulta de Hepatologia. Assumida NASH, mas com a progressão da doença, persistência da elevação de GGT e litíase vesicular em idade jovem suspeitou-se de outra etiologia. Neste contexto, foi pedida pesquisa de mutação do gene ABCB4, compatível com CIFP tipo 3.

Portanto, perante citocolestase de causa não esclarecida é mandatório equacionar a pesquisa da mutação. O curso natural da doença evolui na sua maioria para cirrose, com necessidade de transplante. Ao conhecer o diagnóstico precocemente podemos prevenir e/ou retardar complicações.

Nº 261 A exceção à regra – Um caso de enteropatia por Olmesartan

Inês Monteiro Araújo(1); Marta Viana Pereira(1); Miguel Ribeiro(1); Inês Silveira(1); Martinha Vale(1); Sofia Esperança(1); Carla Maravilha(1); Paulo Gouveia(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: A enteropatia por olmesartan cursa com dor e distensão abdominal, vómitos e diarreia, sendo um diagnóstico de exclusão. O tempo médio de exposição ao fármaco até ao desenvolvimento de sintomas é de 3,(1) anos, afetando tanto homens como mulheres. Os estudos endoscópicos revelam tipicamente uma mucosa intestinal nodular, atrofia vilositária e ulceração da parede. O tratamento passa pela suspensão do fármaco.

Caso clínico: Mulher de 69 anos, com quadro de náuseas e vómitos, com diarreia ocasional, associados a astenia marcada e perda ponderal. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial medicada com olmesartan 20mg, suspenso à admissão. O estudo analítico revelou anemia, citocolestase e hipoalbuminemia. Ecografia abdominal e tomografia computadorizada crânio encefálica sem alterações. A pesquisa de causas autoimunes,

endocrinológicas e infeciosas foi negativa, bem como as serologias para doença celíaca. Ausência de melhoria clínica em internamento, com necessidade de nutrição parentérica. Tomografia por emissão de positrões sem captações anómalas. Endoscopia digestiva alta com biópsias evidenciando atrofia vilositária. O estudo por vídeo-cápsula levantou a suspeita de doença celíaca seronegativa. A análise genética revelou positividade para HLA-DQ2 (HLA-DQ8 negativo). Dada a gravidade do quadro clínico foi oferecida dieta sem glúten como prova terapêutica. Melhoria lenta e progressiva, com recuperação de peso e autonomia. Na reavaliação em consulta após 6 meses novamente com náuseas e vómitos. Referência a reintrodução de olmesartan por pico hipertensivo coincidente com o início da clínica.

Discussão: Este caso retrata uma apresentação atípica da enteropatia por olmesartan, tanto pelo facto de a diarreia não ser o sintoma cardinal do quadro (destacando-se as náuseas e os vómitos), como pela demora na melhoria clínica após a suspensão do mesmo, uma vez que tipicamente há resolução da sintomatologia após duas semanas sem exposição ao fármaco. A associação descrita desta patologia com a positividade para HLA-DQ2, vem dificultar ainda mais o diagnóstico diferencial com a doença celíaca. Este caso pretende alertar para a necessidade de uma elevada suspeição diagnóstica e de um baixo limiar para a suspensão do olmesartan.

Nº 263 Doença celíaca e carcinoma do jejuno proximal: duas doenças, os mesmos sintomas

Ana Rocha Oliveira(1); Gisela Gonçalves(1); Bárbara Paracana(1); Tiago Valente(1); Tatiana Rodrigues(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: A Doença Celíaca caracteriza-se por inflamação da mucosa, atrofia das vilosidades e hiperplasia das criptas do intestino delgado após exposição ao glúten da dieta. Manifesta-se com diarreia, dor abdominal, perda de peso e pode cursar com anemia ferropénica por má absorção. Este caso clínico retrata uma doente com diagnóstico de Doença Celíaca, que apresentava as manifestações clínicas típicas da doença, apesar de dieta restrita em glúten e, após estudo adicional, diagnosticou-se uma neoplasia do intestino delgado.

Caso Clínico: Mulher, 63 anos, diagnóstico de Doença Celíaca em janeiro de 2021. Recorreu ao SU por dor abdominal mais intensa nos quadrantes inferiores à esquerda associada a náuseas e diarreia. Negava febre ou outra sintomatologia. À observação com dor na palpação abdominal sobretudo no hipocôndrio esquerdo, mas sem defesa ou sinais de irritação peritoneal. Analiticamente com anemia ferropénica (Hb 7.1g/dL, VGM 69.1, ferro 12, ferritina 23) e PCR 6.08mg/dL. Ecografia abdominal identificou massa reniforme em ansa intestinal do delgado com 70mm de diâmetro e infiltração da gordura envolvente. Entero-ressonância magnética revelou ansa de jejuno proximal com espessamento podendo traduzir doença linfoproliferativa. Enteroscopia com identificação de lesão exofítica, ulcerada e estenosante no jejuno proximal, realizada biópsia com diagnóstico de adenocarcinoma na histologia. Sem evidência de metastização no estadiamento. Discutido em reunião de grupo multidisciplinar com orientação para quimioterapia neoadjuvante por lesão irresecável cirurgicamente.

Discussão: Este caso clínico ilustra duas entidades nosológicas distintas que se apresentaram com a mesma sintomatologia. Por outro lado, está descrito o aumento de risco de adenocarcinoma do intestino delgado na doença Celíaca. Assim, o diagnóstico adicional deve ser considerado em todos os doentes que após otimização terapêutica da doença de base permanecem sintomáticos.

Nº 264 Enterocolite associada ao EBV

Guilherme Sacramento(1); Beatriz Ferreira(1); Teresa Moitinho de Almeida(1); Sérgio Pereira(1); Ana Rita Barradas(1); Andrea Castanheira(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

A infeção por Epstein-Barr (EBV) associa-se tipicamente à mononucleose infeciosa, uma doença característica da idade pediátrica e adulto jovem. Este vírus pode associar-se a complicações em doentes imunodeprimidos variando a clínica conforme o sistema afetado. Estão descritos na literatura poucos casos de colite associada à infeção por EBV pelo que se apresenta um caso da doença.

Homem de 6(1) anos com doença renal crónica estádio V submetido a transplante renal em 2017, sob imunossupressão com tacrolimus e prednisolona. Apresentava quadro com 6 meses de evolução de diarreia e hematoquezias com necessidade de suporte transfusional que já havia motivado 2 internamentos sem etiologia clara identificada. Do estudo realizado tinha já colonoscopia onde se identificaram múltiplas úlceras no íleo distal e cólon direito em provável contexto infecioso. As biópsias realizadas revelavam apenas inflamação. Por suspeita de colite a CMV o doente cumpriu terapêutica com ganciclovir com melhoria. Apresentou posteriormente novo agravamento e sintomatologia semelhante admitindo-se recidiva do quadro de colite tendo iniciado novamente terapêutica com ganciclovir. Foi realizada nova colonoscopia identificando-se achados de colite a EBV. Durante a permanência no internamento manteve perdas hemáticas e febre com subida sustentada dos parâmetros inflamatórios e evolução para instabilidade hemodinâmica. Por este motivo e hemorragia gastrointestinal ativa foi submetido a colectomia subtotal e ileostomia terminal. Na peça operatória confirmaram-se lesões extensas de enterocolite com úlceras em atividade, associadas a EBV.

A reativação do EBV é uma das complicações que surge associada a imunossupressão intensa sendo necessário excluir doença linfoproliferativa quando ocorre. Estão descritos poucos casos de colite a EBV não sendo claro um tratamento eficaz para a doença. Uma das estratégias passa por alívio da imunossupressão podendo esta estratégia ser desafiante perante o doente em gestão.

Nº 265 Hiperemesis no jovem adulto

Claudia Viana(1); Ana Rita C. Silva(1); Inês Albernaz Moreira(1); Joana Ferro Jorge(1); Paula Macedo Paz(1); Luís Dias(1)

(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

A síndrome de vómitos cíclicos, é uma doença idiopática caracterizada por episódios recorrentes de vómitos incoercíveis intercalados por períodos de função normal. O início em idade adulta apresenta episódios menos frequentes, mas com uma duração mais prolongada de cada episódio. Apresenta-se o caso de um jovem de 22 anos, autónomo e com antecedentes pessoais de doença de Gilbert. Trata-se de um doente com episódios de dor epigástrica e vómitos incoercíveis de predomínio matinal com 4 a 6 dias de duração, desde os 17 anos de idade, intercalados por períodos sem queixas. Em 2018, por episódio de vómitos incoercíveis com elevação da amilasémia, fez estudo complementar de diagnóstico para exclusão de patologia gastrointestinal, tendo esta sido exlcuída. O doente foi internado por quadro de vómitos incoercíveis com 5 dias de evolução, sem alívio apesar de colocação de SNG e ajuste da terapêutica antiemética. Foi excluído síndrome da artéria mesentérica

superior e excluída causa central para o quadro. Apresentou necessidade de dieta zero e ajuste de terapêutica neuroléptica e ansiolítica. Foram identificados pródromos pré-crises e história familiar de enxaquecas. Tratava-se de doente consumidor ocasional de canabinoides, tendo sido assumido inicialmente quadro sugestivo de síndrome de hiperemese dos canabinóides. No entanto o doente após abstinência total de canabinóides em 2019, voltou a apresentar quadro idêntico. Novo internamento em 202(1) por vómitos incoercíveis, realizada terapêutica com neurolépticos e ansiolíticos, sendo assumido diagnóstico final de síndrome de vómitos cíclicos. Efetuados ensinos sobre modificações do estilo de vida, que cumpriu, apresentando-se à data assintomático e sem novos episódios de vómitos incoercíveis. Destaca-se este caso de difícil diagnóstico no jovem adulto, com apresentação clínica e hábitos individuais que mascaravam o diagnóstico principal.

Nº 266 Uma causa pouco frequente de doença hepática crónica

ALEXANDRA SILVA RAMALHO AZEVEDO(1); Rita Xavier(1); Cláudia Maio(1); Carla Madureira Pinto(1); Mário Esteves(1)

(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: A alfa (1) antitripsina (a1AT) é uma proteína produzida nos hepatócitos e o seu défice é caracterizado por uma mutação autossómica co-dominante do gene a1AT. Esta doença é caracterizada essencialmente pelo atingimento pulmonar mas o fígado pode também ser afetado.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 64 anos, enviado pela consulta de Neurologia por elevação da gamaglutamil transferase (GGT). Apresenta como antecedentes de relevo: doença hepática crónica (DHC) em provável contexto de consumo etílico (abstinente há 2 anos), DPOC (doença pulmonar obstrutiva crónica) GOLD 2A, provável silicose, psicose pós infeção por SARS CoV2, epilepsia e síndrome parkinsónica iatrogénica a haloperidol. Medicado com quetiapina (100mg/dia), levetiracetam (2g/dia) e brometo de tiotrópio (5mcg/dia). Ao exame objetivo apresenta-se consciente, colaborante e orientado, com telangiectasias no tórax e aumento das parótidas, sem hepatomegalia, sem ginecomastia, sem ascite, sem *flapping* ou edema dos membros inferiores. Analiticamente, a salientar: GGT 174 U/L (2,7 x LSN), Fosfatase alcalina (FA) 134 UI/L (N), Aspartato Aminotransferase (AST) 20 UI/L, Alanina Aminotransferase (ALT) 37 UI/L e Bilirrubina Total normal. Na eletroforese de proteínas, constatada diminuição da fração alfa. A ecografia abdominal superior mostra fígado com maior diâmetro de 17cm, heterogeneidade do parênquima e ligeira infiltração esteatósica. Apesar de a etiologia alcoólica ser a mais provável, realizou-se estudo alargado para exclusão de outros contribuintes para a DHC apresentada . Dos resultados deste estudo salienta-se o doseamento de a1AT que foi de 82 mg/dl (N de 90-200) e a mutação do gene da a1AT (heterozigotia MS), confirmando o diagnóstico de Défice de a1AT.

Conclusão: Mesmo havendo uma causa aparentemente óbvia para a DHC, é importante descartar outras possíveis etiologias, na medida em que o tratamento que temos a oferecer poderá ser multi-direcionado e conseguimos, assim, atrasar a evolução da doença. No presente caso, o doente não tinha, no momento, indicação para reposição com a1AT mas encontra-se em seguimento em consulta de Doenças hepáticas (Medicina Interna) e Pneumologia para vigilância periódica de afeção de órgãos alvo.

Nº 267 Hepatite Autoimune Fulminante – Uma apresentação atípica

Sara P. Bravo(1); Tiago Rabadão(1); Margarida Eulálio(1); Filipa Coroado Ferreira(1); João Fonseca(1); Nuno Silva(2); Suzana Calretas(2); Ana Oliveira(2); Carolina Rodrigues(2); Luciane Pereira(2); Catarina Dourado(2); Pedro Oliveira(2); Dulce Diogo(2)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A Hepatite Autoimune (HAI) é uma doença inflamatória crónica, caracterizada por lesão hepatocelular, presença de autoanticorpos e hipergamaglobulinemia. É uma entidade rara e heterogénea na sua apresentação, o que dificulta o diagnóstico.

Caso Clínico: Homem de 52 anos, com icterícia, colúria, anorexia, náuseas e vómitos com 2 semanas de evolução. Antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Negava início recente de medicação, hábitos alcoólicos, toxicómanos ou outros comportamentos de risco. Ao exame objetivo: ictérico, abdómen sem alterações e sem estigmas de hepatopatia crónica. Analiticamente: INR 2,(1); fibrinogénio 110mg/dL; AST >30x o limite superior do normal (LSN); ALT >40xLSN, fosfatase alcalina 2xLSN; GGT 5xLSN; bilirrubina total 13,9mg/dL e direta 10,2mg/dL. Internado para estudo de hepatite aguda. Do estudo realizado: ANA com título 1/320, com SMA, Ac anti-LKM, AMA e ANCA negativos; ainda com Ac anti-tireoperoxidade e anti-célula parietal gástrica positivos. Imunoglobulina G e restante estudo serológico, imunológico e virológico sem alterações, assim como a ecografia e tomografia computadorizada abdominal. Realizou biópsia hepática (BH) transjugular. Com score de HAI de 5 pontos (sem BH) iniciada Prednisolona 1mg/Kg/dia. Ao 4º dia de corticoterapia (CT), agravamento clínico com encefalopatia e cumprindo critérios de falência hepática aguda. Entretanto, a BH veio confirmar o diagnóstico de HAI, sem fibrose. Nos dias seguintes, manteve CT e estabilidade clínica com encefalopatia grau 1. Ao 11º dia de CT, cumpria os critérios King's College e Clichy, pelo que foi submetido a transplante hepático, no entanto a evolução foi desfavorável.

Discussão: Relata-se um caso de HAI com apresentação atípica, num homem, sem autoanticorpos específicos ou hipergamaglobulinemia, com falência hepática aguda e evolução fulminante. Este caso evidencia a imprevisibilidade da HAI, pelo que é necessário um elevado índice de suspeição, evitando atraso na marcha diagnóstica e terapêutica.

Nº 268 Anasarca em contexto de enteropatia perdedora de proteínas - uma etiologia a considerar

Olga Neves Capontes(1); Maria Inês Roxo(1); Carolina Antunes(1); Mariana Pereira(1); Inês Esteves Cruz(1); Francisco da Silva(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A enteropatia perdedora de proteínas (EPP) caracteriza-se pela eliminação de proteínas pelo trato gastrointestinal (TGI) que excede a capacidade de produção hepática. Ocorre no contexto de patologia sistémica ou localizada ao TGI, condicionando quadros recorrentes de anasarca.

Caso Clínico: Mulher de 83 anos, com história de fibrilhação auricular e dois internamentos recentes, o primeiro por cirurgia à coluna complicada no pós-operatório de isquémia transitória da artéria mesentérica superior, e o segundo por quadro de anasarca e cansaço para pequenos esforços. Neste último, apresentava hipoalbuminémia grave de 0.7mg/dL e hipoproteinemia de 2.6mg/dL, com função hepática preservada, ingesta proteica adequada e sem proteinuria significativa, tendo sido admitido como diagnóstico mais provável o de EPP. As endoscopias digestivas alta e baixa realizadas não revelaram alterações; a videocápsula identificou uma área ulcerada no íleo terminal, que se assumiu em contexto isquémico. A recorrência do quadro, associada a diarreia com várias

semanas de evolução, motivou novo internamento. À admissão, hipotensa, em anasarca, com recrudescência da hipoalbuminemia grave e com derrame pleural bilateral. Foi diagnosticada infeção por *Clostridioides difficile,* tendo feito tratamento dirigido e reposição com albumina. Do estudo efetuado, a referir calprotectina elevada, ausência de outra infeção do TGI, estudo de doença celíaca e autoimunidade negativos, sem evidência de vasculite e doseamento fecal de alfa-(1) antitripsina normal (amostra ocasional). A enteroRM identificou segmento de 25cm no íleo distal com espessamento circunferencial e adenopatias localizadas, sugerindo processo inflamatório. Foi assumido diagnóstico de EPP secundária a isquémia mesentérica superior não oclusiva.

Discussão: A anasarca constitui um motivo de admissão comum no serviço de urgência. A hipótese de EPP como causa de anasarca deve ser colocada perante hipoalbuminemia sem evidência de perdas urinárias, síntese hepática inadequada ou défice de aporte. Apesar de incomum, pode condicionar hipoalbuminémia grave. Deve ser considerada em doentes com eventos isquémicos intestinais mesmo que transitórios.

Nº 269 A importância da semiologia clínica - A propósito de uma síndrome de Boerhaave

Ana Cláudia Furão Rodrigues(1); Fábia Cerqueira(1); Diogo Couto Sousa(1); Sofia Esteves(1); João Luís Cavaco(1); Ana Júlia Pedro(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A causa mais frequente de síndrome de Boerhaave são vómitos incoercíveis. A taxa de mortalidade é elevada (40%). A rapidez na identificação desta síndrome, apesar do desafio diagnóstico, é fundamental. **Caso Clínico:** Homem de 3(1) anos, autónomo, antecedentes de diabetes mellitus tipo 1, com incumprimento terapêutico. Recorreu ao serviço de urgência por vómitos incoercíveis com 3 dias de evolução. Referia ainda precordialgia anterior com irradiação cervical que surgiu no próprio dia. Ao exame físico, objetivou-se febre (TT 38.7ºC), desidratação mucocutânea

marcada, e enfisema subcutâneo à palpação da região torácica anterior, com extensão até à região cervical. Laboratorialmente, destacava-se hiperglicemia (450mg/dL), cetonemia de 3.3 e aumento dos parâmetros inflamatórios (leucocitose 17.200/uL, PCR 3.74mg/dL, PCT 4.31ng/mL). Gasometricamente com acidemia metabólica (pH 7.29, HCO3 20.1) e anion gap aumentado (16.2), sem hiperlactacidemia. Em radiografia

torácica, apresentava pneumomediastino na região peri-hilar direita. Em TC de tórax observou-se enfisema subcutâneo extenso ao longo da parede torácica e ao longo do pescoço com extensão aos planos profundos (visceral, parafaríngeo, retrofaríngeo e crotídeo); pneumomediastino importante, e proeminência difusa do terço inferior da parede do esófago. Realizou endoscopia alta que revelou múltiplas erosões lineares em 75% da circunferência esofágica, sem identificação de perfuração. Assumiu-se mediastinite por lesão esofágica, em contexto de vómitos incoercíveis - Síndrome de Boarhaave (secundário a cetoacidose diabética, entretanto tratada com perfusão de insulina). Iniciou antibioterapia e, dada ausência de indicação cirúrgica, procedeu-se a colocação de sonda nasoejunal para início lento de nutrição entérica. Observou-se evolução favorável, com resolução completa do pneumomediastino em reavaliação imagiológica. **Discussão:** Apresenta-se um caso onde o diagnóstico foi célere, permitindo o desfecho favorável. A apresentação clássica, com a tríade de Mackler (vómitos, dor torácica e enfisema subcutâneo), ajudou na identificação precoce. O diagnóstico em menos de 24h representa um aumento na taxa de sobrevida de 75% e reconhecer esta tríade revela-se de extrema importância.

Nº 270 Hemorragia Digestiva de repetição no jovem

– um caso de Hipertensão Portal Não-Cirrótica

FÁBIA CERQUEIRA(1); João Freita Silva(2); Sérgio Bronze(1); Sofia Carvalhana(1); Miguel Moura(1); Helena Cortez-Pinto(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introdução A Hipertensão Portal Não-Cirrótica (HTPNC) é uma entidade rara que afeta o sistema vascular hepático, na ausência de histologia característica de cirrose. Apresenta-se com sinais de Hipertensão Portal (HTP) - esplenomegalia massiva com/sem hiperesplenismo, trombocitopenia e função hepática preservada.

Caso Clínico Homem, 33 anos, evacuado de S. Tomé por hematémeses e melenas associado a anemia 4,8g/dL; ascite e hepatoesplenomegália. À admissão, ictérico; hepatoesplenomegalia exuberante; bicitopénia (Hb 8,1g/dL; Plaq 24000) e citocolestase (AST 56U/L; ALT 50U/L; GGT 140U/L; ALP 215U/L; BilT 2,9mg/dL; BilD 1,28mg/dL). Do estudo etiológico, destacou-se EDA a mostrar *varizes gastroesofágicas*, sendo submetido a Laqueação Elástica (LEVE); EcoDoppler e AngioTC-AP a revelar *hepatoesplenomegália; ascite moderada, circulação venosa colateral com shunts porto-sistémicos e trombose parcial das veias Porta, Mesentéricas e Esplénica* e Fibroscan a documentar *fibrose intensa*. Do restante estudo, apurou-se Hepatite B prévia; restantes serologias virais, Schistossomiase, Autoimunidade e Trombofilias NEGATIVAS; Ceruloplasmina, α1-antitripsina e metabolismo do ferro NORMAIS e estudo hemodinâmico com gradiente pressão venosa hepática 10mmHg e biópsia hepática transjugular sem neoplasia/agente infecioso, sugestivo de doença microvascular crónica obstrutiva. Por persistência de citopénias, realizou mielograma com medula óssea hiperreativa eritróide. Apesar da otimização terapêutica, a recorrência frequente de descompensações culminou na realização de shunt transjugular (TIPS) como ponte para transplante hepático.

Discussão O diagnóstico de HTPNC assenta no nível anatómico em que a HTP ocorre, estando a doença primária mascarada por esta. Assim sendo, o seu diagnóstico é tardio e a sua gestão desafiante dada ausência de testes conclusivos e escalas capazes de determinar gravidade/outcome.

Nº 271 Cirrose e Ascite Quilosa

Inês Ferreira Maia(1); Patrícia Ferreira(1); Anneke Joosten(1); Martinho Fernandes(1)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

A ascite quilosa é um achado pouco comum que consiste em líquido peritoneal de aspeto leitoso, rico em triglicéridos. As causas mais comuns nos países desenvolvidos são neoplasias abdominais, anomalias linfáticas e cirrose, responsável por dois terços dos casos.

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, 63 anos, com antecedentes relevantes de doença hepática crónica (DHC) etanólica com cirrose, hábitos alcoólicos mantidos e com ascite refratária. Realizou paracentese diagnostica cerca de quatro meses antes do internamento com saída de liquido amarelo cítrico com análise citoquímica compatível com transudado e exame microbiológico negativo.

Foi internado por DHC descompensada com ascite sob tensão, sem fator precipitante identificado e lesão renal aguda. Realizada paracentese diagnóstica e evacuadora na admissão com saída de líquido ascítico de aspeto quiloso, com gradiente de albumina sérica e ascítica de 1,7 (a favor de hipertensão portal), 90% de células mononucleares e triglicéridos de 412 mg/dL. O exame microbiológico e a pesquisa de células neoplásicas foram negativos.

O doente não apresentava sinais ou sintomas de processo infeccioso ativo, o doseamento de alfafetoproteina era baixo e realizou tomografia compoturizada de corpo com estudo angiográfico que excluiu processos neoplásicos e trombose da veia porta que pudessem justificar a formação de ascite quilosa.

A ascite quilosa está presente em 0,5 a 1% dos doentes com cirrose e ascite. Deve-se à rotura de canais linfáticos serosos que se encontram dilatados devido ao fluxo linfático excessivo, não sendo claro o motivo pelo qual apenas alguns doentes com cirrose apresentam ascite com estas características.

Assim, perante um caso de cirrose com ascite quilosa é importante excluir etiologia neoplásica ou trombose da veia porta, mas não é necessária uma abordagem demasiado agressiva na sua deteção, sendo este um achado também possível na história da doença da DHC cirrótica, como verificamos no caso descrito.

Nº 272 Uma Causa Rara de LRA obstrutiva - A Propósito de Um Caso Clínico

Helena Margarida Silva(1); Joana Conde Gonçalves(1); Maria Lume(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A lesão renal aguda (LRA) de etiologia pós-renal ocorre quando existe obstrução em qualquer ponto ao longo do trato urinário. Para que ocorra uma redução significativa da taxa de filtração glomerular (TFG) num doente saudável, é necessária a obstrução bilateral do sistema urinário. O mesmo não se verifica em doentes com rim único.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 82 anos encaminhada para o serviço de urgência por prostração. Ao exame objetivo, a destacar anúria e distensão abdominal com timpanismo generalizado, sem dor. Analiticamente, com aumento do valor de creatinina sérica comparativamente ao basal. Para investigação etiológica de LRA, realizou ecografia renovesical, que demonstrou ureterohidronefrose esquerda sem identificação do foco obstrutivo, sem imagem de rim direito. Nesse sentido, prosseguiu estudo com tomografia computorizada (TC), que revelou volumoso fecaloma até ao mesogastro, sem sinais de isquemia intestinal, a condicionar ureterohidronefrose esquerda de 22 mm. Confirmou ausência de rim direito. Completada a anamnese, não era conhecida a presença de rim único esquerdo e constatou-se cirurgia recente por fratura do cólo do fémur direito, razão pela qual estava medicada com terapêutica opióide em alta dose, sem laxante associado. Durante o internamento, com otimização de terapêutica laxante e desobstrução mecânica, houve redução progressiva da creatinina sérica, com normalização da função renal e diurese mantida. Na TC de reavaliação, já sem sinais de uropatia obstrutiva.

Conclusão: A presença de fecaloma de elevada dimensão pode ser uma causa de obstrução do trato urinário. Em doentes com rim único, a obstrução condiciona frequentemente agravamento da função renal. Nestes casos de LRA, o tratamento passa por desobstrução do fecaloma, sendo expectável a normalização consequente da função renal.

Nº 273 Derrame pleural de etiologia desafiante

Joana Tavares Pereira(1); Andreia Machado Ribeiro(1); Carla Tonel(1)

(1) HVFXira

Introdução: A avaliação de doentes com derrame pleural é frequentemente desafiadora, uma vez que o diagnóstico diferencial é amplo. O diagnóstico de pancreatite aguda (PA) tem por base 2 de 3 critérios: apresentação clínica típica, amilase e/ou lipase 3 vezes acima do limite superior normal e achados imagiológicos sugestivos.

Caso clínico: Doente de 56 anos, do sexo masculino, com antecedentes de dislipidémia e hábitos etanólicos. Recorre ao Serviço de Urgência por toracalgia esquerda pleurítica com irradiação aos quadrantes esquerdos do abdómen. Ao exame objetivo: taquicárdico com 13(1) bpm, diminuição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores do campo pulmonar esquerdo e abdómen doloroso à palpação do hipocôndrio esquerdo. Analiticamente, a destacar: hemoglobina 13.3g/dL, leucócitos 21800/µL com 69% neutrófilos, PCR 31.7mg/dL, GGT 1104UI/L, amilase 69UI/L e lipase 320UI/L. Fez radiografia torácica com hipotransparência homogénea nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo, compatível com derrame pleural, e ecografia abdominal com evidência de hepatomegália. Foi internado no serviço de Medicina Interna. Iniciou antibioterapia empírica com Amoxicilina/Ácido Clavulânico e Azitromicina. Submetido a toracocentese, com líquido pleural compatível com empiema, tendo colocado dreno torácico. Após identificação de *Staphylococcus aureus* meticilino-sensível nas hemoculturas e no líquido pleural foi alterada antibioterapia para Flucloxacilina. Por queda do valor de hemoglobina para 6g/dl, sem perdas hemáticas ou instabilidade hemodinâmica, realizou Tomografia Computorizada sugestiva de pancreatite aguda necro-hemorrágica, sendo submetido a necrosectomia e compartimentostomia. Teve alta após estabilização clínica.

Discussão: O derrame pleural é uma complicação da PA e é considerado um indicador de pancreatite grave. Embora raros, estão descritos casos de PA sem elevação da amilase e lipase, pelo que é importante manter um elevado nível de suspeição e realizar exames imagiológicos que comprovem essa hipótese.

Nº 274 Pseudonódulos hepáticos

Diogo Couto Sousa(1); Ana Furão Rodrigues(1); Sofia Esteves(1); João Cavaco(1); Ana Júlia Pedro(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A Doença de Osler-Weber-Rendu é um distúrbio vascular autossómico dominante. Podem ocorrer malformações arteriovenosas (MAVs) nas circulações pulmonar, hepática e cerebral, que exigem conhecimento das formas de apresentação, vantagens do rastreio e avaliação da necessidade de tratamento.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 64 anos, com antecedentes relevantes de Vitiligo, Doença de Graves, Alopécia Areata, Dislipidémia, e Epistáxis recorrentes, é enviado a consulta de Hepatologia por alterações persistentes das provas hepáticas, com padrão colestático.

No estudo laboratorial, destacam-se anticorpos anti-nucleares positivos e anti-mitocondriais fracamente positivos. Realizou ecografia abdominal, com duas formações nodulares no lobo hepático direito, a maior com 6cm, isoecogénica, com milimétrica imagem linear hiperecogénica no seu interior, e uma pequena área hiperecogénica na sua vertente inferior, com um fino halo hipoecogénico.

Para melhor caracterização das lesões, foi realizada Ressonância magnética abdominal, revelando vários focos pseudonodulares com hipersinal T2 e discreto hipossinal T1,

com captação intensa de contraste na fase arterial precoce, sem sinais de malignidade, sugestivos de alterações de natureza vascular, e alguns focos que sugeriam a presença de shunts portossistémicos intra-hepáticos.

Dado os achados hepáticos, e a história de Epistáxis recorrentes, foi realizada a pesquisa de mutações dos genes associados à Doença de Osler-Weber-Rendu, tendo sido detetada uma mutação, em heterozigotia, no exão 3 do gene ACVRL 1.

Discussão: As MAVs hepáticas são mais comuns com a variante ACVRL 1, encontrada no nosso doente. O diagnóstico deve ser feito na presença de complicações associadas (dor abdominal, alteração das provas hepáticas, hipertensão portal, encefalopatia, insuficiência cardíaca ou hipertensão pulmonar).

É necessário estar alerta para a possibilidade da existência de MAVs hepáticas nestes doentes: estão descritos casos em que foram confundidas com metástases, e casos em que biópsias hepáticas, realizadas sem avaliar a presença de MAVs, resultaram em hemorragia catastrófica.

Nº 275 Síndrome de Zieve: uma causa subdiagnosticada de anemia hemolítica não-imune

Rui Flores de Miranda Ribeiro(1); Marli Ferreira(1); Rui Coelho(1); Cláudia Pereira(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A síndrome de Zieve (SZ) é uma patologia rara caracterizada pela tríade de anemia hemolítica, icterícia e hiperlipidemia secundária a lesão hepática alcoólica. Esta pode ocorrer isolada ou na presença de hepatite alcoólica aguda (HAA). A distinção entre estas duas situações é crucial, tendo em conta o tratamento e prognóstico distintos.

Caso clínico: Reportamos o caso de uma mulher de 35 anos de idade com história de consumo abusivo de álcool activo e cirrose com hipertensão portal. A doente foi admitida por um quadro de desconforto abdominal, náuseas e vómitos com (1) semana de evolução. Foi negada clínica de hemorragia gastrointestinal. Objectivamente, a doente encontrava-se ictérica, com ascite de médio volume e com encefalopatia de grau ligeiro. Analiticamente, apresentava elevação moderada das transamínases, hiperbilirrubinemia e coagulopatia. Para além disto, com anemia macrocítica com 6g/dL, acompanhada de desidrogenase láctica aumentada, haptoglobina baixa e esquisócitos no esfregaço de sangue periférico, levantado a possibilidade de anemia hemolítica. O teste de Coombs foi negativo, excluindo a possibilidade etiologia imune e a actividade da ADAMTS 13 era baixa contra a posdibilidade de púrpura trombótica trombocitopénica.

Foi assumida a presença de SZ e HAA com score de Maddrey de 92 pontos, tendo sido instituída terapêutica de suporte e corticoterapia. A doente evoluiu favoravelmente com melhoria clínica e analítica e teve alta cerca de (1) mês após.

Discussão: A hiperlipidemia pode ser menos marcada ou até estar ausente em doentes com SZ e cirrose estabelecida.

São escassos os relatos com diagnóstico concomitante de SZ e HAA, sendo muitas vezes referidos como diagnósticos alternativos. Tendo em conta o prognóstico globalmente favorável da SZ e a elevada mortalidade associada à HAA, é importante não subtratar os doentes com ambas as doenças.

Nº 276 Doença celíaca no idoso: a propósito de um caso clínico

Margarida Portugal(1); Cláudia Fitas(1); João Magro(1); Pedro Martins Dos Santos(1); Pedro Mendonça(1); Karolina Aguiar(1)

(1) CHUA Faro

Introdução: A doença celíaca (DC) é uma doença crónica, multiorgânica e autoimune que afeta o intestino delgado de indivíduos geneticamente suscetíveis e é precipitada pela ingestão de glúten. Atualmente, sabe-se que pode manifestar-se em qualquer idade. No idoso, a DC tem sido subdiagnosticada devido à heterogeneidade da apresentação clínica aliada à subvalorização médica.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um doente, sexo masculino, 75 anos, com antecedentes de anel de schatzki, hérnia do hiato e polipectomia de adenoma tubular com displasia de baixo grau. Enviado por anemia microcítica hipocrómica em investigação etiológica há 8 anos, sem resposta a ferro oral e recidivante após ferro endovenoso. Clinicamente apenas com dejeções diarreicas intermitentes. Ecografia abdominal e colonoscopia, já realizadas, sem alterações. Analiticamente destacava-se: Hb 11,(1) g/dL; Ferro 33 ug/dL; Ferritina 10 ng/mL; Saturação da transferrina 7%; Ácido fólico 2,6 ng/mL; Vitamina B12 127 pg/mL e Vitamina D 26 ng/mL. Da investigação etiológica, função tiroideia e pancreática normais e serologias virais, vírus da imunodeficiência humana, sífilis, coproculturas e pesquisa de parasitas nas fezes negativas. Do estudo autoimune, verificou-se positividade para anticorpos antitransglutaminase. Perante os achados, realizou-se endoscopia digestiva alta que evidenciou mucosa duodenal de aspeto atrófico, cujas biópsias revelaram atrofia vilositária total, glândulas com depleção de mucina e marcado aumento de linfócitos intraepiteliais e na lâmina própria, característicos de DC, cujo tratamento é dieta isenta de glúten. A aceitação da doença e o seguimento da dieta mostrou-se ser um desafio para o doente, principalmente pela mudança nos hábitos dietéticos adquiridos ao longo de anos. Optou-se pela inclusão na consulta de nutrição e psicologia, que se mostrou vantajoso no cumprimento da dieta.

Discussão: É essencial alertar para a importância do diagnóstico de DC no idoso, de forma a prevenir complicações associadas, reduzir sintomatologia, melhorar a qualidade de vida e reduzir a morbimortalidade. A adesão à dieta nesta faixa etária pode ser problemática, sendo essencial um seguimento multidisciplinar adaptado.

Nº 277 Quando a clínica é o elo mais forte

Bruno Sequeira Campos(1); Diogo Simas(1); Joana Raquel Monteiro(1); Joana Filipe Leite(1); Maria Jesus Banza(1); Renato Saraiva(1)

(1) Hospital de Leiria

O linfoma de grandes células B rico em Histiócitos/Linfócitos T (LGCBRHLT) é uma variante incomum do linfoma de grandes células B difuso. Clinicamente é semelhante ao Linfoma de Hodgkin, mas histologicamente apresenta-se com menos de 10% de células B malignas enquanto apresenta uma predominância de histiócitos e linfócitos T.

Doente de 26 anos do sexo feminino recorre à urgência de um hospital distrital por quadro de tosse seca crónica, picos febris diurnos com máximo de 39ºC com (1) mês de evolução e dois episódios de sudorese noturna. Sem antecedentes relevantes. Ao exame objetivo, apenas se destacavam discretos edemas dos membros inferiores e uma adenopatia supraclavicular direita. Traz análises com elevação das transaminases (TGO: 66 U/L e TGP: 8(1) U/L) e relatório de TC-tóráx a sugerir neoplasia da mama direita e adenopatias

mediastínicas e axilares. À admissão na urgência, apresentava hemograma com pancitopenia. Internou-se a doente para estudo.

Realizou TC-TAP que sugeriu neoplasia da mama primária com incontáveis focos metastáticos hepáticos e esplénicos, bem como adenopatias supraclaviculares, mediastínicas, axilares e abdominais. Discutiu-se com a cirurgia geral a possibilidade de biopsar o nódulo mamário, no entanto, preferiram protelar até melhor se caracterizar a massa. Atendendo ao desenvolvimento de insuficiência hepática e à demora na realização de exames, insistiu-se novamente com a cirurgia, acabando por biopsar uma adenopatia supraclavicular que viria a refutar esta hipótese, corroborando a tese de doença linfoproliferativa.

Analiticamente, a imunofenotipagem do sangue periférico demonstrava 96% de linfócitos T do total linfocitário, pelo que se equacionou um linfoma de células T. Discutiu-se o caso com o hospital de referência que concordou com a hipótese e enviou-se amostra para contra-análise, concluindo tratar-se de um LGCBRHLT.

A doente iniciou prontamente quimioterapia curativa que mantém atualmente. Estudo posterior na ginecologia classificou a massa mamária como benigna.

Com este *abstract,* pretende-se alertar para a necessidade de haver um diagnóstico definitivo quando há incongruências entre os achados imagiológicos/analíticos e a clínica do doente, assim como relembrar este diagnóstico pouco frequente e muitas vezes esquecido.

Nº 278 Linfoma linfoplasmocítico como mimetizador de abcesso dentário

Ana Mafalda Abrantes(1); Sara Salema Travassos(1); Maria Inês Parreira(1); Mariana Manique(1); Madalena Pereira(1); Matilde Vilela(1); Patrícia Santos(1); Ana Castro Barbosa(1); Fábia Cerqueira(1); Francisco Cunha(1); Ana Alves Cardoso(1); Joana Lima(1); António Pais Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: O linfoma linfoplasmocítico é um linfoma de células B maduras raro, representando 1-2% dos linfomas não-Hodgkin. Em cerca de 40% dos casos pode apresentar expressão extranodal, sendo rara a sua localização na cavidade oral ou mandíbula.

Caso clínico: Homem, 75 anos, antecedentes de síndrome linfoproliferativo crónico com componente IgM, actualmente sob obinutuzumab e bendamustina (quinta linha terapêutica). É admitido por quadro com 2 meses de evolução de perda ponderal e, nas últimas três semanas, com anorexia associada. Desde há 4 dias com febre com padrão inespecífico e tumefação mandibular. Medicado empiricamente em ambulatório com amoxicilina-ácido clavulânico, por suspeita de abcesso dentário, sem melhoria. Ao exame objectivo destaca-se tumefação malar esquerda, dolorosa e edema do rebordo alveolar externo das peças dentárias do 3º quadrante. Laboratorialmente salienta-se Hb 7.1g/dL, PCR 23.1mg/dL, PCT 0.23mg/dL. Realizada angio-TC cervical que revelou "densificação fleimonosa dos espaços parafaríngeos, envolvendo os espaços carotídeos e parotídeos até à região mentoniana, bem como irregularidade e destruição cortical mandibular sugestiva de osteomielite mandibular". Iniciada terapêutica empírica com piperacilina-tazobactam posteriormente ajustada para amoxicilina-ácido clavulânico e tigeciclina que cumpriu durante 7 dias. Possui hemoculturas seriadas negativas. Manteve-se febril e com subida de parâmetros inflamatórios apesar da antibioterapia instituída. Realizada biópsia de lesão que revelou linfoma não Hodgkin B (CD 20+) de pequenas células com diferenciação plasmocitária sugestivo de linfoma linfoplasmocítico.

Discussão: O presente caso ilustra uma entidade pouco comum com manifestação extranodal rara, compreendendo 2-3% dos casos. Constitui particular desafio diagnóstico

na medida em que a expressão óssea ou em tecidos moles pode facilmente ser confundida com doença endodôntica. A sua identificação precoce é fulcral dada a baixa sobrevida descrita.

Nº 279 Anemia hemolítica associada à hemodiálise: quando o tratamento é a causa da doença

Inês Clara(1); Ana Rubim Correia(1); Sara Raquel Martins(1); Andrea Mateus(1); Rosa Ribeiro(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A hemólise observada em doentes hemodialisados, causada por fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados com a técnica dialítica, é uma complicação rara mas potencialmente ameaçadora de vida.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma doente de 77 anos. Antecedentes de cardiopatia valvular por estenose aórtica severa, fibrilhação auricular paroxística hipocoagulada com antagonista da vitamina K e doença renal crónica estadio 5 em tratamento dialítico há um mês e sob suplementação com darbepoietina por anemia de doença crónica. Sem fármacos de novo. Recorreu ao serviço de urgência por hipotensão durante a sessão de diálise e astenia marcada com dias de evolução. Sem perdas hemáticas objetiváveis. Anictérica e sem colúria, sem organomegalias ou adenopatias palpáveis. Sem viagens recentes ou clínica infeciosa. Analiticamente apresentava-se com anemia grave (4,4g/dL) hiperproliferativa (reticulócitos 7,46%), sem outras citopenias, hiperbilirrubinemia ligeira (1,36mg/dL), haptoglobina indoseável (<0,243g/dL) e elevação de desidrogensase do lactacto (248U/L). Teste de coombs e estudo imunológico negativo. INR de 1.95. Vitamina B12 e ácido fólico normais. Função tiroideia sem alterações. Sem elevação dos parâmetros inflamatórios. Imunoeletroforese com banda vestigial cadeia pesada gama/cadeia leve lambda, sem excreção urinária. Realizados estudos endoscópicos e enterografia que revelaram esofagite de refluxo grau A e erosões duodenais, sem evidência de sangramento ativo. Tomografia toraco-abdomino-pélvica sem focos hemorrágicos. Assumindo tratar-se de lise eritrocitária num doente hemodialisado e com estenose aórtica severa foi reajustada a técnica dialítica verificando-se estabilidade da hemoglobina ao longo do internamento.

Discussão: A destruição precoce dos glóbulos vermelhos secundária ao stress mecânico durante a hemodiálise é uma complicação importante deste tratamento. A elevada morbilidade e mortalidade a que se encontra associada, nomeadamente, pelo risco de anemia grave, hipercalemia ou enfarte agudo do miocárdio torna o seu reconhecimento essencial na gestão destes doentes.

Nº 280 Um caso menos frequente de imunodeficiência no adulto

Catarina Pestana Santos(1); Mafalda Sequeira(1); Bruno Sousa(1); Tiago Judas(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A associação de hipogamaglobulinemia com timoma (Sindroma de Good) foi descrita pela primeira vez em 1954. É uma condição rara caracterizada pela presença de quadros infeciosos de repetição em doentes com timoma, onde, na avaliação imunológica, se verifica uma depleção de linfócitos B no sangue periférico,

hipogamaglobulinémia e defeito na imunidade celular. Esta condição está associada a um amplo espectro de síndromas paraneoplásicas e doenças autoimunes.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, de 69 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e timoma maligno submetido a excisão cirúrgica 4 anos antes. Foi enviada a consulta de Medicina Interna para investigação de infeções respiratórias de repetição. O exame objetivo não tinha alterações de relevo. Realizada investigação tendo sido despistada doença pulmonar crónica de base, nomeadamente estrutural. Da investigação analítica realizada de referir déficit isolado de IgM e hipogamaglobulinémia. Apurou-se ainda depleção grave de linfócitos B, cumprindo critérios de diagnóstico para síndroma de Good. Foi feita imunização com vacina pneumocócica com boa resposta clínica. A doente manteve vigilância em consulta, constatando-se trombocitose persistente em avaliações analíticas seriadas, sem relação com processos infeciosos. A investigação complementar evidenciou síndroma mieloproliferativo primário (JAK2 +), mais concretamente mielofibrose primária em fase pré-fibrótica. Iniciou seguimento em consulta de Hematologia, mantendo-se atualmente em vigilância.

Conclusão: Os autores pretendem, com o presente caso, realçar a importância da investigação de causas de imunodeficiência perante quadros infeciosos de repetição sem condições precipitantes conhecidas. Salientam ainda a possível associação entre síndroma mieloproliferativo primário e síndroma de Good, eventualmente como manifestação paraneoplásica, associação esta que não se encontra descrita na literatura.

Nº 281 Entre o cansaço e o desconhecido

Pedro Menezes Cordeiro(1); Rafael Coelho Viana(1); Filipe Alfaiate(1); Sandra Ganchinho Lucas(1); Irene Cortes Verdasca(1); Tereza Veloso(1)

(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: Dos factores de risco hereditários para tromboembolismo venoso destacam-se as mutações do factor V e do gene de protrombina. Estas conferem um risco até 7 vezes superior e 2 a 4 vezes superior respectivamente, para ocorrência de episódios de tromboembolismo venoso em individuos portadores de mutação comparativamente a individuos não portadores.

Caso Clínico: Mulher de 76 anos, autónoma, com história de hipertensão arterial, dislipidemia e insuficiência venosa periférica, seguida em consulta de hematologia por anemia em estudo, apresentou quadro inicial de tosse e expectoração com duração de uma semana seguido de cansaço para médios esforços com agravamento progressivo para pequenos esforços. Dado o quadro clínico de cansaço crónico realizou tomografia computorizada (TC) torácica que mostrou tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral extenso crónico, sendo então encaminhada para o Serviço de Urgência. À admissão encontrava-se eupneica, apirética, hipertensa (169/89mmHg), com saturação periférica de 97% em ar ambiente. Foi internada para estudo etiológico identificando-se heterozigotia para factor V H1299R e protrombina (G/A 20210). Averiguada anamnese, história pregressa, obstétrica e familiar tendo negado eventos trombóticos Dada a predisposição genética protrombótica iniciou anticoagulação com varfarina. Realizou ecodoppler venoso que mostrou trombose venosa dos segmentos médio e distal da veia safena externa esquerda. Restante internamento sem intercorrências.

Discussão: Os critérios de inclusão para testes de trombofilia não são consensuais mas a literatura sugere que os mesmos sejam investigados em doentes com evento trombótico e pelo menos idade até 55 anos, trombose recorrente ou em locais pouco usuais, ou história familiar. Apesar de se tratar de uma doente sem qualquer antecedente tromboembólico, foi identificada trombofilia já em idade avançada no contexto de primeiro episódio tromboembólico o que permitiu iniciar prevenção secundária.

Nº 282 Consequências indesejáveis do exercício físico

Olga Neves Capontes(1); Catarina Cruz(1); Vikesch Rameschandre Samji(1); Inês Esteves Cruz(1); Francisco da Silva(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A síndrome de Paget-Schroetter (SPS) ou trombose de esforço classifica-se como uma trombose venosa primária dos membros superiores (MS) que ocorre associada ao esforço físico intenso. Dada a sua localização e trajeto, a veia subclávia é suscetível de compressão extrínseca que ocorre em casos de alterações anatómicas osteomusculares ou com a realização de movimentos repetidos dos MS que causam traumatismo e lesão endotelial. A SPS é mais frequente no sexo masculino, idades jovens e no território direito que é mais frequentemente o lado dominante.

Caso Clínico: Apresentamos dois casos em que foi possível estabelecer a relação entre a trombose e o exercício físico. Homem, 34 anos, com dor referida à região axilar direita, edema assimétrico do MS direito e ligeiro aumento da temperatura. Referia prática de exercício físico com halteres nos dias anteriores. Realizou ecografia com doppler que relevou trombo oclusivo ao nível da veia axilar direita com extensão ao tronco braquiocefálico e veia cava superior, sem envolvimento da veia jugular. Realizou Angio-TC que excluiu alterações anatómicas osteomusculares. Iniciou anticoagulação com DOAC com boa evolução. Do estudo realizado a destacar heterozigotia PT2021a G> A. O segundo caso é de uma mulher, 37 anos, com quadro de dor e edema do MS esquerdo associada a circulação colateral visível que surgiu após pratica de *crossfit* cerca de 7 dias antes. Sem outros fatores de risco identificados. Realizou angio-TC que relevou trombose proximal da veia axilar e veia subclávia esquerdas até à confluência para o tronco braquiocefálico e excluiu alterações anatómicas. Iniciou anticoagulação com boa evolução da sintomatologia. Do estudo realizado a destacar atividade do fator VIII aumentada.

Discussão: A SPS deve ser considerada em caso de trombose primária dos MS em doentes jovens com história de atividade física recente. Quando reconhecida e tratada precocemente tem um curso benigno, no entanto quando não tratada pode complicar com situações com elevada morbilidade. A suspeita clínica não deve no entanto dispensar o estudo alargado de outros fatores de risco para estados protrombóticos, nomeadamente estudo de trombofilias, que tal como nos casos apresentados podem significar um maior risco para ocorrência desta síndrome.

Nº 283 Mastocitose sistémica agressiva

Inês Fernandes Santos(1); Catarina Cabral(1); Joana Vaz(1); Francisco Silva(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A mastocitose pode ser cutânea ou sistémica, desencadeada por diferentes factores. A sintomatologia e gravidade variam consoante o local de invasão pelos mastócitos.

Caso clínico: Homem, 65 anos, história de anemia crónica, hipertensão, carcinoma pavimentocelular da mandíbula (excisão completa e radioterapia), tabagismo e etanolismo pregressos.

Acorre ao Serviço de Urgência por quadro de 6 meses de astenia, anorexia e perda ponderal (6%). Apresentava-se hipotenso (63/38 mmHg), taquicárdico e com pulso radial filiforme, palidez mucocutânea e desidratado.

Analiticamente: hemoglobina 6.7g/dL, volume corpuscular médio 89.6fL, hemoglobina globular média 31pg, leucócitos 3700/uL, neutrófilos 2900/uL, linfócitos 570/uL, monócitos

180/uL, basófilos 50/uL, plaquetas 227000/uL, cálcio 11.7mg/dL, electroforese de proteínas normal, proteína C reactiva 11.1mg/dL e serologias negativas para vírus da imunodeficiência humana, vírus da hepatite C e B. Tomografia computorizada (TC) cervical e tóracica com múltiplos micronódulos, predominantemente periféricos e bilaterais, micronódulos granulomatosos residuais, conglomerado adenopático infra-carinal e aumento dos gânglios para-cardíacos direitos, com densificação nodular grosseira tecidular.

Dos exames complementares: mielograma com mastócitos atípicos e imunofenotipagem com 0.4% de mastócitos com expressão aberrante de CD2, CD117 e CD25 e biópsia de medula óssea com hipercelularidade e presença difusa de mastócitos atípicos (> 15 células, > 25% atípicas), compatível com mastocitose sistémica; triptase sérica elevada (383.5 ng/dL); TC abdominal com esplenomegália e lesões líticas, sobretudo na coluna, ilíaco e costelas; a broncofibroscopia documentou uma massa exofítica com envolvimento da árvore brônquica bilateral e restrição do lúmen e o exame microbiológico das secreções brônquicas foi negativo para micobactérias.

Perante mastocitose sistémica agressiva com envolvimento multi-orgânico, foi iniciado tratamento com interferão alfa e corticóides. Infelizmente o doente faleceu ao 13º dia de internamento.

Discussão: O caso realça uma doença rara, com elevado potencial de agressividade e consequente importância da suspeição clínica e diagnóstico precoce de forma a iniciar o tratamento atempadamente.

Nº 284 Púrpura trombocitopénica imune após infeção por SARS-CoV-2

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

Introdução: A púrpura trombocitopénica imune (PTI) é uma trombocitopenia adquirida causada por autoanticorpos contra antigénios plaquetários. Têm sido descritos casos de PTI após infeção por SARS-CoV-2, habitualmente com contagem plaquetária mais baixa e maior risco hemorrágico, porém responsivos à primeira linha terapêutica.

Caso: Homem de 73 anos, com antecedentes de silicose pseudopulmonar. Teve infeção por SARS-CoV-2 em agosto de 202(1) e novamente em maio de 2022. Duas semanas após segunda infeção, apresentou dificuldade de controlo de hemorragia em contexto traumático, com aparecimento de petéquias nos membros inferiores e posteriormente nos membros superiores. Entretanto, por coágulos na cavidade oral, recorreu ao Serviço de Urgência onde foram objetivadas petéquias também no tronco e face, equimoses nos membros, bolhas hemáticas na língua e palato e um coágulo de cerca de 3 cm junto ao pilar amigdalino direito. Analiticamente, com plaquetas inquantificáveis (<10.000/uL). Iniciou empiricamente pulsos de metilprednisolona, a pesquisa de anticorpos plaquetários foi positiva para complexos glicoproteínas GPIIB/IIIA, GPIA/IIA e GPIV e para HLA classe I e o estudo de outras causas secundárias foi negativo. Foi assumida PTI. Após corticoterapia e administração de imunoglobulina humana, com ausência de resposta, iniciou rituximab. Apresentou plaquetas quantificáveis 10 dias após a primeira toma e teve alta com resolução das alterações mucocutâneas e 87.000 plaquetas/uL. Cerca de 6 meses depois, verifica-se contagem plaquetária dentro dos valores de referência e ausência de clínica hemorrágica, a realizar desmame de corticoterapia.

Discussão: Este foi um caso de PTI, que tal como em casos já descritos, surgiu duas semanas após infeção por SARS-CoV-2, com uma clínica hemorrágica grave, porém refratária à primeira linha terapêutica. Ocorreu apenas na segunda infeção por SARS-CoV-2. Mais estudos são necessários para compreender a relação entre a PTI e COVID-19.

Nº 285 Linfoma, uma apresentação atípica

Marta Viana Pereira(1); Inês Araújo(1); Ana Andrade Oliveira(1); Martinha Vale(1); Inês Silveira(1); Miguel Ribeiro(1); Margarida Robalo(1); Carla Maravilha(1); Sofia Esperança(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: Os linfomas geralmente manifestam-se através de sintomatologia sistémica, incluindo astenia, anorexia, hipersudorese noturna, febre ou perda ponderal. É também frequente o aparecimento de adenopatias indolores. Reporta-se um caso com uma apresentação atítipica.

Caso Clínico: Doente de 83 anos, com excelente estado geral, admitido no serviço de urgência por quadro de dor abdominal de início súbito no hipocôndrio esquerdo, sem outras queixas de novo. Na tomografia computorizada apresentava enfarte esplénico com hepato-espenomegalia a justificar as queixas. No entanto, eram observadas também múltiplas adenopatias em todos os componentes mediastínicos, axilares bilateralmente e retroperitoneais, ficando o doente internado para estudo etiológico.

Na anamnese mais exaustiva, o doente referia astenia ligeira e hipersudorese com 3 meses de evolução. O estudo analítico com ligeiro aumento da fosfatase alcalina e elevação significativa da desidrogenase láctica (LDH) e B2-microglobulina, sem outras alterações de relevo. Serologias a indicar contacto prévio com antigénio de hepatite A, citomegalovirus, virus Epstein-Barr e Herpes I, sem infeções ativas, virus da imunodeficiência humana e da hepatite C negativos, sem imunidade para o vírus da hepatite B. A tomografia por emissão de positrões mostrou captação supra e infra-diafragmática e esplénica. Sugerindo-se assim o diagnóstico mais provável de linfoma complicado com enfarte esplénico. A biópsia de lesão axilar e imunofenotipagem das populações linfocitárias compatível com Linfoma Não Hodgkin T angioimunoblástico, confirmando o diagnóstico.

Discussão: O enfarte esplénico é uma forma rara de apresentação inicial de linfoma, apesar de ser complicação frequente desta patologia. Surge por crescimento do baço resultando em áreas de má vascularização e consequente enfarte. A dor abdominal como forma de apresentação de linfoma é uma entidade raramente descrita. De facto, apesar do doente ter procurado os cuidados de saúde apenas aquando do surgimento de dor abdominal, foi possível perceber que já apresentava sintomatologia sistémica com cerca de 3 meses de evolução, o que aponta para uma maior valorização da sintomatologia aguda por parte do doente.

Nº 286 Tromboembolismo Venoso em doente com Mutação Heterozigótica do Fator V de Leiden: caso clínico.

Mafalda Machado de Gouveia(1); João Poço Gonçalves(1); Ana Catarina Carvoeiro(1); Mariana Gomes Xavier(1); Maria Guilherme Muchata(1); Maria Inês Risto(1); Manuel Ferreira(1); Anabela Brito(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: O Fator V de Leiden (FVL) é uma mutação pontual do fator V que acarreta um risco acrescido de tromboembolismo venoso (TEV), como a trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP). Em heterozigotia, a mutação do FVL é a trombofilia mais comum em caucasianos (prevalência de 1% a 5%), e aumenta o

risco de TEV em cerca de 7 vezes.

Caso Clínico: Homem de 74 anos, com história de TVP não provocada do membro inferior esquerdo (MIE) três anos antes, já sem terapêutica hipocoagulante (TH), admitido por dor opressiva retroesternal sem irradiação, durante a marcha, com alívio em repouso, e dispneia para pequenos esforços. À admissão: apirético, normotenso, normocárdico, auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações, edema da coxa direita. Eletrocardiograma: ritmo sinusal, bloqueio completo de ramo direito já conhecido. Analiticamente: sem anemia ou elevação dos parâmetros inflamatórios; com subida de marcadores de necrose miocárdica; D-Dímeros de 6117.4 ng/mL. Angiografia do tóráx por tomografia computorizada revelou TEP bilateral. Ecodoppler venoso (EDV) do membro inferior direito (MID) mostrou TVP. Assumido TEP de risco intermédio-alto de mortalidade e TVP do MID. Iniciada TH com enoxaparina sódica subcutânea em dose terapêutica. No 4º dia de internamento apresentou edema, gonalgia e dor poplítea esquerda. Realizou EDV do MIE que mostrou TVP. Perante um novo evento trombótico durante internamento e história de TVP não provocada, na ausência de neoplasia ativa conhecida, solicitado o estudo possível de trombofilias, com deteção de mutação do FVL em heterozigotia. Doente teve alta sob TH com varfarina.

Discussão: O desenvolvimento de TEV em doentes hospitalizados sob TH profilática sem outra causa identificável ou a história de TEV recorrente sem causa explicável, são critérios para pesquisa da mutação. Embora os seus portadores geralmente manifestem eventos antes dos 50 anos, neste caso a primeira manifestação foi mais tardia.

Nº 287 Uma causa rara de anemia hemolítica: acerca de um caso clínico

Dra. Patricia Moreira(1); Catarina Relvas(1); Mafalda Vasconcelos(1); Joana Duarte(1); Maria Maia(1); João Espírito Santo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

A anemia hemolitica microangiopática (AHMA) ocorre quando a membrana do glóbulo vermelho é danificada, levando a hemólise intravascular e aparecimento de esquizócitos. A AHMA por défice de vitamina B12 foi designada como pseudo-microangiopatia trombótica, sendo frequente a dificuldade no diagnóstico.

Apresento o caso de um homem, de 62 anos, com antecedentes de hábitos toxicófilos, tabagismo ativo, consumo excessivo de álcool e hepatite C não tratada. Não realizava medicação habitualmente. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de astenia de agravamento nos últimos 20 dias. À admissão descrito como febril (38ºC), desorientado no tempo, com glossite atrófica e ausência de diversas peças dentárias, sem outras alterações ao exame objetivo. Da avaliação analítica destaca-se pancitopenia grave com Hb 3,5 g/dL (VGM 102 fL), leucócitos 1860/uL, plaquetas 57000/L; bilirrubina total 3,13 mg/dL; LDH >5000 UI/L; esfregaço de sangue periférico com pancitopenia, anisopoiquilocitose e anisocromia acentuadas, muitos esquizócitos, leucopenia sem células atípicas e anisocitose plaquetar; serologia de VIH negativa. A ecografia abdominal documentou sinais de esteatose hepática. Foi internado para estudo da pancitopenia, tendo realizado suporte transfusional. Do estudo destacou-se défice grave de vitamina B12 (143 ng/L) e folato (1,(1) ng/mL); Ferro 204 ug/dL, ferritina 336 ug/L; haptoglobina <8 mg/dL. A endoscopia revelou gastrite atrófica generalizada e a pesquisa de anticorpos anti-célula parietal, fator intrínseco e transglutaminase foram negativos. Assumiu-se assim o quadro de pseudo-microangiopatia trombótica em contexto de défice grave de B12, tendo o doente iniciado reposição vitamínica que manteve após alta, com normalização posterior do hemograma.

Salienta-se assim esta causa rara de anemia hemolítica e a importância do seu diagnóstico diferencial, evitando exames ou terapêuticas invasivas, dada a sua apresentação por vezes semelhante à purpura trombocitopénica trombótica.

Nº 288 QUANDO A RESILIÊNCIA SUPERA A IATROGENIA - UM CASO DE ANEMIA SIDEROBLÁSTICA SECUNDÁRIA A LINEZOLIDE

Leda D´Almeida(1); Rita Tavares Fernandes(1); Marta Manaças(1); Manuel Ferreira Gomes(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A iatrogenia é atualmente a 5ª causa de morte a nível mundial, sendo as reações adversas medicamentosas (RAM) responsáveis por 5-8% das mortes. Os autores descrevem o caso de um homem de 63 anos submetido a cirurgia ortopédica (03/21) e reconstrutiva (05/21) por luxação exposta da tibiotársica esquerda no contexto de acidente agrícola complicada de infeção de partes moles. Seguimento habitual em consulta de Cirurgia Plástica sendo admitido a 09/2(1) por queixas de cansaço, perda de peso não quantificada, náuseas, anorexia e palidez. Ao exame objetivo, apresentava-se pálido, descorado e taquicárdico; laboratorialmente, anemia grave (Hb 3,7g/dL, VGM 79,5fL) sem envolvimento da série leucocitária nem plaquetária, aumento do ferro sérico (238,9ug/dL), da saturação de transferrina (93%) e da ferritina (791ng/mL); angio Tc sem sinais de extravasamento do produto de contraste sugestivo de hemorragia ativa, neoplasia sólida ou doença linfoproliferativa. Revisão inicial do processo clínico com constatação de ausência de anemia à data da alta da cirurgia (06/21) e tratamento com linezolide desde então sem controlos laboratoriais subsequentes. Admitiu-se iatrogenia medicamentosa a terapêutica prolongada com linezolide tendo-se procedido à suspensão imediata do fármaco. O mielograma realizado evidenciou hiperplasia eritróide com acentuada diseritropoiese e presença de 5% de sideroblastos em anel tendo sido efetuado o diagnóstico definitivo de anemia sideroblástica secundária a linezolide. Terapêutica sintomática e suporte transfusional com reavaliação laboratorial um mês após a alta com Hb 12,8g/dL. Estão descritas na literatura manifestações hematológicas secundárias a terapêutica com linezolide mas anemia sideroblástica neste contexto é extremamente rara embora reversível com a suspensão da terapêutica. Este caso remete-nos para a importância da reflexão diária sobre a iatrogenia aquando da prescrição e necessidade mandatória da monitorização da duração / vigilância de RAM.

Nº 289 Uma apresentação atípica de linfoma difuso de grandes células B

Gisela Brito Gonçalves(1); Barbara Paracana(1); Jéssica Krowicki(1); Joana Melo(1); Andreia Lopes(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: O diagnóstico e classificação do Linfoma não Hodgkin é dependente de biópsia, que permite definir a abordagem e o prognóstico. A apresentação clínica é variável, dependendo do subtipo histológico e da sua localização.

Caso clínico: Homem, 3(1) anos, sem antecedentes de relevo. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dor abdominal na fossa ilíaca e flanco esquerdos, com horas de

evolução e de intensidade crescente. Referia episódios prévios de dor auto-limitada (2-3/ano) com características semelhantes nos últimos anos. Negava qualquer outra sintomatologia. Ao exame objetivo com dor à palpação do flanco esquerdo, onde se palpava uma massa, difícil de delimitar. Analiticamente com LDH 1680mg/dL, sem anemia ou hiperbilirrubinemia, com PCR 19,58mg/dL; serologias víricas negativas.

Realizou ecografia abdominal e posteriormente tomografia computorizada (TC) abdominal, onde se confirmava a presença de "volumosa lesão expansiva no flanco esquerdo, bem delimitada, com 85x36mm, em contiguidade com 4 outras áreas nodulares (prováveis adenopatias)". No SU apresentou picos febris (pelo menos 2/dia) e elevação de PCR, pelo que iniciou antibioterapia com piperacilina-tazobactam, que veio a cumprir durante 2(1) dias por suspeita de sobreinfeção da lesão expansiva.

Tentativa de biópsia guiada por TC da lesão (agora com área necrótica), impossibilitada por hemorragia abundante. Em segundo tempo realizou-se biópsia das áreas nodulares mais pequenas, histologicamente compatíveis com linfoma difuso de grandes células B (LDGCB). Realizou estadiamento com TC, estudo de medula (sem envolvimento medular) e PET (que revelou adenopatias cervicais), portanto estadio III (classificação de Lugano). Foi encaminhado para consulta de hematologia e iniciou terapêutica com R-CHOP.

Discussão: Este caso destaca uma apresentação pouco comum de LDGCB, com dor abdominal isolada. A biópsia foi essencial para o diagnóstico e permitiu iniciar terapêutica de forma célere.

Nº 290 Policitemia Vera – uma etiologia esquecida de AVC

Catarina Melita(1); Leonor Neves(2); Sofia Furtado(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Amadora Sintra (2) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A policitemia vera é uma doença incomum, frequentemente diagnosticada na sequência de um doseamento anormalmente elevado de hemoglobina. No entanto, pode apresentar-se com sintomas de hiperviscosidade, complicações trombóticas ou hemorrágicas.

Descrição do caso: Trata-se de uma doente de 84 anos, autónoma, com antecedentes de trombose do membro superior direito, 3 anos antes, sem etiologia esclarecida, submetida a tromboembolectomia cirúrgica e sob rivaroxabano desde então; hipertensão arterial; e queixas de tonturas, diplopia e acufenos com um ano de evolução, em consulta de Neurologia.

Recorreu à Urgência por quadro agudo de hemiparesia esquerda, assumindo-se Acidente Vascular Cerebral *minor* (escala NIHSS 3). O estudo de imagem não revelou áreas isquémicas recentes nem estenoses ou oclusões vasculares.

Foram descartadas patologia arrítmica, doença aterosclerótica dos vasos do pescoço, e o perfil metabólico e estudo de coagulação não tinham alterações. De mencionar, uma concentração de hemoglobina de 18,8 g/dL (hematócrito 61%, reticulócitos 152 000/uL), apesar de doseamento de eritropoietina suprimido e ferropenia; a presença de leucocitose neutrofílica e trombocitose ligeiras, sem alterações morfológicas no esfregaço; ausência de hepatosplenomegalia. Esta policitemia apresentava pelo menos um ano de evolução.

Prosseguiu-se com o estudo de suspeita de doença mieloproliferativa, e a doente iniciou terapêutica com hidroxiureia, tendo alta sob hipocoagulação terapêutica e anti-agregação. A confirmação da existência de mutação no gene JAK2 (V617F) permitiu infirmar o diagnóstico de Policitemia Vera.

Discussão: Este caso alerta para a importância de se manter uma atenção constante para etiologias alternativas de trombose, tanto em território periférico como central,

nomeadamente as síndromes mieloproliferativas crónicas. Ilustra também o papel fulcral da Medicina Interna no diagnóstico e integração clínica de manifestações atípicas e diversas.

Nº 291 Hematomas espontâneos no idoso – Um caso de Hemofilia A adquirida

Guilherme Freitas Camões(1); Rita Coelho(2); Alice Marques(1); Tânia Santos(1); Diana M. Ferreira(1); Arsénio Santos(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra (2) IPO Coimbra

Introdução: A Hemofilia A adquirida é uma patologia autoimune rara consequência do surgimento inibidores contra o fator VIII e deve ser considerada nos doentes com hemorragia e elevação isolada do aPTT. Tende a ocorrer em idosos com comorbilidades e está associada a elevada mortalidade. O tratamento eficaz pode ser difícil e consiste na erradicação dos inibidores e no controlo da hemostase.

Caso Clínico: Homem de 77 anos, seguido em consulta de Medicina Interna por Síndrome Cerebral Perdedor de Sal, iniciou hematomas espontâneos dispersos pela pele. Inicialmente surgiram na nádega e coxas direitas, depois nádega esquerda e por último no membro superior direito e pernas bilateralmente. Associadamente apresentava cansaço para pequenos esforços, dispneia e perda ponderal de 17% em 6 meses. Negava perdas hemorrágicas, em particular, epistáxis, gengivorragias, hemoptises, hematémeses, retorragias ou hematúria. Ao exame físico verificava-se hematoma extenso da nádega e coxa direitas (visualizados na 1ª consulta), da nádega esquerda, membro superior direito, face dorsal do pé esquerdo e face anterior da perna bilateralmente (visualizados na 2ª consulta). Colocou-se a hipótese da presença de um inibidor. Do estudo analítico realizado destacava-se: Hb 8.3g/dL, aPTT 102.6seg, Fator VIII 0,4% (N 50-150) e pesquisa de inibidores positivo para inibidor de fator VIII (194U) confirmando a nossa hipótese. Foi proposto internamento eletivo para tratamento e estudo etiológico. Realizou transfusão de concentrado de eritrócitos e iniciou tratamento com proteínas coagulantes, ciclofosfamida 100mg e prednisolona 60mg com melhoria progressiva. O estudo etiológico realizado não evidenciou causa. Teve alta encaminhado para consulta de Imunohemoterapia.

Discussão: O aparecimento de hematomas nos idosos é muitas vezes atribuído à fragilidade cutânea e a iatrogenias medicamentosas. Contudo, hematomas de grande dimensão, especialmente quando categoricamente espontâneos, deve fazer suspeitar de distúrbios da coagulação. A presença de inibidores deve estar na nossa linha de pensamento, em particular nos mais idosos e com mais comorbilidades onde a patologia é mais frequente, mas facilmente subdiagnosticada. O diagnóstico e tratamento precoces permitem reduzir a morbimortalidade associada a esta doença.

Nº 292 Quando as adenopatias proliferam

Ana Guilhermina da Silva Varanda Melicio(1); Mariana Dias(1); Andreia Salgadinho Machado(2); Hélder Diogo Gonçalves(1); Raquel Diogo(1); Sara Teixeira Vasconcelos(1); Fábia Cerqueira(1); Valentim Meleiro Rodrigues(1); Tiago Marques(1); João Madeira Lopes(1); António Pais Lacerda(1); Ana Cláudia Rodrigues(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: O Linfoma angioimunoblástico de células T (AITL) é um subtipo raro de linfoma de células T periférico e representa cerca de 2% dos linfomas não Hodgkin.

Caso clínico: Mulher de 59 anos com osteogénese imperfeita, HTA, febre reumática, infeção prévia por VHC, recorreu à urgência por dispneia, dor pleurítica esquerda, pieira e tosse seca com 3 semanas de evolução. Menção a febre diária, astenia e emagrecimento desde há 6 meses. Na admissão febril, adenopatias cervicais e axilares, sibilância dispersa e edema assimétrico até ao joelho esquerdo. Identificou-se: anemia microcítica/normocrómica (Hb 8,(1) g/dL), leucocitose 31500/uL, eosinofilia 7060/uL, linfocitose 4320/uL, trombocitopenia 108000/uL, PCR 8,4(1) mg/dL e procalcitonina 4.90 ng/mL, gasimetricamente com insuficiência respiratória tipo (1) e TC toracoabdominopélvica: "incontáveis adenomegalias axilares, mediastínicas, hilares, adenopatias no retroperitoneu, mesentério e regiões inguinais e derrame pleural bilateral". Admitiu se febre de etiologia a esclarecer e provável doença linfoproliferativa.

Em internamento por suspeita de infeção cumpriu antibioterapia de largo espetro, sem resposta. Da investigação: autoimunidade negativo, serologias virais negativas, ecocardiograma sem vegetações valvulares, biópsia de medula óssea inconclusiva, biópsia excisional ganglionar com infiltração por eosinófilos, com abcessos a eosinófilos e áreas de necrose e granulomas, células B ativadas com suspeita de linfadenopatia angioimunoblásitca com disproteinémia, clonalidade T inconclusiva, PET-TC com múltiplas adenopatias supra e infradiafragmáticas e ávidas de FDG e captação na medula óssea e baço e biópsia ganglionar cervical confirmou linfoma T angioimunoblástico.

Discussão: Pretende-se realçar a importância da marcha diagnóstica na nossa prática clínica. O AILT é um linfoma agressivo, o seu diagnóstico e tratamento atempado evitam a progressão da doença e efeitos colaterais.

Nº 293 Mutação G20210A da protrombina – uma causa (in)esperada de TEP

Catarina Ferreira(1); Catarina Oliveira Silva(1); Maria Manuel Pereira(1); Ana Ramôa(1); Eduardo Macedo(1); Johanna Viana(1); Diana Silva Fernandes(1); Ana Rita Marques(1); Ilídio Brandão(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: A mutação G20210A do gene da protrombina está associada a um risco acrescido de eventos trombóticos, pelo que a sua pesquisa é particularmente relevante em doentes jovens e com poucos fatores de risco.

Caso clínico: Mulher de 24 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, nulípara, não fumadora, apenas sob contraceção oral combinada, recorreu ao serviço de urgência por toracalgia e dorsalgia com 4 dias de evolução, associadas a palpitações e fenómeno de Raynaud nas mãos e pés. Apresentava-se hemodinamicamente estável, sem insuficiência respiratória. Analiticamente com elevação de d-dímeros (2320 ug/L) e velocidade de sedimentação (89 mm/h), sem elevação dos marcadores de necrose

miocárdica. Realizou eletrocardiograma, sem alterações, e angiotomografia torácica que relatou tromboembolismo pulmonar (TEP) em ramos lobares e segmentares do lobo inferior direito, sem disfunção ventricular direita documentada por ecocardiograma transtorácico. Iniciou hipocoagulação e foi internada para estudo etiológico. A pesquisa para anticorpos anti-dsDNA, anti-beta2-glicoproteína, anti-cardiolipina, anticoagulante lúpico e anti-ENA foi negativa, com doseamento de ANA 1:80 (padrão AC-4-mosqueado fino). Com uma evolução favorável, teve alta hipocoagulada com apixabano, orientada para consulta para completar estudo que revelou heterozigotia para a mutação G20210A da protrombina, sem mutações do fator V Leiden, antitrombina III, proteína C e S. Desde então sem recorrência de eventos.

Discussão: Estudos demonstraram que indivíduos heterozigóticos para a mutação G20210A da protrombina têm maior suscetibilidade de eventos tromboembólicos, mesmo na ausência de outros fatores de risco. Este caso ilustra a relevância das implicações do diagnóstico de trombofilia hereditária numa mulher em idade fértil, nomeadamente na escolha da contraceção, necessidade de anticoagulação na gravidez e puerpério para prevenção de novos eventos.

Nº 294 Síndrome hemafagocítico secundário

Carlos Rego Gonçalves(1); Joana Sá Couto(2); Margarida Gomes Xavier(2); Ana Sofia Ferreira(1); André Calheiros(1); José Carlos Veloso(1); Paula Brandão(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima (2) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital Santa Luzia

A síndrome hemafagocítica (SH) é um estado de resposta inflamatória severa e descontrolada, caracterizada por tempestade de citocinas. No adulto pode ser despoletada por trigger infecioso. Caracterizada por conjunto de sinais e sintomas inespecíficos como febre, citopenias, hepatoesplenomegalia e presença de hemofagocitose na medula óssea; pode evoluir rapidamente para a falência multiorgânica e morte. Relata-se homem, 25 anos, indiano, saudável. Imigrante há 2 anos, com visitas à India (Nova Deli), último regresso a 19/12/2022. Uma semana após com queixas compatíveis com GEA medicado com ciprofloxacina com melhoria transitória. Dez dias após, recrudescimento de sintomas (diarreia não sanguinolenta, febre Tª40ºC, astenia, anorexia, vómitos e intolerância alimentar). Ao exame objetivo: obnubilado, sinais de perfusão periférica comprometida (TPC>4seg), hipotenso e desidratado. Do estudo inicial: esplenomegalia, inflamação de gânglios mesentérios em TC, pancitopenia e citólise hepática. Internado sob antibioterapia empírica com ceftriaxone, metronidazol e azitromicina dado contexto epidemiológico. Agravamento clínico e analítico nos primeiros 3 dias, com febre persistente e agravamento de pancitopenia, citólise hepática com AST>30xLSN, LDH 1700, hiperferritinemia (14340 ng/mL) e hipertrigliceridemia (210 mg/dL). Colocada hipótese de SH, de acordo com os critérios de diagnóstico utilizados (*Hscore* - dado impossibilidade laboratorial de doseamento de células NK e citocinas) com probabilidade de 96-93% de diagnóstico – 219 pontos. Aspirado medular sem imagens de hemafagocitose. Isolada salmonela typhi H resistente a quinolonas em hemoculturas e em aspirado de medula óssea. Após 5 dias de ceftriaxona e terapêutica de suporte, melhoria clínica e analítica. Descrito caso de SH secundário bacteriemia por salmonela typhi com resposta ao tratamento da infecção. SH tem elevada taxa de mortalidade, requer elevada suspeita clínica e o subdiagnóstico constitui um obstáculo à eficácia do tratamento, passando por tratamento da infeção subjacente. Considerar corticoterapia se ausência de resposta. A febre tifóide é pouco comum em países desenvolvidos, pelo contexto, deve ser colocada esta hipótese, sendo imprescindível o reconhecimento das resistências antibióticas do agente nessas regiões.

Nº 296 Linfoma, Epstein-Barr e Vacina: uma tríade improvável

Dra. Ana Luís Vasconcelos(1); Luís Neves da Silva(1); Margarida Monteiro(1); Rosário Araújo(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: O vírus de Epstein-Barr (EBV) está associado a doenças linfoproliferativas, linfomas, carcinoma nasofaríngeo e gástrico. Sobrevive em estado latente nas células B e tem potencial oncogénico.

Caso Clínico: Sexo feminino, 64 anos, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência uma semana após a toma da vacina mRNA contra Sars-CoV2 por ter febre diária, 8/8h, máximo 39ºC, com cedência a antipirético, desde essa data. Associadamente hipersudorose noturna, anorexia, enfartamento precoce e vómitos. Há (1) mês com astenia e perda ponderal não intencional de 5kg. Ao exame físico com febre, hepatoesplenomegalia, adenopatias móveis, elásticas, não dolorosas, cervicais e inguinais. Analiticamente com pancitopenia, linfócitos atípicos no esfregaço de sangue periférico, LDH aumentada, imunoparésia de IgA/IgG/IgM, consumo isolado de C4 e citólise hepática. Serologia de EBV compatível com reativação aguda (IgM e IgG VCA positivas, IgG EBNA positiva), confirmada por DNA sérico positivo. Restantes serologias víricas (HIV, HBV, HCV, CMV, parvovírus, herpes I/II) negativas para infeção. No TAC-CTAP múltiplas adenopatias cervicais, axilares, hilares, ilíacas e inguinais e hepatoesplenomegalia acentuada. Biópsia medular e ganglionar conclusiva para linfoma B de grandes células, alto índice proliferativo, com deteção do vírus EBV.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação clássica de neoplasia hematológica, com sintomas B, pancitopenia, hepatoesplenomegalia e adenopatias generalizadas. As biópsias revelaram linfoma B difuso de grandes células com positividade para EBV, em associação com infeção aguda pelo vírus. O trigger imunológico da vacina contra Sars-CoV2 parece ter precipitado esta reativação.

O consumo isolado de C4 é muito raro, sendo consequência de um défice no inibidor de C1. A forma hereditária apresenta-se como angioedema e a forma adquirida associa-se a neoplasias hematológicas, como descrito neste caso.

Na literatura há poucos casos de reativação vírica após vacinação contra Sars-CoV2, no entanto, a maioria dos descritos foi em doentes imunodeprimidos.

Nº 297 Nefropatia de cilindros como forma de apresentação de Mieloma Múltiplo

Luís Filipe Couto(1); David Paiva(1); Laura Castro(1); Glória Alves(1); Jorge Cotter(1)

(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Introdução: O Mieloma Múltiplo (MM) é a segunda neoplasia hematológica mais comum, vindo a aumentar a sua prevalência em países desenvolvidos.

Caracteriza-se pela produção de proteína monoclonal, com 15-20% dos casos a secretarem apenas cadeias leves (CL) livres.

Caso clínico: Mulher de 69 anos, autónoma, com antecedentes de dislipidemia.

Recorreu ao SU por náuseas e anorexia com (1) mês de evolução. Analiticamente apresentava: anemia normocítica normocrómica (7,8 g/dL); Insuficiência Renal (IR) severa, com creatinina sérica de 8.09 mg/dL e Ureia de 202 mg/dL; hiperfosfatémia (6.3 mg/dL); sem picos monoclonais em eletroforese de proteínas e sem hipercalcémia.

Estudo complementar revelou: presença de hipogamaglobulinémia; β2-microglobulina de 1.58 mg/dL; proteína nas 24h de 1,23 g/24h; em imunoeletroforese sérica com imunoglobulina com características monoclonais de CL lambda, sem cadeia pesada correspondente; CL livres séricas com rácio Kapa/Lambda 0.02, e CL livres urinárias com rácio de 0.008.

Em radiografia de ossos longos sem lesões osteolíticas.

Realizado aspirado medular, com 22 % de plasmócitos com características imunofenotípicas anormais.

Realizada biópsia renal, com presença de necrose tubular e numerosos cilindros hialinos, de aspeto fraturado; em microscopia de imunofluorescência com positividade para CL lambda – alterações compatíveis com nefropatia de cilindros de CL lambda.

Doente foi transferida para IPO Porto para realização de esquema intensivo de hemodiálise de alto *cut-off*. Cumpriu 8 ciclos de regime terapêutico VTD: Bortezomib, talidomida, dexametasona, e foi considerada elegível para consolidação com autotransplante de medula óssea.

Discussão: A IR é uma das complicações mais comuns de MM mas a incidência de IR ao diagnóstico ronda apenas os 20%. Nos últimos anos temos assistido a uma melhoria pronunciada da sobrevida com novos agentes terapêuticos em doentes com IR severa, pelo que é importante o diagnóstico e tratamento dirigido atempados destes doentes.

Nº 298 "E agora? Não como mais favas?" - um caso incomum de défice de glicose 6 fosfato desidrogenase

Rafael Felamino Curto(1); Marta Mello Vieira(2); André Rebelo Matos(2); Teresa Souto Moura(2); Paula Fonseca(2); Isabel Germano(2)

(1) Hospital de Vila Franca de Xira (2) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

A anemia hemolítica (AH) apresenta-se analiticamente com haptoglobina diminuída, lactato desidrogenase (LDH) aumentada, hiperbilirrubinémia indirecta e alterações no esfregaço de sangue periférico. A causa mais frequente são as hemoglobinopatias. O défice de glicose 6 fosfato desidrogenase (G6PD) é uma causa rara, habitualmente diagnosticada na infância e mais comum no sexo masculino já que o gene que codifica a G6PD se localiza no cromossoma X. É frequentemente associada a fatores desencadeantes, como o consumo de favas e certos fármacos.

Mulher de 32 anos, natural do Nepal em Portugal há 4 anos. Sem antecedentes pessoais relevantes ou medicação habitual. Recorreu ao Serviço de urgência (SU) por quadro com 5 dias de evolução de cansaço, icterícia, dor abdominal incaracterística e urina escura. Referia episódios semelhantes no passado, autolimitados, que não foram alvo de investigação. Analiticamente apresentava anemia de novo com hemoglobina (Hb) 7,3 g/dL sem alterações no esfregaço de sangue periférico, LDH com ligeiro aumento (238U/L) e hiperbilirrubinemia indireta (bilirrubina total 7,42mg/dL direta 0,54mg/dL). Negava consumo de fármacos, produtos de ervanária ou alimentos fora do seu padrão habitual. Assumida AH, foi internada no Serviço de Medicina para estudo. À admissão, 2 dias após a entrada no SU, já sem icterícia nem nenhum dos sintomas iniciais, verificando-se subida espontânea da Hb. Doseamento de haptoglobina normal. Realizou ecografia abdominal sem hepato/esplenomegalia, teste de Coombs direto negativo, tendo sido pedidos eletroforese de hemoglobinas, teste de fragilidade osmótica e doseamento de G6PD. O doseamento mostrou-se diminuído (6,9U/g Hgb) e quando questionada, a doente afirmava ingestão de favas previamente ao episódio atual, bem como frequentemente ao longo da vida.

Embora mais comum em homens, podem existir mulheres heterozigóticas para este gene, tendo um alelo normal e outro com deficiência. Neste caso o rácio entre eritrócitos

normais e com défice de G6PD pode variar ao longo da vida, com manifestações de AH flutuantes e sub-diagnosticadas. Este caso alerta-nos para uma causa rara de AH, a ser procurada mesmo em adultos. Salienta-se também a importância da história clínica detalhada, incluindo hábitos alimentares, mesmo quando dificultada pela barreira linguística.

Nº 299 Uma causa rara de anemia hemolítica auto-imune

Margarida Mourato(1); Rita Penaforte(1); João Lobato Rosa(1); Miguel Achega(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A anemia hemolítica auto-imune (AHAI) é uma patologia relativamente rara, que se caracteriza pelo ataque do sistema imune hospedeiro contra os antigénios dos eritrócitos. Associa-se a teste de Coombs direto positivo que indica a presença de imunoglobulinas IgG, IgM ou complemento (normalmente C3d). AHAI pode incluir AHAI a quente, AHAI a frio ou Hemoglobinúria paroxística. A AHAI a quente pode ser idiopática ou secundária a outras doenças autoimunes, linfomas, carcinomas, leucemia linfocítica crónica ou fármacos.

Homem de 87 anos com história de carcinoma urotelial tratado e doença de Parkinson, internado em contexto de anemia hemolítica grave a quente com anticorpos IgG e nadir de hemoglobina (Hb) de 3,8 g/dL. Fez pulsos de metilprednisolona e ciclo de cinco dias de imunoglobulina humana sem resposta. Realizada investigação etiológica aprofundada que permitiu concluir tratar-se de uma AHAI em provável contexto de infeção por citomegalovírus (CMV), sem evidência de lesão de órgão e com imuno-histoquímica negativa para CMV na medula óssea. Iniciou gancivlovir com melhoria e recuperação de valores de Hb.

As infeções estão normalmente subjacentes à AHAI, mas podem também ser secundárias ao próprio tratamento e agravar o curso da doença. Trata-se de uma causa rara de uma patologia que é, por si, já pouco frequente, e para a qual não existem atualmente recomendações terapêuticas bem estabelecidas.

Nº 300 Suspeita de Síndrome de Bing-Neel: apresentação neurológica rara da Macroglobulinemia de Waldenström

Beatriz Passos(1); Maria Eduarda Martins(1); Maria Eduarda Couto(1); Raquel Cruz(1); Florisa Gonzalez(1); Joana Rigor(1)

(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde

Introdução: A Macroglobulinemia de Waldenström (MW) caracteriza-se pela presença de gamopatia monoclonal IgM no sangue periférico e infitração linfoplasmocítica na medula óssea. A Síndrome de Bing-Neel é uma complicação neurológica rara (<1%) da MW, com infiltração linfoplasmocítica no sistema nervoso central (SNC), causando cefaleias, défices focais ou sintomas psiquiátricos. O tratamento consiste em imunoquimioterapia, sendo a taxa de mortalidade aos 5 anos de 30-40%.

Caso clínico: Doente de 79 anos, sexo masculino, cognitivamente íntegro e autónomo, antecedentes de MW diagnosticada (1) ano antes. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU)

por disartria e desequilíbrio, tendo sido objetivada em tomografia computorizada (TC) de crânio uma lesão ocupante de espaço cerebelosa, sem significativo efeito de massa. O doente foi orientado para estudo em ambulatório; contudo retornou ao SU 12 dias após por prostração e recusa alimentar. Repetiu TC que mostrou sinais de hidrocefalia, tendo-se iniciado metilprednisolona e internado para estudo. Realizou ressonância magnética que demonstrou insinuação das amígdalas cerebelosas no plano do buraco magno, com moldagem ligeira da transição bulbomedular e sinais de hidrocefalia. Agravamento progressivo do estado de consciência, com necessidade de transferência para unidade de cuidados intensivos para ventilação invasiva e vigilância neurológica. A imunofenotipagem do líquido cefalorraquidiano não apresentou monoclonalidade. A histologia da lesão evidenciou Linfoma B periférico de "células grandes". Perante a rápida degradação e mau prognóstico, após discussão multidisciplinar, instituídas medidas de conforto, tendo-se verificado o óbito 35 dias após o início dos sintomas.

Discussão: Este caso ilustra uma neoplasia secundária à MW, com evolução desfavorável. Assim, embora a síndrome de Bing-Neel e linfomas secundários no SNC sejam raros, é importante que o clínico conheça os sinais e sintomas mais frequentes para um diagnóstico e tratamento atempados.

Nº 301 Uma Anemia Maligna

António Lorena Pessoa(1); Ana Santos Costa(1); Margarida Madeira(1); Daniela Félix Brigas(1); Pedro Lopes Freitas(1); Eugénio Dias(1); Anabela Neves(1); Ermelinda Pedroso(1)

(1) Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: O linfoma folicular é um subtipo de Linfoma não Hodgkin de linfocitos B com evolução indolente. Manifesta-se habitualmente com um síndrome constitucional e sintomas B, associado a adenopatias em múltiplas localizações e afectação esplénica. Este caso expõe uma manifestação atípica desta patologia, atendendo a infiltração medular apresentada no momento do diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 43 anos, com história pessoal de síndrome ansioso-depressivo medicada com oxcarbazepina e antecedentes familiares maternos de neoplasia da mama. Doente encontrava-se no seu estado de saude habitual quando 3 meses antes iniciou quadro de astenia de instalação progressiva e perda ponderal de 15 kg. À observação destacava-se esplenomegalia, palpável a 4 cm do arco costal e uma adenopatia axilar. Analiticamente, evidenciava anemia normocítica normocrómica (4,8 g dL), leucopénia, trombocitopénia e esfregaço de sangue periférico com presença de eliptócitos, dacriócitos e Roleux eritrocitário. Foi internada electivamente para tratamento de suporte e investigação etiológica. Por impossibilidade de colheita de medulograma, por "dry tap", procedeu-se a colheita de biopsia óssea e foi enviada uma amostra para imunofenotipagem de sangue periférico. Após discussão com a Hematologia foi iniciada corticoterapia empiricamente (prednisolona 1mg/kg/dia), tendo havido uma melhoria de todas as linhagens durante o internamento. Na imunofenotipagem de sangue periférico observaram-se alterações fenotípicas compatíveis com linfoma não Hodgkins B Folicular. A doente iniciou quimioterapia no internamento, estando agora a ser seguida em ambulatório.

Conclusão: O linfoma folicular é o segundo subtipo mais comum de Linfoma não Hodgkins, representando cerca de 20 a 30 % de todos os casos. Este caso representa uma manifestação atípica deste caso atendendo a anemia grave apresentada e a ausência de outra sintomatologia habitualmente observada nesta patologia. Apesar de ser um tipo de linfoma com uma evolução idolente, o facto de existir afecção da linhagem mieloide e linfoide confere um mau prognóstico. É importante nestas situações realizar um diagnóstico célere e a realização de exames diagnósticos que permitam a instituição

de uma terapia dirigida numa fase precoce da doença.

Nº 302 Anemia perniciosa - a dúvida no diagnóstico

Sofia Ferreira Cunha(1); Sofia Eusébio(1); Raquel Soares(1); Pedro Fiúza(1); André Conchinha(1); Fernando Ferreira(1); Miguel Figueiredo(1); Julien Lopes(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: A anemia perniciosa é a causa mais frequente de anemia por défice de vitamina B12. O diagnóstico baseia-se nos achados clínicos e laboratoriais presentes no défice de cobalamina e na presença de anticorpo antifator intrínseco positivo.

Casos clínicos: 3 doentes do sexo feminino, A de 82 anos, B de 94 anos, C de 88 anos. A é autónoma, B e C são parcialmente dependentes. História médica de A e B com hipertensão arterial e dislipidémia, C com hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, medicada com metformina. Recorrem ao Serviço de Urgência (SU) por cansaço para pequenos esforços. À observação, com palidez mucocutânea e icterícia. Analiticamente, com anemia macrocítica e megaloblástica, volume globular médio (VGM) > 120 fL, hipersegmentação dos neutrófilos no esfregaço de sangue periférico, baixo indíce reticulocitário, elevação de LDH e bilirrubina total (à custa da bilirrubina indireta), com haptoglobina e vitamina B12 indoseáveis. Assumida anemia por défice de cobalamina. Dada a ausência de défice alimentar nas 3 doentes, doseados anticorpos antifator intrínseco que se revearam positivos nas doentes A e B, e negativo na doente C. Realizada endoscopia digestiva alta à doente C com biópsia do corpo gástrico a mostrar gastrite crónica , com atrofia glandular severa associada a metaplasia pseudopilórica e intestinal, sugestiva de etiologia autoimune. Assumido o diagnóstico de anemia perniciosa nas doentes A e B, sendo que cumpriram 7 dias de cianocobalamina intramuscular, seguido de tratamento parentérico semanal durante 4 semanas. Reavaliadas em consulta após (1) mês, com melhoria total dos sintomas e sem evidência de anemia, hemólise e normalização do VGM, analiticamente. Na doente C, assumido diagnóstico de anemia perniciosa com antifator intrínseco negativo potenciada por défice de vitamina B12 associado a metformina.

Discussão: O diganóstico de anemia perniciosa baseia-se, sobretudo, nas carcateristicas clínicas e, sendo a causa mais frequente de défice de vitamina B12, na ausência de causa identificável, o diagnóstico é feito mesmo na ausência de anticorpos antifator intrínseco, dada a baixa sensibilidade deste parâmetro, apesar da sua alta especificidade.

Nº 303 Estado hiperglicémico e hemólise intravascular em doentes com défice de G6PD

Beatriz Saraiva Ferreira(1); Samuel Azevedo(1); Antony Dionísio(1); Marta Anastácio(1); Guilherme Sacramento(2); Bruno Freitas(1); Cândida Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

O défice de glicose 6 fosfato desidrogenase (G6PD) é uma doença genética ligada ao cromossoma X, que origina maior suscetibilidade dos eritrócitos ao stress oxidativo e pode levar a hemólise intravascular. A relação entre Diabetes Mellitus (DM) e défice de G6PD está descrita na literatura, gerando alguma controvérsia, pois o mecanismo subjacente não se encontra totalmente elucidado. Apresenta-se o caso de um doente com diagnóstico inaugural de défice de G6PD no decorrer de descompensação de DM.

Homem, 43 anos, melanodérmico, com história de DM tipo 2 (HbA1c 12%) recorreu ao serviço de urgência por cansaço e glicémia descontrolada (> 300 mg/dL). Na admissão encontrava-se letárgico, desidratado, ictérico, com glicémia capilar 700 mg/dL e cetonémia 1.8 mmol/L. Analiticamente a destacar: pH arterial 7.37, bicarbonato 17.4 mmol/L, hemoglobina 6.2 g/dL, natrémia 12(1) mmol/L, calémia 6.5 mmol/L, urémia 96 mg/dL, creatininémia 1.98 mg/dL e osmolaridade sérica >320 mmol/Kg. Assumiu-se um estado hiperglicémico hiperosmolar (EHH), tendo iniciado hidratação endovenosa vigorosa e perfusão de insulina. Admitida ainda anemia hemolítica por haptoglobina < 10 mg/dL e bilirrubina total 6.(1) mg/dL, com COMBS negativo, e esfregaço de sangue periférico sem deteção de esquizócitos ou *Plasmodium falciparum*. A suspeita de défice de G6PD foi confirmada pela diminuição dos níveis da enzima (5.3 U/ g Hb). Após 48h de terapêutica, o doente evoluiu com resolução do EHH e agravamento da anemia para 4.(1) g/dL, tendo realizado 3 unidades de concentrado eritrocitário. Teve alta no dia seguinte após evidência de resolução da anemia hemolítica, com hemoglobina 8g/dL, a tolerar dieta com perfil glicémico adequado. Encaminhado à consulta de Hematologia e Diabetes.

O caso apresentado vem ao encontro de diversos estudos que sugerem uma diminuição da expressão do gene da G6PD em estados hiperglicémicos. Apesar de, em muitos casos, existirem outros possíveis desencadeantes de hemólise (fármacos, infeções ou hipoglicémias no contexto de correção do distúrbio primário), o fator comum entre todos é o surgimento de hemólise dias após descompensação metabólica. Este caso pretende alertar para a relação entre DM e défice de G6PD, bem como para a importância da sua investigação em doentes de risco com descompensações de DM.

Nº 304 Pancitopenia "de novo" - a resposta está no osso!

Catarina Tavares Valente(1); Ivanna Ostapiuk(1); Sónia Coelho(1); João Correia(1); João Barradas(1)

(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: A aplasia medular é um diagnóstico a ponderar na presença de citopenias sintomáticas e requer um estudo alargado.

Caso clínico: Homem, 59 anos, autónomo, foi ao Serviço de Urgência por gengivorragias. Sem hemorragias prévias. Mãe com síndrome mielodisplásica. Sem exposição a citotóxicos ou história de infeção recente. Objetivamente, com petéquias nos membros inferiores. Analiticamente, com neutropenia ligeira, anemia e trombocitopenia grave. Imagiologicamente, sem alterações relevantes. Fez transfusão de plaquetas e foi internado na Medicina Interna com apoio da Hematologia. Do estudo, ressalva-se serologias virais negativas, sem défices vitamínicos. No estudo medular: medulograma muito hipocelular; imunofenotipagem sugestiva de aplasia medular. Iniciou suplementação com filgastrim e epoietina, como prova terapêutica. Por flebite do membro superior direito com bateriémia por *Staphylococcus epidermitis* e *hominis,* fez vancomicina. Necessidade de múltiplas transfusões de concentrado eritrocitário e de plaquetas. Por manutenção do quadro, apesar da terapêutica instituída, repetiu estudo medular, desta vez, com biópsia óssea: medula hipocelular, presença de apenas duas linhagens hematopoiéticas (com grande diminuição da linhagem eritroide) e ausência de megacariocíticos – aplasia medular. Adicionalmente, a pesquisa de clone de hemoglobinúria paroxística noturna foi negativa, e o cariótipo medular e a pesquisa de quebras cromossómicas foi inconclusiva. Pelo diagnóstico de aplasia medular adquirida severa, foi transferido para o Serviço de Hematologia do Hospital de referência. Iniciou terapêutica imunossupressora tripla, mantendo seguimento em consulta com dependência transfusional semanal e aguardando avaliação para eventual transplante alogénico.

Discussão: Os casos de aplasia medular, sobretudo em idade jovem, devem ser alvo

de um estudo alargado, com biópsia óssea e exclusão de causas secundárias e síndromes de falência medular congénitos, com expressão tardia.

Nº 305 Febre e gengivorragia: um caso clínico de trombocitopenia

Daniela Salgueiro(1); Ana Rita de Oliveira(1); Ângela Paredes Ferreira(1); Marta Batoca Sousa(1); Miguel Reis Costa(1); Nuno Pardal(1); Ana Sofia Costa Matos(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

A presença de hemorragia mucocutânea, nomeadamente de petéquias e gengivorragia, é tipicamente característica de distúrbios plaquetários, que podem incluir alterações congénitas ou adquiridas.

Jovem do sexo feminino, 19 anos, sem antecedentes pessoais de relevo ou medicação habitual, a residir em meio rural. Refere quadro de febre, mal-estar generalizado, odinofagia, dor abdominal e dejeções diarreicas. Cerca de duas semanas após inicia gengivorragia, petéquias e bolhas hemáticas na cavidade oral, motivo pelo qual recorreu ao Serviço de Urgência. Ao exame objetivo, com bolhas hemáticas na cavidade oral, petéquias e equimoses dispersas e pequenas adenopatias cervicais não dolorosas. Analiticamente, leucocitose com predomínio de linfócitos (Leuc 12.18x10^9/L, 70% linfócitos); trombocitopenia de 1x10^9/L; velocidade de sedimentação 26mm/h; desidrogenase lática 373 UI/L e proteína C reativa 0.91mg/dL. Do estudo realizado, sem foco infecioso; imunofenotipagem de sangue periférico com linfocitose reativa; tomografia computorizada cervico-toraco-abdomino-pélvica sem evidência de doença linfoproliferativa. Das serologias víricas a destacar IgM vírus Epstein-Barr (EBV) reativo, IgG EBV indeterminado. Iniciou pulsos de metilprednisolona que cumpriu durante 4 dias, seguidos de prednisolona (1) mg/kg/dia, com normalização da contagem plaquetária. Perante quadro clínico prévio e alterações analíticas, assumida púrpura trombocitopénica imune (PTI) em contexto de infeção por EBV. Foi realizado desmame lento de corticoterapia, encontrando-se atualmente há 3 meses sem terapêutica sem recorrência dos sintomas.

A PTI pode apresentar-se na forma primária ou secundária, a última quando reativa a doença infeciosa, oncológica, auto-imune ou a fármacos. Neste caso destaca-se que o diagnóstico de PTI implica que outras causas de trombocitopenia sejam excluídas. A infeção por EBV manifesta-se com febre, faringite, linfadenopatia e linfocitose, sendo um diagnóstico diferencial a considerar em doentes com trombocitopenia aguda severa.

Nº 306 Importância do estudo da Trombofilia mesmo em idade avançada

Wendy Moniz(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: A mutação do fator V de Leiden é uma doença autossómica dominante, muito frequente no ocidente, que favorece uma maior atividade da protrombina no plasma, aumentando o risco de trombose venosa, cerca de 3 vezes em comparação com a população geral.

Caso clínico: homem de 70 anos, sem antecedentes relevantes, recorre ao serviço de urgência por edema súbito até à raiz do membro inferior direito, com dor intensa à sua mobilização. Sem dispneia, tonturas, toracalgia ou sintomas no membro contralateral. Doente referiu ter tido um traumatismo minor dias antes, sem fraturas ou alectuamento.

Analiticamente destacava-se d-dímeros de 7600 µg/L pelo que realizou uma ecodoppler dos membros inferiores que objetivou uma trombose venosa profunda femoro-poplítea extensa, para além de uma angio-tac que confirmou tromboembolismo pulmonar. Durante o internamento o doente realizou estudo etiológico deste evento trombótico. Foram excluídas neoplasias e do estudo de trombofilias foi detetada heterozigotia para o fator V de Leiden, com resistência a proteína C activada confirmada, até então desconhecida. Iniciou terapêutica anticoagulante e medidas de contenção com meias elásticas, verificando-se uma evolução clínica favorável. Doente teve alta com seguimento em consulta externa com reajuste da terapêutica para rivaroxabano.

Discussão: sendo a patologia trombótica de causa hereditária de manifestação precoce, com este caso os autores pretendem enfatizar a importância do seu estudo mesmo em idade avançada. Existindo causa hereditária, modifica-se a estratégia terapêutica que se impõe a titulo permanente.

Nº 307 Anemia hemolítica microangiopática como forma de apresentação de neoplasia

João de Menezes Aguiar(1); Filipa Sousa Gonçalves(1); Nina Jancar(1); Patrício Aguiar(1); Inês Ferreira Pinto(1); Gonçalo Peres(1); José Duro(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: As anemias hemolíticas microangiopáticas (AHM) são anemias não imunes que resultam da fragmentação intravascular de eritrócitos, com formação de esquizócitos.

Nestas incluem-se a púrpura trombocitopénica trombótica (PTT), na qual ocorre destruição plaquetária não imunomediada, associada a envolvimento do rim, trato gastrointestinal e sistema nervoso central. O diagnóstico baseia-se na demonstração de diminuição da ADAMTS13.

Caso clínico: Homem, 66 anos, recorre à urgência por um quadro com (1) mês de lombalgia, febre, astenia, perda ponderal, sudorese noturna e dificuldade no início da micção. Exames complementares iniciais com: anemia normocítica e elevação dos parâmetros de retenção azotada e da LDH; TC abdominal: múltiplas lesões metastáticas a nível do fígado, baço e osso, associadas a inúmeras adenomegalias e proeminência da parede gástrica com nodularidades assimétricas.

Foi internado para esclarecimento de neoplasia estádio IV.

Em internamento, manteve-se febril, e apresentou alteração do estado de consciência e icterícia das escleróticas; analiticamente verificou-se agravamento, com bicitopénia (hemoglobina 5.7g/dl e plaquetas 40000u/L), apesar de suporte transfusional. Apresentava ainda esquizócitos, elevação progressiva da LDH e bilirrubina total e diminuição da haptoglobina; o teste de Coombs revelou-se negativo, tendo-se assumido uma anemia hemolítica microangiopática, provavelmente PTT secundária a neoplasia em estádio avançado.

Pelo descrito iniciou plasma fresco congelado e metilprednisolona, mas o doente veio a falecer, não se concluindo o estudo.

Discussão: A PTT tem uma associação documentada com a presença de neoplasias e, pode ser, raramente, a forma de apresentação inicial das mesmas, apesar da sua patogénese não estar totalmente esclarecida. O tratamento nestes casos deve ser dirigido à neoplasia subjacente.

Nº 308 DERRAME PLEURAL- PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE MIELOMA MÚLTIPLO

Filipa Pinto(1); António Ramos(1); Leila Barrocas(1); Tereza Veloso(1)

(1) H. Evora

Introdução: Há derrame pleural ao diagnóstico de mieloma múltiplo em apenas 6% dos casos. Pode resultar directamente do mieloma múltiplo, de infecções, embolia pulmonar, insuficiência cardíaca, entre outros.

Caso Clínico: Homem, 74 anos, com HTA, dislipidemia, hiperuricemia, diabetes mellitus tipo 2, tabagismo passado. Recorreu ao Serviço de Urgência por agravamento de quadro com 2 semanas de evolução de tosse seca, dor pleurítica direita, cansaço e dispneia para pequenos esforços. Ao exame objectivo, febril, polipneico, SpO2 < 95% em ar ambiente, e com diminuição do murmúrio vesicar no hemitórax direito. Analiticamente, aumento dos parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda (creatinina 2.17 mg/dL) e anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 10mg/dL). TC torácica com derrame pleural direito de grande volume com loculação associada, condicionando atelectasia quase completa pulmonar direita e com heterogeneidade inespecífica do terço médio do esterno. Por toracocentese, drenados 1600mL de líquido amarelo citrino com pH 7.27, de tipo exsudado pelos critérios de Light. Pela hipótese de infecção respiratória, iniciou empiricamente piperacilina e tazobactam. Internado na Medicina para estudo. Drenados 1400 cc de líquido amarelo em nova toracocentese. Atendendo à electroforese de proteínas com pico monoclonal gama, LRA, anemia, heterogeneidade estrutural do 1/3 médio do esterno, foi colocada a hipótese diagnóstica de mieloma múltiplo. Esta hipótese foi confirmada com mielograma, que revelou infiltração de 52% de plasmócitos. Analiticamente, ß-2 microglobulina de 5.50 mg/L, albumina de 3.3 g/dL, LDH normal. Ficou em curso del(17p), t(4;14), or t(14;16) pelo FISH. Foram normais os marcadores tumorais (PSA Total, AFP, CEA, CA 19.9), cultura e pesquisa de células neoplásicas do líquido pleural, ADA, TC-AP, TC-CE, e colonoscopia. Houve boa evolução clínica e analítica após 14 dias de antibioterapia, e foi possível desmame de O2. Após discussão com Hematologia, referenciado para consulta prioritária.

Discussão: Reporta-se um caso ilustrativo da importância do estudo etiológico de derrame pleural, com enquadramento nos dados clínico-laboratoriais para estabelecimento de diagnóstico inaugural de mieloma múltiplo, com impacto no prognóstico do doente.

Nº 309 Trombose venosa superficial do membro superior como manifestação inicial de linfoma não Hodgkin

Constança Antunes(1); Raquel Flores(1); Encantado Faria(2); Graça Lérias(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

Introdução: A trombose venosa superficial do membro superior é uma patologia com curso geralmente benigno, podendo estar associada à presença de veias varicosas ou sem relação com as mesmas, e maior relação com fatores de risco tradicionais da trombose profunda como a neoplasia ativa.

Os linfomas estão associados a um elevado risco de trombose venosa por exemplo por estado de hipercoagulabilidade ou compressão venosa pela própria massa tumoral.

Desenvolvimento: Apresentamos o caso de uma mulher de 78 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 e dislipidémia internada por dor e edema do membro superior esquerdo com 3 meses de evolução e agravamento

progressivo.

À admissão apresentava um cordão venoso palpável presente na linha peitoral externa com dor à palpação e rubor circundante. Ao realizar Angiotomografia torácica foi detetada uma trombose venosa superficial, sem extensão profunda e uma lesão hipoecogénica de contornos irregulares sem plano de clivagem com as estruturas musculares com cerca de 34x23mm, com várias adenopatias locorregionais com distorção da sua arquitetura.

Durante o internamento para estudo desta massa foi realizada biópsia, compatível com Linfoma não Hodgkin de células B.

Iniciou corticoterapia sistémica e foi referenciada para Hematoncologia, onde mantém seguimento com o diagnóstico de Linfoma de pequenas células B (linfoplasmocítico/da zona marginal nodal) em massa infraclavicular, sem doença à distância, sob quimioterapia dirigida.

Conclusão: Os linfomas não Hodgkin de pequenas células B são um grupo heterogéneo de neoplasias, sendo que em ambos os subtipos histológicos mencionados apenas numa minoria dos casos, existem sintomas B aquando do diagnóstico.

É de realçar a importância das manifestações iniciais incomuns destas neoplasias e valorizar a ocorrência de tromboses venosas superficiais, que apesar de geralmente benignas, merecem uma abordagem cuidada para excluir etiologias de maior gravidade.

Nº 310 Trombocitopenia induzida por Terbinafina

Nereida Fernandes Monteiro(1); Elsa Araújo(1); Bárbara Sousa(1); Inês Araújo Ferreira(1); Joana Silva(1); Rafael Lopes Freitas(1); Sabina Belchior Azevedo(1); Paula Brandão(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima

Introdução: A trombocitopenia é um efeito adverso raro da terbinafina, estando documentados apenas 2 relatos de casos na literatura. A trombocitopenia induzida por fármaco ocorre 1-2 semanas após o início do mesmo ou ao fim de horas/dias se exposição prévia. Associa-se a um nadir de plaquetas <20000/µl e a um risco hemorrágico elevado.

Caso clínico: Mulher de 67 anos, Hipertensa e com dislipidemia, medicada com Perindopril, Nebivolol e Rosuvastatina. Sem consumo alcoólico, história familiar de relevo nem viagens, vacinação e infeções recentes. Observada 3 semanas após retoma de Terbinafina oral 250mg, por persistência de tínea corporis, apesar de ciclo prévio de 14 dias. Apresentava astenia e equimoses espontâneas dispersas pelo tronco e membros, desde há 2semanas. Analiticamente com trombocitopenia grave isolada (4000/µl) de novo, confirmada após colheita em tubo apropriado, sem agregados nem outras alterações no esfregaço de sangue periférico. Sem défices nutricionais, com serologias víricas negativas e parâmetros inflamatórios, enzimas hepáticas, estudo da coagulação e imunológico normais. Realizou ecografia abdominal, sem evidência de hepatopatia crónica nem de esplenomegalia. Foi descontinuada Terbinafina e fez imunoglobulina (Ig) 1g/Kg por 2 dias e Prednisolona 1mg/Kg por 2 semanas. Teve alta aos 5 dias com 104000 plaquetas/µl. Após 2 semanas, com resposta favorável e, após desmame de prednisolona, com valores persistentemente normais de plaquetas.

Discussão: O diagnóstico diferencial com trombocitopenia imune é importante, sendo a colheita cuidadosa da história clínica essencial. O tratamento assenta na suspensão do fármaco, sendo a Ig e corticoterapia alternativas possíveis no contexto agudo, enquanto se estabelece a etiologia. Neste caso, a relação temporal com novo fármaco, associada à melhoria e persistência de valores normais de plaquetas após suspensão do mesmo e desmame de prednisolona, apoiam o diagnóstico de Trombocitopenia induzida por terbinafina.

Nº 311 O reverso da moeda

Mónica Jardim(1); Sara Nunes Gomes(2); Ana Patrícia Nunes(1); Francisco Barreto(3); Adelaide Spínola(1); Teresa Faria(1)

(1) Hospital dos Marmeleiros (2) Hospital Nélio Mendonça (3) Hospital Dr. Nélio Mendonça

A pancitopenia define-se como a diminuição, abaixo do limite inferior do normal, de todas as linhagens celulares sanguíneas e a sua etiologia é vasta, sendo por vezes fatal. Apresento o caso de uma mulher de 64 anos, autónoma, com antecedentes de carcinoma da mama esquerda sujeita a mastectomia radical e quimioterapia (QT) e radioterapia (RT) adjuvantes, artrite reumatoide, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, litíase renal e doença renal crónica em estadio 3a. Medicada habitualmente com metformina-sitagliptina, azilsartan, rosuvastatina, pantoprazol, ácido fólico, bromazepam, letrozol e metotrexato. Recorreu ao serviço de urgência por história de hemorragia vaginal e gengivorragias com 5 dias de evolução associada a hipotensão. Ao exame objetivo encontrava-se consciente, hemodinamicamente estável, eupneica em ar ambiente, sem perdas hemáticas ativas, mas com mucosas descoradas. Analiticamente com pancitopenia, aumento dos parâmetros de coagulação, hiperbilirrubinemia à custa da bilirrubina direta e disfunção renal agravada. Foi avaliada pela hematologia clínica tendo colocado as hipóteses diagnósticas de mielotoxicidade iatrogénica pelo metotrexato, pobre reserva medular pós QT e RT com paragem maturativa no contexto de toma de metotrexato, microangiopatia e leucose aguda. O esfregaço de sangue periférico revelou a presença de esquizócitos e o medulograma aplasia da medula óssea provavelmente iatrogénica, tendo assim iniciado filgastrim. Foi admitida no serviço de Medicina Intensiva por choque hemorrágico, com agravamento progressivo que culminou com a sua morte. Assumir a iatrogenia é na maioria das vezes presuntivo, mas é um caso que nos faz refletir sobre as terapêuticas que instituímos assumindo os efeitos adversos que possam existir. Devemos tê-los sempre em conta, contrabalançar os riscos com os benefícios e quando prescrevemos manter uma reavaliação periódica e minuciosa e nunca esquecer que os efeitos adversos raros também podem acontecer.

Nº 312 UM CASO DE DOENÇA RENAL CRÓNICA RAPIDAMENTE PROGRESSIVA

Ana Rita Ferreira(1); Inês Matias Lopes(1); Ana Castro Barbosa(1); Fábia Cerqueira(1); Margarida Guiomar(1); Armando Lopes Braz(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A amiloidose de cadeias leves de imunoglobulina (amiloidose AL) é uma doença proliferativa plasmocitária rara que afeta especialmente os adultos com mais de 60 anos. Os indivíduos com gamopatia monoclonal de significado indeterminado (MGUS) apresentam maior risco de desenvolver amiloidose. O quadro clínico depende dos órgãos envolvidos e é composto por sintomas muitas vezes inespecíficos. O diagnóstico difícil e frequentemente tardio.

Caso clinico: Mulher de 82 anos com antecedente de MGUS IgA (lambda), hipertensão arterial (HTA) e doença renal crónica KIDGO 4. Admitida por cansaço para médios esforços, perda ponderal significada, anorexia, náuseas/vómitos, obstipação e lipotímias com meses de evolução e cujo estudo etiológico era inconclusivo. Houve agravamento rapidamente progressivo dos parâmetros de retenção azotada que culminou em técnica de substituição renal. O estudo dirigido documentou rins com dimensões e espessura

parenquimatosa mantidas, proteinúria 2.5g/24h e presença de Bence Jones Lambda na imunofixação urinária. Feita biópsia renal com diagnóstico de amiloidose com predomínio de depósitos de cadeias leves lambda no estudo por imunofluorescência. A investigação adicional revelou ausência de critérios de mieloma múltiplo e documentou insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada. Laboratorialmente com citocolestase com elevação exuberante de fosfatase alcalina. Instalação ainda de perfil hipotensivo em doente com antecedente de HTA. Estes achados são diagnósticos de Amiloidose AL com envolvimento renal e sinais de indiretos de envolvimento cardíaco, autonómico, hepático e gastrointestinal, sendo que a doente se encontrava em estadio IV Revised Mayo 2012. **Conclusão:** O quadro clínico da doente era heterogéneo pelo que foi difícil estabelecer o diagnóstico, sendo que quando este foi feito já havia envolvimento irreversível de órgãos-alvo o que reduz significativamente sobrevivência dos doentes.

Nº 313 Trombose venosa profunda como red flag para Linfoma primário de grandes células B do Mediastino

Tiago Dias da Costa(1); António Mateus Pinheiro(1); Andreia Henriques(1); Sónia Moreira(1); Isabel Fonseca(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

Introdução: O linfoma primário de grandes células B do mediastino (LPGCBM) é um subtipo de Linfoma não Hodgkin caracterizado pela proliferação difusa de células B tímicas. É uma neoplasia hematológica rara com uma incidência anual de 0.4/milhão de habitantes e predomínio em mulher jovem. Apesar de possuir um comportamento agressivo apresenta um bom prognóstico com taxa de sobrevida aos 5 anos de 80%.

Caso Clínico

Sexo masculino, 46 anos e autónomo recorreu ao SU com um quadro de dor e edema a nível do membro superior esquerdo, com irradiação para o pescoço e com uma semana de evolução. Negava outras queixas, nomeadamente dispneia, febre ou perda ponderal. Tinha realizado em ambulatória ecografia cervical que revelou trombose da veia subclávia esquerda e veia jugular. Teve alta medicado com rivaroxabano por hipótese de Síndrome de Pagget Schroetter (contexto de exercício físico recente) ou síndrome do desfiladeiro. Regressa ao SU 2 meses mais tarde por cansaço para pequenos esforços, suores noturnos e perda ponderal (>10% do peso) com 6 semanas de evolução. Ao exame objetivo destaca-se tumefação cervical esquerda com cerca de 3,5cm de maior eixo, mole, mas aderente aos planos profundos e sem mobilização com a deglutição. Do estudo analítico salienta-se uma proteína c reativa de 15.35 mg/dL.

O doente foi internado para estudo de síndrome constitucional. Realizou Angio-TC que revelou massa tumoral mediastínica anterior a envolver a aorta torácica ascendente e a veia cava superior, condicionando trombose extensa do tronco venoso braquiocefálico esquerdo com extensão à veia subclávia e jugular interna ipsilaterais. PET-18 F-FDG com volumosa massa hipermetabólica centrada à vertente anterior do mediastino superior.

Durante o internamento foi submetido a biópsia guiada por TC cujo estudo histológico e citológico foi compatível com LPGCBM. Posteriormente iniciou protocolo R-CHOP e radioterapia com boa resposta.

Discussão: Os autores descrevem um caro raro de LPGCBM com apresentação clínica inicial atípica, dado que os sintomas B surgem em menos de 20 % dos casos. Cerca de 50% destes doentes têm TVP como forma de apresentação. Salienta-se a importância para a exclusão de patologia orgânica estrutural mediastínica no momento do diagnóstico de um episódio de TVMS, que neste caso resultou num atraso de diagnóstico de 2 meses.

Nº 314 Abordagem da Trombocitose em consulta, a propósito de um caso clínico

Pedro Simões(1); Filipa Rodrigues(1); Sandra Sousa(1); Micaela Sousa(1); Teresa Guimarães Rocha(1); Elisa Tomé(1); Miriam Blanco(1)

(1) Unidade local saude Nordeste, hospital Bragança

Introdução: A trombocitose pode estar presente em 2,5% da população, sendo, muitas vezes, um achado laboratorial incidental. Pode ser definida como primária (produção autónoma da medula - sindromes mieloproliferativos, mielodisplásicos), secundária (reativa a infeção, cirurgia ou trauma) ou como pseudotrombocitose (crioglobulinemia mista, fragmentos citoplasmáticos circulantes - leucemias, linfomas, hemólise severa, queimados graves).

Caso Clínico: Masculino, 95 anos, autónomo. Referenciado a consulta por trombocitose (700000). Antecedentes de Hipertensão, diabetes mellitus tipo2, Acidente isquémico transitório. Confirmada trombocitose, com plaquetas >450000 nos últimos 4 anos. Negava trauma, cirurgia ou hemorragia recentes, não esplenectomizado, sem diagnóstico prévio de doença inflamatória, discrasia hemorrágica, doença hematológica ou ferropenia. Sem sintomas constitucionais. Sem fenómenos vasomotores. Sem organomegalias, estigmas de doença, sinais de inflamação, infeção ou malignidade.

Analiticamente: Hemoglobina 16,2g/dL, Hematócrito 49.2%, reticulócitos aumentados. Eritropoietina 1.2mU/mL. Leucocitose 13000, Plaquetas 750000; Esfregaço com neutrofilia com desvio à esquerda, trombocitose, microagregados e anisocitose plaquetária. Sem ferropenia ou défices vitamínicos. Eutiróide. Autoimunidade negativa, complemento sem alterações. Proteína C reativa 0,5mg/dL, pro-calcitonina 0,02ng/mL, velocidade sedimentação 22mm. TAC abdominopélvico sem alterações - Excluídas causas de trombocitose persistente.

Realizada pesquisa da mutação JAK2:positiva. Assumido síndrome mieloproliferativo JAK2+, orientado para hematologia. Tendo em conta a idade não realizou biópsia medular, iniciou terapêutica com hidroxiureia(HU) e flebotomia.

Discussão: A avaliação inicial de um doente com trombocitose deve incidir na distinção entre trombocitose reativa e primária. No caso apresentado confirmou-se a existência de um síndrome mieloproliferativo JAK2+ como etiologia. Na ausência de biópsia medular, não se podendo definir a entidade específica, assume-se uma neoplasia mieloproliferativa JAK2+ com características fenotípicas de Policitemia Vera. A terapêutica passa por AAS e terapêutica citorredutora com HU e flebotomia, reduzindo o risco trombótico.

Nº 315 Síndrome Hemofagocítica, um desafio diagnóstico associado a um prognóstico reservado

Rita Penaforte(1); Teresa Costa Pereira(1); Ana Catarina Garcia(1); Aurora Gomes Zanga(1); Marta Jonet(1); Margarida Brito Monteiro(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof Dr Fernando Fonseca

Introdução: A síndrome hemofagocítica (SHF) é caracterizada pela ativação descontrolada do sistema imunitário. Em adultos, é habitualmente secundária a neoplasia, doença auto-imune ou infecção, sendo o vírus Epstein-Barr (EBV) o agente infeccioso mais frequente. Os sintomas são inespecíficos, obrigando a um elevado grau de suspeita. A presença de 5 de 8critérios é uma das formas de diagnóstico da SHF: febre, esplenomegalia, citopénias, hipertrigliceridémia ou hipofibrinogenémia, evidência de hemofagocitose, hiperferritinémia, atividade diminuída das células NK e aumento do receptor solúvel IL-2. O tratamento pressupõe a abordagem do factor desencadeante da SHF e simultaneamente o controlo do sistema imunitário através de corticoterapia.

Caso Clínico: Os autores descrevem o caso de um homem de 66 anos, autónomo, com história de hipertensão arterial, trazido ao Serviço de Urgência após ter sido encontrado caído no domicílio. À admissão, a destacar TT 38ºC e desorientação temporoespacial, sem sinais neurológicos focais. Internado por sepsis de ponto partida a esclarecer com disfunção multiorgânica, iniciou antibioterapia empírica. Durante o internamento, manteve bicitopenia (anemia e trombocitopenia), febre persistente, elevação de ferritina e triglicéridos. Doseado o receptor solúvel da IL-2 que se revelou aumentado. Pela confusão mental realizou PL com pesquisa de PCR para EBV positiva, sendo solicitado doseamento da carga viral de EBV sérica, positiva. Neste contextoadmitiu-se infeção a EBV a condicionar SHF. Iniciou corticoterapia e enquanto prosseguia investigação para exclusão de doença linfoproliferativa associada ao EBV, evoluiu desfavoravelmente tendo acabado por falecer.

Discussão: Este caso clínico pretende ilustrar uma entidade rara e provavelmente subdiagnosticada. Sendo um desafio diagnóstico, pela inespecificidade dos sintomas e sinais associados a um prognóstico reservado, obriga a suspeição elevada.

Nº 316 Sinusite crónica agudizada complicada com empiema

Odete Duarte(1); Diogo Alves Leal(1); Mariana Lopes(2); Rute Aleixo(2); Fábio Gomes(2); Helder Esperto(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A sinusite, inflamação dos seios nasais, é uma patologia comum e geralmente com evolução benigna. As complicações intracranianas são raras, sendo que o empiema subdural (ESD) se pode apresentar desde a cefaleia até manifestações mais graves: hemiparesias, convulsões ou alteração do estado de consciência. O diagnóstico é feito com base na suspeição clínica associada a exames de imagens, sendo a RMN o de eleição.

Caso Clínico: Mulher de 32 anos sem antecedentes patológicos, trazida ao serviço de urgência (SU) por episódio de síncope. Este evento foi precedido por quadro de desorientação, com posteriores movimentos tónicos do hemicorpo direito, parésia facial direita e sialorreia, com 30 segundos de duração e resolução espontânea. Após 15 minutos, terá recuperado o estado de consciência, com amnésia para o evento, mantendo

a desorientação. A doente terá recorrido a outro hospital 2 dias antes, por quadro de mal-estar geral, febre e cefaleia com vários dias de evolução, onde realizou TC-CE, foi diagnosticada com agudização de sinusite crónica e medicada com amoxicilina/ácido clavulânico. No SU, apresentava taquicardia sinusal e aumento dos parâmetros inflamatórios, com o discurso lentificado mas sem alterações no restante exame neurológico. Repetiu TC-CE, que revelou "complicação endocraniana de sinusite, com empiema frontal esquerdo"; feita punção lombar, com saída de líquido "água rocha". Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e metronidazol. Após avaliação por neurocirurgia, que considerou não haver necessidade de abordagem emergente, foi internada.

Discussão: Apesar da sinusite aguda ter um curso normalmente benigno, o aparecimento de sinais neurológicos devem constituir um alerta para situações mais graves. Apesar de raro, o ESD tem uma taxa de morbimortalidade considerável, se não for abordado adequadamente. O tratamento consiste em antibioterapia de largo espectro e abordagem cirúrgica, que a doente acabou por realizar (drenagem do seio frontal), com a colaboração de otorrinolaringologia.

Nº 317 Tuberculose nasal: da raridade à complexidade

Joana Carneiro de Moura(1); Mariana Cardoso de Oliveira(2); Ana Rua(1); Inês Alpoim Moreira(2); Heredio Sousa(2)

(1) USF Freamunde (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: A tuberculose nasossinusal primária é extremamente rara, mesmo em países em desenvolvimento e endémicos, pelo que representa um desafio diagnóstico. Pode mimetizar doenças granulomatosas nasossinusais ou mesmo neoplasias e os seus sinais e sintomas característicos podem ser inespecíficos e altamente variáveis.

Caso clinico : Doente de 77 anos, com antecedentes de hipotiroidismo controlado e hipertensão arterial. Apresentava um quadro de rinossinusite crónica desde 2008, tendo sido submetido a septoplastia, diatermia dos cornetos inferiores e etmoidectomia anterior bilateralmente em 2015. Pela manutenção de crostas nasais muito volumosas, com consequente total obliteração das fossas nasais, foram pesquisadas doenças autoimunes por suspeita poliangeíte granulomatosa nasossinusal, sendo o estudo analítico negativo para todos os anticorpos. Em Outubro de 2021, foi diagnosticada com uma perfuração septal anterior de cerca de (1) cm . Realizou biópsia das margens para exclusão de patologia granulomatosa, sarcoidose e tuberculose. Ao exame anatomopatológico objetivou-se a presença de abundante infiltrado inflamatório, sendo o estudo histoquímico pelas técnicas Grocott, Warthin-Starry e Ziehl-Neelsen negativos. Contudo, e no que concerne ao exame microbiológico, cultura líquida MGIT e Lowenstein, com identificação de *Mycobacterium tuberculosis complex* (MTC), e com PCR para MTC positivo. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica, que revelou apenas padrão de vidro despolido nos lobos superiores bilateralmente, sem outras manifestações de MTC. Foi então diagnosticada com tuberculose nasal e iniciou tratamento com Isoniazida 250 mg, Rifampicina 600 mg, Pirazinamida 1500 mg , Etambutol 1200 mg em novembro de 2021, tendo-se verificado excelente resposta à terapêutica, sem necessidade de ajuste por toxicidade farmacológica.

Discussão: O curso indolente e a ausência de focos típicos torna o diagnóstico de tuberculose nasossinusal tardio, pelo que é necessário um alto nível de suspeição para instituição de terapêutica atempada.

Nº 318 Endocardite aguda a Enterococcus faecalis

Gabriela Costeira Paulo(1); Flávia Freitas(1); Dany Cruz(1); Flávia Fundora Ramos(1); Márcia Ribeiro(1); Ilda Coelho(1); Carlos Oliveira(1)

(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Enterococcoccus faecalis é a 3ª causa mais comum de endocardite. Surge associado a infeções nosocomiais, nomeadamente após manipulação do trato genito-urinário ou gastro-intestinal.

Homem, 52 anos, construtor civil, hipertenso, fumador, sem outros comportamentos de risco. Admitido por dispneia para pequenos esforços, ortopneia, tosse seca, edema e petéquias dos membros inferiores com dias de evolução. Perda ponderal e anorexia desde há 5 meses. Sem internamentos recentes, procedimentos médicos prévios ou soluções de continuidade da pele, referindo apenas acupunctura por lombalgia nos 3 meses anteriores. Serologias VIH e hepatite C negativas; sumário de urina normal. No internamento, com febre e insuficiência respiratória tipo 1. O TC evidenciou derrame pleural bilateral, hepatoesplenomegalia; embolização esplénica e suspeita de espondilodiscite em L4-L5. O ecocardiograma transtorácico mostrou uma vegetação na válvula aórtica, insuficiência aórtica, mitral e tricúspide grave e derrame pericárdico. Colhidas hemoculturas e iniciado ampicilina+flucloxacilina+gentamicina. Por se tratar de uma endocardite com disfunção valvular grave, submetido a substituição valvular aórtica e mitral+anuloplastia triscúspide. Descalada antibioterapia após isolamento de *Enterococcus faecalis* multissensível para ceftriaxone+ampicilina, que cumpriu 6 semanas. Após cirurgia e início de antibioterapia, resolução das petéquias, sem necessidade de oxigenoterapia, melhoria progressiva do quadro constitucional e dos sintomas congestivos. Realizou RM da coluna vertebral que não revelou alterações. Contudo, não foi possível excluir inequivocamente a hipótese de espondilodiscite, por ter sido realizado após 30 dias de antibioterapia. Endoscopia digestiva alta e baixa sem alterações.

Este caso destaca-se por ilustrar uma endocardite grave, por um agente etiológico improvável uma vez que o doente não tem qualquer fator de risco identificado para o mesmo e o tratamento com acupuntura condicionaria, quando muito, risco de infeção por comensal da pele.

Nº 319 Tuberculose - a grande imitadora

Estela Carvalho de Sousa(1); Mariana Bessa Quelhas(2); Sílvia Policarpo(1); Nélia Neves Silva(1); Susana Silva(1); Lurdes Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE (2) Hospital de Santa Luzia

A tuberculose (TB) é um diagnóstico diferencial em várias síndromes, tendo sido descrita ao longo dos tempos como uma das grandes doenças imitadoras.

Apresentam-se dois casos clínicos. O primeiro trata-se de um homem de 56 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, com lesão de órgão microvascular, sob hemodiálise; e cirrose hepática de etiologia alcoólica. Internado por quadro constitucional. Tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvica sugestiva de carcinomatose peritoneal. Líquido peritoneal (LP) com 454 células (predomínio de mononucleares), ADA aumentada e pesquisa de células malignas negativa. Assumida carcinomatose peritoneal, com neoplasia oculta. Reinternamento posterior no qual se verifica micobacteriológico cultural de LP com isolamento de *Mycobacterium tuberculosis*, multissensível. Confirmada TB peritoneal e iniciado tratamento com resposta clínica favorável.

O segundo caso trata-se de um homem de 89 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e fibrilhação auricular. Apresenta-se com 2 meses de evolução

de quadro constitucional, perda de autonomia, estando já acamado aquando internamento por alteração do estado de consciência. Por queixas de dorsalgia com meses de evolução, trazia, à admissão, TC tórax com lesão cavitada no hilo esquerdo suspeita de TB. Repetido TC corpo em internamento, agora com lesões líticas ósseas suspeitas de metástases, nódulo sólido no rim esquerdo hipercaptante e lesão pulmonar no hilo esquerdo, indissociável do brônquio esquerdo, de características malignas. Estudo micobacteriológico negativo. Assumida neoplasia metastizada com primário desconhecido. Não se prosseguiu estudo dada idade avançada, comorbilidades e estado funcional do doente.

A TB pode ser mimetizadora de patologias muito variadas, realçando a importância de um elevado nível de suspeição. Apesar do envolvimento pulmonar ser a apresentação mais comum, as apresentações extrapulmonares isoladas também são possíveis. Da mesma forma, perante uma cavitação pulmonar há que considerar outros diagnósticos diferenciais além de TB.

Nº 320 Crise epilética inaugural em doente jovem: Um caso de Neurocisticercose

Beatriz Marquês(1); Rute Lousa(1); Jorge Governa(1); Dulce Bonifácio(1); Cláudia Fernandes(1); Liliana Simões(1); Ana Costa(1); Rosa Amorim(2)

(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras (2) Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Introdução: A cisticercose humana é uma doença caraterizada pela presença da larva metacestóidea de Taenia solium nos tecidos, decorrente da ingestão de ovos viáveis na água ou alimentos contaminados (ex. carne de porco) ou pela via de transmissão oral-fecal a partir de um portador da ténia. Pode ser assintomática, acometer o intestino ou o Sistema Nervoso Central (SNC). A neurocisticercose (NCC) manifesta-se sob a forma de convulsões, défices focais, hipertensão intracraniana ou declínio cognitivo.

Caso Clínico: Homem de 33 anos, natural do Nepal, saudável, admitido na urgência por movimentos involuntários de início súbito, sialorreia e hiperextensão da cabeça, com recuperação espontânea. Ao exame objetivo, hemodinamicamente estável, eupneico e apirético, sem défices neurológicos. Laboratorialmente sem alterações, com serologias virais negativas. Realizou TC CE com hipodensidade focal na zona parietal direita que motivou a realização de RM CE colocando como hipóteses: cisticerco único vs lesão expansiva quística. Pesquisa parasitológica fecal e serologia parasitária urinária sem identificação de agente, com resultado inconclusivo no sangue de Ac IgG para T. solium. Realizou punção lombar que excluiu Strongyloides stercorallis, com presença de 3 bandas específicas de Ac IgG para T. solium no LCR. Fez TC de corpo e foi observado por Oftalmologia, sem nada a realçar. Admitida a presença de cisticerco único, sem envolvimento extra-neural, iniciou dexametasona, manteve-se sob valproato de sódio e cumpriu 14 dias de albendazol. Teve alta clinicamente estável, orientado para consulta externa, com indicação de repetir RM CE aos 6 meses e anticonvulsivantes durante um período mínimo de 2 anos.

Discussão: A NCC parenquimatosa é a forma mais comum (60%) dos casos. As manifestações clínicas são inespecíficas e caraterizadas pelo pleomorfismo, em função do número, localização e estadio evolutivo do parasita. Podem surgir 3-5 anos após infeção primária, sob a forma de quistos solitários ou múltiplos, com edema e reação inflamatória. Preconiza-se a terapêutica com dexametasona de modo a diminuir agravamento de edema cerebral, antes de se iniciar o tratamento anti-helmíntico. Se existir história de pelo menos uma crise convulsiva deve ser iniciada terapêutica anticonvulsivante concomitantemente.

Nº 321 Perda de Acuidade Visual Como Alerta Para Diagnóstico de Sífilis

Matilde Couto(1); Eugénia Reiriz(1); Tiago Vasconcelos(1); António Ludgero Vasconcelos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Sífilis é uma infeção sexualmente transmissível causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, observando-se maior prevalência em homens que tem sexo com homens. A infeção é adquirida através de contacto direto com a lesão infetada e pode passar por diferentes estadios - primária, secundária, latente ou terciária. Poucas semanas após o contacto pode identificar-se uma lesão ulcerada na zona de inoculação que pode progredir para manifestações mais graves, como neurosífilis. A sífilis ocular é um subtipo de neurosífilis, caracterizada por uma resposta inflamatória ocular à infeção por *T. pallidum.* Um atraso no diagnóstico ou terapêutica inadequada poderão estar associadas a consequências irreversíveis.

Homem, 50 anos, saudável, natural de Portugal. Queixas de névoa no hemicampo temporal do olho direito com duas semanas de evolução e maior agravamento nos dois dias anteriores. TC-CE e RM-CE sem alterações. Observado por Oftalmologia que assumiu nevrite ótica inflamatória atípica do olho direito, para vigilância. Dois meses depois regressa por declínio acentuado da acuidade visual, acabando por confessar que seis meses antes teria apresentado lesão ulcerada no pénis com prurido e eritema escrotal, na altura realizada biópsia em clínica privada compatível com líquen plano. Terá feito anti-inflamatório, corticoterapia e anti-histamínico com fraca resposta, mas referiu posterior resolução espontânea da lesão. RPR positivo (128 dils) e anticorpo anti-Treponema pallidum positivo. Observado novamente por Oftalmologia que enquadrou neuropatia ótica em contexto de sífilis ocular. LCR sem alterações, HIV e VHS negativos. Cumpriu 14 dias de penicilina sódica/potássica alternadas, mas apenas com discreta melhoria clínica. Sem indicação para novas medidas, teve alta com indicação para manter seguimento em consulta de Oftalmologia.

Os casos de sífilis ocular tem vindo a aumentar na última década, pelo que deve ser um diagnóstico diferencial a ter em consideração nas alterações visuais de novo. Este caso remete não só para a importância da identificação e tratamento precoces da sífilis ocular pela rápida progressão e riscos que lhe estão associados, como também para a importância da relação médico-doente, para que estigmas da sociedade não levem a um atraso no diagnóstico.

Nº 322 Meningite Tuberculosa do Século XXI

Rita Sevivas(1); Catarina Pinto Silva(1); Flávia Fundora Ramos(1); Cristiana Fernandes(1); Elsa Gonçalves(1); Ana Sofia Barroso(1); Carlos S. Oliveira(1)

(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

De entre os doentes com tuberculose, aproximadamente 1-5% apresentam disseminação para o sistema nervoso central, sendo as formas de apresentação mais frequentes a meningite, tuberculoma e a aracnoidite espinhal. Diferentemente das demais meningites, a Meningite Tuberculosa pode apresentar uma evolução mais lenta, de semanas ou meses, tornando difícil o diagnóstico de suspeição.

Homem, 7(1) anos, autónomo, viveu 6 anos anos na Guiné. Antecedentes de HTA e DPOC GOLD B, Tuberculose Latente diagnosticada 2 anos antes não tratada. Da medicação habitual destaca-se prednisolona 5mg. Recorreu ao SU por quadro de astenia, vómitos, mialgias, cefaleia, anorexia e perda de 6Kg com (1) mês de evolução, associadamente

nos 7 dias prévios à admissão com tonturas. Na admissão, apresentava-se febril, sem alterações ao exame objetivo/neurológico. Dos exames com pancitopenia ligeira, sem citocolestase ou hiperbilirrubinemia, PCR negativa; TC CE e RM CE sem alterações agudas encefálicas sugestivas de infeção/inflamação. Internado por síndrome constitucional para estudo. Por deterioração do estado de consciência durante o internamento (maior lentificação no discurso) foi realizada punção lombar que revelou pleocitose 245 células com predomínio mononucleares (90%), proteinorráquia e consumo de glicose.

Assumido diagnóstico presuntivo de tuberculose do SNC em doente com contacto prévio com mycobacterium e sob corticoterapia sistémica com provável reativação na forma disseminada, tendo sido iniciados anti-tuberculostáticos empiricamente. Foram excluídas outras hipóteses de diagnóstico. Após 3 semanas de tratamento, com recuperação para o seu estado basal. Repetida PL com redução de pleocitose para metade e regressão dos achados em RM CE.

A mortalidade associada à meningite tuberculosa é elevada e pode atingir até 75%. O prognóstico destes doentes depende da extensão da doença no início do tratamento, tornando essencial o início deste último ser atempado e célere

Nº 323 De carcinomatose peritoneal à tuberculose peritoneal

Joana Gouveia Santos(1); Ana Margarida Fonseca(1); Inês Silveira(1); Jorge Cagigal(1); Diana Oliveira(1); Inês Albuquerque(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O diagnóstico precoce de tuberculose (TB) extrapulmonar é dificultado pela apresentação clínica inespecífica. Relata-se um caso de TB que se apresentou por suspeita imagiológica de carcinomatose peritoneal com espessamento de parede gástrica acompanhado de quadro clínico constitucional.

Caso Clínico: Homem de 56 anos, com antecedentes de DM tipo 2, HTA, DRC 5b, Cirrose Hepática Child-Pugh C (etiologia alcóolica) e Cardiopatia hipertrófica. Internado para estudo de quadro constitucional com cerca de 4 semanas de evolução. TC abdominal sugestivo de carcinomatose peritoneal e espessamento gástrico na região antro-pilórica; Endoscopia digestiva alta com ectasia vascular antral gástrica e pólipo com histologia benigna; Líquido peritoneal (LP) com 454 células, predomínio mononucleares, 28.9g/L proteínas, 11.5g/L albumina, ADA 72U/L, bacteriológico amicrobiano, cultural negativo e DNA de Mycobacterium tuberculosis negativo (em 2 colheitas de LP), direto BAAR não visualizados. Três citologias de LP negativas para células malignas. Amostras de Lavado gástrico, sangue e urina negativas para PCR de DNA de Mycobacterium tuberculosis. PET com captação anormal, heterogénea, moderada a muito aumentada do radiofármaco na gordura mesentérica/peritoneu e focos com captação anormal e aumentados em adenopatias laterocervical direita, supraclavicular direita e mediastino-hilares. Biópsia de gânglio cervical com citologia negativa para células malignas. Exame cultural de LP com isolamento de M. tuberculosis complex multisensível, pelo que foi iniciada terapêutica anti-bacilar. Posteriormente identificada TB pulmonar com PCR MTC positiva em amostra de expectoração; TC Tórax com nódulos milimétricos centrilobulares dispersos de novo, alguns coalescentes em áreas de consolidação compatíveis com TB pulmonar. Punção lombar e RM cerebral sem alterações sugestivas de TB do SNC.

Discussão: A TB peritoneal é uma forma rara de apresentação desta patologia que salienta a importância do grau de suspeição clinica e marcha diagnóstica adequada para a identificação atempada da causa etiológica.

Nº 324 Disfunção Renal e Miocardite Vírica secundárias a Infeção por EBV– Associação rara a não esquecer

Catarina Santos Reis(1); Bernardo Fernandes(1); Pedro Lisboa-Gonçalves(1); Paula Ferraz(1); Adriana Luísa Costa(1); Rodrigo Mota(1); Isabel Camões(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A infeção pelo vírus Epstein-Barr (EBV) caracteriza-se pela tríade autolimitada de febre, faringite e adenomegalias. O envolvimento renal e cardíaco clinicamente evidente é raro.

Caso Clínico: Homem de 24 anos, com história de amigdalites de repetição (6 no último ano, a última há (1) mês) recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia progressiva, dor abdominal difusa, vómitos e astenia com 3 dias de evolução. Evidenciava hipertrofia e hiperemia amigdalina bilateral sem exsudados, abdómen inocente, sem alterações mucocutâneas ou adenomegalias palpáveis. Apresentava anemia (Hb 12.8 mg/dL), creatinina de 2,5 mg/dL, ureia de 48 mg/dL, bilirrubina total de 1,7 mg/dL, BNP 200 mg/dL e troponina I <1,9 ng/dL. Eletrocardiograma e a radiografia torácica sem alterações. O exame sumário de urina era inativo, e a colheita de urina de 24h revelou proteinúria de 400 mg. A ecografia abdominal mostrou rins de tamanho normal e ascite peri-hepática de pequeno volume, sem hepatoesplenomegalia. O restante estudo foi negativo para autoimunidade e gamopatia monoclonal, mas positivo para os anticorpos anti-VCA (antigénio do capsídeo viral) IgM e IgG do EBV. A persistência de disfunção renal, apesar de fluidoterapia, conduziu a biópsia renal que demonstrou lesões de necrose tubular aguda moderada, ligeiro infiltrado mononucleado na transição cortico-medular e ausência de lesão glomerular. Dada a elevada suspeita clínica realizou ressonância magnética que documentou área edematosa no segmento médio infero-septal sugestivo de miocardite. Evoluiu favoravelmente sem tratamento dirigido, tendo alta com Cr de 1,5mg/dL ao 8ºdia de internamento.

Conclusão: Apresentamos um caso raro e subdiagnosticado de disfunção renocardíaca secundária a infeção por EBV. Alertamos para a sua inclusão no diagnóstico diferencial da disfunção renal e/ou cardíaca em doentes com diagnóstico indeterminado.

Nº 325 A COMPLEXIDADE DA GESTÃO DAS MÚLTIPLAS COMPLICAÇÕES DA ENDOCARDITE INFECCIOSA

Mafalda Vasconcelos(1); Alberto Fior(2); Ana Paiva Nunes(2)

(1) Hospital Beatriz Ângelo (2) Hospital de São José

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é uma doença que se associa frequentemente a complicações sistémicas, entre as quais embolização para múltiplos territórios. Este caso ilustra a complexidade da sua gestão.

Caso Clínico: Homem de 44 anos, nepalês, em Portugal há 3 meses, sem antecedentes. Trazido ao hospital após ter sido encontrado caído com desvio conjugado do olhar para a direita, hemianopsia homónima esquerda, disartria, paresia facial central, hemiplegia e hemihipostesia esquerdas. TC de crânio sem lesões agudas e angio-TC com oclusão do segmento M(1) da artéria cerebral média direita. Realizou trombólise e trombectomia aspirativa, com reperfusão completa. Nas horas seguintes, evoluiu com febre e deterioração do estado de consciência. Repetiu TC, com múltiplas hemorragias corticosubcorticais agudas, revertendo-se a trombólise. Por queda da hemoglobina após angiografia,

realizou TC abdominopélvica, que revelou enfartes esplénicos extensos e enfartes renais. Ecocardiograma transtorácico mostrou vegetações mitrais e aórticas e regurgitação aórtica grave. Iniciou terapêutica para EI, dirigida após isolamento de *Streptococcus gallolyticus* em hemoculturas. Colocada indicação para cirurgia valvular após 6 semanas de antibioterapia. Ecocardiograma transesofágico documentou pseudoaneurisma do folheto anterior da válvula mitral, com elevado risco de rotura, pelo que foi decidida antecipação cirúrgica. Pelo risco hemorrágico esplénico com a heparinização para a cirurgia cardíaca, realizada esplenectomia prévia. O pós-operatório foi complicado por choque hemorrágico, controlado após revisão cirúrgica. Contudo, desenvolveu pneumonia associada ao ventilador, que evoluiu com choque sético e insuficiência respiratória refratária (incluindo a ECMO), culminando em óbito.

Conclusão: O acidente vascular cerebral pode ser a primeira manifestação de uma EI, sendo que muitas vezes o tratamento de fase aguda precede o diagnóstico de EI, pelo que os doentes podem acabar por realizar trombólise apesar de contraindicada. A realização de trombectomia nestes casos é controversa. A embolização para outros órgãos pode ser grave apesar de assintomática, como ocorreu neste caso. A melhor abordagem médica e cirúrgica deve ter em conta os riscos de embolização sistémica e os riscos cirúrgicos.

Nº 326 Santuário Infecioso

Catarina Silva Araújo(1); Maria João Vilela(1); Carolina Maia(1); Fábio Correia(1); Juliana Andrade(1); Rosa Ferreira(1); Cristina Cruz da Ângela(1)

(1) Hospital de Braga

Homem de 79 anos, portador de pacemaker cardíaco (PM) desde 2014 por bloqueio auriculoventricular completo, sem outros antecedentes de relevo.

Enviado à consulta de Medicina Interna por leucocitose (14540 leuc/mm3) com neutrofilia (11820 neutrófilos/mm3). Na consulta referiu episódios repetidos de *shivering*, com febre associada, sem outras queixas. Sem achados de relevo ao exame físico.

Cerca de dois meses depois, ainda com estudo em curso, com necessidade de substituição de gerador de PM por descida abrupta dos parâmetros da bateria.

Mantinha queixas previamente repetidas, bem como alterações analíticas que motivaram a consulta, pelo que foram solicitadas hemoculturas (HC), com isolamento de *Staphylococos epidermidis* nas quatro amostras. Foi internado no Serviço de Medicina Interna e repetidas colheitas, com mesmo isolamento. Foi excluída endocardite e espondilodiscite e teve alta após 10 dias de tratamento com linezolide, com HC de controlo negativas e assintomático.

Cerca de dois meses depois, na consulta, novamente com queixas de *shivering* e febre. Repetidas HC, novamente com isolamento do mesmo agente, pelo que foi reinternado, medicado com vancomicina e para pesquisa de "santuário" infecioso. Após novo ecocardiograma transesofágico sem alterações, foi solicitada tomografia de positrões (PET), que revelou hipercaptação no trajeto dos fios condutores do PM, a sugerir processo infecioso. Foi transferido para o Serviço de Cardiologia e posteriormente orientado para cirurgia cardíaca, para troca de dispositivo.

Apresenta-se este caso por retratar uma complicação de um dispositivo com 8 anos de implantação, não nos podendo esquecer que pode ser uma causa rara de febre persistente, com sintomas e achados laboratoriais inespecíficos, apenas a sugerir infeção. Realça-se ainda que nem sempre HC negativas confirmam um tratamento eficaz, podendo bacteriemia ser resolvida durante ou após antibioterapia adequada, mas voltar a surgir por manutenção de biofilme.

Nº 327 Proctossigmoidite por CMV – um diagnóstico a ter em conta na doença renal crónica

Francisco Costa Mendes(1); Helena Hipólito Reis(1); Pedro Marílio Cardoso(1); Nuno Melo(1); Marta Soares Carreira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A abordagem da diarreia infeciosa grave é desafiante, associando-se sobretudo a infeções bacterianas. Contudo, em casos atípicos, outras etiologias devem ser pensadas.

Caso Clínico: Doente de 77 anos, obesa, hipertensa e diabética insulinotratada com lesão de órgão alvo, destacando-se doença renal crónica em hemodiálise, foi encaminhada ao Serviço de Urgência por diarreia (3 a 5 dejeções líquidas por dia) sem sangue ou muco com 6 semanas de evolução, associada a febre persistente, após 8 dias de antibioterapia empírica com ciprofloxacina.

Do estudo realizado, a doente apresentava anemia hipocrómica microcítica 8,9g/dL e leucocitose 13190/uL, com proteína C reativa 231,1mg/L. Hipoalbuminemia 16,9g/dL, sem citocolestase ou hiperbilirrubinemia e com estudo da coagulação normal. Estudo bacteriológico, parasitológico, virológico de fezes e pesquisa de *Clostridioides* sem isolamentos.

TC-abdominal com espessamento parietal caraterístico de proctossigmoidite. Durante o internamento com necessidade de nutrição parentérica pela desnutrição e enteropatia perdedora de proteínas. Realizou rectossigmoidoscopia, com edema da mucosa sigmoide, com áreas de aspeto vinoso e ulceração serpiginosa. Biópsias para biologia molecular com positividade para Citomegalovirus (CMV), associada a virémia positiva.

A doente cumpriu 3 semanas de gangiclovir endovenoso após sessões de diálise, com resposta clínica e analítica. Cumpriu 3 semanas adicionais de valganciclovir 100mg oral em ambulatório nos dias de diálise, com resolução dos sintomas.

Discussão: A proctossigmoidite por CMV é comum na doença inflamatória intestinal ou imunossupressão grave, associando-se a hipoalbuminemia e desnutrição por destruição mucosa com enteropatia perdedora de proteínas (sobretudo em casos de colite). O doente dialisado pertence a um grupo de risco para esta patologia, devendo a mesma ser excluída.

Nº 328 Artrite Séptica a Arpergillus flavus

Sara Salema Travassos(1); Ana Mafalda Abrantes(1); Ana Alves Cardoso(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A invasão tecidular por *Aspergillus* pode surgir de novo em doentes imunocomprometidos por disseminação hematogénica ou em doentes imunocompetentes após trauma ou cirurgia por disseminação contígua ou inoculação direta. Há ainda casos descritos de infeção em internamento em unidade de cuidados intensivos (UCI).

Caso Clínico: Homem de 6(1) anos, antecedentes de infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) com bom controlo imunovirológico, coinfeção por Vírus da Hepatite B e doença renal crónica sob hemodiálise. Nos meses anteriores, internado em UCI e submetido a artrotomia do joelho esquerdo por monoartrite séptica com osteomielite do fémur distal. Internado no serviço de Medicina por edema e deformidade do mesmo joelho com impotência funcional de agravamento progressivo nas últimas duas

semanas. O joelho esquerdo apresentava sinais inflamatórios e deformação associada. Laboratorialmente, leucócitos 6800/uL e PCR 13.3mg/dL. Realizou artrocentese com saída de líquido purulento cujo exame citoquímico foi compatível com artrite séptica. A tomografia computorizada revelou lesão lítica da metáfise e epífise distal do fémur esquerdo com atingimento da superfície articular. Isolou-se no líquido articular *Arpergillus flavus*, sendo iniciada terapêutica antifúngica com voriconazol. A biópsia sinovial mostrou evidência de osteomielite associada a infeção fúngica. Houve melhoria clínico-laboratorial, encontrando-se a cumprir 6 meses de voriconazol e a aguardar avaliação por Ortopedia.

Discussão: A artrite séptica por *Aspergillus* é rara, sendo o *Aspergillus fumigatus* o principal agente isolado, seguindo-se o *Aspergillus flavus*. O diagnóstico é feito por cultura do líquido sinovial e o tratamento envolve terapêutica antifúngica prolongada e, geralmente, intervenção cirúrgica. Realçamos neste caso de artrite séptica do joelho por *Aspergillus flavus* a importância da história epidemiológica num doente com VIH, trauma recente e internamento prolongado em UCI.

Nº 329 Ascite será?

Beatriz Castanheira(1); Patrícia Lima(1); Erica Barata(1); Mariana Isabel Santiago(1); Eduardo Fernandes(1); Elena Pirtac(1); Francisca Delurue(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: Ascite urinária é uma causa rara de peritonite (uroperitôneo). É caracterizada como uma entidade clínica de difícil diagnóstico dado escassas manifestações clínicas. Causas mais frequentes são traumatismo, neoplasias e iatrogenias. Sintomas mais comuns são dor abdominal, aumento de perímetro abdominal e febre.

Caso Clínico: Homem, 88 anos, antecedentes pessoais de hipertensão arterial, fibrilação auricular e insuficiência cardíaca. Recorreu ao serviço de urgência por distensão abdominal, dor abdominal e febre com 3 dias. Analiticamente elevação dos parâmetros inflamatórios. Urina II compatível com infeção do trato urinário. Tomografia abdomino-pelvica (TC-AP) com sinais compatíveis de ascite loculada. À entrada no serviço, o doente com sinais compatíveis de abdómen agudo, pelo que foi observado pela Cirurgia e Urologia - sem indicação cirúrgica de momento. Reavaliado imagens do TC-AP que revelou divertículo volumoso no fundo da bexiga e outras divertículos na face posterior da bexiga com coleções líquidas no hipocôndrio esquerdo e no flanco direito, sendo com maior dimensão no flanco/fossa ilíaca esquerda. TC-AP com contraste excluiu perfuração do divertículo. Submetido a drenagem percutânea do abcesso com isolamento mesmo agente bacteriano da urocultura. Anatomia patológica compatível com peritonite. Iniciado antibioterapia dirigida, tendo cumprido 42 dias com melhoria radiológica e analítica. Como intercorrências, hematúria pós-traumática com necessidade de lavagens manuais. Posteriormente, novo agravamento clínico, analítico e presença de novo abcesso abdominal nas imediações da cúpula da bexiga. Após culturas negativas, assumiu-se presença do mesmo agente bacteriano, pelo que foi escalada antibioterapia durante 6 semanas. Verificou-se melhoria clínica, analítica e radiológica com alta.

Conclusão: Com este caso queremos realçar importância do diagnóstico precoce em doentes com suspeita de peritonite dado elevada incidência de mortalidade.

Nº 330 Rinossinusite como ponto de partida para choque séptico

Bruno Bonito(1); Vânia Pereira(2); Steeve Rosado(2); Carlos Meneses Oliveira(2); Carlos Simões Pereira(2)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário
(2) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A rinossinusite aguda (RSA) é uma patologia comum e pode cursar com febre, cefaleias e obstrução nasal. Por norma é autolimitada, contudo, pode acarretar complicações locais e sistémicas de maior gravidade.

Caso clínico: Mulher de 75 anos, portuguesa, leucodérmica, autónoma, com antecedentes de rinossinusite crónica, obesidade, síndrome obesidade-hipoventilação, hipertensão arterial, *diabetes mellitus* tipo 2 e dislipidemia, recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro com 2 dias de evolução de cefaleia, tosse seca, obstrução nasal, rinorreia mucopurulenta, febre e dispneia.

À admissão com cansaço fácil, febre, dessaturação periférica e hipertensão. Analiticamente a destacar um aumento dos parâmetros inflamatórios. Radiografia torácica sem áreas de condensação. Assumiu-se traqueobronquite aguda, tendo iniciado antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Optou-se pelo internamento em enfermaria por necessidade de oxigénio suplementar.

Ao segundo dia de internamento, objetivou-se edema peri-orbitario à esquerda com restrição do movimento ocular. Realizou tomografia computadorizada (TC) do crânio e órbitas a destacar polissinusopatia inflamatória aguda grave e celulite peri-orbitária esquerda com envolvimento pós-septal e miosite do músculo reto inferior esquerdo. Escalou-se antibioterapia para piperacilina/tazobactam.

Durante o internamento sem melhoria, tendo repetido TC com agravamento do processo inflamatório/infecioso com celulite peri-orbitária bilateral. Submetida a septoplastia, antrostomia bilateral, etmoidectomia total esquerda e anterior direita e descompressão da órbita esquerda. Transferida para a unidade de cuidados intensivos (UCI) no pós-operatório sob ventilação mecânica invasiva, evolução em choque séptico com disfunção multiorgânica.

Apesar da gravidade, evoluiu de forma favorável, tendo tido alta da UCI após 12 dias de internamento.

Discussão: As complicações da RSA incluem edema peri-orbitário, proptose do globo ocular, oftalmoplegia e amaurose. Em casos de edema peri-orbitário agudo complicado, preconiza-se a cirurgia para drenagem e descompressão. Com este caso, pretendemos alertar para complicações graves da rinossinusite, bem como a sua abordagem, tratamento e prognóstico.

Nº 331 Uma complicação rara de um tratamento hormonal: BCGite

Diana Brites(1); Marisa Simões(2); Sofia Silva(3); José Artur Paiva(3)

(1) Hospital Amato Lusitano (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (3) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Em alguns carcinomas da bexiga, a abordagem inicial passa pela resseção transuretral (RTU), seguida pela imunoterapia com *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG, derivado do *Mycobacterium bovis*) intravesical para erradicar o tumor residual, podendo evitar a recorrência, a necessidade de cistectomia e prolongar a sobrevida. Os efeitos secundários mais comuns são locais, sendo os sistémicos muito raros, envolvendo a disseminação do bacilo, descritos como BCGite.

Descreve-se o caso clínico de um homem de 7(1) anos, com antecedentes de neoplasia vesical, submetido a RTU, sob terapêutica intravesical de BCG. Recorreu ao Serviço de Urgência por tosse, hemoptises e astenia, com 2 semanas de evolução. Ao exame físico, com polipneia associada a dessaturação periférica, sem alterações auscultatórias.

Analiticamente, aumento dos marcadores inflamatórios e anemia normocítica / normocrómica. A radiografia de tórax mostrou hipotransparência peri-hilar esquerda, tendo realizado tomografia computorizada que revelou aneurisma micótico do arco aórtico com zona de descontinuidade da parede superior, extravasamento de contraste e hematoma, além de áreas de vidro despolido no lobo superior esquerdo pulmonar. Foi submetido a reparação endovascular aórtica - TEVAR (*Thoracic endovascular aortic repair*) e colocou prótese no arco aórtico. Pela imagem em vidro despolido, realizou broncofibroscopia com colheita do lavado broncoalveolar, cujo exame cultural mostrou colónias do complexo *Mycobacterium tuberculosis - Mycobacterium bovis*. Assumido tratar-se de BCGite, com disseminação hematogénea e pulmonar iniciou tratamento dirigido com tuberculostáticos e suspendeu instilações de BCG.

Apesar de ser uma complicação muito rara, este caso realça a necessidade de vigilância quando são usados microorganismos vivos, existindo sempre possibilidade de disseminação. Portanto, é crucial o índice elevado de suspeição clínica em doentes sob tratamento vesical com BCG, já que este é um método amplamente usado no carcinoma de bexiga.

Nº 332 Bacteriemia a MRSA e os seus infernais santuários

Inês Marques Ferreira(1); Patricia Baptista(1); Rita Esteves Pereira(1); Beatriz Tavares da Silva(1); Catarina Romero(1); Rute Sousa Martins(1); Tomás Fonseca(1); Juliana Lopes(1); Rosa Ribeiro(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: O *Staphylococcus aureus*, bactéria comensal da pele e das vias aéreas superiores, tem capacidade de provocar infeção grave, nomeadamente em indivíduos suscetíveis (imunodeprimidos, cirurgia recente). Tem ainda a particularidade adicional de ganhar resistências com tradução em complexidade clínica e de gestão difícil, principalmente quando resistente à meticilina (MRSA). Descrevemos um caso de bacteriemia a MRSA nosocomial com exuberante metastização infeciosa.

Caso clínico: Mulher de 77 anos, diagnosticada com carcinossarcoma uterino, submetida a histerectomia total com anexexectomia bilateral. Pós-operatório complicado por hematoma pélvico, com necessidade de lavagem cirúrgica. Isolado no líquido peritoneal MRSA, *Corynecbacterium e bacteroides fragilis*, não sendo iniciada terapêutica antibiótica por estar assintomática. Revisão de líquido peritoneal (uma semana depois) estéril. Admissão no Serviço de Urgência quinze dias depois por febre, sem clínica adicional de infeção e com elevação de parâmetros inflamatórios sistémicos. Tomografia computorizada (TC) a identificar abcessos pélvicos, de morfologia em ferradura, com 3 cm de maior diâmetro. Iniciou antibioterapia empírica (vancomicina, ceftazidima e metronidazol) com posterior isolamento de MRSA nas hemoculturas. Durante internamento identificados focos adicionais de infeção - endoftalmite do olho direito e espondilodiscite da coluna dorsal. Foi excluída endocardite. Sem margem para abordagem percutânea de abcessos pélvicos, com ótima resposta clínica (nomeadamente sem progressão de doença endoftálmica) sob antibioterapia prolongada (ciprofloxacina, doxiciclina e metronidazol – por se assumir elevado risco de infeção polimicrobiana). TC de controlo com total resolução de abcessos e espondilodiscite, evitando-se necessidade de abordagem cirúrgica.

Conclusão: As infeções por MRSA estão associadas a altas taxas de morbidade e de mortalidade, seja pela complexidade de resistências, seja pelo padrão de disseminação. Este caso clínico é exemplo disso mesmo, evidenciando a necessidade de limiar baixo para pesquisa de focos de infeção à distância e a necessidade de abordagem multidisciplinar para decisão antibiótica e controlo de foco local.

Nº 333 Pneumonia por Pneumocystis jirovecii - um diagnóstico evitável

Marta Viana Pereira(1); Inês Araújo(1); Ana Andrade Oliveira(1); Martinha Vale(1); Miguel Ribeiro(1); Inês Silveira(1); Margarida Robalo(1); Carla Maravilha(1); Sofia Esperança(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: A Pneumocistose pulmonar é uma infeção potencialmente fatal que surge em doentes imunossuprimidos, principalmente em doentes com HIV e baixas contagens de CD4. Doentes com imunossupressão iatrogénica, nomeadamente por corticoterapia, geralmente em associação com outros imunossupressores, também estão em risco de infeção oportunistas. Raramente esta infeção ocorre em doentes sob corticoterapia isoladamente, apesar de alguns casos já reportados.

Caso clínico: Doente de 55 anos, integrado há cerca de 2 meses na rede nacional de cuidados continuados integrados após fratura com luxação de C6-C7 traumática, internamento prolongado e perda de autonomia. De antecedentes refere-se ainda estilismo crónico e pancreatite aguda. Da medicação habitual após hospitalização realça-se dexametasona 4mg 2x/dia, com indicação para realizar desmame, sem ter sido prescrito esquema detalhado. Foi enviado ao SU por dificuldade respiratória e febre com cerca de 7 dias de evolução, com ciclo de antibioterapia prévio. Admitido no internamento por pneumonia bilateral a condicionar insuficiência respiratória tipo 1, com antigenúria de pneumococo e legionella negativas. Apresentava ainda candidíase na orofaringe e esófago para a qual cumpriu fluconazol durante 14 dias. Iniciou antibiótico empirico, com parca resposta. No microbiológico da expectoração foi isolada E. Coli apenas sensível a carbapnemos, iniciando-se meropnem com melhoria sintomática, sem resolução completa da insuficiência respiratória. Foi isolado posteriormente P. jirovecii no esputo, aspirado brônquico e lavado broncoalveolar que se justificou pela imunossupressão iatrogénica, em doente HIV negativo. Iniciou tratamento com Cotrimoxazol em dose terapêutica, com boa resposta clínica e analítica. Teve alta ainda a terminar ciclo de Cotrimoxazol em dose terapêutica, até completar 2(1) dias de tratamento. Já que na alta ainda mantinha corticoterapia com prednisolona 20mg/dia em esquema de desmame prolongado, foi prescrito Cotrimoxazol em dose de profilaxia.

Discussão: Este caso alerta para a possibilidade de ocorrência de infeções oprotunistas em doentes com imunossupressão iatrogénica por corticoterapia em altas doses e por tempo prolongado e também para a necessidade de realização da profilaxia adequada de forma a evitar as mesmas.

Nº 334 Monoparésia braquial direita – uma apresentação clínica incomum de tuberculose disseminada

Isabel Moreira(1); Rita Reis Bragança(1); Catarina de Vasconcelos Fonseca(1); Ana Martins da Costa(2); Margarida Ferreira Sousa(1); Maria da Graça Maciel(1); Natália Lopes(1); Fernando Salvador(1)

(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real (2) Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Introdução: A tuberculose extrapulmonar, pela diversidade de apresentação, constitui um desafio clínico considerável, sendo essencial ter um elevado grau de suspeição, sobretudo em grupos de risco.

Caso Clínico: Homem de 45 anos, com antecedentes de etilismo crónico, tabagismo e crises convulsivas em provável contexto de intoxicação alcoólica/abstinência, é admitido no Serviço de Urgência por défice motor do membro superior direito (MSD) súbito, associado a anorexia, astenia, náuseas, hipersudorese noturna e dificuldades na marcha desde há 15 dias. Medicado com levetiracetam e em abstinência alcoólica desde há 3 semanas, tendo realizado TAC-CE que mostrou lesão sequelar fronto-basal direita (possível foco epileptogénico).

À admissão, encontrava-se febril, desorientado, com parésia facial central direita, parésia braquial direita flácida e reflexos osteotendinosos aumentados no MSD. Realizou TAC-CE que revelou lesão hipodensa na região frontal média superior esquerda. Para melhor esclarecimento, realizou RM-CE que mostrou múltiplas lesões com características inespecíficas, sugestivas de processo de natureza inflamatória/infeciosa e TAC-TAP que revelou padrão parenquimatoso pulmonar miliar, com multiplicidade de micronódulos, sugestivos de tuberculose miliar ou de lesões de natureza secundária. Agravamento clínico progressivo com afasia global, disfagia e hemiparésia esquerda com plegia braquial e imagiológico com lesões isquémicas frontais em evolução. Dada a elevada suspeita de tuberculose disseminada, iniciou terapêutica anti-tuberculostática quádrupla e corticoterapia sistémica após a realização de broncofibroscopia, com melhoria clínica e imagiológica progressivas. O aspirado brônquico revelou BAAR negativo, mas pesquisa de DNA e exame cultural positivos, com identificação de uma estirpe de Micobacterium tuberculosis complex multissensível. 8 meses depois, encontra-se estável sob terapêutica anti-bacilar dupla, a cumprir programa de reabilitação em ambulatório.

Discussão: Este caso destaca-se por um curso incomum de tuberculose disseminada, com atingimento neurológico importante num doente jovem, realçando a importância do início de tratamento precoce, mesmo antes de o diagnóstico definitivo estar estabelecido, de modo a evitar sequelas irreversíveis.

Nº 335 APRESENTAÇÃO INAUGURAL RARA DE INFEÇÃO A CITOMEGALOVIRUS EM INDIVÍDUO IMUNOCOMPETENTE-HEPATITEAGUDA

Leda D´Almeida(1); Rita Tavares Fernandes(1); Manuel Ferreira Gomes(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A infeção por *Citomegalovirus* (CMV) pode ser complicada por manifestações *life--threatening* em doentes imunodeprimidos mas geralmente cursa de forma assintomática nos imunocompetentes. Os autores descrevem o caso de uma mulher de 55 anos com

antecedentes de dislipidemia e cistites de repetição admitida por quadro de febre, cefaleias, fadiga, mialgias generalizadas, anorexia, náuseas, vómitos biliosos e emagrecimento (cerca de 2kg) com 2 semanas de evolução. Ao exame objetivo, apresentava escleróticas ictéricas, febre (37,7ºC) e dor à palpação do hipocôndrio direito com presença de Murphy vesicular. Laboratorialmente, a destacar leucocitose neutrofílica (16370/mcL e 9940/mcL, respetivamente), linfocitose absoluta (5320/mcL), PCR ligeiramente aumentada (3,81mg/dL), alteração das provas hepáticas de predomínio hepatocelular (AST 447U/L ALT 532U/L GGT 124U/L e bilirrubina total 0,76mg/dL) e elevação da LDH (743U/L). Ecografia abdominal documentando fígado normodimensionado de contornos regulares com ecoestrutura homogénea, ligeira ectasia da via biliar principal (mas sem evidência de obstáculos) e baço com dimensões no limite da normalidade. Investigação adicional demonstrou electroforese de proteínas com presença de pico monoclonal (0,2g/dL) IgG Lambda, elevação da Beta 2 microglobulina (7.59mg/dL) mas com TC corpo sem evidência de doença linfoproliferativa; serologia CMV IgM positiva e IgG equívoca com carga viral 1700.0/mL. Diagnóstico de infeção CMV inaugural com hepatite aguda. Terapêutica de suporte / sintomática com evolução favorável; progressiva normalização das provas hepáticas, LDH e Beta 2 microglobulina e desaparecimento do pico monoclonal. Apesar de na idade adulta o mais comum ser a reativação da infeção CMV na população imunodeprimida, este caso demonstra que, apesar de rara, não devemos descartar a possibilidade de uma infeção inaugural com sintomatologia constitucional e envolvimento específico / múltiplo de órgão na população adulta saudável.

Nº 336 Cheias de bilirrubina

Daniela da Costa Duarte(1); António Moreno Marques(2); Raquel Diogo(2); Hugo Mineiro Félix(2); Gonçalo Jantarada Domingos(2); Inês Pintado Maury(2); Álvaro Aires Pereira(2); Alexandra Vaz(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A leptospirose é uma zoonose causada pela espiroqueta *Leptospirae*, com ampla distribuição mundial, cuja incidência nacional está aquém dos dados publicados.

A transmissão ocorre por contato com água ou solo contaminado com urina de animais infetados, principalmente roedores, com os sintomas a surgir 7 a 14 dias após. A doença divide-se em 2 fases, a fase leptospirémica, que se caracteriza por febre, mialgias, cefaleias, queixas gastrointestinais e rash cutâneo. Após esta fase pode haver melhoria espontânea ou evolução para a fase imune com recidiva dos sintomas, com meningite, miocardite, hemorragia pulmonar e neuropatia periférica. A sufusão conjuntival é um achado útil no diagnóstico diferencial.

O Síndrome de Weil, é uma forma grave desta infeção com icterícia, insuficiência renal e hemorragia pulmonar.

O diagnóstico é feito pela serologia da Leptospira ou pesquisa de PCR no sangue ou na urina, podendo raramente obter-se por hemocultivos. A antibioterapia e terapia de suporte são a base do tratamento.

Homem de 46 anos, jardineiro. Recorre ao SU em finais Dezembro 2022 por quadro de febre, mialgias, dor abdominal e diarreia com 5 dias de evolução.

À observação a destacar icterícia, sufusão conjuntival e hepatomegalia. Analiticamente com leucocitose 17300 com neutrofilia e trombocitopenia, creatinina 3.53, ALT 61, AST 93, hiperbilirrubinémia 10.70, PCR 32 e PCT 126. TC abdominopélvica com hepatomegalia, sem outras alterações. Dada a suspeita de leptospirose iniciou ceftriaxone.

Ficou internado evoluindo com agravamento da hiperbilirrubinémia e lesão renal oligúrica (BT 19 e creatinina 8.12), tendo-se induzido hemodiálise, fez 3 sessões com melhoria

progressiva. Estudo etiológico PCR Leptospira na urina positiva, serologia e PCR no sangue negativas. Cumpriu 7 dias ceftriaxone com melhoria clínica e analítica com recuperação total.

Apesar da maioria dos casos de Leptospirose terem resolução espontânea, cerca de 10% dos doentes desenvolvem doença grave, sendo importante estarmos alerta para este diagnóstico e a correlação temporal e epidemiológica da clínica, de forma a iniciar de forma atempada e precoce a antibioterapia e, assim prevenir a progressão para doença grave. O Síndrome de Weil, pela sua gravidade, se não for rapidamente tratada e com o devido suporte, pode resultar num aumento da morbimortalidade.

Nº 337 5A clínica impera!

Cândida Rocha(1); Leonor Neves(1); Aurora Zanga(1); Vasco Tiago(1); Mafalda Duarte(1); Raquel Sousa(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Amadora Sintra

A leptospirose é uma zoonose causada por espiroquetas patogénicas do género *leptospira*. O diagnóstico é feito em grande parte pela presença de quadro clínico sugestivo, com história de exposição de risco.

Apresenta-se o caso clínico de um doente de 40 anos, natural do Paquistão, admitido por quadro de 5 dias de evolução de febre, mialgias, icterícia, cefaleias frontais e vespertinas, toracalgia inespecífica intermitente, não pleurítica, náuseas e colúria. Analiticamente apresentava trombocitopenia (81000 U/L), lesão renal aguda (creatinina 5.21mg/dl), hiperbilirrubinemia (bilirrubina total 8.33mg/dl com 5.9 de bilirrubina direta), aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR 21mg/dl), transaminases (AST 297 U/L; ALT 80U/L) e creatinina quinase (CK 6400 U/L). As serologias de vírus hepatotrópicos revelaram-se negativas, nomeadamente a IgM e IgG de Leptospira urinária e plasmática. De salientar ainda autoimunidade hepática e anticorpos Brucela, Coxiella, Rickettsia, Rickettsia Conorii e Parvovírus B19 negativos. A avaliação imagiológica por ecografia renal e TC abdomino-pélvica não evidenciaram quaisquer alterações.

No segundo dia de internamento, o doente foi transferido para a Unidade de Cuidados Intermédios por hipotensão, taquicardia sinusal, manutenção da febre e agravamento da hiperbilirrubinemia e da função renal.

Dado quadro clínico altamente sugestivo, assumiu tratar-se de um caso de Leptospirose com envolvimento multissistémico em fase de seroconversão. Foi realizada nova avaliação serológica após 4 dias que revelou IgM positiva e IgG negativa para Leptospira, comprovando o diagnóstico. O doente cumpriu neste contexto 7 dias de antibioterapia com ceftriaxone e reforço hídrico, com melhoria clínica substancial à data da alta.

Este caso enfatiza a supremacia do quadro clínico no momento de se estabelecer o diagnóstico, em detrimento da confirmação serológica.

Nº 338 Enterite invasiva por Campylobacter fetus

Sofia Esteves(1); Diogo Couto Sousa(1); João Luis Cavaco(1); Ana Furão Rodrigues(1); Marisa Anselmo(1); Sandra Baptista(1); Ana Oliveira Pedro(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A infeção humana por *Campylobacter fetus* é rara, afetando principalmente idosos e imunocomprometidos. A transmissão ocorre com ingestão de produtos de animais contaminados, nomeadamente fígado de vaca e ovelha. Clinicamente,

manifesta-se como síndrome febril e diarreia, podendo, na doença invasiva, complicar com meningite, endocardite, espondilodiscite ou osteomielite. Apresentamos o caso de infeção invasiva por *Campylobacter fetus* num adulto imunocompetente pela sua raridade. **Caso Clínico:** Mulher de 46 anos, autónoma, história de *sleeve* gástrico, cirurgia de *bypass* e consequentes síndrome de mal-absorção e anemia multifatorial, recorreu ao serviço de urgência por astenia com (1) semana de evolução. Revelava palidez cutâneo-mucosa e edema simétrico dos membros inferiores. Analiticamente, apresentava anemia normocítica normocrómica (Hb 7.5 g/dL), aumento de parâmetros inflamatórios (leucocitose 14700/ mm3 e PCR 4.72 mg/dL) e hipoalbuminémia (2.6 g/dL). Pelos seus antecedentes pessoais, ficou internada. Verificou-se febre e diarreia nos dias iniciais. Realizaram-se hemoculturas seriadas e coprocultura, com isolamento em ambas de *Campylobacter fetus.* Uma anamnese mais cuidada permitiu identificar contexto epidemiológico: ingestão de fígado de vaca cru ("tártaro"). De acordo com o teste de sensibilidade antibiótica, cumpriu 6 dias de gentamicina e 2(1) dias de amoxicilina-ácido-clavulânico. O ecocardiograma transesofágico excluiu a presença de vegetações. Verificou-se remissão da diarreia, febre e astenia, com melhoria do estado geral. **Discussão:** Este caso vem reforçar a importância de anamnese cuidada com enfoque na história epidemiológica em casos de síndrome febril inespecífica e diarreia. Mesmo em doentes imunocompetentes, devem ser considerados microrganismos menos comuns. Este estudo deve ser reforçado com exames microbiológicos adequados para identificar os agentes associados e ajustar a antibioterapia apropriada.

Nº 339 Doença do beijo – uma questão de coração.

Rita Relvas(1); Edgar Amaro(1); Marta Baião(1); Rita Tinoco Magalhães(1); Tatiana Oliveira(1); Nuno Ferreira Monteiro(1); Diogo Cruz(1)

(1) Hospital Dr.Jose Almeida, Cascais

Introdução: Pelo impacto funcional importante, a Miocardite Aguda merece um estudo etiológico rigoroso, onde as causas infeciosas e imunes prevalecem. Apresenta-se um caso de manifestação inaugural atípica, cujo diagnóstico exigiu alargar as hipóteses diagnósticas.

Caso Clínico: Homem, 18 anos, com história de Doença de Kawasaki incompleta aos 7 anos, sem sequelas. Recorre ao Serviço de Urgência após início, em repouso, de precordialgia com irradiação dorsal e membro superior esquerdo, com 12h de evolução, sem fatores de alívio ou agravamento. Apura-se história de síndrome gripal na semana prévia. Febril à admissão, sem alterações ao exame objetivo, nomeadamente com avaliação orofaríngea e palpação ganglionar inocentes, sem alterações cutâneas. Analiticamente com elevação de troponina de alta sensibilidade (máximo de 5120ng/L), eletrocardiograma e holter 24h normais; ecocardiograma transtorácico (ETT) com movimento anómalo do septo interventricular e disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (fração de ejeção 18%). Assumido diagnóstico de Miocardite Aguda de etiologia viral provável. Esfregaço de sangue periférico com linfócitos atípicos reativos; anticorpo anti-Vírus *Epstein* Barr (EBV) VCA IgM positivo, IgG negativo; com restante estudo serológico e auto-imune sem alterações. Após terapêutica sintomática e introdução de inibidor de enzima conversora de angiotensina e beta-bloqueante, tem-se resolução do quadro, com apirexia sustentada e normalização de troponina. Dada alta hospitalar, encaminhado para consulta de Medicina Interna e Cardiologia. Reavaliação em consulta (1) mês após a alta, onde se repete serologia EBV, com seroconversão de IgM para IgG, confirmando-se diagnóstico de Mononucleose Infeciosa; RMN cardíaca sem alterações. Doente mantém seguimento em Cardiologia, sem recorrência de queixas e com ETT a demonstrar recuperação de função cardíaca.

Discussão: Nem sempre podemos esperar a tríade de febre, faringite e adenomegálias como manifestação de Mononucleose Infeciosa. Embora de tratamento essencialmente sintomático, considerando o possível atingimento multiorgânico e graves consequências, é imperativa a sua pesquisa ativa, sobretudo em doente jovem.

Nº 340 Disseminação: Tuberculose Pulmonar, Ganglionar e Abdominal

João Barbosa Barroso(1); Carolina Gomes(1); Desireé Farinha(1); Jéssica Araci Abreu(1); Daniela Barbosa Mateus(1); Joana Tavares Pereira(1); Sofia Guerreiro Cruz(1); Andreia Machado Ribeiro(1)

(1) Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: A tuberculose é a doença infecciosa bacteriana mais mortífera a nível global. É estimado que 1/4 da população mundial esteja infectada por *Mycobacterium tuberculosis,* sendo que cerca de 5-10% desenvolverão doença activa. Apesar da manifestação pulmonar ser a mais comum, a tuberculose apresenta uma multitude de apresentações que se estende a todos os sistemas.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 64 anos de idade, recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal e lombar, em cinturão, associada a febre (com valor máximo de 39,0ºC), com (1) semana de evolução.

Realizou tomografia computorizada tóraco-abdómino-pélvica que revelou as seguintes alterações: micronodularidades do lobo superior direito; Disseminação endobrônquica com padrão "*tree in bud*"; adenomegalias e gânglios com interior necrótico, a nível hilar e compartimentos mediastínicos, celio-mesentéricos, latero-aórticos peri-pancreáticos; focos de necrose gorda em topografia da raíz mesentérica e múltiplos focos hipodensos milimétricos com características imagiológicas compatíveis com granuloma a nível das vias biliares, pâncreas e baço.

Manteve estudo etiológico, do qual se destaca positividade de pesquisa de bacilos álcool-ácido-resistentes, bacilo de Koch e PCR para *Mycobacterium tuberculosis* em amostras de expectoração, pelo que foi assumido diagnóstico de tuberculose pulmonar, ganglionar e abdominal.

Iniciou terapêutica anti-bacilar quádrupla oral com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol, com regressão de sintomatologia álgica abdominal, tendo sido referenciado a Centro Diagnóstico Pulmonar da área de residência para continuação de seguimento em ambulatório.

Discussão: Apesar de incidência com tendência decrescente, Portugal mantém-se como o país da Europa Ocidental com taxas de infecção mais elevadas para Tuberculose pelo que se mantém uma hipótese diagnóstica a ter em conta mesmo na presença de achados semiológicos extra-pulmonares.

O estudo etiológico deve ser iniciado o mais precoce e eficazmente possível de modo a diminuir atrasos no início do tratamento que é, não só essencial para melhoria no prognóstico, como para a diminuição da propagação da cadeia de infeção.

Nº 341 Tuberculose Pulmonar Pseudotumoral – a grande simuladora

Filipe Silva Vilela(1); Rita Gonçalves Pinto(1); Gonçalo Torrinha(1); Luís Dias(1); Vânia Gomes(1); Céu Rodrigues(1)

(1) Hospital Braga

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2021, a Tuberculose (TB) atingiu 6,4 milhões de pessoas provocando 1,6 milhões de mortes. A apresentação clínica e radiológica clássica da TB pulmonar está bem documentada, no entanto, existem padrões clínicos e imagiológicos incomuns, inespecíficos, que dificultam o diagnóstico e atrasam o tratamento adequado. É o caso da TB pulmonar pseudotumoral, uma apresentação distinta capaz de simular um carcinoma pulmonar.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 59 anos, internada no serviço de Medicina Interna no contexto de bacteriemia por *K. pneumoniae*. Dos antecedentes, é de realçar uma cirurgia torácica duas semanas antes para exérese de massa pulmonar, cujo estudo prévio sugeria processo neoformativo. Da revisão por sistemas, destaca-se uma perda ponderal de 8Kg num mês, anorexia e sudorese noturna, sem sintomatologia respiratória. No estudo prévio, a TC de tórax mostrava formação pseudonodular esquerda (43x33mm) na parte superior da cisura e a PET revelava hipermetabolismo glicolítico, comportamento mais sugestivo de malignidade. Além disso, apresentava broncofibroscopia normal, citológico e micobacteriológico de aspirado brônquico negativos e ainda duas biópsias transtorácicas inconclusivas, o que explica a cirurgia torácica como a última opção. Durante este internamento, o conhecimento do resultado histológico permitiu estabelecer o diagnóstico final e iniciar terapêutica dirigida, ao descrever um granuloma com áreas de necrose caseosa, sem sinais de malignidade, com PCR positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

A manifestação de TB como uma massa pulmonar é rara em indivíduos imunocompetentes e diferenciá-la de carcinoma pulmonar torna-se especialmente desafiador quando repetidas baciloscopias, citologias e biópsias surgem negativas. Nesse sentido, este caso vem demonstrar que a TB deverá ser sempre um diagnóstico diferencial perante lesões nodulares parenquimatosas, mesmo em apresentações clínicas ou imagiológicas atípicas.

Nº 342 Infeção disseminada por citomegalovírus – um caso de pericardite aguda como apresentação inicial

Joana Cabral(1); Telmo Coelho(1); Maria Beatriz Bessa(1); Sara Viana(1); Sara Barbosa Pinto(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: O citomegalovírus (CMV) é um patógeno comum, tipicamente assintomático em indivíduos saudáveis, podendo ter manifestações graves e ameaçadoras da vida em doentes imunocomprometidos. A prevalência aumenta com a idade e esta pode ser o único fator de risco, em certos casos, para infeção disseminada, atendendo à imunodeficiência associada ao envelhecimento. O caso que se apresenta destaca uma apresentação atípica de CMV disseminado em doente idoso.

Caso clínico: Homem de 77 anos com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 insulinotratado, doença renal crónica estadio 3 de etiologia diabética e internamento recente, dois meses antes, por pericardite aguda, recorre ao Serviço de Urgência por hematemeses. À admissão, hipotenso, sinais de má perfusão periférica e hiperlactacidemia. Apresentava piúria franca, lesão renal aguda estadio 3 e acidemia metabólica. Foi admitido em Unidade de Cuidados Intermédios por refratariedade à fluidoterapia e necessidade

de suporte vasopressor. Assumido diagnóstico de choque séptico com ponto de partida em pielonefrite aguda. Durante o internamento realizada endoscopia digestiva alta para estudo de hematemeses, a revelar ulceração extensa da mucosa. Analiticamente, padrão de citocolestase hepática, que motivou pesquisa de vírus hepatotrópicos, da qual resultou DNA CMV positivo com carga viral 867405 UI/mL. Observado pela Oftalmologia com diagnóstico de coriorretinite. Outros vírus, incluindo vírus da imunodeficiência humana (VIH), negativos. Assumido diagnóstico de infeção disseminada por CMV pelas manifestações cardíacas (retrospetivamente, CMV como etiologia mais provável da pericardite), gastrointestinais, hepáticas e oftalmológicas. Após exclusão de atingimento do sistema nervoso central, iniciou terapêutica com ganciclovir, que cumpriu durante 2(1) dias, com boa resposta clínica.

Discussão: O padrão de citocolestase hepática revelou-se de suma importância para a pesquisa de vírus hepatotrópicos e consequente diagnóstico de CMV. Salienta-se a apresentação atípica de infeção disseminada por CMV através de pericardite aguda, devendo este diagnóstico ser considerado em doentes idosos com atingimento multiorgânico sugestivo.

Nº 343 Enfarte esplénico em Mononucleose infecciosa: Da orofaringe ao abdómen

Francisco Guimarães(1); Nataliya Polishchuk(1); Inês Ladeira Figueiredo(1)

(1) Hospital Cuf Descobertas

A mononucleose é uma das doenças mais antigas da humanidade, havendo registos da mesma desde o século XIX, causada pelo vírus Epstein-Barr. Normalmente apresenta-se com a tríade de febre, linfadenopatia e faringite/amigdalite. Porém, cerca de 50-60% dos casos apresentam esplenomegalia, havendo uma baixa probabilidade de coexistência com enfarte esplénico, podendo este ser assintomático ou não.

Os autores trazem um caso de um doente de 19 anos, leucodérmico, autónomo, militar, sem antecedentes pessoais de relevo.

Apresentava dor abdominal e febre.

Ao exame objetivo estava febril (38.9ºC) com dor à palpação superficial do hipocôndrio esquerdo e esplenomegalia palpável. De salientar orofaringe sem alterações.

Analiticamente com 17900 leucócitos com 74% linfocitose e 11% monocitose, parâmetros de citocolestase aumentados (AST 141/ALT 287/GGT 271/FA 331). Realizou teste de aglutinação rápida a mononucleose que deu positivo.

Ao exame de imagem (TC abdominal) evidenciou esplenomegalia de 18cm, com área de hipocaptação esplénica alongada na vertente superior externa com 5 cm, compatível com enfarte.

Em internamento confirmou-se infeção por EBV (IgM positivo >160 U/mL), HIV negativo, CMV IgG positivo, IgM negativo.

Após apirexia e estabilidade do quadro, teve alta encaminhado para consulta de Medicina Interna.

Este caso demonstra que, por vezes, a apresentação de uma das doenças mais comuns pode ser a mais incomum de todas, o que pode fazer com que o diagnóstico passe despercebido.

Nº 344 Cistite hemorrágica pós-COVID – Papel da Medicina Hiperbárica no Tratamento

Duarte Lima(1); A. Beatriz Ferreira(1); António Pedro Ferreira(1); Carolina Soares Lopes(1); Mariana Taveira(1)

(1) Hospital Pedro Hispano

A cistite hemorrágica (CH) está associada a múltiplas causas - infecciosa, traumática, idiopática, neoplásica ou secundária a exposição a radiação ou químicos, entre outras. A cistite pós-COVID-19 é rara, estando descrito o início ou agravamento de sintomas do trato urinário inferior, sendo invulgar o desenvolvimento de hematúria persistente.

Mulher, 67 anos, ex-fumadora, referenciada à consulta por hematúria e desconforto suprapúbico de início 3 dias após COVID-19 ligeira. Sem história prévia de exposição a radioterapia ou a novos fármacos. História de residência em Angola até aos 18 anos - em ambiente urbano, sem frequência de locais com águas paradas.

Neste contexto, colheu-se urocultura, sem isolamento de agente, tendo cumprido antibioterapia sem melhoria; realizou-se ecografia e TC abdominal, sem achados de relevo; cistoscopia revelou telangiectasias e hiperémia da parede vesical esquerda, com hematúria associada; histologia e citologia urinária sem evidência de neoplasia; micobacteriológico de urina, estudo imune e serologia sérica de *Schistosoma haematobium* negativos.

Iniciou tratamento com ácido aminocapróico sem melhoria. Assumiu-se, após exclusão de diagnósticos alternativos, cistite hemorrágica pós COVID-19, dada a relação temporal subjacente.

Pela ausência de melhoria com ácido aminocapróico e impossibilidade de tratamento local, foi proposta oxigenoterapia hiperbárica - dada a sua eficácia noutras causas de cistite. Completou protocolo de 30 sessões, com resolução completa da hematúria após a 19ª sessão, sem recidiva.

A CH é uma entidade por vezes refratária a medidas terapêuticas conservadoras, exigindo estratégias invasivas. A literatura é escassa quanto a casos de CH em contexto de COVID-19. Destaca-se neste caso a resposta completa à oxigenoterapia hiperbárica que, mediada pelos efeitos de correção da hipóxia, anti-inflamatório e pró-angiogénico, se assume como uma opção terapêutica na CH.

Nº 345 Que bicho é que te mordeu?

João Horta Antunes(1); Filipa Nunes(1); Salomão Fernandes(1); Sara Frazão de Brito(1); Rafaela Gonçalves(1); Ana Isabel Brochado(1); Bárbara Picado(1); Célia Machado(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A tularémia é uma zoonose causada pela bactéria *Francisella tularenis*. A sua apresentação clínica é bastante diversa e pode ir de doença assintomática até morte, dependendo da virulência, porta de entrada, inoculação e do estado imunológico.

Caso clínico: Mulher de 40 anos, natural da Polónia, a residir em Portugal desde há 3 meses. Encontrava-se em viagem na região de Holmes Green quando sentiu uma picada no flanco direito. Treze dias depois inicia sintomatologia com tumefação inguinal com dor tipo picada na região dorsal direita, tendo recorrido a um serviço de urgência (SU) onde realizou avaliação analítica com hemoglobina 13.7 g/dL, sem leucocitose. VS normal, PCR ligeiramente aumentada. Serologias para Borrelia e Rickettsia negativas. Pela manutenção do quadro de dor na região inguinal direita recorreu novamente ao SU onde realizou tomografia computadorizada (TC) e nova avaliação analítica sem alterações. Nessa avaliação referiu crosta na região lombar direita e foi assumida provável rickettsiose, sendo medicada com doxiciclina. Regressou novamente ao SU pela manutenção da tumefação na região inguinal direita com dor e parestesias do membro inferior direito, sensação

febril e sudorese noturna. Ao exame objetivo destacava-se adenomegalias dolorosas nas regiões cervicais, axilares, inguinais. Após cerca de 2(1) dias de sintomatologia recebeu o resultado de IgM positivo para *Francisella tularensis*, assumido o diagnóstico de tularémia prolongando-se antibioterapia por não apresentar melhoria.

Conclusão: A pesquisa de zoonoses deve ser sempre pensada em doentes com viagens recentes e sintomatologia inespecífica e após exclusão de causas mais frequentes. A forma de apresentação da tularémia nesta doente é a mais típica, não existindo casos endémicos no nosso país, sendo os casos diagnosticados importados.

Nº 346 Tuberculose pulmonar: o difícil é confirmar

Ângela S. Almeida(1); Anabela Carvalho(1); Ussumane Embaló(1); Helena Sarmento(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira

Apesar da redução sustentada na sua incidência, a tuberculose (TB) mantém-se uma importante causa de morte a nível mundial, afetando mais homens que mulheres e atingindo predominantemente tecido pulmonar. O diagnóstico rápido é essencial, mas nem sempre fácil, e passa por identificação do *Mycobacterium tuberculosis* (MT) em exame cultural ou exame direto e teste de amplificação de ácidos nucleicos positivos.

Masculino, 58 anos, diabético, apresenta-se com tosse não produtiva e toracalgia pleurítica com 7 dias de evolução, acompanhada de anorexia e astenia para pequenos esforços com 3 dias de evolução. Em tomografia torácica foram objetivadas múltiplas adenopatias mediastínicas e extensas densificações focais confluentes dispersas, sobretudo no lobo superior direito, incluindo uma lesão cavitada extensa com estrutura nodular sólida no seu interior sugestiva de micetoma. Nesse contexto inicia voriconazol, sem melhoria clínica e com agravamento clinico-analítico, pelo que prossegue estudo etiológico com várias baciloscopias (colhidas após estimulação com soro fisiológico) sempre negativas e pesquisa de MT em suco gástrico também negativa. Realiza broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar, também negativo para MT. Atendendo à localização da lesão cavitada, procedeu-se a biópsia aspirativa transtorácica, que documentou processo inflamatório granulomatoso com foco necrótico caseoso, com identificação de MT, sem deteção de resistências. Como tal, iniciou terapêutica anti-bacilar de primeira-linha, que suspendeu transitoriamente por disfunção hepatocelular significativa, tendo retomado após normalização, segundo protocolado, com melhoria clínica progressiva.

O diagnóstico de TB pode ser um desafio, sendo por vezes necessário recurso a técnicas mais invasivas para deteção de MT, como foi o caso. Tal como todos os fármacos, os anti-bacilares de primeira-linha apresentam alguns efeitos adversos, sendo um dos mais sérios a hepatite por si induzida, motivando a suspensão transitória da terapêutica. A melhor estratégia para a reintrodução ainda não é consensual, embora haja protocolos definidos para o efeito, como o do Programa Nacional para a Tuberculose, da Direção Geral da Saúde, utilizado neste caso.

Nº 347 Boca sã, meninge sã

Pedro Sá Almeida(1); Elisabete Cerqueira(1); Mariana Vargas(2); Michel Mendes(2); Vanessa Pires(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

A meningite bacteriana corresponde a uma inflamação das meninges e do espaço subaracnoideu provocado por bactérias. Inclui cefaleia, febre, rigidez da nuca e alteração do estado mental. Os agentes nosológicos mais comuns nas meningites adquiridas na comunidade são *Streptococcus pneumoniae* e *Neisseria meningitidis*. Infeções odontogénicas, por exemplo cáries dentárias e doença periodontal podem ter implicações sistémicas relevantes. Deste modo, apresento um caso de sucesso de meningite bacteriana por *Streptococcus salivarius* numa doente com higiene oral precária.

Doente do sexo feminino, 73 anos, com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial, depressão e doença osteoarticular disseminada recorre ao serviço de urgência por febre (38.6ºC) com um dia de evolução, refratária a antipiréticos, associada a cefaleia frontal e vómitos incoercíveis. Ao exame objetivo apresentava-se taquicárdica, pirética e com rigidez na nuca, sem outras alterações. Analiticamente tinha leucocitose com neutrofilia. Realizou tomografia computorizada crânio-encefálica (TC-CE) sem alterações. A punção lombar, sem aumento de pressão de abertura, revelou pleocitose com predomínio de polimorfonucleares, proteinorráquia e consumo de glicose. A doente iniciou empiricamente ceftriaxone e ampicilina. Foram isolados *Streptococcus salivarius* nas hemoculturas e no líquido cefalorraquidiano, mantendo ceftriazone durante 14 dias. Foi observada pela estomatologia que diagnosticou cáries dentárias em quatro dentes, tendo-os extraído sem complicações. Teve alta assintomática.

Este caso de bacteriémia com infeção no sistema nervoso central, por um agente incomum, tendo como ponto de partida provável cáries dentárias revela-se interessante pois correlaciona que uma pobre higiene dentária pode ser prejudicial e potencialmente fatal.

Nº 348 Surdez neurossensorial: uma rara complicação da febre escaro-nodular

Marta C Machado(1); Margarida Mourato(1); João Tiago Serra(1); Miguel Achega(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A febre escaro-nodular é uma doença zoonótica causada pela *Rickettsia* spp, transmitida ocasionalmente ao Ser Humano através da picada de um artrópode infetado da espécie *Rhipicephalus*.

Clinicamente caracteriza-se por febre associada a exantema maculopapular não pruriginoso e escara de inoculação. As manifestações neurológicas são raras, estando descritas a encefalite e a síndrome de Guillain-Barré.

Caso clínico: Mulher, 57 anos, caucasiana, sem antecedentes relevantes.

Recorreu ao Serviço de Urgência por (1) semana de febre, poliartralgias, mialgias generalizadas e, posteriormente com exantema maculopapular disperso com envolvimento de palmas e plantas. Referia contacto recente com o meio rural

À admissão, prostração, taquicárdia e hipotensão refractária a fluidoterapia. Evidência de lesão na região dorsal com halo inflamatório sugestivo de *tache noir*.

Analiticamente destacava-se plaquetas 63000/L, Na 123 mmol/L, padrão de colestase (AST 158 U/L, ALT 76 U/L, FA 192 U/L, GGT 150 U/L), creatinina 5.2 mg/dL, ureia 124 mg/dL, PCR 37.9 mg/dL.

Internada por choque séptico com disfunção neurológica, respiratória, hepática e renal associado a provável febre escaro-nodular tendo iniciado antibioterapia com doxiciclina. A doente evolui desfavoravelmente tendo sido admitida na Unidade de Cuidados Intensivos.

Foi posteriormente confirmada infeção com IgG e IgM Ac Anti-Rickettsia conorii reativos.

Evolução clínica e laboratorial favoráveis, persistindo, no entanto, diminuição da acuidade auditiva. Submetida a audiograma compatível com surdez neurossensorial bilateral, sem melhoria sintomática após alta.

Discussão: As Riquetsioses são doenças sistémicas cujo curso clínico pode evoluir com choque séptico e necessidade de suporte de órgão. O envolvimento neurológico é raro e apresenta-se usualmente com encefalite, síndrome de Guillian-barré ou parésia facial. Existem apenas alguns casos descritos de surdez associada a infeção por *Rickettsia*. Neste caso, a doente não recuperou a acuidade auditiva após a fase aguda da doença.

Nº 349 Aneurismas micóticos como complicação de infeção sistémica

Bruno Matos Soares(1); Diana Leite Russo(1); Mariana Lobo(2); P. Ricardo Pereira(2); Eduardo Eiras(2)

(1) IPO Porto (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Os aneurismas micóticos ou infeciosos são dilatações focais irreversíveis das artérias causados por infeção da parede do vascular que pode ser consequência de bacteriemia ou até complicação de endocardite, principalmente em doentes imunodeprimidos. Constituem maioritariamente infecções bacterianas e associam-se a grande morbimortalidade, sendo o tratamento mais eficaz a antibioterapia e desbridamento cirúrgico do aneurisma. Este caso descreve um doente com aneurismas micóticos após infeção sistémica.

Homem de 8(1) anos, com antecedentes de linfoma B difuso de grandes células, ao diagnóstico em estadio IV, com progressão após várias linhas de tratamento, tendo suspendido o tratamento paliativo sistémico por agravamento funcional e, na dependência da imunossupressão, com várias intercorrências infeciosas nos 6 meses anteriores com vários internamentos nesse contexto. Novo internamento por urossépsis com bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae* multirresistente, tendo feito 14 dias de antibioterapia ajustada ao antibiograma. Por persistência de parâmetros inflamatórios aumentados, realizou TC-TAP no qual se destaca ectasia aneurismática focal no arco aórtico e ectasia aneurismática na porção distal da aorta torácica descendente, a favor de aneurismas micóticos. Excluída endocardite e hemoculturas de reavaliação foram negativas. Pelo estado geral do doente, comorbilidades e tratamento paliativo sintomático, decidido tratamento médico com prolongamento da antibioterapia durante 4 semanas.

Em doentes imunodeprimidos com múltiplas intercorrências infeciosas é fundamental considerar a existência de aneurismas infeciosos como complicação. Apesar de raro, estes associam-se a uma grande morbimortalidade e podem alterar o tratamento e prognóstico.

Nº 350 COVID-19 prolongada em doente imunossuprimido após rituximab: o papel da terapêutica com remdesivir

Carolina Chumbo(1); Teresa Valido(1); Mara Sarmento(1); Catarina Roquete(1); Filipa Figueiredo(1); Martim Trovão Bastos(1); Bárbara Rodrigues(1); Marta Arriaga Rocha(1); Teresa Cruz(1)

(1) Hosp Prof Dr Fernando Fonseca

A evidência de que o tratamento com rituximab, um anticorpo monoclonal anti-CD20, aumenta o risco de COVID-19 grave é cada vez maior. Existem vários casos descritos de COVID-19 prolongada neste grupo de doentes, com persistência de PCR positiva e evidência de replicação viral, com valores baixos de *cycle threshold* (CTs), demonstrando menor capacidade de eliminação viral. Parece existir menor eficácia da vacinação, traduzida por produção reduzida de anticorpos antiSARS-CoV2. Existem diversos casos na literatura de COVID-19 prolongada que demonstraram melhoria clínica e inclusivamente clearance viral após terapêutica com remdesivir.

Apresentamos o caso de um homem de 78 anos, submetido a quimioterapia e rituximab até dezembro de 202(1) por linfoma folicular, em remissão desde janeiro de 2022. Após internamento prolongado de abril a julho de 2022 por pneumonia grave SARS-CoV2, com necessidade de ventilação mecânica invasiva, encontrava-se a cumprir programa de reabilitação quando iniciou, em agosto, quadro de cansaço para pequenos esforços e febre. A tomografia computorizada torácica mostrou infiltração alveolar algodonosa broncopneumónica em 70% do parênquima. Assumindo pneumonia hipoxemiante associada aos cuidados de saúde, iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam, suspensa ao sétimo dia por manter febre e elevação da proteína C-reativa. Foram colhidos novamente produtos para microbiologia, com PCR SARS-CoV2 que foi positiva com CTs baixos. Assumindo COVID-19 prolongada com provável sobreinfeção bacteriana, iniciou piperacilina-tazobactam e remdesivir, que cumpriu durante 10 dias, com melhoria clínica, analítica e radiográfica.

Este caso vem reforçar que a COVID-19 nos doentes imunossuprimidos tratados com rituximab deve ser abordada de forma particular, uma vez que a remissão da infeção poderá ser demorada, sendo possível um re-agravamento após melhoria clínica inicial.

Nº 351 Empiema Necessitans por Staphylococcus aureus meticilina-resistente

Francisco Soares Laranjeira(1); Bernardo Pimentel(1); Mariana Câmara(1); Bruno Martins(1); Bruno Santiago(1); Fernando Martelo(1); Anabela Raimundo(1)

(1) Hospital da Luz Lisboa

Empiema Necessitans (EN) é uma complicação rara do empiema pleural e que se refere à progressão da infeção através da pleura parietal e extensão para os tecidos circundantes da parede torácica. O Mycobacterium tuberculosis e Actinomyces israelii são os agentes mais frequentemente implicados. Mais raramente, o *Staphylococcus aureus* meticilina-resistente (MRSA) foi relatado.

Homem de 82 anos diabético internado por síndrome febril a esclarecer. A referir internamento na semana anterior por anemia ferropénica, complicado por flebite tratada com medidas locais. Do estudo realizado, documentada bacteriemia a *MRSA*, com focalização na pleura com empiema bilateral, drenado cirurgicamente ao 9º dia de internamento.

Foram excluídos outros focos infeciosos nomeadamente cardíaco e ósseo. Apesar de antibioterapia (ATB) dirigida com vancomicina e controlo de foco por via cirúrgica, manteve bacteriemia, pelo que realizou tomografia por emissão de positrões que documentou manutenção de empiema agora em continuidade com espondilodiscite da vértebra D12. A ressonância magnética complementar revelou fratura somática não consolidada de D12 com sinais de osteonecrose e osteomielite. Manteve-se a terapêutica médica tendo havido negativação das hemoculturas (HCs) após 4 semanas. Cumpriu um total de 10 semanas de antibioterapia endovenosa com vancomicina e após discussão multidisciplinar, por melhoria clínica e analítica progressiva e exame de controlo de imagem estável, teve alta, sob linezolide durante 4 semanas, com resolução clínica completa da infeção.

Este caso enfatiza a rara ocorrência de EN a MRSA e a importância do diagnóstico e tratamento atempado. Uma evolução clínica arrastada com persistência de HCs positivas deve levar-nos a pesquisar outros focos de infeção, de modo a elaborar um plano terapêutico eficaz. No nosso caso, a resposta ao tratamento foi lenta, dado o envolvimento pleural e ósseo muito extenso.

Nº 352 Entamoeba coli, agente inócuo?

Joana Alves Luís(1); André Resendes Sousa(1); Joana Afonso Pinto(1); João Carvalho(1); Mário Barbosa(1); Helena Cantante(1)

(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Introdução: A identificação de causas de diarreia crónica no doente idoso pode tornar-se um repto, dado o maior número de comorbilidades e polimedicação que leva ao viés no raciocínio clínico. Nesta população, as causas mais frequentes são doenças inflamatórias intestinais e diarreia infeciosa. Contudo, causas mais raras, como insuficiência exócrina pancreática e neoplasia do pâncreas devem ser excluídas nesta faixa etária.

Caso clínico: Doente de 80 anos, com antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus tipo 2, medicada com metformina 850 mg e linagliptina 2,5 mg, recorreu ao serviço de urgência por quadro de diarreia, cerca de 6 dejeções por dia sem sangue ou muco, com 2 meses de evolução. Negava febre e flushing. Negava viagens ou alterações recentes na terapêutica. Dois internamentos prévios neste período pelo mesmo quadro, sem causa identificada, com melhoria e recorrência das queixas após alta. Ao exame objetivo, prostração e mucosas desidratadas. Analiticamente com azotémia. Nos internamentos prévios, excluídas alterações da função pancreática. Ecografia abdominal e tomografia computorizada abdominal e pélvica sem alterações. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia sem alterações. Realizadas coproculturas sem identificação de agente e exame parasitológico de fezes com presença de quistos de Entamoeba coli. Na altura optou-se por não iniciar tratamento, dada melhoria do quadro. Contudo, dado reinternamento por recorrência das queixas, foi realizada entero-ressonância magnética que documentou dois microquistos subcapsulares hepáticos. Deste modo, optou-se por iniciar metrodinazol, tendo-se assistido à resolução do quadro.

Discussão: A Entamoeba coli, embora seja um protozoário não patogénico para o homem, em doentes sintomáticos, o tratamento pode ser justificável, principalmente na ausência de melhoria das queixas com terapêutica sintomática. Salienta-se a necessidade de antibioterapia nos casos refratários ao tratamento conservador.

Nº 353 Enfarte esplénico pós-Covid-19

Maria Manuel Pereira(1); Catarina Oliveira Silva(1); Catarina Ferreira(1); Johanna Viana(1); Ana Ramôa(1); Eduardo Macedo(1); Marta Mendes(1); Diana Silva Fernandes(1); Ana Rita Marques(1); Ilídio Brandão(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: Os enfartes esplénicos estão associados a numerosas etiologias. Por este motivo, na sua abordagem é necessário um estudo exaustivo envolvendo exclusão de causas hematológicas, estados de hipercoagulabilidade, trauma, causas embólicas e auto-imunes.

Caso clínico: Sexo masculino, 58 anos sem antecedentes. Iniciou uma dor no hipogastro esquerdo de início súbito com agravamento com inspiração profunda. Sem outros sintomas. Sem história de trauma abdominal. Referência a infeção por sars-cov-2 há duas semanas.

Observado no serviço de urgência com dor à palpação no hipocôndrio esquerdo, sem defesa, sem massas palpáveis. Analiticamente sem alterações. Realizou ecografia abdominal que descreveu esplenomegalia não homogénea (diâmetro 158mm) com área hipoecogénica no polo inferior do baço. Posteriormente, realizou tomografia abdominal que confirma uma área no polo inferior do baço, hipocaptante "em cunha" correspondendo a um enfarte arterial esplénico. Assim, foi assumido um enfarte esplénico em território arterial e iniciou terapêutica empírica antiagregante. Ficou internado para controlo da dor e investigação.

Do estudo realizado destaca-se hemograma com esfregaço de sangue periférico sem alterações; ausência de foco infecioso com hemoculturas negativas; electrocardiograma em ritmo sinusal; ecocardiograma que excluiu doenças valvulares ou êmbolos; estudo auto-imunidade negativo; estudo trombofilias negativo; serologias infeciosas negativas; mutação Jak2 negativa; estudos endoscópicos sem alterações; Tomografia de tórax, abdómen e pélvis sem alterações suspeitas.

Conclusão: Os enfartes esplénicos são raros. Neste caso, após um estudo exaustivo, há uma associação clara entre o enfarte e uma infeção recente por Covid-19. Estão descritos poucos casos de associação entre este vírus e a trombose esplénica. Os autores pretendem realçar a importância da infeção por Sars-Cov-2 como fator etiológico na abordagem de um doente com enfarte esplénico.

Nº 354 Nem toda a "carcinomatose" é neoplasia

Valentim Meleiro Rodrigues(1); Carolina Monteiro(1); Raquel Boto(1); Ana Melício(1); Joana C F Lima(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A tuberculose peritoneal (TP) é rara (~0.2% dos casos). Apresentando-se de forma inespecífica, necessita do isolamento de *M. tuberculosis* (*MT*) no líquido ascítico (LA)/biópsia peritoneal (BP) e/ou de características histopatológicas compatíveis para o seu diagnóstico, o que o torna desafiante.

Caso clínico: Homem, 38 anos, antecedentes irrelevantes, é observado de urgência por dor abdominal generalizada, náuseas, anorexia, diarreia aquosa (10 dejeções/dia) e febre com (1) semana de evolução. Apresentava-se febril, abdómen doloroso no hipocôndrio direito e fossas ilíacas com Blumberg positivo. Identificou-se: anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 12.5 g/dl), leucócitos 4.8x109/l, plaquetas 494x109/l, sódio 126 mmol/l, ALT 55 U/l, AST 67 U/l, GGT 86 U/l, LDH 358 U/l e PCR 23.7 mg/dl; angio-TC abdomino-pélvica "sinais de carcinomatose peritoneal, exuberante infiltração tumoral

do mesentério e grande omento, nodulação milimétrica do peritoneu, derrame peritoneal livre e áreas de espessamento parietal do cólon, várias formações ganglionares mesentéricas e lomboaórticas".

A investigação ulterior revelou: TC tórax sem alterações; endoscopias digestivas: gastrite granulomatosa sem necrose, colite crónica ativa, biópsias sem tecido neoplásico; Ecografia abdominal: ascite septada (predomínio de linfócitos); Gradiente de albumina ascítica 0.4 g/dl; Bacteriologia negativa; CA125 elevado. Presumindo-se peritonite bacteriana secundária iniciou ciprofloxacina+metronidazol, escalando-se para meropenem+-vancomicina (manutenção febre e aumento de parâmetros inflamatórios). Persistindo a febre sob antibioterapia, suspeitou-se de TP: IGRA positivo; BP: isolamento *MT*, Histologia: "tuberculose em fase ativa". Iniciou tuberculostáticos com resolução do quadro.

Discussão: Este caso reflete os vários passos no diagnóstico diferencial de carcinomatose peritoneal. Realçamos a relevância do reconhecimento de TP pois o seu atraso envolve implicações prognósticas.

Nº 355 Febre de origem indeterminada: um caso de Doença de Lyme sem eritema migrans.

Ana Rita Ramalho(1); Maria João Rocha(1); José Magalhães(1); Filipa Fernandes(1); Adriana Henriques(1); Maja Petrova(1); José Pereira de Moura(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução: A febre de origem indeterminada (FOI) define-se por temperatura superior a 38.3ºC em três ou mais ocasiões após 3 dias de avaliação no internamento ou 3 avaliações em ambulatório. Constitui um dos principais desafios diagnósticos para a Medicina Interna, com mais de 200 etiologias possíveis.

Caso Clínico: Mulher de 47 anos com epilepsia (sob ácido valpróico e paliperidona há (1) mês), recorre ao Serviço de Urgência por angioedema com (1) semana de evolução, artralgia coxofemoral e do joelho esquerdo e dor na região lombar com irradiação para os membros inferiores com parestesias associadas. Ao exame objetivo encontrava-se febril (38.8ºC) e com angioedema do lábio superior. Analiticamente com anemia (11g/dL) e elevação da CK (530U/L). Realizou TAC da coluna lombar que excluiu radiculopatia. Suspendeu o ácido valpróico (por possível causa do angioedema) e foi internada sob Metilprednisolona 40mg. No internamento apurou-se a existência de um quadro de febre com 2 meses de evolução, com ciclos prévios de antibioterapia por presumíveis focos urinário e respiratório, sem resolução da febre, cumprindo critérios de FOI. Apresentava uma lesão tipo morfeia na face interior da perna, referindo lesão compatível com *eritema migrans* prévia na mesma localização, que surgiu durante a sua estadia numa casa de alterne. A hipótese diagnóstica de doença de Lyme foi colocada e as serologias - anticorpos para *Borrelia burgdorferi* IgG < 5UA/mL e IgM 47UA/mL - confirmaram o diagnóstico. Foi iniciado Doxiciclina e a doente teve alta ao 10º dia de internamento, em apirexia sustentada.

Discussão: A doença de Lyme divide-se em apresentação inicial (com *eritema migrans* e envolvimento cardíaco) e tardia (com oligoartrite afetando sobretudo o joelho e envolvimento neurológico - no nosso caso com apresentação como síndrome de Bannwarth). Os testes sorológicos são o *gold standard* do diagnóstico, e uma alta probabilidade pré-teste aumenta a precisão diagnóstica. A reação de hipersensibilidade ao ácido valpróico já se encontra descrita, sendo o angioedema um achado acidental no quadro. Um algoritmo único para a abordagem da FOI é de extrema dificuldade, sendo necessária uma abordagem individualizada tendo por base uma boa história clínica e exame objetivo, com meios complementares diagnósticos direcionados para as hipóteses diagnósticas.

Nº 356 Sarna e imunossupressão - a propósito de um caso

Sofia Guerreiro Cruz(1); Carolina Gomes(1); João Barbosa Barroso(1); Daniela Barbosa Mateus(1); Joana Tavares Pereira(1); Jéssica Abreu(1); Alexandra Pousinha(1); Bruno Guilherme Ferreira(1)

(1) Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: A escabiose é uma infeção cutânea parasitária causada pelo ácaro humano *Sarcoptes scabei* variedade *hominis*. Clinicamente pode variar de formas ligeiras (variante clássica) a graves, como a variante crostosa (norueguesa), mais rara e altamente contagiosa, com transmissão por contacto cutâneo direto e objetos contaminados pelos ácaros. Manifesta-se sobretudo por lesões hiperqueratósicas com escamas e crostas espessas dispersas pelo corpo, mais frequentemente nos joelhos, mãos, cotovelos, pés e couro cabeludo. Contrariamente aos outros subtipos, na sarna crostosa o prurido pode ser reduzido ou ausente e afeta maioritariamente doentes imunocomprometidos.

Caso clínico: Os autores reportam o caso de uma doente de 86 anos, dependente, com antecedentes pessoais de doença de *Addison* e hipotiroidismo; medicada em ambulatório com prednisolona 10 mg, fludrocortisona 0,(1) mg, levotiroxina 0,(1) mg. Admitida por infeção do trato urinário, pelo que iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina com ácido clavulânico; posteriormente escalada para antibioterapia de largo espectro por agravamento clínico e concomitantemente com necessidade de aumentar corticoterapia para hidrocortisona 300mg/dia por falência adrenal. Verificou-se o aparecimento de pápulas dispersas pelo tronco com hiperqueratose na região palmar; tendo realizado biópsia cutânea compatível com escabiose crostosa, em provável contexto de imunossupressão grave. Iniciou terapêutica com ivermectina com melhoria das lesões.

Discussão: A escabiose é uma doença contagiosa frequente na admissão hospitalar, sendo a sua identificação e tratamento atempados ferramentas-chave na evicção de surtos, quer em doentes ou profissionais de saúde. Com este caso pretende-se relembrar a escabiose crostosa como variante mais rara e de maior incidência em doentes imunodeprimidos. A natureza atípica deste tipo de lesões dificulta o diagnóstico, bem como a penetração e eficácia dos agentes tópicos mais utilizados, sendo recomendada a terapêutica sistémica com ivermectina.

Nº 357 Esofagite tripla

André Resendes Sousa(1); João Carvalho(1); Joana Alves Luís(1); Filipa Moleiro(1); Helena Cantante(1); Francisco Araújo(1)

(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Apresenta-se o caso de um jovem de 18 anos com antecedentes de esofagite eosinofílica, medicado com pantoprazol e fluticasona deglutida.

Recorreu à urgência por quadro, com dois dias de evolução, caracterizado por disfagia, dor retrosternal/epigástrica, febre e episódios de vómito com ligeiro conteúdo hemático vivo. À admissão objectivou-se palpação abdominal dolorosa na região epigástrica, com defesa, sem outras alterações ao exame objectivo.

Analiticamente destacava-se apenas Proteína C Reactiva 8.(1) mg/dL, sem leucocitose. Realizou endoscopia digestiva alta com evidência de placas esbranquiçadas na porção terminal do esófago, com aspecto ulcerado e solução de continuidade. Fez tomografia computorizada do tórax com ingestão de contraste iodado que excluiu perfuração ou fístula esofágica.

Ficou internado assumindo-se esofagite fúngica, tendo iniciado terapêutica empírica com fluconazol e dieta zero. O resultado anatomopatológico da biópsia realizada demonstrou infiltrado inflamatório rico em eosinófilos e neutrófilos, hifas de fungos e aspectos correspondentes a esofagite herpética grave. A serologia Herpes simplex (1) IgM foi positiva.

Assim, admitiu-se esofagite eosinofílica com sobreinfecção fúngica e herpética, em contexto de terapêutica prolongada com corticóide. Optou-se pela sua suspensão e associou-se aciclovir ao fluconazol já iniciado.

Durante o internamento verificou-se aumento de transaminases, tendo realizado ecografia abdominal com evidência de hepatoesplenomegalia homogénea que se assumiu em contexto da infecção herpética.

Para estudo etiológico fez pesquisa de vírus de imunodeficiência humana, que se revelou negativa, e electroforese de proteínas sem alterações.

Evoluiu favoravelmente com a terapêutica instituída, retomando a via oral.

As esofagites herpéticas e fúngicas são infecções oportunistas, associadas a doentes imunossuprimidos ou gravemente doentes. Estes agentes raramente causam infecção no esófago em doentes imunocompetentes. O caso pretende alertar para possibilidade de esofagite de causa múltipla e concomitante num doente imunocompetente, associação esta que foi raramente descrita antes.

Nº 358 Meningite por Escherichia coli, agente subestimado de infeção do SNC: um caso clínico.

Baltazar Gabriel Oliveira(1); Volodymyr Nagirnyak(1); Maria Helena F. Silva(1); Rita Serejo Portugal(1); André Matos Gonçalves(1); Ana Rita Sanches(1); Sónia Cunha Martins(1); Margarida Sousa Carvalho(1)

(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas

Introdução: A meningite causada por *Escherichia coli (E. coli)* é a infeção do SNC mais comum entre bactérias Gram negativas. Este tipo de meningite sendo mais comum em idade pediátrica, apenas representa 2% das meningites nos adultos, estando associada a uma mortalidade entre 15-40% e uma incidência de sequelas neurológicas de 50%. Os mecanismos pelos quais a *EC* atravessa a barreira hematoencefálica (BHE) não são totalmente conhecidos. Contudo, existe uma associação considerável entre bacteriemia e posterior invasão da BHE em determinadas estirpes de *E. coli*. A identificação destes fatores de virulência poderá ser crucial para otimizar a prevenção e tratamento desta patologia.

Caso Clínico: Doente de 63 anos, autónoma, com antecedentes de litíase renal e de nódulos tiroideus, sem medicação habitual. Teve várias idas ao Serviço de Urgência por queixas de febre, diarreia, dor abdominal e cefaleias. À observação, apresentava-se prostrada, desorientada e com rigidez na nuca. Analiticamente com parâmetros inflamatórios aumentados. Atendendo ao quadro neurológico subjacente colocou-se a hipótese de meningite, tendo realizado TC-CE, que não revelou alterações agudas, tendo sido realizada posteriormente punção lombar, assim como colheita de rastreio séptico. Iniciou então, antibioterapia empírica com ceftriaxone, ampicilina e vancomicina. Do rastreio sético realizado verificou-se isolamento de *E. coli* (serotipo K(1) negativo) tanto nas hemoculturas como no líquor, sendo a urocultura negativa. Ao 3º dia de internamento realizou ressonância magnética crânio-encefálica que revelou focos de cerebrite, ventriculite e conteúdo inflamatório. Admitiu-se, assim, meningite bacteriana a *EC*, mantendo antibioterapia com ceftriaxone durante 14 dias, tendo-se verificado resolução do quadro clínico, sem sequelas neurológicas.

Discussão: A doente apresentada corrobora uma das condições necessárias para que ocorra meningite por este agente, uma bacteriemia. A elevada suspeição, associada a deteção precoce e tratamento dirigido são fundamentais para a resolução do quadro. São necessários mais estudos em relação aos mecanismos pelos quais a *E. coli* pode atravessar a BHE, de forma a garantir uma prevenção e terapêutica mais eficazes.

Nº 359 Colite por citomegalovírus: a grande mimetizadora

Mariana Martins Esteves(1); Rita Reis Bragança(1); Renata Silva(1); Sandra A. Morais(1)

(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: O espectro de manifestações clínicas causadas pelo citomegalovírus (CMV) é diverso e principalmente dependente do hospedeiro. As infeções por CMV são uma causa importante de morbilidade e mortalidade nos doentes imunocomprometidos. A doença gastrointestinal por CMV é uma complicação rara, mas grave, da síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), que se apresenta com sintomas inespecíficos (diarreia, dor abdominal, febre, hematoquézias e perda ponderal).

Caso clínico: Sexo masculino, 44 anos, com diagnóstico (DX) recente de doença de Crohn (2 meses antes com biopsia cólica a descrever colite crónica com atividade associada a erosões focais do epitélio). Sob prednisolona (PRD) 40mg/dia e messalazina 3g/dia. Recorreu ao SU por dor abdominal e diarreia (>10 dejeções diárias) com várias semanas de evolução, astenia e febre. Analiticamente apresentava colestase hepática e PCR 16.80mg/dL. Assumida agudização de doença de Crohn, foi internado e iniciou PRD 60mg/dia e ceftriaxone 2g/dia. Na enfermaria a história clínica (HC) detalhada revelou comportamentos sexuais de risco. Solicitadas serologias para infeções sexualmente transmissíveis, permitindo o DX de infeção por VIH e sífilis latente tardia. Contagem CD4+ mostrou imunossupressão severa (11/uL), tendo feito estudo exaustivo para exclusão de outras doenças definidoras de SIDA. Colonoscopia com biópsias revelou mucosa com alterações da arquitetura e pesquisa de CMV por estudo imunohistoquímico positiva, favorecendo o DX de colite por CMV. Assim, iniciou ganciclovir e penicilina G. Apresentou evolução favorável, teve alta sob valganciclovir durante 5 semanas. Posteriormente, em consulta externa iniciou terapêutica antirretrovírica. Atualmente com melhoria progressiva do estado geral e contagem CD4+ 208/uL.

Discussão: Realçamos a importância da HC e de respeitar sempre a marcha diagnóstica completa no estudo de diarreia crónica. Este caso demonstra como a infeção por CMV se pode manifestar com sintomas e sinais que mimetizam outras entidades, como as doenças inflamatórias intestinais. Pretendemos ainda alertar paraa necessidade de manter juízo crítico na interpretação da histologia, sendo que, uma informação clínica mais detalhada, por sua vez, também auxilia o anatomo-patologista numa melhor análise e descrição histológica.

Nº 360 Doença de Hansen, uma entidade milenar, mas actual!

Rita Ribeirinho(1); Flávio Quadrado(1); Diogo Canudo(1); Margarida Jacinto(1)

(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A doença de Hansen é provocado pelo *Mycobacterium leprae complex*, descrito em 1873. É um microrganismo intracelular obrigatório com tropismo para a pele e terminações nervosas. A sua prevalência tem diminuído, existindo no entanto regiões endémicas para a doença, nomeadamente o Brasil. Actualmente sabe-se que a maioria das pessoas se infecta na infância, sendo pouco provável encontrarem-se numa fase de contágio em adultos. A Organização Mundial de Saúde tem reunido esforços para a sua erradicação, investindo na identificação de casos e inicio de terapêutica combinda. Tem ainda contribuído para o combate ao estigma que envolve esta entidade. Surge agora uma necessidade de actualização em relação a este tipo de doenças no mundo ocidentalizado.

Descrição: Homem de 40 anos, natural do Brasil, a residir em Portugal há 2 anos. Apresentava lesões maculo-nodulares hiperpigmentadas com 6 meses de evolução e também sensação de dormência do braço direito com (1) mês de evolução. Referia ter familiares diagnosticados com hanseníase. Objectivamente apresentava edema, rubor e hipostesia táctil superficial do membro superior direito, onde existia ferida com exsudado purulento, resultado de uma queimadura acidental, e exantema maculo-nodular hiperpigmentado pruriginoso generalizado. Analiticamente sem alterações relevantes, sendo excluídas doenças infeciosas como VIH, HCV, HBV e Sífilis.

Tendo em conta o contexto epidemiológico e a clínica, foi realizado pesquisa de bacilo ácido-ácool resistentes por exsudado nasal por exame directo, que se revelou negativo e biopsia de pele por punch, que confirmou alterações correspondentes a Doença de Hansen, firmando o diagnóstico.

Iniciou terapêutica combinada com rifampicina 600mg/mês, dapsona 100mg/dia e clofazimina 100mg a cada 48h. Foi ainda orientado para consulta externa de Medicina Interna e para consulta de Dermatologia.

Discussão: Apesar dos esforços para erradicação desta doença, ainda é uma realidade nos países endémicos. Na Europa é uma doença rara, cuja incidência tem aumentado, fruto da emigração crescente. Nesse sentido, é importante estar alerta para o contexto epidemiológico desta população. É nosso dever, portanto estar informados no que concerne a identificação destas doenças, as medidas de saúde pública envolvidas e tratamento aconselhado.

Nº 361 Lues oftalmológica e otológica

Daniela da Costa Duarte(1); António Moreno Marques(2); Hugo Mineiro Félix(2); Gonçalo Jantarada Domingos(2); Raquel Diogo(2); Inês Pintado Maury(2); Inês Leal(2); Sofia Mano(2); Robert Badura(2); Álvaro Aires Pereira(2); Alexandra Vaz(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A neurosífilis (NSS) é uma infeção do SNC causada pela espiroqueta *Treponema pallidum* e pode ocorrer em qualquer estadio da sífilis. A sífilis ocular e a otosífilis são algumas das manifestações.

As manifestações clínicas dividem-se em NSS precoce que ocorre nos primeiros anos de infeção com um vasto espetro de sintomas dependendo do local de atingimento, como

cefaleias, tonturas, alteração consciência, défices motores/sensoriais, meningite ou AVC e NSS tardia ou sífilis terciária, menos comum e surge anos após a infeção, com sintomas de disfunção cognitiva progressiva, perda sensorial, alterações da marcha e dor radicular.

A sífilis ocular pode manifestar-se por uma ampla variedade de sintomas como uveíte anterior, intermédia, posterior ou panuveíte, bem como esclerite. A otosífilis apresenta-se com hipoacusia, acufenos ou vertigem.

O diagnóstico requer serologia sífilis positiva e/ou análise citoquímica LCR e clínica sugestiva. O tratamento é feito com penicilina.

Homem 27 anos, Brasileiro. Antecedentes de infeção VIH sob TARv.

Recorre ao SU por miodesopsias, visão central enovoada e fotossensibilidade desde há 4 semanas. Referia ainda acufenos e tonturas.

À observação a destacar hiperémia conjuntival bilateral e adenopatias inframandibulares. TC CE e órbitas sem alterações. Serologia da sífilis com TPHA positivo titulação 1/20480 e RPR 128 dil.

Avaliado por Oftalmologia com acuidade visual do OD e OE 1.0, PIO dentro da normalidade, segmentos anterior e vítreo sem alterações. Na fundoscopia, destaca-se edema bilateral dos discos óticos, documentado por tomografia de coerência ótica. Assumida sífilis do SNC com papilite, iniciada penicilina e prednisolona. Avaliado por ORL que considerou queixas cocleovestibulares no contexto de NSS com envolvimento otológico. Fez 14 dias penicilina com melhoria do edema dos discos óticos e remissão dos sintomas cocleovestibulares.

Sendo o VIH um fator facilitador da invasão do SNC pelo *T.pallidum*, a NSS é mais frequente nesta população com maior risco de complicações neurológicas e falha no tratamento.

A sífilis ocular e otosífilis podem ser facilmente confundidas com outras patologias oculares/auditivas na prática clínica, pelo que deve haver uma elevada suspeição clínica para um diagnóstico célere, prevenindo eventuais danos oculares/auditivos irreversíveis.

Nº 362 Endocardite Infeciosas Complicada com Abcesso Esplénico

Ana Simas(1); Ricardo Veloso(1); Nuno Amorim(1); Juvenal Morais(1); José Azevedo(2); Mariela Rodrigues(1); Joana Decq Mota(1); Diana Fernandes(3); Pedro Correia(3); Rui Suzano(1); Fátima Pinto(1)

(1) Hospital da Horta (2) Fundação Champalimaud (3) Não Especificado

Introdução: A endocardite infeciosa (EI) é uma complicação potencialmente fatal do abuso de drogas intravenosas, sendo o S. *aureus* o agente mais frequentemente envolvido e a válvula tricúspide a mais afetada. Apesar da embolização sistémica ser comum, principalmente com este agente etioloógico, o abcesso esplénico é uma complicação embólica rara da EI.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 32 anos de idade. Antecedentes conhecidos de abuso de drogas ilícitas intravenosas, com diversos episódios de infeções dos tecidos moles associadas aos consumos. Recorre ao Serviço de Urgência por sensação de mal-estar geral, com cerca de uma semana de evolução, associada a dor costovertebral à esquerda sem relação com traumatismo. Objetivamente apresentava palidez cutânea, febre, taquicardia, taquipneia, hipotensão, fervores pulmonares na base esquerda, hepatomegalia e esplenomegalia dolorosa. Apresentava também edema da perna direita, adenopatias inguinais dolorosas, celulite pretibilal extensa e múltiplas úlceras com exsudado purulento. Realizou ecocardiograma à admissão sem alterações de relevo. A tomografia computadorizada evidenciou hepatomegália, esplenomegália e lesão hipodensa esplénica sugestiva de abcesso infecioso. As hemoculturas isolaram o S. *aureus* e o doente

cumpriu antibioterapia, inicialmente empírica e posteriormente dirigida, assim como tratamento cirúrgico das lesões dos tecidos moles. Por elevado grau de suspeição de EI, repetiu ecocardiograma cinco dias após admissão, que revelou vegetação na válvula tricúspide. Realizou esplenectomia e tratamento conservador da endocardite, com boa evolução clinica e alta cinco semanas após admissão.

Discussão: A EI é uma complicação potencialmente letal da utilização de drogas intravenosas, sendo a válvula tricúspide a mais frequentemente afetada e o S. *aureus* o agente mais comum. O abcesso esplénico é uma condição rara, devendo-se considerar a possibilidade da sua etiologia estar relacionada com EI, especialmente quando estamos perante doentes com história conhecida de abuso de drogas intravenosas.

Nº 363 Tuberculose, um caso fastidioso

Raquel Maria de Cerqueira Armindo(1); Joana Carvalho(1); Ana Nunes(1); Paula Rosa(1)

(1) Hospital de Vila Franca de Xira

O diagnóstico de tuberculose (TB) pode ser difícil pela heterogeneidade clínica, evolução arrastada e desvalorização de sintomas. Apresentamos o caso de um homem, 29 anos, indiano, com hábitos tabágicos, etanólicos e toxifílicos (haxixe, sob metadona). Em 11/20 iniciou quadro de astenia, sudorese noturna e perda ponderal. Passados 5 meses, recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia pleurítica esquerda. A tomografia computorizada (TC) torácica mostrou consolidação com cavitação no lobo superior esquerdo (LSE) e adenopatias mediastínicas, suspeitando-se de TB pulmonar. Ficou internado, colheu expetoração, secreções brônquicas (SB) e lavado broncoalveolar (LBA) por broncofibroscopia (BF), cujo exame micobacteriológico foi negativo. Foi isolado *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina, tendo cumprido antibioterapia dirigida. O teste *Interferon Gamma Release Assay* foi positivo. Foi diagnosticada hepatite C inaugural.

Teve alta com vigilância. Por persistência dos achados no LSE em TC de controlo, foram pedidas novas amostras de expetoração e colhidas SB e LBA por BF, com exame micobacteriologico novamente negativo. Admitiu-se TB latente, decidindo-se tratar após terminar o tratamento da hepatite C.

Após um ano, verificou-se desenvolvimento de adenomegálias cervicais, mediastínicas e abdominais com necrose central associadas a perda ponderal de 8 kg, astenia e sudorese noturna. Colocadas como hipóteses diagnósticas doença linfoproliferativa vs. tuberculose. Realizou punção aspirativa ganglionar, sendo a PCR para *Mycobacterium tuberculosis complex* (MTC) positiva, bem como isolamento cultural de MTC. Concluiu-se TB ganglionar. Foram iniciados antibacilares, com boa evolução.

O diagnóstico foi demorado, mas a suspeita motivou a persistência na busca diagnóstica. Apresenta-se o caso para realçar a importância da abordagem multidisciplinar, da vigilância clínica e de exames microbiológicos seriados perante uma forte suspeita de tuberculose.

Nº 364 Febre Q

Rita Bernardino(1); Rita Monteiro(1); Carolina Coelho(1); Angela Ghiletchi(1); Beatriz Sampaio(1); Inês Matos Ferreira(1); Diogo Dias Ramos(1); Inês Fiúza M. Rua(1); Cláudia Maciel Perez(1); Sérgio Cabaço(1); Amanda Hirschfeld(1); Wendy Moniz(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

Introdução: A febre Q é uma zoonose de distribuição mundial causada pela Coxiella burnetii. É uma doença complexa e polimórfica que pode manifestar-se na forma aguda, com um curso ligeiro a moderado e prognóstico benigno, como na forma persistente ou crónica de evolução grave ou potencialmente fatal. Em Portugal, a febre Q é de declaração obrigatória, mas o número de notificações é baixo. O conhecimento sobre a endemicidade do agente é escasso, existindo poucos estudos publicados sobre a realidade no país.

Caso clínico. Homem, 88 anos, autónomo, antecedentes de valvulopatia aórtica e prótese biológica, fibrilhação auricular paroxística, doença renal crónica, dislipidemia, hipotiroidismo, com quadro de febre (39?ºC), dor abdominal localizada no hipocôndrio direito, disúria e polaquiúria com 5 dias de evolução. Analiticamente a destacar aumento da PCR, contagem leucocitária normal, aumento das transaminases e fosfatase alcalina. Urina II com ligeira leucocitúria, nitritos negativos. Após rastreio sético, iniciou cefuroxima e foi internado. Nas 48h seguidas desenvolveu quadro confusional agudo com agitação psicomotora e posterior deterioração cognitiva. Tentativa de punção lombar sem sucesso. Ecografia abdominal evidenciou ligeira-moderada hepatomegalia. TC-CE revelou alterações compatíveis com leucoencefalopatia microangiopática crónica. Exames culturais negativos. Ac. Anti-Coxiella burnetii fase II IgG/IgM positivos e fase I IgG de baixo título, restante estudo serológico negativo. RM-CE sem alterações agudas. Ecocardiograma transesofágico negativo para endocardite. Assumiu-se febre Q com atingimento hepático e neurológico. Iniciou doxiciclina 200 mg e prednisona 40 mg diários, com reversão total clínica e laboratorial ao 11.º dia. Teve alta com indicação para completar mais 10 dias de doxicilina e desmame de corticoide. Aguarda reavaliação trimestral com nova serologia.

Discussão: A infeção por C.burnetii deve ser considerada no diagnóstico diferencial de doentes com febre e níveis elevados de transaminases séricas, independentemente da presença de dor abdominal e exposição a animais potencialmente infetados, provando que é necessário manter um elevado índice de suspeita. A vigilância dos doentes expostos como forma de prevenção de potenciais situações crónicas é essencial.

Nº 365 As complicações de uma bacteriémia

Helena Hipólito Reis(1); Francisco Mendes(1); Ana Toste(1); Nuno Melo(1); Marta Soares Carreira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

O *Staphylococcus aureus* é um agente microbiológico frequentemente associado a bacteriémia. Os doentes com esta patologia podem apresentar um largo espectro de complicações, que podem ser difíceis de reconhecer.

Mulher de 72 anos com Hipertensão Arterial, Diabetes m*ellitus* tipo 2, Doença Renal Crónica estádio 4 (KDIGO) com internamento recente por síndrome de DRESS (*Drug Rash With Eosinophilia and Systemic Symptoms)* secundário ao alopurinol com envolvimento mucoso com perfuração gástrica e laparotomia neste contexto.

Recorreu ao Serviço de Urgência por drenagem purulenta da ferida cirúrgica. Analiticamente com leucocitose (13,3x10?/L) e PCR de 224mg/dL; tomografia

computorizada (TC) abdomino-pélvica com coleção adjacente à cicatriz cirúrgica, com drenagem espontânea na parede abdominal. Isolamento de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina em hemoculturas, tendo iniciado vancomicina. Ao 3º dia de internamento apresentou omalgia esquerda com sinais inflamatórios locais. Realizou ressonância magnética, que sugeria artrite sética com osteomielite da articulação acromioclavicular. Evidência de focos de infecção mestastática (pulmão e baço) em TC e sem colecções drenáveis na parede abdominal. Fez ecocardiograma transesofágico, que excluiu endocardite, mas revelou a presença de *forâmen ovale* patente (FOP).

Opção inicial de abordagem conservadora e drenagem percutânea de liquido articular, mas por persistência de queixas e sinais inflamatórios, foi submetida a desbridamento cirúrgico. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia após controlo de foco eficaz – inicialmente sob vancomicina ajustada para linezolide por *rash* urticariforme e posteriormente para daptomicina por citopenias.

O caso apresentado é demonstrativo dos possíveis desafios associados a bacteriémia por *S. aureus.* A pesquisa activa de infecção à distancia é fulcral uam vez que pode ser assintomática e pode alterar o tempo de antibioterapia, como no caso apresentado.

Nº 366 Espondilodiscite a Streptococcus sanguinis em doente com neoplasia do cólon

Catarina Ferreira Duarte(1); João Neves Maia(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A espondilodiscite é uma infecção frequentemente causada por agentes de disseminação hematogénea. Os *Streptococc*i do grupo *viridans* estão raramente envolvidos, sendo maioritariamente descritos em associação com endocardite.

Caso clínico: Doente de 72 anos, Barthel 95, contexto de síndrome metabólico, doença cérebro-vascular, doença renal crónica estadio 4 NKF, cardiopatia isquémica e insuficiência mitral submetida a anuloplastia, condicionando insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.

Recorre ao serviço de urgência por quadro de astenia com 2 semanas de evolução a que se associava, na última semana, dor lombossagrada incapacitante e picos febris diários. Negadas queixas respiratórias ou urinárias focalizadoras. Ao exame objetivo, apresentava crepitações dispersas na auscultação pulmonar e dor à palpação das apófises espinhosas lombares; sem sinais de embolização periférica. Analiticamente leucocitose, neutrofilia e elevação da proteína C reactiva. A radiografia de tórax apresentava sinais de congestão, sem aparentes consolidações. Radiografia e tomografia computadorizada da coluna lombar a sugerir causa degenerativa para as queixas, excluindo alterações osteoarticulares agudas. Hemoculturas seriadas positivas para *Streptococcus sanguinis* pelo que se assumiu diagnóstico de endocardite provável e se iniciou antibioterapia com ceftriaxona, de acordo com a sensibilidade do agente. Ecocardiografia transtorácica e transesofágica que não identificaram vegetações valvulares. A tomografia por emissão de positrões de corpo inteiro com 18-fluorodesoxiglicose (PET-18-FDG) apresentou apenas hipercaptação do disco e corpo vertebral de L4 e L5, sugerindo espondilodiscite e excluindo endocardite. Descrita ainda lesão nodular hipermetabólica no cólon transverso, suspeita de lesão neoplásica maligna.

Discussão: A associação de *Streptococcus* do grupo *bovis* a lesões neoplásicas do cólon e bacteremia secundária com endocardite e espondilodiscite está bem descrita, sendo muito mais rara para *Streptococcus* do grupo *viridans*, com pouquíssimos casos publicados. Este caso ilustra ainda o valor da PET-18-FDG na abordagem de doentes com bacteremia persistente e estudos de imagem negativos.

Nº 367 Colite por CMV: Uma apresentação severa numa doente imunocompetente

Marta Viana Pereira(1); Inês Araújo(1); Ana Andrade Oliveira(1); Martinha Vale(1); Miguel Ribeiro(1); Inês Silveira(1); Margarida Robalo(1); Carla Maravilha(1); Sofia Esperança(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: A seroprevalência de citomegalovirus (CMV) na população é elevada. A colite por CMV é um diagnóstico desafiante em doentes imunocompetentes já que a reativação neste grupo é rara. A baixa utilidade da serologia reforça esta dificuldade, pela ausência de positividade IgM nestes contextos. Entre os fatores de risco para reativação encontram-se: idade, fármacos e patologias crónicas. Descrevemos um caso representativo.

Caso Clínico: Mulher de 80 anos, encaminhada ao serviço de urgência por diarreia, dor abdominal e febre, com início 2 dias após colocação de prótese total do joelho. Na admissão apresentava-se com choque sético e disfunção multiorgânica, imagiologicamente com "distensão e líquido nas ansas intestinais". É internada por gastroenterite aguda sob antibioterapia empírica com ciprofloxacina, sonda de gases e nasogástrica em drenagem. O estudo inicial, coproculturas, hemoculturas, microbiológico, parasitológico de fezes, pesquisa de Clostridioides difficile, apenas revela positividade para pesquisa de sangue oculto nas fezes. Serologias víricas negativas para HIV, HBV e HCV, imune por contacto HAV, contacto prévio com EBV, CMV e Herpes I. Por agravamento clínico, início de vómitos fecaloides e ausência de melhoria analítica foi alterada a antibioterapia para metronidazol e vancomicina oral; feita reavaliação imagiológica com "exuberante distensão das ansas e espessamento do reto e sigmoide" e realizada retosigmoidoscopia, sugestiva de colite isquémica. Assim, iniciou tratamento conservador-suspensão da dieta e antibioterapia-com posterior melhoria clínica, analítica e imagiológica, tendo alta após 30 dias de internamento. Após a alta foram obtidos os resultados das biópsias do reto que revelaram colite por CMV.

Discussão: A colite por CMV em imunocompetentes é incomum, neste caso a doente tinha apenas a idade como fator de risco conhecido, não estando descrita na literatura associação entre cirurgias e colite CMV. Particulariza-se este caso por mais dois pontos de vista, o atraso no diagnóstico causado pela baixa suspeita clínica e achados confundidores; e a ausência de necessidade de antibioterapia em muitas das infeções gastrointestinais. Neste caso, aquando da falência terapêutica, deve investigar-se outras causas para o quadro clínico *versus* escalada terapêutica.

Nº 368 Tuberculose miliar com apresentação incomum. Um caso clínico.

Mikael Tomás Xufre(1); Maria Avila(1); Marta Duarte(1); Nuno Bernardino Vieira(1); Luísa Arez(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE - Hospital de Portimão

Introdução: A tuberculose (TB) ainda é considerada problema de saúde pública mundial. Em Portugal ainda se observam 19,36 casos / 100 .000 habitantes. Atualmente o termo TB miliar é utilizado quando dois ou mais locais não contíguos são afetados, não sendo necessário a presença do padrão radiológico miliar clássico, sendo raro em imunocompetentes.

Caso clínico: Mulher de 24 anos, angolana, a residir em Portugal há 7 meses. Apresenta-se no serviço de urgência por toracalgia de características pleurítica, tosse

produtiva e febre. Teve alta para domicílio medicada com levofloxacina. Retorna após 9 dias por manter sintomas. Ao exame objetivo mantinha queixas anteriores e referiu dor lombar a irradiar para perna esquerda com 6 meses de evolução. Na radiografia tórax e TC-tórax com derrame pleural direito de novo, e alterações sugestivas de pneumonia bacteriana. Analiticamente serologia HIV, culturas (sangue urina e expetoração) e antigenurias negativos, exame direto (ED) sem bacilos ácido-alcool resistentes, PCR 71mg/dL. Foi escalada antibioterapia para ceftriaxone + azitromicina e pedido TC-abdominopelvico (TC-AP). Por manter febre de predomínio noturno/vespertino, foi posta a hipótese de TB. Foi pedido broncofibroscopia e feito toracocentese que mostrou LDH 326U/L, ADA 191.72U/L, 784celulas/mm3 (79% linfócitos), cultura e ED negativos. Caso discutido com Pneumologia e decidiu-se iniciar empiricamente terapêutica antibacilar (TAB). Realizou TC-AP revelou coleções intra-musculares a envolver o psoas ilíaco, o piriforme e grande e médio glúteo à esquerda, a maior com cerca de 5cm, sugerindo natureza abcedada. Por dúvidas quanto à etiologia, além da drenagem percutânea e exame cultural, iniciou flucloxacilina. Durante o internamento, não se isolou nenhum microorganismo em cultura ou ED, tendo-se observado melhoria sintomática com TAB.

Discussão: O diagnóstico de TB pode ser desafiante pela baixa sensibilidade do ED e crescimento lento em cultura, dependendo por vezes o diagnóstico e decisão de iniciar tratamento da integração de dados epidemiológicos, clínicos, imagiológicos e laboratoriais. Neste caso, uma jovem imunocompetente com apresentação sugestiva de pneumonia e dor lombar, foi diagnosticada com TB miliar com afetação pleural e muscular, tendo tido alta clínica com melhoria significativa.

Nº 369 Doença de Whipple, um desafio diagnóstico

Adriana Basílio(1); Alexandra Silva Azevedo(1); Glória Gonçalves(1); Margarida Arantes Silva(1); Sílvia Ferreira de Oliveira(1); Alice Pinheiro(1); Ana Pessoa(1); Mário Esteves(1)

(1) CHMA - Hospital de Famalicão

Introdução: A doença de Whipple é uma infeção multissistémica rara, cujo agente é um bacilo Gram-positivo, *Tropheryma whippelii.* As suas manifestações principais são ao nível intestinal originando síndrome de má absorção acompanhado de dor abdominal, diarreia e perda de peso. No entanto, pode afetar qualquer parte do corpo, como articulações, o coração, pulmões, cérebro e olhos. O diagnóstico é estabelecido pela biópsia do intestino delgado ou nódulo linfático.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, com 63 anos encaminhado à consulta de Medicina Interna por artralgias migratórias, atingindo principalmente os ombros, cotovelos e tornozelos, com impacto funcional e anticorpo anti-CCP positivo. Posteriormente, apresentou uma perda ponderal significativa (7kg num mês). Do estudo realizado em ambiente de consulta, destaca-se a realização de biópsia de adenopatia retroperitoneal, latero-aórtica esquerda cuja histologia revelou aspetos morfológicos compatíveis com envolvimento ganglionar linfático por doença de Whipple. Com intuito de complementar o estudo e iniciar o tratamento, o doente foi internado. Neste regime, realizou EDA que identificou gastrite crónica antral, *Helicobacter pylori* negativa e na análise histológica de biópsia duodenal foram observados aglomerados de histiócitos com citoplasma rico em grânulos ácidos-periódico-Schiff (PAS) positivo, achados consistentes com doença de *Whipple.* Adicionalmente, foi identificada anemia por défice de ácido fólico e ferropenia ligeira, para a qual foi iniciada suplementação. Foi ainda excluído atingimento do SNC, através de PCR *Tropheryma whippelii* negativo no LCR.

Durante o internamento, cumpriu 15 dias de Ceftriaxone com melhoria clínica evidente. Posteriormente, teve alta medicado para ambulatório com Sulfametoxazol-Trimetoprim.

Conclusão: A doença de *Whipple,* habitualmente, apresenta uma boa resposta à

antibioterapia, mas, caso não tratada, pode ser grave e fatal. Uma vez que esboça uma apresentação clínica variada, nem sempre é diagnosticada. Assim, este caso, com apresentação atípica, serve como sensibilização e alerta para a doença de *Whipple*

Nº 370 ZOSTER OFTÁLMICO E PARÉSIA DO OCULOMOTOR: UMA RARA COMPLICAÇÃO

Sara Silva Pereira(1); João Matos(2); Inês Ludovico Caetano(2); Marta Matos Pereira(1); Selmira Faraldo(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima (2) Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Introdução: As parésias de pares cranianos são complicações incomuns do zoster oftálmico, e podem ocorrer como consequência direta da infeção (por nevrite) ou ser secundárias a outras complicações.

Caso clínico: Homem de 78 anos, com antecedentes de dislipidemia. Admitido no serviço de urgência por cefaleia temporal direita, vesículas com conteúdo purulento no segmento V(1) do dermátomo C1, e alterações do comportamento. Realizou punção lombar com pesquisa de varicela-zoster positiva, tendo sido internado com diagnóstico de zoster oftálmico e encefalite concomitante, sob terapêutica com aciclovir endovenoso. Ao 4º dia de internamento, apresentou limitação da adução e supraversão do olho direito, anisocoria e ptose palpebral, compatíveis com parésia do III par. Realizou TC CE com angiografia do tronco supra-aórtico e polígono de Willis, que não revelaram lesões isquémicas, hemorrágicas ou ocupantes de espaço, aneurisma da artéria comunicante posterior ou outras alterações de relevo. A RM-CE revelou sinais de multinevrite craniana herpética, com atingimento do nervo oculomotor e ramos V(1) e V2 do nervo trigémio. Iniciou corticoterapia com prednisolona 1mg/kg/dia, com evolução favorável. À data de alta tinha completado 2(1) dias de terapêutica com aciclovir, cumpria ainda corticoterapia em esquema de desmame e apresentava parésia do III par em melhoria.

Discussão: A parésia do oculomotor pode ocorrer em cerca de 6% dos casos de zoster oftálmico. O tratamento da nevrite com antivírico e corticóide leva, na maioria dos casos, à progressiva normalização da oculomotricidade (que pode, no entanto, ser mais tardia do que a regressão das lesões cutâneas). Na presença de alterações da oculomotricidade no doente com zoster oftálmico, devem ser excluídas etiologias mais comuns de parésia de pares cranianos, nomeadamente doença cerebrovascular.

Nº 371 Actinomicose cervicofacial

Rui Pedro Ribeiro(1); Emanuel Fernando Matias(1); Carolina V. Monteiro(1); Rafael Amorim Rocha(1); Ana Faceira(1); Filipa Ceia(1); Lurdes Santos(1)

(1) Hospital S. Joao

Introdução: A actinomicose é uma doença granulomatosa supurativa crónica causada pela *Actinomyces spp* – uma bactéria comensal da cavidade oral, trato gastrointestinal e geniturinário. Esta pode tornar-se patogénica quando há alteração da integridade da mucosa, na presença de tecido desvitalizado ou por mecanismos de sinergismo com outros agentes.

Caso clínico: Mulher de 77 anos. História: lúpus eritematoso sistémico com síndrome de Sjögren secundária, e osteoporose, medicada cronicamente com hidroxicloroquina. Após extração dentária (dente 36) desenvolveu edema e dor locais. Na TC apresentava

achados sugestivos de osteonecrose da mandíbula, pelo que iniciou oxigenoterapia hiperbárica. Por manutenção das lesões, foi realizada biópsia mandibular que mostrou colónias de bactérias de gram positivo sugestivas de *Actinomyces spp*. Foi internada para antibioterapia ev (benzilpenicilina ev 20MU/dia, 2 semanas), e posteriormente manteve tratamento com amoxicilina 1g 8/8h. Cerca de 5 meses após iniciar tratamento repetiu TC que mostrou sequestro ósseo mandibular. Foi submetida a sequestrectomia, cuja histologia mostrou novamente achados compatíveis com actinomicose e no exame bacteriológico foi identificada *Morganella morganii*. Adicionada levofloxacina, de acordo com perfil de sensibilidade, alterada para trimetoprim/sulfametoxazol por mucosite, que foi interrompido de forma precoce por intolerância gástrica, mas sem sinais de atividade de osteomielite em reavaliação por TC. Manteve amoxicilina que cumpriu durante 12 meses, com evolução clínica e imagiológica favoráveis.

Conclusão: O presente caso enfatiza o desafio diagnóstico desta patologia, quer pela sua apresentação clínica variada quer pela cronicidade. O exame histológico assume uma papel central no diagnóstico, bem como o exame bacteriológico, pela possibilidade de co-infeção. O tratamento requer antibioterapia de longa duração e, por vezes, abordagem cirúrgica e oxigenoterapia hiperbárica adjuvantes.

Nº 372 Celulite como ponto de partida para criptococose disseminada

Mariana Bessa Quelhas(1); Mariana Oliveira(2); Joana Faria Silva(3); Catarina Pestana Santos(4); Ricardo Veiga(5); Fernando Oliveira e Silva(6); Marta Batista(7); Filipa Ceia(6); Lurdes Santos(6)

(1) Hospital Elvas (2) Hospital Divino Espírito Santo - Ponta Delgada Açores (3) Hospital de Ponte de Lima (4) Hospital Garcia da Orta (5) Centro Hospitalar Tondela-Viseu / Hospital de São Teotónio (6) Centro Hospitalar São João (7) Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

A infeção por *Cryptococcus neoformans* é comum em doentes imunodeprimidos, nomeadamente transplantados, com atingimento pulmonar e do sistema nervoso central. Em transplantados, a criptococose cutânea ocorre por disseminação hematogénica, sendo a infeção cutânea primária rara e um diagnóstico de exclusão. Alguns estudos reportaram evidência de eliminação fecal de *Cryptococcus neoformans* por canários.

Homem de 67 anos, com doença renal poliquística, transplantado renal em 2017. Medicado com tacrolimus, micofenolato de mofetil e prednisolona. Contexto: contacto com canários. Iniciou sinais inflamatórios no antebraço direito, sem febre; interpretado como celulite bacteriana. Má evolução clínica sob antibioterapia (amoxiclina/ ácido clavulânico oral e ácido fusídico tópico, depois clindamicina. Quase um mês após início de sintomas e com agravamento clínico, foi internado com antibioterapia de largo espetro (meropenem e linezolide). Isolamento de *Cryptococcus neoformans* em hemoculturas e na biópsia cutânea de área de celulite. Realizou punção lombar para exclusão de envolvimento meníngeo, com isolamento de *C. neoformans* no líquido cefalorraquidiano (LCR). Sem envolvimento pulmonar. Iniciou terapêutica de indução com anfotericina B lipossómica e flucitosina, alterada por lesão renal aguda para fluconazol e flucitosina, que manteve até negativação de cultura de LCR; seguida de terapêutica de consolidação com fluconazol. Evoluiu de forma favorável.

Este caso salienta uma apresentação rara de criptococose e a importância de a considerar no diagnóstico diferencial de celulite bacteriana, em doentes imunodeprimidos com contexto sociodemográfico favorável. Enfatiza-se também a necessidade de uma abordagem One Health na avaliação de risco pré-imunossupressão, de forma a prevenir doenças raras e potencialmente graves como a criptococose.

Nº 373 BCGite: a propósito de um caso clínico

Rui Pedro Ribeiro(1); Emanuel Fernando Matias(1); Rafael Amorim Rocha(1); Marina Henriques Mendes(2); Ana Faceira(1); Filipa Ceia(1); Lurdes Santos(1)

(1) Hospital S. Joao (2) Centro Hospitalar Tamega e Sousa

Introdução: O Bacilo Calmette-Guerin (BCG), uma estirpe viva atenuada da *Mycobacterium bovis*, é utilizado em instalações intravesicais para o tratamento de neoplasia da bexiga pelo seu efeito imunomodulador. Uma das potenciais complicações é a BCGite, com apresentações clínicas locais ou disseminadas.

Caso clínico: Sexo masculino, 77 anos. História de neoplasia da bexiga sob tratamento com BCG intravesical há 4 meses. Recorreu ao SU por febre, polaquiúria e astenia, analiticamente com citocolestase. TC-TAP de ambulatório a mostrar micronódulos não calcificados dispersos pelo parênquima pulmonar e discreto hiporrealce heterogéneo no parênquima renal esquerdo com concomitante espessamento urotelial a nível ureteropielocalicial e densificação dos planos adjacentes. Internado eletivamente para estudo. Do estudo complementar: pesquisa de BAAR positiva na urina e negativa em amostras respiratórias (secreções brônquicas e lavado), DNA *Mycobacterium tuberculosis* complex negativo em amostras respiratórias, e micobacteriológicos culturais na urina e, mais tarde, também em secreções brônquicas com isolamento de estirpe de BCG; biópsia hepática com hepatite granulomatosa com células gigantes tipo Langhans. Assim, assumido diagnóstico de BCGite disseminada. Suspendeu instilações intravesicais de BCG e iniciou tratamento antibacilar com isoniazida, rifampicina e etambutol.

Conclusão: Este diagnóstico deve ser considerado em doentes tratados com BCG intravesical, independentemente do tempo decorrido desde o início do tratamento. Perante clínica compatível, o diagnóstico é feito pela identificação de *M. bovis* em fluídos ou tecidos envolvidos, excluindo a urina, na qual se podem manter culturais positivos por vários meses sem significar doença. A evidência de processo granulomatoso ou PCR de *M. bovis* positiva em orgãos ou tecidos afetados também ajudam a corroborar o diagnóstico.

Nº 374 Sépsis no contexto de Síndrome de Weil

Sara Isabel Vasconcelos(1); André Santos Pinto(1); Sara Montezinho(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A leptospirose é uma zoonose reemergente com distribuição mundial. A transmissão é feita por contacto direto ou indireto com água contaminada pela urina de animais, sobretudo roedores. A Síndrome de Weil é uma manifestação mais rara e grave, decorrente de um envolvimento multiorgânico.

Caso Clínico: Homem de 70 anos, antecedentes de HTA, DM tipo 2, Dislipidemia, HBP e DAP.

Recorre ao SU por mialgias, tonturas, dispneia, síncope e mucosas ictéricas com cerca de (1) semana de evolução. Do contexto epidemiológico: habitação rural, coabitação com animais domésticos, não se podendo excluir presença de ratos; ingestão de água de poço. À admissão taquicárdico, taquipneico, SpO2 em ar ambiente 85%, febril, ictérico e com colúria. Do estudo: Hb 7.7mg/dl, Plaquetas 11000mg/dl, Creatinina 2.7mg/dl, Hiponatremia 132mmol/l, Lactatos 1.9mmol/l e Bilirrubina 3.89mg/dl. ECG com alterações da condução cardíaca. TC tórax com extensas áreas em vidro despolido nodulares peribroncovasculares em ambos os campos pulmonares. Ecografia renal com ligeiro aumento da refletividade do parênquima renal bilateral.

Internado por choque séptico de ponto de partida indeterminado com disfunção

multiorgânica (cardiovascular, respiratória, renal, hematológica e hepática) e elevação dos parâmetros inflamatórios. Inicialmente com necessidade de suporte ventilatório e vasopressor, mas com progressão favorável sob corticoterapia e antibioterapia com Doxiciclina e Ceftriaxone. Posteriormente, com isolamento de leptospira na urina, que possibilitou integrar o contexto epidemiológico e toda a clínica como Síndrome de Weil.

Conclusão: A Síndrome de Weil ocorre numa minoria dos casos de leptospirose e pode ter evolução rápida para disfunção multiorgânica quando não diagnosticada precocemente. O contexto epidemiológico é a chave para a suspeição clínica, sendo por isso necessária uma anamnese detalhada para permitir iniciar precocemente terapêutica dirigida, de modo a evitar resultados desfavoráveis.

Nº 375 Tuberculose Pleural - Viagem ao Centro do Derrame

Dr. Ricardo Miguel Costa(1); Luísa Gonçalves(1); Joana Vieira Naia(1); Joana Sotto Mayor(1); Marta Costa(1); Cindy Tribuna(1)

(1) Hospital de Braga

A tuberculose é uma doença em decréscimo em Portugal, tendo sido notificados 14,2 casos por 100.000 habitantes em 2020. É, no entanto, uma das principais causas de derrame pleural unilateral exsudativo, sendo reportado em alguns estudos até 12% de incidência. No entanto, os exames culturais são frequentemente negativos, em até 90% dos casos, dificultando o diagnóstico.

Mulher de 80 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca, recorre ao SU por dispneia e cansaço para pequenos esforços com uma semana de evolução. Objetiva-se derrame pleural à direita de grande volume em radiografia torácica e é internada para estudo. Analiticamente apresentava proteína C reativa elevada, sem leucocitose ou linfocitose; líquido pleural compatível com exsudado, adenosina deaminase (ADA) de 206 UI/L, lactato desidrogenase 265 UI/L, pH normal e linfocitose de 77% com rácio linfócitos/leucócitos >0,75; microbiológico e micobacteriológico de líquido pleural negativos; baciloscopias negativas de lavado e aspirado broncoalveolar. Por melhoria clínica e analítica com furosemida e broncodilatação, a doente teve alta, com biópsia pleural em curso. É reavaliada duas semanas depois em consulta, tendo se confirmado biópsia pleural positiva para Mycobacterium tuberculosis complex e inicia tratamento com antibacilares.

O aproveitamento micobacteriológico é tão baixo quanto 10% no líquido pleural, embora se descreva sensibilidades de até 80% na biópsia pleural. Assim, está descrita na literatura a possibilidade de estabelecer diagnóstico presumptivo com base em ADA superior a 40 UI/L no líquido pleural, exsudado pleural com predomínio linfocítico e probabilidade pré teste elevada. Neste caso poderia ter sido diagnosticada tuberculose pleural precocemente e iniciado tratamento previamente à alta do internamento, enquanto aguardava resultado da biópsia pleural. Acresce-se que Portugal tem uma incidência de tuberculose em decréscimo considerável e que o tratamento adequado e identificação destes casos contribuem para o trabaho importante que tem sido realizado, contribuindo também para a proposta deste caso

Nº 376 Meningite VZV em doente VIH

Bárbara Fraga Campos(1); Maria João Vilela(1); Diogo Lopes(1); Vanessa Palha(1); Teresa Pimentel(1); Narciso Oliveira(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: A infeção VIH é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo. A infeção aguda por VIH manifesta-se por uma síndrome retroviral agudo, incluindo febre, cefaleias, odinofagia, perda de peso, no entanto, pode apresentar sintomas atípicos como infeções oportunistas e manifestações do sistema nervoso central.

Caso Clínico: Homem de 4(1) anos, sem antecedentes patológicos conhecidos, com história passada de consumo de heroína inalada e, por (1) vez, injetável. Recorreu ao Serviço de Urgência por diminuição da acuidade visual com (1) mês de evolução. Referia náuseas e cefaleias com 2 semanas de evolução, associadas a febre, tosse seca e suores noturnos, na última semana. Ao exame físico encontrava-se emagrecido, com candidíase oral e lesões descamativas dispersas no tórax anterior e lesões eritematosas, de bordos irregulares no dorso e membros superiores. No estudo analítico, ligeira citólise hepática, VDRL não reativo, anti- VIH I positivo, carga viral > 10. 000.000, CD4 35, EBV positivo, Ac anti Herpes I positivo para IgG e duvidoso para IgM. No TC-CE não se verificaram alterações significativas. Realizou punção lombar, com isolamento de vírus Varicela Zoster (VZV), tendo cumprido 14 dias de aciclovir 10 mg/ Kg EV 8/8h e 23 dias de prednisolona. Iniciou, no internamento, terapêutica antirretroviral.

Discussão: Cefaleia descrita como dor retro ocular está frequentemente presente na infeção aguda por VIH. No entanto, podem ocorrer manifestações mais graves, sendo estas mais raras. A primeira síndrome neurológica grave a ser reconhecida foi a meningite asséptica, com cefaleia intensa, meningismo, fotofobia e pleocitose no liquido cefalorraquidiano. A causa mais comum de meningite nos doentes VIH positivos é a meningite criptocócica, seguida da neurossífilis e VZV. O tratamento da meningite por VZV passa por administração de aciclovir endovenoso ajustado à função renal, dada a nefrotoxicidade, durante 7 a 10 dias.

Nº 377 Dengue - A propósito de um caso clínico

Maria João Vilela(1); Carolina Maia Nogueira(1); Filipa Marques Rodrigues(1); Fábio Neves(1); Catarina Araújo(1); André Santa Cruz(1); Cristina Ângela(1); Isabel Apolinário(1); Gonçalo Santos(1); Ana Rita Matos(1); Paula Ferreira(1); Sara Marques(1); Alexandre Carvalho(1)

(1) Hospital Braga

O dengue é uma doença febril causada pela transmissão viral através da picada do mosquito *Aedes*. A infeção pode ser assintomática ou apresentar inúmeras manifestações clínicas, desde uma doença febril leve até ao choque hemorrágico.

Caso clinico: Doente de 48 anos do sexo feminino, saudável. A doente tinha feito uma viagem em lazer a Cuba, tendo regressado 3 dias antes da admissão. Reportou condições de higiene precárias em alguns locais na viagem com risco de contaminação fecal-oral e picadas frequentes de insetos. Referia início de mal-estar, mialgias e cefaleia retro-ocular 2 dias antes da admissão e temperatura subfebril com início no dia anterior, que cedia ao paracetamol. Nas 24 horas que precederam a ida ao SU a febre tornou-se progressivamente mais frequente com intervalos de 6 em 6 horas e aparecimento de eritema cutâneo na região do tronco e abdómen anterior e posterior, não pruriginoso. Sem outras queixas. Não tomou AINEs. Analiticamente apresentava leucopenia com linfopenia e trombocitopenia, mas com bastantes agregados plaquetários. Não apresentava citólise, disfunção

hepática ou hemólise. Apresentava serologias viricas, pesquisa de antigénio malária e TrAg SARS-CoV2 negativo. Ficou internada ao cuidado para investigação adicional e tratamento. Colheu serologias para Dengue, Zika e Chikungunya que foram enviadas ao Instituto Ricardo Jorge. Permaneceu internada durante 5 dias, apresentando regressão de manifestações hematológicas, com melhoria da linfopenia e trombocitopenia, apresentando à data de alta contagem de plaquetas superior a 20000, com agregados. Durante o internamento nunca apresentou manifestações hemorrágicas, inclusive sem hematomas, petéquias ou gengivorragias. Foi orientada para Consulta Externa, onde foi confirmado serologicamente e por PCR do diagnóstico mais provável, Dengue.

Apesar de ser, aparentemente um caso linear, trata-se de uma entidade não comum em Portugal e é importante reforçar a necessidade de o considerar no diagnóstico diferencial, evitando desfechos trágicos para o doente.

Nº 378 Clostridioides difficile e vasculite cutânea - uma correlação?

Ivo Mendes(1); Inês Pintassilgo(1); Inês Evangelista(1); Rúben Silva Costa(1)

(1) Hospital Garcia da Orta

Introdução: A infeção a *Clostridioides difficile* (CD) é uma das infeções associadas a cuidados de saúde mais comuns, cursando com diarreia aguda, em particular no contexto de fatores de risco (idade avançada, antibioterapia recente e hospitalização). A associação com vasculites cutâneas é rara, havendo apenas alguns casos descritos na literatura.

Caso Clínico: Os autores descrevem o caso de um homem de 74 anos, com internamento recente por *tinea pedis* bilateral sobreinfetada, tendo realizado ciprofloxacina e amoxicilina-clavulanato, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor abdominal e vómitos com 10 dias de evolução. Apresentava exantema purpúrico palpável nos membros inferiores e durante a permanência no SU desenvolveu diarreia. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios e urina II com leucócitos 75u/L, proteínas 15mg/dL e eritrócitos 300u/L. Realizou tomografia computorizada abdominopélvica que revelou aspetos compatíveis com edema submucoso e realce da mucosa de todo o cólon. A pesquisa de toxina de CD revelou-se positiva. Colheu também hemoculturas, coprocultura, exame parasitológico das fezes e estudo de autoimunidade, que se revelaram negativos. Cumpriu vancomicina oral durante 10 dias, com resolução completa dos sintomas e melhoria substancial das lesões cutâneas.

Discussão: O diagnóstico de colite a CD é geralmente baseado em testes positivos em doentes com fatores de risco e clínica compatível. As vasculites cutâneas de pequenos vasos são causadas frequentemente por quadros infeciosos, mas a sua associação com infeção a CD não é frequente. Foi também considerado o diagnóstico de vasculite IgA, que poderia explicar as alterações no sedimento urinário e parte do quadro gastrointestinal. A biópsia cutânea não foi realizada pela melhoria das lesões sem tratamento específico. O caso descrito vem realçar que a infeção a CD pode ser um *trigger* para o desenvolvimento de vasculite, sendo necessários mais estudos para clarificar a sua relação.

Nº 379 Pericardite recorrente por Parvovírus B19

Rui Pedro Ribeiro(1); Diana Martins Fernandes(1); José Pestana Ferreira(1); Ana Faceira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A pericardite recorrente diz respeito a um episódio subsequente de pericardite num indivíduo com este diagnóstico prévio e assintomático há, pelo menos, 4 a 6 semanas. Uma das causas mais frequentes de recorrência é o tratamento inadequado. Cerca de 20% destes casos são de etiologia vírica.

Caso clínico: Sexo masculino, 22 anos. História de 3 episódios de pericardite num intervalo de dois anos. Aquando do primeiro episódio, aos 18 anos, apresentação com derrame pericárdico de grande volume abordado por pericardiocentese. O líquido pericárdico revelou presença de 2700 leucócitos/uL com ligeiro predomínio de polimorfonucleares, e a pesquisa de DNA do Parvovírus B19 foi positiva (IgM negativa e IgG positiva no sangue). No primeiro episódio cumpriu terapêutica com ibuprofeno e colquicina durante 3 meses, e nos episódios subsequentes completou 6 meses. Nas recorrências foi documentada virémia por Parvovírus B19. Cerca de 8 meses após o último curso de anti-inflamatório, recorreu ao SU por toracalgia de características pleuríticas, sem febre. Encontrava-se apirético e normotenso. Analiticamente apresentava subida dos marcadores inflamatórios, trop I hs normal. O ECG mostrou alterações sugestivas de pericardite. Foi internado sob terapêutica anti-inflamatória e teve rápida melhoria da toracalgia. Documentada novamente viremia por Parvovírus B19 (<150UI/mL). O doente manteve seguimento em consulta externa sendo que, numa próxima recidiva, será considerado tratamento dirigido (recusa corticoterapia).

Conclusão: São poucos os casos descritos de pericardite recorrente por Parvovírus B19. No presente caso clínico este parece ser o agente etiológico (identificação no líquido pericárdico e virémia nas recorrências). Nos casos de pericardite recorrente refratária têm surgido novas terapêuticas, nomeadamente um antagonista do recetor da interleucina (1) (anakinra), e algumas terapêuticas imunossupressores poupadoras de corticóide (p.ex. azatrioprina).

Nº 380 Mais um caso raro de Raoultella planticola

Pedro Menezes Cordeiro(1); Rafael Coelho Viana(1); Filipe Alfaiate(1); Sandra Ganchinho Lucas(1); Irene Cortes Verdasca(1); Tereza Veloso(1)

(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: *Raoultella planticola* é um bacilo gram-negativo frequentemente encontrado na água, solo e ambientes aquáticos. Raramente associado a infecção clínica (309 casos reportados) quando ocorre, é habitualmente de origem nosocomial (maioritariamente após procedimentos invasivos). Está ainda associada a ingesta de marisco, neoplasia do foro biliar, infecção gastrointestinal, urinária e pulmonar e bacteriémia.

Caso Clínico: Homem de 90 anos, parcialmente autónomo, com história de hipertrofia benigna prostática, insuficiência cardíaca e doença renal crónica, deu entrada no Serviço de Urgência por quadro de 3 dias de diarreia profusa, fétida, de cor preta, vómitos alimentares, sonolência, confusão e recusa alimentar. À admissão encontrava-se normotenso, normocárdico, com SpO2 a 97% em ar ambiente, apirético, sonolento, com dor à palpação profunda da fossa ilíaca esquerda e região supra-púbica. A investigação detectou bacteriémia a *Raoultella planticola*. Fez Tomografia Computorizada abdomino-pélvica que mostrou fígado com várias formações nodulares de aparência cística dispersas, ligeira ectasia da via biliar primária sem causa obstrutiva aparente, vesícula biliar com

espessamento parietal difuso de conotação inflamatória com lamas biliares/microlitíase em topografia mais dependente intraluminal, leve edema periduodenal a envolver a 2ª/3ª porção onde se observa divertículo e ligeiro espessamento parietal difuso do cólon, de conotação inflamatória no transverso e descendente. Iniciou antibioterapia dirigida com ciprofloxacina. Durante o internamento, tendo em conta o status do doente e o *primum non nocere,* optou-se por não se efectuar investigações invasivas, comprometendo-se a obtenção de diagnóstico definitivo.

Discussão: Afastada a etiologia iatrogénica, os resultados das investigações efectuadas até ao momento conduzem a suspeita de infeção gastrointestinal em contexto de neoplasia biliar, a qual é associada a infeção oportunista por *Raoultella planticola*.

Nº 381 Herpes Zoster: Manifestação Rara de uma infecção comum

Sofia Perestrelo Lima(1); Catarina Branco(1); Cátia Oliveira(1); Bárbara Teixeira(1); Helena Maia(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A infecção por herpes zoster é uma infecção comum, particularmente em idosos e imunosuprimidos. Na grande maioria dos casos atinge um dermátomo, causando dor neuropática e vesículas cutâneas com prurido associado. O atingimento de gânglios motores é raro nestas infecções.

Caso Clínico

Apresentamos o caso de uma doente de 63 anos, com leucemia linfocítica crónica (LLC), sob tratamento com Ibrutinib, que recorreu ao serviço de Urgência por omalgia direita com limitação funcional associada. Posteriormente desenvolveu vesículas pruriginosas no território cutâneo inervado por C5 a C7, e febre. Decidido internamento para tratamento com aciclovir, gabapentina, venlafaxina e AINEs. No internamento paresentou agravamento progressivo pelo que realizou ressonância magnética do plexo braquial direito que mostrou hipersinal em T2, discreto espessamento e captação difusa de contraste das raízes C5 e C6 à direita, e mais discretamente da C7, associando-se hipersinal dos músculos infraespinhoso e subescapular direitos, aspectos compatíveis com plexopatia e desnervação precoce. A doente manteve tratamento e decicido iniciar prednisolona com melhoria progressiva.

Discussão: O herpes zoster manifesta-se quando há reactivação do vírus numa raíz dorsal dos gânglios. Na grande maioria dos casos as manifestações neurológicas são puramente sensitivas. O caso apresentado descreve uma plexopatia braquial direita com envolvimento do tronco superior e lesão radicular motora C5 e C6 em contexto de uma infecção por Herpes Zoster. A fisiopatologia desta complicação rara não está totalmente esclarecida, uma vez que tem uma incidência estimada de 0,5 a 3%.

Nº 382 Meningite a Listeria Monocytogenes - Um Internamento de complicações

Paula Cerqueira(1); Pedro Vieira(1); Sara Silva Pereira(1); Ana Sofia Ferreira(1); Sabina Belchior Azevedo(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima

Introdução: Listeria monocytogenes é uma bactéria ubiquitária do solo, água e alimentos crus afetando sobretudo recém-nascidos, idosos e indivíduos imunocomprometidos, com mortalidade elevada. Provoca maioritariamente infeções autolimitadas como gastroenterite ou síndrome gripal, sendo responsável por 10% das meningites bacterianas.

Caso Clínico: Homem de 68 anos, autónomo, com antecedentes pessoais de carcinoma epidermóide do esófago, carcinoma de pequenas células do pulmão localmente avançado, epilepsia e etilismo crónico. Trazido ao Serviço de Urgência por crise convulsiva tónicoclónica generalizada e febre. Ao exame objetivo prostrado, febril e hipotenso. Neurologicamente com rigidez da nuca e sinal de Brudzinski positivo. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, pancitopenia e hiperlactacidémia. Realizou TC cranioencefálica com exclusão de evento agudo e posteriormente punção lombar com LCR turvo, proteinorráquia e diminuição franca da glicémia. Iniciou empiricamente ampicilina, vancomicina e meropenem face a elevada suspeita de meningite em doente imunocomprometido. No 2ºdia de internamento com múltiplas crises tónico-clónicas generalizadas com agravamento do estado de consciência, sem recuperação do mesmo entre crises e com necessidade de várias linhas de tratamento, assumindo-se estado de mal epiléptico. Posteriormente, isolada Listeria monocytogenes em LCR e alteração da antibioterapia para ampicilina e gentamicina. Ao longo do internamento e após melhoria do estado de consciência doente disártrico e com diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo tendo realizado RMN cerebral com marcada atrofia cerebral. Após as medidas instituídas doente com franca melhoria clínica encontrando-se à data de alta apenas com períodos de confusão e com resolução total dos défices neurológicos. De destacar ainda no internamento poliúria, hipotensão e hiponatrémia em agravamento com alterações analíticas compatíveis com *Cerebral Salt Wasting Syndrome*, com melhoria e resolução após reposição do volume.

Discussão: o diagnóstico de meningite por Listeria é difícil pela clínica inespecífca e manifestações desde febre até alteração do estado de consciência, podendo ser complicada por patologias neurológicas graves, carecendo diagnóstico e tratamento urgente.

Nº 383 O grande mimetizador – um caso de diagnóstico difícil

Teresa Sofia Abegão Valente Jesus(1); Cláudia Fitas(1); Teresa Tomásia Silva(1); Sofia Andraz(1); Fátima Cereja(1); Mariana Antão(1); Carlos Cabrita(1); Ana Ribeiro(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, de apresentação clínica variada e com diagnóstico por vezes difícil e tardio. O estado de hipercoagulabilidade associado à tuberculose activa contribui para o aumento do potencial trombogénico; ainda assim, o tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma entidade raramente reportada como complicação de Tuberculose Pulmonar, com uma prevalência na doença activa de cerca de 2%.

Relatamos o caso de uma mulher de 78 anos, com antecedentes pessoais de hérnia do hiato, refluxo gastroesofágico e osteoartrose. Recorreu ao serviço de urgência

por quadro de dispneia súbita. À admissão apresentava-se polipneica, sem alterações na auscultação pulmonar e com insuficiência respiratória parcial. Realizou angioTC torácica que evidenciou 'defeito de repleção filiforme distal da artéria pulmonar direita com extensão lobar traduzindo TEP', bem como 'múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares e várias nodularidades parenquimatosas pulmonares sugestivas de natureza secundária.' Foi assumido o diagnóstico de TEP de provável etiologia paraneoplásica (primário desconhecido com metastização pulmonar vs doença linfoproliferativa). Da investigação posterior, destaca-se o PET-TC, com múltiplas adenopatias supra e infradiafragmáticas com taxa metabólica elevada sugestivas de malignidade, assim como duas ecobroncoscopias com punção aspirativa, com resultado inconclusivo. Posteriormente realizou toracoscopia com biópsia pulmonar, tendo como resultado a presença de granulomas necrotizantes com histiócitos. Ao fim de um ano de investigação em que manteve clínica de cansaço fácil para pequenos esforços, sem tosse nem perda ponderal associada, chegou-se ao diagnóstico de tuberculose pulmonar. Iniciou antibacilares e houve resolução clínica completa.

Este caso demonstra que nem sempre a hipótese diagnóstica mais provável é a definitiva. A "resiliência" diagnóstica acaba por nos fazer chegar ao diagnóstico final. A tuberculose pode mimetizar doenças oncológicas ou outras doenças inflamatórias pelas múltiplas formas de apresentação que pode ter. É um diagnóstico a não esquecer em situações clínicas mais complexas e de diagnóstico difícil.

Nº 384 Malária severa: Choque de causa infrequente

RUI FILIPE LOPES CARVALHO(1); Raquel Costeira(1); Ana Vaz Cristino(1); Nelson Barros(1); Francisco Esteves(1)

(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: Malária é uma das doenças infecciosas mais importantes a nível mundial, causada por protozoário do gênero Plasmodium transmitido por picada de mosquito infectado. É endémica em zonas tropicais e sub-tropicais, mas dado um período de incubação relativamente longo e as viagens frequentes do mundo moderno pode apresentar-se em regiões sem transmissão ativa.

A relativa infrequência de malária em muitas regiões do nosso país obriga à presença de alto grau de suspeição perante doentes com história clínica concordante.

Caso: Homem, 5(1) anos, sem antecedentes de relevo. Reside por períodos em Angola desde há alguns anos, sem cumprir tratamento profilático. Apresenta-se ao serviço de urgência por quadro com 4 dias de evolução de febre, icterícia e cefaleia.

À admissão, hipotensão de 65/44 mmHg com tempo de reperfusão capilar aumentado e disfunção multiorgânica: cardiovascular (lactatos 4.(1) mmol/L), respiratória (taquipneico com PaO2 65 mmHg), renal (creatinina 1.7 mg/dL), hepática (bilirrubina 9,9 mg/dL) e hematológica (plaquetas 13x10^3/uL). Do estudo laboratorial etiológico a destacar parasitémia de 36% por Plasmodium Falciparum.

Por indisponibilidade imediata de fármaco de 1ª linha, inicou tratamento com quinina e doxiciclina, sendo admitido ao serviço de medicina intensiva sob oxigenoterapia e suporte vasopressor.

Ao 2º dia de internamento constatado agravamento do estado neurológico com escala de coma de Glasgow mínima de 9, que motivou switch de terapêutica para Artesunato.

Após documentação de parasitémia inferior a 1% suspendeu terapêutica endovenosa e completou tratamento com artemeter/lumefantrina com melhoria progressiva de atingimento orgânico e quadro sintomático.

Conclusão: A malária severa é uma emergência médica. Pretendemos chamar

atenção a uma causa incomum de disfunção multiorgânica na qual a suspeita clínica permite orientar estudo etiológico com possibilidade de diagnóstico rápido e tratamento dirigido.

Nº 385 Colite a CMV em Doente Imunocompetente

Angela Ghiletchi(1); Inês Fiuza M Rua(1); Sérgio Cabaço(1); Carolina Coelho(1); Inês Matos Ferreira(1); Rita Bernardino(1); Rita Monteiro(1); Diogo Dias Ramos(1); Cláudia Maciel Perez(1); Amanda Hirschfeld(1); Wendy Moniz(1); Maria Helena Pacheco(2); Lurdes Venâncio(1); Manuel Serrano(1); Rodrigo Leão(1); Maria Conceição Loureiro(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos (2) Não Identificado

A infeção por CMV em imunocompetentes é relativamente rara, ocorrendo a primo infeção maioritariamente nas crianças, aumentando a prevalência com a idade e tem múltiplas vias de transmissão, bastando contacto próximo. Geralmente assintomática neste grupo de doentes pode, no entanto, ter formas graves de evolução variável.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 87 anos, levada ao Serviço de Urgência por quadro com um mês de evolução de diarreia com fezes sanguinolentas, incontinência de esfíncter anal e acrescido de adinamia e anorexia. Sem dor abdominal. Tratava-se de uma doente com história pessoal de Hipertensão Arterial Essencial, Síndrome Demencial Vascular e Hipotiroidismo subclínico. Medicada com levotiroxina, valsartan e hidroclorotiazida. À observação inicial apresentava-se desorientada, apirética, hidratada e com dor abdominal generalizada à palpação. Do estudo efectuado destacava-se aumento dos leucócitos 16.0x10^9/L, da proteína C reactiva 56mg/L e lesão renal aguda (Creatinina 2,3mg/dL). Durante o internamento realizou colonoscopia, onde foi relatada a presença de extensa ulceração de fundo irregular e bordos aparentemente regulares, no recto distal. Através de imunohistoquímica e histologia das biópsias da lesão foi identificado Citomegalovírus (CMV), serologia CMV IgG - 176(1) UA/mL, IgM negativo e Carga viral CMV 179,0 UI/mL. Iniciou tratamento dirigido com ganciclovir - com indicação para fazer 3 a 6 semanas de tratamento -, tendo diminuído de 3 a 4 dejecções diarreicas para uma dejecção mole diária, em 5º dia de tratamento.

A doença invasiva tecidular a CMV como a colite acarreta importante morbilidade, pelo que importa ter um índice de suspeição elevado em doentes idosos com diarreia e hemorragia digestiva baixa e não descartar o diagnóstico perante outros possíveis factores (como antibioterapia ou infeções do tracto urinário).

Nº 386 Uma manifestação rara e grave – Encefalite a HHV6

Flávio Quadrado(1); Rita Duarte(1); Diogo Canudo(1); Inês Canha da Silva(1); Margarida Jacinto(1)

(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: As infecções pelo herpes vírus humano 6 (HHV6) são mais comuns durante a infância, acompanhadas de sintomatologia ligeira, sendo raro encontrá-las em adultos imunocompetentes. Nestes casos surgem com febre, hepatite ou até mesmo encefalite.

Caso clínico: Homem de 4(1) anos, asmático, sem outros antecedentes relevantes, deu entrada no serviço de urgência por quadro de 24 horas de evolução de cefaleia occipital com fotofobia e desequilíbrio na marcha para a esquerda. Realizou TAC-CE que excluiu AVC agudo. Foi internado na UAVC onde se verificou discreta disartria, hiperreflexia em

todos os reflexos testados e assimetria na sensibilidade. Realizou ressonância magnética que não mostrou alterações, e por suspeita de encefalite, foi feita punção lombar. Iniciou empiricamente antibioterapia e antivírico. Após resultado do exame cultural (negativo) e painel de vírus (positivo a HHV6) do líquido cefalorraquidiano, foi discutido o caso em reunião multidisciplinar com Neurologia tendo sido suspensa toda a medicação, por não haver indicação para terapêutica dirigida a HHV6 em imunocompetentes. O doente apresentou uma boa evolução clínica ficando assintomático após 10 dias do início dos sintomas, mantendo seguimento em consulta de Neurologia.

Discussão: A encefalite por HHV6 é uma manifestação rara no adulto sem história prévia de imunossupressão, não necessitando de terapêutica dirigida na maioria das situações. A sua incidência tem vindo a aumentar nos doentes imunocompetentes devendo ser considerada como possível etiologia. Pela possibilidade de manifestações graves na fase aguda como a longo prazo (doença desmielinizante do SNC), o diagnóstico diferencial, o seguimento destes doentes por equipas multidisciplinares é fundamental.

Nº 387 De Pielonefrite a Leptospirose

Sara Nunes Gomes(1); Mónica Jardim(1); Sofia Almada(1); Alexandra Malheiro(1); Luz Reis Brazão(1); Teresa Faria(1)

(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: Leptospirose é uma doença zoonótica causada por uma espiroqueta, *Leptospira interrogans*. Apresenta uma clínica com sintomatologia inespecífica, mais frequentemente febre, cefaleias, mialgias, que pode variar entre assintomática até severa, podendo ser fatal.

Caso clínico: Homem, 32 anos. Sem antecedentes ou medicação habitual. Recorre ao Serviço de urgência por dor abdominal suprapúbica associado a dificuldade miccional, febre (TT 39ºC) e mialgias com 4 dias de evolução. À admissão apresentava-se febril (TC 38,9ºC), taquicárdico (FC 109 bpm), polipneico com necessidade de aporte suplementar de O2 a 2L/min e hipotenso (TA 91/53mmHg) mas com TPC<2 segundos. Auscultação pulmonar apresentava diminuição do murmúrio vesicular na base pulmonar direita. Restante exame objetivo sem alterações. Analiticamente, linfopenia, rabdomiólise de 780 U/L e PCR 166.05mg/dL. Realizou TAC-Abdominal por suspeita de pielonefrite que revelou opacidades alveolares com distribuição tree-in-bud, associado a processo inflamatório. Doente foi admitido em internamento por PAC e iniciado ATB empírica. Exames culturais e serológicos negativos. Durante o internamento desenvolve elevação das transaminases e elevação progressiva da PCR. Foi pedido novamente teste a lepstospira, neste momento, através da pesquisa molecular de RNA que se mostrou positivo. Doente apresentou evolução favorável clínica e analítica pelo que teve alta hospitalar e foi referenciado à consulta de Medicina Interna para reavaliação.

Discussão: Os autores expõem outra possível apresentação clínica da leptospirose. Sendo esta uma doença por vezes de difícil diagnóstico rápido pela sua sintomatologia inespecífica torna-se ainda mais desafiante quando esta não se apresenta com a clínica mais frequente.

Abreviaturas: TC- Temperatura corporal; FC- Frequência cardíaca; TPC- Tempo de perfusão capilar; PAC- Pneumonia adquirida na comunidade; ATB- antibioterapia; PCR- proteína c reativa

Nº 388 Da hepatite C à doença multisistémica

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

Introdução: A infeção por vírus da hepatite C (VHC) é tipicamente associada a doença hepática, no entanto poderá estar na origem de manifestações extra-hepáticas, incluindo crioglobulinemia e consequente doença multisistémica.

Caso clínico: Homem, 6(1) anos, história de doença cerebrovascular, cardiopatia hipertensiva, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 controladas, doença renal crónica em estudo, anemia normocítica e normocrómica em estudo e hipertiroidismo em estudo, infeção VHC crónica não tratada, tabagismo e uso pregresso de drogas endovenosas.

Internado por AVC isquémico agudo (síndrome lacunar motora esquerda com disartria), tendo realizado estudo vascular completo, destacando-se apenas infeção por VHC. Apresentava agudização da anemia (ferropénia e hipofolatémia) e doença renal crónica, com hipercaliémia e proteinúria na faixa nefrótica (ecograficamente com hipertrofia de coluna de Bertin); e hipertiroidismo com necessidade de terapêutica antitiroideia. Durante o internamento, por dor neuropática (membros inferiores), realizou eletromiograma que revelou polineuropatia periférica sensitivo-motora axonal.

Realizou ecografia abdominal onde se destacava hepatomegália com contornos ligeiramente irregulares, mas ecogenicidade mantida.

Perante doença cerebrovascular e renal, anemia, polineuropatia e alterações da função tiroideia, foi pesquisado um diagnóstico que justificasse todas as alterações: amiloidose (excluída após biópsia da gordura abdominal), gamapatias monoclonais (normal doseamento das imunoglobulinas, sem pico monoclonal) ou manifestações extra-hepáticas do VHC, incluindo criglobulinemia (crioglobulinas positivas, sem aumento do fator reumatóide ou hipocomplementemia). O doente teve alta a aguardar biópsia renal (exclusão de glomerulonefrite membranoproliferativa associada a infeção VHC) e encaminhado para consulta de Infeciologia (início de terapêutica antiviral).

Discussão: Na presença de múltiplas manifestações, é necessário a procura de uma entidade única que as consiga explicar. Apesar de menos comum, é necessário não esquecer as manifestações extra-hepáticas do VHC, incluindo a doença cerebrovascular, doença renal ou anemia.

Nº 389 Infeção a Pneumocystis jirovecii em doente imunocomprometido não VIH

Inês Fiúza M. Rua(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); Wendy Moniz(1); Lurdes Venâncio(1); Conceição Facha Loureiro(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Pneumocystis jirovecii continua a ser um importante agente patogénico oportunista, dentro da ampla gama de microorganismos conhecidos nos imunocomprometidos. Apesar de ser uma infeção associada aos doentes VIH que geralmente desenvolvem um curso subagudo da doença, tem-se verificado o seu aumento em doentes imunocomprometidos sem VIH, que apresentam uma rápida progressão da doença com maior risco de insuficiência respiratória e maior mortalidade.

Mulher, 76 anos, com história de HTA, DM2 insulino-tratada e neoplasia da mama

bilateral síncrona, sob QT com paclitaxel + trastuzumab. Iniciou quadro de febre após 2º ciclo de QT (Tmax. 38,9ºC), associado a dispneia e cansaço, razão pela qual recorreu ao SU. Sem outras queixas associadas. À admissão, normotensa, discretamente taquicardica (105bpm), febril (TT 38.2ºC), polipneica com SpO2 91% em repouso, MV rude, sem outras alterações. Analiticamente, sem leucocitose ou neutrofilia, PCR 93mg/L. Gasimetricamente em AA com PaO2 64.4mmHg e lactato 0.9mmol/L. Realizou Angio-TC Torax que excluiu TEP e revelou "padrão em vidro despolido difuso, com opacidades mal delimitadas, dos lobos inferiores, em relação mais provável com processo infeccioso (viral/atípico) ou eventual pneumonite". Durante o internamento, realizou BFO, com LBA positivo para Pneumocystis jiroveci (método PCR). Perante alergia conhecida ao Cotrimoxazol, e a indisponibilidade de Primaquina, iniciou a opção de 3ªlinha com Atovaquona 750mg bid e Prednisolona, que cumpriu durante 2(1) dias, com boa evolução, tendo sido possível o desmame progressivo de oxigenoterapia para AA.

Este caso vem reforçar a importância do índice de suspeição elevado para o P. jirovecii, em doentes imunocomprometidos, independentemente da presença ou não de infeção VIH, afim de iniciar terapêutica dirigida precocemente. Vem também dar relevância aos fármacos de 2ª e 3ª linha quando não há possibilidade de terapêutica com agentes de 1ª linha.

Nº 390 Sífilis ocular – uma entidade a considerar

Rui Pedro Ribeiro(1); Emanuel Fernando Matias(1); Carolina V. Monteiro(1); Rafael Amorim Rocha(1); Ana Faceira(1); Filipa Ceia(1); Lurdes Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A sífilis é uma doença de transmissão sexual causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*. O atingimento ocular pode fazer parte da síndrome neurossífilis ou ocorrer como manifestação isolada. Manifesta-se habitualmente sob a forma de uveíte, mas pode envolver potencialmente qualquer estrutura ocular e ocorrer em qualquer fase da doença.

Caso clínico: Sexo masculino, 39 anos, sem antecedentes. Recorreu ao Serviço de Urgência – Oftalmologia por perda de acuidade visual bilateral com dois dias de evolução. Apresentava-se apirético, hemodinamicamente estável, e foi objetivado exantema maculopapular com atingimento de todo o corpo. Retrospetivamente, relatou lesões penianas e odinofagia há 3 meses. Na mesma altura, surgiu exantema maculopapular pruriginoso generalizado, sem resposta a vários tratamentos tópicos e sistémicos, nomeadamente corticóide. Na observação por Oftalmologia apresentava coriorretinite bilateral. Foi levantada a suspeita de sifilis secundária com envolvimento ocular. O estudo complementar confirmou o diagnóstico, com TPPA reativo e VDRL positivo com 32 dils, rastreio de VIH negativo. TC cerebral sem alterações. Foi internado e cumpriu 14 dias de antibioterapia com penicilina G 24MU/dia iv. À data de alta mantinha ainda alterações da acuidade visual que foram melhorando ao longo do tempo, até resolução. Na avaliação serológica aos 6 meses, o título de VDRL era de 8 dils .

Conclusão: Este caso salienta a importância de considerar o diagnóstico de sifilis em síndromes que envolvem manifestações cutâneas e oculares simultaneamente, sobretudo na sifilis secundária cuja reputação de "grande imitadora" já prediz dificuldades no diagnóstico diferencial. A avaliação de comportamentos sexuais de risco pode ser a chave para o diagnóstico. Ressalva-se ainda a importância do rastreio de outras doenças de transmissão sexual, que partilham vias de transmissão com a sifilis.

Nº 391 UMA CAUSA RARA DE LESÃO RENAL

Daniela Barbosa Mateus(1); Ana Raquel Pinto(2); Margarida Torres(2); Stepanka Betková(2); Sara Lino(2); Maria José Manata(2); Fernando Maltez(2)

(1) Hospital de Vila Franca de Xira (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Introdução: A tuberculose geniturinária (TGU) é definida como infeção por *Mycobacterium tuberculosis* no trato urinário ou órgãos genitais, decorrente da disseminação hematogénea. O diagnóstico de TGU é desafiante uma vez que os sinais de sintomas, por vezes inespecíficos, confundem-se com outras doenças.

Os autores apresentam o caso de um doente com lesão renal aguda obstrutiva secundária a TGU.

Caso clínico: Homem, 6(1) anos, tabagismo ativo, ex-utilizador de drogas endovenosas, episódio de lesão renal aguda no ano prévio, com pionefrose direita, submetido a colocação de stent duplo J e ressecção transuretral vesical, com histologia compatível com cistite inflamatória granulomatosa – tendo abandonado seguimento. Um ano depois, recorreu ao serviço de urgência por náuseas, vómitos e perda ponderal, à admissão com lesão renal aguda KDIGO 3, com creatinina sérica de 17,4 mg/dL, ureia de 450 mmol/L, caliémia de 7 mmol/L, bicarbonato de 5,6 mmol/L, evidência de pionefrose direita e uropatia obstrutiva à esquerda submetido a nefrostomia esquerda e troca de stent à direita, com necessidade de hemodiálise no pré-operatório.

Isolamento de E.coli na urocultura, tendo cumprido 10 dias de antibioterapia dirigida. Do restante estudo efetuado, pesquisa de TAAN e BAAR no fragmento RTU-V negativo e de TAAN na urina negativo, com evidência, 15 dias após a colheita, de exame cultural da urina e do fragmento vesical positivo para *Mycobacterium tuberculosis.* Iniciou terapêutica de primeira linha com isoniazida, rifampicina, etambutol e pirizinamida, sem toxidade medicamentosa.

Manteve-se em programa de hemodiálise, devido a baixa probabilidade de recuperação da função renal.

Conclusão: A tuberculose geniturinária apesar de ser uma apresentação menos frequente de infeção por *Mycobacterium tuberculosis*, deve ser considerada nos utilizadores de drogas endovenosas e lesão renal aguda de causa obstrutiva, podendo culminar em alterações irreversíveis da função renal.

Nº 392 Dor abdominal como manifestação de doença meningocócica invasiva

Carlos Grijó(1); Ana Rita Leite(1); Joana Santos(1); Susana Ferreira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

A doença meningocócica invasiva (DMI) é rara em Portugal, com incidência global em 2020 de 0.39 casos por 100 000 habitantes. Com a emergência de outros serogrupos a condicionar manifestações clínicas diversas torna-se relevante revisitar esta patologia. Mulher de 85 anos com antecedentes de diabetes tipo 2, MGUS IgG/K e carcinoma ductal invasivo em remissão recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com três dias de evolução de prostração, febre, dor abdominal e diarreia pastosa, sem sangue nem muco. No SU encontrava-se consciente, colaborante e orientada e hemodinamicamente estável. Palpação abdominal sem dor nem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente com proteína C reativa elevada (91.8mg/L) e citólise muscular (mioglobina 7459ng/mL). Decidida realização de TC-abdominal que não revelou alterações. A doente ficou internada para estudo e foi iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone. Ao 4º dia de internamento conhecido o resultado de hemoculturas colhidas no SU, com crescimento de Neisseria meningitidis. Neste contexto foi realizada punção lombar, com glicorráquia

baixa e elevação da proteinorráquia, assim como presença de células polimorfonucleares (437/uL). PCR de N. meningitidis no LCR positiva para meningococos do serogrupo B. Confirmado diagnóstico de DMI e meningite meningocócica. Evolução favorável após sete dias de ceftriaxone em dose meníngea, tendo tido alta após 12 dias de internamento. Este caso destaca-se pela sua improbabilidade. Por um lado, pela doença meningocócica invasiva com meningite, pouco frequente, e, por outro, pela sua apresentação atípica, com um quadro de dor abdominal e diarreia, sem sinais meníngeos. Casos de doença meningocócica invasiva com apresentação semelhante a gastroenterite têm sido mais frequentes na Europa desde o início do século, principalmente associados ao serogrupo W (MenW), trazendo maior relevância em suspeitar desta possibilidade no diagnóstico diferencial, especialmente se houver imunossupressão.

Nº 393 Uma hepatite A na mala de viagem

Marta Batista(1); Isabel Mendes Bessa(1); Elisabete Ribeiro(1); Filipa Gonçalves(1); Daniela Casanova(1); Daniela Pinheiro(1); Mariana Formigo(1); Inês Amaral Neves(1); Liliana Oliveira(1); Carlos Fernandes(1); Isabel Trindade(1); Sandra Barbosa(1); Sara Drumond Freitas(1); Pedro Guimarães Cunha(1); Helena Sarmento(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira

A hepatite aguda tem múltiplas etiologias. A hepatite viral A é causada pelo vírus da hepatite A (VHA) podendo levar a lesão hepática aguda e mais raramente, a falência hepática aguda ou hepatite fulminante. Na lesão hepática aguda, verifica-se elevação das transaminases e coagulopatia, sem encefalopatia.

Os autores descrevem um caso de lesão hepática aguda provocada por hepatite A.

Mulher de 24 anos, autónoma, sem antecedentes pessoais de relevo.

Recorreu ao SU por dor abdominal, náuseas e vómitos incoercíveis. Estaria assintomática nas 2 semanas anteriores, altura em que viajou para a Roménia para iniciar programa de intercâmbio estudantil. Durante essa altura apresentava mal-estar inespecífico e calafrios, que relacionou com alteração do estilo de vida (nomeadamente consumo etílico excessivo, consumo de canabinóides e MDMA) e, consumo de água da companhia romena, não filtrada.

À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, escleras ictéricas, subfebril, com dor à palpação profunda do hipocôndrio direito, sem outras alterações ao exame objetivo.

Analiticamente, de relevo, tinha hiperbilirrubinemia (7.53mg/dL) à custa da conjugada, TGO 4816UI/L e TGP 5946UI/L, fosfatase alcalina 169UI/L e a gama-GT 36UI/L e INR 2.1. Realizou tomografia computorizada abdominal (em resumo): "(...) Discreta esplenomegalia homogênea, inespecífica (...) mínima ascite".

Do restante estudo: serologias viricas a destacar anti-HVA IgM positivo, IgM EBV positivo; estudo autoimune negativo, alfa 1-antitripsina, cobre e ceruloplasmina normais, metabolismo do ferro sem alterações, níveis de acetaminofeno negativos.

Durante o internamento manteve-se sem encefalopatia, com melhoria clínica e analítica progressivas, sob medidas conservadoras.

Na lesão hepática aguda é fundamental estudar possíveis etiologias para uma abordagem eficaz e caso possível, tratamento dirigido, sendo essencial uma vigilância rigorosa de possíveis complicações que podem ser fatais, caso não sejam reconhecidas atempadamente.

Nº 394 Tuberculose pericárdica:

quem procura sempre alcança

Vasco Tiago(1); Mafalda Duarte(1); Sofia Prada(1); Aurora Monteiro(1); Abelcineyd Viegas(1); Leonor Neves(1); Raquel Sousa(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A pericardite é mais frequentemente causada por infecção vírica. Outras infecções, doenças auto-imunes, insuficiência renal, neoplasias ou iatrogenia também são causas possíveis. A tuberculose é uma das causas mais frequentes em regiões com incidência alta, mas o diagnóstico pode ser difícil e requer suspeição elevada.

Caso clínico: Um homem de 26 anos, natural da Guiné-Bissau, recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia anterior e cansaço com 2 semanas de evolução. Referia perda ponderal e sudorese nocturna nos 3 meses prévios e estava febril. Por síncope à admissão foi realizado ecocardiograma que demonstrou espessamento pericárdico com volumoso derrame e *swinging heart*.

Realizada pericardiocentese, com drenagem de 1100 mL de líquido hemático, cuja análise demonstrou desidrogenase láctica de 536 U/L, adenosina desaminase de 4(1) U/L e 4800 leucócitos/µL (46% de neutrófilos e 44% de linfócitos). A pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* (MT) foi negativa por microscopia, cultura e amplificação de ácidos nucleicos.

A ressonância magnética revelou pericardite efusivo-constritiva. Do restante estudo destaca-se a presença de adenomegalias mediastínicas necróticas em tomografia computorizada. Colhida biópsia endobrônquica ecoguiada, cuja histologia revelou inflamação granulomatosa crónica sem evidência de MT. A cultura de secreções brônquicas colhidas no procedimento foi positiva para MT. A microscopia e cultura da expectoração, toracocentese, mielograma e mielocultura foram inconclusivos. A imunofenotipagem não demonstrou monoclonalidade de linfócitos B.

Iniciou terapêutica antibacilar de primeira linha. Actualmente tem seis meses desta terapêutica e está assintomático. Um ecocardiograma de controlo demonstrou resolução imagiológica.

Discussão: O diagnóstico de tuberculose pericárdica pode ser desafiante pela baixa sensibilidade dos meios de diagnóstico. Este caso realça a importância de manter um grau elevado de suspeição, que pode ser a peça fundamental para obter o diagnóstico.

Nº 395 Icterícia – uma causa rara

Diana Crisitna Buendia Palacios(1); Ana Craciun(2); Jéssica Vasconcelos(1); João Freitas Silva(1); Rita Gano(1); Joana Barbosa Rodrigues(1); Glória Nunes da Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A estrongiloidíase é causada pela infeção por *Strongyloides stercoralis*, capaz de completar o seu ciclo de vida inteiramente dentro do hospedeiro humano, causando habitualmente infecção crónica assintomática.

Caso Clínico: Homem de 74 anos, independente, com antecedente de vasculite ANCA+, com envolvimento renal, otorrinolaringológico e pulmonar.

Recorreu ao SU por icterícia da pele e mucosas e exantema maculopapular pruriginoso, ao nível do tórax e abdómen, com uma semana de evolução. Analiticamente com GGT 255U/L, FA 490U/L, bilirrubina direta 17,8mg/dL e serologias virais negativas. Imagiologicamente no hilo hepático identificado quisto do colédoco. A EDA revelou: úlcera na face inferior do antro gástrico e no antro pré-pilórico. Biópsias da mucosa gástrica com gastrite crónica ligeira e metaplasia intestinal completa e multifocal; células

com inclusões associadas a infeção por CMV; ligeira quantidade de bacilos com as características de *Helicobacter pylori*. Carga viral para CMV 2000UI/mL Eco-endoscopia sem alterações. A biópsia cutânea mostrou: infiltração celular intersticial em banda na derme papilar, constituída por linfócitos, histiócitos e alguns mastócitos, mas sem eosinófilos; ausência de vasculite – alterações inespecíficas. Biópsia hepática: compatível com lesão colestática aguda, de provável etiologia obstrutiva, embora se tenha reconhecido um parasita apenas em topografia intravascular, sem poder excluir relação etiológica direta; hiperplasia nodular regenerativa – compatível com Strongiloide. Assumida infeção grave com colestase aguda, iniciou ivermectina. Cumpriu terapêutica, com melhoria clínica e analítica progressiva, e posterior recuperação total do quadro infecioso.

Discussão: O caso descrito foi complexo pela etiologia rara e pela pluripatologia, envolvendo a discussão com diferentes especialidades, chamando à atenção para a necessidade do enfoque holístico para o correcto diagnóstico e tratamento do doente.

Nº 396 Hematoma intramuscular espontâneo infectado, um caso raro

Matilde Drumond(1); Teresa Silva(1); Mariana Silva(1); Catarina Neto(1); Carlos Lélis(1); Manuela Lélis(1); Teresa Faria(1)

(1) SESARAM

Os hematomas intramusculares espontâneos são raros e classicamente descritos em idosos sob anticoagulação. As localizações mais comuns são a parede abdominal anterior e posterior e a região glútea. Muito raramente foram descritos ao nível da região posterior da perna. O diagnóstico diferencial inclui a trombose vascular, mionecrose (nomeadamente diabética), rutura de quisto poplíteo, sarcoma, entre outros. Relatamos um caso raro de hematoma intramuscular espontâneo infetado por Pseudomonas aeruginosa.

Homem, 53 anos, com Diabetes mellitus (DM) tipo 2 mal controlada e doença pulmonar obstrutiva crónica, internado por pneumonia hipoxemiante. Cumpriu amoxicilina-clavulanato dirigida a Streptococcus pneumoniae isolada na expectoração com boa resposta inicial. Por agravamento respiratório, picos febris e parâmetros inflamatórios em subida foram colhidas hemoculturas onde se isolou Pseudomonas aeruginosa e iniciada piperacilina-tazobactam e amicacina dirigidas. Posteriormente inicia dor gemelar direita com impotência funcional associada a tumefações gemelares palpáveis, duras, móveis e com sinais inflamatórios. Realizada angio-TC que excluiu trombose vascular e ecografia com focos de líquido heterogéneo, sugerindo mionecrose ou hematomas. Após 14 dias de antibiótico dirigido com melhoria clínica e hemoculturas seriadas negativas o doente reinicia febre e agravamento dos sinais inflamatórios da perna direita. Realizada RM da perna que mostrou lesões entre o gémeo interno e o solear, sugestivas de hematomas. A biópsia das lesões isolou Pseudomonas aeruginosa e mostrou proliferação vascular intramuscular sem atipia. A TC corpo excluiu outros focos infeciosos. O doente cumpriu antibioterapia dirigida durante 4 semanas com regressão das lesões.

Apresentamos o caso de um homem adulto sem coagulopatia e sob enoxaparina apenas em dose profilática que desenvolve um hematoma espontâneo numa localização incomum. A literatura não evidencia que a hipocoagulação em dose profilática favoreça a formação de hematomas intramusculares espontâneos. Não encontramos relatos de casos de hematomas musculares sobreinfetados com Pseudomonas aeruginosa via disseminação hematogénea. A DM poderá ter um papel importante na maior fragilidade musculo-esquelética mas também no maior risco de sobreinfeção.

Nº 397 Da toxicidade por linezolide ao ectima gangrenoso

Sandra Ganchinho Lucas(1); Rafael Viana(1); Pedro Menezes Cordeiro(1); Filipe Alfaiate(1); Irene Cortes Verdasca(1); Tereza Veloso(1)

(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: O linezolide em doentes com doença renal crónica pode provocar acidose láctica e mielossupressão graves.

Caso clínico: Mulher de 83 anos com doença renal crónica (DRC) em estádio G4 e internamento recente por espondilodiscite sem agente identificado, cumpriu 2(1) dias de ceftriaxone, metronidazol e linezolide com melhoria clínica e imagiológica. Alta com manutenção de linezolide durante 3 semanas.

A 3 dias do término do linezolide apresenta discurso confuso, náuseas e vómitos. À admissão hospitalar: confusa, pálida, polipneica, hipotensão 77/40mmHg, destaca-se, ainda pústulas axilares e inguinais não dolorosas. Analiticamente com:

-Hemoglobina 4,3g/d, plaquetas 59.000 µL, leucócitos 19.600µL, proteína C reativa 23,2 mg/dL, creatinina de 5.38mg/dL.

-Gasimetria em ar ambiente pH 7.12mmHg, pCO2 9mmHg, pO2 125mmHg, HCO3- 2,9 mmol/L, lactato 12mmol/L, AG 29;

-Líquido cefalorraquidiano (LCR) com proteinorraquia, glicorraquia, com 50 células/uL (63% polimorfonucleares), pesquisa de vírus neurotrópicos negativos.

Admitido choque séptico com disfunção neurológica, cardiovascular, renal e hematológica, com acidose láctica e bicitopénia provavelmente secundárias ao linezolide. No rastreio séptico identificou-se no LCR *Escherichia coli* (*E. Coli*); na urocultura *Acinetobacter baumannii* e *E. coli* produtora de beta-lactamase de espectro alargado e no exsudado axilar *Pseudomonas aeruginosa*. Por urosepsis, meningoencefalite e ectima gangrenoso cumpriu 14 dias de meropenem dirigido com melhoria franca.

Discussão: A toxicidade por linezolide causou acidose lática e mielossupressão graves que levou às múltiplas infeções. O ectima gangrenoso é uma infeção cutânea associada à sépsis, que ocorre nos imunocomprometidos, este é o primeiro caso com associação à mielossupressão induzida pelo linezolide. A doente com DRC em estádio G4 e tratamento prolongado deveria ter feito monitorização terapêutica face ao risco de toxidade associada que poderia ser evitada com o ajuste da dose.

Nº 398 A carcinomatose peritoneal infecciosa

Inês Fernandes Santos(1); Catarina Cabral(1); Joana Vasconcelos(1); Joana Vaz(1); Francisco Silva(1); Isabel Madruga(1); Kamal Mansinho(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: As lesões peritoneais mais frequentemente descritas enquadram-se em casos de carcinomatose peritoneal, normalmente de origem metastática. No entanto, existem outras causas menos comuns para estas lesões, sendo o diagnóstico decisivo para a abordagem terapêutica e prognóstico.

Caso clínico: Homem, 72 anos, história de hipertensão arterial, dislipidemia, doença arterial coronária (bypass coronário 3 anos antes). Assintomático e sem história de imunossupressão ou exposição conhecida a ambientes aquáticos, O doente apresentou-se na consulta de Medicina Interna por suspeita de carcinomatose peritoneal – três meses após apendicectomia laparoscópica por apendicite aguda, realizou uma tomografia computorizada (TC) que revelou nódulos peritoneais, duodenais, hepáticos, pancreáticos,

esplénicos e renais de novo.

O extenso estudo realizado não revelou alterações: marcadores tumorais negativos; biópsia hepática apenas com processo inflamatório crónico com reação granulomatosa necrotizante; exames microbiológicos do sangue, fezes e urina sem isolamento de agente (incluindo exame parasitológico e pesquisa de *Mycobacterium*); TC de tórax, abdómen e pélvis sem outras alterações e estudo endoscópico sem lesões visíveis.

Foi realizada biópsia guiada por TC de uma das lesões peritoneais, onde foi isolado o agente *Aeromonas hidrophila* (sensível a ciprofloxacina, cotrimoxazol e cefepime).

Optou-se por um ciclo de 6 semanas de antibioterapia com cotrimoxazol (por alergia do doente a quinolonas), seguido de reavaliação imagiológica. Durante este período, o doente manteve-se assintomático e a TC abdominal revelou resolução completa das lesões previamente descritas.

Discussão: Assim, assumiu-se que os achados imagiológicos correspondiam a abcessos consequentes da cirurgia abdominal. Trata-se de um caso raro e, que os autores tenham conhecimento, não há relatos prévios de infeção abdominal por *Aeromonas hidrophila*, uma conhecida causa de infeções gastrointestinais mas possivelmente subdiagnosticada.

Nº 399 Pneumonia intersticial no imunodeprimido: co-infeção por SARS-CoV-2 e Pneumocystis

Marta Anastácio(1); Margarida Ribeiro(1); Francisca Dâmaso(1); Pedro Lupi(1); Catarina Araújo Faria(2); Sérgio Brito(1); Cristiana Camacho(1); Beatriz Saraiva Ferreira(1); Pedro Ferreira(1); Antony Dionísio(1); Andreia Salgadinho Machado(1); Ana Lynce(1); Maria Cândida Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (2) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Introdução: A Pneumonia no doente imunocomprometido apresenta diferentes etiologias de acordo com a gravidade, a subpopulação de imunossupressão e o defeito celular imunológico subjacente. Recetores de transplante apresentam imunossupressão grave, com clearance prolongada de SARS-CoV-2, associada a recidiva da doença e infeção persistente. O risco de infeção fúngica oportunista é acrescido.

Caso Clínico: Mulher de 30 anos, com antecedentes de Anemia aplásica submetida a alotransplante medular há um ano com múltiplas complicações (doença do enxerto vs hospedeiro com microangiopatia trombótica) e Diabetes Mellitus secundária a corticoterapia. Admitida no Serviço de Urgência por quadro arrastado de dispneia, rinorreia, tosse seca e odinofagia. Referência a Infeção a SARS-CoV-2 ligeira há 4 meses com RT-PCR posteriores persistentemente positivos, em doente não vacinada. À observação inicial, défice de oxigenação de 87% em ar ambiente e fervores crepitantes bilaterais. Analiticamente, pancitopénia (hemoglobina 8.9 g/dL, leucócitos 3900x109/L, plaquetas 25x109/L), disfunção renal (creatinina 1.57 mg/dL) e elevação de proteína C reativa (PCR 7.5mg/dL). A tomografia computarizada (TC) torácica mostrou infiltrados pulmonares bilaterais em vidro despolido. Assumida Pneumonia intersticial com sobreinfeção bacteriana enxertada em Infeção a SARS-CoV-2 persistente, a condicionar insuficiência respiratória parcial. Iniciado Meropenem empírico e Remdesivir sem melhoria. Repete TC torácica, com manutenção de alterações prévias e áreas de consolidação com cavitação central. Do estudo complementar, isolado *Pneumocystis jirovecii* no lavado bronco-alveolar. Iniciado Trimetoprim-Sulfametoxazol 20mg/kg/dia e aumentada corticoterapia. Necessidade de suporte transfusional com concentrado eritrocitário e plaquetários irradiados por pancitopénia. Evolução favorável com resolução das queixas e descida de PCR, suspensão de oxigenoterapia e alta ao 26º dia.

Discussão: Os autores discutem a particularidade deste caso de COVID-19 persistente com sobreinfeção oportunista, não só pela sua gravidade e complexidade, mas também pela importância do reconhecimento precoce da co-infeção no doente imunocomprometido, formas de apresentação cada vez mais frequentes nestes doentes.

Nº 400 Kala-Azar – a propósito de um caso clínico.

Filipa Sousa Gonçalves(1); Nina Jancar(1); José Duro(1); Inês Ferreira Pinto(1); João Aguiar(1); Patrício Aguiar(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A leishmaniose é uma zoonose causada pelo protozoário *Leishmania.* É uma doença endémica nos trópicos da Ásia e África, considerada rara em Portugal, especialmente em imunocompetentes.

Apresenta-se o caso de uma mulher, 38 anos, com antecedentes de depressão, que iniciou quadro de febre vespertina, sudorese noturna, emagrecimento, anorexia e tosse seca, um mês antes da admissão. Natural de São Tomé e Príncipe (área não endémica para leishmaniose), com última viagem para Portugal seis meses antes. Sem outros antecedentes epidemiológicos relevantes. À admissão, apresentava palidez das mucosas e esplenomegalia. Analiticamente: pancitopenia de novo (anemia normocítica 10,3g/dL, leucopenia 2700/µL e trombocitopenia 90000/µL) e elevação da PCR (14mg/dL).

O esfregaço de sangue periférico foi normal, excluída malária e serologias infeciosas, incluindo HIV, hepatite B e C, citomegalovírus, parvovírus B19, vírus Epstein-Barr, bem como *Brucella*, *Coxiella burnetii*, *Rickettsia conorii*, IGRA e o teste de imunoensaio enzimático para *Leishmania*, foram negativos. TC de corpo com discreta hepatoesplenomegalia e linfadenopatia para-aórtica. Dada a persistência de febre e pancitopenia, fez PET que detetou intensa atividade metabólica do baço e da medula óssea. Mielograma e biópsia de medula óssea com presença de *Leishmania*, confirmando o diagnóstico de leishmaniose visceral. Iniciou tratamento com anfotericina B lipossomal endovenosa (3mg/kg/dia, por cinco dias), com resolução da febre, trombocitopenia e leucopenia, mantendo apenas anemia na alta hospitalar.

A leishmaniose visceral é uma doença sistémica, de apresentação clínica inespecífica, sendo necessário um alto índice de suspeição diagnóstica, principalmente em áreas não endémicas e em imunocompetentes. O diagnóstico e tratamento precoce é essencial devido à alta taxa de mortalidade em doentes não tratados. A exclusão de causas infeciosas e hematológicas são cruciais. O diagnóstico é baseado na visualização direta do protozoário e métodos moleculares.

Nº 401 Adenopatia axilar como forma de apresentação de Tuberculose

Carla Margarida Carvalho(1); Isabel Silva(1); Eulália Antunes(1)

(1) Hospital Braga

O diagnóstico diferencial de adenopatias é vasto, sendo uma das etiologias possíveis a Tuberculose. Esta pode apresentar-se sob a forma linfática extratorácica em 7,3% dos casos, surgindo como adenopatias sólidas, de crescimento gradual, duras, indolores e sem sinais inflamatórios cutâneos. O envolvimento cervical é o mais frequente.

Mulher de 25 anos, encaminhada para consulta de Medicina Interna por tumefações axilares e cervicais de rápido crescimento, não sendo reportado outra sintomatologia, nomeadamente perda ponderal, astenia, febre, hipersudorese noturna ou sintomatologia respiratória. A doente trazia consigo uma TC TAP que revelava múltiplas adenopatias - axilar direita, paratraqueal superior direita e subcarinal – bem como formação ganglionar na cadeia jugular direita. A nível pulmonar foram evidenciadas áreas de condensação bilaterais, alguns micronódulos isolados e bolhas de enfisema parasseptal à direita. O estudo analítico efetuado, com serologias infeciosas e estudo imunológico, incluindo a enzima conversora da angiotensina, foi negativo. Efetuada biópsia da adenopatia axilar que revelou alterações compatíveis com linfadenite granulomatosa necrotizante. Posteriormente, realizada broncofibroscopia com lavado broncoalveolar com 19% linfócitos, 6% neutrófilos e 75% de macrófagos. Quer no aspirado brônquico, quer no lavado broncoalveolar foi isolado, em exame cultural, *Mycobacterium tuberculosis*. Posto isto, foi assumido o diagnóstico de Tuberculose pulmonar com atingimento ganglionar e iniciada terapêutica com antibacilares.

O número de novos casos de Tuberculose tem vindo a diminuir em Portugal, no entanto, este continua a ser o país da Europa Ocidental com taxas de incidência mais elevadas desta doença. Infelizmente, a mediana de dias até ao diagnóstico tem-se mantido elevada. Para colmatar estes atrasos e interromper cadeias de transmissão, é importante relembrar as manifestações extra-pulmonares da doença, cuja prevalência não é menosprezável.

Nº 402 Da dor torácica à salmonelose – uma apresentação atípica

Clara Pinto(1); João Faia(1); Jéssica S. Krowicki(1); Ana Paiva Santos(1); Margarida Midões Almeida(1); Ana Sofia Martins(1); Beatriz Pinheiro(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: O isolamento de *Salmonella spp.* nas fezes em doentes com gastroenterites é frequente e associa-se ao consumo de ovos e carne mal cozinhada. Carateriza-se por provocar diarreia aquosa, dor abdominal e febre.

Caso clínico: Homem de 57 anos, autónomo, proprietário de restaurante, recorreu ao serviço de urgência por dor torácica retroesternal tipo aperto, mau estar generalizado e náuseas com horas de evolução. Associadamente com desconforto abdominal ligeiro e dejeções diarreicas aquosas sem sangue e sem muco com duas semanas de evolução. Com febre (38ºC) à admissão. Antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Sem antibioterapia recente. Dada a atividade laboral, fazia apenas uma refeição diária. Referia também perda de peso (15 kg) e ingestão hídrica abundante com semanas de evolução. Sem mudanças alimentares. Eletrocardiograma sem alterações. Gasimetricamente com níveis de potássio no limite inferior da normalidade. Analiticamente com aumento dos

parâmetros inflamatórios e marcadores de necrose miocárdica negativos em dois doseamentos. Serologias víricas negativas. Assumida gastroenterite bacteriana, tendo iniciado azitromicina oral e terapêutica sintomática. Colhidas coproculturas que vieram positivas para *Salmonella enteritidis* grupo D, multissensível. Hemoculturas negativas, mas colhidas após início de antibioterapia. Evolução clínica e analítica favoráveis. À alta foi recomendado absentismo laboral pelo risco de transmissão e tendo em conta a profissão.

Discussão: Este caso vem salientar a importância de uma visão holística de todos os sintomas do doente e o contexto socio-laboral, que podem dirigir a marcha diagnóstico e posterior tratamento.

Nº 403 A Medicina Interna na Oftalmologia: a propósito de um caso de endoftalmite

André Rebelo Matos(1); Cristiano Gante(1); Sofia Ramos(1); Adriana Watts Soares(1); Luísa Azevedo(1); Margarida Sá Pereira(1)

(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Introdução: A endoftalmite é uma emergência oftalmológica, potencialmente grave, capaz de condicionar cegueira. Na sua etiologia, é classificada como endógena (disseminação hematogénea por infeção sistémica) ou exógena (pós cirúrgica/traumática). A endoftalmite endógena (EE) é frequentemente um desafio diagnóstico, considerando os vários fatores de risco e potenciais microrganismos envolvidos.

Caso clínico: Homem de 65 anos, moldavo, com história de doença péptica, tabagismo e alcoolismo. Recorre ao serviço de urgência por olho vermelho, lacrimejo e diminuição da acuidade visual. Avaliado por Oftalmologia, com análises a revelar leucocitose neutrofílica, PCR 217 mg/L e VS 6(1) mm/s. TC de crânio e órbitas com celulite orbitária e estiramento do nervo ótico. Após ecografia ocular sugestiva de EE, iniciou antibioterapia empírica com vancomicina, metronidazol e ceftriaxone, bem como Prednisolona 80 mg/dia, sem colheita de exames culturais prévios.

Na enfermaria de oftalmologia, com apoio da medicina interna (MI), destaca-se o seguinte estudo complementar: Exsudado ocular estéril; Ecocardiograma sem aparentes vegetações; TC-Torácica com cavitações pulmonares bilaterais; Broncofibroscopia sem alterações, com exame citológico, micológico e bacteriológico negativos no lavado; TC Abdominopélvico mostrou espinha encravada na sigmoide distal e lesões nodulares prostáticas cuja biópsia revelou ser de prostatite crónica. Para exclusão de complicações, realizou RMN pélvica que identificou lesão vegetante infiltrativa reto-sigmoide, caracterizada posteriormente por colonoscopia como neoplasia estenosante.

Completou 7 semanas de antibioterapia, mantendo evolução clínica e laboratorial favorável. Seguiu para enfermaria de cirurgia para tratamento da neoplasia.

Discussão: O caso descrito evidencia a importância da MI no apoio a outras especialidades hospitalares para uma assistência médica de qualidade. Apesar da suspeita inicial de tuberculose pulmonar com envolvimento extrapulmonar (epidemiologia e achados de TC-Torácica), concluiu-se que o provável foco primário da EE foi a translocação bacteriana intestinal. O tratamento da EE centra-se na antibioterapia sistémica de acordo com a etiologia provável, em certos casos adjuvada por terapêutica local intravitrea e corticoterapia.

Nº 405 Tuberculose Pulmonar Multirresistente – Caso Clínico

Maria Luís Santos(1); Marta Cunha(1); Rui Fernandes(1); Fernando Esculcas(1); Helena Sarmento(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira

Introdução: A Tuberculose é causada por Mycobacterium tuberculosis. Na zona Euro, dos quase 50 mil casos notificados em 2019, 1,7% eram multirresistentes. Casos de Tuberculose multirresistente devem sempre ser individualizados e tratados sob orientação do Centro de Referência.

Caso clínico: Doente de 38 anos, do sexo masculino recorre ao serviço de urgência por quadro caracterizado por: dor torácica à esquerda associada a expectoração hemoptoica. O doente não apresentava antecedentes pessoais de relevo, mas como antecedentes familiares de relevo tinha um irmão com tuberculose óssea com necessidade de intervenção ortopédica e o pai com tuberculose pulmonar que faleceu no decurso da doença. Analiticamente apresentava leucocitose de 11.600/uL e PCR de 16 mg/L. Imagiologicamente, a radiografia torácica evidenciava uma lesão cavitada pulmonar no lobo superior direito suspeita de Tuberculose pulmonar, confirmada em TC tóracica. Durante o internamento, apresentou exame directo com coloração Ziehl-Neelson positivo para bacilos álcool resistente, tendo ficado em isolamento restrito e iniciado terapêutica quádrupla empírica com antibacilares. Foi identificada resistência a Rifampicina e Isoniazada e foi considerada Tuberculose Multirresistente e pedido parecer e orientação ao Centro de Referência do Norte. O doente iniciou terapêutica dirigida após restante resultado do teste de resistências (com resistência adicional a Estreptomicina, à semelhança do irmão e pai). Apresentou tolerância a terapêutica antibacilar. Após três baciloscopias negativas consecutivas foi orientado para tratamento em ambulatório.

Discussão: Em casos de Tuberculose pulmonar em doentes com antecedentes familiares positivos, importa sempre conhecer o padrão de resistência a antibacilares. Caso se confirme um caso de Tuberculose multirresistente, a terapêutica deverá ser dirigida e individualizada, garantindo o tratamento optimizado e reduzindo a probabilidade de comorbilidades associadas à Tuberculose.

Nº 406 Micobacteriose atípica disseminada: A propósito de um caso clínico.

Danay Perez(1); João Caiano Gil(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

A infeção disseminada causada por micobactérias do complexo avium (MAC) é uma complicação frequente nos doentes com infeção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) em fase de síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Desde a introdução da terapia antirretroviral (TARV) a taxa de infeção por MAC diminui substancialmente, contudo doentes com contagem de células CD4 <50 células/microlitro permanecem em risco de infeção.

Apresentamos o caso de uma mulher de 60 anos, com infeção VIH-(1) em estádio SIDA (32 CD4+/m), sob terapia antirretroviral e carga viral indetetável; admitida no serviço de urgência por diarreia aquosa, vómitos, hipersudorese noturna e perda ponderal com 2 semanas de evolução. Na admissão documentada caquexia marcada e hepatoesplenomegalia, elevação de parâmetros inflamatórios, anemia normocítica normocrómica, hipoalbuminemia grave e aumento das proteínas séricas sem critérios de monoclonalidade.

TC toraco-abdominopélvico com adenomegalias nas cadeias celíacas e mesentéricas. Efetuado estudo etiológico exaustivo, com identificação de bacilo álcool-ácido resistente (*BAAR*) na mucosa cólica, hemoculturas e mieloculturas, com cultura positiva para MAC na amostra de expetoração, sem evidência de neoformação. Assumida infeção disseminada por MAC, iniciou terapêutica antibacilar com Etambutol, Azitromicina e Rifabutina, com acrescento de Amicacina e Linezolide segundo o teste de sensibilidade aos antibacilares (TSA) por suspeita de inadequada absorção entérica. A evolução clínica da doente esteve marcada por um quadro consumptivo grave e múltiplas intercorrências infeciosas, culminando em óbito.

O MAC é responsável pela maioria das infeções por micobactérias atípicas, ambientais e não tuberculosas (MNT), representando mais do 95% dos casos de infeção disseminada. Embora a TARV tenha alterado a frequência e o resultado da infeção por MAC, continua a ser uma complicação importante da SIDA, tal e como evidenciado no presente caso.

Nº 407 Espondilodiscite fúngica - a propósito de um caso raro

Catarina Pestana Santos(1); Fernando Oliveira Silva(2); Maria Inês Matos(2); Sónia Reis Santos(3); Mariana Certal(4); David Ferreira Prescott(5); Ricardo Jorge Pinto(2); Filipa Ceia(2); Lurdes Santos(2)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE (2) Centro Hospitalar São João (3) Centro Hospitalar Tondela-Viseu / Hospital de São Teotónio (4) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves (5) Hospital Beatriz Ângelo

A espondilodiscite fúngica é uma causa rara de lombalgia, contudo deve ser equacionada no diagnóstico diferencial, especialmente em doentes imunodeprimidos. Esta é uma patologia de difícil diagnóstico pela clínica inespecífica e sinais radiológicos tardios, e pode associar-se a elevada morbimortalidade.

Apresentamos um doente de 60 anos, com antecedentes de leucemia mielóide aguda (LMA) e múltiplos internamentos por neutropenia febril no último ano, último 6 meses antes da admissão, com bacteremia por *K. pneumoniae* KPC e candidemia por *Candida krusei* resistente a equinocandinas e sensível a voriconazol. Desde há 4 meses, com lombalgia de intensidade crescente, associada a parestesias dos membros inferiores e foi avaliado em consulta de Hematologia. Realizou TC e RMN coluna lombar que revelaram espondilodiscite L3-L4 com abcessos paravertebrais e empiema epidural. Apresentava anemia e trombocitopenia e elevação da proteína C reativa. Colheu hemoculturas, que foram negativas, e realizou biópsia óssea. Aos 3 dias de incubação, com a informação parcial do Laboratório do crescimento de um fungo, iniciou voriconazol. Após a identificação de *Candida krusei* sensível a equinocandinas e resistente ao voriconazol, foi feita adequação de antifúngico para caspofungina. Não houve necessidade de intervenção neurocirúrgica. Teve evolução favorável. Por agravamento de citopenias, com necessidade de suporte transfusional, foi submetido a biópsia óssea que revelou recidiva da LMA. Ao 40ºdia de tratamento antifúngico, foi transferido para Hematologia para tratamento da LMA. Mantém caspofungina e a duração do tratamento dependerá da evolução.

Com este caso, os autores destacam a importância em considerar fungos como agentes prováveis de infecção em doentes imunodeprimidos. A deteção precoce e a instituição atempada de terapêutica adequada são factores decisivos para um desfecho favorável. A duração ideal do tratamento permanece indefinida, sobretudo em doentes imunodeprimidos.

Nº 408 Pneumoencéfalo por Streptococcus pneumoniae

Sofia Sequeira(1); Carolina Câmara(1); Magda Sousa(1); Leonor Monjardino(1)

(1) Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

O pneumoencéfalo é uma entidade radiológica e clínica rara, comum em doentes com fraturas do andar anterior ou como complicação de procedimentos neurocirúrgicos e excepcional em outras circunstâncias médicas. Doente do sexo feminino 66 anos, com história pessoal de linfoma de Hodgkin em remissão após quimioterapia e radioterapia, neoplasia da mama submetida a mastectomia, quimioterapia e radioterapia e recentemente esofagectomia por carcinoma pavimento celular do esófago distal pouco diferenciado. Recorreu ao serviço de urgência por cefaleias e mal estar generalizado, do estudo realizado apresentava exame sumário da urina com nitritos positivos e leucocitúria tendo tido alta medicada com levofloxacina. Retorna no dia seguinte por persistência do quadro com agravamento com prostração, recusa alimentar e desorientação espaço-temporal. Clinicamente apresentava-se com lentificação motora, menor iniciativa verbal e motora, não apresentava défices neurológicos focais nem sinais meníngeos, sem história de febre, normotensa com auscultação cardiopulmonar normal. Do estudo complementar analiticamente com hiponatremia ligeira elevação de proteína C reactiva. No primeiro dia de internamento apresentou crise tónico clinica generalizada medicada com levetiracetam, realizou tomografia axial computorizada (TAC) cerebral com evidência de pneumoencéfalo no sistema ventricular e punção lombar com liquor turvo, com pleocitose de 2027cel/mm3 com predominio de polimorfonucleares, consumo de glicose, hiperproteinorraquia com exame cultural do LCR a isolar Streptococcus pneumoniae. Medicada com ceftriaxona em doses meningeas, mas devido à persistência em ressonância magnéticas de controlo de ventriculite, e liquor com proteinorraquia aumentada foi alargado o espectro da antibioterapia para ceftriaxona gentamicina e vancomicina. O despiste de soluções de continuidade no anterior com TAC cerebral foi negativo. A apresentação clínica pouco exuberante, nomeadamente a ausência de febre e sinais meningeos em doente com um contexto de imunodeficiência e apenas disfunção cognitiva e posteriormente crises tónico-clónicas generalizadas inaugurais indiciavam complicações infecciosas do sistema nervoso central e com uma apresentação de imagem incomum.

Nº 409 Um caso de candidíase invasiva com focalização pulmonar

Gisela Brito Gonçalves(1); Valter Duarte(1); Carolina Amado(1); Barbara Paracana(1); Andreia Lopes(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: As infeções nosocomiais por *Candida* têm apresentado um impacto crescente nos últimos anos. Alguns fatores de risco associados são os extremos de idade, a nutrição parentérica total (NPT), uso de cateter venoso central (CVC) e a imunossupressão.

Caso clínico: Mulher de 82 anos internada no Serviço de Cirurgia após enterectomia extensa por isquemia mesentérica. Cumpriu piperacilina/tazobactam no pós-operatório. Desenvolveu síndrome do intestino curto, pelo que iniciou NPT por CVC.

Ao 25º dia de internamento por apresentar febre com foco não esclarecido foi pedida colaboração da Medicina Interna. Analiticamente apresentava leucocitose (13x109/L), neutrofilia (11x109/L) e PCR de 18mg/dl. Apresentava candidemia (*Candida Albicans)*,

com provável ponto de partida em CVC entretanto removido (ponta de cateter com o mesmo isolamento).

Inicialmente tratada com fluconazol, alterada posteriormente para anfotericina B por ausência de melhoria clínica: evoluiu com insuficiência respiratória e presença de "infiltrados inflamatórios com imagens nodulares em todo o parênquima pulmonar" em tomografia computorizada torácica, sugerindo doença pulmonar invasiva por *Candida.* Foram excluídos endocardite, envolvimento ocular e intra-abdominal. Manteve tratamento com evolução clínica favorável, com colheita de hemoculturas (HC) a cada dois dias, com primeiro par negativo ao 6º dia de anfotericina B. Cumpriu 19 dias de antifúngico após negativação de HC, perfazendo total de 25 dias. Por posterior suspeita de sobreinfeção bacteriana cumpriu 2(1) dias de meropenem. Teve alta ao 72º dia de internamento.

Discussão: O caso apresentado ilustra vários fatores de risco para candidemia (e consequente doença invasiva), nomeadamente a idade avançada com a inerente imunosenescência, uso de CVC para NPT e de antibioterapia largo espetro. A doença invasiva pulmonar por *Candida* é pouco frequente, mas tem um padrão radiológico sugestivo, que permitiu levantar a suspeita clínica nesta doente.

A avaliação da evolução clínica e a colheita de HC seriadas é imprescindível, dado que a terapêutica deve ser mantida no mínimo duas semanas após negativação das HC. A candidíase invasiva deve ser pesquisada ativamente, dado estar associada a pior prognóstico e, muitas vezes, à necessidade de prolongar o tratamento.

Nº 410 O que se esconde por de trás de uma Tuberculose Disseminada

Maria João Fernandes(1); Filipa Nunes(1); Martim Bastos(1); Jessica Oliveira(1); Joana Paulo(1); Mariana Costa(1); Ana Rita Dutschmann(1)

(1) Hospital Amadora/Sintra

Introdução: Apesar de a tuberculose permanecer um diagnóstico frequente em Portugal, as suas formas graves, nomeadamente a doença disseminada (com envolvimento de dois ou mais órgãos), é extremamente incomum em doentes imunocompetentes. O presente caso ilustra uma apresentação atípica de uma tuberculose cerebral, pulmonar, ganglionar e urinária, num doente aparentemente imunocompetente.

Caso clínico: Homem, 7(1) anos, natural do Brasil, em Portugal há 10 anos, sem antecedentes médicos relevantes. Recorreu à urgência por desorientação temporo-espacial, ataxia da marcha com quatro meses de evolução. Sem outros achados ao exame objectivo Analiticamente a destacar Hb 11.4, VGM 89.0, PCR 8 mg/dl e VS 80mm/s.

Realizou TC-CE demonstrando uma lesão expansiva justacortical frontal esquerda, de limites mal definidos e densidade heterogénea. Realizou punção lombar com 86 células; predomínio de mononucleadas, hiperproteinorráquia (71.73 mg/dl) e normoglicorráquia. Foi pedida PCR de *Mycobacterium tuberculosis* que foi positiva. A RM-CE identificou múltiplas lesões focais hiperintensas em T2 dispersas pelo parênquima encefálico de distribuição miliar.

Foi admitida tuberculose miliar do sistema nervoso central, para a qual iniciou tuberculostáticos e dexametasona em alta dose. Pedida TC-TAP revelando adenomegalias mediastínicas paratraqueais e micronódulos pulmonares bilaterais com maior expressão nos lobos superiores. Por piúria estéril, pedida também PCR de micobactérias na urina que foi positiva. Foram ainda detectadas lesões osteolíticas ao nível dos ossos ilíacos.

Do restante estudo, apresentava serologia VIH negativa e electroforese de proteínas com pico monoclonal tipo IgA Kappa. Realizou mielograma com plasmocitose confirmando o diagnóstico de mieloma múltiplo.

Verificou-se boa evolução clínica, com resolução dos défices neurológicos. Teve alta mantendo seguimento da tuberculose e encaminhado para hematologia.

Conclusão: O caso apresentado ilustra uma apresentação atípica de TB, com disseminação a múltiplos órgãos. O diagnóstico, tal como neste caso, deve sempre levantar uma suspeita clínica de imunossupressão subjacente e a investigação de neoplasia síncrona, que pode facilmente passar despercebida.

Nº 411 Um caso fatal de bacteriemia a Clostridium Perfringens

Cátia Gorgulho(1); Joana Freitas Ribeiro(1); Débora Lopes(1); Luís França(1); Nuno Catorze(1); Tiago Lima Pereira(1)

(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo

Clostridium perfringens (C. perfringens) é uma bactéria Gram-positiva que faz parte da flora comensal do trato gastrointestinal humano. É um agente oportunista que pode causar infeções gastrointestinais, mionecrose e falência multiorgânica. Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e neoplasias são fatores de risco.

Caso Clínico: sexo masculino, 7(1) anos, antecedentes de DM2, recorreu ao SU com quadro de dor abdominal nos quadrantes direitos e vómitos com 24h de evolução. Hemodinamicamente estável e analiticamente sem alterações de relevo. Alta após melhoria com analgesia. Regressou 10h após por prostração e sinais de irritação peritoneal. Analiticamente com leucocitose 21.610/UL, PCR 6.5mg/dL, creatinina 1.7mg/dL. Bioquímicas sucessivamente hemolisadas.

Tomografia Axial Computorizada toraco-abdomino-pélvica: "Pneumoperitoneu. Pneumoportia grave com áreas cavitadas e com aparente necrose na periferia do lobo direito hepático. (...)"

Laparotomia: "hemoperitoneu, sinais de má perfusão global de todos os órgãos intraabdominais. Soluções de continuidade na superfície hepática, com exsudado purulento perihepático externo". Realizada operação de Hartmann, lavagem de lesões hepáticas e colocado dreno multitubular.

Agravamento de acidemia metabólica, hiperlactacidemia, diminuição de débito urinário e necessidade de suporte vasopressor, tendo sido admitido no Serviço de Medicina Intensiva. Hemólise sucessiva das amostras seguintes.

Iniciada técnica de substituição renal, antibioterapia com Piperacilina/Tazobactam, Clindamicina e Metronidazol. Agravamento clínico progressivo, culminando na morte 19h após a admissão. Nessa manhã, hemoculturas e cultura de líquido peritoneal positivas a C. perfringens e Klebsiella oxytoca.

Discussão: A bacteriemia a C. perfringens é rara e está associada a altas taxas de mortalidade. Pode complicar-se de hemólise severa em 15% dos casos e quando isto acontece, a mortalidade pode chegar a 70-100%, com tempo de sobrevida apenas de algumas horas. Os esquemas de antibioterapia recomendados incluem Penicilina e Clindamicina.

Nº 412 Dor torácica - um diagnóstico inesperado

Beatriz Sampaio(1); Mafalda Leal(1); Íris Galvão(1); Diogo Ferreira da Silva(1); Rita Bernardino(1); Jorge Frade(1); Ana Catarina Pina Pereira(1); Felisbela Gomes(1); Sofia Salvo(1); Madalena Lisboa(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: A equinococose é uma zoonose causada por parasitas da família *Echinococcus spp*. No Homem, uma das espécies mais frequentemente implicadas é a *Echinococcus granulosus*, responsável pela equinococose quística (EQ), que acomete mais comummente o fígado e pulmão. Estima-se que em Portugal a EQ tenha uma incidência de 2.2 por 100 000 habitantes/ano. Sendo uma doença habitualmente indolente, o seu diagnóstico é, muitas vezes, incidental ou derivado de complicações como rutura do quisto, efeito de massa em órgãos adjacentes ou por obstrução.

Caso Clínico: Homem, 24 anos, indiano, residente em Portugal há 3 anos. Sem antecedentes de relevo ou medicação crónica. Admitido na urgência por toracalgia esquerda com irradiação dorsal, de características pleuríticas desde há 3 dias. Sem trauma ou sintomas associados. Objetivamente com diminuição dos sons respiratórios na base esquerda à auscultação pulmonar. Tomografia computorizada (TC) de tórax com evidência de nódulo quístico uniloculado no lobo inferior esquerdo do pulmão (72x46mm) e outro idêntico no lobo esquerdo do fígado (63x38mm). Analiticamente a destacar Proteína C Reativa 97,5mg/L e anticorpos anti-*echinococcus granulosus* positivo (título 1/640). Restante estudo serológico negativo. Iniciou albendazol e foi internado para estudo. Em internamento, realizada TC crânio-encefálica e abdominopélvica, sem evidência de outras lesões. Posteriormente, foi submetido eletivamente a resseção cirúrgica do segmento II/III hepático com lesão de 8x6,3x5cm, com histologia compatível com quisto hidático. Atualmente, mantém-se sob terapêutica com albendazol, a aguardar cirurgia de resseção pulmonar.

Discussão: A EQ apresenta uma distribuição mundial e constitui um problema de saúde pública em muitos países. Com este caso, pretende-se alertar para a importância da análise epidemiológica neste tipo de zoonoses, cuja incidência tem vindo a aumentar em Portugal, fruto do fluxo migratório de doentes provenientes de áreas endémicas.

Nº 413 Doença de Hansen com dor - apresentação incomum de uma doença rara

Mário Ferreira(1); Joana Paulo(1); Filipa Nunes(1); Aurora Monteiro(1); Marta Fonseca(1); Zélia Neves(1)

(1) Hospital Dr. Fernando Fonseca

Introdução: A lepra é uma doença rara nos países desenvolvidos causada por Mycobacterium leprae, com tropismo para o sistema nervoso. Na maioria dos casos a neuropatia manifesta-se com perda sensitiva, ocorrendo em casos raros dor neuropática intensa, sobretudo se ocorrer evolução lepromatosa com reação imunológica tipo 2.

Caso clínico: Homem, 2(1) anos, natural do Brasil, admitido por poliartralgias de carácter aditivo com 3 semanas de evolução envolvendo médias e grandes articulações, com lesões eritematosas maculopapulares com flictenas e áreas necróticas dolorosas nas superfícies articulares, acompanhadas de febre, sudorese noturna e anorexia. Apresentava dor intensa e sinais inflamatórios das articulações tibiotársicas, joelhos e cotovelos, com pé esquerdo pendente, sem adenopatias nem alterações oftalmológicas.

Analiticamente com leucocitose neutrofílica, PCR elevada e citocolestase hepática.

Colocada hipótese de dermatose neutrofílica ou hanseníase com reação imunológica tipo 2. Iniciou corticoterapia e ainda antibioterapia empírica pela hipótese de doença gonocócica disseminada. O estudo foi negativo para serologias HIV, hepatites virais, Borrelia, Rickettsia, Neisseria e Chlamydia. Hemoculturas e IGRA negativo. Ecocardiograma negativo para endocardite e ecografia abdominal sem alterações.

Realizada biópsia cutânea com nódulos histiociticos espumosos dérmicos envolvendo nervos com intenso infiltrado neutrofílico e *slit-skin smear* do lóbulo da orelha positivos para Mycobacterium *leprae*.

Estabelecido o diagnóstico de Doença de Hansen com reação lepromatosa tipo 2 (eritema nodoso), apresentando melhoria clínica sob corticoterapia.

Discussão: A presença de lesões cutâneas dolorosas constituiu uma apresentação rara de lepra. A biópsia cutânea permite detetar micobactérias, o tipo de infiltrado celular e extensão de envolvimento neural, podendo o *slit-skin smear*corroborar o diagnóstico.

O estigma social é frequentemente limitativo na aceitação da doença e adesão ao tratamento.

Nº 414 Um ano a passear a Tuberculose ganglionar ... a propósito de um caso clínico!

Patrícia Clara(1); Filipa Rebelo(1); Mariana Moreira Azevedo(1); Sónia Carvalho(1); Fernando Salvador(1)

(1) Hospital Vila Real

Nos países desenvolvidos observa-se um aumento da incidência da Tuberculose (TB) ativa nos doentes com Insuficiência renal crónica (IRC) sob Hemodiálise (HD), com estudos a mostrar risco de 6,9 a 52,5 vezes maior em relação à população em geral. Habitualmente a apresentação é mais insidiosa, atípica, com predomínio da forma extrapulmonar, principalmente nas formas ganglionar e pleural.

Apresenta-se o caso de um homem de 56 anos, basal de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial, obesidade, dislipidemia, IR em HD desde dezembro 2020, Infeção crónica por VHB, internado por febre com 2 semanas em setetembro 2021, achados imagiológicos de adenopatias mediastino-hilares de reduzido tamanho, melhorado após antibioterapia. Reinicio de febre em fevereiro 2022, sudorese, perda de peso, artralgias dos membros inferiores. Do estudo, sem evolução das adenopatias, bacteriológico e micobacteriológico da expetoração negativo, isolamento de Pneumocystis Jirovecii no lavado broncoalveolar, tendo cumprido cotrimoxazol durante 6 semanas. Em novembro 2022 de novo com febre e mialgias, tomografia torácica a mostrar presença de múltiplas adenomegalias, formando um conglomerado que envolve o brônquio lobar direito, estendendo-se ao hilo. Realizou Ecocroncosopia (EBUS) – cuja biopsia do gânglio mostrou positividade para DNA mycobacterium, e cultura positiva para Mycobacterium tuberculosis Complex. Assumido tuberculose ganglionar tendo sido orientado para centro especifico para inicio de tratamento.

A instalação da TB ativa nos pacientes com IRC em HD é insidiosa, com o aparecimento de sintomas como: febre, anorexia, perda de peso, fadiga e mal-estar, que se confundem com aqueles encontrados nos doentes em tratamento HD. Alertamos para a suspeita da presença de TB nos pacientes em HD que apresentem febre de origem desconhecida e a associação de sintomas inespecíficos com a frequente localização extrapulmonar que constitui fator que contribui para o diagnóstico tardio da TB nos indivíduos com IRC e em HD.

Nº 415 Língua Villosa Nigra

Jerina Nogueira(1); Emanuel Fernandes(1); André Mendes(1); Ana Paula Resende(1); Maxim Suleac(1); Joana Gomes Cochicho(1); Ana Neves(1); Elisabete Mendes(1); Djenabu Cassama(1); Isabel Lavadinho(1)

(1) Hospital Portalegre

A *Língua Villosa Nigra* tem uma prevalência que varia entre os 0.5 a 11.3%, e tem um carácter benigno. Contudo, quando presente, o seu aspeto poderá causar alarme e suspeita de processo neoplásico. A etiologia não é clara, fumadores ou indivíduos com pobre higiene oral são os mais acometidos, mas também pode estar associada ao uso de antibióticos, candidíase oral, álcool, café, chá preto e a doentes imunodeprimidos. O diagnóstico é clínico e faz diagnóstico diferencial com a leucoplasia pilosa, carcinoma espinocelular, *acanthosis nigricans* oral, papilas fungiformes pigmentadas e melanose oral.

Expõe-se um caso de uma mulher de 65 anos, internada no serviço de Medicina Interna vinda da unidade de cuidados intensivos onde teve necessidade de ventilação mecânica invasiva durante 7 dias. Aquando admissão no internamento verificou-se que a língua da doente apresentava projeções filiformes acastanhadas semelhantes a pelos. Após raspagem da língua com espátula fez-se o diagnóstico de Língua Villosa Nigra causada por Candidíase oral na sequência do uso de vários ciclos de antibioterapia e da entubação orotraqueal, em que, consequentemente a higiene oral poderá não ter sido a ideal. Após 7 dias de limpeza mecânica e tratamento com antifúngicos a situação resolveu-se por completo.

A literatura diz-nos que cerca de 80% dos médicos consideram importante a inspeção oral porém, menos de 20% o fazem de forma regular. Por isso se torna importante expôr este caso e relembrar-nos da importância da semiologia médica na nossa prática diária.

Nº 416 Colite a Citomegalovírus em doente imunocompetente

Catarina Forra(1); Rui Miguel Parente(1); Beatriz Ribeiro(1); Rui Isidoro(1); Alexandre Louro(1); Diana Brites(1); Olga Korobka(1); Maria Eugénia André(1)

(1) Hospital Amato Lusitano

Introdução: O vírus Citomegalovirus (CMV) é um herpesvirus altamente prevalente na população e que tem um espectro amplo de manifestações que dependem do hospedeiro. Em imunodeprimidos está associada a mortalidade elevada, mas, em imunocompetentes, é geralmente assintomática ou provoca doença ligeira. A doença localizada a um órgão é rara em imunocompetentes.

Caso Clínico: Mulher de 70 anos com antecedentes pessoais de asma, dislipidemia e hipertensão arterial recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por clínica de obstipação associada a dor abdominal tipo cólica com dois dias de evolução, tendo realizado no domicílio enema com dejeção diarreica abundante. Negava febre ou outros sintomas relevantes. Hemodinamicamente estável, da avaliação no SU a destacar exame objetivo com dor abdominal difusa à palpação, analiticamente leucocitose com neutrofilia, elevação franca de parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda, hiponatrémia, e ausência de citocolestase hepática. Solicitada Tomografia Computorizada abdomino-pélvica que revelou segmentos de espessamento parietal inespecífico no cólon descendente. Ficou internada com os diagnósticos de colite infeciosa aguda e lesão renal aguda consequente. Ao longo do internamento a doente manteve dor abdominal e obstipação, com melhoria progressiva, cumprindo apenas metronidazol empírico por desenvolver hepatotoxicidade

a ciprofloxacina. Teve alta para Consulta Externa, melhorada, e com resolução das alterações analíticas. Realizou em ambulatório colonoscopia total que mostrou, no cólon descendente, segmento de 15cm de mucosa eritematosa friável com discretas erosões, cuja biópsia revelou achados histológicos e imuno-histoquímicos compatíveis com colite infeciosa aguda a CMV. Serologias pedidas posteriormente excluiram imunodeficiência adquirida. A doente manteve seguimento sem necessidade de outra terapêutica.

Discussão: A doença específica de órgão por CMV em doentes imunocompetentes não é habitualmente colocada como hipótese pela sua raridade. Mostra-se importante a investigação cuidada destes doentes para estabelecer diagnósticos definitivos, neste caso apenas possível pelo pedido de colonoscopia.

Nº 417 Uma manifestação rara de tuberculose extra-pulmonar

Carolina Guimaraes(1); José Pedro Pinto(1); Salomé Moreira(1); Helena Reis(1); Filipa Gomes(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A tuberculose pericárdica é uma manifestação rara de tuberculose extrapulmonar.

Caso clínico: Homem de 58 anos, antecedentes de HTA, dislipidemia, fumador, DM tipo 2, FA permanente, DHC de etiologia alcóolica Child-Pugh B.

Recorreu ao SU por quadro de astenia, anorexia, perda ponderal e febre ocasional com 2 meses de evolução. Associadamente com dispneia para esforços cada vez menores e tosse produtiva habitual, sem agravamento recente.

Da investigação realizada destaca-se elevação dos marcadores inflamatórios com linfocitose, anemia, VIH negativo, ECG com QRS de baixa amplitude, sem alternância elétrica e radiografia torácica com índice cardiotorácico aumentado. EcoTT com derrame pericárdico de grande volume, circunferencial, com swinging heart, sem compressão das câmaras direitas. Pericardiocentese com saída de líquido pericárdico cítrico, análise bioquímica do líquido com 2(1) 042 leucócitos (87% PMN), ADA 229 U/L, LDH 3486 e Glicose < 10mg/dL. Persistência de alterações hemodinâmicas apesar de pericardiocentese e desenvolvimento de derrame pleural (exsudado com predomínio de mononucleares). Baciloscopias negativas. TC Tórax com adenopatias hilares, opacidades em vidro despolido e micronódulos centrilobulares dispersos bilateralmente. Realizada broncofibroscopia com micobacteriológicos diretos negativos. Apesar destes resultados foi admitida hipótese mais provável de tuberculose disseminada tendo iniciado anti-bacilares empiricamente. Posterior apirexia e gradual melhoria clínica. Isolamento de estirpe de M. tuberculosis complex em exame cultural do líquido pericárdico conhecido 6 semanas depois. Iniciada corticoterapia pelos achados sugestivos de pericardite constritiva com posterior melhoria hemodinâmica.

Discussão/ Conclusão: Em Portugal, e em particular na região Norte do país, a tuberculose continua a ser um diagnóstico em ter em conta em casos inflamatórios indolentes. O envolvimento pericárdico é raro e o seu diagnóstico difícil. A pericardite constritiva é uma complicação a ter em conta quando não se observa melhoria hemodinâmica após pericardiocentese.

Nº 418 Particularidades de um caso de endocardite de válvula protésica

Rui Pedro Ribeiro(1); Filipa Ferreira(1); Diana Oliveira(1); Helena Reis(1); Ana Faceira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A endocardite de válvula protésica ocorre em (1) a 6% dos doentes, estando também associada à implantação de válvula aórtica transcatéter. O *Staphylococcus aureus* e os staphylococci coagulase negativos são agentes comuns.

Caso clínico: Sexo feminino, 83 anos. História de cirurgia de substituição valvular aórtica por prótese biológica em 2006 no contexto de estenose aórtica grave. Disfunção protésica grave em 2018, sem condições cirúrgicas, tendo realizado implantação percutânea de prótese aórtica *valve-in-valve*. Recorreu ao SU cerca de 6 meses após por lombalgia com duas semanas de evolução, sem febre. Apresentava PCR elevada, colheu hemoculturas, e teve alta com indicação para reavaliação em consulta. Nesta altura, por isolamento de *Staphyloccocus epidermidis* meticilino-resistente, ficou internada. O ecocardiograma transesofágico não foi esclarecedor, mas a PET confirmou captação difusa peri-prótese. Realizou RM que revelou espondilodiscite D5-D7, sem indicação cirúrgica. Realizou 6 semanas de vancomicina e 2 semanas de gentamicina (fez transitoriamente rifampicina, suspensa por toxicidade). Pela impossibilidade de remoção cirúrgica do material infetado, tendo já sido realizada uma intervenção de última linha ao colocar a prótese *valve-in-valve*, teve alta com terapêutica antibiótica supressiva com sulfametoxazol/trimetoprim (confirmada suscetibilidade). Durante o seguimento manteve apirexia, sem evidência de disfunção valvular, e sem clínica de insuficiência cardíaca. Cumpriu um total de 33 semanas de antibioterapia, que suspendeu por ausência de evidência de infeção. Um mês apos a suspensão mantinha PCR baixa e hemoculturas negativas.

Conclusão: O tratamento de endocardite infeciosa de prótese valvular cardíaca passa pela antibioterapia prolongada em todos os doentes, e reintervenção cirúrgica em casos selecionados. A escolha por terapêutica antibiótica de longa duração baseou-se na ausência de possibilidade de remoção do material infetado.

Nº 419 Endocardite e aortite a estafilococos aureus meticilino-resistente

Nuno Ferreira(1); Sofia Mateus(1); Ana Lourenço(1); Liliana Fernandes(1); Patrícia Vicente(1); Maria João Baptista(1); Fátima Grenho(1)

(1) Cuf Tejo

A endocardite infecciosa associada a aortite constitui um diagnóstico difícil em especial na ausência de vegetações. **Caso clínico:** Homem de 72 anos, com história de leucemia linfocítica crónica, insuficiência cardíaca com colocação de prótese da válvula aórtica, admitido com choque séptico por pneumonia bilateral com isolamento de estafilococos aureus meticilino resistente (MRSA) em hemoculturas. Cumpriu 14 dias de vancomicina. O ecocardiograma transtorácico (ETT) não mostrou vegetação ou disfunção valvular. Ao 10º dia por recrudescimento de febre e nova positividade nas hemoculturas para MRSA, realizou ecografia transesofágica que continuou a não mostrar vegetação, disfunção valvular ou protésica nem alterações na raiz da aorta. A tomografia computadorizada (TC) do tórax excluiu abcesso ou pneumatocelos. TC de corpo sem evidencia de infecção noutras localizações. A tomografia por emissão de positrões (PET) mostrou fixação anómala a nível de válvula protésica aórtica. Após oito semanas de antibioticoterapia

com vancomicina teve alta clinicamente bem, sem febre e com hemoculturas negativas. Readmitido 2 semanas depois por febre e nova positividade nas hemoculturas para o mesmo agente. Repetiu exames cardiológicos que foram normais. A PET revelou persistência da hiperfixação anómala a nível da prótese aórtica. Sem indicação para cirurgia cardíaca. Cumpriu mais 8 semanas de vancomicina tendo tido alta sem febre, com hemoculturas e parâmetros de infecção negativos. Após 3 semanas, desenvolve quadro febril com choque séptico e cardiogénico por disfunção valvular aórtica aguda de novo. Intervencionado de urgência pela cirurgia cardíaca que constata extensa necrose da raiz aorta. A evolução foi desfavorável com falência multiorgânica e óbito. Os autores pretendem reforçar a importância do diagnóstico de endocardite e aortite por parte de um microrganismo de extrema virulência, cuja presunção diagnóstica deve manter-se mesmo na ausência de sinais ecográficos de infecção.

Nº 420 Salmonella typhi: a importância da erradicação do estado de portador no contexto de imunossupressão

Daniela Soares(1); Gonçalo Carneiro(1); José Meireles(1); Carla Pereira Fontes(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A infeção por *Salmonella typhi* (S. Typhi) é geralmente transmitida por via fecal-oral ou ingestão de produtos contaminados, causando sintomas como diarreia, dor abdominal e febre. O diagnóstico é obtido através da cultura do microrganismo, embora a maioria apresente baixa sensibilidade. Cerca de 1-6% dos doentes torna-se portador crónico, sendo a erradicação necessária em certas situações.

Caso clínico: Homem de 74 anos, com neutropenia cíclica sob fator de estimulação de colónias de granulócitos (GM-CSF) periódico. Histórico de várias intercorrências infeciosas no último semestre, tratadas com beta-lactâmicos, sem focalização orgânica ou isolamentos microbiológicos. Novamente admitido por febre persistente após 3 dias do último ciclo de GM-CSF, sem clínica indiciadora de foco. Analiticamente com neutropenia (400/uL) e proteína C reativa elevada. Excluída filiação neurológica, respiratória, gastrintestinal e urinária. Cumpriu ciclo de piperacilina/tazobactam, com apirexia sustentada e melhoria analítica. Exames culturais, painel de zoonoses e VIH negativos. Por positividade serológica para S. Typhi em título superior (1/32 à 1/320), associada ao aumento do número de dejeções nos últimos meses, foi admitida a possibilidade de se tratar de portador crónico, com reativação sintomática coincidente com a descida neutrofílica e melhoria parcial, mas não plena, com os ciclos de antibioterapia instituídos. Iniciado esquema de erradicação com amoxicilina (alergia a quinolonas) durante 5 semanas, com resposta clínica favorável, traduzida por normalização do trânsito gastrintestinal e melhoria significativa do estado geral.

Discussão: Este caso ilustra a importância da erradicação de S. Typhi em doentes imunodeprimidos, nos quais a clínica pode ser frustre e associada a maior taxa de complicações. Visto que a exposição antibiótica de curta duração pode prolongar o estado de portador, este deve ser considerado a fim de se definir a abordagem terapêutica adequada.

Nº 421 BCGite: um caso clínico de uma rara complicação.

Sérgio Gomes Ferreira(1); Ana Luisa Marques(1); Filipe Machado(1); Joana Sequeira(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: O BCG, uma cepa de Mycobacterium Bovis, tem vindo a ser muito utilizado no tratamento de neoplasias vesicais superficiais, com bastante sucesso. Apenas cerca de 5% dos pacientes apresentam complicações com a instilação intravesical de BCG, sendo os mais comuns febre, inflamação e adenopatia pélvica, havendo poucas referências a complicações sistémicas mais raras.

Caso clínico: Apresentamos um caso de um paciente do sexo masculino, de 74 anos, com história de carcinoma urotelial vesical, submetido a cirurgias de resseção trans-uretrais (RTU-V), tendo realizado instilação terapêutica intravesical com BCG. Seis meses depois, apresentou quadro de duas semanas de evolução de dor abdominal, tendo recorrido por esse motivo ao Serviço de Urgência. Do estudo laboratorial, de salientar elevação importante dos parâmetros inflamatórios (PCR 208 mg/L). A nível imagiológico objetivada ascite de grande volume (com estudo de líquido ascítico a demonstrar adenosina deaminase elevada, assim como deteção de BK) e múltiplas lesões focais hepáticas hipodensas. As amostras de urina demonstraram também elevada deteção de BK. Assumiu-se, após revisão do caso com Infecciologia, o diagnóstico de complicação da instilação intravesical do BCG tendo iniciado tratamento com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. A evolução sob esta terapêutica foi favorável (sem toxicidade associada à teraperutica), com melhoria dos marcadores de inflamação sistémicos e apirexia sustentada, assim como resolução do quadro de dor abdominal, confirmando também, por resposta à terapêutica, o diagnóstico de BCGite.

Discussão: Com este caso clínico, os autores pretendem alertar para uma as possíveis complicações da utilização desta terapêutica, que, apesar de raras, poderá tornar-se cada vez mais frequente, dada a sua ampla e crescente utilização.

Nº 422 Escherichia coli, o lobo que veste pele de cordeiro?

Miguel Simões Rodrigues(1); Joana Sousa Varela(1); Patrícia Ramos Dos Santos(1); Ana Glória Fonseca(1); Francisca Delerue(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

A bacteriémia causada por E coli aumenta drasticamente de incidência acima dos 60 anos e tem como principal ponto de partida urinário ou abdominal, tendo ainda uma incidência de (1) em cada 4 doentes com algum estado de imunossupressão. É importante reconhecer atempadamente o quadro clínico, para uma abordagem célere, devido à morbimortalidade com consequências nefastas nestas faixas etárias.

Mulher de 78 anos com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus e hipotiroidismo. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de 3 semanas de náuseas, vómitos e sudorese noturna. À admissão febril, hipotensa, pálida e com dor à palpação abdominal difusa, sem defesa ou reação peritoneal. Analiticamente com anemia normocítica/normocrómica, trombocitopénia, elevação dos parâmetros inflamatórios (PI's), lesão renal aguda e hepatocelular. Internada admitindo-se quadro séptico de ponto de partida a esclarecer e do estudo inicial, destaca-se, urocultura e hemoculturas seriadas com E. coli multissensível e imagiologicamente quistos hepáticos não complicados. Após ausência de resposta à antibioterapia (ATB) dirigida e posterior escalada para largo espectro por

agravamento clinicolaboratorial progressivo, repetida avaliação imagiológica identificando-se focalização multiorgânica com abcesso hepático, cavitação pulmonar, espondilodiscite com envolvimento do psoas bilateralmente e aracnóideo (sem neoplasia sólida ou doença linfoproliferativa identificada). Paralelamente, painel serológico negativo e eletroforese de proteínas com padrão inflamatório. A doente evoluiu com pancitopénia, inicialmente interpretada, em conjunto com Hematologia, em contexto infecioso/medicamentoso, e persistência de febre e PI's, sem reposta à ATB instituída. Em esfregaço de sangue periférico, ao 56º dia de internamento, detetados 21% de blastos. O medulograma e biópsia óssea confirmaram o diagnóstico de leucemia mielóide aguda, neste caso já sem condições para tratamento pela infeção grave refratária à terapêutica dirigida, tendo o desfecho sido desfavorável a curto prazo.

O caso ressalta pelo quadro de infeção grave com evolução atípica com focalização múltipla consecutiva sem resposta à ATB dirigida, para qual poderá ter contribuído processo de imunossupressão relativa multifatorial preexistente.

Nº 423 Delirium – quando (também) há patologia neurológica

Marta Catarina Almeida(1); Catarina Gonçalves da Costa(1); José Alvarenga(1); Maria Inês Soares(1); Telmo Coelho(1); Sara Barbosa Pinto(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: O *delirium*, alteração aguda de consciência e cognição, é uma intercorrência comum nos doentes médicos, devendo-se excluir patologia neurológica subjacente, quando presente. A sífilis tem diferentes apresentações clínicas, podendo a neurossífilis ocorrer em qualquer fase da doença. Na presença de sintomatologia neurológica, a infeção por *Treponema pallidum* é um dos diagnósticos diferenciais a excluir.

Caso Clínico: Homem, 67 anos, autónomo. Antecedentes de doença renal crónica estadio 4 e hipertensão arterial. Admitido na urgência por alteração do estado de consciência. Descrito défice de atenção, sonolência, anorexia e astenia desde há 36 horas. Objetivamente febril, desorientado, confuso, sem défices neurológicos focais. Analiticamente a destacar leucocitose neutrofílica e elevação 6 vezes o normal da proteína C reativa. Sumário de urina com leucocitúria, sem nitritúria. Tomografia computorizada cerebral com pequena lesão hiperdensa cortico-subcortical parietal anterior direita, inespecífica. Internado assumindo *delirium* hipoativo em contexto de infeção do trato urinário. Agravamento neurológico no primeiro dia de internamento, com prostração e confusão associados a rigidez da nuca. Realizado rastreio de sífilis e punção lombar, com anticorpos anti-*Treponema pallidum* e reação RPR positivos no sangue periférico, e reação TPHA positiva no líquido cefalorraquidiano. Assumida neurossifílis, cumpriu tratamento com ceftriaxone (dada infeção urinária concomitante) com dose meníngea durante 10 dias, com melhoria neurológica.

Discussão: Este caso clínico alerta para a necessidade de se explorar etiologias subjacentes ao *delirium*, principalmente em doentes cognitivamente íntegros, sem fatores de risco, ou com presença de sinais de alarme para patologia do sistema nervoso central. O grau de suspeição a motivar rastreio de sífilis deve ser baixo, tendo em conta a variabilidade clínica e a possibilidade de tratamento desta causa reversível, com impacto no prognóstico.

Nº 424 Quando a febre vem da boca

Daniela Nascimento Silva(1); Mariana Paulos Carriço(2); Patrícia Tenreiro(2); Jorcélio Vicente(2)

(1) Hospital Elvas (2) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: A actinomicose é uma doença rara, causada por *Actinomyces sp.,* bactéria anaeróbia gram positiva, habitualmente comensal na boca e nos aparelhos digestivo e genital humanos e cuja disseminação hematogénica é rara. Quando tal ocorre, pode causar apresentações típicas, tais como atingimento cervicofacial, pulmonar ou pélvico ou mimetizar malignidade, podendo atingir múltiplos órgãos e sistemas. O atingimento cervicofacial é a apresentação clínica mais frequente, associando-se frequentemente a infecções odontológicas e má higiene oral em doentes fumadores.

Caso clínico: Homem, 62 anos, antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia. Ex-fumador. Internado por acidente vascular cerebral (AVC) isquémico. Objetiva-se má higiene oral, com múltiplas cáries, periodontite e várias peças dentárias em falta. Durante o internamento inicia síndrome febril associado a cefaleia e cervicalgia, apresentando analiticamente elevação dos parâmetros inflamatórios (leucocitose 16.87 10^3 u/L e PCR 13mg/dl). Dos exames microbiológicos, as hemoculturas permitiram a identificação de *Actinomyces naeslundii*. Cumpriu tratamento com amoxicilina e ácido clavulânico, com benefício clínico e analítico.

Discussão: As espécies de *Actinomyces* podem invadir estruturas nas regiões da cabeça e pescoço, através de lesões teciduais ou da mucosa, sendo a doença causada quase exclusivamente por invasão direta e raramente por disseminação hematológica. Frequentemente, são fatores predisponentes a gengivite, periodontite, caries e má higiene oral. A atenção clínica deve recair não apenas na apresentação típica (actinomicose cervicofacial com ponto de partida em infeção dentária ou pélvica em mulheres com dispositivo intrauterino) mas considerar que a actinomicose pode mimetizar malignidade, doenças inflamatórias ou granulomatosas.

Nº 425 O desafio do internista: a mesma queixa, diferentes diagnósticos e tratamentos

Mariana Baptista(1); Adriana Guedes(1); Guilherme Jesus(1); Maria Inês Soares(1); Renata Monteiro(1); Marta Monteiro(1)

(1) CH VN GAIA UNID (1) - SANTOS SILVA

Introdução: O estudo de adenopatias é um motivo frequente de referenciação à consulta de Medicina Interna, podendo ter várias etiologias: neoplásica, infeciosa, auto-imune ou iatrogénica.

Caso clínico:

Caso 1: Sexo feminino, 27 anos, achado ocasional de nódulo cervical à palpação, assintomática. Realizada tomografia computorizada (TC) que identificou um conglomerado de gânglios cervical direito, com 20x12mm e adenomegalias supraclaviculares homolaterais, com 16x8mm. Realizada citologia de biópsia aspirativa de adenopatia supraclavicular. Diagnóstico de tuberculose ganglionar, com isolamento de *Mycobacterium tuberculosis complex*. Iniciado tratamento com antituberculostáticos no Centro de Diagnóstico Pneumológico.

Caso 2: Sexo feminino, 35 anos, com adenopatia supraclavicular, metrorragias e coitorragias. Ao exame ginecológico, lesão da parede da vagina com 3cm irregular, anatomia patológica compatível com adenocarcinoma, realizado Tomografia por Emissão de

Positrões (PET) que conclui "Neoplasia maligna do colo uterino/ cúpula vaginal", mostrando metastização ganglionar retroperitoneal e supraclavicular esquerda. Diagnóstico final de Adenocarcinoma do colo útero/vagina estadio IV. Proposta para quimioterapia paliativa.

Caso 3: Sexo feminino, 62 anos, achado ocasional de nódulo cervical à palpação, assintomática, LDH: 340U/L, realizada TC que mostrou formações ganglionares cervicais bilaterais e gânglios supraclaviculares, o maior à esquerda com 14 mm, sem esplenomegalia. Realizada biópsia excisional, sendo a anatomia patológica compatível com Linfoma da zona marginal nodal. Orientada para consulta de Hematologia, estando sob vigilância.

Discussão: Este trabalho permite mostrar a importância de um estudo sistematizado de um achado clínico/imagiológico frequente, as adenopatias, em particular as supraclaviculares, dado os elevados diagnósticos diferenciais existentes e a especificidade de tratamento inerente a cada um deles.

Nº 427 Um Raro Caso de Diarreia

Catarina Rodrigues da Silva(1); Francisco Gonçalves(1); Dora Gomes(1); Miguel Lázaro(1); Maria do Céu Coelho(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A doença de Whipple é uma patologia infeciosa rara, com incidência de 30 casos por ano, mais frequente em homens europeus e com profissões ligadas à agricultura, causada pelo *Tropheryma whipplei*, que classicamente cursa com artralgias, diarreia, dor abdominal e perda de peso, podendo apresentar outras manifestações menos comuns como a endocardite e atingimento neurológico. O diagnóstico é feito por biópsias duodenais e o tratamento inclui antibioterapia durante (1) ano.

Doente do sexo masculino, 5(1) anos, autónomo, natural da Bielorrússia, a viver em Portugal há 6 anos, trabalhador na construção civil e agricultura, com internamento 6 meses antes por síndrome nefrótico, biópsia renal com glomerulonefrite de lesões mínimas, sob corticoterapia. Inicia quadro de dejeções diarreicas abundantes e dor abdominal 2 dias antes do internamento, sem outras queixas. Ao exame objetivo, doente hipotenso, abdómen escavado, difusamente doloroso à palpação, sem defesa. Analiticamente com anemia ferropénica e hipocaliemia. Radiografia e TC abdominais sem alterações. Foi internado por gastroenterite aguda e instituída antibioterapia. Durante o internamento o doente manteve múltiplas dejeções diarreicas, dor abdominal, hipotensão e perda ponderal. Foi feito ajuste da dieta com apoio da dietista do serviço e realizado estudo de diarreia crónica. Coproculturas e hemoculturas negativas. Pesquisa de *clostridium* negativa. Elastase pancreática e calprotectina fecais negativas. Serologias infeciosas e de autoimunidade negativas. Realizada endoscopia digestiva alta sem alterações, realizadas biópsias duodenais com pesquisa doença de Whipple positiva. O doente iniciou Ceftriaxone durante 2 semanas, depois passou cotrimoxazol durante um ano, com resolução das queixas e recuperação do peso.

Serve o presente caso clínico para abordar a doença de Whipple como patologia infeciosa rara, com consequências devastadoras se não for atempadamente diagnosticada e tratada.

Nº 428 Streptococcus infantarius: um nome com significado ameaçador

Sérgio Cabaço(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); Cláudia Maciel Perez(1); Wendy Moniz(1); Manuel Serrano(1); Conceição Loureiro(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

S. infantarius é um microorganismo gram positivo pertencente ao grupo dos *S. bovis/S. Equinus* complex (SBSEC), considerados microorganismos oportunistas, geralmente colonizam o sistema gastrointestinal e genitourinário e raramente são encontrados no sangue. Subdivididos em biotipo I e II, este último ao qual pertence o *S. infantarius*, são uma causa importante de bacteriémia e endocardite infecciosa em adultos. Mulher, 83 anos, história médica de insuficiência cardíaca NYHA II por estenose aórtica grave, submetida a colocação de implante aórtico valvular percutâneo com válvula biológica. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com um mês de evolução de prostração com períodos de desorientação, agravado na última semana, agora com febre. À admissão febril, prostrada e hipotensa. Laboratorialmente salientava-se leucócitos de 11.250/L com neutrofilia de 9.490/L, proteína C reativa 69.3mg/L. Realizou radiografia de tórax que apenas evidenciou um índice cardiotorácico aumentado. Decidido internamento com hipótese diagnóstica de febre de etiologia a esclarecer e síndrome confusional agudo em provável contexto do anterior. Em hemoculturas foi isolado *S. infantarius* e realizou ecocardiograma transtorácico com confirmação por transesofágico que evidenciou imagem filiforme, móvel e aderente à prótese valvular aórtica confirmando o diagnóstico de endocardite. Cumpriu seis semanas de antibioterapia dirigida com ceftriaxona e duas semanas de gentamicina com evolução clínica e laboratorial favorável. Discutido com cirurgia cardiotorácica cujo parecer foi de não intervencionar visto que a prótese se encontrava funcionante. Pretende-se com este caso evidenciar a importância da investigação de endocardite infecciosa perante o isolamento de um agente do grupo SBSEC pela sua grande capacidade em formar vegetações nas superfícies valvulares principalmente se protésicas, dada a necessidade do início o mais precoce possível, da terapêutica antimicrobiana.

Nº 429 QUANDO UM RIM ATRAPALHA

Ana Rita Ferreira(1); Inês Lopes Matias(1); Ana Castro Barbosa(1); Fábia Cerqueira(1); Margarida Guiomar(1); Francisco Santos Cunha(1); Armando Lopes Braz(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A pielonefrite xantogranulomatosa é uma forma rara de infeção crónica do parênquima renal e dos tecidos envolventes associada a obstrução crónica do trato urinário, normalmente por litíase renal. Os agentes infeciosos mais implicados são *Escherichia coli* e *Proteus mirabilis*. As manifestações clínicas e os achados laboratoriais e imagiológicos são variados e podem mimetizar outras patologias pelo que a apenas a histologia confirma o diagnóstico. As complicações incluem abscessos e fístulas. O tratamento de escolha é a nefrectomia total.

Caso Clínico: Mulher, 78 anos, com infeções do trato urinário de repetição e cálculo coraliforme ocupando praticamente toda árvore excretora esquerda e condicionando ectasia pielocalicial com necessidade de derivação com cateter duplo J. Doente havia recusado nefrostomia esquerda. Admitida por astenia e anorexia com um mês de

evolução, agravada na semana anterior. À observação destacava-se febre e piúria após algaliação. Laboratorialmente com anemia, trombocitose, lesão renal aguda KIDGO 1, elevação de parâmetros inflamatórios e hipoalbuminemia e exame sumário de urina com leucocitúria e nitritos positivos. Assumida pielonefrite e iniciado cefriaxone, contudo, com evolução clínica e laboratorial desfavoráveis. Escalada antibioterapia para piperacilina/tazobactam e realizada TC toraco-abdominal que revelou provável pielonefrite xantogranulomatosa à esquerda complicada de coleção perirrenal e empiema. Sem indicação para nefrectomia esquerda urgente, tendo sido submetida a drenagem percutânea das coleções com isolamento de *Proteus mirabilis* sensível a ampicilina pelo que se dirigiu antibioterapia.

Discussão: Este caso clínico demonstra que a pielonefrite xantogranulomatosa deve ser equacionado num doente com litíase renal e infeções urinárias recorrentes e eventual quadro consumptivo. O diagnóstico precoce é essencial para prevenir morbimortalidade. Destaca-se também a presença de fístula renopleural, uma complicação incomum.

Nº 430 Doença de Weil

Sofia Sequeira(1); Carolina Câmara(1); Magda Sousa(1); Leonor Monjardino(1)

(1) Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

A doença de Weil, ou leptospirose ictérica, ocorre em cerca de 5 a 10% dos casos sintomáticos de leptospirose, e é uma doença multissistémica rapidamente progressiva associada a uma taxa de mortalidade de 5 a 15%.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 58 anos, recorre ao serviço de urgência por fadiga, mialgias, cefaleias frontais, rinorreia com 3 semanas de evolução com agravamento na semana anterior à admissão. Da história pessoal há a realçar que tratava de animais e que trabalhava com frequência no jardim. Terá efetuado pontualmente ibuprofeno 600mg em SOS por dores. Negava febre ou outros sintomas adicionais na revisão de aparelhos e sistemas. Ao exame objetivo apresentava-se febril, ictérica, normotensa, saturações de 96% com FiO2:21%, polipneica, sem outros sinais de dificuldade respiratória. Durante a permanência no serviço de urgência com registo de agravamento clínico. Do estudo complementar analiticamente com leucocitose e trombocitopenia, lesão renal aguda ureia 91mg/dL, creatinina 2,70mg/dL, aumento dos parâmetros de citocolestase, rabdomiólise 1422U/L, aumento de BNP 2485pg/mL e proteína C reactiva de 235,1mg/L. Radiografia de torax com padrão de reforço instersticial. Internada no Serviço de Medicina Intensiva com disfunção multiorgânica, disfunção ventilatória com necessidade de suporte ventilatório, disfunção renal com necessidade de técnica de substituição renal, disfunção hematológica com trombocitopenia, disfunção cardiovascular com necessidade de suporte vasopressor e ionotrópico, disfunção hepática com citocolestase hepática severa. Foi medicada com ceftriaxona e penicilina.

Durante o internamento nos Serviços de Medicina Intensiva e Medicina Interna, melhorou de toda a sintomatologia prévia com normalização dos valores analíticos.

A maior parte dos casos de leptospirose têm uma clínica moderada ou menos sintomática, contudo existem formas severas e potencialmente fatais. Apresenta-se o caso pela clínica de perfil subagudo oligossintomático e com agravamento abrupto e severo com excelente recuperação.

Nº 431 Proctite por vírus Epstein-Barr

Rui Pedro Ribeiro(1); Filipa Ferreira(1); Diana Oliveira(1); Francisca Azevedo Correia(1); Ana Faceira(1); Filipa Ceia(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O vírus de *Epstein-Barr* é um vírus do grupo herpes responsável por um grande número de infeções em todo o mundo. Em doentes imunocomprometidos pode ser causa de colite, sobretudo em doentes com doença inflamatória intestinal tratados com imunossupressores como a azatioprina.

Caso clínico: Sexo feminino, 93 anos. Antecedentes de hipopituitarismo (sela turca vazia), medicada com hidrocortisona e levotiroxina, diabetes *mellitus* tipo 2 e doença renal crónica. Recorreu ao SU por dor abdominal, vómitos de conteúdo alimentar, diarreia com sangue e muco, e febre com uma semana de evolução. Hb 10,5 g/dL (estável) e PCR ligeiramente elevada (45 mg/dL), e ecografia a mostrar aerocolia difusa. Realizou retossigmoidoscopia que mostrou extensa ulceração do reto distal, recoberta por exsudado esverdeado e membranas, tendo sido efetuadas biópsias para estudo microbiológico e anatomia patológica. Sem melhoria clínica com antibioterapia – ceftriaxone e metronidazol na presunção de etiologia bacteriana, e vancomicina oral na presunção de colite pseudomembranosa, que foram posteriormente excluídas. A PCR de EBV foi positiva na biópsia retal, e a histologia foi compatível com proctite relacionada com infeção por EBV. Objetivou-se elevada replicação sérica de EBV (serologias compatíveis com infeção passada). Serologia VIH negativa, e imunofenotipagem de sangue periférico com linfopenia B grave (sem sintomas B e sem adenomegalias). Assim, iniciado tratamento dirigido para proctite infeciosa por EBV com ganciclovir, posteriormente alterado para valganciclovir em ambulatório, com melhoria clínica e analítica.

Conclusão: A identificação de EBV em biópsias do cólon nem sempre traduzem a presença de doença, uma vez que este pode encontrar-se em fase latente. Contudo, a presença dos achados macroscópicos relatados e a resposta à terapêutica antivírica instituída favorece este diagnóstico – um diagnóstico extremamente raro em doentes imunocompetentes.

Nº 432 Abcesso cerebral de etiologia indeterminada: relato de um caso clínico

Fabiana Gouveia(1); João Tiago Loja(1); João Miguel Freitas(1); Sofia Granito(1); Miguel Homem Costa(1); Teresa Faria(1)

(1) CHF-Hospital Nélio Mendonça

Introdução: Apresenta-se uma mulher com história de Doença Hepática Crónica (DHC) com internamento recente por Trombose da Veia Porta (TVP) que se apresentou em consulta de *follow up* de Medicina Interna (MI) com um quadro de défices neurológicos associado a letargia e quedas, tendo sido diagnosticado posteriormente um Abcesso Cerebral (AC).

Caso Clínico: Mulher de 6(1) anos, antecedentes de DHC e internamento recente por TVP apresentou-se em consulta de MI com um quadro de 2 semanas de evolução de letargia, tonturas, diminuição de força no Membro Inferior Esquerdo (MIE) e referência a 2 quedas no domicílio na semana anterior. Ao exame objetivo apresentava-se apirética, sem alterações à auscultação cardiopulmonar, pupilas isocóricas/issorreativas, diminuição da força no MIE, hemianopsia esquerda, nistagmo horizontal, sem sinais meníngeos. Por suspeita de acidente vascular cerebral *versus* Lesão Ocupante de Espaço (LOE) foi

enviada ao Serviço de Urgência, onde realizou tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica que revelou uma LOE no lobo temporal direito (LTD), tendo ficado internada. Foram pedidas hemoculturas aeróbias e anaeróbias que se revelaram negativas e a ressonância magnética crânio-encefálica documentou um AC no LTD. Iniciou empiricamente ceftriaxone, metronidazol e vancomicina e foi submetida a controlo de foco através de drenagem cirúrgica. Foi realizado ecocardiograma transtorácico que não apresentou vegetações ou massas, sendo pouco sugestivo de endocardite infeciosa. A bacteriologia da coleção purulenta foi positiva para *Streptococcus sanguinis*, com mudança de antibioterapia para ampicilina + clindamicina dirigidas durante 73 dias. Após melhoria clínica e resolução imagiológica progressiva do edema e efeito de massa da LOE, teve alta após 94 dias de internamento.

Discussão: Este caso relata o desenvolvimento de um AC cujo ponto de partida mais provável foi uma infeção da cavidade oral, alguns aspetos poderão inferi-lo como o facto da bactéria isolada ser agente comensal da cavidade oral e por tipicamente o lobo temporal ser o local do AC quando a infeção inicial tem origem odontogénica, oral ou sinusal, aliado ao facto de ser um doente imunossuprimido pela sua DHC, o que pode predispor a infeções bacterianas atípicas.

Nº 433 Um caso raro de infeção necrotizante a Clostridium septicum com embolização gasosa cerebral

Tânia Lopes(1); Rita Rego(1); Ana Rita Cruz(1); Carla Gonçalves(1); António Costa(1); Álvaro Ferreira(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: O *Clostridium septicum* (*C. septicum*) raramente é encontrado nas infeções necrotizantes dos tecidos moles e, na maioria dos casos, está associado a infeções espontâneas em doentes com malignidade do cólon. Uma complicação rara da bacteriemia por *C. septicum* é a disseminação hematogénica para o sistema nervoso central (SNC), com meningoencefalite/cerebrite ou abcesso cerebral. Como o *C. septicum* é capaz de produzir gás, é possível ocorrer também embolização gasosa, sendo muito raros os casos descritos.

Caso clínico: Homem de 85 anos, diabético, com doença renal crónica e anemia ferropénica. Fratura trocantérica há dois meses, submetida a correção cirúrgica, sem outros traumas/cirurgias recentes. Febre com um dia de evolução, sem queixas focalizadoras. Análises com anemia agravada, trombocitopenia, lesão renal aguda e elevação ligeira da proteína C reativa. Sinais inflamatórios no braço e parede torácica esquerdos. Tomografia computorizada (TC) a mostrar áreas gasosas nos tecidos moles e densificação da gordura subcutânea, sugestivas de infeção necrotizante. Iniciou ceftriaxone, metronidazol e daptomicina e foi submetido a drenagem e desbridamento cirúrgico. Evolução com disfunção neurológica, com TC cerebral a mostrar lesão hipodensa cortico-subcortical frontal esquerda com conteúdo gasoso, compatível com enfarte recente em ramo da artéria cerebral anterior esquerda de provável etiologia embólica gasosa, não se podendo excluir cerebrite. Ressonância magnética cerebral a corroborar a hipótese de embolia gasosa. Punção lombar não realizada pelo elevado risco associado. Ecocardiograma sem vegetações ou shunt direito-esquerdo. Isolamento de *C. septicum* num frasco de hemocultura e nos tecidos desbridados. Evolução com sépsis com disfunção multiorgânica a culminar em óbito.

Discussão: A infeção necrotizante dos tecidos moles é uma patologia rara, com rápida evolução e que pode ser mortal se não tratada atempadamente. De relembrar que

a infeção pode acometer outros órgãos, nomeadamente o SNC. Neste caso, constatada embolização gasosa cerebral, condição ainda mais incomum. Nos sobreviventes a infeção por *C. septicum* deve ser sempre rastreada neoplasia do cólon.

Nº 434 Cistite Enfisematosa - a propósito de um caso clínico

Mafalda Santos(1); João Vieira Afonso(1); Joana Castro Vieira(1); Ana Lúcia Rosário(1); Gonçalo Carvalho(1); Mariana Magalhaes(1); Nuno Oliveira(1); Mariana Leao(1); Manuel Xavier(1); Ana Filipa Rodrigues(1)

(1) CH OESTE - CALDAS RAINHA

Introdução: A cetoacidose diabética é caracterizada por cetoacidose e hiperglicemia. Os fatores desencadeantes mais frequentes são infeções ou mau/insuficiente regime terapêutico.

Caso clínico: Mulher de 29 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus tipo (1) insulinotratada, recorre ao serviço de urgência por quadro de náuseas e vómitos com um dia de evolução.

Ao exame objetivo: Hemodinamicamente estável, febril, sem sinais de dificuldade respiratória, auscultação cardiopulmonar normal, abdómen mole e depressível, indolor, Murphy renal negativo bilateralmente. Gasometricamente com acidemia metabólica, glicémia de 327mg/dl e cetonémia positiva. Assumiu-se cetoacidose diabética e iniciou medidas de correção. Analiticamente, a destacar leucocitose 13000/uL, sem alterações da função renal e PCR 6,5 mg/dL. Na análise da Urina tipo 2, pH5, leucócitos ++, glicose ++++, corpos cetónicos ++.

Na TC abdominal: "proeminência do excretor bilateralmente com bexiga bastante distendida com nível hidroaéreo". A doente foi algaliada por retenção urinária com saída de 500cc de conteúdo gasoso e urina amarelo-clara e límpida. Urocultura e hemocultura sem isolamento de agente. Foi excluída a hipótese de fistula vesico-cólica pela cirurgia geral. Após discussão do caso com urologia iniciou antibioterapia de amplo espectro com Piperacilina e Tazobactam.

Discussão: Os principais fatores de risco para infeções urinarias enfisematosas são a diabetes Mellitus e obstrução do trato urinário. Ocorre mais frequentemente em mulheres. Os agentes tipicamente isolados são Escherichia coli ou Klebsiella pneumoniae.

Tipicamente apresenta-se com dor abdominal e pneumatúria. Os sintomas típicos de cistite (disúria, polaquiúria ou urgência miccional), febre, náusea, vómitos, retenção urinária ou hematúria ocorrerem em apenas metade dos pacientes. O diagnóstico é feito por TC abdominal

Nº 435 Doença pneumocócica invasiva e febre persistente: como resistir a escalar antibioterapia?

João Paulo Nóvoa(1); Rita da Silva Vieira(1); Marta Botelho de Sousa(1); José Ganicho(1); Madalena Vicente(1); Anna Taulaigo(1); Ana Catarina Rodrigues(1); Matilde Fraga(1); Heidi Gruner(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

A meningite a Steptococcus (S) pneumoniae continua a ser a principal causa de meningite bacteriana nos adultos. A vacinação reduz o risco de doença grave. O problema da resistência aos antimicrobianos representa um desafio na prática clínica.

Mulher, 68 anos, com história de diabetes mellitus tipo 2 e artrite reumatóide sob metotrexato, não vacinada contra S. pneumoniae, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por prostração, discurso confuso e incontinência de esfíncteres precedidos por tosse, náuseas e vómitos com 5 dias de evolução. No SU febril, hipertensa e com saturação O2 de 92% em ar ambiente. Do estudo complementar, a destacar gasimetria arterial com hipoxemia e análises com subida de parâmetros inflamatórios. Na tomografia computadorizada crânio-encefalica "sinais de otopatia inflamatória". Punção lombar com saída de líquido xantocrómico e citoquímico compatível com meningite bacteriana (134(1) leucócitos/uL, predomínio de polimorfonucleares, glucose 10 mg/dL e proteínas 539,7 mg/dL). Pesquisa de Influenza A positiva. Por sépsis grave iniciou antibioterapia (AB) empírica entretanto dirigida após isolamento de S. pneumoniae no LCR e hemoculturas. No internamento realizou exames de imagem seriados com ressonância magnética com evidência de inflamação lepto-meníngea, coleções abcedadas a nível frontal bilateralmente e sinais de cerebrite com melhoria progressiva. Apesar de manter febre até ao 15º dia de internamento, considerando a evolução clínica e imagiológica favorável, decidiu-se manter AB dirigida tendo cumprido 6 semanas de terapêutica endovenosa seguidas de 6 semanas per os. Houve recuperação quase completa, mantendo apenas hipoacusia sequelar parcial.

O caso pretende realçar a relevância da vacinação e a importância de adequar a duração da antibioterapia ao contexto clínico. A persistência de febre neste caso não impediu que se mantivesse a primeira linha de tratamento evitando contribuição para as crescentes resistências aos antibióticos.

Nº 436 A culpa foi do gelo!!!

Luís Veiga(1); Sílvia Nunes(1); Daniela Pinheiro(1); Daniela Casanova(1); Prof. Doutor Jorge Cotter(1)

(1) Hospital Guimarães

A Hepatite A é causada pelo virus da Hepatite A (VHA), é usalmente autolimitada, conferindo imunidade vitalícia sendo prevenível via vacinação. A hepatite fulminante em contexto de infecção por VHA ocorre em menos de (1) por cento dos casos.

Mulher com 24 anos de idade recorre ao serviço de urgência por quadro com 3 dias de evolução de dor abdominal tipo cólica e vómitos, associada a icterícia. Do ponto de vista epidemiológico a doente esteve até ao dia anterior na Roménia, referindo consumos de etanol >80 g/dia e consumo da água da torneira. À admissão, com icterícia e dor à palpação do hipocôndrio direito. Analiticamente apresentava Aspartato aminotransferase (AST) 4816 UI/L e alanina transferase (ALT) 5946 UI/L, bilirrubina total 7.53 mg/dL à custa da conjugada 5.57mg/dL, prolongamento do tempo de protrombina (TP) de 3 segundos. A ecografia abdominal documentava fígado globoso com adenopatias reativas

nos planos peri-hepáticos/periportais. Ficou internada por hepatite aguda de etiologia não esclarecida.

Durante as primeiras horas de internamento agravamento analítico com ALT a atingir 7256 UI/L, AST 5237 UI/L e prolongamento de 5 seg do TP. Do estudo etiológico solicitado destacava-se serologia do VHA (IgM e IgG) positivos. Assumida hepatite aguda de VHA em adulto jovem, atendendo agravamento analítico realizada sinalização da doente a centro terciário com capacidade de transplantação e admitida a doente na unidade de cuidados intermédios para monitorização clínica e analítica. Do ponto de vista terapêutico foi administrado fitomenidiona 10 mg e acetilcisteína em esquema (dose de carga 150mg/Kg em 1h, 50mg/Kg durante 4h, 100mg/Kg durante 16h). Reavaliação analítica ao fim de 6 horas com melhoria das transaminases e do TP (4seg do prolongamento). Importa referir que doente se manteve hemodinâmicamente estável e sem sinais de encefalopatia hepática. Teve alta do internamento ao final de 9 dias, para a consulta de Hepatologia/Medicina Interna.

Atendendo ao elevado consumo de álcool nos meses que antecederam o aparecimento do quadro, que fazia acreditar puder tratar-se de uma hepatite alcoólica aguda, a correta anamnese com o registo de dados epidemiológicos de relevo, evidenciou a infeção por VHA, que apesar de rara nos adultos, o seu diagnóstico atempado é determinante na evolução clínica destes doentes.

Nº 437 Um caso raro de bacteriémia por Neisseria gonorrhoaea

Catarina Antunes Salvado(1); Mariana Fidalgo(1); Francisca Carmo(1); Margarida Mota(1); José Inácio Menezes(1); Pedro Caiano Gil(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

A infeção gonocócica disseminada ocorre em apenas 0,5 a 3% dos casos de infeção por *Neisseria gonorrhoeae* e pode manifestar-se com febre, poliartralgias, tenossinovite e alterações cutâneas.

Mulher de 45 anos, autónoma e cognitivamente íntegra, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia, hiperuricemia, patologia tiroideia e síndrome depressivo, medicada com nebivolol 5mg, perindopril+indapamida 5+1,25mg, atorvastatina 20mg, fluoxetina 20mg e omeprazol 20mg, recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de omalgia e gonalgia direitas, sem história de traumatismo, e febre com três dias de evolução. À observação, destaca-se apenas temperatura 38,4ºC e dor à mobilização ativa e passiva da articulação do ombro, sem sinais inflamatórios externos. Analiticamente, apresentava leucocitose (12,58x10E3/uL) com neutrofilia e Proteína C Reativa 3,6 mg/dL. Ecografia do ombro sem evidência de sinais de artrite ou tenossinovite e tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvico sem alterações de relevo. Foram colhidas serologias e hemoculturas, que ficaram em curso. Em consulta de reavaliação, a doente mantém as mesmas queixas e refere dor a nível da articulação do punho. Adicionalmente, observam-se duas lesões acrais vesiculo-pustulares. Isolou-se *Neisseria gonorrhoeae* em duas hemoculturas. Foi instituída antibioterapia com ceftriaxona durante 7 dias, tendo-se verificado resolução das queixas álgicas e da febre e negativação das hemoculturas.

Apesar de ser uma forma rara de doença gonocócica, um quadro de febre e poliartralgias (sobretudo se migratórias) deve levantar sempre a hipótese de infeção gonocócica disseminada, sobretudo se se tratar de um doente jovem e sexualmente ativo e independentemente da existência de sintomas genitourinários. Perante a suspeita diagnóstica, reveste-se de maior importância a colheita de hemoculturas, de forma a permitir o diagnóstico microbiológico e a terapêutica atempada e dirigida, de modo a evitar complicações potencialmente graves.

Nº 438 E tudo um sopro mostrou

Joana Ferro Jorge(1); Inês Albernaz Moreira(1); Joana Ferreira Castro(1); Joana Costa(1); Bianca Branco(1); Manuela Henriques(1); Luís Dias(1)

(1) Hospital do Divino Espirito Santo, Ponta Delgada

A endocardite infeciosa (EI) está associada a diversas complicações, que têm maior incidência na EI por *Staphylococcus aureus*. A embolização séptica (ES) é um exemplo dessas complicações e o risco aumenta com vegetações com dimensão > 10 mm.

Homem, 39 anos. Antecedentes de Hepatite C e utilização de drogas endovenosas (negava consumo recente). Recorre à urgência por tosse produtiva, dispneia, dor pleurítica e febre com 3 dias de evolução e agravamento progressivo. À observação inicial: emagrecido, sudado; taquicárdico e taquipneico; febril; diminuição do murmúrio vesicular à auscultação pulmonar à direita; ferida em cicatrização na perna esquerda, sem outras lesões cutâneas. Gasimetria com hipoxemia e hiperlactacidemia. Análises com parâmetros inflamatórios elevados. Radiografia torácica com condensação na base direita. Assumida sépsis com ponto de partida respiratório; colheu hemoculturas e iniciou Ceftriaxone e Azitromicina. Evoluiu com hipotensão, com resposta à fluidoterapia e clearance de lactato. Verificou-se compensação da hipoxemia sob oxigenoterapia a baixo débito, contudo, agravamento radiológico sugestivo de embolização sética pulmonar e deteção de sopro sistólico "de novo". Fez ecocardiograma transtorácico que evidenciou vegetação de 16 mm aderente à válvula tricúspide. Hemoculturas com crescimento de cocos gram+, com FilmArray a detetar Staphylococcus aureus, tendo-se alterado antibioterapia (AB) para Fluocloxacilina, de acordo com teste de sensibilidade. Internado ao cuidado da Infeciologia, sob AB e a aguardar cirurgia.

A embolização sética pulmonar está mais associada à EI do coração direito e apresenta-se clinicamente como uma infeção respiratória. A instituição de antibioterapia precoce diminui o risco de ES e melhora o prognóstico, pelo que deve existir elevado grau de suspeição na presença de fatores de risco para EI de coração direito, como uso de drogas endovenosas (90% dos casos) e dispositivos intracardíacos/intravasculares.

Nº 439 Infeção por EBV e hepatite colestática: uma associação pouco frequente

Mariana Dias(1); Ana Melício(1); Hélder Gonçalves(1); Sara Vasconcelos Teixeira(1); Leila Duarte(1); João Madeira Lopes(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A infeção pelo vírus Epstein-Barr (EBV) é muito comum, sendo a mononucleose infecciosa uma das suas principais manifestações. Nesta síndrome, a elevação das aminotransferases é comum mas a colestase é rara, havendo poucos casos descritos na literatura.

Homem, 28 anos, saudável, recorre ao SU por febre com 7 dias de evolução. Referia astenia, mal estar generalizado e colúria com o mesmo tempo de evolução. Mencionava exantema maculopapular auto-limitado nas mãos e pés com início no próprio dia. Negava odinofagia, náuseas, vómitos, diarreia, acolia ou dor abdominal. Negava ainda toma de fármacos ou substâncias hepatotóxicas de novo, além do paracetamol e ibuprofeno com cumprimento da posologia recomendada. Apresentava-se hemodinamicamente estável, escleróticas subictéricas, abdómen doloroso à palpação do hipocôndrio direito com bordo hepático palpável 2 dedos abaixo da grelha costal. Orofaringe hiperemiada e adenopatias cervicais bilaterais dolorosas. Laboratorialmente sem anemia, leucocitose

11.500/L com linfocitose de 64.1% e monocitose 8.8%, citocolestase importante (ALT 970 U/L, AST 80(1) U/L, Bilirrubina total 1.59 mg/dL com predomínio de hiperbilirrubinémia direta, gamaglutamil transferase 335 U/L), LDH 820 U/L. Pesquisa de anticorpos heterófilos IgM EBV positiva. Exame sumário de urina com presença de pigmentos biliares. Serologias de outros vírus hepatotrópicos negativas. Não foi realizada ecografia abdominal. Foram indicadas medidas sintomáticas. Evolução favorável com recuperação clínica completa e remissão analítica 3 semanas depois. Dada evolução, ausência de relação temporal com administração de antipiréticos e dosagem correta dos mesmos, torna-se pouco provável a hipótese de hepatite medicamentosa. Assume-se quadro de infeção por EBV num jovem adulto com hepatite colestática concomitante.

Este caso pretende alertar para uma manifestação pouco frequente de um agente infeccioso comum, sendo que a icterícia apenas está presente em 5% dos casos descritos em adultos. Assim, a infeção EBV deve ser considerada no diagnóstico diferencial de icterícia e hepatite colestática, mesmo na ausência de sinais clássicos de mononucleose infecciosa.

Nº 440 Uma apresentação atípica de Febre Q

Pedro Martins Dos Santos(1); Melanie Azeredo(2); Cláudia Fitas(1); João Magro(1); Margarida Portugal(1); Ana Rita Marta(2); Pedro Mendonça(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro (2) USF Ossónoba, ACeS Central, ARS Algarve

Introdução: A febre Q é uma zoonose com distribuição mundial, causada pela bactéria Coxiella burnetii. A apresentação clínica não é específica e pode ser muito variada, desde uma apresentação assintomática ou com síndrome febril autolimitado, até casos com compromisso orgânico grave, potencialmente fatal.

Caso clínico: Homem de 36 anos, independente, residente em meio rural, sem antecedentes pessoais de relevo ou medicação habitual. Nega hábitos sexuais de risco ou toxicológicos. Foi observado no Serviço de Urgência por quadro de cansaço e fraqueza generalizada com duas semanas de evolução, associado a febre, cefaleia e fotossensibilidade. Cinco dias após o início do quadro, desenvolveu lesões cutâneas, tipo manchas, com distribuição por todo o corpo, exceto no rosto, e atingindo palmas das mãos e plantas dos pés. Passados quatro dias, iniciou artralgias incapacitantes nos tornozelos e joelhos. Ao exame objetivo apresentava exantema generalizado que poupava o rosto, além de edema e rubor nos tornozelos e joelhos. Analiticamente, objetivou-se discreta leucocitose associada a ligeira subida da PCR, sem outras alterações. Teve alta medicado empiricamente com doxiciclina oral, tendo ficado com serologias em curso. Dois dias depois, teve consulta de Medicina Interna, onde se verificou serologias de Coxiella burnetti com IgM positivo, pelo que continuou esquema terapêutico com Doxiciclina durante 14 dias. Na consulta de seguimento, após concluir tratamento, apresentava melhoria clínica substancial.

Discussão: No caso descrito, um doente teve uma apresentação atípica de Febre Q ao desenvolver exantema, o que pode levar a um vasto diagnóstico diferencial. Tendo em conta que a Febre Q pode provocar quadros crónicos, e ter consequências graves ou fatais, é importante estar alerta para esta doença e para possíveis apresentações menos frequentes, de forma a ser diagnosticada e tratada atempadamente.

Nº 441 4000 espiro(pla)quetas

Manuel Calapez Xavier(1); Mariana Leão Figueira(1); Joana Louro(1); Rosa Amorim(1)

(1) CH OESTE - CALDAS RAINHA

A leptospirose é a zoonose mais frequente, sendo causada por organismos Leptospira spp. As bactérias são eliminadas pela urina dos animais portadores e causam infeção em humanos após contacto com mucosas ou pele não íntegra. O leque de apresentação clínica varia desde infeção assintomática a morte por disfunção multi-orgânica. O Síndrome de Weil é caracterizado por disfunção renal, hepática e hematológica, secundárias a infeção por Leptospira.

Caso clínico: Homem de 56 anos recorre ao SU por febre, icterícia, mialgias e náuseas com 6 dias de evolução. Do contexto social apura-se que reside e trabalha há 2 meses em quinta rural, onde faz limpeza de mato e contacta com gatos, cavalos, porcos e ratos.

Ao exame objetivo destacam-se equimoses nos membros superiores e icterícia da pele e mucosas. Analiticamente apresenta trombocitopénia de 4.000 plaquetas/uL, cito-colestase, lesão renal aguda e aumento de parâmetros inflamatórios, sem alteração das provas de coagulação.

Após colheita de produtos biológicos para cultura, iniciou terapêutica com Ceftriaxona, que cumpriu durante 7 dias. Durante o internamento apresentou franca melhoria clínica e dos parâmetros de lesão hepática e renal, assim como normalização da contagem plaquetária. A imunologia para Leptospira foi positiva, com os restantes organismos pesquisados negativos.

Discussão: Aqui é relatado o caso de uma zoonose com apresentação típica e evolução clínica favorável. É importante relembrar que embora num hospital inserido em contexto urbano, as patologias infecciosas mais predominantes em ambiente rural também existem e devem ser pesquisadas e tratadas.

Nº 442 Diverticulite enfisematosa da bexiga - A propósito dum caso clínico

Carlos M Nancassa(1); Adelaide Figueiredo(1); João Cruz Cardoso(1); Viktor Baiherych(1)

(1) HOSP DISTRITAL SANTAREM

Introdução: Os divertículos adquiridos da bexiga são comumente assintomáticos e geralmente encontrados incidentalmente. As manifestações enfisematosas de infeções urinárias (pielonefrite, pielite e cistite) embora raras e grave existem relatos de vários de casos. Do conseguimos apurar há poucos relatos de casos de diverticulite sintomática da bexiga descrita anteriormente na literatura, mas sem menção de diverticulite enfisematosa da bexiga. Existem alguns fatores de riscos. As infeções são causadas por fungos e bactérias produtores de gás, principalmente Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae e Candida albicans.

Caso clínico: Homem, 76 anos, caucasiano, com antecedentes pessoais de acidente vascular isquémico, fibrilhação auricular, diabetes mellitus, medicado com enalapril, eliquis, metformina, recorreu ao serviço de urgência por persistência de hematúria associada a pneumaturia, medicado com cefuroxima para infeção do trato urinário há (1) semana. Á admissão apresentava-se febril, abdómen inocente. Na análise destaca-se PCR elevada com leucócitose e neutrofilia; Urina II sugestivo da infeção. Ecografia suprapúbica: inteligível. TC Abdómen contrastada: mostra exuberante espessamento parietal com ponto de partida na sua parede esquerda identificamos volumosa estrutura diverticular, algum gás

endoluminal, bem como pneumatose parietal, associando-se a exuberante densificação da gordura envolvente e pelo menos uma bolha gasosa extra-luminal em sede anterodistal, traduzindo diverticulite enfisematosa da bexiga. Neste contexto ficou internado para estudo e antibioterapia. Realizou cistoscopia: divertículo com colo largo o que facilitou a drenagem. Apresentava pus que foi drenado. A urocultura foi positivo a Klebsiella pneumoniae. Com base na avaliação imagiológica e cistoscópica foi feito o diagnóstico de diverticulite enfisematosa da bexiga. A abordagem do doente foi feito em conjunto com a urologia, tendo cumprido amoxicilina + ácido clavulânico com melhoria clínica.

Discussão: Embora nenhum tratamento para a diverticulite enfisematosa da bexiga tenha sido descrito, considera-se razoável antibioterapia, drenagem percutânea, diverticulectomia, ressecção transuretral.

Nº 443 Défices neurológicos no imunodeprimido: quando neuroeixo é o foco - a propósito de um caso clínico

Maria Marta Quaresma(1); Madalena Paulino(1); Ana Nunes(1)

(1) HVFXira

A meningite tuberculosa é a forma mais comum de tuberculose (TB) do sistema nervoso central, apresentando elevada morbi-mortalidade. A mielite é uma complicação comum nestes doentes e associa-se a pior prognóstico.

Sexo masculino, 6(1) anos, fumador, ex-toxicodependente com infeção VIH(1) sob-TARV há 7 meses. Análises prévias com CD4+ 114 cel/mm3 e VIH(1) 146053 copias/ml. Ida ao serviço de urgência(SU) por alteração do estado de consciência, incontinência de esfíncteres e febre. Descrita infecção respiratória 3 meses antes, e posterior cefaleia, tonturas e alteração do sono. No SU apresentava-se febril, asténico, hipovigill, desorientado, discurso confuso, força grau 2/5 dos membros inferiores e rigidez da nuca. Analiticamente sem leucocitose, linfopénia 18% (830), Na127 mEq/L e PCR1.57 mg/L, TC crânio-encefalica sem alterações. Realizada Punção lombar (PL), com LCR xantocromático, hiperproteinorráquia (2.316mg/dl), hipoglucorráquia (24mg/dl), pleocitose de 203 leucócitos, predomínio de mononucleares. Verificou-se que tinha IGRA positivo prévio ao início de TARV. Dado o rápido agravamento clínico e imunossupressão foi considerada meningoencefalite tuberculosa. Iniciou tuberculostáticos (HRZE e piridoxina) e dexametasona. Realizada PL após72 horas, com hiperproteinorraquia de 3191mg/dl, pleocitose de 1038 leucócitos, predominio de mononucleares, e detecção de BK por PCR; painel vírus no LCR negativo. Estudo complementar com VIH(1) 44 copias/ml e CD4+ 43 cel/mm3; TC tórax sem lesões pulmonares ou cavitações; RM crânio-encefálica e neuroeixo com realce T(1) paqui e leptomeníngeo de C2-C3 à cauda equina, compatível com meningite tuberculosa, sem extensão intracraniana, e hipersinal T2 intra-medular anterior cervicodorsal com vários focos de realce,a traduzir mielite tuberculosa, sem tuberculomas ou envolvimento da medula ósseavertebral.Apresentou recuperação das funções neurológicas superiores, mantendo diminuição força membros inferiores. Iniciou desmame de corticoterapia mantendo tuberculostáticos durante um ano.

Pretende-se destacar o facto de a elevada suspeição clínica e tratamento atempado, condicionarem o prognostico destes doentes. Além disso, os défices motores iniciais e valores de hiperproteinorraquia sugeriam envolvimento do neuroeixo.

Nº 444 Varicela Zoster - nem sempre é só pele

Ana Isabel Oliveira(1); Mariana Marques(1); Bruno Ferreira(1); Joana Milho(1)

(1) HVFXira

A encefalite herpética (HP) é uma complicação neurológica caracterizada pela infeção por vírus da família herpesviridae. Os sintomas clássicos são alterações do nível de consciência ou personalidade, febre alta, cefaleia e crise convulsiva. É uma condição com elevada taxa de morbimortalidade, o que exige a urgência no tratamento com antivirais, sendo o aciclovir o medicamento de escolha. O diagnóstico é feito por PCR do DNA viral no líquido cefalorraquidiano.

Homem de 80 anos com história médica conhecida de hipertensão arterial, fibrilhação auricular, dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por prostração e cefaleia com uma semana de evolução e quadro de vertigem, desequilíbrio e disartria com início nesse dia. 4 dias antes da vinda ao SU, foi observado noutro hospital por lesões dermatológicas e onde foi diagnosticado com Herpes Zoster cutâneo foi-lhe prescrito aciclovir e gabapentina.

Analiticamente apresentava ligeira elevação de parâmetros inflamatórios e lesão renal aguda com creatinina de 4,83 mg/dl e ureia 96mg/dl. Tomografia computorizada crânio-encefálica (TC-CE) sem alterações. Foi realizada punção lombar que apresentou exame citoquímico com pleiocitose com predomínio de células mononucleadas e proteinorráquia, sugerindo infeção viral do SNC.

Foi internado por suspeita de encefalite viral, herpes zoster cutâneo, lesão renal aguda obstrutiva e síndrome confusional agudo. Iniciou terapêutica empírica com aciclovir e ceftriaxone endovenosos.

Durante o internamento, do estudo do líquido cefalo-raquidiano destacou-se painel Vírus Herpes positivo para Varicela Zoster, assumindo-se o diagnóstico de meningo-encefalite por Vírus Varicela Zoster. Suspendeu antibioterapia e manteve aciclovir endovenoso. Apresentou melhoria gradual do estado confusional.

A reativação do vírus varicela zoster ocorre em doentes mais velhos (com infeção primária prévia) ou imunodeprimidos e manifesta-se geralmente por uma erupção vesicular unilateral dolorosa com distribuição dermatomal restrita. Uma das suas complicações, apesar de rara, é a encefalite. Pela sua gravidade e probabilidade de sequelas graves se o tratamento dirigido não for iniciado precocemente, é essencial que a suspeita diagnóstica esteja presente no diagnóstico diferencial.

Nº 445 Uma causa rara de metástases – um caso de colangiocarcinoma intrahepático

Luís Neves da Silva(1); Ana Luís Vasconcelos(1); Margarida Monteiro(1); Rosário Araújo(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: O colangiocarcinoma é um adenocarcinoma pouco frequente e altamente letal, com incidência crescente ao longo da idade, surgindo tipicamente entre os 50-70 anos de idade. Fatores de risco incluem obesidade, diabetes mellitus e consumo de álcool. O subtipo intrahepático representa menos de 10% dos colangiocarcinomas e tende a apresentar-se numa fase avançada por serem assintomáticos em fases precoces.

Caso Clínico: Sexo masculino, 63 anos de idade, ECOG 1, com antecedentes relevantes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e perturbação do uso do álcool, dirigiu-se ao serviço de urgência por perda ponderal de 7kg num mês e dor

abdominal difusa, astenia e anorexia com 2 meses de evolução. Realizou TC toracoabdominopélvico que demonstrou vários nódulos dispersos no parênquima pulmonar (o maior com 2cm), múltiplas massas hepáticas confluentes formando um conglomerado com cerca de 12cm de maior extensão ocupando quase todo o lobo direito e, ainda, um extenso conglomerado adenopático retroperitoneal. Realizou endoscopia digestiva alta e baixa que não demonstrou lesões. A anatomia patológica da biópsia de lesão hepática demonstrou um adenocarcinoma, mas não foi capaz de distinguir entre um colangiocarcinoma ou uma metástase de primário gástrico ou pancreático. Com todos estes dados em conjunto, em reunião multidisciplinar, concluiu-se tratar de um colangiocarcinoma intrahepático com metastização hepática e pulmonar. Foi proposta quimioterapia paliativa com Durvalumab, Gemcitabina e Cisplatino. No entanto acabou por falecer cerca de (1) mês depois.

Discussão: O padrão de metastização hepática e pulmonar, apesar de ocorrer em neoplasias mais prevalentes como a colorretal, também é possível encontrar-se em neoplasias raras como o colangiocarcinoma, pelo que este deve estar presente no diagnóstico diferencial. A existência de equipas multidisciplinares que integram os vários dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos, é fulcral para o correto diagnóstico, especialmente se tivermos em conta que a histologia das lesões de colangiocarcinoma intrahepático é inconclusiva, como foi neste caso, dado ser similar à de outros adenocarcinomas metastáticos, nomeadamente pulmão, pâncreas, esófago e estômago.

Nº 446 Um caso de Anemia Ferropénica: a importância da história clínica.

PEDRO DINIS AVELAR(1); Bruno Dias(1); Manuel Ribeiro(1); Sérgio Borges(1); Ana Costa(1); Rosa Amorim(1)

(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

A Anemia Ferropénica é uma entidade clinica que variadíssimas vezes é a primeira manifestação neoplásica de origem no trato gastrointestinal (TGI). Nos doentes com antecedentes pessoais de melanoma da pele, a disseminação extracutânea tem particular importância, sendo o intestino delgado o local mais afetado no TGI. A apresentação clínica de metástase intestinal é indolente e o diagnóstico ocorre geralmente quando surgem complicações significativas. Assim, a anemia pode ser a primeira manifestação de doença, destacando a importância de uma abordagem clinica exaustiva.

Os autores descrevem o caso de um homem de 78 anos, admitido no Serviço de Urgência por astenia, adinamia, fadiga, e palidez mucocutânea, sem perdas hemáticas visíveis. Antecedentes pessoais relevantes: Síndrome Apneia Obstrutiva do Sono, Síndrome Demencial, Status pós-exérese de melanoma cutâneo há 9 anos. Objetivamente apresentava-se vigil, mucosas descoradas, normotenso e normocárdico. Laboratorialmente com Anemia Microcítica-Hipocrómica (Hb 5.0 mg/dL, VGM 72.7 fL HGM 23.0 pg), ferropénia (9 µg/dL) e hipoferritinémia (7.6 ng/dL). Foi admitida a hipótese diagnóstica de Anemia Microcitica Hipocrómica Ferropénica de etiologia a esclarecer.

Da investigação diagnóstica destaca-se: Endoscopia Digestiva e Colonoscopia não revelaram lesões neoformativas nem hemorragia ativa. Tomografia Computadorizada Abdomino-Pélvica não objetivou lesão neoplásica. Videocapsuloendoscopia revelou lesão polipoide, irregular e ulcerada no íleo distal, o exame anatomopatológico demonstrou metástase de melanoma.

A hemorragia digestiva oculta é uma das principais causas de anemia com défice de ferro. Em doentes com status pós-exérese de melanoma, sintomas constitucionais e anemia, a suspeita de metastização intestinal deve ser considerada. Os autores apresentam

um caso de metastização intestinal de melanoma, pela pertinência diagnóstica e necessidade de abordagem clínica precoce permitindo uma maior sobrevida do doente.

Nº 447 Metastização Óssea como Forma de Apresentação Única de Recidiva de Carcinoma da Mama

Catarina Santos Reis(1); Francisco Santos Dias(1); Catarina Faustino(1); Ana Ribeiro(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: Na maioria dos diagnósticos de recidiva do carcinoma da mama, a metastização à distância é comum e atinge o pulmão, osso, fígado e sistema nervoso central. A recidiva apenas com metastização óssea representa uma subpopulação única e rara.

Caso Clínico: Mulher de 67 anos, com história de fibromialgia e neoplasia da mama tratada em 2004, sem evidência de recidiva em ecografia e mamografia (BI-RADS 2) nas duas semanas antes da admissão. Com ostealgia generalizada, de predomínio dorsolombar e coxalgia esquerda refratárias ao tratamento médico com 2 meses de evolução. Recorre ao Serviço de Urgência por traumatismo cranioencefálico por queda da própria altura, sem perda de consciência. O exame neurológico era normal. Analiticamente apresentava anemia e elevação da fosfatase alcalina e desidrogenase lática. O restante estudo (proteinograma, imunoglobulinas e cadeias leves) estava dentro da normalidade. A tomografia computadorizada (TC) seguida de ressonância magnética cerebral revelaram hematoma epicraniano parietal direito, sem traço de fratura, destacando-se extensa área de rarefação óssea na escama temporal e asa esfenoidal direita com componente tecidular e infiltração epidural, sem efeito compressivo, sugestiva de lesão infiltrativa secundária. A TC de corpo demonstrou lesões escleróticas nos corpos vertebrais D2 a D4 e cabeça femoral esquerda, sugerindo tratar-se de metástases ósseas em cintigrafia. Submetida a biópsia guiada por TC de lesão esclerótica de D2 com histologia compatível com carcinoma da mama (CK8/18+, RE 100%, RP 80%, HER-2 negativo).

Conclusão: O risco de recidiva do carcinoma da mama diminui ao fim dos primeiros 5 anos após o diagnóstico. A recidiva unicamente com metastização óssea lítica no esqueleto axial e apendicular sem doença em outros locais é causa de dor intensa e elevada morbimortalidade, devendo ser diferenciada de fibromialgia.

Nº 448 Mesotelioma peritoneal - uma causa rara de ascite no doente jovem

João Luís Miranda(1); Adriana Pereira Guedes(1); Albina Moreira(1); Filipa Ribeiro Duarte(1); Filipe Breda(1); Carina Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A ascite pode ter inúmeras causas, estando frequentemente associada a hipertensão portal por doença hepática crónica (DHC); no entanto, outras etiologias devem ser ponderadas, especialmente em doentes sem aparentes fatores de risco para DHC. No caso da ascite de origem paraneoplásica, a rápida identificação da neoplasia

primária é um determinante do prognóstico. É apresentado o caso de um mesotelioma peritoneal cujo primeiro sinal foi o desenvolvimento de ascite.

Caso clínico: Mulher de 28 anos, natural da Rússia a residir em Portugal há (1) ano, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorre ao Serviço de Urgência por distensão abdominal com (1) mês de evolução, sem dor, icterícia ou alterações do trânsito intestinal. Analiticamente sem alterações de relevo, fez ecografia abdominal que mostrou presença de ascite de grande volume. Realizada paracentese diagnóstica: líquido ascítico com grande quantidade de células nucleadas e leucócitos mononucleares, gradiente albumino-ascítico < 1.(1) g/dL, exame bacteriológico e pesquisa de micobactérias negativos, exame citológico com células mesoteliais malignas. Prosseguiu estudo com TC abdominopélvico que demonstrou extensa carcinomatose peritoneal e aumento dimensional do ovário direito, sem outras alterações de relevo; por esse motivo foi realizada laparotomia exploradora por Ginecologia, tendo colhido líquido ascitico e vários implantes para análise histopatológica. Estudo histoquímico compatível com mesotelioma com envolvimento extenso peritoneal e ovárico. Após estadiamento oncológico com PET, foi submetida a cirurgia citorredutora com quimioterapia hipertérmica intraperitoneal, mantendo-se atualmente em tratamento.

Discussão: O mesotelioma peritoneal é uma causa rara de ascite, sendo comum a presença de carcinomatose peritoneal extensa à data de diagnóstico. Por ter um mau prognóstico de base, é necessária uma rápida investigação etiológica de forma a permitir o início mais precoce possível da terapêutica oncológica. No caso descrito, a articulação interdisciplinar entre o Hospital de Dia da Medicina Interna e as restantes especialidades medicocirúrgicas permitiu o célere diagnóstico etiológico da ascite bem como a identificação da neoplasia primária.

Nº 449 Neoplasia da mama, 20 anos depois.

Mariana Pereira Marques(1)

(1) Hospital de Vila Franca de Xira

A neoplasia da mama (NM) é a neoplasia mais comum no género feminino. A mortalidade tem vindo a decrescer devido aos programas de rastreio, que permitem diagnóstico precoce, e à evolução em termos de terapêutica adjuvante. Os achados clínicos mais frequentes são a presença de uma massa mamária, adenopatias axilares e alterações cutâneas mamárias. Na presença de doença metastática a sintomatologia varia de acordo com o local envolvido.

Mulher de 50 anos, com história pessoal de neoplasia da mama esquerda (carcinoma ductal invasivo), submetida a mastectomia bilateral há cerca de 20 anos, realizou radioterapia adjuvante e hormoterapia com tamoxifeno; histerectomia + ooforectomia e hipertensão arterial. Exames complementares mamários,realizados há cerca de (1) ano, sem alterações. Internada no serviço de Medicina Interna por quadro de cefaleia, crise hipertensiva e perda de visão do olho esquerdo a esclarecer. Referia cansaço com cerca de 3 meses de evolução, sem história de febre, dor abdominal, dispneia ou adenopatias palpáveis. Analiticamente destaca-se elevação dos parâmetros citocolestáticos e LDH, sem outros achados. Realizou angiografia por tomografia computorizada (TC) cranioencefálica (CE) que revelou lesão osteolítica da pequena asa esquerda do esfenóide com compressão do nervo ótico. Ressonância magnética CE confirmou a presença de lesão expansiva centrada à apófise clinoideia anterior esquerda, medindo a lesão 10x 14mm, não havendo invasão intra-axial. Posteriormente efetuado TC toracoabdominopélvico com evidência de nódulo (4cm) suspeito no lobo pulmonar superior direito, lesão hepática no segmento IV e sinais de metastização óssea. Submetida a broncofibroscopia, cujos aspetos imunohistoquímicos foram compatíveis com carcinoma de origem mamária. Iniciou

corticoterapia com recuperação da visão e foi orientada para seguimento pela especialidade de Oncologia.

Este caso reforça a importância do conhecimento dos antecedentes pessoais dos doentes como parte integrante da colheita de história clínica. No caso da doente, a mastectomia denunciava o seu passado patológico, mas também o facto de ser tão antiga poderia ser um fator de desvalorização. A metastização tardia, apesar de rara, existe e como tal nunca deverá ser esquecida como hipótese diagnóstica em doentes com passado neoplásico.

Nº 450 Nem tudo é o que parece... - o que esconde uma encefalopatia

Isabel Vieira Fernandes(1); Francisco Nunes Gonçalves(1); Maria Luísa Pinto(1); Ana Isabel Bezerra Machado(1); Helena Barroso(1)

(1) Hospital de Braga

Muitas vezes as doenças manifestam-se de forma atípica, tornando o seu diagnóstico um desafio.

Apresenta-se o caso de uma mulher com 7(1) anos, com síndrome depressivo, hábitos tabágicos e etílicos, que veio à urgência por alterações do comportamento. Ao exame físico, destaca-se confusão, ataxia e flapping. Realizou estudo analítico e tomografia computorizada crânio-encefálica que não revelaram alterações. Ficou internada por encefalopatia de etiologia a esclarecer e iniciou tiamina com melhoria parcial. Colocadas como hipóteses etiológicas: toxicidade por sobredosagem medicamentosa – doente polimedica com psicofármacos no domicílio, mas manteve o quadro após suspensão dos mesmos; evento vascular não confirmado por ausência de tradução imagiológica; metabólica descartada por ausência de alterações analíticas sugestivas; serologias infeciosas negativas (nomeadamente, vírus imunodeficiência humana, hepatite B e C, Epstein-Barr, herpes e citomegalovírus). Um outro diagnóstico considerado foi encefalopatia de Wernicke associado a neoplasia. Realizou tomografia computorizada abdominopélvica que revelou lesão infiltrativa na junção esofagogástrica, alterações sugestivas de carcinomatose peritoneal e nódulos pulmonares provavelmente metastáticos. Realizou endoscopia digestiva alta com biópsia da lesão, cujo resultado histopatológico identificou adenocarcinoma. Infelizmente o quadro evoluiu rápida e desfavoravelmente, tendo a doente acabado por falecer.

Trata-se de um caso com uma manifestação pouco frequente, que se apresenta já com doença avançada. É importante a capacidade de estruturação de raciocínio clínico para obtenção do diagnóstico.

Nº 451 Linfoma cutâneo difuso de grandes células B, tipo perna: relato de caso

Ivanna Ostapiuk(1); Jessica Fidalgo(1); Barbara Saraiva(1); Catarina Valente(1); Patricia Tenreiro(1); Ruben Rego Salgueiro(1); Paulo Zoé Costa(1); Orlando Mendes(1)

(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: Os linfomas cutâneos primários de células B (LCPCB) tipo perna, representa 20% de todos os LCPCB e 4% de todos os linfomas cutâneos. É uma condição rara, de comportamento mais agressivo. Apresenta-se como pápulas ou nódulos localizados

na parte inferior da perna, com ou sem ulceração, clinicamente pode mimetizar outras entidades.

Caso clínico: Mulher, 82 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes melitos, insuficiência cárdica cronica, recorreu ao SU por dor intensa na parte inferior do membro inferior esquerdo. A observação foi detetada linfedema crônico e na parte inferior da perna apresentou uma placa extensa com áreas de fibrina aderente, bordos elevados, duros e com sinais inflamatórios associados. Evolução cerca de um ano e nos últimos dois dias com picos febris de 38.5ºC. Foi colocado diagnostico de celulite. Teve várias vindas ao SU com diagnostico de celulite no último ano. Durante o internamento realizou biópsia cujo resultado revelou aspetos consistentes com linfoma cutâneo B difuso de grandes células da perna. A doente apresentou várias intercorrências infeciosas durante o internamento e hematémeses, tendo falecido uma semana após o diagnóstico.

Discussão: LCPCB, tipo perna pode mimetizar entidades como celulite e ulceração do membro inferior, geralmente surgindo em um contexto de linfedema crônico e sem sintomas B sistêmicos ou alterações sorológicas relevantes. Biopsia da pele é uma intervenção oportuna e tem um grande efeito no prognóstico, a consciência clínica de sua apresentação é fundamental para um diagnóstico e terapia precisos.

Nº 452 Insuficiência cardíaca de novo: um coração, dois culpados.

Miguel Reis Costa(1); José Nuno Silva(2); Ricardo Pinto(2); Rute Fernandes(2); Cátia Gaspar(2); Joana Bordalo e Sá(2); Deolinda Pereira(2)

(1) ULSAM VIANA DO CASTELO (2) IPO Porto

Introdução: A cardiotoxicidade é um efeito adverso conhecido do tratamento oncológico. No caso das antraciclinas esse efeito tende a ser irreversível. Já no bloqueio HER2, a insuficiência cardíaca iatrogénica é frequentemente transitória e a dose cumulativa de antraciclinas usada em concomitância constitui um dos principais fatores de risco.

Caso Clínico: Mulher de 40 anos, fumadora, com carcinoma invasor da mama T2N1M0 sob quimioterapia neoadjuvante com doxorrubicina e pertuzumab+transtuzumab, aproximadamente 5 meses após primeiro ciclo (realizou 3 no total), recorre ao serviço de urgência por dispneia para pequenos esforços, ortopneia e tosse seca com 2 semanas de evolução. Ao exame físico: normotensa, polipneica, com TVJ+ a 45º, edema dos membros inferiorese crepitações finas dispersas bilateralmente na auscultação pulmonar. Radiografia do torax com congestão broncovascular difusa, cardiomegalia e derrame pleural bilateral. Electrocardiograma sem alterações de relevo. Analiticamente: NT-proBNP 2407ng/mL, hiponatremia (130mmol/L), marcadores de necrose miocardica negativos e insuficiência respiratória tipo 1. Internada sob diurético endovenoso. Ecocardiograma transtorácico mostra dilatação das camaras cardíacas esquerdas, hipocinésia difusa, depressão grave da função sistólica esquerda (fração de ejeção de 29%) e depressão sistólica do ventrículo direito. Note-se que previamente ao início do tratamento oncológico tinha realizado angiocardiografia que relatava normal função sistólica do VE (FE 54%). RM cardíaca não identificou sinais de miocardite. Cintigrafia miocárdica de perfusão não revelou sinais de isquemia. Assumida então cardiopatia com disfunção biventricular por toxicidade a antraciclinas e duplo bloqueio anti-HER2. Foi suspenso esquema de quimioterapia/terapêutica alvo e iniciou sacubitril+valsartan 24/26mg 2x/dia, bisoprolol 2.5mg 1x/dia e furosemida 40mg 1x/dia.

Conclusão: A cardiotoxicidade é um efeito adverso raro das antraciclinas ou bloqueio HER2 isoladamente. No entanto, existe um sinergismo no efeito de cardiotoxicidade entre estes agentes quando usados em concomitância. Este efeito é potenciado no sexo feminino e pela preexistência de fatores de risco cardiovascular.

Nº 453 LINFOMA CUTÂNEO DE CÉLULAS T COM ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL – UMA ENTIDADE RARA

Bogdana Darmits(1); Inês Moura(1); Ana Coimbra(1); Fabiana Pimentel(1); Sara Leitão(1); Rui Marques Santos(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução: O linfoma cutâneo primário de células T CD4+ é um subtipo raro correspondendo a 6% de todos os linfomas cutâneos de células T que atinge a pele sem evidência de doença extracutânea. É um tumor indolente com boa resposta ao tratamento local, que não requer avaliação adicional ou estadiamento, sendo a sua metastização para SNC ainda mais incomum.

Caso Clínico: Homem, 74 anos, autónomo, sem alterações cognitivas, admitido por alteração do comportamento e desorientação com 4 dias de evolução. Associadamente apresentava incontinência urinária, cefaleias desde 2020, astenia e perda ponderal não quantificada. Tinha antecedentes de linfoma cutâneo primário T CD4+ ao nível da região infra-clavicular dta, tratado com Radioterapia local até dezembro de 202(1) e outra lesão que surgiu em maio de 2022 visível na pálpebra superior esq. Ao exame clínico apresentava-se aparentemente emagrecido, desorientado e com bradicardia, ex. neurológico sem outras alterações. Foram colocadas as hipóteses de infeção ou metastização cerebral. A TC-CE revelou volumosa lesão ocupante de espaço frontal dta, com edema adjacente a condicionar desvio das estruturas da linha média para a esq, e esboço de hérnia subfalcial. No internamento, iniciou terapêutica com 4mg de dexametasona de 8/8h, evoluiu para lateralização motora à esq de instalação súbita ao 3ºdia. O estudo analítico foi normal, na TC TAP tinha nódulo renal infracentimétrico e a RM-CE confirmou volumosa lesão expansiva intraparenquimatosa frontal à dta sugestiva de lesão da série glial de alto grau. A biopsia da lesão revelou tratar-se de linfoma T do SNC. Neste contexto admitiu-se metástase única do linfoma cutâneo anteriormente identificado.

Discussão: Os autores salientam este caso pela sua raridade e pretendem alertar para a necessidade de não omitir a hipótese de envolvimento do SNC por linfoma de células T perante LOE num doente com história prévia deste linfoma.

Nº 454 De uma reacção inflamatória pós-vacinal ao diagnóstico de neoplasia neuroendócrina oculta

António Mateus Pinheiro(1); Tiago Dias da Costa(1); Isabel Marques Correia(1); Sónia Moreira(1); Isabel Fonseca(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: As neoplasias com localização primária oculta (NLPO) correspondem até 5% dos casos de neoplasias invasivas1. Dentro da categoria das NLPO, os tumores neuroendócrinos (TNEs) representam <5% dos casos, constituindo um desafio diagnóstico2.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, com 70 anos de idade, ex-fumador (100 UMA), referenciado por quadro de conglomerado adenopático supraclavicular, com instalação 24h após toma de vacina anti-SARS-CoV-2. Adicionalmente, o doente descrevia perda ponderal significativa (8 Kg em 12 meses), associada a anorexia, já alvo de estudo pelo médico de família, sem achados de relevo.

Ao exame objectivo, evidenciava massa supraclavicular esquerda palpável bem como

edema acentuado do membro superior esquerdo, doloroso à palpação, com incapacidade funcional da mão. Foi submetido a estudo bioquímico, serológico e microbiológico alargado, sem resultados de relevo. O estudo anatomo-patológico do material obtido via bióspia da lesão, identificou metastização por um carcinoma de células pequenas, com positividade para CD56, Cromogranina, Sinaptofisina e INSN1, com elevado índice proliferativo (Ki-67 >80%), compatível com metástase de TNE. Realizou PET-FDG que confirmou lesão infiltrativa hipermetabólica na cabeça longa do tricípite braquial, sugestiva de neoplasia maligna de alto grau, com metastização axilar e supra-clavicular. Iniciou regime de QT com Carboplatina+Etopósido, tendo, no entanto, apresentado evolução clínica desfavorável, acabando por falecer 2 meses após diagnóstico.

Discussão: Apresentamos um caso incomum, em que uma reacção inflamatória pós-vacinal facilitou a identificação de metastização ganglionar de um TNE com origem primária oculta, em doente já alvo de estudo prévio inconclusivo. Os TNE com origem primária oculta apresentam um prognóstico sombrio, tendo os doentes uma sobrevida média de 15 meses2.

Nº 455 Hematoquézias e sintomas constitucionais, nem sempre o trato digestivo é a resposta.

Mariana Pereira Marques(1); Ana Isabel Oliveira(1); Bárbara Silva(1); Matilde Couto(1); Luísa Gomes da Silva(1); Joana Milho(1); Pedro Madeira Marques(1); Mónica Reis(1)

(1) Hospital de Vila Franca de Xira

As neoplasias malignas do rim podem ser primárias ou secundárias. Os carcinomas de células renais (CCR) constituem cerca de 85% dos tumores primários renais. É mais comum em homens e geralmente surge entre a 6ª e 8ª décadas de vida. Os fatores de risco incluem tabagismo; hipertensão arterial; doença renal crónica e exposição a tóxicos.

Mulher de 8(1) anos, com história pessoal de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II não insulinotratada. Admitida no serviço de urgência por quadro de anorexia, astenia, perda ponderal de cerca de 20 kg em 6 meses e hematoquézias. Sem febre, queixas respiratórias ou hematúria. À admissão apresentava desconforto abdominal generalizado, mas sem massas palpáveis. Analiticamente destacava-se anemia, microcítica hipocrómica com hemoglobina de 5.0 g/dl. Sem outras alterações na avaliação analítica. Realizou transfusão de 2 unidades de concentrado eritrocitário e foi internada para estudo. Durante a permanência no internamento manteve episódios recorrentes de hematoquézias abundantes, mas sem repercussão hemodinâmica. Realizou endoscopia digestiva alta que não revelou alterações. Colonoscopia apenas com evidência de hemorróidas com sinais de hemorragia sem outros achados. Por episódio de hemoptises mas sem insuficiência respiratória, realizou tomografia computorizada (TC) pulmonar e angiografia, com evidência de tromboembolismo pulmonar (TEP), sem outras alterações. Por suspeita de quadro de anemia e TEP em contexto paraneoplásico, realizou ainda TC abdominal e pélvica que revelou neoplasia do rim direito com extensa trombose venosa profunda tumoral, atingindo a veia renal direita, veia cava inferior, veias ováricas e ilíacas. Foi referenciada à especialidade de Urologia para decisão cirúrgica.

Os CCR são muitas das vezes um achado acidental. Têm apresentação clínica variável, podendo o doente ser assintomático ou apresentar hematúria, perda ponderal e dor abdominal/lombar. Apesar de não ser a neoplasia mais frequente em mulheres, perante um quadro de anemia e sintomas constitucionais este diagnóstico deve ser excluído.

Nº 456 Quando a pista está na ponta dos dedos

Mafalda Santos Filipe(1); Catarina Relvas(1); João Espírito Santo(1); Yasmin Mamade(1); Célia Machado(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Os estados de hipercoagulabilidade apresentam etiologias variadas. Num caso de isquémia em localização atípica num doente jovem, é importante incluir no diagnóstico diferencial causas menos comuns.

Caso Clínico: Homem, 47 anos, previamente saudável, fumador (34 unidades maço ano). Recorreu ao Serviço de Urgência por dor e cianose distal do 2º e 3º dedos (D2 e D3) da mão direita. Referia quadro com 3 meses de evolução de perda ponderal (11%), tosse, expectoração hemoptóica e edema do membro superior direito (MSD). Negava febre, sudorese noturna ou outras perdas hemáticas. Ao exame objetivo apresentava isquémia das falanges distais de D2 e D3 da mão direita, sem edema do MSD. Realizou análises com hemoglobina 12.8g/dL, proteína C reativa 1.59mg/dL, D-Dímeros 10.86mg/L; Angio-Tomografia (Angio-TC) do MSD sem trombose arterial, visível nódulo pulmonar suspeito no lobo superior direito (LSD) e enfisema centrilobular.

Assumiu-se fenómeno trombótico da microvasculatura de provável etiologia paraneoplásica. Do estudo realizado no internamento salienta-se anemia normocítica normocrómica, CA 19.9 272U/mL, CEA 25ng/mL, PSA 0.17ng/mL, serologias virais e estudo auto-imune sem alterações; Angio-TC toracoabdominopélvica com oclusão da veia braquiocefálica direita, adenopatias mediastínicas e abdominais, lesão sólida e espiculada no segmento apical do LSD, lesão sugestiva de neoformação pancreática e carcinomatose peritoneal; biópsia ganglionar guiada por ecoendoscopia brônquica compatível com adenocarcinoma primitivo do pulmão. Permaneceu sob hipocoagulação, ácido acetilsalicílico, estatina e vasodilatadores.

Assim, assumiu-se como diagnóstico etiológico tumores síncronos do pulmão e pâncreas, a condicionar um estado de hipercoagulabilidade, que se manifestou inicialmente com isquémia digital e trombose da veia braquiocefálica.

Discussão: O caso clínico não só alerta para a importância de investigar causas paraneoplásicas responsáveis por estados de hipercoagulabilidade, como descreve um caso raro de dois tumores primários síncronos em idade jovem.

Nº 457 O síndrome de lise tumoral em tumores sólidos

Dra. Ana Luís Vasconcelos(1); Valentim Silva(1); Diogo Lopes(1); Vanessa Palha(1); Teresa Pimentel(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: O síndrome de lise tumoral (SLT) é uma emergência oncológica, com elevada mortalidade na ausência de tratamento. Pode resultar em lesão renal, arritmias cardíacas, convulsões e morte.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 45 anos, autónoma. Antecedentes de infeção por VIH com carga viral indetetável, infeção por VHC curada, abuso de cocaína, alcoolismo e tabagismo. Dois anos antes foi diagnosticado um tumor neuroendócrino com metastização hepática, ganglionar, óssea, mesentérica e carcinomatose peritoneal, através de biópsia de metástase hepática. Faltou a várias consultas e perdeu seguimento, nunca tendo realizado terapêutica dirigida.

Foi internada por celulite dos membros inferiores, associada a edema exuberante até à raiz da coxa, com drenagem de líquido seroso e múltiplas úlceras com exsudado purulento. Cumpriu antibioterapia com piperacilina-tazobactam durante 7 dias, com boa evolução clínica. Ao 10º dia de internamento apresentou diminuição do débito urinário

(<500 ml/24h) e agravamento da função renal, com subida da creatinina plasmática para 3,9mg/dL (valor basal de 0,8). Associadamente identificada hipercaliémia (6,3mmol/L), hiperfosfatémia (7,8mg/dL), hipocalcemia (9,7mg/dL), hiperuricemia (11,4mg/dL) e acidemia metabólica ligeira (pH 7,34, HCO3 18). A ecografia renal mostrou dilatação pielocalicial bilateral ligeira, sem obstrução completa dos ureteres, condicionada pelas múltiplas massas metastáticas. Foi diagnosticado síndrome de lise tumoral a condicionar lesão renal aguda, com contributo obstrutivo pós-renal. Iniciou fluidoterapia agressiva, diurético de ansa e polistereno, apresentando uma evolução favorável.

Discussão: O SLT é frequentemente associado ao tratamento sistémico de neoplasias hematológicas, como as leucemias agudas ou linfomas não-Hodgkin. A sua ocorrência espontânea é pouco frequente e está associada a uma elevada proliferação tumoral, lesão renal, diminuição da hidratação, nefrotóxicos ou alterações iónicas prévias.

A descrição de SLT espontâneo em tumor sólidos é muito rara, com poucos casos descritos na literatura. A metastização hepática parece ser um fator de risco adicional por alterações no metabolismo do ácido úrico.

Nº 458 Quilotórax - A última peça do puzzle

Dr. Ricardo Miguel Costa(1); Fábio Neves Correia(1); João Esteves Sousa(1); Luísa Gonçalves(1); Joana Vieira Naia(1); Joana Sotto Mayor(1); Marta Costa(1); Cindy Tribuna(1)

(1) Hospital de Braga

O linfoma anaplásico representa 2-8% dos Linfomas Não Hodgkin (LNH), e 16% dos linfomas de células T. Pode ser categorizado em ALK positivo ou negativo, sendo o primeiro mais comum em jovens. Apresenta-se tipicamente em estadios avançados e é rapidamente progressivo.

Homem, 32 anos, antecedentes de epilepsia medicado com Carbamazepina. Internado na Medicina Interna por hipersudorese noturna, anorexia, astenia, perda ponderal, e febre sustentada. Do estudo realça-se tomografia computorizada (TC) toracoabdominopélvica com múltiplas adenopatias infra e supradiafragmáticas associadas a hepatomegalia; PET com alterações sugestivas de doença linfoproliferativa**;** biópsia de adenopatia supraclavicular direita sem evidência de neoplasia; IGRA negativo. Análises com elevação dos parâmetros inflamatórios e eosinofilia periférica. Repetiu TC tórax onde se detetou derrame pleural. Realizou toracocentese que revelou derrame pleural eosinofílico. Serologias víricas, zoonoses, culturais para bactérias e micobactérias negativas. Biópsia excisional de gânglios retroperitoneais com alterações reativas e sem células malignas. Dada a persistência de eosinofilia e o aumento da dose de carbamazepina no último ano, com biópsias ganglionares de repetição negativas, assumiu-se pseudolinfoma, pelo que se suspendeu carbamazepina e iniciou corticoterapia. Verificou-se apirexia sustentada e melhoria do estado geral, tendo alta para consulta. Retornou (1) semana depois por astenia e ascite. Radiografia torácica revelou derrame pleural à direita de grande volume. Realizou toracocentese e paracentese, diagnosticando-se quilotórax e ascite quilosa. No líquido ascítico e pleural detetaram-se células linfóides. Imunofenotipagem confirmou LNH anaplásico ALK positivo. Iniciou tratamento dirigido e atualmente encontra-se em remissão da doença.

Os autores realçam o caso pela sua raridade e difícil diagnóstico, apresentando como fatores confundidores a possível iatrogenia da carbamazepina, biópsias ganglionares de repetição sem células malignas, e a ausência de resposta à corticoterapia. Esta última é incomum nas doenças linfoproliferativas, no entanto constitui uma das características do subtipo ALK positivo. O quilótorax foi a peça chave do diagnóstico, através do estudo citológico e imunofenotipagem.

Nº 459 Um atropelamento com mau prognóstico

Joana Gouveia Santos(1); Beatriz Simão Parreira(1); Helena Reis(1); Bárbara Esteves(1); Paulo Almeida(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Caso Clínico: Mulher, 58 anos, com antecedentes de carcinoma ductal invasor da mama diagnosticado aos 44 anos e submetida a cirurgia, quimio, radio e hormonoterapia. Teve alta da consulta de Oncologia após 10 anos de seguimento. Observada na urgência após atropelamento de baixa cinética por automóvel. Radiografia do tórax com derrame pleural esquerdo de novo e FAST (*Focused Assessment with Sonography in Trauma*) com dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Líquido pleural (LP) amarelo citrino com características bioquímicas de exsudado, tendo-se internado a doente para estudo. Durante a anamnese, referiu tosse seca, astenia para esforços médios e dorsalgia ligeira em moedeira há cerca de 20 dias. Exame objetivo sem outras alterações. Ecografia da mama e mamografia: BIRADS 2. Anatomia patológica de LP e da biópsia pleural compatível com carcinoma mamário previamente diagnosticado. Realizou tomografia computorizada do corpo e, posteriormente, colangiorressonância que mostraram dilatação das vias biliares intra-hépaticas, área de estenose na confluência hilar e densificação tecidular de 15mm na confluência dos ramos biliares esquerdo e direito. Citologia exfoliativa de estenose biliar proximal por CPRE com atipia ligeira. PET sugestivo de malignidade na pleura esquerda, massa no hilo hepático e gânglios mediastino-hilar esquerdos e abdominal superior. Após discussão multidisciplinar, considerou-se o diagnóstico de carcinoma da mama HER2 negativo com metastização pleural, hepática, ganglionar e peritoneal, tendo iniciado tratamento paliativo com abemaciclib e letrozole.

Discussão: O caso descrito ilustra a variedade de apresentações de recidiva de neoplasia da mama metastática numa doente aparentemente assintomática e com exames de seguimento recentes e sem alterações.

Nº 460 Anemia perniciosa como factor de risco para neoplasia maligna gástrica

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

(1) Hospital Cascais

Introdução: A anemia perniciosa, causa de défice de vitamina B12, advém da destruição auto-imune da glicoproteína do factor intrínseco ou da destruição das células parietais gástricas. Apesar de raramente vista na prática clínica, é um factor de risco clássico para cancro gástrico.

Caso clínico: Homem de 57 anos, natural do Nepal, com diabetes mellitus tipo 2, admitido por cansaço, astenia e anorexia com 3 semanas de evolução, e perda ponderal de 15 kg nos 10 meses prévios. Negou febre, sudorese nocturna, dor abdominal, vómitos, diarreia, melenas, rectorragias, uso de novos fármacos, álcool, restrição dietética, infecções ou viagens recentes. À observação estava apirético, hemodinamicamente estável, pálido e emagrecido, sem diátese hemorrágica e com nódulo de Virchow. Laboratorialmente tinha Hb 4.8 g/dL, VGM 122 fL, 88 x 109/L plaquetas, leucopenia, bilirrubina indirecta 1.28 mg/dL, AST 118 UI/L, LDH 3823 UI/L, vitamina B12 117 pmol/L, Folato 7.8 ng/mL, Reticulócitos 3.6%, haptoglobina (1) mg/dL e VS 127 mm/h. Sem lesão renal aguda. O esfregaço de sangue periférico revelou anisocitose, poiquilocitose, megaloblastos, esquizócitos e neutrófilos hipersegmentados. As serologias de EBV, CMV e Parvovirus B19 foram negativas. Do

estudo auto-imune, destaque para anticorpo anti-factor intrínseco de Castle positivo. Após transfusão de eritrócitos e suplementação IM diária de vitamina B12 durante (1) semana, o doente evoluiu favoravelmente do ponto de vista clínico e laboratorial. A TC de corpo com contraste EV detectou espessamento difuso da parede gástrica de 4,5 cm de espessura, adenopatias peri-gástricas, látero-aórticas esquerdas e ainda 3 nódulos hepáticos entre 12-15 mm de maior eixo, sugestivos de lesões secundárias. A endoscopia digestiva revelou uma neoformação quase circunferencial de cárdia e fundo gástrico, tendo sido a biópsia compatível com adenocarcinoma de tipo intestinal, moderadamente diferenciado. O doente foi prontamente orientado pela Oncologia para início de QT.

Discussão: Este é um caso paradigmático de anemia perniciosa e do seu risco aumentado de neoplasia maligna gástrica. O seu curso insidioso torna o diagnóstico precoce mais difícil. De igual modo, o cancro gástrico é das malignidades mundialmente mais prevalentes, sendo frequentemente assintomático até fases tardias.

Nº 461 Apresentação atípica de recidiva de adenocarcinoma gástrico

Ana Francisca Azevedo Correia(1); Adriana Luísa Costa(1); Paula F. Matias(1); André Valois(1); Ester Ferreira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O adenocarcinoma gástrico é das patologias neoplásicas mais prevalentes e fatais a nível mundial. Foram identificados alguns fatores de risco associados, como o tabagismo e a infeção por *Helicobacter pylori*. A apresentação inicial é variável sendo a perda ponderal e a dor abdominal os sintomas mais comuns.

Caso Clínico: Género masculino 7(1) anos, tabagismo e etilismo ativos, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica não estratificada, esteatose hepática e adenocarcinoma gástrico diagnosticado e submetido a gastrectomia total em 2011, sem evidência de recidiva. Apresenta-se com dispneia, ortopneia e dor torácica pleurítica à direita com 5 dias de evolução. Analiticamente com anemia macrocítica (Hemoglobina 7.0g/dL, Volume Globular Médio 128fL) e défice de vitamina B12 (83pg/mL), sem outras alterações. Imagiologicamente evidência de derrame pleural direito com espessamento parietal e metástases costais bilaterais, com massa de partes moles associadas, sem alterações a nível abdominopélvico. Endoscopia digestiva alta sem evidência de recidiva ou outras alterações. Do estudo anatomopatológico evidência de adenocarcinoma de origem gástrica e não pulmonar. Assumida recidiva de adenocarcinoma gástrico com metastização pleural e óssea tendo iniciado quimioterapia paliativa, com desfecho fatal.

Discussão: Os locais de metastização mais comuns do adenocarcinoma gástrico são o fígado, peritoneu e gânglios linfáticos. Aqui estamos perante uma recidiva após 10 anos do diagnóstico inicial com metastização para locais atípicos, pleura e osso. Este caso mostra a importância de manter vigilância apertada e estar alerta para manifestações atípicas de forma a detetar precocemente recidivas.

Nº 462 Um caso de metastização óssea difusa de carcinoma da próstata com PSA normal

Gisela Brito Gonçalves(1); Ana Oliveira(1); Laura Baptista(1); Rita Sousa Figueira(1); Alexandre Castro Lopes(1); Andreia Lopes(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: O osso é um dos locais mais vezes afetados por metástases à distância, sendo as neoplasias do pulmão, mama e próstata as mais associadas. A identificação da neoplasia primária é importante para definir o tratamento. As características radiológicas das lesões podem sugerir a sua etiologia, no entanto a biópsia pode estar indicada quando o tumor primário não é prontamente evidente.

Caso clínico: Homem de 62 anos com múltiplas vindas à urgência por lombalgia mecânica, tendo sempre alta após ajuste da analgesia. Recorre novamente por dor não controlada e perda ponderal. Sem febre ou outros sintomas. Analiticamente com fosfatase alcalina de 817 U/L, sem outras alterações. Realizou radiografia da coluna e bacia com áreas escleróticas dispersas, sem sinais de fratura. Ficou internado para estudo.

Estudo analítico alargado com PSA de 2.25ng/ml com % de PSA livre de 19.6% e eletroforese de proteínas sem alterações. Toque retal sem características suspeitas. Realizou tomografia computorizada toracoabdominopélvica que evidenciou "lesões osteoblásticas em quase todo o esqueleto axial e pequenas adenopatias na escavação pélvica" e ausência de outras lesões, nomeadamente na próstata e pulmão. Realizou tomografia por emissão de positrões que adicionalmente revelou área de hipercaptação no lobo direito da próstata. Ecografia da próstata referia apenas "próstata periférica, à direita, com área mais heterogénea, sem expressão nodular".

Realizou biópsia óssea com histologia compatível com adenocarcinoma e estudo imunohistoquimico a sugerir localização genitourinária. Procedeu-se então a biópsia prostática que revelou adenocarcinoma acinar moderadamente diferenciado bilateral. Iniciou terapêutica sistémica dirigida.

Discussão: As metástases ósseas estão associadas a elevada morbilidade, sendo um diagnóstico diferencial a ponderar quando existe dor refratária. Em doentes sem neoplasia primaria identificada, como neste caso, a biópsia óssea permitiu apontar o diagnóstico uma vez que a ausência de alterações ao toque retal, estudo imagiológico da próstata pouco expressivo, associado a PSA normal, baixou o índice de suspeição de primário da próstata. Apesar da maioria das neoplasias da próstata apresentarem PSA elevado, em um terço dos casos este é <4.0ng/ml, normalmente em neoplasias confinadas.

Nº 463 Apresentação atípica de adenocarcinoma do pulmão

Filipa Abelha Pereira(1); Daniela Barroso(1); Diana Oliveira Miranda(1); Tomás Fonseca(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

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 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 do 1º dedo e plegia dos restantes dedos. Evoluiu com surgimento de outras tumefações 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, 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 primária. 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 o internamento.

Estamos, portanto, 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 de investigação extensa célere, veio a falecer precocemente.

Nº 464 Marcador de Tiroglobulina atrasa diagnóstico de Adenocarcinoma Pulmonar

Mariana Coelho(1); Inês Carvalho(1); Inês Bonito(1); Célia Carmo(1); Martinho Fernandes(1); Fátima Campante(1)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

O cancro do pulmão e da tiroide são a segunda e quinta neoplasias mais frequentes na mulher, respetivamente. O diagnóstico de ambas as patologias é essencialmente anatomopatológico e existem múltiplos marcadores moleculares que auxiliam o diagnóstico e, alguns deles, são essenciais para um tratamento individualizado. No caso clínico que se apresenta pretende-se demostrar como a positividade para a tiroglobulina confundiu o diagnóstico de duas massas suspeitas numa doente com quadro consumptivo.

Mulher, 62 anos, recorre ao SU por quadro com (1) mês de evolução de tosse, dispneia, cansaço para menores esforços e perda ponderal de 5kg. Por RXT suspeita de "largada de balões" realizou TCT com exuberante padrão nodular difuso, micronodular, associado a múltiplas adenopatias mediastínica e hilares. Na mesma TC torácica foi possível observar um aumento nodular do lobo esquerdo da tiroide. Analiticamente a destacar um aumento acentuado dos marcadores tumorais CA 125, CA 19.9 e Tiroglobulina.

Neste sentido, colocou-se no DD neoplasia primária pulmonar vs neoplasia da Tiroide com metastização pulmonar. A doente realizou uma primeira biópsia das massas pulmonares com resultado molecular positivo para o marcador de Tiroglobulina não tendo sido possível nesta primeira abordagem a identificação histológica da peça anatómica. Foi assumido o diagnóstico de neoplasia primária da tiroide com secundarização pulmonar pelo que a marcha diagnóstica foi orientada para a patologia tiroideia. Neste sentido, realizou punção aspirativa ecoguiada da massa do lobo esquerdo da tiroide tendo o resultado anatomopatológico classificado a lesão na Categoria III de Bethesda, sem presença de atipia celular.

Foi submetida a biópsia da lesão pulmonar com histologia concordante com ADC do pulmão TTF-(1) e Tiroglobulina positivos. Foi assumido neoplasia primária do pulmão com metastização ganglionar, pelo que foi orientada para consulta de pneumologia e iniciado programa de QT.

Apesar do diagnóstico ser essencialmente histológico, é indiscutível o papel dos marcadores tumorais quer na marcha diagnóstica, orientação terapêutica bem como definidor de prognóstico.

Apesar de muitos deles serem mais específicos de determinado órgão existe uma sobreposição entre eles o que pode dificultar o diagnóstico de uma neoplasia de origem oculta.

Nº 465 Endocardite Marântica em doente com neoplasia pulmonar

Sara Durães(1); Joana Neto Gomes(1); Luís Nogueira(1); Vítor Fagundes(1); Liliana Torres(1); Lindora Pires(1)

(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: A Endocardite Marântica corresponde à presença de vegetações não infeciosas nas válvulas cardíacas e associa-se frequentemente a neoplasias em estadio avançado (80% dos casos) ou a Lúpus Eritematoso Sistémico.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 5(1) anos de idade, fumador ativo (60 UMA's), história familiar de Síndrome de Lynch, com estudo genético negativo.

Queixas de dor gemelar à direita com uma semana de evolução, com diagnóstico de Trombose Venosa Profunda do membro inferior direito, tendo sido medicado com rivaroxabano. Desde então, iniciou quadro de alteração do comportamento, motivo pelo qual foi trazido ao Serviço de Urgência, 10 dias depois.

Analiticamente com anemia normocítica normocrómica (Hg 11g/dL) e aumento dos parâmetros inflamatórios (leucocitose 16 200/µL com neutrofilia 12 830/µL, PCR 239.5 mg/L), com procalcitonina de 0,12 ng/mL. TAC cranioencefálico com Angio-TAC demonstrou enfarte isquémico em território fronteira da Artéria Cerebral Posterior e da Artéria Cerebral Média, com evidência de enfartes isquémicos crónicos cortico-subcorticais. Raio-X de tórax com imagem nodular no pulmão direito e TAC toracoabdominopélvico a revelar lesão suspeita com cerca de 54 x 38 mm, na vertente lateral do lobo superior do pulmão direito, com várias adenopatias locais, e focos hipocaptantes no parênquima dos rins e baço, sugestivos de lesões isquémicas.

Admitido no internamento por lesões embólicas no cérebro, baço e rins, e nódulo pulmonar para investigação etiológica. Biópsia da lesão pulmonar com histologia compatível com Carcinoma de Não Pequenas Células. Hemoculturas negativas e Ecocardiograma Transtorácico com vegetação valvular na válvula mitral. Manteve-se apirético, com redução gradual dos parâmetros inflamatórios sem antibioterapia (leucocitose 1(1) 900/µL com neutrofilia 8 890/µL e PCR 49.5 mg/L).

Discussão: Doente com neoplasia pulmonar, com história de múltiplos eventos embólicos de etiologia não infeciosa, dada a descida da PCR sem antibioterapia e hemoculturas negativas. Assim, admitiu-se Endocardite Marântica. Trata-se de uma entidade com mau prognóstico apesar da hipocoagulação, pela associação com doença neoplásica avançada.

Alta hipocoagulado com DOAC, por fraca probabilidade de cumprimento terapêutico de AVK ou Heparina de Baixo Peso Molecular.

Nº 466 Dermatomiosite paraneoplásica

Mariana Silva de Sousa(1); José Vicente Rocha(1); Sofia Romão(1); Tiago Sepúlveda Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A dermatomiosite (DM) é uma miopatia inflamatória idiopática caracterizada pela presença de inflamação das fibras musculares e manifestações cutâneas, podendo envolver outros órgãos. Estima-se que 20-30% desenvolvem neoplasia, com risco 6 vezes superior ao da população em geral, especialmente nos 3-5 anos que antecedem ou sucedem o diagnóstico. Existem vários factores de risco como idade avançada, sexo masculino, disfagia, ausência de resposta à corticoterapia, progressão rápida da doença e presença de anticorpos como o anti-TIF1-gama e anti-NPX-2.

Apresenta-se o caso de um homem de 73 anos, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica e gastrite. Recorreu ao serviço de urgência com quadro com 2 meses de evolução de dor e fraqueza muscular, inicialmente na região cervical, com progressão para ombros e braços, e posteriormente região nadegueira e coxas, assim como cansaço de agravamento progressivo desde há 6 meses. À observação existia défice de força proximal dos 4 membros com sinal de Gowers positivo. Analiticamente com elevação da creatinaquinase (CK), desidrogenase láctica (LDH), aspartato aminotransferase (AST) e velocidade de sedimentação, e anticorpo anti-NPX-2 positivo. Electromiografia com lesão muscular compatível com miosite. Endoscopia digestiva alta a revelar lesão irregular, friável ao nível do corpo e antro gástricos (provável neoplasia gástrica). Sem outras lesões em tomografia computorizada de corpo e sem halo inflamatório em ecodoppler das artérias temporais. Assumida DM em contexto de síndrome paraneoplásica e iniciada corticoterapia (1mg/kg/dia). Observada melhoria do quadro clínico e redução dos valores de CK, LDH e AST. Verificou-se posterior agravamento rápido e progressivo do estado geral, associado a intercorrências infeciosas e evolução neoplásica, tendo o doente falecido ao fim de 3 meses.

É importante o reconhecimento da DM como síndrome paraneoplásica, tornando imprescindível a pesquisa de neoplasias, sobretudo em idades avançadas e na presença de anticorpos específicos. Nestes casos, a resposta à terapêutica fica comprometida e o prognóstico mais reservado.

Nº 467 Mielopatia dorsal: o ponto de partida para um diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão

Mauro Gomes Marques(1); Bárbara Lemos(1); Soraia Pinho Duarte(1); Joana Pereira Moniz(1); Filipe Pimenta Ribeiro(1); Pedro Neves Tavares(1); Renato Saraiva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A compressão medular é uma complicação potencialmente grave de etiologia variável: traumática, degenerativa (espondilartrose), neoplásica (sobretudo por metastização vertebral) ou secundária a abcessos ou hematomas epidurais. Nas situações metastáticas, as neoplasias do pulmão, mama e próstata são as mais frequentemente implicadas.

Caso clínico: Mulher de 59 anos recorre ao serviço de urgência por diminuição da força muscular dos membros inferiores e desequilíbrio com duas semanas de evolução. Ao exame neurológico objetiva-se paraparésia assimétrica (força muscular grau 3 no membro inferior esquerdo e grau 4 à direita) e a avaliação sensitiva sugere hipoestesia álgica bilateral abaixo de D4. Realizou TC coluna que identificou lesões osteolíticas vertebrais em D1-D3 com componente tecidular associado a condicionar moldagem medular. Por provável metastização óssea foi internada para estudo. Realizou RM coluna que, além de confirmar as metástases já descritas, mostrou múltiplas lesões adicionais lombossagradas. Do estudo alargado de neoplasia primária, a destacar nódulo no pulmão esquerdo cuja avaliação por biópsia transtorácica foi inconclusiva. Como tal, realizou PET/CT que corroborou lesão pulmonar maligna no lobo inferior esquerdo com metastização osteomedular e hepática. A biópsia ecoguiada de metástase hepática confirmou histologia de adenocarcinoma com perfil imunohistoquímico a favor de primário do pulmão e permitiu a realização do estudo mutacional genético. A doente manteve corticoterapia com dexametasona e, por agravamento dos défices motores, cumpriu ciclo de radioterapia.

Discussão: Um exame neurológico minucioso é essencial na identificação clínica de quadros com compromisso medular. O diagnóstico precoce do síndrome de compressão medular é fundamental, não só para minimizar potenciais sequelas neurológicas mas também porque pode constituir a apresentação inicial de etiologias graves até então desconhecidas, nomeadamente de natureza neoplásica.

Nº 468 Complicações da Cura – Gestão do doente oncológico na Medicina Interna

Paulo Jorge Tavares de Castro(1); Cátia Cunha Ribeiro(2); Diana Alves do Carmo(1); Diana Mimoso(2); Raquel Moniz(2); Monique Alves(2); Catarina Coelho(2); Marta Barrigas(2); André Macedo Ribeiro(2); João Enes da Silva(2); 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

Introdução: O uso de imunoterapia com anticorpos monoclonais para o tratamento do cancro tem-se tornado cada vez mais frequente e eventos adversos relacionados ao seu uso são cada vez mais comuns. A colite é a manifestação gastrointestinal mais frequente, com uma incidência que varia entre 1-25%.

Caso Clínico: Homem de 78 anos com adenocarcinoma do lobo superior esquerdo do pulmão e carcinoma epidermoide da língula síncronos sob tratamento com Pembrolizumab (PBL). Recorreu ao serviço de urgência por diarreia profusa e dor abdominal com 4 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava abdómen doloroso à palpação do epigastro e encontrava-se hipotenso e taquicárdico, com necessidade de iniciar suporte vasopressor. Analiticamente apresentava leucocitose, anemia agravada com necessidade de suporte transfusional e lesão renal aguda AKIN 3 acompanhada de acidemia metabólica e múltiplos distúrbios hidroelectrólíticos. Iniciou terapêutica de suporte antibioterapia empírica com ciprofloxacina e ceftriaxona, suspensa ao fim de 4 dias na ausência de melhoria clínica e após confirmada a ausência de isolamentos microbiológicos no exame cultural e por PCR de fezes. Na ausência de agente etiológico infecioso, colocou-se a suspeita de diarreia secundária ao tratamento com PBL e iniciou corticoterapia com prednisolona (PDN) na dose de 1mg/Kg. Após início de PDN o doente começou a evoluir favoravelmente, com resolução da diarreia e disfunção cardiovascular, permitindo a suspensão de suporte aminérgico. Ao fim de 5 dias de PDN, o doente apresentou melhoria marcada do estado geral, resolução completa das queixas gastrointestinais, e função renal e ionograma normalizado, tendo alta com corticoterapia em esquema de desmame.

Discussão: Um diagnóstico precoce e um tratamento rápido dos efeitos adversos do PBL são essenciais para o alívio dos sintomas e para a prevenção das complicações associadas, melhorando assim a qualidade de vida dos doentes e diminuindo a mortalidade associada.

Nº 469 Quando o défice neurológico não significa AVC – metastização cerebral em contexto de tumor renal

Inês P. Carvalho(1); Daniela Rodrigues(1); Patricia Malhadas Ferreira(1); Inês Gouveia Bonito(1); Célia Carmo(1); Martinho Fernandes(1)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: As metástases cerebrais são os tumores intracraneanos mais frequentes em adultos, representando mais de metade dos tumores cerebrais. O carcinoma de células renais (CCR), metastiza mais frequentemente para os pulmões e os ossos, sendo a metastização cerebral mais rara, constituindo <1% dos casos de CCR.

Caso clínico: Homem, 64 anos, com antecedentes de Acidente Isquémico Transitório, recorre ao serviço de urgência por paralisia facial central direita, diminuição da força do membro superior esquerdo, desequilíbrio na marcha e disartria.

Analiticamente sem alterações de relevo. Realizou TC cranio-encefálica com evidência de lesão expansiva frontal media direita e extenso edema adjacente, com pagamento

sulcal locorregional.

Sem elevação dos marcadores tumorais, realizou ressonância magnética (RM), para melhor esclarecimento da lesão, que revelou duas lesões ocupantes de espaço compatíveis com metástases, em topografia cortico-subcortical frontal pré-central direita e frontal média esquerda, associadas a edema vasogénico marcado que se estende até ao gyrus frontal inferior e ao centro semioval ipsilateral.

Doente realizou TC toraco-abdomino-pélvica de estadiamento com evidência de volumosa lesão neoformativa renal esquerda (10 cm) com espessamento da capsula renal e faixas peritoneais envolventes, associada a metastização pulmonar.

Foi efectuada biópsia da lesão renal, cuja avaliação anatomo-patológica foi compatível com carcinoma renal de células claras. Doente iniciou terapêutica com corticóide com melhoria dos défices neurológicos e foi referenciado a consulta de urologia e oncologia.

Discussão: O presente caso clínico pretende alertar para a importância da exclusão de metástases cerebrais em doentes com défice neurológico de novo, apesar de menos provável que o AVC, através da realização de exame de imagem que pode incluir RM, se alterações iniciais em TC forem pouco esclarecedoras. Além disso, este caso torna-se de relevo por nos apresentar uma causa menos frequente de metastização cerebral, o CCR, o que reforça a importância de exames de estadiamento completos.

Nº 470 Neoplasia renal – uma recidiva tardia em estadio avançado

Rui Pedro Ribeiro(1); Diana Martins Fernandes(1); Francisca Azevedo Correia(1); José Ferreira Pestana(1); Ana Faceira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O carcinoma de células renais representa cerca de 90% do total de neoplasias malignas do rim. Tem uma apresentação clínica muito variada, tipicamente com metástases aquando do diagnóstico, e com uma via metastática muito imprevisível.

Caso clínico: Sexo masculino, 60 anos. História de carcinoma de células renais há 24 anos, na altura sem metastização, nefrectomia direita, quimio e radioterapia, com alta 10 anos após o diagnóstico por ausência de recidiva e recente varicocelo direito. Recorreu ao SU por dor na anca direita e punho esquerdo com mais de um mês de evolução e febre de início recente. Apresentava PCR aumentada (115 mg/dL), ecografia da anca sem derrame articular e foi internado por suspeita de doença autoimune. Objetivado nódulo na mama direita. Do estudo complementar inicial: eletroforese de proteínas sem alterações, ANA, ANCA, FR, anti-CCP e anti-ENA negativos. Realizou TC-CE e TAP que mostrou massa a envolver o ângulo cólico hepático e cólon ascendente sugestiva de neoplasia primária, adenomegalias mediastínicas e peri-renais, lesões nodulares hepáticas, pulmonares, renais e na suprarrenal direita, bem como massa adjacente ao ilíaco, nódulo na mama direita e duas lesões nodulares cortico-subcorticiais frontais sugestivos de lesões secundárias. A colonoscopia mostrou compressão extrínseca vs invasão tumoral. Foi feita biópsia do nódulo mamário, cuja histologia revelou tratar-se de metástase de carcinoma renal. Iniciou tratamento com Sunitinib e radioterapia holocraneana.

Conclusão: O presente caso levanta a dúvida de até quando deve ser mantida vigilância de recorrência de doença. Apesar da maior parte das recidivas ocorrerem nos primeiros 5 anos, existem vários casos publicados de recidivas mais de 20 anos após a nefrectomia. Importa ainda realçar que, na presença de varicocelo direito unilateral, devemos suspeitar da possibilidade de ser secundário a obstrução da veia cava inferior, nomeadamente associada a neoplasia renal.

Nº 471 Uma forma rara de apresentação de carcinoma gástrico

Inês Sofia Ferreira da Silva(1); Ryan Costa Silva(1); Mariana Cerejo Silva(1); Inês Sopa(1); Lígia Peixoto(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Carcinomatose leptomeníngea (CLM) ocorre em 5% de todas as neoplasias sólidas metastáticas, sendo rara em neoplasias gástricas (incidência 0,14-0,24%), principalmente como manifestação inicial de neoplasia gástrica assintomática. Síndroma de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH) paraneoplásica ocorre em (1) a 2% dos doentes com neoplasias malignas, sendo raro em doentes com carcinoma gástrico (CG) e CLM.

Caso clínico: Mulher, 87 anos, hipertensa, medicada com losartan e ácido acetilsalicílico, admitida por diminuição da reatividade a estímulos externos, alterações mnésicas, desorientação e redução progressiva da autonomia por instabilidade da marcha com 20 dias de evolução. Sem febre ou perda ponderal. À observação desorientada, discurso pouco coerente com parafasias e perseveração. Sem sinais meníngeos. Análises: sem anemia, Na+ sangue 122mmol/L (135-145), osmolalidade sangue 251mOsmol/Kg (275-295), Na+ urina 33>53mmol/L (54-190) e osmolalidade urina 292>597mOsmol/Kg sob fluidoterapia e restrição hídrica, sugestivas de SIADH. TC crânio: leucoencefalopatia microvascular crónica. Punção lombar 6 células/mm3 (<5), proteínas 180mg/dL (15-45), glucose 15mg/dL (40-70). TC de corpo: adenopatias no pequeno epiplon. Endoscopia digestiva alta: lesão ulcerada da incisura. Evolução desfavorável com hidrocefalia e crises epiléticas. Medicada com antiepiléticos, corticóide e antibacilares até ser excluída carcinomatose tuberculosa, corrigida hiponatremia. RM de crânio sugestiva de CLM. Biópsia da lesão gástrica: carcinoma pouco coeso, em parte de células em anel de sinete. Pesquisa de células neoplásicas no liquor positiva, compatíveis com carcinoma. Diagnosticou-se CG manifestado por CLM com SIADH paraneoplásica. Faleceu sem possibilidade de terapêutica dirigida.

Discussão: Apesar de CLM/SIADH ser uma manifestação muito rara de CG, este deve ser considerado no diagnóstico diferencial de apresentações clínicas atípicas como a do caso clínico.

Nº 472 Dor lombar – Nem tudo o que parece é

Ana Isabel Godinho Oliveira(1); Mariana Marques(1); Marta Quaresma(1); Desirée Farinha(1); Bruno Ferreira(1); Mónica Reis(1)

(1) HVFXira

O Linfoma difuso de grandes células B (DLBCL) é o subtipo histológico mais comum de linfoma não-Hodgkin (NHL). São um grupo heterogéneo de doenças com diferente apresentação clínica e resposta ao tratamento. Tipicamente apresenta-se com linfadenopatia progressiva, doença extranodal, febre, suores noturnos e perda de peso. O diagnóstico é feito por biópsia de um gânglio linfático suspeito ou de um tumor extranodal.

Homem de 73 anos com história de hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência por dor lombar, diminuição da força e parestesias dos membros inferiores com (1) semana de evolução. Apresentava diminuição da força muscular (grau 3/5), da sensibilidade táctil e álgica no dorso dos pés; teste de Laségue positivo; retenção urinária e incontinência fecal.

A Tomografia computorizada (TC) da coluna dorsal e lombar revelou a presença de erosão óssea na vertente direita do corpo vertebral de D10, com evidência de fratura. Referência ainda a um volumoso componente de tecidos moles tumoral. Ficou internado para estudo de fratura patológica em provável contexto neoplásico.

A ressonância magnética (RM) confirmou volumosa lesão expansiva tumoral. Para estudo etiológico realizou TC-TAP de estadiamento, ecografia prostática e tiroideia que não revelaram alterações relevantes.

Foi observado por Ortopedia e Neurocirurgia, optando-se por abordagem conservadora. Fez biópsia da lesão guiada por TC que revelou linfoma difuso de grandes células B. A biópsia óssea e mielograma não revelaram invasão medular. Foi referenciado à Hematologia tendo indicação para iniciar tratamento dirigido com quimioterapia.

A dor lombar é um sintoma muito comum,sendo a sua valorização essencial, sobretudo quando se correlaciona com outra sintomatologia, nomeadamente neurológica. O diagnóstico de LNH representa um desafio pela grande variedade de apresentações, pelo que deverá sempre ser equacionado em quadro clínico com manifestações atípicas e raras como neste caso.

Nº 473 Afasia e Melanoma da vulva? - A propósito de um caso clínico

Teresa Costa Pereira(1); Beatriz Sá Pereira(1); Maria Leonor Neves(1); Rita Penaforte(1); Zsofia Santos(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof Dr Fernando Fonseca

Introdução: O melanoma da vulva é um tumor raro responsável por 1% de todos os melanomas diagnosticados em doentes do sexo feminino, com alto risco de recidiva local e metastização à distância. O melanoma da vulva é um tipo de melanoma da mucosa, com prognóstico significativamente pior em comparação com os melanomas cutâneos.

Caso clínico: Mulher, 87 anos, portuguesa, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, doença renal crónica estadio 3a e diabetes mellitus. Recorre ao serviço de urgência por quadro de afasia súbita com reversão espontânea ao fim de alguns minutos. Destaca-se ainda perda ponderal não quantificada e hemorragia vaginal. Exame objectivo com lesão ulcerada de consistência pétrea do grande lábio esquerdo. Analiticamente sem alterações de relevo. Tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica com duas lesões ocupando espaço, a de maiores dimensões com edema perilesional associado. TC do tórax com evidência de várias formações nodulares de contornos regulares, suspeitas de corresponderem a metástases no parênquima pulmonar. Biopsia vulvar com resultado anátomo-patológico de melanoma da vulva. Diagnóstico final de melanoma da vulva com metastização cerebral e pulmonar.

Discussão: O melanoma da vulva está associado a um mau prognóstico com uma sobrevivência de 46,6% aos 5 anos, em comparação com os melanomas cutâneos com 92.5% de sobrevivência.

A exposição à luz ultra-violeta (UV) não é um factor causador neste tipo de tumor.

De referir ainda que o quadro de afasia com recuperação espontânea em contexto de metastização cerebral vem confirmar o elevado risco de metastização à distância neste tipo de tumores.

Nº 474 Síndrome de lise tumoral grau IV após sobredosagem de venetoclax

Miguel Lázaro Mendes(1); João Lázaro Mendes(1); Daniel Aparicio(1); Miguel Sequeira(1); Ana Albuquerque(1)

(1) Hospital de São Teotónio, E.P.E. - Viseu

Introdução: A síndrome de lise tumoral (SLT) é uma emergência oncológica, que ocorre mais frequentemente após o início do tratamento citotóxico. Esta síndrome decorre da destruição maciça e aguda de células tumorais, resultando em hipercaliémia, hiperfosfatémia, hiperuricemia e lesão renal aguda. Reportamos um caso de SLT grau IV (classificação de *Cairo-Bishop*).

Caso clínico: Homem, 70 anos com diagnóstico de leucemia linfocítica crónica de células B em Maio de 2011. Fez 6 ciclos de *R-Benda* que terminou em Novembro de 2018. Em Janeiro de 2023 novamente com progressão de doença. Proposto para terapêutica com *rituximab - venetoclax* que iniciou a 26/01/2023 em regime de internamento. Teve alta a 27/0(1) com indicação de manter *venetoclax* 20 mg id. No dia 28/0(1) iniciou a medicação no domicílio, que tinha sido fornecida pela farmácia hospitalar. Nesse mesmo dia foi trazido ao serviço de urgência por depressão do estado de consciência. À admissão encontrava-se comatoso, hipotenso (TA: 69/40mmHg), bradicárdico (35 bpms) e hipoxémico (Sat. O2 75%), sudoretico, com má perfusão periférica. Gasimetricamente com acidemia metabólica (ph 7,20, HCO3 8,2 mmoL/L e lactato 6.0mmol/l) e hipercalémia grave (9.(1) mmol/L). Constatou-se ter ocorrido ingestão de uma dose de *venetoclax* 10 vezes superior à prevista (200mg). Assumiu-se um quadro de SLT. Admitido no serviço de medicina intensiva (SMI) para hemodiafiltração venovenosa contínua e tratamento com *rasburicase*. Após 72 horas foi possível suspender a técnica. Teve alta do SMI ao fim de 5 dias, sem sequelas e com a função renal normalizada.

Discussão: Na prática clínica e na organização dos serviços, é essencial a adoção de medidas que previnam o aparecimento de erros potencialmente fatais. É fundamental que se considere essa possibilidade na abordagem dos doentes. A confirmação da sobredosagem de Venetoclax revelou-se essencial para a confirmação diagnóstica e sucesso clínico.

Nº 475 Nos Meandros da Hiponatremia

Inês Branco Carvalho(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); Daniel Castanheira(1); Gustavo Lemos Correia(1); Beatriz Carvalho Mendonça(1); Joana Rodrigues(1); Miguel Goulão(1); Patrícia Ribeiro Vicente(1); António Martins Baptista(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

A hiponatremia é um distúrbio iónico cujo estudo etiológico poderá consistir num verdadeiro desafio, pois podem estar envolvidos vários mecanismos fisiopatológicos e fármacos.

Homem, 66 anos, autónomo, com história de diabetes tipo 2 não insulinotratada e hiperplasia benigna da próstata. Foi à urgência por apatia, desorientação e confusão com 2 meses de evolução e de agravamento progressivo. Negadas outras queixas ou introdução de medicação recente. Do estudo inicial destacava-se: hiponatremia hiposmolar euvolémica (Na+ 116mmol/L; osmolaridade sérica 243mosmol/L; osmolaridade urinária 528mosml/L, Na+ urinário 79 mmol/L); tomografia computorizada (TC) de crânio sem

alterações. Ficou internado para estudo: excluídos contribuição de fármacos, incluindo diuréticos, e hipotiroidismo. Corticotrofina e cortisol normais; ácido úrico diminuído (0.7 mg/dl) e melhoria da natremia com restrição hídrica e diurético, sugerindo secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH). Para esclarecimento realizou: ressonância magnética (RMN) cerebral sem alterações; TC tóraco-abdómino-pélvica com descrição de múltiplos nódulos hepáticos a sugerir secundarização, dois micronódulos pulmonares e um nódulo sólido com 10mm anterior ao cólon descendente; antigénio específico da próstata normal; colonoscopia e endoscopia alta sem lesões suspeitas; RMN abdominal confirmou metastização hapática múltipla. Foi submetido então a biópsia hepática TC guiada, revelando carcinoma neuroendócrino grau 3, com SIADH paraneoplásico.

Apesar de normalização da natremia, manteve quadro confusional. Foram excluídas causas reversíveis de demência. Feita punção lombar com citologia negativa para células neoplásicas e autoimunidade negativa e electroencefalograma sem alterações. Assumida demência rapidamente progressiva.

O SIADH paraneoplásico é um diagnóstico de exclusão, exigindo uma abordagem sistemática e minuciosa do doente. Este caso salienta a importância de considerar o diagnóstico de neoplasia nos doentes com SIADH, podendo ser a manifestação inicial. O SIADH surge geralmente associado ao carcinoma de pequenas células do pulmão ou a neoplasias da cabeça e pescoço, sendo este um caso raro de SIADH paraneoplásico.

Nº 476 Carcinoma pleomórfico do pulmão - uma entidade rara

Teresa Costa Pereira(1); Ricardo Petinga Fortes(1); Rita Penaforte(1); Marta Maria Seladas(1); João Lobato Rosa(1); Zsofia Santos(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof Dr Fernando Fonseca

Introdução: O carcinoma pleomórfico do pulmão é um tumor maligno raro, sendo um subtipo do cancro do pulmão de não pequenas células. Tem uma incidência que varia entre 0.(1) a 0.4% de todas as neoplasias malignas do pulmão.

Caso clínico: Homem, 50 anos, português, autónomo, com história pessoal de hiperplasia benigna da próstata, ex-fumador há cerca de 10 anos, com carga tabágica de 10 unidades de maço ano (UMA). Quadro de dor na grelha costal direita e lombociatalgia com parestesias associadas, com 3 e 2 meses de evolução respectivamente, sem resposta a analgesia. Ainda a destacar a perda ponderal de 10 kg e agravamento da lombociatalgia com dificuldade marcada da marcha com cerca de (1) mês de evolução. Tomografia computorizada (TC) com evidência de lesão osteolítica da asa sagrada, ao nível de S(1) e S2 com envolvimento cortical ósseo, tendo sido encaminhado para a consulta de Medicina Interna. TC toracoabdominopélvica com evidência de lesão pulmonar no lobo ázigos com provável secundarização pulmonar homolateral, óssea disseminada e supra-renal bilateral. Resultado histológico compatível com carcinoma pleomórfico do pulmão (CPP). Diagnóstico final de carcinoma pleomórfico do pulmão com metastização pulmonar homolateral, óssea e supra-renal bilateral.

Discussão: Geralmente este tipo de tumor tem um comportamento muito agressivo e está associado a um mau prognóstico. O facto de a apresentação inicial neste doente ser em contexto de secundarização, vem reforçar isso mesmo. A cirurgia deve ser considerada em doentes com CPP com estadio localizado ou regional e a quimioterapia costuma estar recomendada em doentes com estadios mais avançados. A taxa de sobrevivência aos 5 anos é cerca de 20-40%.

Nº 477 Colangiocarcinoma – Um caso de apresentação atípica

Ana Cláudia Furão Rodrigues(1); Sofia Esteves(1); Diogo Couto Sousa(1); João Luís Cavaco(1); Marisa Anselmo(1); Sandra Baptista(1); Ana Júlia Pedro(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: O colangiocarcinoma é um tumor agressivo, geralmente diagnosticado em estadios avançados. Os locais mais comuns de mestatização são o fígado, os ossos, os pulmões e o cérebro. Habitualmente, as manifestações iniciais são icterícia ou colangite. Em caso de metastização à distância, o quadro clínico pode ser confundido com outras patologias, e as lesões secundárias confundidas com tumor primário. Apresenta-se um

caso de metastização atípica, intrabrônquica, em que se suspeitou de neoplasia primária pulmonar.

Caso Clínico: Mulher de 55 anos, autónoma, sem antecedentes relevantes. Apresentava quadro de tosse produtiva, febre, astenia e perda ponderal, com 2 meses de evolução. Recorreu várias vezes ao seu médico assistente, sendo medicada empiricamente para pneumonia da comunidade. Por manutenção das queixas e aparecimento de dor dorsal, refratária a analgésicos, recorreu à urgência. O exame físico revelava murmúrio vesicular diminuído no hemitórax direito. Laboratorialmente,

apresentava elevação de PCR (12.1mg/dL), velocidade de sedimentação (98mm), e parâmetros citocolestáticos (GGT 256 U/L, FA 230U/L). Em Angio-TC de tórax observou-se massa hilar no lobo pulmonar superior direito sugestiva de neoplasia. Completou estudo em internamento com TC de corpo, a documentar nódulo hepático e nódulos na suprarrenal esquerda (depósitos secundários), e cintigrafia óssea, com múltiplas lesões dispersas e fratura patológica de D8. Realizou broncofibroscopia, identificando-se massa na porção terminal da traqueia, condicionando estenose do

brônquio principal direito (submetida a tratamento com *laser* e *debulking* com repermeabilização) e massa a condicionar oclusão total do brônquio apical do lobo superior direito. O estudo anátomo-patológico, revelou infiltração por colangiocarcinoma. Foi encaminhada para Oncologia para persecução de cuidados.

Discussão: Apresentamos este caso de colangiocarcinoma pela manifestação inicial rara e atípica com metástases intrabrônquicas, sem casos semelhantes descritos previamente, após revisão de literatura. Salienta-se também a importância da suspeita clínica de doença maligna e da marcha diagnóstica exaustiva, perante sintomas constitucionais arrastados.

Nº 478 Um caso de dermatomiosite TIF1-? paraneoplásica, por carcinoma invasivo da mama

Paulo Brites Ramos(1); Rita Penaforte(1); Marta Machado(1); Teresa Pereira(1); Catarina Negrão(1); Alice Rodrigues(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A associação entre neoplasia e miopatias inflamatórias, particularmente a dermatomiosite tem sido relatada na literatura médica, e o autoanticorpo fator intermediário de transcrição 1-γ (TIF1-γ), provou ser útil na triagem de cancro nestes doentes. A incidência de neoplasia na miopatia inflamatória idiopática varia de 9% a 42%, e relaciona-se com muitos tipos de tumores. O seu desenvolvimento pode ocorrer em qualquer altura do surgimento da miopatia inflamatória, sendo obrigatório o rastreio de neoplasia activa. Apresenta-se o

caso de uma mulher de 50 anos, com história de sífilis tratada, e seguida por dermite de contacto alérgica grave vs. suspeita de psoríase, e a cumprir corticoterapia e ciclosporina em escalada de dose, por agravamento clínico. Recorreu ao SU por quadro de lesões eritematodescamativas generalizadas, edema da face e prurido intenso, fraqueza muscular e disfagia para sólidos. Apresentava lesão mamilar direita ulcerada, necrótica, com nódulo sólido local, sem adenopatias palpáveis. Analiticamente: VS 64 mm/h, CK 2435, mioglobina 1005, ALT 188/ AST 246/ LDH 618. Do estudo etiológico realizado: 1. Mamografia/ ecografia mamária/TC TAP: "nódulo sólido, com microcalcificações"; 2. Biópsia de lesão mamária: "carcinoma invasivo de grau moderadamente diferenciado. Receptores de estrogénio/progesterona e Ki67 positivos (100% e 10% das células neoplásicas). HER-2 negativo. Estudo imunológico: anti-TIF1-γ fortemente positivo". Assumido diagnóstico de dermatomiosite TIF1-γ paraneoplásica, completou estadiamento com cintigrafia óssea e RMN mamária. Iniciou QT neoadjuvante, IVIg e corticoterapia, e foi submetida a mastectomia radical, seguida de instituição de letrozole e goserelina. Actualmente com controlo das alterações cutâneas mas mantém fraqueza muscular proximal. Este caso relembra a urgência de exclusão de neoplasia em doentes com alterações cutâneas de agravamento recorrente, e difícil controlo farmacológico, quando associadas a sinais/sintomas de miosite.

Nº 479 O acaso ou a Lei de Murphy

Teresa Sofia Abegão Valente Jesus(1); Teresa Tomásia Silva(1); Cláudia Fitas(1); Sofia Andraz(1); Catarina Mendonça(1); Carlos Cabrita(1); Ana Ribeiro(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

A Medicina Interna é uma especialidade completa e complexa, que aborda o doente como um todo. Por vezes casos clínicos que parecem lineares acabam por apresentar surpresas, demonstrando a Lei de Murphy - "Se algo pode correr mal, correrá mal".

Apresentamos o caso de um homem de 45 anos, com antecedentes pessoais de dissecção aórtica Stanford tipo A, com colocação de prótese tubular da aorta ascendente e hemiarco. Como complicação nesse internamento, ocorreu laceração ilíaca e posterior trombose venosa profunda desse trajecto, motivo pelo qual foi hipocoagulado.

Cerca de 7 meses após colocação da prótese foi internado por infecção da mesma. A PET-TC realizada no contexto de infecção da prótese aórtica suportou o diagnóstico e evidenciou ainda embolização séptica para os membros inferiores. Houve necessidade de antibioterapia prolongada que manteve após a alta. Nesse internamento, foi suspensa hipocoagulação por anemia ferropénica com necessidade transfusional. A colonoscopia realizada evidenciou pólipo séssil a nível do recto, sem outras alterações.

O doente manteve seguimento nas consultas de medicina interna e de cirurgia cardiotorácica e vascular. Relata quadro de novo de hematoquézias, sem perda ponderal associada. É realizada a PET-TC de reavaliação da infecção protésica num intervalo de 6 meses, que evidencia 'actividade metabólica moderadamente incrementada na aorta ascendente compatível com processo inflamatório/infecioso e lesão hipermetabólica no cólon ascendente, sugestiva de tumor primário a este nível.' Pela clínica e pelos achados na PET-TC, repetiu colonoscopia que evidenciou lesão colónica a nível do ângulo hepático que foi biopsada, tendo sido diagnosticado adenocarcinoma do cólon ascendente. Posteriormente foi submetido a hemicolectomia direita e a quimioterapia adjuvante com capecitabina.

Este caso torna-se interessante pelo facto de que mesmo com uma colonoscopia recente sem alterações major, houve, de uma forma inesperada, um diagnóstico de neoplasia do cólon de novo. É importante a valorização da clínica e dos meios complementares de diagnóstico, de modo a identificar patologias cujo diagnóstico precoce influencia o prognóstico.

Nº 480 Melanoma e Gliobastoma multifocal – duas neoplasias primárias coexistentes

Catarina Vale(1); Teresa Brito(1); Filipa Gomes(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

As neoplasias primárias múltiplas têm uma prevalência que varia entre 2 e 17% nos doentes oncológicos e estão tipicamente associadas a fatores genéticos ou ambientais predisponentes ou síndromes neoplásicas. Apesar de ainda mal caracterizada, a associação entre mutações do gene BRCA2 e melanoma cutâneo ou oftálmico já foi estabelecida. No entanto, atualmente não existe evidência de uma associação entre mutações do gene BRCA2 e glioblastoma multifocal. Não obstante, há evidência de maior risco de glioblastoma nos doentes com melanoma.

Homem de 77 anos com diagnóstico de melanoma da coroide sob braquiterapia e portador da mutação BRCA2, internado para estudo de duas lesões cerebrais de novo e gestão de tromboembolismo pulmonar (TEP) segmentar incidental e assintomático. O TEP foi interpretado como provocado em contexto de neoplasia e o doente foi hipocoagulado sem intercorrências. Por ausência de metastização hepática, que habitualmente surge mais precocemente que a cerebral quando a neoplasia primária é o melanoma, foi realizada exérese cirúrgica de uma das lesões com posterior diagnóstico de glioblastoma multifocal. Decidido em reunião de grupo oncológico tratamento com quimioterapia, que o doente tolerou.

Este caso é relevante atendendo a que a coexistência de duas neoplasias distintas é infrequente e o seu correto diagnóstico tem implicações terapêuticas e prognósticas importantes. Em particular, a metastização atípica é um dos sinais de alarme que deve alertar para a possibilidade de duas neoplasias primérias concomitantes.

Nº 481 Síndrome da Veia Cava Superior num doente com Tumor Carcinoide Atípico do Pulmão

Filipa Ribeiro Verdasca(1); Ines Guerreiro(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Homem, 46 anos de idade, com diagnóstico de Tumor carcinoide atípico pulmão estadio IV, que realizou tratamento com quimioterapia, recorre a consulta de oncologia de *follow-up*.

Referia edema do pescoço e da face, dor torácica anterior e agravamento do cansaço para pequenos a médios esforços, e por vezes dispneia de esforço, com 3 meses de evolução.

À observação, apresentava edema cervical e da face, circulação venosa colateral, telangiectasias na região torácica anterior e agravamento dos conglomerados adenopáticos supraclaviculares esquerdos na região cervical esquerda e cervical anterior direita.

Realizou AngioTC-Tórax que confirmou o diagnóstico de síndrome da veia cava superior: oclusão total com perda da individualidade anatómica da veia cava superior, no respetivo segmento distal, numa extensão +-60mm (admissível oclusão por mecanismo misto, tumoral e cruórico), colateralização extensa e shunting entre os 2 sistemas cava, e progressão de doença.

Realizou furosemida, dexametasona e hipocoagulação, com melhoria sintomática.

Foi submetido a radioterapia na dose de 20 Gy em 5 fracções (4Gy/fração) com melhoria do edema cervico-facial.

Aproximadamente 2 a 4% dos doentes com cancro de pulmão desenvolvem a síndrome da VCS. O carcinoma de pequenas células do pulmão (10% dos casos), e carcinoma de células escamosas são os dois tipos histológicos mais frequentes.

Os tumores carcinoides do pulmão são neoplasias epiteliais neuroendócrinas incomuns, menos de 1% dos tumores do pulmão. Apesar de raros, são tumores agressivos e com propensão para metastização.

Nº 482 Apresentação rara de cancro do cólon sigmoide

Sofia Esteves(1); Diogo Couto Sousa(1); João Luis Cavaco(1); Ana Furão Rodrigues(1); Marisa Anselmo(1); Sandra Baptista(1); Ana Oliveira Pedro(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: O cancro do cólon é o 2º cancro mais frequente em homens e o 4º mais mortal, manifestando-se com alteração do padrão intestinal, anemia sintomática ou, mais raramente, sintomas resultantes de metástases. Em geral metastiza para os gânglios linfáticos, fígado e pulmão. Apresentamos este caso de cancro do cólon sigmoide pela raridade do perfil de mestastização e especificidade dos sintomas.

Caso Clínico: Homem de 84 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais relevantes, recorreu ao serviço de urgência por monoparésia esquerda de predomínio distal com agravamento progressivo havia 15 dias. Apresentava queda e pronação do braço esquerdo na prova dos braços estendidos, e força muscular grau 1/5 na flexão/extensão dos dedos da mão esquerda. A TC CE documentou lesão pré-frontal direita, com edema vasogénico. Iniciada dexametasona, ocorreu resolução completa dos défices. Adicionalmente, foi realizada RMN CE e TC de corpo. A RMN confirmou os achados previamente documentados e outra lesão da protuberância, em relação com depósitos secundários. A TC de corpo revelou espessamento concêntrico do cólon sigmoide, compatível com neoplasia primária, múltiplas adenopatias locoregionais e do tronco celíaco e 3 nódulos pulmonares sólidos, sugestivos de metástases pulmonares. A colonoscopia total revelou lesão vegetante ulcerada ocupando toda a circunferência do lúmen, histologicamente correspondendo a adenocarcinoma bem diferenciado ulcerado. Após reunião multidisciplinar, o doente foi encaminhado para a consulta de oncologia médica.

Discussão: A metastização cerebral do cancro do cólon é rara e tem prognóstico desfavorável (sobrevida (1) a 6 meses). Geralmente ocorre em neoplasias mais distais com mestastização pulmonar estabelecida, por drenagem venosa preferencial para os plexos venosos vertebrais. Com o aumento da sobrevida dos doentes com cancro do cólon, será expectável o aumento de metástases cerebrais, sendo necessários estudos para definir individualmente cada melhor terapêutica e identificar novos alvos terapêuticos.

Nº 483 Causa reversível de paraparésia - a propósito de um caso clínico

Inês Caldeira Araújo(1); Beatriz Gamito Gonzaga(1); Jorge Gama Prazeres(1); Ana Elisa Dias(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Os doentes com linfoma difuso de grandes células apresentam tipicamente uma massa de rápido crescimento, frequentemente nodular, no pescoço ou abdómen, podendo acometer qualquer local no organismo.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de um homem, 88 anos, com antecedentes de neoplasia do cólon, fibrilhação auricular, hipertensão arterial, hérnias discais e hiperplasia benigna da próstata. Iniciou quadro de perda ponderal não quantificada e impotência funcional do membro inferior direito nos 5 meses prévios a ter recorrido ao Serviço de Urgência (SU). Foi medicado sintomaticamente pelo médico assistente, com melhoria das queixas. Recorreu ao SU por recorrência das queixas com diminuição mais acentuada da força dos membros inferiores, e incapacidade para a marcha autónoma.

Ao exame objectivo, a destacar plegia e hipostesia no membro inferior direito (MID) e parésia grau 3/5 no membro inferior esquerdo (MIE). A investigação complementar identificou: Hb 9,5g/dL, elevação de LDH, elevação da PCR, angioTC pescoço-toraco-abdomino-pélvica com volumosas lesões esplénicas, lesão retroperitoneal e paravertebral direita e múltiplas adenopatias. Submetido a biópsia que identificou linfoma difuso de grandes células tipo não GC. Iniciou corticoterapia sistémica com dexametasona e foi submetido a radioterapia externa emergente. Em consonância com o parecer de Hematologia, iniciou o protocolo R-mini-CHOP, sem intercorrências.

Verificou-se melhoria substancial da plegia do MID e da parésia do MIE, permitindo, apesar de necessitade de apoio, reaquisição de capacidade de marcha, e subsequente melhoria da qualidade de vida.

Discussão: A síndrome de compressão medular é uma emergência oncológica e pode ser causada por metástases (mais frequentemente) ou por tumores primários como neste caso clínico. Torna-se importante identificar e tratar de imediato esta patologia, antes que cause danos neurológicos irreversíveis.

Nº 484 Um estranho caso de adenopatias

Catarina Silva(1); André Carvalho(1); Ana Catarina Camarneiro(1); Mariana Farinha(1); Alexandra Nascimento(1); Sara Faria(1); Ferraz e Sousa(1); Abílio Gonçalves(1)

(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: O aparecimento súbito de adenopatias cervicais e supraclaviculares e sintomas constitucionais obriga à exclusão de neoplasia. Os autores relatam um caso clínico cuja marcha diagnóstica não foi linear, com diagnóstico de uma etiologia rara de adenopatias cervicais.

Caso clínico: Homem de 66 anos, com história de emagrecimento de 7,5% em 2 meses e aparecimento recente de conglomerado adenopático cervical. Referia astenia, anorexia, dor abdominal e obstipação alternada com diarreia. Negava febre e sudorese noturna. Tinha antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipertensão arterial e obesidade. Ao exame objetivo apresentava adenopatias cervicais bilaterais e supraclaviculares esquerdas, duras, móveis e indolores. Com massa abdominal palpável na região paramediana esquerda e hepatomegalia palpável 5 cm abaixo do bordo costal. A tomografia computorizada (TC) cervical mostrou adenopatias bilaterais, algumas parcialmente necróticas, sugestivas de metastização ganglionar. Realizou biópsia excisional do gânglio supraclavicular esquerdo que excluiu a hipótese de síndrome linfoproliferativo, pois apresentava descrição histológica de carcinoma adenoescamoso. A TC toracoabdominopélvica não apresentava lesão pulmonar tumoral sendo de salientar tromboembolismo pulmonar bilateral, múltiplas adenopatias supra e infra-diafragmáticas e hipodensidade mal definida no segmento V do fígado, com pelo menos 4,7cm, indissociável do fundo da vesícula biliar. Esta hipodensidade foi descrita na ressonância magnética como suspeita de corresponder a carcinoma da vesícula biliar e a biópsia hepática confirmou o diagnóstico de carcinoma adenoescamoso da vesícula biliar. Foi referenciado a consulta de oncologia e proposto para quimioterapia-paliativa.

Discussão: O carcinoma da vesícula biliar corresponde a 0,6% de todos os novos casos de cancro. O carcinoma adenoescamoso da vesicula biliar é um subtipo raro e cursa com mau prognóstico pelo diagnóstico tardio.

Nº 485 Quilotorax em Sarcoma de Kaposi – uma complicação pouco frequente

Mónica Ferro da Silva(1); Filipe Dias(1); Valentyn Roshkulets(1); Inês Martins(1); Pedro Laranjo(1); Diana Marreiros(1); Inês Madeira(1); Ana Santos e Silva(1); Monika Dvorakova(1); Margarida Santos(1); Sara Rodrigues Silva(1); Cátia Albino(1); Ana Sofia Sobral(1); Henrique Rita(1)

(1) Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

Introdução: O Sarcoma de Kaposi disseminado pode apresentar envolvimento pleuropulmonar sendo, contudo, rara a presença de quilotorax, que predispõe a mau prognóstico.

Caso: Homem, 76 anos, com história de diabetes com mau controlo, hipertensão, insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, fibrilhação auricular e sarcoma de Kaposi endémico HHV-8 (último controlo sem evidência de doença), admitido por cansaço e dispneia para pequenos esforços. À admissão encontrava-se prostrado mas colaborante, hipotenso, bradicárdico e com murmúrio vesicular diminuído no hemitórax esquerdo com fervores crepitantes bilaterais, sem edema periférico. Do estudo, a destacar: Nt-proBNP 887 pg/ml, sem elevação dos parâmetros inflamatórios de fase aguda; RX-Tórax com hipotransparência homogénea em toda a extensão do hemitórax esquerdo compatível com derrame pleural extenso. Assumida bradicardia extrema que motivou início de isoprenalina e derrame pleural esquerdo a esclarecer. Foi realizada toracocentese diagnóstica e evacuadora com saída de líquido pleural leitoso rosado, compatível com exsudado e com triglicéridos 4635 mg/dl, tendo sido assumido então quilotórax. Realizou ainda TC-Tórax a evidenciar hemorragia alveolar e cardiomegalia, sem outras alterações de relevo e TC-abdominopélvica, sem adenopatias ou outras alterações.

Assumido derrame pleural em provável contexto evolutivo de Sarcoma de Kaposi. Discutido caso com equipa assistente de Oncologia, que opta por sugerir doente para Cuidados Paliativos.

Discussão: O quilotórax é uma etiologia rara de derrame pleural, mais comumente associada a obstrução linfática por trauma ou a neoplasia. Uma aparência leitosa rosada e um valor de triglicéridos no líquido pleural superior a 110 mg/dl sugerem o diagnóstico. Quando associado ao Sarcoma de Kaposi é geralmente devido a obstrução do ducto torácico por células neoplásicas, sendo recorrente, por vezes com necessidade de drenagens torácicas frequentes.

Nº 486 Neoplasia síncrona - um caso raro de neoplasia primária do fígado

Beatriz Castanheira(1); Patrícia Lima(1); Erica Barata(1); Mariana Isabel Santiago(1); Filipe Soares Nogueira(1); Elena Pirtac(1); Daniel Gomes Pinto(1); Francisca Delurue(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A ocorrência de duas neoplasias primarias em simultâneo é uma condição rara, que podem estar relacionadas com fatores genéticos e ambientais. As neoplasias

múltiplas primárias são consideradas síncronas quando ocorrem em simultâneo ou em período inferior a seis meses. O diagnóstico acertado e atempado destas neoplasias síncronas é extremamente importante para melhor orientação terapêutica.

Tumores primários do fígado podem derivar das células hepáticas, células biliares ou células endoteliais. Em alguns casos, há combinação de hepatocarcinoma-colangiocarcinoma que representa a junção de dois tipos diferentes de tumores ou resultam da transformação maligna de células hepáticas progenitoras.

Caso Clínico: Homem, 59 anos, tem como antecedentes pessoais alcoolismo crónico, doença arterial periférica e ex-fumador. Recorreu a urgência por astenia, anorexia, perda ponderal e aumento do perímetro abdominal e cansaço fácil com 3 meses de evolução. Negava outras sintomas associados. Realizou tomografia toraco-abdomino-pelvica relevou hepatomegalia com múltiplas lesões solidas hipervasculares. Existência de adenopatias ao longo do pedículo hepático com invasão do segmento extra-hepático da veia porta. Ascite moderada. Analiticamente com alfa-fetoproteina e Ca125 aumentado. Para melhor caracterização das lesões, realizou ressonância magnética abdominal que evidenciou sinais de hepatocarcinoma/colangiocarcinoma com invasão das vias biliares.

Neste contexto realizou biopsia hepática. Anatomia patológica evidenciou carcinoma combinado: A - componente hepatocelular é esteatohepatitico e moderadamente diferenciado (G2) e B - componente de colangiocarcinoma é de pequenos ductos e pouco diferenciado (G3).

Conclusão: Com este caso queremos realçar a importância da biópsia hepática em casos que atípicos para um diagnóstico atempado para orientação adequado do tratamento de acordo com a tipo histológico do tumor.

Nº 487 4x4 Uma Lesão do SNC

Daniel Bandarra(1); Joana da Silva Oliveira(1); Rita Correia Das Neves(1); Elena Rios(1); Beatriz Gosalbez(1); José Manuel Ferreira(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introdução: O glioblastoma de Grau IV é o subtipo de glioblastoma mais comum e agressivo. Representam cerca de 15% dos tumores cerebrais e possuí um prognóstico muito reservado.

Caso Clínico: Homem, 65 anos, totalmente independente nas AVDs com antecedentes pessoais de HTA, Dm2 e dislipidémia recorre ao seu médico assistente por perda ponderal e alterações da fala. Foi pedida TAC-CE, que revelou quatro formações de realce periférico após contraste. Foi solicitada também uma TAC TAP que revelou um espessamento difuso da parede gástrica. Por agravamento das queixas, nomeadamente da alteração da fala e alteração do movimento dos dedos, recorre ao serviço de urgência. Ao exame objetivo apresentava assimetria do sulco nasolabial, disartria ligeira e alteração da marcha. Face aos achados clínicos e dos MCDTs realizados procedeu-se ao internamento hospitalar com a suspeita de metastização cerebral por neoplasia primária oculta. Fez-se o estudo com EDA e baixa que não revelaram alterações e com RMN para caracterização das lesões. Analiticamente sem alterações. O doente teve alta com consulta externa de Cdt-Neuro-Oncologia e Medicina Interna para seguimento. O doente regressou ao hospital em regime eletivo para biópsia cerebral estereotáxica. Já em consulta externa constatou-se o resultado da RMN que mostrou um conglomerado lesional com edema vasogénico favorecendo uma neoplasia primária multicêntrica de alto grau. Constatou-se também o resultado da biópsia que confirmou um Glioblastoma Grau 4 IDH-wildtype. O doente é encaminhado para a consulta de Oncologia onde é programado tratamento com RT e QT. Ao longo do tempo assistiu-se a uma rápida deterioração do estado geral do doente, com agravamento dos défices neurológicos.

Conclusão: Pelo número de lesões ocupantes de espaço colocou-se como primeira hipótese diagnóstica um tumor primário com metastização cerebral. No entanto, após a investigação efetuada constatou-se um glioblastoma grau 4. A grande maioria destes tumores apresenta-se como lesão única, no entanto 20% podem apresentam-se como lesões multicêntricas. Devido à elevada diversidade da apresentação clínica de uma lesão cerebral como o glioblastoma, torna-se imperativo uma abordagem célere no diagnóstico e tratamento destas lesões.

Nº 488 Do Tromboembolismo Pulmonar ao Linfoma

Barbara Lemos(1); Mauro Gomes Marques(1); Soraia Pinho Duarte(1); Patrícia Gomes Pereira(1); Miguel Pires(1); Renato Saraiva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) pode ter uma apresentação variada e associar-se a elevada morbimortalidade. O TEP pode ser a manifestação inicial de múltiplas patologias ou uma complicação de uma patologia já conhecida. Perante o diagnóstico de TEP, torna-se imperativo o seu estudo etiológico, por forma a dirigir o tratamento à causa e/ou prevenção secundária.

Caso clínico: Homem, 67 anos, com antecedentes de adenocarcinoma em pólipo excisado, sem necessidade de terapêutica adjuvante, não fumador. Observado por dor torácica e cansaço para pequenos esforços, com 9 horas de evolução. Foi realizada angio-TC, que identificou um TEP maciço bilateral.

Negava outras queixas, nomeadamente sintomas B e negava história de imobilização prolongada recente. Mantinha um seguimento médico regular, com realização periódica de colonoscopia (última realizada dois meses antes do internamento, sem alterações).

Do estudo etiológico destaca-se endoscopia digestiva alta com múltiplas estruturas pseudo polipoides, cuja avaliação histológica mostrou um linfoma folicular *duodenal-type.*

Do ponto de vista do TEP, o doente apresentou evolução clínica favorável, mantendo hipocoagulação à data de alta. Em relação ao Linfoma, fez radioterapia externa e mantém seguimento em Consulta de Hematologia.

Discussão: Com este caso pretende-se realçar a importância do estudo etiológico rigoroso e atempado e exclusão de patologia neoplásica subjacente, mesmo nas situações em que o doente cumpre os rastreios e avaliações predefinidos e/ou que não existam sintomas consumptivos. Só desta forma será possível um tratamento adequado, bem como o investimento numa prevenção secundária direcionada.

Nº 489 Mesotelioma peritoneal maligno – o grande dissimulador

Bernardo Belchior(1); Manuel Maia(1); Inês Pereira(1); David Donaire(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

Introdução: O mesotelioma peritoneal maligno é um tumor raro e de difícil diagnóstico, pelo seu curso insidioso e inespecificidade da sintomatologia, que condicionam um prognóstico reservado na maioria dos casos. A cirurgia citorredutora, seguida de quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC), tem-se mostrado como a única opção com impacto na sobrevida.

Caso Clínico: Mulher de 64 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por esteatorreia,

distensão e dor abdominal tipo moinha, persistente, localizada ao epigastro, sem outras queixas. Ao exame objetivo apresentava dor à palpação e descompressão do epigastro e da fossa ilíaca esquerda, sem outros achados. Do estudo complementar destacou-se derrame peritoneal com realce difuso do peritoneu na ecografia e TC abdomino-pélvica. Foi internada para esclarecimento etiológico, onde realizou paracentese diagnóstica cuja bioquímica revelou tratar-se de um exsudato e o citológico visualizou pequenos agregados de células, com pleomorfismo, o estudo com cell-block e imunocitoquímica demostrou agregados de células mesoteliais. Teve alta, referenciada para cirurgia geral, onde realizou laparoscopia exploradora com biópsias de nódulos peritoneais. O exame histológico mostrou alterações morfológicas e imunohistoquímicas compatíveis com mesotelioma maligno epitelióide. Foi proposta para citorredução seguida de HIPEC, contudo, face ao elevado índice de carcinomatose peritoneal, concluiu-se não haver benefício na sua realização, pelo que iniciou quimioterapia paliativa. A TC-TAP controlo ao 4º ciclo demonstrou progressão local da doença. Foi perdido o seguimento após transferência para outro hospital. A doente faleceu 29 meses depois do internamento.

Conclusão: A clínica inespecífica e o curso insidioso do mesotelioma maligno constituem um desafio no diagnóstico desta entidade. É importante ter presente este diagnóstico diferencial, uma vez que a deteção precoce pode melhorar o prognóstico, aumentando a sobrevida dos doentes.

Nº 490 Linfoma do sistema nervoso central - um caso raro

Inês Almeida Pintor(1); Ana Paiva Santos(1); João da Costa Oliveira(1); João Faia(1); Miguel Martins(1); Clara Pinto(1); Pedro Lopes(1); Susana Cavadas(1)

(1) 39349

O linfoma primário do sistema nervoso central (SNC) é uma entidade rara, mas agressiva, sendo na sua maioria linfomas de grandes células B (LGB). Apresenta-se um doente com LGB primário do SNC, em que o atraso no diagnostico condicionou pior prognóstico.

Homem, 7(1) anos. maior dependência funcional (6 meses anteriores). Antecedentes: Carcinoma prostático, mielopatia espondilótica cervical, fibrilação auricular, polineuropatia diabética. Foi à urgência por desorientação, força muscular diminuída nos membros inferiores e incontinência fecal ((1) semana). Hemodinâmicamente estável, apirético, força muscular globalmente diminuída (grau 4), hipostesia meia/luva. Analiticamente: hiponatrémia (118mEq/L). TC CE contrastada: espessamento captante cortical temporal lateral direito com hipodensidade subcortical, exercendo efeito de massa.

Punção lombar (PL) normal. Desorientado, agitado. Febre. Pielonefrite a *Serratia marcescens*, sob Cefepime. Infeção por SARS-COV2. Mantinha febre diária (38ºC). Estado de mal convulsivo (desvio conjugado do olhar para a esquerda e mioclonias) sem resposta terapêutica. PL com imunofenotipagem e anticorpos anti-neurais: normal. Iniciou Aciclovir empiricamente. RMN CE: extensas alterações de sinal parênquimatosas, mais na região temporal direita e tronco cerebral, com captação de contraste e restrição à difusão e apagamento de sulcos. Eletroencefalograma: disfunção grave com alto potencial epilético, sem estado de mal. Anátomo-patológico da biópsia da lesão temporal direita: LGB. PET sem doença linfomatosa extra SNC. Transferido para a Hematologia. Melhoria do estado neurológico, mais reativo e orientado, mantendo dependência funcional.

O atraso diagnóstico piora a morbi-mortalidade destes doentes, sendo o LGB do SNC rapidamente progressivo. Apesar da raridade e dificuldade diagnóstica, o tratamento permite melhoria sintomática e maior sobrevida. Salienta-se a necessidade de pensar nas doenças mais raras para diagnóstico/tratamento precoces.

Nº 491 Nem tudo é o que parece: quando a dor abdominal permite o diagnóstico de neoplasia do pulmão

Joana Correia Lopes(1); Joana Sousa Varela(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormona Antidiurética (SIADH) consiste num excesso de hormona antidiurética em circulação, com retenção hídrica e hiponatremia por diluição associada. Por sua vez, os distúrbios eletrolíticos são causa de síndrome de Ogilvie ou pseudo-oclusão, situação em que se verifica uma distensão do cólon, sem obstrução mecânica.

Apresentamos um caso em que estas 2 síndromes permitiram o diagnóstico de carcinoma de pequenas células do pulmão, sem qualquer história clínica, sinais ou sintomas que o sugerissem.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 59 anos, fumador, sem outros antecedentes pessoais conhecidos. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal generalizada com náuseas, vómitos fecalóides e paragem de emissão de gases e fezes com 10 dias de evolução. Negava perda ponderal, tosse, dispneia. À observação, euvolémico, auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações, abdómen distendido, timpanizado, sem reação peritoneal. Realizou radiografia de abdómen que revelou níveis hidro-aéreos, prosseguindo-se para estudo por Tomografia Compoturizada (TC), que mostrou distensão do cólon, sem obstrução mecânica. Analiticamente destacava-se hiponatremia grave (Na+ 119), pelo que se colocou como principal hipótese diagnóstica uma síndrome de Ogilvie. Realizou colonoscopia e endoscopia digestiva alta, ambas sem alterações.

Para estudo de hiponatremia euvolémica, com possível SIADH associado, foi pedida TC de tórax que sugeriu lesão tumoral a nível do brônquio lobar superior esquerdo, confirmada em broncofibroscopia.

O diagnóstico final foi de síndrome de Ogilvie secundário a hiponatremia por SIADH paraneoplásico por carcinoma de pequenas células do pulmão (confirmado por anatomia patológica).

Discussão: O carcinoma de pequenas células do pulmão é uma causa de SIADH por secreção ectópica (tumoral) de hormona antidiurética. O caso apresentado mostra a importância do estudo da hiponatremia e um encadeamento fisiopatológico que permite o diagnóstico de neoplasia do pulmão num doente em que os únicos sintomas eram gastro-intestinais.

Nº 492 Conglomerado adenopático – quando a resposta não é linfoma

Joana Alves Luís(1); Rui Osório Valente(1); André Resendes Sousa(1); João Carvalho(1); Joana Afonso Pinto(1); Mário Barbosa(1); Helena Cantante(1)

(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Introdução: A doença oncológica distingue-se das patologias médicas comuns pela complexidade e inespecíficidade de sintomas, que por vezes nos podem enviesar na prática clínica diária.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso, de um doente do sexo masculino, 56 anos de idade, sem antecedentes pessoais de relevo e com hábitos tabágicos ativos (carga tabágica estimada de 20 UMA). ECOG PS 0 (Eastern Cooperative Oncology Group Performance

Status). Recorreu ao serviço de urgência (SU) após ter sido encaminhado da consulta de Ortopedia por quadro de dor na face interna da coxa esquerda com 2 meses de evolução associada a edema do membro. No SU realizou angiotomografia computorizada abdominal e pélvica que revelou "vários conglomerados adenopáticos no mediastino posterior ladeando os corpos vertebrais... extende-se pelo retroperitoneu do abdómen à pélvis... condicionam compressão veia cava inferior... volumosa massa ao nível da pélvis lateralizada à esquerda que mede em axial cerca de 10cm... achados altamente suspeitos para doença linfoproliferativa". Neste contexto realizou biópsia de uma adenopatia ilíaca guiada por método de imagem. Cumpriu 3 dias de metilprednisolona 1g endovenosa. Após a alta foi referenciado à consulta de Hematologia, onde se constatou resultado anátomo-patológico da biópsia que revelou metástase de adenocarcinoma. Foi realizado estudo com imunohistoquímica que se revelou positivo para PSA. Excluindo-se hipótese de doença linfoproliferativa, foi encaminhado para consulta de Oncologia Médica para decisão de estratégia terapêutica. Foram doseados marcadores tumorais, destacando-se PSA total de 440 ng/mL. Analisando valores anteriores, percebeu-se que 2 anos antes apresentava PSA 6.48 ng/mL. Assim admitiu-se neoplasia da próstata com metastização óssea hormonossensível. O doente foi discutido em reunião multidisciplinar e proposto para androgen deprivation therapy combinado com hormonoterapia versus quimioterapia com docetaxel.

Discussão: Este caso torna-se ilustrativo da apresentação atípica de neoplasias frequentes, como o carcinoma da próstata.

Nº 493 Anticoagulação, a única má da fita?

Joana Afonso Pinto(1); Eduarda Comenda(1); Daniela Macedo(1); Joana Alves Luis(1); Helena Cantante(1)

(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Introdução: Um doente anticoagulado tem maior risco de hemorragias espontâneas e iatrogenicas por traumatismos. Contudo, perante uma hemorragia não devemos associar a sua causa unicamente à anticoagulação. Dependendo do quadro, é importante considerar diagnósticos diferenciais como patologias oncológicas. O caso clinico apresentado demonstra esta condição.

Caso clínico: Mulher, 79 anos, autónoma, com antecedentes de fibrilhação auricular medicada com Edoxabano, 60mg/dia e Sotalol 80mg/dia. A doente recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor abdominal de início súbito, hipotensão e queda de hemoglobina (Hb) com necessidade de suporte transfusional. Foi realizada uma TC abdomino pélvica (TC-AP) que revelou fígado e baço heterogéneos e um hematoma esplénico contido, tendo-se optado por terapêutica médica. Após 10 dias de internamento, a doente teve alta com indicação para redução da dose de Edoxabano para metade. Passadas 2 semanas voltou ao SU por dor abdominal. À admissão apresentava um abdómen doloroso, com defesa e sinais de irritação peritoneal e encontrava-se estável, com uma Hb de 12.(1) g/dl. Ao realizar a TC-AP a doente teve um agravamento súbito da dor e iniciou um quadro de hipotensão e queda da Hb para 7.8 g/dl. A TC-AP mostrou disrupção capsular do baço (rotura), causando um hemoperitoneu. A doente foi proposta para esplenectomia de urgência que decorreu sem intercorrências. O exame histopatológico revelou um angiossarcoma esplénico. Assim, completou estadiamento com TC-AP e torácica, que revelou múltiplas lesões hepáticas secundárias. Dado tratar-se de uma doença de alta agressividade e com prognóstico reservado, a doente foi proposta para quimioterapia paliativa.

Discussão: A presença de hemorragia em doentes anticoagulados não deve ser atribuída somente à anticoagulação. Este caso é ilustrativo de como uma complicação da anticoagulação se entrelaça com um diagnóstico raro dificultando a abordagem clínica, diagnóstico e prognóstico dos doentes.

Nº 494 Diagnóstico precoce: Uma utopia nos tumores neuroendócrinos?

Inês Carolino(1); Martim Henriques(1); Rosário Cardoso(1); Rita Reis(1); Francisco Das Neves Coelho(1); Ana Rita Franco(1); Lucília Monteiro(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Os tumores neuroendócrinos (TNE) são um grupo heterogéneo de tumores, que podem apresentar-se clinicamente de forma díspar, desde quadros inespecíficos de anorexia, astenia e perda ponderal até queixas localizadoras das lesões, primárias ou secundárias, como dor, hemorragia digestiva, náuseas, vómitos ou icterícia. À data do diagnóstico 12 a 74% dos doentes apresenta metastização hepática, o que lhes confere pior prognóstico. Na maioria dos casos, o tumor primário é depois identificado no trato gastrointestinal (TGI) ou no pâncreas.

Apresenta-se o caso clínico de uma doente do sexo feminino, de 79 anos e com antecedentes pessoais de Diabetes mellitus tipo 2 e trombose venosa profunda recente. Medicada com Metformina+Sitagliptina e Apixabano. Recorreu ao serviço de urgência por astenia, anorexia e perda ponderal (5Kg) com 2 meses de evolução. Apresentava-se hemodinamicamente estável, descorada, subictérica e sem outras alterações. Realizou avaliação analítica que demonstrou anemia (5,3g/dL), trombocitopenia (28x109/L), INR 3,9 e citocolestase com hiperbilirrubinemia. Imunofenotipagem do sangue periférico e medular sem alterações, biópsia óssea com medula óssea hipercelular. Fez TC-AP que mostrou veias porta e suprahepáticas permeáveis, hepatomegalia de contornos microlobulados e estrutura grosseiramente heterógenea, de sugestão micronodular, interpretado como doença hepática crónica. Serologias de hepatites virais e VIH negativas, pesquisa de parvovirus B19 negativa, ceruloplasmina e alfa1antitripsina normais e estudo autoimune negativo. Durante o internamento apresentou agravamento da bicitopenia, da insuficiência hepática (INR 2,2, bilirrubina total 26mg/dL) e do estado clínico, tenso sido transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos, onde faleceu. A biópsia hepática realizada post-mortem revelou achados sugestivos de metastização hepática de TNE com provável origem primária no TGI.

Trata-se de uma doente que se apresenta numa fase avançada de doença, com falência hepática, e sem sintomatologia localizadora ao TGI. Serve assim este trabalho para alertar para um grupo de tumores, raros e com grande diversidade de apresentação, para os quais é necessário um alto nível de suspeição para chegar ao seu diagnóstico.

Nº 495 Metastização cutânea: caso clínico de manifestação síncrona de neoplasia pulmonar

Margarida Martins Guerreiro(1); Maria João Lúcio(1); Fernando Nogueira(1); Margarida Raposo(1); Luísa Oliveira(1); Cristina Cristóvão(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A neoplasia do pulmão é o tipo de neoplasia com maior taxa de incidência mundial e a neoplasia com maior mortalidade em Portugal. Vários fatores contribuem para este cenário nomeadamente diagnósticos tardios bem como apresentações muito heterogéneas de doença. Constituem uma manifestação clínica rara as metástases cutâneas de neoplasia pulmonar, com uma incidência estimada inferior a 5%, mais prevalentes no sexo masculino, podendo ser síncronas ou metacrónicas à doença, este último mais frequente.

Caso Clínico: Doente sexo masculino, 80 anos, autónomo, eletricista, reformado há (1) ano. De antecedentes pessoais a realçar DPOC, SAOS grave, IC, estenose aórtica grave.

Recorreu ao SU por dispneia para pequenos esforços, tosse produtiva, anorexia e perda ponderal com dois meses de evolução. Ao exame objetivo encontrava-se polipneico, saturação periférica 88% em ar ambiente, AC com tons arrítmicos, sopro sistólico grau IV/VI e AP com sibilância bilateral, aumento de tempo expiratório e diminuição do MV à direita. Objetivada lesão nodular de consistência dura, indolor, com eritema associado ao nível da região frontal, de surgimento recente e com progressivo aumento de dimensões.

Dos exames complementares realizados: TC Tórax revelou derrame pleural direito volumoso, nódulos pulmonares bilaterais e adenopatia mediastínica volumosa. Realizada toracocentese diagnóstica e evacuadora, cuja análise do líquido pleural revelou: imunofenotipagem com células atípicas; citologia - negativas para células neoplásicas. Realizada também biópsia pleural cujo resultado foi inconcluisivo.

Optou-se por biopsar formação nodular localizada na região frontal que revelou o diagnóstico definitivo, tratando-se de metástase cutânea de neoplasia primária do pulmão, de tipo histológico células escamosas.

Discussão: Ainda que rara manifestação inicial de neoplasia pulmonar, a presença de metástases cutâneas pode traduzir um primeiro sinal de doença, despertando no clínico a pertinência de investigação mais aprofundada e detalhada, gerando diagnósticos mais precoces, com melhores outcomes de doença e prognósticos mais favoráveis. Retiro deste caso clínico um lição fundamental na prática clínica futura, só diagnosticamos o que equacionamos.

Nº 496 Apenas uma lombalgia?

Valter Duarte(1); Daniela Alves(1); Gisela Gonçalves(1); Laura Baptista(1); Tiago Valente(1); Gorete Jesus(1)

(1) CH Baixo Vouga – Aveiro

Introdução: Lombalgia é uma das maiores causas de incapacidade com grande procura por cuidados de saúde. Apesar de associada a uma condição benigna pode ser o 1º sintoma de uma doença grave como fratura (1-4%), malignidade (<1%), ou infeção.

Caso clínico 1: Mulher de 58 anos, hipertensa. Recorreu ao SU por lombalgia com irradiação para o membro inferior direito com 2 meses de evolução medicada com tramadol, e vómitos nos últimos 2 dias. Referia anorexia e emagrecimento não quantificado. Sem alterações ao exame objetivo. Analiticamente com hipercalcémia (17,20 mg/dL), PTH e albumina normal. Iniciou ácido zolendrónico e fluidoterapia e foi internada para estudo de eventual hipercalcémia de etiologia maligna. A TAC-TAP revelou múltiplas imagens osteolíticas em todo o esqueleto, vários nódulos pulmonares sugestivos de metástases e 2 nódulos na mama esquerda. Analiticamente com elevação do CA 15.3. A biópsia do nódulo mamário revelou carcinoma ductal invasivo, tendo iniciado quimioterapia paliativa.

Caso clínico 2: Homem de 73 anos, não fumador, com múltiplas idas ao SU por lombociatalgia direita com 5 meses de evolução e necessidade de aumento da analgesia. Nesse contexto realizou TAC da coluna lombar com evidência de lesões degenerativas. Recorreu novamente ao SU pelo mesmo motivo associado a perda de peso de 12Kg, anorexia e noção de massa axilar. O exame objetivo comprovou tumefação axilar direita dura e aderente aos planos profundos com 4cm de diâmetro. A radiografia do tórax revelou massa pulmonar esquerda. Orientado para estudo que não chegou a realizar por o doente ter falecido.

Discussão: A maioria das lombalgias não são atribuídas a uma causa específica sendo abordadas com tratamento sintomático. Contudo, é necessário a procura de sinais/sintomas de alarme (perda de peso, anorexia, febre, duração prolongada, fraca resposta à terapêutica, trauma, neoplasia). A não investigação destas características atrasa o diagnóstico e tratamento de doenças associadas, agravando o prognóstico.

Nº 497 Cancro da mama: uma doença comum mas um diagnóstico nem sempre evidente

Diana Leite Russo(1); Diogo Lobo(2); Inês Chora(2); Eduardo Eiras(2)

(1) IPO Porto (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: O cancro da mama é a segunda causa de morte por cancro na mulher, sendo o subtipo mais frequente o que expressa recetores hormonais. Os derrames pleurais malignos afetam cerca de 15% dos doentes com cancro, sendo na maioria secundários a metastização pleural e geralmente unilaterais, de grande volume e exsudativos. Este caso expõe um derrame pleural como apresentação inicial de cancro da mama.

Caso Clínico: Mulher, 75 anos, com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial e fibrilação auricular, admitida no SU por cansaço e dispneia com uma semana de evolução, sem outras queixas. Tinha estudo analítico sem alterações e RX-tórax com derrame pleural esquerdo. Fez TC-Tórax que mostrou derrame pleural esquerdo e densificação tecidual ipsilateral envolvendo a grade costal (63x27mm). Foi realizada toracocentese, que revelou um transudado, e a doente foi internada em enfermaria de Medicina Interna.

Durante o internamento, objetivaram-se lesões exofíticas sangrantes no sulco inframamário esquerdo, que não tinham sido descritas previamente nem vistas pela doente. Fez ecografia e radiografia mamária (BI-RADS:2) e foram realizadas biópsias das lesões inframamárias, revelando carcinoma lobular invasor, do tipo pleomórfico, compatível com primário da mama, recetor de estrogénio e progesterona 75-100%, HER-2 negativo. A citologia do derrame pleural teve também como resultado células malignas compatíveis com carcinoma da mama. A doente teve alta do internamento encaminhada para a consulta externa de Oncologia.

Discussão: Este caso demonstra a importância do exame objetivo detalhado aquando do achado de um derrame pleural maligno, para que seja feito o estudo adequado. Realça-se também a importância da suspeição diagnóstica perante exames tidos como normais, como no caso da mamografia e ecografia mamária desta doente.

Nº 498 Uma causa improvável de ascite maligna

Olga Neves Capontes(1); Maria Inês Roxo(1); Maria Manuel Guerra(1); Inês Esteves Cruz(1); Francisco da Silva(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A ascite maligna pode estar em relação com vários tipos de neoplasia, sendo que na maioria dos casos surge devido a carcinomatose peritoneal. Geralmente quando é clinicamente evidente traduz um processo neoplásico avançado, no entanto em cerca de 10% dos casos não é possível a identificação do tumor primário. Estes casos de neoplasia primária oculta (NPO) constituem um verdadeiro desafio diagnóstico.

Caso Clínico: Mulher de 77 anos com aumento do volume abdominal com 2 anos de evolução e que cerca de 6 meses antes do internamento foi submetida a anexectomia bilateral cujo exame anatomopatológico (AP) revelou um cistoadenoma do ovário. Verificou-se durante a intervenção cirúrgica um implante peritoneal único cujo exame AP revelou hiperplasia mesotelial reativa e presença de reduzida quantidade de líquido ascítido cujo *cell block* foi positivo para células malignas favorecendo carcinoma. Pela hipótese de NPO foi realizado extenso estudo que se revelou inconclusivo. Cerca de 7 meses após a intervenção cirúrgica, a doente desenvolve quadro de ascite pelo que é submetida a paracentese evacuadora e diagnóstica com estudo citológico inconclusivo. Admitida no

Serviço de Urgência (SU), uma semana após o procedimento por quadro compatível com peritonite bacteriana secundária, tendo sido iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone. Perante persistência da febre a doente realizou controlo ecográfico que revelou presença de coleção abcedada em hérnia abdominal da linha branca. Foi decidida abordagem conservadora com antibioterapia de largo espectro. Após melhoria da intercorrência infeciosa foi realizado controlo imagiológico por TC-AP que revelou melhoria do abcesso e presença de múltiplas imagens nodulares captantes do peritoneu a sugerir múltiplos implantes peritoneais. Foi submetida a biópsia percutânea de implante periumbilical que revelou um mesotelioma peritoneal maligno.

Discussão: O mesotelioma peritoneal maligno é um tumor raro, cuja etiopatogenia não está bem esclarecida como em outros tipos de mesoteliomas. A ausência de sinais ou sintomas específicos, bem como a sua evolução insidiosa conduzem a um diagnóstico tardio numa fase em que a doença é extensa e portanto com prognóstico muito reservado. Esta hipótese deve ser considerada em doentes cuja investigação é inconclusiva.

Nº 499 Uma raridade dentro da mama

Inês Sofia Gonçalves(1); Ana Rita Ramalho(1); Khrystyna Fedak(1); Pedro Dias Lopes(1); Maja Petrova(1); José Moura(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

Introdução: O cancro da mama é a neoplasia mais prevalente na população mundial, sendo muito pouco prevalente na população masculina. Em Portugal, cerca de 1% dos cancros da mama são no homem. O carcinoma lobular invasivo é o segundo subtipo mais frequente (10-15%), sendo raro no homem (0.5-2%). A incidência anual do cancro da mama no sexo masculino tem vindo a aumentar, mas o diagnóstico continua a ser feito num estadio avançado por ausência de um rastreio adequado.

Caso clínico: Homem de 78 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crónica e anemia normocítica normocrómica, referenciado da consulta de Neurocirurgia para Medicina Interna por lesão expansiva em localização frontal posterior esquerda e edema perilesional com atingimento do córtex motor identificados em tomografia computorizada e ressonância magnética crânio-encefálica, exames pedidos em contexto de mioclonias, hipoestesia e paresia do membro superior direito. Foi realizada biópsia da lesão com estudo anatomopatológico compatível com metástase supradiafragmática glandular. Foi efetuado estudo de neoplasia oculta, sem deteção de lesão primária. O doente negava sintomas B ou sintomas focalizadores. Ao exame objetivo destacou-se um nódulo na mama direita. A ecografia mamária e a mamografia solicitadas identificaram uma nodularidade definida e hipoecogénica na mama direita com projeções espiculadas em direção ao peitoral, compatível com BIRADS 5, e adenopatias axilares direitas, cujas biópsias revelaram tratar-se de carcinoma lobular invasivo triplo positivo.

Conclusão: Com este caso pretende-se ilustrar a importância da realização de um exame clínico completo e de uma correta e exaustiva investigação etiológica de uma neoplasia oculta, não se podendo descurar causas mais raras, nomeadamente o cancro da mama na população masculina. Pretende também mostrar que apesar de uma correta investigação etiológica o diagnóstico pode permanecer omisso nos exames complementares se não houver uma elevada suspeição.

Nº 500 Anemia refratária em doente com massa dorsal

Ricardo Martins da Ascenção(1); Bruno Sequeira Campos(1); Catarina Domingues(1); João Crespo Santos(1); Renato Saraiva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Os leiomiossarcomas do trato gastrointestinal (GI) entram dentro da categoria de GIST (*gastrointestinal stromal tumours*). São tumores raros que podem surgir desde o esófago até ao anus. A maioria são diagnosticados incidentalmente ou já em estadios mais avançados.

Homem de 49 anos recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor abdominal à direita com 3 dias de evolução.

Tinha estado internado no mês anterior para estudo de anemia microcítica hipocrómica grave com hemoglobina de 5,3 g/dL, sem conclusão etiológica.

À admissão, apresentava-se descorado e com massa dorsal na linha médio-escapular com cerca de 5 cm de diâmetro. Apresentava, também, massa profunda no hipocôndrio direito.

A ecografia abdominal revelou massa hipoecogénica com zonas calcificadas e vascularizadas, sugerindo possível quisto sebáceo ou hemangioma. A TC-toraco-abdomino-pélvica descreveu lesão nodular sólida, heterogénea e calcificada dorso-lombar direita, com 35 mm, e massa de características semelhantes no flanco direito, moldando o fígado, com cerca de 43 mm. Endoscopia e colonoscopia sem alterações de relevo. Foi solicitado exame endoscópico por cápsula que não foi realizado. Após estabilização dos valores de hemoglobina, o utente teve alta.

Recorreu novamente ao SU após (1) mês, voltando a ser internado por episódio de AVC minor.

Constatou-se agora massa dorsal com cerca de 9 cm de diâmetro externamente. Repetiu TC-toraco-abomino-pélvica tendo sido descritas as mesmas lesões já conhecidas, mas agora com cerca de 8 cm cada, e outras novas com cerca de 3 cm na dependência do intestino delgado.

Realizada biópsia da lesão dorsal que revelou aspetos anatomopatológicos a favorecer provável leiomiossarcoma.

Iniciou quimioterapia e realizou enterectomia direcionada do delgado com excisão de massa.

Este utente apresentou um quadro de anemia refratária, sem etiologia estabelecida. Após exclusão de causa hematológica, GI alta e baixa, restava apenas exclusão de causa GI média. Só com a constatação por TC de lesões adjacentes ao delgado e confirmação de leiomiosarcoma através de biópsia, se pôde assumir o diagnóstico. Os tumores estromais do trato GI tratam-se de neoplasias de evolução rápida, pelo que o pronto diagnóstico é fulcral.

Nº 501 Síndrome Hemolítico-Urémico mediado por Complemento – A propósito de um caso clínico

Inês de Albuquerque Monteiro(1); Filipa Pinho(2); Pedro Fernandes Moura(1); Luís Dias(2); Pedro Silveira(2)

(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão (2) Hospital de Braga

O Síndrome Hemolítico-Urémico mediado por Complemento (SHUc) é um síndrome raro, que atinge predominantemente crianças e jovens adultos, e surge por defeitos na regulação da cascata do complemento. A apresentação clássica destas síndromes inclui anemia hemolítica, teste coombs negativo, trombocitopenia e lesão renal aguda.

Apresentamos o caso de uma mulher de 59 anos, que se apresenta no serviço de urgência, com quadro de náuseas, vómitos, dor abdominal difusa, diarreia e colúria com três dias de evolução. Analiticamente com anemia hemolítica (Hb 8.3 g/dL), presença de esquisócitos no esfregaço de sangue periférico, trombocitopenia de 80000/uL, lesão renal AKIN 2, haptoglobina <30 e teste de coombs negativo, tendo sido internada para estudo. Estudo bacteriológico de fezes e toxina shiga negativos, tendo sido realizado estudo exaustivo para exclusão de outras etiologias infecciosas, verificando-se estudo de autoimunidade negativo. Inicialmente sob terapêutica com permuta plasmática e corticoterapia, sem melhoria clínica ou analítica. Assumido diagnóstico de SHUc, realizou terapêutica dirigida com Eculizumab com recuperação sustentada.

Com este caso os autores pretendem sensibilizar a comunidade clínica para a presença desta doença, que apesar de rara, apresenta elevada morbi-mortalidade e exige uma gestão clínica e terapêutica multidisciplinar.

Nº 502 Síndrome de Sweet: A Pele como ponto de partida para manifestações mais raras

Gonçalo Carneiro(1); Daniela Soares(1); Carla Pereira Fontes(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A Síndrome de Sweet é uma doença rara, pertencente ao grupo das dermatoses neutrofílicas não vasculíticas, que surge geralmente associada a um ***trigger*** e cuja multiplicidade de manifestações clínicas pode dificultar a sua identificação. O seu diagnóstico exige o cumprimento de critérios bem estabelecidos.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 56 anos, admitida por febre e pápulas eritematosas (algumas com evolução para vesículas e pústulas), nas palmas e plantas, com 10 dias de evolução e em perfil de agravamento, associadas a úlceras orais e conjuntivais. Histórico de episódio de infeção respiratória das vias superiores, cerca de (1) mês antes. Analiticamente destacava-se leucocitose com neutrofilia, proteína C reativa e velocidade de sedimentação elevadas. A tomografia computadorizada revelou múltiplos nódulos pulmonares bilaterais. Realizou biópsia cutânea, identificando-se infiltrado neutrofílico na derme, sem sinais de vasculite. Perante os achados clínicos, estudo complementar e após despiste de doença auto-imune, neoplásica e infeciosa, foi estabelecido o diagnóstico de síndrome de Sweet e instituída corticoterapia sistémica (0.5 mg/kg/dia), com resposta clínica e analítica favoráveis, incluindo regressão completa dos nódulos pulmonares.

Discussão: Neste caso, são cumpridos ambos os critérios major (lesões cutâneas compatíveis e evidência histopatológica de infiltrado neutrofílico), bem como os quatro critérios minor (febre, ***trigger*** recente, aumento dos parâmetros sistémicos de inflamação e resposta clínica à corticoterapia), tratando-se da variante clássica/idiopática desta

síndrome.

Ainda que o envolvimento ocular seja relativamente comum, o acometimento oral e pulmonar é raro, associando-se sobretudo a doença oncológica subjacente. A atipicidade destas manifestações e a evolução pustulosa das lesões determinaram uma maior abrangência de possibilidades diagnósticas, tornando a abordagem do caso ainda mais complexa e desafiante.

Palavras-chave

Sìndrome de Sweet; Dermatoses neutrofílicas;

Nº 503 Cistite intersticial, o síndrome da bexiga dolorosa: da incapacidade ao diagnóstico

Joana Carneiro de Moura(1); Maria João Coelho(1); Ana Rua(1)

(1) USF Freamunde

Introdução: A síndrome da cistite intersticial é um diagnóstico que se aplica a doentes com dor crónica na região suprapúbica após exclusão de outras etiologias possíveis. Estima-se que seja uma patologia comum, embora a prevalência permaneça subestimada. Os doentes apresentam dor ou desconforto abdominal, apresentando como característica mais consistente o facto de a dor agravar com o enchimento da bexiga e aliviar após a micção.

Descrição do Caso Clínico: Doente de sexo feminino, 77 anos , com antecedentes de Hipertensão Arterial e Perturbação Generalizada da Ansiedade. Desde 11/2020, apresentava polaquiúria e dor suprapúbica, tendo como fator antálgico a micção e de agravamento o enchimento vesical progressivo. Negou disúria, incontinência urinária ou febre. Ao exame objetivo, desconforto à palpação profunda do hipogastro, com murphy renal negativo bilateralmente. Em 11/2020, realizou exame sumário de urina tipo II, urocultura e ecografia reno-vesical que não apresentaram alterações. Por manutenção das queixas, a utente repetiu o mesmo estudo supracitado em 11/202(1) e 03/2022, mantendo-se sem alterações. Realizou Tomografia Computorizada (TC) abdominal, em 03/2022, não tendo sido descrita qualquer alteração. Desta forma, assumido o diagnóstico de cistite intersticial, a utente iniciou amitriptilina 10 mg, 2 vez por dia, apresentando melhoria gradual dos sintomas.

Conclusão: A síndrome da cistite intersticial é um diagnóstico de exclusão que se aplica a doentes com dor crónica na região suprapúbica, com agravamento de queixas com o enchimento da bexiga e alívio das mesmas após a micção. Os sintomas são de início gradual e com agravamento ao longo de meses, afetando a qualidade de vida dos doentes. Normalmente, decorre um grande período até ao diagnóstico devido à sobreposição de queixas com outros diagnósticos diferenciais e ao desconhecimento pelos profissionais de saúde desta patologia . Aquando da suspeita de cistite intersticial, procedeu-se à exclusão de outras condições, tendo sido efetuada colheita de história clínica que foi compatível com o diagnóstico e realizados exames complementares que não apresentaram qualquer alteração.

Nº 504 Síndrome Fitz-Hugh-Curtis: uma raridade clínica

Diana Belchior Raimundo(1); Mafalda Santos Filipe(1); André Bargas(1); Hugo Jorge Alves(1); Carla Pereira(1); Carla Noronha(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFHC), descrito pela primeira vez em 1934, é uma inflamação da cápsula de Gleason com adesões, resultando em dor no hipocôndrio direito. Também conhecido por peri-hepatite, é um quadro muito raro, correspondendo a uma forma crónica de doença inflamatória pélvica (DIP), geralmente em mulheres em idade fértil (responsável por 4% dos casos de DIP), causada muitas vezes por infeção a *Chlamydia spp* ou *Neisseria spp*.

Caso clínico: Mulher de 47 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por dor epigástrica intensa com irradiação torácica, tipo aperto, de início súbito associada a diarreia, sem sangue, muco ou pús. Portadora de dispositivo intrauterino, com corrimento vaginal amarelado e fétido concomitante. Negou febre, náuseas ou vómitos. À observação: abdómen mole e depressível, desconforto epigástrico e hipogástrico, sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente: discreta hiperbilirrubinémia, elevação marcada de transaminases e gamaglutamiltransferase; amilase e lípase normais; serologias virais negativas; troponina e eletrocardiograma normal. TC toracoabdominopélvica com achados sugestivos de litíase vesicular mas sem dilatação das vias biliares, edema periportal bilateral e pequena quantidade de líquido intraperitoneal, de predomínio peri-hepático e pélvico. Iniciou empiricamente antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol para cobertura de foco infeccioso abdominal, com evolução favorável dos parâmetros inflamatórios. Hemoculturas, pesquisa de *C. trachomatis* e *N. gonorrhoae* e estudo de autoimunidade negativos, nomeadamente IgG4. Perante o quadro clínico e achados da investigação, assumiu-se provável SFHC. Reavaliada em 3 meses, sem queixas e normalização das alterações laboratoriais e imagiológicas, mantendo corrimento vaginal intermitente, pelo que foi orientada para Consulta de Ginecologia.

Discussão: O SFHC ou peri-hepatite é uma causa rara de dor abdominal que deve ser considerada após exclusão das etiologias mais frequentes, especialmente em contexto de sintomas ginecológicos.

Nº 505 VEXAS – Conhecer para reconhecer

Filipa David(1); Sara Aleixo(2); Maria Inês Bertão(3); Raquel Faria(4); Teresa Mendonça(4)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (2) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro (3) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE (4) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: VEXAS é uma síndrome rara, monogénica, do grupo das doenças autoinflamatórias. O seu nome representa um acrónimo que descreve as principais caraterísticas – presença de **V**acúolos; mutação inativadora adquirida no gene UBA(1) que codifica a enzima **E**(1) responsável pela ativação da ubiquitina (importante no catabolismo proteico e homeostasia celular); ligação ao cromossoma **X**; **A**utoinflamação; mosaicismo **S**omático. O VEXAS ainda é muito desconhecido, estando subdiagnosticado. Destaca-se o predomínio pelo género masculino em idade avançada. A fisiopatologia não é clara, mas existe uma associação com doenças hematológicas. O caso descrito retrata esta nova entidade e a sua associação com as síndromes mielodisplásicas (SMD).

Caso clínico: Homem de 74 anos com policondrite recidivante, diagnosticada em 2016 após episódios recorrentes de condrite, artrite, episclerite e blefarite. Apresenta também SMD desde 2017, com displasia multi-linhagem, em suporte transfusional *on-demand*. Este percurso clínico foi acompanhado por: febre intermitente; alterações cutâneas sugestivas de vasculite leucocitoclástica (2015); episódio único de Vertigem Posicional Paroxística Benigna (2017); e trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo (2020). Apresenta progressiva redução da qualidade de vida, com astenia e perda ponderal com síndrome inflamatório persistente, excluindo-se infeções e neoplasias. Integrando a informação clínica, foi pedido estudo genético com mutação UBA(1) com mosaicismo somático. Após diagnóstico de VEXAS e discussão com perito, decidido início de corticoterapia e proposta azacitidina.

Conclusão: O VEXAS e sua associação com SMD tem um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes. O seu desconhecimento leva à persistência de um síndrome inflamatório com prejuízo do estado geral do doente e risco acrescido de complicações como síndrome hemofagocítico. A corticoterapia é uma opção terapêutica no controlo inflamatório como ponte para biológicos ou *disease-modifying antirheumatic drugs*. Agentes hipometilantes em doentes com esta associação apresentam benefício do síndrome inflamatório, reduzindo a necessidade de suporte transfusional regular. O tratamento curativo com transplante alogénico de *stem cells* tem indicação em casos restritos.

Nº 506 Síndrome de Marchiafava-Bignami: uma consequência rara do abuso de álcool

Stanislav Tsisar(1); Mário Rodrigues(1)

(1) Hospital de São José

A síndrome de Marchiafava-Bignami é uma entidade clínica rara caracterizada pela desmielinização do corpo caloso e matéria branca adjacente, sendo consequência direta do abuso de álcool e/ou desnutrição.

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino de 59 anos, com antecedentes de etilismo crónico (300g/dia durante 30 anos), que foi admitido na enfermaria de Medicina por quadro com (1) semana de evolução de disartria, diminuição da força muscular dos membros direitos e desequilíbrio da marcha, culminando em episódio agudo de psicose com delírio persecutório. Analiticamente constatou-se défice multivitamínico, com défice de vitamina B12 e ácido fólico. No estudo imagiológico com tomografia crânio-encefálica evidenciou-se hipodensidade difusa do corpo caloso, envolvendo o esplénio, corpo e joelho com discreto carácter expansivo, sugerindo preliminarmente uma lesão infiltrativa ou vascular aguda. Após caracterização com ressonância magnética, evidenciaram-se múltiplas lesões quísticas do corpo caloso, hipointensas em T(1) e hiperintensas em T2, sem reforço após administração de contraste, que contextualizadas no presente quadro são compatíveis com lesões da síndrome de Marchiafava-Bignami, diagnóstico que ficou confirmado após avaliação por Neurologia e Psiquiatria. O doente foi submetido à reposição intensiva do complexo de vitaminas B, com melhoria considerável do quadro e resolução da psicose ao longo das 2 semanas de internamento. Teve alta referenciado à consulta de Medicina para avaliação da evolução, assim como consulta de alcoologia e Neurologia.

O presente caso pretende demonstrar um caso de síndrome de Marchiafava-Bignami em fase aguda com evolução favorável. O prognóstico é variável e imprevisível face à sua raridade, podendo resultar em coma e/ou morte. A sobreposição com outras complicações neuropsiquiátricas, como a síndrome de Wernicke-Korsakoff, tornam o diagnóstico desafiante, sendo a avaliação imagiológica de extrema importância na diferenciação das várias patologias.

Nº 507 Pseudotumor Cerebri: causa rara de hipertensão craniana

RUI FILIPE LOPES CARVALHO(1); Elisabete Cerqueira(1); Ana Sofia Alves(1); Pedro Guimarães(1); Nelson Barros(1); Francisco Esteves(1)

(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: Pseudotumor cerebri, ou hipertensão intracraniana idiopática, é uma causa rara de aumento de pressão intracraniana com ausência de alterações estruturais. Tem potencial de causar morbilidade neurológica importante, nomeadamente perda de visão permamente. Os fatores de risco incluem obesidade, fármacos, gravidez, doenças auto-imunes e alterações endócrinas.

Caso: Homem, 35 anos, antecedentes de gastrite por Helicobacter pylori submetida a erradicação.

Apresenta-se ao serviço de urgência com cefaleia inicialmente posterior e progressivamente holocraniana, sem náuseas, sem vómitos, sem fotofobia ou fonofobia, com agravamento em decúbito dorsal e com tosse.

À avaliação incial documentada hipertensão arterial com 194/11(1) mmHg, sem discrepância significativa entre membros. Fez TC cerebral com estudo venoso que não documentou alterações estruturais ou vasculares de relevo. Dada história de tetracicilina (tratamento de Helicobacter pylori há 3 meses) decidido realização de punção lombar para exclusão de Hipertensão Intracraniana, que mostrou pressão de abertura de 35 cmH20, 40 cmH20 com Manobra de Valsalva. Realizou punção lombar evacuadora com alívio de cefaleia.

Admitido a cuidados intermédios para monitorização e tratamento. Complementou estudo com ressonância magnética cerebral que excluiu causas estruturais. Estudo etiológico alargado incluindo auto-imunidade, endocrinologia, serologia e estudo vascular foi negativo sendo o único fator de risco identificado até à data o uso de tetracicilina.

Alcançou-se controlo tensional e melhoria progressiva da sintomatologia sob acetazolamida e ieca.

Teve alta após internamento curto, mantendo seguimento em consulta externa para acompanhamento e conclusão de estudo.

Conclusão: Apresentamos uma causa rara de hipertensão craniana com potencial de morbilidade importante, na qual a suspeita e reconheimento precoce permitem iniciar tratamento dirigido. Apesar da natureza idiopática com mecanismos desconhecidos, existem fatores de risco reconhecidos que devem levantar a suspeita clínica.

Nº 508 Covid19 revela diagnóstico desconhecido

Martim Caldeira Henriques(1); Agnieszka Czajkowska(2); Ana Lladó(2); António Panarra(2); Sara Fernandes(2); Luís Montenegro(3)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral (3) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A covid19 atualmente tornou-se parte integrante do quotidiano dos clínicos. A relevância deste caso prende-se com a apresentação da infeção num doente jovem, evidenciando uma patologia subjacente pouco frequente e não diagnosticada previamente.

Caso Clínico: Homem de 34 anos recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre, mialgias, cansaço, dispneia, tosse seca e toracalgia pleurítica com 24H de evolução. Tinha antecedentes de hábitos tabágicos, consumo ocasional de substâncias ilícitas

e patologia psiquiátrica inespecífica. Não vacinado contra a covid19.

À observação, prostrado, polipneico, auscultação pulmonar com roncos e fervores dispersos. Analiticamente destacava-se ligeira elevação dos parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda e rabdomiólise importante (CK 134423U/L, mioglobina 46218U/L). Gasimetricamente apresentava acidémia mista com pH 6.9, pCO2 74mmHg e hipoxémia. Confirmou-se pneumonia grave a SARS-CoV-2 e o doente foi entubado, ventilado e internado na unidade de cuidados intensivos.

Durante o internamento, evoluiu em choque cardiogénico e necessidade de realização de técnica de substituição da função renal. Verificou-se melhoria clínica gradual, com possibilidade de extubação e de suspensão do suporte vasopressor, bem como recuperação da diurese. Manteve, no entanto, CK elevada (2000U/L) e retenção azotada. Foi colocada a hipótese de miopatia metabólica (glicogénio ou ácidos gordos) e foi proposto estudo complementar e biópsia renal, que o doente recusou.

Discussão: Neste caso o padrão ventilatório e gasimétrico pouco habitual num doente jovem com infeção grave a covid19, estará possivelmente relacionado com falência ventilatória por miopatia subjacente não previamente conhecida e suspeitada pela rabdomiólise marcada. A hipótese de miopatia por doença de armazenamento do glicogénio revelava-se como a mais provável.

Nº 509 Tumor Fibroso Solitário do Mediastino – Diagnóstico Desafiante de uma Entidade Rara

Catarina Santos Reis(1); Paula Ferraz(1); Catarina Faustino(1); Rodrigo Mota(1); Isabel Camões(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: As massas mediastínicas são incidentalomas incomuns, contemplando um espetro etiológico alargado. Os tumores fibrosos solitários (TFS) são neoplasias mesenquimais fibroblásticas raras. Aproximadamente (1) a 8% dos tumores intratorácicos ocorre no mediastino.

Caso Clínico: Homem de 66 anos, com doença pulmonar obstrutiva crónica GOLD 2, hipertensão arterial, ex-fumador internado por pneumonia adquirida na comunidade, sem isolamento de agente. Radiografia torácica com alargamento do mediastino e hipotransparência do lobo inferior direito. Realizada tomografia computadorizada (TC) pulmonar que detetou no mediastino anterior e lateralizado à esquerda, uma massa bilobulada espontaneamente hiperdensa. Estudo adicional revelou hemograma e ionograma sem alterações, desidrogenase lática normal, função tiroideia normal com anticorpos antitiroideus negativos, proteinograma sem pico monoclonal, anticorpos anti-recetor da acetilcolina negativos, valores de alfa-fetoproteína e gonadotrofina coriónica humana normais. Realizou TC abdomino-pélvico que não apresentou alterações relevantes. Submetido a biópsia transtorácica da massa mediastínica, cuja microscopia e perfil imuno-histoquímico foram sugestivos de tumor fibroso solitário do mediastino, não passível de avaliar o carácter benigno ou maligno da lesão. Orientado para consulta externa de Cirurgia Cardiotorácica para exérese cirúrgica.

Conclusão: Os TFS são neoplasias de crescimento indolente e, embora apresentem comportamento clínico imprevisível, geralmente são assintomáticos. As formas benignas são quatro vezes mais frequentes que as malignas, sendo esta distinção muitas vezes clarificada no exame extemporâneo da lesão. O pilar terapêutico consiste na sua resseção cirúrgica. Apresentamos este caso pelo desafio diagnóstico dada a sua raridade entre os diagnósticos diferenciais.

Nº 510 Doença de Still do Adulto, a propósito de um caso clínico

Aurora Gomes Zanga(1); Cândida Rocha(1); Ana Catarina Garcia(1); Margarida Monteiro(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

A doença de Still do adulto (DSA) é uma doença rara, semelhante à artrite idiopática juvenil. Caracterizada pelo seu padrão inflamatório, estima-se que possa estar relacionada com fatores infeciosos e genéticos. A sintomatologia é variada podendo cursar com artralgias, mialgias, febre e rash cutâneo. O diagnóstico é baseado em elementos clínicos e laboratoriais, após exclusão de outras causas febris.

Apresentamos o caso de uma mulher de 32 anos, caucasiana, saudável. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com 3 meses de evolução de febre diária vespertina, mialgias, astenia e perda ponderal. Antes da admissão apresentou exantema maculopapular na região dorsal com resolução espontânea. Negava outra sintomatologia, história de viagens recentes ou contacto com animais.

Foi admitida assumindo o diagnóstico de febre sem foco. Ao exame objetivo sem alterações de relevo. Do estudo realizado, analiticamente a destacar hemoglobina de 10.7g/L, leucocitose (15.4g/L) com neutrofilia (81.5%), velocidade de sedimentação eritrocitária de 85mm e alteração das transaminases (AST 64U/L, ALT 97 U/L). O estudo auto-imune foi negativo, exames culturais e serologias víricas foram negativos. A tomografia axial computorizada toraco-abdomino-pélvica e o ecocardiograma transtorácico não demonstraram alterações.

Tendo em conta os achados admitiu-se o diagnóstico de DSA moderada, cumprindo critérios diagnósticos de Yamaguchi: 4 major (febre, artralgia, leucocitose e rash cutâneo) e 2 minor (alteração de parâmetros hepáticos e estudo auto-imune negativo). Iniciou corticoterapia com melhoria clínica e laboratorial.

Conclusão: A DSA é uma doença rara, sendo o diagnóstico de exclusão. É complexo tendo em conta a mimetização de várias outras patologias e a inespecificidade dos seus sintomas. Os critérios de Yamaguchi ajudam a orientar o diagnóstico, permitindo o início atempado da terapêutica, evitando a cronicidade e melhorando a qualidade de vida do doente.

Nº 511 UMA HENRANÇA PESADA

André Filipe Conchinha(1); Tiago Pack(1); Sofia Cunha(1); Sofia Eusébio(1); Ana Raquel Soares(1); Pedro Fiúza(1); António Mário Santos(1)

(1) Hospital Stª Marta

Introdução: A hipercolesterolemia familiar (HF) é uma doença genética que condiciona elevação dos níveis sérios de colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL), acelerando a doença cardiovascular aterosclerótica (DCV). Sem tratamento a generalidade dos doentes desenvolve DCV precocemente, particularmente se HF homozigótica**.** A história familiar pesada de DCV levantou a suspeição para o caso de HF que reportamos seguidamente.

Caso Clínico: Mulher, 18 anos, sem antecedentes pessoais. História familiar de DCV: mãe falecida aos 43 anos por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM); avô materno falecido aos 59 anos por EAM; avó materna com EAM aos 65 anos e com dislipidemia; pai com dislipidemia; avô paterno com primeiro EAM aos 5(1) anos e falecido por novo evento aos 68 anos. Considerando a história pregressa e a objectivação de xantelasma, o médico de

família solicitou um perfil lipídico: colesterol total (CT) 410 mg/dl, colesterol LDL 317 mg/dl. Após estes achados, a doente foi referenciada a consulta de Medicina Interna, sendo solicitado estudo genético que confirmou mutação no gene do receptor da LDL (LDLR) em homozigotia. Após titulação de terapêutica oral até doses máximas (atorvastatina 80 mg + ezetimiba 10 mg), o perfil permaneceu longe do alvo (CT 290 mg/dl, LDL 212 mg/dl). A adição de inibidor de PCSK9 (*evolocumab*) aos fármacos descritos permitiu alcançar os objectivos terapêuticos (CT 116 mg/dl, LDL 72 mg/dl).

Conclusão: A maioria dos casos de HF é causada por mutações no gene LDLR. A mutação em homozigotia é uma doença rara, que na ausência de tratamento pode condicionar DCV fatal antes dos 30 anos. Os autores enaltecem a importância do elevado nível de suspeição perante história familiar de DCV em idades precoces ou da presença de sinais clínicos (xantomas, xantelasmas, arco corneano), que devem motivar a avaliação do perfil lipídico.

Nº 512 Parar e pensar... uma e duas vezes!

Mónica Jardim(1); Sara Nunes Gomes(2); Ana Patrícia Nunes(1); Francisco Barreto(2); Joana Jacinto(1); Adelaide Spínola(1); Teresa Faria(1)

(1) Hospital dos Marmeleiros (2) Hospital Dr. Nélio Mendonça

A paragem cardiorrespiratória (PCR) apresenta várias etiologias, sendo a mais comum a patologia cardíaca. Apresento uma mulher de 58 anos, com antecedentes de dislipidemia e internamento recente por acidente vascular isquémico (AVC) da artéria cerebral média direita com PCR em ritmo não desfibrilhável após administração de contraste por reação anafilática e ainda episódio de provável flutter auricular identificado na monitorização cardíaca na unidade de AVC. Nesse contexto realizou ecocardiograma transtorácico que revelava hipertrofia ventricular esquerda concêntrica grave, suspeitando-se de causa infiltrativa/amiloidose, em doente sem antecedentes de hipertensão arterial. Deu entrada no serviço de urgência com nova PCR em ritmo não desfibrilhável presenciada e assistida, revertida após 3 ciclos de suporte avançado de vida. Da história que se conseguiu apurar, apresentaria dispneia para esforços, agravada nos últimos 5 dias. Foi admitida no serviço de Medicina Intensiva e do estudo analítico realizado a salientar proteinúria nefrítica, sem disfunção renal e sedimento urinário inativo. Eletrocardiograma e enzimologia cardíaca não sugestivos de síndrome coronário agudo. Após estabilização foi transferida para a enfermaria onde se investigou a causa de duas PCR no espaço de dois meses, tendo em conta os achados descritos. Fez estudo de causas infiltrativas que se revelou negativo, com despiste genético de doença de Fabry, amiloidose de cadeias leves e por mutação do gene da transtirretina, hemocromatose e sarcoidose. Realizou cintigrafia cardíaca sem achados sugestivos de amiloidose cardíaca por deposição de transtirretina. Foi assim sujeita a biópsia renal que revelou amiloidose renal de cadeias leves lambda. A amiloidose apresenta uma miríade de apresentações clínicas, o que torna a suspeita por vezes desafiadora. Para este caso, a abordagem multidisciplinar e a persistência da suspeita clínica foram fundamentais para o diagnóstico e prevenção de eventos futuros.

Nº 513 Tromboembolismo Pulmonar Secundário a Carcinoma Mioepitelial: Estudo de caso

Claudia Raquel Pratas(1); Andreia Amaral(1); Diogo Ferreira da Silva(1); Íris Galvão(1); Inês Candeias(1); Catarina Salvado(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: O paracordoma é um tumor raro com origem nos tecidos moles e do grupo dos mioepiteliomas, sobre o qual ainda existe pouca informação. A literatura contém apenas relatos de casos de paracordoma que metastatizaram. Apresentamos um caso de paracordoma com metastização em evolução (carcinoma mioepitelial) e com provável tromboembolismo pulmonar, no qual pretendemos discutir o risco de tromboembolismo nestes doentes e contribuir para o conhecimento atual deste tipo de tumor.

Caso Clínico: Trata-se de uma mulher, 59 anos, com história de paracordoma epicraniano diagnosticado em 2014, com evidência de metastização pulmonar à data do diagnóstico. Foi submetida a vários ciclos de quimioterapia e foi realizada excisão tumoral em 2017. Em 2021, a doente detecta novo crescimento tumoral, posteriormente estudado em ressonância magnética que conclui tratar-se de recidiva. Em final de 2022, documenta-se progressão das metástases intratorácicas em exames de imagem realizados em contexto de infeção respiratória. Desenvolve quadro de dispneia e episódios de síncope, tendo recorrido ao serviço de urgência, onde foi assumido como diagnóstico mais provável tromboembolismo pulmonar. Devido a anafilaxia prévia a contraste iodado foi iniciada anticoagulação empiricamente e internada para estudo, nomeadamente cintigrafia de ventilação-perfusão. Realizou tomografia torácica que descreve volumosos nódulos parenquimatosos pulmonares, traduzindo possivelmente lesões secundárias, com cerca de 12 x 10 cm, 7 x 7 cm e 4 x 4 mm.

Conclusão: Este caso demonstra a importância do elevado nível de suspeição para complicações tromboembólicas em doentes oncológicos, assim como para os sinais de progressão de doença, refletindo ainda o papel da cintigrafia de ventilação-perfusão no diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. Para além disso, torna-se evidente a necessidade de seguimento regular e a abordagem multidisciplinar dos doentes com paracordoma, tentando prevenir as suas complicações.

Nº 514 Síndrome de microdeleção 17Q12 – Relato de um caso raro de Diabetes

Soraia Proença e Silva(1); Guilherme Salavisa(1); Mª Eufémia Calmeiro(1); Rosa Silva(1); Mª Eugénia André(1)

(1) Hospital Amato Lusitano

Introdução: A síndrome de microdeleção 17q12 resulta de uma deleção no braço longo do cromossoma 17 na posição q12, com possibilidade de transmissão à descendência de 50%. É um síndrome raro, com prevalência inferior a 1/1000000.

A clínica é muito variável, sendo as alterações mais frequentes: atraso do desenvolvimento ou alterações do comportamento (perturbações do espectro do autismo, esquizofrenia, ansiedade e doença bipolar); malformações renais, com aparecimento de quistos renais; e alterações funcionais e estruturais do fígado, vias biliares e pâncreas (colestase hepática e atrofia pancreática). Em pelo menos 40% dos casos, surge uma forma rara de diabetes mellitus antes dos 25 anos, classificada como MODY 5 (“Maturity-onset diabetes of the young”).

Caso Clínico: Mulher de 40 anos, observada em Consulta de Medicina Interna/ Diabetes por diabetes mellitus não controlada. O diagnóstico de diabetes foi aos 18 anos. Como antecedentes pessoais, destacam-se: múltiplos quistos renais; colestase hepática, situação que motivou vários internamentos ao longo dos anos; e atrofia pancreática. Apresenta também história de dificuldades de aprendizagem e alterações do comportamento. Dada a multiplicidade de manifestações, com início em idade jovem, a doente foi encaminhada para Consulta de Aconselhamento Genético, que detetou síndrome de microdeleção 17q12. Doente de difícil controlo, com HbA1c de 14% sob terapêutica com antidiabéticos orais. Optou-se por iniciar-se terapêutica com insulina, com melhoria clínica.

Discussão: Apesar de a maioria dos indivíduos com este síndrome ter alguma produção residual de insulina na altura do diagnóstico, com uma resposta inicial a antidiabéticos orais, cerca de 80% vem a necessitar de terapêutica com insulina após 10 anos de seguimento. Pretende-se realçar a importância do diagnóstico precoce desta síndrome, de modo a otimizar o planeamento de cuidados e realizar uma vigilância clínica regular, tanto pelo risco de diabetes, como pelo risco de disfunção renal e biliopancreática.

Nº 515 Síndrome de Sneddon- da Clínica ao tratamento

Daniela Marina Ribeiro Alves(1); João Fonseca(1); Paula Mesquita(1); Sara Bravo(1); Raquel Vieira(1); João Faustino(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: A Síndrome de Sneddon (SS) é uma rara vasculopatia não-inflamatória, trombótica que resulta da combinação de eventos isquémicos cerebrovasculares e da presença de eritema generalizado, irregular e violáceo, designado de livedo racemosa. Por vezes apresenta-se associada a outras doenças autoimunes, como a síndrome do anticorpo antifosfolipídico (SAF) e o lúpus eritematoso sistémico.

O diagnóstico é clínico e o seu atraso leva a elevada morbilidade, com deterioração cognitiva e demência nos casos mais graves, secundárias a múltiplos acidentes vasculares cerebrais. A prevenção de novos eventos faz-se com recurso a heparinas ou antagonistas da vitamina K.

Caso Clínico: Mulher, 47 anos, diagnosticada com Síndrome de Sneddon (SAF negativo), com base em múltiplos acidentes isquémicos transitórios prévios e livedo racemosa (imagem em anexo). Apresentava também HTA, obesidade, tabagismo ativo e estenose mitral. Estava medicada com espironolactona, e mais recentemente dabigatrano, como substituto da varfarina (a pedido da doente, por médico que aparentemente desconhecia estes antecedentes).

Foi observada em consulta de medicina interna com edema espontâneo e indolor do membro superior esquerdo, sem sinais inflamatórios, com 2 semanas de evolução, e sem história de trauma. Realizou Angio-TC torácica e do braço que confirmou trombose de toda a veia jugular esquerda com extensão à veia subclávia ipsilateral. Suspendeu dabigatrano, e foi tratada com enoxaparina (e posteriormente varfarina), com resolução dos sintomas (em semanas) e sem recorrência de novos eventos trombóticos nos últimos 2 anos.

Conclusão: A SS é uma síndrome rara, com tendência pro-trombótica muito elevada. Este caso demonstra que, para além do seu conhecido tropismo cerebrovascular e associação com patologia da válvula mitral, esta doença pode atingir outros territórios vasculares. E, que os dOAC não são eficazes no tratamento desta doença, pelo que apenas os antagonistas da Vitamina K estão recomendados.

Nº 516 Pulmonary thromboembolism due to severe hyperhomocysteinemia associated with MTHFR mutations

Liliana R Santos(1); Maria José Pires(1); Anabela Barros(1)

(1) Hospital do SAMS

Venous thrombosis is a multi-causal disease which has an annual incidence of 1–2 per 1000 individuals and a high recurrence rate with a 5-year cumulative incidence of 30%. To prevent recurrence, treatment with anticoagulation therapy is recommended for the first 3–6 months after a first episode of venous thrombosis. Patients with high risk of a recurrent event may benefit from extended-duration anticoagulation therapy. To determine the duration of treatment, the identification of high-risk patients is important.

We present herein the case of a 28-year-old male who presented with unprovoked bilateral submassive pulmonary emboli (PE). He had no other known past medical history and took no medications. Of note, the patient's father had a PE months before. Extensive hypercoagulability workup was notable for an elevated homocysteine level, in addition to low folate level. Heterozigoty for c.1298A>C (A/C) and heterozigoty for c677C>T (C/T) which when found together, results in a decreased activity of the methyltetrahydrofolate reductase enzyme. Neoplasia, other thrombophilia and autoimmunity etiologies were rulled out.

Hyperhomocysteinemia promotes atherosclerosis and thrombosis in susceptible animal models, but the pathophysiological mechanisms are not well understood. The overall prevalence of hyperhomocysteinemia in the total population is around 5%. Several clinical studies have reported that elevated levels of homocysteinemia are associated with an increased risk for coronary artery disease and PE. Approximately 10% of severe hyperhomocysteinemia cases are caused by inherited defects in remethylation. The homozygous point mutation of MTHFR (677C>T substitution), which catalyzes the reduction of methylene-tetrahydrofolate to methyltetrahydrofolate, is the most common inherited defect of the remethylation pathway. Data on heterozigoty point mutations and double mutation effects is still scarce. Although it is uncertain whether treatment with vitamins in patients with moderate hyperhomocysteinemia decreases the risk for PE, we should bear in mind that a patient with a PE due to severe hyperhomocysteinemia precipitated by a MTHFR C677T gene mutation can be successfully managed with inexpensive and safe vitamin supplementation.

Nº 517 Infeção por Mycoplasma Pneumoniae com envolvimento mucocutâneo – uma entidade rara

Tiago Dias da Costa(1); Isabel Marques Correia(1); António Mateus Pinheiro(1); Sónia Moreira(1); Isabel Fonseca(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

Introdução: *Mycoplasma Pneumoniae* (MP) é uma bactéria atípica mormente associada a infeções respiratórias como a pneumonia adquirida na comunidade. Contudo, aproximadamente um quarto dos doentes infetados por este agente atípico apresentam manifestações extrapulmonares. Os autores descrevem um caso raro de angioedema associada a infeção por MP.

Caso Clínico: Sexo feminino, 45 anos, autónoma e proveniente do Luxemburgo recorreu ao SU por exantema súbito maculopapular disseminado e pruriginoso. Negava outras

queixas nomeadamente dispneia e sensação de corpo estranho na orofaringe. Teve alta medicada com desloratadina e prednisolona, com melhoria do quadro. Regressa ao SU 3 dias depois por reaparecimento das lesões cutâneas e noção de aperto torácico (sem dor). No exame objetivo destacam-se lesões maculopapulares pruriginosas localizadas na face, tórax, abdómen e membros. À admissão com insuficiência respiratória hipoxémica a condicionar necessidade de oxigénio por cânula nasal 1.5 L/min. Resolução do quadro após administração de metilprednisolona e clemastina. Do estudo analítico salienta-se: PCR 0.9 mg/dL, leucócitos 8.8x10^9/L, sem eosinofilia. Radiografia do tórax evidenciou acentuado reforço broncovascular peri-hilar direito e broncograma aéreo.

A doente foi internada para estudo de angioedema de etiologia não determinada tendo sido detetada a presença do anticorpo sérico IgM e IgG para MP com títulos de 1.86 e 1.58 respetivamente (positivo > 1.1). Imunoglobulina E 1389 mg/dL. Serologias para brucella, chlamydia trachomatis, coxiella, borrelia, CMV, HSV, HBV, HCV e HIV negativas. Estudo do complemento e triptase sérica sem alterações. Realizou ciclo de 5 dias de azitromicina e corticoterapia com evolução favorável dos sintomas. Teve alta para o país de origem com indicação para acompanhamento pelo médico assistente e imunoalergologia.

Discussão: A infeção por MP abrange um leque expressivo de manifestações clínicas. Os autores reportam um novo caso de envolvimento mucocutâneo com angioedema desencadeado por MP. Segundo o nosso conhecimento apenas estão descritos dois casos, um deles em idade pediátrica (1).

1.— Patrick M. Meyer Sauteur, MD, PhD, Martin Theiler, MD, and Bettina Bogatu, MD Zurich, Switzerland. Mycoplasma pneumoniae associated angioedema.

Nº 518 Um caso extremamente raro de síndrome Rubinstein-Taybi no adulto com complicações

António Mateus Pinheiro(1); Tiago Dias da Costa(1); Sónia Moreira(1); Isabel Fonseca(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A síndrome da delecção 16p13.3, também chamada de Síndrome de Rubinstein-Taybi (SRT), é uma doença genética extremamente rara, com uma prevalência estimada de (1) caso em cada 125 000 nados vivos1. A SRT caracteriza-se por dismorfias faciais características, microcefalia e atraso no desenvolvimento psicomotor.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, com 29 anos de idade, com diagnóstico de SRT durante a infância, é admitida no serviço de urgência por quadro de dor abdominal moderada, desde há (1) semana, associada a náuseas e vómitos. Ao exame objectivo, tratava-se de doente com aspectos sindrómicos (dismorfismos faciais, défice cognitivo, polegares largos), com dor à palpação profunda da região epigástrica, sem sinais de irritação peritoneal, não se palpando massas abdominais ou adenopatias periféricas. Realizou hemograma e estudo bioquímico, que não demonstraram alterações de relevo. O estudo por ecografia abdominal superior, em contexto de urgência, revelou imagens hipoecogénicas sugestivas de conglomerados adenopáticos. Durante internamento, a doente foi submetida a estudo complementar por TC toraco-abdomino-pélvica e PET-FDG que demonstraram tratarem-se de múltiplas adenopatias hipermetabólicas sugestivas de lesões neoplásicas malignas de alto grau, destacando-se as adenopatias mesentéricas que formavam volumoso conglomerado adenopático centrado ao hipocôndrio e flancos esquerdos, levantando também suspeita de envolvimento esplénico. A biópsia abdominal guiada por TC permitiu o estudo histológico conducente ao diagnóstico de linfoma B do tipo folicular.

Discussão: Apresentamos um caso extraordinariamente raro de síndrome

Rubinstein-Taybi complicado com uma neoplasia hematológica. Encontra-se descrito que a SRT apresenta um risco aumentado para o desenvolvimento de neoplasias, entre as quais as hematológicas1, pelo que a vigilância periódica é mandatória. A doente iniciou esquema terapêutico com R-Bendamustina, evidenciando resposta parcial aos 6 meses.

Nº 519 Síndrome de Sweet secundária a Filgastrim

Catarina Faustino(1); Carolina V. Guimarães(1); José Pedro Sá Pinto(1); Mónica Eusébio(1); Filipa Gomes(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A Síndrome de Sweet (SS) caracteriza-se pela apresentação aguda de placas ou nódulos cutâneos, febre, artralgias, inflamação ocular e, mais raramente, lesões orais ou genitais, associadas à presença histológica de infiltrado neutrofílico difuso na derme. Habitualmente, surge associada a neoplasias, doenças inflamatórias, autoimunes, fármacos ou infecções prévias, apresentando excelente resposta à corticoterapia.

Caso clínico: Homem, 7(1) anos, com carcinoma urotelial de alto grau do colo vesical e uretra prostática (pT2N0M0) realizou quimioterapia (QT) neoadjuvante com cisplatino e gemcitabina, seguido de 3 dias de dexametasona e 5 dias de filgastrim. Ao 3º dia pós-QT refere surgimento de nódulos elásticos, eritematosos, não pruriginosos, dolorosos no escalpe, face e região cervical. Recorreu ao serviço de urgência por agravamento das lesões cutâneas, ulceração no lábio inferior, hipersudorese noturna e calafrios. Ao exame objetivo, apresentava, além das alterações cutâneas, febre. Analiticamente destaca-se pancitopenia (hemoglobina 1(1) g/dL, leucócitos 0.97x109/L, neutrófilos 0.091x109/L, plaquetas <10x109/L) e PCR 95mg/L. Sem alterações do exame sumário de urina, radiografia de tórax, ecografia abdominal e painel vírico. Colocadas hipóteses diagnósticas de foco infeccioso cutâneo, SS ou vasculite, tendo iniciado antibioterapia (ATB) empírica com piperacilina/tazobactam, em associação com flucloxacilina. Medicado apenas com corticoide tópico atendendo a contexto epidemiológico com exposição a vários agentes patogénicos e estado de imunossupressão pós-QT. Realizou biópsia cutânea que revelou infiltrado neutrofílico na derme, com isolamento de Staphylococcus Aureus multissensível, sem achados sugestivos de vasculite. Assim, foi possível confirmar o diagnóstico de SS, dada a presença de lesões cutâneas e achados histológicos compatíveis, subida de marcadores inflamatórios e ainda pela presença de relação temporal com a toma de filgastrim, cuja associação com esta síndrome é conhecida.

Discussão: Trazemos este caso pela raridade do diagnóstico e pela importância do seu reconhecimento. Destaca-se ainda, que a estratégia terapêutica é diferente da de outras neutropenias febris, sendo a rápida resposta ao corticoide uma das suas características chave.

Nº 520 Alcoolismo ao extremo – duas doenças raras, um doente

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); Cláudia Perez(1); Amanda Hirschfeld(1); Sérgio Cabaço(1); Wendy Moniz(1); André Valente(1); Ana Margarida Serrano(1); Conceição Loureiro(1)

(1) MEDICINA II - CHLC - HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS

Introdução: A Pelagra é uma dermatose fotossensível rara causada por deficiência de vitamina B3 (niacina). A doença de Marchiafava-Bignami (MB) é uma desmielinização ou necrose rara do corpo caloso com alteração do estado mental desde letargia ao coma, convulsões, alterações da memória e distúrbios da marcha.

Caso clínico: Sexo masculino, 56 anos com hábitos etílicos crónicos. Internado após episódio inaugural de crise convulsiva. No SU com movimentos mioclónicos paroxísticos do membro superior (MS) esquerdo. Apurado quadro de 6 meses de evolução de apatia, declínio cognitivo e deterioração comportamental associados a má nutrição e aumento dos consumos etílicos.

À avaliação com eritema cutâneo simétrico, áreas de descamação dos MSs e Colar de Casal. Exame neurológico com orientação temporo-espacial preservada, discurso evitante e défice de atenção. Sem limitações da oculomotricidade, sem alterações da força muscular ou sensibilidade. Etanol negativo. Punção lombar inocente.

Avaliação neuropsicológica a confirmar síndrome demencial e alterações comportamentais. Ressonância Magnética Cranioencefálica com "marcada atrofia do corpo caloso com alteração do sinal RM do esplénio e discreta restrição da difusão. Envolvimento do corpo da comissura calosa". Eletroencefalograma com encefalopatia de grau ligeiro, sem atividade epilética. Realizado diagnóstico de MB.

Dermatologia a confirmar lesões cutâneas compatíveis com Pelagra com baixo doseamento de Niacina (9,3mcg/L).

Instituída reposição vitamínica, aporte calórico adequado, cessação de hábitos alcoólicos e emulsão com betametasona. Rápida melhoria das lesões cutâneas e avaliação neuropsicológica comparativa aos 3meses a relatar melhoria cognitiva significativa.

Discussão: Este caso ilustra um doente com Pelagra e MB levado ao SU após episódio convulsivo. Ambas as doenças são raras atualmente e o reconhecimento precoce de fatores de risco bem como a clínica são essenciais no diagnóstico e tratamento atempado.

Nº 521 Fraqueza muscular no jovem – um caso de miopatia metabólica

Ana Filipa Martins(1); Carla Ferreira(1); Mónica Dias(1); Olga Pires(1); Rita Matos Sousa(1); Joana Sousa Morais(1); Maria João Regadas(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: A fraqueza muscular é um motivo frequente de procura de avaliação médica, sendo um sintoma pouco específico e facilmente enquadrável numa multiplicidade de diagnósticos diferenciais. A distinção entre as diferentes etiologias requer uma anamnese e exame objetivo pormenorizado, de forma a orientar a marcha diagnóstica.

Caso Clínico: Apresento um jovem de 22 anos, encaminhado à consulta de medicina interna por quadro arrastado de astenia e sensação de cansaço fácil associado ao exercício físico, com agravamento da sintomatologia após infeção por Sars COV 2. O doente referiu incapacidade na realização de uma corrida e falta de força a meio de um lance de

escadas. A mãe descreve-o como tendo sido sempre uma "criança cansada". Não apresentava alterações ao exame objetivo. Analiticamente com uma elevação marcada das enzimas musculares (CK 27250U/L), sugestivo de patologia muscular. O doente não possui antecedentes patológicos conhecidos e nega consumo de álcool ou drogas. Opta-se pela realização de um estudo analítico alargado, apresentando melhoria do valor de CK (3164U/L), estudo imunológico e serologias infecciosas negativas. Apesar da melhoria analítica, optou-se por continuar a marcha diagnóstica dada a cronicidade do quadro. Assim, realizou eletromiografia e ressonância magnética muscular dos membros inferiores, ambas sem alterações. Por fim, é pedida biópsia muscular que revela doença de McArdle.

Discussão: As miopatias são um grupo de doenças vasto, com vários subgrupos, entre eles as miopatias metabólicas. Esta é uma entidade rara e que requer alto nível de suspeição clínica. Sempre que exista suspeição clínica perante características clássicas, como fraqueza muscular proximal e simétrica, deve ser realizado o estudo completo, evitando diagnósticos errados como fibromialgia ou Síndrome de fadiga crônica. Paralelamente devem ser excluídas causas reversíveis como fármacos e causas temporárias como infecções víricas.

Nº 522 TOILET SEAT SYNDROME, MIOPATIA DE CORPOS NEMALÍNICOS E ABCESSO DE PARTES MOLES: RELAÇÃO IMPROVÁVEL?

Ana Rubim Correia(1); Inês Clara(1); Sara Raquel Martins(1); João Neves(1); Andrea Mateus(1); Rosa Ribeiro(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar Uni. Porto

Introdução: *Toilet seat syndrome* é a denominação atribuída à imobilização prolongada em sanita. A miopatia de corpos nemalínicos, por sua vez, é uma doença neuromuscular rara, originando rutura da normal arquitetura da fibra muscular.

Caso Clínico: Mulher, 67 anos, com obesidade grau II. Admitida no Serviço de Urgência por limitação funcional em agravamento ao longo de 2 semanas, a culminar na impossibilidade de marcha, tendo permanecido sentada em sanita durante mais de 12h. Apresentava febre, fraqueza muscular dos membros inferiores e hipostesia álgica em território L5-S(1) bilateral. Analiticamente com rabdomiólise (CK 6222.7 U/L e mioglobina 15453.0 ug/L), lesão renal aguda (Cr 9.24 mg/dL, ureia 329 mg/dL) e elevação de parâmetros inflamatórios. Urocultura e hemoculturas com isolamento de *E.Coli* multissensível. Ecografia reno-vesical a excluir complicações. Melhoria progressiva das disfunções sob fluidoterapia e piperacilina/tazobactam.

Apesar da antibioterapia em curso, mantinha febre, elevação de parâmetros inflamatórios e bacteriémia. TC a demonstrar coleções em ambas as coxas (imagem 1). Submetida a drenagem percutânea de ambos os abcessos, com isolamento de *E.Coli* multissensível no pús drenado. Apresentou resolução de febre, decréscimo de parâmetros inflamatórios e negativação de hemoculturas, tendo cumprido 4 semanas de amoxicilina/ácido clavulânico.

Da investigação do quadro de limitação funcional, ressonância magnética sugestiva de lesão nervosa L4-L5, confirmada por eletromiografia, bem como sinais compatíveis com miosite dos músculos pélvicos; anticorpo anti-cN1A positivo; e biópsia de músculo deltóide com corpos nemalínicos. Excluída infeção VIH e gamapatia monoclonal.

Discussão: Assumido *toilet seat syndrome* e miopatia de corpos nemalínicos idiopática na origem do quadro. O presente caso reforça a importância e papel da Medicina Interna como especialidade central na investigação e diagnóstico de quadros clínicos desafiantes.

Nº 523 Síndrome de Pierre-Marie-Bamberger: quando uma sinovite esconde um tumor raro

Joana Carneiro de Moura(1); Ana Rua(1)

(1) usf Freamunde

Introdução: Tumores fibrosantes solitários (TFS) da pleura são condições raras,que são definidas como neoplasias mesenquimais fibroblásticas. Localizam-se, maioritariamente, na região pleuropulmar, podendo surgir na região da cavidade peritoneal, pelve ou craniana. O diagnóstico é radiológico, sendo no tórax definido por uma massa bem delineada e lobulada de atenuação de tecido mole decorrente da pleura.

Caso clínico: Doente de 63 anos sem antecedentes pessoais ou medicação habitual, a exceção de sinovites de repetição indeterminadas. Em Novembro de 201(1) inicia um quadro de tosse seca e dor persistente na região do hemitorax direito, sem melhoria com antiflamatórios. Foi requisitado rx do tórax seguido de TC que demonstrou massa pulmonar de 78mm na região pleural superior direita adjacente ao lobo superior, sugestivo de tumor fibrosante solitário. Foi realizado lobectomia superior direita e pleuractomia parcial, que confirmou o diagnóstico sugerido no TC . Associadamente, o doente apresentava sinovite das ancas e baqueteamento digital desde há cerca de (1) ano e meio antes do aparecimento do tumor, tendo tido melhoria progressiva após excisão do mesmo Em agosto de 2020, foi realizada excisão de múltiplos nódulos pleurais compatível com tumor fibroso solitário, confirmando-se recidiva do tumor. Seguidamente em TC de controlo em (1) ano , em Fevereiro de 2022, imagem compatível com recidiva tumoral paravertebral direita, sendo decidido iniciar realizar quimioterapia com doxorrubicina com melhoria gradual sintomática , a aguardar TC de controlo

Discussão: Os casos de TFS podem estar associados a síndrome paraneoplásicos como a hipoglicemia refratária (síndrome de Doege-Potter) e síndrome de Pierre-Marie-Bamberger. Este último, também designado por osteoartropatia hipertrófica, é uma síndrome caracterizada pela proliferação anormal da pele e do tecido ósseo, originando baqueteamento digital e derrames sinoviais, que são mais proeminentes nas grandes articulações. Tal como descrito neste caso, o tratamento da neoplasia resulta em regressão total ou parcial das manifestações clínicas. Este síndrome acontece, predominantemente associada ao adenocarcinoma do pulmão ou carcinoma de pequenas células, sendo a associação a um cancro fibrosante muito incomum, o que torna este caso invulgar.

Nº 524 Nefrite tubulointersticial - desafio diagnóstico

Ines Sousa Miranda Mendes Silva(1); Marta Colaço Monteiro(1); Raquel Domingos(1); Sofia Ramalho(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A Amiodarona está raramente associada a nefrite tubulointersticial, com apenas 22 casos reportados na literatura.

Caso clínico: Mulher de 73 anos, caucasiana, antecedentes de fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca com disfunção biventricular e diabetes mellitus tipo 2 nãoinsulinotratada. Admitida por quadro inespecífico de cansaço, anorexia não-selectiva, náuseas e sensação de diminuição do débito urinário com 3 semanas de evolução. À admissão a destacar hipotensão e taquidisritmia. Analiticamente com lesão renal aguda KDIGO 3. Ecografia renal e vesical sem focos de litíase ou dilatação do aparelho excretor. Na semana anterior ao início da sintomatologia, a doente deu entrada no Serviço de Urgência por fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida. Teve alta medicada

com Amiodarona que cumpriu apenas durante 5 dias, devido ao aparecimento aquando do início do fármaco de *rash* maculopapular pruriginoso e náuseas. Pela lesão renal aguda foi internada.

Durante o internamento verificou-se aparecimento de edema vespertino bimaleolar e artralgias de ritmo inflamatório ao nível das tibiotársicas, sem exantema. A doente não foi submetida a contraste endovenoso ou nefrotóxicos. Não existiu suspeita de microangiopatia trombótica. doença renovascular aguda ou clínica sugestiva de infecção urinária baixa ou alta.

Foi instituída fluidoterapia, sob a hipótese de hipoperfusão renal em contexto hipotensivo e de taquidisritmia, no entanto, persistiu o agravamento da função renal.

Do estudo realizado destaca-se elevação da velocidade de sedimentação, estudo etiológico imunológico, infeccioso, hemato-oncológico negativo.

Assumiu-se nefrite tubulointersticial aguda a Amiodarona. Iniciou-se Prednisolona com melhoria franca clínica e analítica, abdicando-se da realização da biópsia renal.

À reavaliação (1) mês após alta clínica, verificou-se melhoria clínica e analítica sustentadas, permitindo a descalada progressiva da corticoterapia.

Discussão: A amiodarona está raramente associada a nefrite tubulointersticial aguda. Ocorre mais frequentemente em mulheres, com mais de 60 anos, a utilizar o fármaco há menos de (1) mês.

É necessário um elevado índice de suspeição para um diagnóstico correcto e início de terapêutica imunossupressora atempada.

Nº 525 Da anasarca ao síndrome nefrótico

Leticia Santos(1); Alice Neves(1); Francisco Ramalho(1); Vanessa Leite(1); Catarina Artilheiro(1); Filipa Monteiro(1); José Proença(1); Mariana Dias Pais(1); Ana Messias(1); Francisca Abecasis(1); Sara Ramalho(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: O Síndrome Nefrótico (SN) é caracterizado por edema, proteinúria, hipoalbuminémia, hiperlipidémia e hipercoagulabilidade. O SN associa-se a etiologias distintas, sendo a mais frequente em adultos a Nefropatia Membranosa (NM) primária com auto- anticorpos anti-receptor fosfolipase A2 (PLA2R).

Caso clínico: Homem de 73 anos, hipertenso e fumador, internado por edema periférico, ortopneia e cansaço para esforços há 3 semanas. Objectivamente em anasarca, com fervores bibasais e hipoxémia, perfil hipertensivo e sem oligoanúria. Analiticamente sem retenção azotada (ureia 37 mg/dL, creatinina 0,8 mg/dL), proteinúria ocasional 250 mg/dl, aumento do NT-pro-BNP (2308 ng/mL) e D-dímeros (2,4 ug/mL). Angio-TC torácica sem tromboembolismo com derrame pleural bilateral e líquido pleural sugestivo de transudado. No serviço de urgência foi admitida insuficiência cardíaca e iniciada terapêutica diurética. Na rravaliação analítica em enfermaria, destaca-se hiperlipidémia (colesterol total 246 mg/dL, triglicéridos 107 mg/dL), sem alterações da função hepática, hipoalbuminemia (1.6 g/dl), ecocardiograma com função biventricular conservada e ecografia abdominal com hepatomegália. Evidenciada proteinúria nefrótica (3,9g/24h) com ecografia renal normal e biópsia renal sugestiva de NM. Serologias virais negativas, electroforese sérica das proteínas sem alterações, TC toraco-abdomino-pélvica sem lesões, auto-imunidade incaracterística, anticorpos PLA2R positivos e biópsia de gordura negativa para amiloidose. Assumido diagnóstico de SN por NM primária e iniciada anticoagulação e estatina, optimizados diuréticos. O início de imunossupressão encontra-se pendente da resolução de intercorrências infeciosas.

Discussão: É pertinente o raciocínio diagnóstico num doente em anasarca e exploração sistemática das suas etiologias, nomeadamente SN. A biópsia renal é crucial no diagnóstico de NM, devendo ser excluídas etiologias secundárias e iniciada imunossupressão

que se associa a prognóstico favorável.

Nº 526 IgA Nephropathy – nephritic syndrome with nephrotic protein urine

Francisca Torres Sarmento(1); Diana Buendia Palacios(1); Nayive Gomez(1); Mariana Alves(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introduction: IgA nephropathy is the main cause of glomerulonephritis, characterized by the deposition of immune complexes in mesangial areas, mainly IgA, resulting in renal injury. Urinalysis often shows persistent microhematuria and minor proteinuria. We present a case report of a patient admitted with nephritic syndrome, but nephrotic-range proteinuria.

Case report: A 39-year-old female, history of pharyngitis two weeks ago, presented to the emergency department with headaches, anorexia, weight loss of 10 kilos in the past two months, and foamy urine. On physical exam, with high blood pressure (170/120 mmHg), photophobia with pulsating headaches and nausea, without peripheral edema. Head CT scan normal. The patient was admitted for investigation. Blood test Hb 12.0 g/dL, creatinine 2.13 mg/dL, urea 16 mg/dL, albumin 3.0 g/dL, proteinuria, and urinary albumin/creatinine ratio 300mg/g. Proteinuria of 6g/24h. [MA2] Liver function, lipid panel, serum protein electrophoresis, and complement were normal; ANAs, ANCAs, and viral serologies were negative. The patient was discharged with a nephrology appointment and with lisinopril for blood pressure control. A renal biopsy was performed, which revealed IgA nephropathy with 20 globally sclerotic glomeruli with crescent formation and mesangial expansion. Prednisolone (1mg/Kg) was started with good response, with the patient's general condition improving, with decreasing proteinuria.

Discussion: Patients presenting with features of nephritic syndrome and concomitant nephrotic-range proteinuria (> 3.5 g/day) have a mixed nephritic-nephrotic syndrome. IgA Nephropathy could be asymptomatic or manifest with recurring episodes of gross or microscopic hematuria, flank pain, low-grade fever, and/or nephritic syndrome (including hypertension). Usually during or immediately following a respiratory or gastrointestinal infection. In less than 10% of patients, it can progress to severe cases with nephrotic syndrome. Diagnosis is based on clinical presentation and laboratory results. In some cases, as the one presented, renal biopsy was indicated to confirm the diagnosis due to the presence of severe disease with nephrotic range proteinuria.

Nº 527 Síndrome de Fanconi induzido por Tenofovir

Gonçalo Torrinha(1); Rita Gonçalves Pinto(1); Filipe Silva Vilela(1); José Damasceno Costa(1); Cristiana Honrado Martins(1); Paulo Pereira(1); Bárbara Oliveira(1); Vânia Gomes(1); Guilherme Castro Gomes(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) é um inibidor nucleotídico da transcriptase reversa indicado no tratamento de hepatite crónica. Apesar da sua performance em ensaios clínicos ser superior a outros fármacos da mesma classe, na prática clínica o TDF associa-se a compromisso renal, com tubulopatia proximal e até falência de órgão.

Caso Clínico: Mulher, 8(1) anos, com, entre outras comorbilidades, cirrose hepática por hepatite B, medicada com TDF desde 2012, e osteoporose severa com história de múltiplas fraturas. Admitida por dispneia em repouso e tosse mucosa com 5 dias de evolução. Encontrava-se orientada, hemodinamicamente estável, com dessaturação periférica. Ficou internada por pneumonia adquirida na comunidade com insuficiência respiratória hipoxémica e agudização de insuficiência cardíaca. Do estudo destaca-se acidemia metabólica crónica compensada (pH de 7.346, pCO2 de 28 mmHg e HCO3 de 15 mEq/L) com gap aniónico normal, bem como nitritúria, proteinúria, glicosúria, eritrocitúria e pH Urinário de 6.5, sem leucocitúria, agravamento da função renal (Creatinina basal de 1.2mg/dL) ou hipocalémia.

No internamento, manteve a acidemia com hipocalémia (3.2 mg/dL), hipocalcémia (8.(1) mg/dL), hipofosfatémia (0.9 mg/dL), microalbuminúria (208 mg/dia), proteinúria (1.49 g/dia), glicosúria (7.7 g/dia), mas sem fosfatúria ou disfunção renal. Assumida Síndrome de Fanconi (SF) induzida por TDF, iniciou-se reposição iónica e bicarbonato oral, com boa resposta. Alterou-se o TDF por Entecavir, este último menos associado a SF.

Discussão: A SF é uma tubulopatia proximal rara, caracterizada por espoliação urinária de glicose, fosfato, bicarbonato, urato e sódio. Apesar do mecanismo ser desconhecido, o impacto renal do TDF é significativo. O diagnóstico precoce e o tratamento etiológico são possíveis. A SF também se encontra associada a doença óssea, demonstrando o impacto destas medidas na qualidade de vida dos doentes.

Nº 528 Um caso familiar de DRC terminal

Fernando Rafael Carvalho Gonçalves(1); Ivan Antunes(1); Catarina Valente(1)

(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: Estima-se que a prevalência global de DRC seja de 10%.

Os avanços da sequenciação génica têm contribuído na compreensão da predisposição genética no desenvolvimento e progressão da DRC. Olinger et al, demonstraram que entre os "loci" sequenciados, a variação no locus UMOD seja um fator preponderante na progressão da DRC, independentemente do grupo étnico. A doença renal tubulointersticial autossómica dominante (DRTAD), com mutação do gene UMOD, é a mais frequentemente diagnosticada.

A expressão da variante do gene UMOD é determinante na produção renal de uromodulina, ou proteína de Tamm-Horsfall. A produção de uromodulina ocorre exclusivamente nas células tubulares renais, através de mecanismos de regulação dependentes da interação entre a pressão sanguínea e a TFG, obstáculos à interpretação dos resultados científicos.

Caso clínico: Homem de 34A, recorre ao SU por traumatismo osteoarticular. Na sequência do episódio traumático foram colhidas análises sanguíneas gerais com função

renal (creatinina: 1.7mg/dl). Apesar da ausência de antecedentes pessoais relevantes, a mãe, 66A, é utente de TSFR/HD há uma década.

Entre outras questões, foi referido a existência de um irmão com 30A. O doente teve alta do SU. Foi prescrita medicação analgésica para ambulatório (evicção de AINES) e solicitada ecografia renal que demonstrou "aumento da ecogenecidade parenquimatosa". Perante os resultados e antecedentes familiares foi proposto ao irmão a realização de estudo idêntico. Neste indivíduo, apesar de "boa conservação da espessura do parênquima e boa diferenciação parênquima-central", a Cr. foi de 1.57mg/dl.

O estudo genético revelou, em todos os indivíduos, mutação no gene UMOD c.628G>A.P. (gly210ser), em heterozigotia. Portanto, estabeleceu-se o diagnóstico de DRTAD tipo (1) com mutação UMOD de "uncertain significance".

Discussão: Embora a literatura atribua significado indeterminado à mutação UMOD em estudo, nesta família ocorreu DRC em idade jovem em todos os elementos.

A DRTAD poderia ser incluída nos algoritmos de decisão diagnóstica na orientação para estudo genético de doentes jovens em diálise e assim estudar a hereditariedade associada à progressão para DRC terminal.

Nº 529 Síndrome Nefrótico por Amiloidose AA secundária a Polimialgia Reumática

Ana Patrícia Silva(1); João Grilo(2); Pedro Abreu(2); Joana Coutinho(2); Raquel Chorão(2); Catarina Santos(2); Rui Filipe(2); Ernesto Rocha(2)

(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã (2) Hospital Amato Lusitano

Amiloidose, patologia caracterizada pela deposição de proteínas anómalas nos tecidos, dependendo a sintomatologia dos órgãos afetados. Amiloidose AA (amiloidose secundária) é caracterizada por depósitos extracelulares de proteína sérica amiloide A (proteína de fase aguda), habitualmente secundário a patologias inflamatórias, cuja manifestação renal mais frequente é o síndrome nefrótico.

Homem de 87 anos, antecedentes de hipertensão arterial e hiperplasia benigna da próstata, referenciado em 2016 a consulta de Reumatologia por omalgia bilateral de padrão inflamatório, dor lombo-sagrada e impossibilidade em deambular nas primeiras horas da manhã por rigidez da cintura pélvica, sendo feito o diagnóstico de Polimialgia Reumática e iniciado terapêutica com prednisolona, com consequente melhoria das queixas.

Em Abril 2022 por quadro de hipertensão arterial não controlada é referenciado a consulta de hipertensão. Na altura com função renal normal, é solicitado estudo complementar que foi negativo. Nos meses subsequentes desenvolve quadro de edemas generalizados, fazendo-se o diagnóstico de síndrome nefrótico. Em Setembro 2022 realizou biópsia renal que mostrou 5 de 13 glomérulos em esclerose global com deposição glomerular de substância amorfa que não respeita estruturas e cora com Vermelho de Congo em todos os glomérulos, com os mesmos depósitos também na parede vascular das artérias de pequeno e médio calibre. Imunofluorescência foi positiva para anti-soro AA, favorecendo o diagnóstico de amiloidose AA. O doente evoluiu com proteinúria em crescendo e hipoalbuminémia em agravamento, não tolerando inibidor da enzima conversora da angiotensina em dose otimizada por hipotensão arterial. Teve necessidade de múltiplos internamentos para compensação de síndrome nefrótico. Foi iniciada hemodiálise de baixo fluxo para controlo de volume contudo, por má tolerância hemodinâmica, teve de suspender técnica acabando por falecer com albuminemia de 1mg/dL.

A amiloidose renal AA é uma complicação rara de doenças inflamatórias crónicas. O tratamento passa por tratamento da doença de base de forma a reduzir os níveis de proteína sérica amilóide A. As formas não-hereditárias, idade avançada, albuminémia baixa e doença renal crónica avançada são fatores de mau prognóstico.

Nº 530 Vacina SARS-CoV2: uma causa de glomerulonefrite membranosa?

A. Beatriz Ferreira(1); Bárbara Barreto Laczkovits(1); Laura Ramos(1); Cátia Cunha(1); Cristina Rosário(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A glomerulonefrite membranosa é a principal causa de síndrome nefrótico nos adultos. Recentemente, têm sido reportados casos de glomerulonefrite membranosa associados à vacina SARS-CoV2, alguns deles com expressão de gravidade com anticorpos anti-PLA-2R positivos e necessidade de imunossupressão.

Caso Clínico: Homem, 58 anos, caucasiano, ex-fumador, sem doenças conhecidas e sem medicação habitual (incluindo consumo de AINES), com história de irmão com DRC de etiologia indeterminada com necessidade de transplantação renal.

Recorreu ao SU por quadro com (1) semana de evolução de edema dos membros inferiores e dispneia para pequenos esforços, com início após toma da vacina SARS-CoV2.

À admissão, doente em anasarca, com perfil hipertensivo (TA 197/103mmHg). Analiticamente com LRA akin (1) (creatinina 1.6mg/dL; ureia 52mg/dL), hipoalbuminemia (1.9g/dL), hipercolesterolemia (colesterol total 404mg/dL, triglicerídeos 220 mg/dL) e sedimento urinário com hematúria (24 eritrócitos/campo), sem eritrócitos dismórficos. Do estudo de urina 24h, proteinúria de 8.975g, microalbuminúria de 6.2624g, com uma razão albumina/creatinina na urina ocasional de 4676.56mg/g. Assumido síndrome nefrótico e do estudo etiológico,VS de 66mm/1h, ecografia renovesical com espessura cortical e diferenciação parenquimo-sinusal preservadas, TC TAP sem alterações de relevo, PSA e HbA1c normais, ANA, ANCA, FR e CTD negativos, anticorpos anti-membrana basal e anti-estreptolisina negativos, imunoglobulinas e complemento normais, eletroforese sérica com padrão inflamatório, com cálcio sérico normal. Serologias negativas para sífilis, CMV, HIV, hepatite B e C.

A biópsia renal apresentou glomerulonefrite membranosa, com estudo anticorpos anti-receptor fosfolipase A2 IgG positivos (título alto de 153 U/ml). Durante o internamento, otimizada volémia e controlo tensional com diurético e IECA, com creatinina de 1g/dL à data de alta. Iniciou hipocoagulação e estatina e ficou orientado para início de tratamento com rituximab.

Discussão: Apresenta-se este caso, dado se tratar de uma apresentação clínica típica de um síndrome nefrótico, mas com expressão de gravidade e associação temporal à vacina SARS-CoV2, cujo diagnóstico atempado permitiu uma intervenção precoce.

Nº 531 Síndrome Hemolítica-Urémica, um diagnostico a não esquecer

Inês Silveira(1); Inês Monteiro Araújo(1); Marta Viana Pereira(1); Miguel Ribeiro(1); Martinha Vale(1); Ana Andrade Oliveira(1); Margarida Robalo(1); Sofia Esperança(1); Carla Maravilha(1); Paulo Gouveia(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: A síndrome hemolítica-urémica é uma microangiopatia trombótica, cujos microtrombos consistem em plaquetas que se formam e ocludem os capilares. Isto resulta em anemia hemolítica microangiopatica, trombocitopenia e lesão renal aguda, e o diagnóstico baseia-se na presença desta tríade. Normalmente, é causado por toxinas bacterianas, sendo mais comum a Shiga-like toxin libertada pela E. Coli enterohemorragica, tipicamente após infeção do trato gastrointestinal. O tratamento é sintomático.

Caso clínico: Homem de 76 anos, com quadro de náuseas, vómitos e dejeções líquidas com (1) semana de evolução. Posteriormente com diminuição franca do debito urinário e edema dos membros inferiores. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia. O estudo analítico revelou lesão renal aguda, trombocitopenia ligeira, hemólise intravascular e hipoalbuminemia. Proteinúria na faixa nefrótica. GSA revelou acidemia ligeira sem hipercaliemia. Biópsia renal sugestiva microangiopatia trombótica. ADAM TS 13 normal. Restante estudo sem alterações. Não foi possível a colheita de estudo de fezes durante a fase aguda, tendo a colheita posteriormente não contribuído para a sustentação deste diagnostico. Necessitou de hemodialise durante 15 dias pela lesão renal aguda oligoanurica, azotemia severa e distúrbios metabólicos, com posterior recuperação da diurese. Melhoria clínica e analítica com recuperação da função renal e resolução da hemólise sem terapêutica imunossupressora. Resolução dos edemas com terapêutica diurética e melhoria da hipoalbuminemia e da proteinuria. Referencia a aumento de dose de furosemida na reavaliação em consulta devido a presença de edema periférico intermitente.

Discussão: Este caso retrata uma apresentação típica da síndrome hemolítica-urémica pela apresentação clínica e analítica altamente compatível com o diagnóstico. A negatividade do teste das fezes dificulta a sustentação do diagnóstico, mas isto deve-se ao facto do timing da colheita ter sido ultrapassado. Este caso pretende alertar para a necessidade de uma elevada suspeição diagnóstica e de uma ação rápida início de tratamento já que esta condição pode levar a falência renal.

Nº 532 Nefropatia dos anticoagulantes - a propósito de um caso clínico

Inês Ferreira Maia(1); Patrícia Ferreira(1); Anneke Joosten(1); Martinho Fernandes(1)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

A nefropatia dos anticoagulantes é uma forma de lesão renal aguda associada à toma de anticoagulantes orais cuja fisiopatologia é multifatorial e inclui hemorragia glomerular, obstrução tubular por cilindros eritrocitários e lesão das células epiteliais tubulares.

Apresentamos o caso de um homem de 74 anos internado em 2022 por tromboembolismo pulmonar bilateral, motivo pelo qual foi iniciada anticoagulação inicialmente com enoxaparina. Após estudo etiológico com suspeita de síndrome do anticorpo antifosfolipídico. Tendo em conta a suspeita etiológica, foi feito switch de anticoagulação para varfarina com rápida evolução para níveis de INR supraterapêuticos. Concomitantemente ao inicío de varfarina, verificou-se a deterioração da função renal do doente, com débito urinário mantido e hematúria microscópica. O caso foi discutido com a Nefrologia que

avaliou o doente e assumiu provável glomerulopatia associada à varfarina, sem condições para realização de biópsia renal pela necessidade de anticoagulação terapêutica e com indicação para que fosse mantida anticoagulação com enoxaparina. O doente evoluiu com ligeira melhoria da função renal que estabilizou em valores de creatinina sérica 4,5-4,8 mg/dL.

Esta é um patologia provavelmente subdiagnosticada não só devido à relutância na realização de biópsia renal em doentes com necessidade de anticoagulação, mas também por ocorrer tipicamente em doentes com múltiplos fatores de risco para desenvolverem lesão renal aguda, que poderá ser atribuída a outra causa. Importa ter elevado grau de suspeição, particularmente em doentes medicados com anticoagulação oral, INR supraterapêutico e hematúria macro ou microscópica, por se tratar de uma patologia com potencial irreversibilidade da lesão renal e associada a maior risco de mortalidade.

Nº 533 Glomerulonefrite Rapidamente Progressiva e Necrotizante ANCA PR3+ - A Propósito de um Caso Clínico

Frederico Sarmento(1); Maria Guadalupe Benites(1); Mónica Seidi(1); Catarina Machado(1); Vanessa Barcelos(1); Leonor Monjardino(1); Ricardo Vizinho(1)

(1) Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

A glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP) e necrotizante é uma síndrome glomerular grave com perda progressiva da função renal dentro de semanas a meses. Esta apresenta-se como uma Síndrome Nefrítica (SN), estando geralmente associada a Vasculite ANCA PR3+ e caracteriza-se pela necrose do glomérulo e ausência de depósitos imunológicos. O seu tratamento imediato é essencial atendendo a que a GNRP pode evoluir para doença renal terminal num curto período de tempo.

Os autores apresentam o caso de um homem de 55 anos, com história de hipertensão arterial e dislipidemia. Foi admitido no serviço de Medicina para estudo de quadro consumptivo com perda ponderal não intencional significativa, hipersudorese noturna e poliartralgias de padrão migratório. À observação apresentava-se emagrecido, auscultação cardio-pulmonar sem alterações; sem sinais inflamatórios a nível das articulações. Do estudo complementar realizado, apresentava laboratorialmente: anemia de inflamação crónica (hemoglobina de 11.4g/dL e Ferritina de 987ng/mL), leucocitose com neutrofilia e velocidade de sedimentação elevada (79mm). Lesão renal aguda com creatinina de 1.26mg/dL (prévio de 0.63mg/dL), ureia de 80mg/dL e Sedimento Urinário com 30 eritrócitos/campo. Ao longo do internamento exclui-se doença neoplásica, contudo salientam-se os seguintes resultados: Ecocardiograma com doença aórtica ligeira; Urina das 24 horas com proteinúria elevada (2.7g/24h); Creatinina e ureia com valor máximo ao longo do internamento de 1.54mg/dL e 91mg/dL respetivamente; Autoimunidade com ANCA PR3+ e ANA's negativos.

Perante o diagnóstico de SN, agravamento da função renal e provável vasculite ANCA-PR3+ associada, foi solicitado apoio à Nefrologia para realização de biópsia renal. O resultado histológico confirmou tratar-se de GNRP necrotizante por vasculite ANCA PR3+. Iniciou Prednisolona e Rituximab, com boa resposta clínica e analítica.

O caso clínico apresentado constituiu um desafio clínico, ressalvando a importância de considerar as etiologias imunomediadas, nomeadamente as vasculites na marcha diagnóstica do doente com queixas sistémicas e inespecíficas, associadas ao quadro consumptivo. Sendo que neste caso a chave para o diagnóstico foi o SN.

Nº 535 Colapso pulmonar secundário a derrame cardiogénico crónico: um caso clínico

Joana Sousa Varela(1); Joana Correia Lopes(1); Miguel Simões Rodrigues(1); Patrícia Ramos Dos Santos(1); Joana Araújo Correia(1); Mário Amaro(1); Francisca Delerue(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: O pulmão encarcerado caracteriza-se pela incapacidade do pulmão expandir devido a uma pleura visceral fibromatosa. Ocorre associado a uma condição inflamatória crónica com presença de derrame pleural crónico. É frequentemente uma consequência de um derrame parapneumónico inadequadamente tratado, mas pode acontecer associado a outro processo inflamatório pleural crónico.

Caso clínico: Sexo feminino, 8(1) anos, parcialmente dependente, antecedentes pessoais de insuficiência cardíaca (IC) e internamento 6 meses antes por derrame pleural esquerdo, recorreu ao serviço de urgência por 5 dias de evolução de dispneia e cansaço. Ao exame objetivo apresentava murmúrio vesicular abolido nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo, revelando a radiografia do tórax derrame pleural esquerdo a condicionar insuficiência respiratória parcial. A TC pulmonar evidenciou a presença de hidropneumotórax à esquerda condicionando colapso do parênquima basal. Procedeu-se ao internamento para investigação etiológica. A toracocentese revelou líquido amarelo citrino, compatível com um transudado, sem isolamento cultural. A broncofibroscopia excluiu lesões endobrônquicas. Manteve drenagem em aspiração ativa sem consequente expansão pulmonar. O ecocardiograma transtorácico revelou ventrículo direito gravemente dilatado com compromisso da fração de ejeção. Assumiu-se colapso pulmonar esquerdo secundário a IC congestiva. A descorticação pulmonar foi considerada de elevado risco dado fragilidade associada. Manteve terapêutica de alívio sintomático com toracocenteses de repetição, seguida de reacumulação de derrame complicado de infeção.

Discussão: A associação entre colapso pulmonar e IC é pouco comum, contudo pode acontecer por presença de derrame pleural crónico. O tratamento definitivo é a descorticação pulmonar. As toracocenteses de repetição como opção terapêutica deve ser evitado pelo risco de complicação, sendo as mais frequentes o empiema e o agravamento do pneumotórax.

Nº 536 Hipertensão Pulmonar Arterial: o Desafio Diagnóstico

Filipe da Cunha Pinto(1); Susana Teixeira(1); Sofia Rodrigues Carvalho(1); Nuno Ferreira(1); Ana Areia Reis(1); Diana Anjos(1); Lindora Pires(1)

(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: A hipertensão pulmonar (HTP), classificada como pré ou pós-capilar conforme o local do aumento da tensão arterial, é diferenciada etiologicamente em 5 tipos. O tipo (1) está relacionado, de entre outras, a doenças do tecido conjuntivo como a esclerodermia

Caso Clínico: Mulher, 70 anos, referenciada à consulta externa por dispneia de agravamento progressivo até ao repouso com (1) ano de evolução, associada a fenómeno de Raynaud, engasgamentos frequentes e artrite interfalângica distal das mãos. Objetivavam-se pequenas telangiectasias malares e livedo reticular no tronco e membros, sem outras alterações. Do ambulatório trazia tomografia computorizada pulmonar com ectasia do tronco e artérias pulmonares, sem alterações do parênquima, e provas de função respiratória com insuficiência respiratória restritiva moderada.

No estudo realizado, a ecocardiografia transtorácica revelou pressão sistólica da artéria pulmonar de 46 mmHg, sugestivo de HTP. Analiticamente, realça-se positividade para anticorpos antinucleares e anticentrómero – ratio 3,(1) (positivo >1) e 122,0 U/mL (positivo >10 U/mL), respetivamente – e a capilaroscopia demonstrou padrão esclerodérmico: edema exuberante, rarefação e distorção de capilares.

Observada em consulta de HTP onde realizou cateterismo cardíaco que confirmou HTP arterial/tipo 1, iniciou terapêutica com macitentano e tadalafil com melhoria na tolerância aos esforços. Após 8 meses apresentou agravamento clínico e imagiológico, encontrando-se em ponderação terapêutica para selexipag.

Discussão: A multiplicidade de etiologias e um quadro clínico incipiente e similar a outras patologias, tornam a HTP arterial uma entidade de difícil diagnóstico. Este caso clínico demonstra que um estudo aprofundado com determinação de um fator causal algo raro – a esclerodermia – por vezes não é suficiente para o diagnóstico etiológico, fundamental no tratamento e prognóstico.

Nº 537 Pulmão do dono de um Periquito

Rui Jorge Sousa da Silva(1); Carla Margarida Carvalho(1); Eulália Antunes(1); Joana Rita Lopes(1); Paulo Pereira(1); Isabel Silva(1); Sofia Caridade(1)

(1) Hospital Braga

A pneumonite de hipersensibilidade é uma síndrome complexa com intensidade, apresentação clínica e história natural variáveis.

Homem de 54 anos, com antecedentes de excesso de peso, dislipidemia e esteatose hepática, sem medicação habitual. Tem um periquito em casa há mais de 10 anos e trabalha como construtor civil. Inicia queixas de tosse irritativa, principalmente noturna, associada a expetoração ocasional branca e fluída. Observado no serviço de urgência do hospital por 3 vezes, tendo sido assumida infeção respiratória como diagnóstico mais provável e sendo medicado nos episódios com amoxicilina/ácido clavulânico, levofloxacina e azitromicina. Retorna ao SU por manutenção dos sintomas, associados a dispneia para esforços progressivamente menores. É admitido para internamento, com insuficiência respiratória tipo 1, para investigação etiológica. Foi realizada TC do Tórax, que revelou "infiltrados em vidro despolido bilaterais a traduzir pneumonite inespecífica". O estudo analítico e autoimune realizado não apresentou alterações. O estudo com serologias infeciosas revelou IgM anti-*Mycoplasma pneumoniae* positivo. Por o doente já ter realizado antibioterapia eficaz para o agente, prosseguiu-se estudo com broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar, cujos resultados foram: citologia esfoliativa de líquido "inflamação", exame microbiológico do lavado bronco-alveolar não valorizável, PCR para *Mycoplasma pneumoniae* negativa, fenotipagem de linfócitos "557 células, linfócitos 64% (356), CD3 97%, CD4 70.4%, CD8 26.4%, CD19 0.1%, CD56 2.5%, eosinófilos 1%, g. neutrófilos 2%, macrófagos alveolares 33%". Assumiu-se o diagnóstico de pneumonite de hipersensibilidade e iniciada prednisolona na dose 0,5mg/kg/dia, com melhoria clínica e resolução da insuficiência respiratória. Teve alta com indicação para evicção de exposição ao periquito. À data de reavaliação em consulta, já sem sintomas.

A pedra basilar do tratamento desta pneumonite de hipersensibilidade é a evicção da exposição ao alergénio. A corticoterapia é tipicamente prescrita a doentes com sintomas persistentes, alterações das provas de função respiratória, hipoxemia ou evidência radiológica de envolvimento pulmonar extenso. Em casos particulares poderão ser necessários outros agentes imunossupressores.

Nº 538 Pneumonia por Varicela-Zoster em doente imunocomprometido – um diagnóstico a não falhar

Francisco Gonçalves(1); Joana Fernandes(2); Francisco Esteves(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A varicela é uma infeção vírica primária, habitualmente benigna e limitada, que ocorre maioritariamente durante a infância e que manifesta através de exantema vesicular difuso. No entanto, em adolescentes e adultos, quer imunocompetentes ou imunocomprometidos, pode associar-se a manifestações graves, sendo a pneumonia a complicação mais grave.

Caso clínico: Homem de 67 anos, antecedentes de sarcoidose com envolvimento pulmonar e ganglionar, sob azatioprina e prednisolona. Recorre ao serviço de urgência por febre, dispneia e erupção cutânea de início súbito localizada aos membros superiores, inferiores, tórax, abdómen e dorso. Apresentava insuficiência respiratoria aguda (taquipneico e SatO2 de 87%) em ar ambiente, auscultação com murmúrio globalmente diminuído e com lesões cutâneas compatíveis com varicela. A radiografia tórax evidenciou opacidade de novo na base direita. Foi internado no serviço de Medicina Interna com diagnóstico de presunção de pneumonia por varicela e presunção de sobreinfeção bacteriana. Evoluiu desfavoravelmente com admissão no Serviço de Medicina Intensiva. TC do tórax a revelar derrame pleural bilateral, alterações intersticiais difusas e áreas em faveolamento com predomínio nos lobos inferiores. Zaragatoa PCR com positividade para Vírus Varicela-Zoster Vírus (VVZ). Com suporte máximo de oxigenoterapia de alto fluxo 70%, cumpriu 10 dias aciclovir endovenoso associado a corticoterapia, com ótima resposta tendo tido alta hospitalar sem oxigenoterapia suplementar.

Discussão: Nos doentes imunodeprimidos o aparecimento de exantema vesicular típico e sintomas respiratórios obriga ao diagnóstico diferencial de infeção por VVZ. O envolvimento pulmonar após o aparecimento das lesões cutâneas, o compromisso da função respiratória, a elevada morbimortalidade, exigem elevado índice de suspeição clínica e a rápida alocação do doente para o ambiente de um serviço de Medicina Intensiva.

Nº 539 Síndrome Platipneia-Ortodeoxia

Joana Freitas Ribeiro(1); Cátia Gorgulho(1); Débora Lopes(1); Luís França(1); Tiago Pereira(1); Nuno Catorze(1); Ana Matos(1); Bruno Rocha(2)

(1) Centro Hospitalar Medio Tejo EPE - Tomar (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de Santa Cruz

Introdução: A Síndrome Platipneia-Ortodeoxia (SPO) é uma patologia rara e subdiagnosticada, com cerca de 100 casos descritos, e carateriza-se por dispneia e hipóxia em ortostatismo, com alívio em decúbito. Está associada a distúrbios da ventilação/perfusão na dependência de shunts, sendo o shunt intracardíaco secundário a *forâmen ovale* patente a causa intracardíaca mais frequente, seguida de aneurismas do septo (AS). Além destas, existem causas extracardíacas e secundárias, como a COVID19, que obrigam a investigação exaustiva.

Caso clínico: Mulher de 79 anos, com hipertensão arterial, cardiopatia isquémica, hipotiroidismo e doença cerebrovascular. COVID19 com 7 dias, admitida por dispneia e cefaleias. Eupneica em ar ambiente, saturação periférica (SpO2) >95% em decúbito, melhoria dos sintomas às 24h, com hipótese de alta. Após levante observou-se dispneia e dessaturação com necessidade crescente de oxigenoterapia e internamento em Serviço

de Medicina Intensiva para ventilação não invasiva (VNI). Análises inocentes, tomografia torácica sem tromboembolismo, consolidações parenquimatosas, áreas de densificação em vidro despolido ou patologia estrutural. Sob VNI, com queda na SpO2 >5% quando sentada. Ecocardiograma transtorácico com teste de bolhas com passagem direita-esquerda (D-E) de grande volume de bolhas no 1º ciclo, transesofágico a confirmar *shunt* D-E com origem em aneurisma volumoso do septo interauricular. Feito encerramento percutâneo com *Atriasept* de 30mm, com resolução da hipoxia ainda na sala.

Discussão: A SPO é um diagnóstico de exclusão, com múltiplas causas. Este caso vem salientar a importância de uma marcha diagnóstica completa, pelo risco de falsa atribuição da SPO desta doente à COVID19, e ausência de resolução da situação clínica. O tratamento da SPO associada a AS atualmente privilegia a intervenção percutânea, que se traduz em melhoria de sintomas em 95% dos doentes e está associada a menor mortalidade e custo que a cirurgia.

Nº 540 Um caso pouco comum de aspergilose pulmonar invasiva

Francisco Gonçalves(1); Joana Fernandes(2); Francisco Esteves(2)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A Aspergilose pulmonar corresponde a uma infeção pela espécie de fungos Aspergillus. A invasão tecidular é um fenómeno raro e quando ocorre resulta de um contexto de imunossupressão habitualmente associada a terapêuticas em doentes com neoplasias hematológicas ou transplante de órgão sólido.

Discussão: Homem de 66 anos transplantado renal, diabético e história de carcinoma espinocelular invasor do couro cabeludo medicado com tacrólimus, ácido micofenólico e prednisolona desde 2016. Recorre ao serviço de urgência por dispneia e febre com quatro dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava insuficiência respiratória e elevação dos parâmetros inflamatórios. Isolamento de influenza A e radiografia torácica com opacidade do hemitórax esquerdo. Internado no Serviço de Medicina Interna com diagnóstico de pneumonia vírica e presunção de sobreinfeção bacteriana. Ao segundo dia de internamento por insuficiência respiratória grave é transferido para o Serviço de Medicina Intensiva. Avaliação imagiológica (TAC) a revelar extensa área de consolidação no pulmão à esquerda e algumas áreas de cavitação com área de consolidação no lobo superior direito com área de vidro despolido (sinal do atol/halo invertido). Por falência a VNI procedeu-se a intubação e ventilação mecânica invasiva. Investigação com isolamento em hemocultura e urocultura de klebsiella pn, lavado bronco alveolar a revelar positividade para citomegalovírus e aspergillus spp. Ajustada terapêutica em curso para piperacilina-tazobactam, voriconazol, ganciclovir e oseltamivir. Evolução desfavorável com choque sético acabando por falecer ao nono dia de internamento em falência múltipla de órgãos

Conclusão: A apresentação deste caso tem como objetivo revistar a metodologia de abordagem do doente imunocomprometido com clínica infeciosa e envolvimento respiratório. A identificação precoce dos agentes microbiológicos responsáveis, a correlação dos dados clinico-imagiológicos, no caso concreto sugestivo de aspergilose pulmonar e a utilização adequada da antibioterapia constituem elementos chave no tratamento dos doentes.

Nº 541 Doença pulmonar intersticial

induzida por fármacos: um caso insólito

Renata Martinho(1); Marcel Guerreiro(1); José Ganicho(1); Paula Guimarães(1); Ana Rita Pessoa(1); Maria Carlos(1); Agnieszka Czajkowska(1); Marília Fernandes(1); Diogo Drummond Borges(1); Mariana Popovici(1); Eunice Patarata(1); Claudia Mihon(1); Heidi Gruner(1); António Panarra(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

A quetiapina é um antipsicótico atípico comummente utilizado pelo seu perfil relativamente seguro e efeitos adversos raros. Toxicidade pulmonar é excepcionalmente rara, normalmente reportada em situações de *overdose* com intuito suicida ou toma excessiva durante *delirium.* Os casos relatados parecem mostrar uma correlação dose-efeito, sendo importante manter vigilância em doentes medicados com este antipsicótico.

Mulher de 9(1) anos, com bom estado geral, internada por pneumonia bacteriana hipoxemiante, com necessidade de oxigenoterapia (O2),débito máximo de 15L/min por máscara de alto débito com reservatório, após falência de 10 dias de levofloxacina.

De história pregressa, a doente apresentava insuficiência respiratória crónica, com alterações fibróticas pulmonares em investigação desde há 6 meses, com suspeita de toxicidade a quetiapina após exclusão de outras causas, seguida em consulta de pneumologia, com agravamento da fibrose em tomografia computorizada (TC) recente. Da terapêutica habitual destaca-se necessidade de O2 de longa duração (OLD) a 2L/min, manutenção de quetiapina 225mg/dia e prednisolona (PDN) 2.5mg no contexto da doença pulmonar.

Durante o internamento a doente iniciou metilprednisolona (MPDN) 40mg/dia e piperacilina/tazobactam ajustado à função renal, que manteve durante 7 dias, e suspendeu a quetiapina, com melhoria progressiva de função respiratória. Foi feito *switch* de MPDN para PDN habitual em dose correspondente, com desmame progressivo até dose usual, bem como desmame de O2 até ao OLD regular.

Na reavaliação após (1) mês, doente com melhora do padrão fibrótico em radiografia torácica, aguardando ainda TC do tórax à data de submissão deste abstract.

Apresentamos aqui um caso raro de toxicidade à quetiapina com dose regular elevada, mas sem descrição de toma excessiva única deste antipsicótico. O relato deste caso adiciona impulso à necessidade de estudo alargado de efeitos adversos pulmonares nestes doentes

Nº 542 Causa Rara de Tromboembolismo Pulmonar

Pedro Daniel Araújo Fernandes Rodrigues(1); Margarida Arantes Silva(1); Patrícia Rocha(1); Rita S. Xavier(1); Sílvia Oliveira(1); Jorge Salomão(1); Mário Esteves(1)

(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: O Tromboembolismo Pulmonar (TEP) ocorre em cerca de 23-69 pacientes por 100.000 habitantes, ocorrem em cerca de 50% dos pacientes com Trombose Venosa Profunda (TVP) e cerca 80% dos TEP têm TVP. É uma patologia que põe os doentes em risco de vida e os TEP's variam de assintomática a maciços. Alguns dos principais fatores predisponentes, adquiridos ou hereditários da TVP e do TEP são alterações da coagulação, imobilização, estados de hipercoagulabilidade causada por neoplasias malignas, gravidez, trauma, contraceptivos orais e grandes cirurgias. Uma outra causa rara relatada para o desenvolvimento de TEP são os Leiomiomas Uterinos Volumoso devido a causarem compressão venosa pélvica.

Caso Clínico: Mulher de 44 anos, com antecedentes de bypass gástrico revisional (pós banda gástrica) por via laparoscópica, correção de hérnia incional e síndrome depressivo. Admitida por dispneia, cansaço e tosse seca. D-Dímeros aumentados e o

Angio TC tórax mostrou um TEP bilateral. Sem alterações da coagulação, excluídas trombofilias hereditárias e estudo auto-imune negativo. O TC AP mostra lesão expansiva com origem pélvica, de morfologia ovalada, com um eixo transversal máximo de 12,7 cm, com contacto com a vertente lateral direita do fundo uterino e área anexial direita, a merecer caracterização adequada (eco/RM). RM Pélvica: lesão expansiva com 14x14x9.5 cm que deverá corresponder a volumosa neoformação anexial com provável origem no ovário direito. Orientada para o IPO do Porto onde realizou histerectomia total e anexectomia bilateral e manteve seguimento na CE de Medicina. A anatomia patologia da peça cirúrgica revelou leiomiomas uterinos.

Discussão: A importância do caso prende-se a ser uma causa rara de TEP, mesmo não sendo uma neoplasia maligna os leiomiomas uterinos podem provocar esta entidade nosológica. Está descrita na bibliografia que os leiomiomas uterinos, especialmente aqueles de grande tamanho, podem causar TVP devido à estase venosa devido à compressão mecânica das veias ilíacas ou da veia cava inferior. O local mais frequente de compressão venosa é a veia ilíaca comum, independentemente de ser à esquerda, direita ou ambas.

Nº 543 Uma causa rara de pneumonias de aspiração

Renata Martinho(1); Marcel Guerreiro(1); José Ganicho(1); Agnieszka Czajkowska(1); Ana Rita Pessoa(1); Paula Guimarães(1); Sara Dias(1); Mariana Popovici(1); Eunice Patarata(1); Claudia Mihon(1); Heidi Gruner(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

O Traqueocelo é uma entidade rara e benigna. A forma congénita traduz defeitos no desenvolvimento da cartilagem, enquanto a adquirida está associada a aumento crónico da pressão intraluminal traqueal. Apesar de habitualmente assintomática sendo um achado radiológico, nos sintomáticos, surge com disfagia, odinofagia, rouquidão, dor cervical, hemoptise, sensação de engasgamento, singulotos e eructação frequentes. Privilegia-se o tratamento conservador, com antibioterapia, fisioterapia e agentes mucolíticos.

Apresentamos um homem de 55 anos, leucodérmico autónomo, internado por anorexia e perda ponderal (que o doente não sabia especificar, IMC 18,4 Kg/m2), disfagia ocasional para sólidos, vómitos esporádicos e tosse persistente com seis meses de evolução. De base destaca-se DPOC tabágica do tipo enfisematoso e adenocarcinoma gástrico de tipo misto (pN2, L1, V1, Pn0, M0) submetido a gastrectomia parcial em Nov/2016, sem medicação habitual. Em internamento, com novos episódios de aspiração que motivaram 2 ciclos de antibioterapia .

Do estudo destaca-se na tomografia computadorizada torácica "traqueocelo póstero-lateral direito com secreções" bem como "impactação mucóide/material aspirado (...) provável quadro de pneumonias de aspiração crónica". Assim realizou cinesioterapia respiratória dirigida e acetilcisteína (que mantêm à data da alta), bem como ensino de medidas dietéticas, com melhoria significativa dos sintomas associados. Aos 3 meses, IMC com melhoria (20.2 kg/m2).

Assim sendo, apesar de raro, é necessário ter atenção aos defeitos anatómicos em doentes com sintomas suspeitos. O diagnóstico é desafiante, pois existem patologias mimetizantes mais frequentes. O tratamento deve ser ponderado, uma vez que a complicação cirúrgica mais frequente é a secção do nervo recorrente laríngeo, reservando-se para aqueles em que a terapêutica conservadora não mostra ser suficiente.

Nº 544 Síndrome de Hamman – o desafio da asma agudizada no SU

Mariana Massa Oliveira(1); Helena Antunes(1); Alexandra Carreiro(1); Gracinda Brasil(1); Eduardo Ferreira(1); Carlos Pavão(1)

(1) Hospital Divino Espírito Santo - Ponta Delgada Açores

O pneumomediastino é uma entidade clínica rara, definido pela presença de ar no mediastino, podendo ser secundário (trauma; iatrogenia) ou espontâneo (Síndrome de Hamman - SH). A asma é uma doença respiratória crónica comum e as suas complicações agudas são motivo frequente de admissão ao serviço de urgência (SU). No entanto, também existem complicações raras da asma, como o pneumomediastino espontâneo, muitas vezes difícil diagnosticar. Apresentamos o caso de uma jovem, 25 anos, não fumadora, que recorreu ao SU por um quadro de três dias de evolução de asma agudizada, com tosse produtiva e dor torácica pleurítica. Sem história de trauma. À admissão taquipneica, com utilização de musculatura acessória e incapaz de completar frases. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, com sibilos inspiratórios bilaterais à auscultação pulmonar e com presença de enfisema subcutâneo cervical e torácico. Apresentava insuficiência respiratória hipoxémica. Realizou tomografia computorizada do tórax que objetivou um extenso pneumomediastino e exuberante enfisema subcutâneo toracocervical, aparentemente associado a milimétrica solução de continuidade a nível da parede posterior da traqueia. Realizou broncofibroscopia de urgência, sem evidencia de laceração traqueal. Iniciou O2 baixo débito, terapêutica broncodilatadora inalada e corticoterapia sistémica e foi admitida em unidade de cuidados intermédios para vigilância, com eventual transferência para enfermaria de Pneumologia por estabilidade clínica. Teve alta após dez dias de internamento, com redução substancial do enfisema subcutâneo e resolução do pneumomediastino. O SH é uma condição rara que segue maioritariamente um curso benigno. É muitas vezes sub-diagnosticado pela apresentação semelhante a múltiplas outras patologias respiratórias. No entanto, complicações graves (como pneumomediastino hipertensivo) podem ocorrer pelo que este diagnóstico não deve ser esquecido.

Nº 545 Tuberculose Latente – a importância de tratar

Mariana Massa Oliveira(1); Helena Antunes(1); Alexandra Carreiro(1); Carlos Pavão(1)

(1) Hospital Divino Espírito Santo - Ponta Delgada Açores

A tuberculose latente (TL) é caracterizada pela presença de resposta imune à infeção pelo *Mycobacterium tuberculosis* (MT) sem evidência clínica de tuberculose (TB) ativa. O risco de reativação é de 5–15%, com a maioria a desenvolver TB nos primeiros 2 anos, risco este reduzido em 65-80% com tratamento preventivo. Descreve-se um doente de 59 anos, fumador (40UMA), com diagnóstico de TL cerca de dois anos antes, tendo recusado terapêutica. É trazido ao serviço de urgência por quadro com dois meses de evolução de dispneia, tosse produtiva e perda ponderal involuntária de cerca de 20%. À admissão prostrado, taquipneico e com murmúrio vesicular globalmente diminuído à auscultação. Analiticamente com hipoxemia grave (p/f 141), elevação dos parâmetros inflamatórios (PIs), disfunção hematológica e hepática. Telerradiografia do tórax com padrão de infiltrado algodonoso bilateral difuso. MT foi detetado na expetoração. Iniciou antibacilares e antibioterapia. Durante o internamento com evolução desfavorável, com passagem pela unidade de cuidados intensivos, por agravamento respiratório e necessidade transitória de oxigénio de alto fluxo (OAF). Tomografia computorizada do tórax com achados concordantes com TB ative, mostrando ainda sinais de tromboembolia pulmonar (TEP) bilateral assim como enfartes renais bilaterais. Ecocardiograma transtorácico com disfunção sistólica grave do biventricular (FEVE 25%) por hipocinesia difusa, com retificação

do septo interventricular em relação com TEP. Após transferência para a enfermaria, com novo agravamento neurológico e respiratório, com subida de PIs. Foi iniciado novo ciclo de antibioterapia, mantendo sempre a terapêutica com antibacilares, com melhoria imagiológica, mas sem melhoria clínica acompanhante, tendo vindo a falecer ao 32º dia de internamento. Em 2020 a TB foi a segunda principal causa de morte por um único agente infecioso, depois do COVID-19, sendo que em Portugal, a taxa de mortalidade por TB foi de 2.4/100000. O tratamento da TL é seguro e com incidência de toxicidade/mortalidade descritas inferiores a 1%, evitando a progressão para TB na grande maioria dos doentes, pelo que este caso pretende mostrar e relembrar a importância do rastreio e do tratamento da TL.

Nº 546 Uma evolução incomum de derrame pleural

Núria Condé Pinto(1); Bernardo Silvério(1); Pedro Rodrigues(1); Helga Martins(1); Mário Esteves(1)

(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Apresenta-se o caso de uma mulher de 44 anos com antecedentes de tiroidite de Hashimoto, obesidade e tabagismo. Foi admitida no serviço de urgência por febre, dor pleurítica e dispneia para médios esforços. Apresentava insuficiência respiratória hipoxémica, discreta anemia normocrómica normocítica, leucocitose com neutrofilia, trombocitopenia, elevação de PCR e função tiroideia normal. Imagiologicamente em tomografia computorizada de tórax apresentava hipotransparências multilobares e derrame pleural à direita, que foi estudado e compatível com exsudado, sendo assumido o diagnóstico de pneumonia com derrame parapneumónico. O internamento foi prolongado por refratoriedade terapêutica, com derrame complicado e necessidade de escalar antibioterapia. Nenhum agente microbiológico foi isolado. Dada a evolução clínica, foram estudadas outras causas de derrame pleural, incluindo autoimunidade que revelou como anticorpos positivos ANA, U1RNP/SM e PM SCL100. Após melhora clínica, teve alta, sendo posteriormente avaliada em consulta. Nessa altura, com queixas de poliartralgias (pés, mãos, joelhos e cotovelos) e fenómeno de Reynaud.

Do estudo posterior destaca-se: tomografia torácica normal; capilaroscopia compatível com Reynaud secundário; manometria mostrando esfíncter inferior hipotónico; ecocardiograma normal; capacidade de difusão de monóxido de carbono discretamente reduzida; PML SCL100 negativo.

Iniciou corticoterapia com resposta parcial, tendo melhorado após instituição de hidroxicloroquina, nifedipina e naproxeno. Até agora, o diagnóstico de doença mista do tecido conjuntivo parece o mais provável.

A doença mista do tecido conjuntivo (DMTC) é uma doença reumática sistémica definida por uma sobreposição de lúpus eritematoso sistémico, esclerose sistémica, polimiosite e artrite reumatóide com anticorpo U1RNP positivo. Pode envolver múltiplos órgãos (incluindo o pulmão, como derrame pleural), e o diagnóstico pode ser desafiador devido à heterogeneidade da sintomatologia e sobreposição entre diferentes doenças, que podem evoluir ao longo do tempo.

Permanece neste caso a dúvida da etiologia do derrame pleural como apenas parapneumónico, ou em concomitante contexto de DMTC. Destacamos este caso, por alertar para causas menos comuns de derrame pleural.

Nº 547 Aspergilose pulmonar cavitária crónica - Desafio diagnóstico

Nuno de Barros Ferreira(1); Sofia Rodrigues de Carvalho(1); Ana Filipa Silva(1); Filipe

Cunha(1); Ana Areia Reis(1); André Paupério(1); Diana Pereira Anjos(1); Lindora Pires(1)

(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: A Aspergilose pulmonar crónica envolve um conjunto de doenças com distinção clínica, serológica e imagiológica. São motivo de elevada morbilidade, com possível evolução para doença invasiva e insuficiência respiratória.

Caso clínico: Mulher de 53 anos, com antecedentes de Tuberculose Pulmonar (TP) aos 8 anos, asma, bócio multinodular tóxico, Diabetes *Mellitus* tipo (1) e internamento prolongado, em 2007, por choque sético com ponto de partida em empiema a Pseudomonas aeruginosa, submetido a pleurectomia.

Admitida por clínica com seis meses de dispneia para pequenos esforços, tosse seca, diaforese noturna, perda ponderal de 7%, astenia e dor pleurítica anterior direita, sem hemoptises nem febre. Analiticamente com leucocitose neutrofílica e elevação da Proteína C reativa; sem eosinofilia ou aumento da procalcitonina. Tc-Tórax revela assimetria pulmonar, bronquiectasias e cavitação pulmonar de 4cm no segmento superior do lobo inferior direito, acompanhada de densificações parenquimatosas sugestivas de processo infecioso. Hemoculturas estéreis. IgG sérico de *Aspergillus fumigatus* de 20(1) mgA/L (Normal < 35mgA/L). Lavado Broncoalveolar positivo para Galactomanano, com pesquisa negativa para DNA de *Mycobacterium tuberculosis*, *avium* e *intracellulare*. Citologia negativa para células malignas.

Assumida aspergilose pulmonar cavitária crónica. Teve alta sob itraconazol 100mg bid que cumpriu durante 6 meses com franca melhoria clínica e imagiológica.

Discussão: Em doentes com antecedentes de TP e cavitações pulmonares (isolada ou múltiplas) devem ser consideradas, para além de TP e outras micobacterioses, formas crónicas de aspergilose, que se apresentam mesmo na ausência de eosinofilia periférica.

Nº 548 No meio do comum pode existir algo raro como a Pneumonia Organizativa

Diogo Duarte Lopes(1); Maria João Vilela(1); Luisa Dornelas(1); Ana Sá(1); Vanessa Palha(1); Narciso Oliveira(1); Teresa Pimentel(1)

(1) Hospital Braga

A pneumonia organizativa (PO) é uma patologia do interstício pulmonar rara, correspondendo a um padrão específico de resposta de reparação tecidular.

Homem, de 73 anos, com antecedentes de dislipidemia e hiperplasia benigna da próstata, ex-fumador, ex-taxista. Sem história de radioterapia, transplante de órgãos, abuso de substâncias ilícitas e outros antecedentes. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre com dois dias de evolução, sem outros sintomas. Com história recente de infeção dos tecidos moles, tratada com flucloxacilina. Ao exame físico, apresentava-se febril e com crepitações na base direita. Analiticamente, com aumento da proteína C reactiva e transaminases. A Tomografia computadorizadado Tórax demonstrou áreas de consolidação subsegmentares com broncograma aéreo e de densificação em "vidro despolido". Do estudo complementar, a destacar: hemograma com anemia normocítica normocrómica, sem outras alterações; SARS-COV-2 negativo, hemoculturas negativas; ecocardiograma sem evidência de endocardite; serologias infeciosas negativas; estudo imunológico normal. Cumpriu antibioterapia e iniciou corticoterapia sistémica, com resposta favorável. Conclui-se que o diagnóstico seria de PO criptogénica. O doente teve alta medicado com corticoterapia oral e com seguimento na consulta de Pneumologia.

A pneumonia organizativa (PO) caracteriza-se por alterações histológicas específicas, com tradução imagiológica característica e boa resposta a corticoterapia sistémica. Na

maioria dos casos, a sua causa não é conhecida, classificando-se a OP como criptogénica. Nos casos em que a etiologia é identificada, a PO é classificada como secundária. As possíveis causas para a PO incluem: infeções, iatrogenia, substâncias ilícitas, transplante de órgãos, doenças auto-imunes e neoplasias. A distinção entre as diferentes formas da doença é importante uma vez que o tratamento da PO secundária inclui o tratamento da doença de base e/ou evicção do agente causador de doença.

Nº 549 Sarcoidose, uma apresentação menos atípica

Carla Silva Gonçalves(1); Rita Rego(1); Luísa Soares Miranda(1); Ana Rita Cruz(1); Álvaro Ferreira(1); João Correia Araújo(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: Sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica de etiologia desconhecida caracterizada pela presença de granulomas não caseosos nos órgãos afetados. Habitualmente apresenta-se com clínica respiratória, adenopatias hilares bilaterais, opacidades reticulares pulmonares e lesões na pele, olhos ou articulações. Porém, ocasionalmente, as manifestações extra-pulmonares podem ser a apresentação predominante.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 74 anos, antecedentes de síndrome metabólico e patologia prostática benigna. Com nódulo pulmonar em estudo em clínica privada. Recorreu ao serviço de urgência por febre com semanas de evolução. Apresentava-se febril (39,2ºC), com abdómen doloroso à palpação no hipocôndrio direito. Analiticamente com elevação da proteína C reativa e citocolestase. Durante o internamento com flutuação da temperatura corporal e dos parâmetros analíticos de citocolestase associados a agravamento da dor abdominal. Excluído quadro abdominal cirúrgico agudo. Sem evidência de foco infecioso, neoplásico, auto-imune ou linfoproliferativo. Analiticamente, Enzima Conversão da Angiotensina com níveis aumentados. Tomografia Computadorizada Tóraco-Abdomino-Pélvico com imagem de nódulos pulmonares e formações ganglionares no hilo hepático. Biópsia hepática com evidência de hepatite granulomatosa (sem granulomas caseosos); e imunofenotipagem dos linfócitos do lavado brônquio-alveolar com aumento da proporção dos linfócitos (49%) e da razão linfócitos T CD4/CD8 (8,6). Considerado quadro de sarcoidose provável, inicia corticoterapia com melhoria do quadro.

Conclusão: Embora a apresentação típica da sarcoidose envolva atingimento pulmonar, o envolvimento de outros órgãos não deve ser descurado. A maioria dos doentes apresenta envolvimento hepático e cerca de 50-65% têm evidência de granulomas na biópsia hepática. Neste doente, o facto de não estarmos perante manifestações típicas torna o diagnóstico de sarcoidose um desafio de raciocínio clínico.

Nº 550 Síndrome de platipneia-ortodeoxia em provável relação com enfisema pulmonar

Rita Albergaria(1)

(1) HDES

Introdução: A Síndrome platipneia-ortodeoxia (SPO) é uma entidade clínica rara caracterizada por dispneia e dessaturação arterial na posição ortostática que melhora em decúbito dorsal. A hipoxia na SPO tem sido atribuída à mistura de sangue venoso desoxigenado com o sangue arterial oxigenado por meio de um ***shunt***. Além do buraco oval patente, esse síndrome também está descrita em casos de outras condições patológicas, entre as quais doenças do parênquima pulmonar como o enfisema.

Caso Clínico: Homem 77 anos, com antecedente mais relevante de DPOC com hábitos tabágicos marcados já cessados. Trazido ao SU por episódios de perda de consciência progressivamente mais frequentes, precedidos de dispneia na posição sentada e em ortostatismo. Relato de movimentos tónicos durante os episódios, sem desorientação subsequente. Objetivada dessaturação na posição sentada (comprovada com oxímetro – SpO2 98 --> 78 % em ar ambiente). Do ponto de vista gasimétrico, com insuficiência respiratória global. Foi pedida colaboração a Neurologia, que considerou a hipótese de crise epilética menos provável, tendo sido assumida eventual etiologia respiratória/cardíaca. O doente ficou internado ao cuidado da Medicina Interna. Nos primeiros dias de internamento, doente manteve-se muito sintomático. Iniciou programa de reabilitação respiratória, com melhoria clinica progressiva. Do estudo realizado, salienta-se Angio-TAC torácica sem sinais de tromboembolismo, a destacar exuberantes alterações enfisematosas do parênquima pulmonar. Realizou Ecocardiograma transtorácico e transesofágico, que excluiram comunicação interauricular. Função tiroideia, ecografia da tiroide, TC cranioencefálico, eletroencafelograma e ecografia abdominal superior sem alterações significativas.O cas o foi discutido Pneumologia, tendo realizado provas de função respiratória que revelaram doença pulmonar terminal com indicação para BIPAP noturno e O2 suplementar a 1L/min sempre que o doente apresentar dispneia. Atendendo a melhoria clínica e analítica, o doente teve alta referenciado a Consulta de Cuidados Paliativos e de Medicina Interna.

Discussão: Apesar de opções terapêuticas ainda não totalmente definidas, é necessária uma avaliação sistemática para identificar a causa subjacente e instituir uma intervenção apropriada.

Nº 551 "Um caso de hamartroma e controlo álgico no domicílio"

Filipa Ribeiro Lucas(1); Carolina Nunes Coelho(1); Maria João Gomes(1); Maria Ferreira de Moraes(1); Ana Margarida Carvalho(1); Fernando Rolim(1); Mário Ferreira(1); Joana Malho Rodrigues(1); Pedro Correia Azevedo(1)

(1) CUF Tejo

Introdução: A Hospitalização Domiciliária (HD) é um modelo de assistência hospitalar de doentes agudos no domicílio que surgiu em 2015 em Portugal. A Unidade em questão foi criada em 2020 e permite, à semelhança de outras, o internamento voluntário domiciliário de doentes clinicamente estáveis, com comorbilidades controláveis e que cumpram critérios clínicos, sociais e geográficos. São diversos os motivos de admissão, sendo o controlo álgico pós-cirúrgico um motivo de internamento de crescente importância e de articulação com as especialidades cirúrgicas.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma doente de 32 anos, previamente saudável com o diagnóstico recente de hamartroma múltiplo da língua. Foi submetida a cirurgia da hemilíngua esquerda, tendo recorrido à consulta de urgência no 7.º dia pós-operatório por dor não controlada com necessidade de morfina em perfusão. Apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios, evidência de candidose oral e sinais de infeção pós-cirúrgica, motivo pelo qual iniciou deflazacorte. Foi então transferida para a HD sob analgesia em perfusão contínua, antibioterapia endovenosa e antifúngico oral. Foi possível realizar rotação de opióides para transdérmico e oral. Teve alta ao 11º dia de internamento domiciliário com dor controlada e referenciada a consulta.

Discussão: O hamartoma múltiplo da língua é uma malformação incomum numa localização cujo pós-operatório leva a queixas álgicas intensas. Corresponde a mais de 50% dos síndromes orofaciais.

Este caso corresponde a uma patologia rara associada a uma intervenção cirúrgica minuciosa e desafiante controlo álgico pós-cirúrgico. A otimização da terapêutica analgésica em regime de internamento no domicílio foi fundamental para a recuperação física e emocional da doente.

Este caso permite não só identificar a complexidade e a variedade de patologias dos doentes internados neste regime de cuidados, bem como demonstrar uma forma mais humanizada e centrada no tratamento destes doentes.

Nº 552 Um caso raro de toxicidade por Piperacilina-Tazobactam

Sara M. Campos(1); Nuno Bernardino Vieira(1); Luísa Arez(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introdução: A Piperacilina-Tazobactam é um antibiótico que combina uma penicilina de 4ª geração e um inibidor de beta-lactamase, reservado para infeções moderadas a graves causadas por agentes susceptíveis, como *Escherichia coli*, *Bacteroides*, espécies de *Klebsiella*, *Staphylococcus aureus* e *Haemophilus influenzae*. Efeitos adversos comuns incluem cefaleias, náuseas, diarreia, erupção cutânea e reações de hipersensibilidade. Como efeitos colaterais mais raros consideram-se a leucopenia e a hepatite aguda.

Caso clínico: Mulher de 36 anos de idade, internada com o diagnóstico de colecistite aguda litiásica complicada de abcessos hepáticos, iniciou empiricamente Piperacilina-Tazobactam, com indicação de Cirurgia Geral para manter terapêutica durante 4 a 6 semanas. A doente teve alta para Hospitalização Domiciliária para continuação de antibioterapia, no entanto, na 3ª semana de antibioterapia apresentou agravamento sintomático com febre, calafrios, náuseas e vómitos. Analiticamente a salientar leucopenia com neutropenia severa e exuberante padrão de citocolestase. Após exclusão de agravamento da condição clínica e outros possíveis focos infeciosos, assumiu-se o diagnóstico de toxicidade por Piperacilina-Tazobactam com leucopenia grave e hepatite aguda tóxica. Suspendeu-se antibioterapia e iniciou-se Levofloxacina com melhoria clínica e analítica progressiva.

Discussão: Dada a utilização crescente de Piperacilina-Tazobactam, torna-se importante alertar para os seus possíveis efeitos adversos. Neste caso, objetivou-se hepatotoxicidade e leucopenia que podem ocorrer, principalmente em doentes que estejam a realizar tratamento prolongado, como é o caso desta doente. Assim, torna-se importante alertar para estes efeitos secundários e que deverá ser realizado uma avaliação analítica periódica para identificação e ajuste terapêutico atempado.

Nº 553 Miocardiopatia dilatada pós Parto: Vida e Morte

Francisco Guimarães(1); Nataliya Polishchuk(1); Inês Ladeira Figueiredo(1)

(1) Hospital Cuf Descobertas

A miocardiopatia periparto é uma forma rara de insuficiência cardíaca sistólica que se manifesta nos últimos meses de gravidez ou nos meses após o parto. Como os sintomas de insuficiência cardíaca são por vezes confundidos pelos da gravidez (dispneia, astenia, cansaço para pequenos esforços) o seu diagnóstico pode ser tardio e, consequentemente, com mais complicações possivelmente evitáveis

Os autores trazem um caso de uma doente de 32 anos, autónoma, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo.

Internada originalmente para parto eutócico, desenvolveu quadro de dispneia com tosse produtiva (rosada) 2 dias após parto, inicialmente ignorada pela doente.

Ao exame objetivo apresentava-se polipneica com fervores subcrepitantes nos 2/3 inferiores de ambos os hemitórax. Gasimetria com hipocápnia e hipoxémia (pCO2 26.2 pO2 63.9). Analiticamente com elevação de troponina I (5383.4ng/L) Pro-BnP 3049 pg/mL.

ECG com alterações inespecíficas da repolarização ventricular, intervalo QT prolongado 461ms.

Inicialmente transferida para unidade de cuidados intensivos por suspeita de tromboembolismo pulmonar, o qual foi excluído por AngioTC Tórax.

Realizou ecocardiograma que revelou ventrículo esquerdo dilatado com disfunção sistólica global grave por hipocinesia global grave;ventrículo direito com disfunção longitudinal,

Na unidade de cuidados intensivos teve 3 episódios de taquicardia supra ventricular, seguida de taquicardia ventricular, com reversão a ritmo sinusal química.

Iniciou iECA e beta bloqueante, posteriormente suspenso para início de Sacubitril/Valsartan, dapagliflozina.

Rm Cardíaca descreve ventrículo esquerdo de cavidade gravemente dilatada, fração de ejeção gravemente comprometida (17%) por hipocinésia global. Ventrículo direito moderadamente dilatado com fração de ejeção 16%.

Após estabilização do quadro, doente teve alta referenciada a consulta de Cardiologia

Este caso serve para relembrar que toda a sintomatologia por mais insignificante para o doente que seja, deve ser confirmada e descrita, pois se ignorada pode ser a diferença entre a vida e a morte.

Nº 554 Artrite Psoriática na gravidez: azar ou oportunidade?

Diana Belchior Raimundo(1); Mafalda Santos Filipe(1); André Bargas(1); Hugo Jorge Alves(1); Carla Pereira(1); Carla Noronha(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: As doenças imunomediadas sistémicas têm particular incidência no sexo feminino e durante a idade fértil, sendo a gravidez (atual ou pretendida) um período de especial influência na decisão sobre a gestão destas doentes.

Caso clínico: Mulher 4(1) anos, brasileira, empregada doméstica, residente em Portugal há 13 anos, grávida de 27 semanas (G2P1). História de asma e psoríase extensa medicada com associação tópica de betametasona-calcipotriol e ciclosporina em doses elevadas (seguida em Dermatologia, sempre com hesitação relativamente a intensificação

terapêutica), que suspendeu aquando da gravidez; tuberculose latente com IGRA positivo em 2017, tendo feito terapêutica antibacilar. Enviada à consulta de Doenças Autoimunes por agravamento da psoríase e poliartrite periférica e sacroilíacas, de ritmo inflamatório, com edema e rigidez matinal >1h, com grave interferência nas atividades de vida diária. À observação: placas descamativas médias no couro cabeludo, face, pavilhão auricular, tórax, abdómen, dorso, sínfise púbica e grandes lábios; grandes placas nos membros superiores e inferiores, sobretudo nos segmentos distais; onicólise e *pitting* ungueal; PASI 18.8; ASDAS 3.79 (alta atividade); BASDAI= 6; evidência de sinovite nas 2ª e 3ª articulações metacarpofalângicas bilateralmente e manobras de sacroilíacas positivas, tal como Teste de Schober. Mediante a extensão da doença, sem controlo sob terapêutica tópica, acrescida de poliartrite periférica e suspeita de sacroileíte, foi proposta terapêutica com Certolizumab e corticoterapia.

Discussão: O controlo da sintomatologia e terapêutica na gravidez pode ser desafiante. O Certolizumab pegol, pelo seu perfil de segurança na gravidez, com demonstrada transferência placentária mínima na gestação e também na lactação, pareceu-nos a escolha mais apropriada.

Nº 555 Uma gravidez lúpica

Patricia Santos(1); Joana Sousa Varela(1); Miguel Simões Rodrigues(1); Ana A Albuquerque (1); Fábio Pé D'Arca Barbosa(1); Ana Valada Marques(1); Vanda Spencer (1)

(1) HOSP. GARCIA DE ORTA

A nefrite lúpica é uma complicação frequente do lúpus eritematoso sistémico (LES). Apesar de pouco frequente e dos riscos associados, a gravidez em mulheres com doença renal crónica em estadio de hemodialise acontece. Sabe-se que nestes casos é importante planear o período pré-concecional bem como apostar no controlo tensional, hematológico e nutricional. Esta abordagem multissistémica está associada a um melhor *outcome* final.

Mulher de 27 anos com antecedentes de LES associado a síndrome anticorpo antifosfolípido. Apresentava múltiplas complicações com envolvimento cardíaco e renal da doença. Referenciada à consulta de Medicina Obstétrica por gravidez de 13 semanas, com hipertensão de difícil controlo devida a nefrite lúpica em estadio de hemodialise. Terapêutica médica otimizada com metildopa 1000, ácido acetilsalicílico, hidroxicloroquina e prednisolona 5. Hipertensão controlada com abordagem adotada. Em reavaliação realizou suporte transfusional e darbopoeitina, para valores de hemoglobina sérica superiores a 10g/dL. Foi articulado contacto direto com nefrologista de clínica de dialise, bem como, com obstetra. Apesar do controlo apertado em consultas quinzenais, pelas 2(1) semanas de gestação verificou-se morte intrauterina do feto com expulsão espontânea. Autopsia fetal revelou "pneumonia aguda fetal associada a presença de estruturas fúngicas de tipo candida spp". Apesar da abordagem multissistemica, com articulação com os vários clínicos responsáveis, o desfecho final foi desfavorável.

Os autores realçam a importância da multidisciplinaridade, sendo o papel da medicina interna fundamental na gestão de doentes renais crónicos que optem por engravidar. Mantemo-nos convictos que a abordagem de gravidas como um todo pode levar a melhores *outcomes* no futuro.

Nº 556 Síndrome de Charles Bonnet: uma causa esquecida de alucinações visuais

Joana Correia Lopes(1); Ivon Rivera(2)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE (2) Hospital La Paz, Madrid

Introdução: A Síndrome de Charles Bonnet consiste na ocorrência de alucinações visuais em doentes com redução da acuidade ou campo visual. Muitos profissionais de saúde desconhecem esta síndrome, o que pode levar a diagnósticos erróneos de demência, *delirium* ou psicose.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 96 anos, com boa situação funcional e cognitiva basal, com antecedentes pessoais de degenerescência macular associada à idade (DMI). Internada numa Unidade de Reabilitação, para recuperação funcional após fractura pertrocantérica direita.

Nos primeiros dias de internamento manifestou alucinações visuais complexas (via pessoas à sua volta), sobretudo durante a noite, que desapareciam quando fechava os olhos. Estas alucinações causavam grande ansiedade e angústia à doente, que não conseguia dormir. Dados os antecedentes de DMI com diminuição moderada da acuidade visual bilateral, foi diagnosticada uma provável Síndrome de Charles Bonnet. Foram adoptadas medidas comportamentais, explicando à doente e à família que as alucinações eram por défice visual e fornecendo bibliografia sobre o assunto. Dado o carácter perturbador das alucinações, foi iniciada mirtazapina pelo seu efeito anti-depressivo, ansiolítico e hipnótico. Com as medidas adoptadas a doente referiu manter as alucinações, mas já não se sentir ansiosa, por saber o que significavam. A família e a doente foram alertadas para a possibilidade de o quadro ser interpretado como *delirium* ou psicose, devendo alertar os profissionais de saúde no futuro.

Discussão: Em doentes com doença oftalmológica e alucinações visuais episódicas que desaparecem com o encerramento ocular, a Síndrome de Charles Bonnet deve ser considerada no diagnóstico diferencial. A DMI é uma das causas mais frequentes desta síndrome. O tratamento consiste na correção da causa subjacente (quando possível), medidas comportamentais e psicofármacos (se as alucinações forem muito perturbadoras). O conhecimento desta síndrome pode prevenir diagnósticos incorrectos e iatrogenia associada.

Nº 557 Alopurinol: de fármaco vulgar a potencialmente mortal

Patrícia Carrão(1); João Lança(1); Eurico Oliveira(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: O alopurinol é amplamente prescrito na prática clínica diária e geralmente bem tolerado. No entanto, não é desprovido de efeitos adversos, alguns deles potencialmente fatais, pelo que o seu uso deve limitar-se às situações em que está expressamente indicado, com a dose ajustada à função renal e tendo em conta possíveis interações medicamentosas.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 95 anos que recorreu ao serviço de urgência por apresentar exantema maculopapular pruriginoso com cerca de 3 dias de evolução com início nos membros inferiores e posterior progressão para o tronco e membros superiores. As lesões cutâneas eram extensamente pronunciadas, no tronco tinham tonalidade rosada e coalesciam em toalha e nos membros inferiores eram purpúricas. Referência a início de alopurinol no mês anterior, no contexto de suspeita de crise de

gota. Analiticamente apresentava discreto aumento do valor da creatinina e da proteína C reativa, trombocitopénia ligeira, baixa protrombinémia e INR aumentado. Foi assumido quadro de toxidermia por alopurinol, sem rebate sistémico. Iniciou terapêutica com corticoterapia, tendo ficado internado para vigilância clínica. Durante o internamento, com evolução favorável, tendo tido alta com suspensão permanente do alopurinol.

Discussão: Este caso clínico pretende alertar para os efeitos adversos potencialmente letais associados ao tratamento com o alopurinol, nomeadamente, a Síndrome de DRESS (*drug reaction with eosinofilia and systemic symptoms*), a Síndrome de Stevens-Johnson e a Síndrome de Necrólise Epidérmica Tóxica. As alterações cutâneas constituem frequentemente a apresentação inicial destes quadros, pelo que se deve alertar os profissionais de saúde para o seu aparecimento. A história clínica detalhada e o elevado índice de suspeição clínica são essenciais na prevenção de uma possível evolução desfavorável em quadros clínicos semelhantes ao apresentado.

Nº 558 Heteroagressividade em idosos, não esquecer a tiróide!

Alice Fonseca Marques(1); Carolina Martins(1); Rita A. Coelho(2); Guilherme Camões(1); Diana M. Ferreira(1); Arsénio Santos(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE. (2) IPO Coimbra

Introdução: As causas mais comuns de tirotoxicose não iatrogénica são a Doença de Graves, em cerca de 80%, seguida de doença nodular da tiroide e tiroidite. O bócio multinodular tóxico (BMT) é mais comum em idosos, associando-se a perda ponderal, osteoporose, fibrilhação auricular, fraqueza muscular, tremor e sintomas neuropsiquiátricos.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 67 anos, com antecedentes de etilismo crónico, foi trazido ao serviço de urgência por desorientação temporoespacial e aumento progressivo de heteroagressividade (nomeadamente ameaças de morte à esposa) com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo com tremores intensos. Analiticamente tinha ligeira elevação da proteína C reativa, nitritos no teste rápido de urina e zaragatoa para SARS-CoV2 positiva. Foi internado por infeção SARS-CoV2, com infeção urinária concomitante e assumido tratar-se de síndrome confusional agudo secundário às infeções. Perante a persistência do quadro de heteroagressividade e desorientação apesar da melhoria analítica, foi pedido doseamento das hormonas tiroideias, apresentando TSH frenada com T3 e T4 livres normais e autoanticorpos negativos. Foi realizada ecografia cervical, que identificou 2 nódulos sólidos hipoecogénicos no lobo direito e (1) nódulo hiperecogénico no lobo esquerdo da tiróide. Para melhor caracterização, foi requisitado cintigrama da tiróide que mostrou tratar-se de nódulos quentes. Iniciou tiamazol e manteve seguimento em consulta externa dada a presença de BMT.

Discussão: Perante alterações do comportamento, com agressividade, em idosos devemos avaliar a função tiroideia, mesmo na presença de outros fatores confundidores. Se alterada, devemos proceder a estudo complementar com ecografia e cintigrama da tiroide. Os nódulos quentes não têm indicação para citopunção e apesar do tratamento com medicamentos antitiroideus não permitir uma remissão permanente, deve ser realizado para alcançar o eutiroidismo antes da realização do tratamento definitivo (com iodo radioativo ou tiroidectomia).

Nº 559 Artrite reumatoide no idoso: impacto da negligência e do subdiagnóstico

Raquel M. Vieira(1); Carlos Costa(1); Paula Mesquita(1); Sara P. Bravo(1); João Diogo Faustino(1); João Fonseca(1); Sérgio Costa Monteiro(1); Cláudia Rosado(1); Mónica Mata(1); Rosa Jorge(1)

(1) CH Baixo Vouga – Aveiro

Introdução: A artrite reumatoide (AR) pode manifestar-se em idade avançada em 10-30% dos casos, geralmente sob forma de síndrome constitucional e incapacidade funcional, muitas vezes desvalorizados aquando do contacto com os serviços de saúde.

Caso Clínico: Homem, 7(1) anos, fumador, autónomo, com adenopatias em estudo, apresenta anorexia, emagrecimento, poliartralgias periféricas inflamatórias (mãos, joelhos, tibiotársicas e pés) desde há (1) ano, e declínio funcional rápido nos últimos 2 meses, com perda total de autonomia. Sem febre ou perdas hemáticas. Ao exame objetivo, sarcopenia marcada e anquilose, humor deprimido e artrite das referidas articulações. No estudo analítico, anemia microcítica hipocrómica, hiperferritinemia, velocidade de sedimentação 140 mm, proteína C reativa 101,4 mg/L, fator reumatoide > 1400 UI/mL e anticorpos anti-peptídeo citrulinado cíclico > 320 UI/mL. Serologias e virologias negativas. Ensaio de libertação do interferão gama negativo. Tomografia computorizada torácica com adenopatias estáveis, cuja biópsia revelou tecido linfoide reativo. Assumida artrite reumatoide seropositiva em fase avançada e iniciou prednisolona 20mg/dia, metotrexato 7,5mg/semana, ácido fólico 5mg/dia e reabilitação funcional, com franca melhoria dos sintomas e recuperação total da autonomia.

Discussão: O diagnóstico e tratamento precoces da AR são essenciais e a frequente negligência dos sintomas, por vezes inespecíficos e associados a neoplasias no idoso, leva ao subdiagnóstico de formas graves e incapacitantes de AR nesta faixa etária, com grande impacto na qualidade de vida.

Nº 560 A Medicina Interna e a Fratura Patológica da Anca no Idoso

Ana Sofia Reis(1); Inês Soares(1); Adriana Guedes(1); Ana Mondragão(1); Mariana Gonçalves(1); Tiago Fernandes(1); Rafaela Veríssimo(1); Fátima Sofia Silva(1)

(1) CHVN Gaia

A fratura da anca no idoso é, na sua maioria, traumática associada a osteoporose. No entanto, sobretudo nesta faixa etária, devem ser equacionadas outras causas, nomeadamente neoplasias, infeção, osteomalácia e doença de Paget. É na suspeição e investigação etiológica da fratura patológica que o Internista pode intervir e modificar o prognóstico do doente. O plasmocitoma ósseo isolado é um diagnóstico raro, duas vezes mais comum nos homens e diagnosticado maioritariamente entre os 55 e os 65 anos.

Caso clínico: Sexo masculino, 82 anos, autónomo. Clínica de coxalgia e gonalgia direitas após exercício fisico, interpretada inicialmente como distensão muscular. Um mês depois admitido no Serviço de Urgência por total incapacidade funcional e encurtamento do membro inferior direito que iniciou após dor intensa e súbita a descer escadas, sem história de trauma. Diagnosticado com fratura subtrocantérica direita. Após cirurgia ortopédica pedida colaboração de Medicina Interna para investigação etiológica. Do estudo: sem anemia, hipercalcémia ou lesão renal aguda, TAC toracoabdominopélvico sem alterações de relevo. Biópsia do fémur demonstrou neoplasia de plasmócitos com restrição de cadeias kappa. Eletroforese de proteínas séricas normal, imunofixação sérica sem

gamapatia monoclonal, biópsia medular com 3.3% de plasmócitos com características anormais em 80%. Portanto, diagnóstico de plasmocitoma do fémur isolado. Atualmente sob radioterapia no Instituto Português de Oncologia.

Apesar de serem menos comuns, perante uma fratura patológica é mandatório um estudo etiológico abrangente. Dada a grande diversidade de etiologias, o seu diagnóstico e tratamento atempado pode ser essencial no prognóstico e qualidade de vida do doente. Salienta-se também a importância da colaboração da Medicina Interna - uma especialidade que aborda o doente de forma holística - com outras especialidades, nomeadamente as Cirúrgicas.

Nº 561 Síndrome inflamatória sistémica associada a prótese total da anca

Carlos Grijó(1); Ana Margarida Fonseca(1); Paula Matias(1); Luís Flores(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

A anemia e as síndromes inflamatórias são tópicos fundamentais da Medicina Interna. Como internistas, cabe-nos questionar as causas que podem provocar estas alterações. Este caso relembra o papel da rejeição de prótese da anca, mesmo após vários anos de implantação, como possível causa de anemia mediada pela resposta inflamatória. Mulher de 83 anos com colocação de prótese total da anca bilateral em 2000, seguida em consulta de Medicina Interna para controlo de fatores de risco vascular, em doente com doença coronária. Detetada, em 2014, anemia normocítica normocrómica, com hemoglobina de 11.0g/dL e hipoalbuminemia. Do estudo efetuado com ferritina alta, sem défice de vitamina B12 ou ácido fólico; função tiroideia e eletroforese de proteínas séricas normais. Endoscopia digestiva alta com gastrite crónica H. pylori negativa. Esfregaço de sangue periférico sem alterações da série eritróide. Aumento progressivo de parâmetros inflamatórios com elevação da velocidade de sedimentação (máxima de 63mm/1h) e de proteína C reativa. Seguida em consulta de Ortopedia por dor na anca direita. Sinais radiológicos de descentramento dos componentes femorais em relação aos acetabulares na prótese da anca à direita e alguns sinais sugestivos de doença das partículas, desde 2018. Em novembro de 2021, por dor intensa na anca à direita, diagnosticada luxação da PTA homolateral, tendo sido internada para revisão da mesma. Após substituição da prótese remissão progressiva dos parâmetros inflamatórios com resolução da anemia e hipoalbuminemia. Com o envelhecimento da população e melhoria da segurança das intervenções cirúrgicas a substituição da anca tem-se tornado cada vez mais frequente, aumentando, também, o conhecimento que temos das suas complicações. Este tipo de próteses tem uma duração estimada entre 15 e 25 anos havendo um papel importante de partículas da prótese na mediação de resposta inflamatória o que pode levar a manifestações sistémicas variadas, nomeadamente anemia.

Nº 562 Pan-hipopituitarismo no idoso

Ana Paiva Santos(1); Inês Almeida Pintor(1); João Faia(1); Clara Pinto(1); José Miguel Martins(1); Pedro Lopes(1); Beatriz Pinheiro(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: A apresentação do hipopuiruitarismo está diretamente correlacionada com a deficiência de cada hormona hipofisária. O quadro sintomático pode ocorrer subitamente ou de forma mais gradual, consoante o grau de lesão da hipófise anterior. Já os

adenomas da hipófise podem estar associados a alterações da campimetria visual ou diplopia ou, ainda cefaleias.

Caso Clínico: Doente de 82 anos, sexo feminino, autónoma nas atividades de vida diárias. De antecedentes pessoais apresenta hipotiroidismo, hipertensão arterial, dislipidemia, síndrome depressiva, gastrite crónica e macroadenoma da hipófise não funcionante e com compressão do quiasma óptico, aguardando consulta externa de neurocirurgia. Recorre ao serviço de urgência por mal-estar generalizado, náuseas associadas a vómitos e anorexia com 2 dias de evolução. Há admissão apresenta-se com glicémia capilar de 46 mg/dL. É internada em enfermaria de Medicina Interna para continuação de prestação de cuidados. Analiticamente, apresenta défice da hormona ACTH, associado a hipocortisolismo, a diminuição das gonadotrofinas (tanto FSH, como LH e Testosterona total), prolactina normal e a hipotiroidismo central. Realiza TC da sela turca com presença de "alargamento da sela turca a qual está ocupada por lesão expansiva hipodensa e heterogénea, com morfologia em 8, medindo cerca de 13x22mm de maiores diâmetros, realçando à periferia, condicionando elevação do quiasma óptico e das artérias cerebrais anteriores". Pedida a colaboração de Endocrinologia por pan-hipopituitarismo, pelo que mantem terapêutica com levotiroxina 75mcg e inicia hidrocortisona 15mg ao pequeno-almoço, 10mg ao almoço e 5mg ao jantar.

Tem alta para seguimento em consulta de endocrinologia e de neurocirurgia; encontra-se hemodinamicamente estável, a tolerar dieta oral e sem novos episódios de hipoglicémias.

Discussão: Os adenomas hipofisários são a causa mais frequente de massa da sela turca e são classificados consoante o tipo de células em que ocorrem, podendo estar associados ao aumento da secreção das hormonas produzidas por esse tipo de células e/ou à diminuição hormonal pelo efeito compressivo da massa. Aquando do diagnóstico de massa da sela turca, é fundamental a avaliação das hormonas produzidas no complexo hipotálamo-hipófise.

Nº 563 Síndrome demencial – quando o tratamento existe

Jéssica S. Krowicki(1); Carolina Vilafanha(1); Bárbara Paracana(1); Clara Pinto(1); Ana Sofia Montez(1); Susana Cavadas(1)

(1) CH Baixo Vouga – Aveiro

Introdução: O hiperparatiroidismo primário caracteriza-se por uma estimulação excessiva da hormona paratiroideia (PTH) condicionando níveis elevados de cálcio no sangue. Embora na maioria dos casos seja diagnosticado numa fase assintomática a sintomatologia associada pode ser diversa e varia com a idade, sendo os sintomas neurológicos e psiquiátricos mais frequentes nos mais idosos.

Caso Clínico: Mulher, de 87 anos, com suspeita de quadro demencial incipiente. Admitida no Serviço de Urgência por alteração do comportamento (períodos de agitação motora e prostração), tendo história de queda com traumatismo crânio-encefálico duas semanas antes. Do estudo analítico realizado destacava-se um cálcio sérico de 15.5mg/dL e PTH >2000. Iniciada correção de hipercalcémia com fluidoterapia intensiva e ácido zolendrónico, ficando a doente internada no serviço de Medicina Interna. Do estudo etiológico realizado, a TC-TAP demonstrou "tiróide globosa, com esboço nodular bilateral, mais evidente à direita". Assim, solicitada cintigrafia das paratiróides que revelou " foco com captação anormal e muito aumentada do radiofármaco da região posterior do lobo direito da tiróide suspeito para adenoma de glândula paratiróide direita." Restante estudo complementar sem evidência de lesões à distância. Após correção dos níveis de cálcio, verificou-se resolução completa do quadro neuropsiquiátrico. De momento aguarda decisão de abordagem cirúrgica.

Discussão: Neste caso, o quadro neuropsiquiátrico fez, numa fase inicial, suspeitar-se de um quadro demencial incipiente, mas o diagnóstico foi alcançado pela correlação cuidadosa entre os dados clínicos e laboratoriais. Uma vez que o hiperparatiroidismo, quando tratado, tem um elevado potencial de reversão de sintomas, a sua identificação como causa de demência torna-se crucial.

Nº 564 Uma causa rara de síndrome colinérgico

Daniela Salgueiro(1); Ana Rita de Oliveira(1); Ângela Paredes Ferreira(1); Marta Batoca Sousa(1); Miguel Reis Costa(1); Nuno Pardal(1); Ana Sofia Costa Matos(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

O síndrome colinérgico resulta da estimulação excessiva dos recetores da acetilcolina. Pode ocorrer por exposição a tóxicos, como organofosforados, dose excessiva de inibidores das acetilcolinesterases, como no tratamento da miastenia gravis, ou reversão de bloqueio neuromuscular. Em raras situações pode ser desencadeado por efeito rebound após suspensão de fármacos que bloqueiam os recetores de acetilcolina.

Mulher, 79 anos, com síndrome demencial, medicada com levomepromazina, lorazepam e trazodona. Recorre ao Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência. Apresentava-se prostrada, hipotensa, com insuficiência respiratória tipo (1) e má perfusão periférica. Do estudo realizado, com lesão renal aguda (Cr 1.43mg/dL) e proteína C reativa 18.10 mg/dL. Radiografia do tórax com condensação à direita e tomografia computorizada crânio-encefálica sem alterações de relevo. Assumida sépsis com ponto de partida em pneumonia e iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone e azitromocina que, por desenvolvimento de rash cutâneo, foi substituída por levofloxacina. Apesar de fluidoterapia, sem melhoria do perfil tensional, pelo que foram excluídas causas adicionais de hipotensão, como hipotiroidismo ou hipocortisolismo. Após 48h de internamento desenvolveu miose, sialorreia, bradicardia, broncospasmo e dejeções líquidas. Pedido doseamento de colinesterase, sem alterações. Dada suspensão abrupta de medicação de ambulatório e suspeita de síndrome colinérgico de rebound, reiniciados fármacos antipsicóticos e antidepressivos bem como iniciada terapêutica com butilescopolamina, tendo-se obtido a resolução do quadro em 24 horas.

O síndrome de rebound ocorre devido à hipersensibilidade de recetores após suspensão abrupta de um fármaco/substância inibidora. Destaca-se deste caso a necessidade de alerta para as diferentes propriedades dos agentes antipsicóticos e antidepressivo tão amplamente utilizados na prática clínica e das possíveis implicações da sua suspensão abrupta.

Nº 565 Doença bolhosa autoimune do idoso – apresentação atípica

Marta Batoca Sousa(1); Ana Rita de Oliveira(1); Ângela Paredes Ferreira(1); Daniela Salgueiro(1); Miguel Reis Costa(1); Nuno Pardal(1); Ana Nascimento(1)

(1) Hospital Viana do Castelo

Introdução: O penfigóide bolhoso é uma doença cutânea autoimune crónica, com uma incidência de 0,2 a 3 casos por 100000 pessoas/ano, mais frequente em idosos. Carateriza-se pela formação de bolhas subepidérmicas tensas distribuídas pela superfície corporal. O diagnóstico estabelece-se por biópsia cutânea (histologia e imunofluorescência direta) e testes serológicos (deteção de anticorpos anti-membrana basal BP180 e 230).

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 78 anos, com múltiplas comorbilidades, mas sem alterações recentes na medicação habitual ou hábitos alimentares. Observado no serviço de urgência por aparecimento, ao longo das duas últimas semanas, de bolhas com conteúdo líquido transparente, de diferentes tamanhos, dolorosas ao toque e associadas a algum prurido, a nível dos membros e região escrotal. Objetivamente, com algumas bolhas, erosões de base hemática e outras lesões em crosta. Iniciado tratamento com Prednisolona 40 mg 1x/dia e Betametasona tópica 2x/dia. À data da alta do internamento, acentuada melhoria da atividade inflamatória com áreas de re-epitelização, e sem lesões bolhosas novas. Histologia cutânea compatível com penfigóide bolhoso; anticorpos anti BP180 e BP230 negativos. Manteve corticoterapia durante 6 semanas, sem recrudescência das lesões após suspensão.

Discussão: A apresentação do penfigóide bolhoso pode assemelhar-se a outras entidades clínicas. Em particular, as formas atípicas, com atingimento localizado (sobretudo membros inferiores, genitais e locais de trauma), podem ter diagnóstico mais difícil e atrasar o início de tratamento adequado. É, por isso, importante um elevado índice de suspeição, pois se não tratado é uma doença potencialmente fatal, mas com tratamento sistémico, a maioria dos doentes alcança a remissão em 2 a 10 meses.

Nº 566 Disfagia orofaríngea de causa menos habitual, ou talvez não.

Sofia Gomes Rocha(1); Francisca Ferraz de Liz(1); Andreia Salgadinho Machado(1); Maria Francisca Gonçalves(1); Diogo Marques Morgado(1); José Guia(1); Cândida Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A disfagia orofaríngea, tem múltiplas etiologias potenciais e caracteriza-se pela dificuldade em iniciar a deglutição. Pode acompanhar-se de regurgitação nasofaríngea, aspiração e sensação de bolo alimentar a nível faríngeo. Apresenta riscos como desnutrição e pneumonia aspirativa.

Caso clínico: Homem de 74 anos, com síndrome demencial, parcialmente autónomo, internado por pneumonia adquirida na comunidade e insuficiência cardíaca descompensada. Durante o internamento evidenciou intolerância alimentar a dieta pastosa, com microaspirações, sem outras alterações ao exame neurológico. Realizou Tomografia Crânio-Encefálica (TC CE) que não revelou alterações significativas. Foi observado por Otorrinolaringologia que confirmou disfagia para líquidos com dessaturação de O2 durante a prova. Ao colocar sonda nasogástrica, deteta-se uma proeminência da parede faríngea a impossibilitar o encerramento da via aérea. A TC cervical descreveu um exuberante osteófito anterior a nível de C4-C5, a moldar o lúmen do andar supra-glótico. O doente foi proposto para Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) como método alternativo e definitivo de alimentação. Enquanto aguardava a intervenção, iniciou quadro de dispneia, dessaturação e instabilidade hemodinâmica. A radiografia de tórax mostra consolidação pulmonar esquerda. Assumida pneumonia de aspiração que condicionou rápido agravamento clínico do doente, tendo falecido.

Discussão: Na literatura consultada, a osteófitose cervical anterior afeta 20-30% dos idosos, sendo responsável por 1.6% das causas identificáveis de disfagia nesta população. Em doentes idosos, mais fragilizados e propensos a processos degenerativos, com quadro de disfagia, deverão ser despistadas causas estruturais, para se proporcionar uma abordagem dirigida e prevenir complicações. Admite-se perante a elevada prevalência de disfagia em idosos, que esta possa ser uma causa subdiagnosticada.

Nº 567 Síndrome maligno dos neurolépticos – um caso invulgar de evolução prolongada

Beatriz Ribeiro(1); Mafalda Neves(1); Catarina Forra(1); Rui Parente(1); Diana Brites(1); Olga Korobka(1); Rui Isidoro(1); Alexandre Louro(1); Paulo Costa(1); Paula Paiva(1); Maria Eugénia André(1)

(1) Hospital Amato Lusitano

Introdução: O síndrome maligno dos neurolépticos (SMN) é um diagnóstico clínico, associado ao uso de neurolépticos, com maior prevalência em doentes com diagnóstico psiquiátrico prévio, medicados cronicamente em doses estáveis. É mais frequente durante as duas primeiras semanas de tratamento, sendo independente da dose, idade ou sexo.

Apesar de existirem relatos de casos com evolução prolongada, é um síndrome fatal em 10-20% dos doentes, ou que se resolve dentro de duas semanas, e que se caracteriza por uma tétrade clássica: alterações do estado mental, rigidez, febre e disautonomia.

Discussão do caso:

Mulher, de 34 anos, esquizofrénica, medicada cronicamente com buspirona, paliperidona e clozapina, com apresentação da tétrade clássica deste síndrome, após ajuste terapêutico com início de olanzapina e incremento da dose de clozapina. Apresentava também manifestações atípicas como mutismo, discinesia, tremor, sialorreia, disfagia e diaforese profusa. Analiticamente apresentava rabdomiólise, leucocitose, distúrbios hidroleletolíticos e acidose metabólica.

Após exclusão de múltiplos diagnósticos diferenciais, com perfil auto-imune sem alterações, exames de imagem e estudo do líquor com exclusão de doenças estruturais e infeções do sistema nervoso central, bem como electroencefalograma com atividade de ondas lentas generalizada, comum nestes casos, que excluiu estado de mal epilético, assumiu-se diagnóstico provável o SMN, optando-se pelo internamento na Medicina Intensiva.

Suspendeu todos os neurolépticos e iniciou terapêutica de suporte, tendo sido fundamental o tratamento de intercorrências infeciosas.

Iniciou tratamento com dantroleno e de bromocriptina, observando-se uma evolução desfavorável, com manutenção de défices neurológicos permanentes.

Conclusão: Dado o elevado risco de subdiagnóstico desta patologia, e apesar da evolução desfavorável, é importante realçar o quadro de evolução prolongada, pouco comum nestes síndromes, numa doente com poucos fatores de risco, sob uma baixa de dose de neurolépticos.

Nº 568 Mercúrio como causa rara de acidente ocupacional em Portugal

Inês de Amorim Pereira(1); António Lamas(1); Tiago Almeida(1); Rita Ribeiro Dias(1); Teresa Faria Mendonça(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Introdução: O mercúrio é um metal pesado com potencial para causar um impacto negativo na saúde humana, além do impacto ambiental. A sua toxicidade é condicionada pela sua fórmula química e pela fonte de intoxicação. Os sintomas provocados dependem maioritariamente se a intoxicação é aguda ou crónica. O tratamento quelante está recomendado nos casos de intoxicação aguda sintomática e no controlo dos efeitos de intoxicações crónicas.

Caso Clínico: Homem de 49 anos, autónomo, a trabalhar como ourives. Fumador (30 UMA) e com antecedentes de narcolepsia e catalepsia.

Dois dias antes da admissão sofreu acidente ocupacional com exposição a mercúrio elementar sob a forma de vapor, ácido nítrico e cianeto. Recorreu por quadro de febre, dispneia, odinofagia, tosse produtiva mucoide e cefaleias. Objetivamente com queilite angular e sinais de mucosite.

Apresentava insuficiência respiratória hipoxémica e elevação de parâmetros inflamatórios. Radiografia torácica com infiltrados bilaterais e TC com áreas de densificação em vidro despolido mais extensas no campo pulmonar direito. Sem evidência de disfunção neurológica, renal ou hepática.

Doseamento de mercúrio acima do limiar de toxicidade (287 mcg/L no sangue e de 45(1) mcg/L na urina 24 horas).

Iniciado tratamento quelante com dimercaprol. Melhoria sintomática gradual com resolução da insuficiência respiratória.

Repetidos doseamentos de mercúrio em urina de 24 horas ao longo do internamento para monitorização do tratamento. Alta com indicação para evicção da exposição, repetiu imagem torácica que documentou diminuição da inflamação.

Discussão/Conclusão: A intoxicação por mercúrio é uma condição tratável e os seus efeitos controláveis, se a exposição não se perpetuar no tempo. Quando isto não acontece pode levar a complicações como pneumonite severa, necrose tubular renal e disfunção neurológica. Nesse sentido, este caso pretende destacar a importância de um correto diagnóstico e de um início precoce do tratamento.

Nº 569 Síndrome de Lemierre do século XXI: um caso clínico da era do antibiótico

Inês Ladeira Figueiredo(1); Francisco Guimarães(1); Cristina Duarte(1); Paulo Gomes(1); Luísa Fontes(1); Maria Menezes(1); Bárbara Flor de Lima(1)

(1) MEDICINA - JMS - HOSPITAL DA CUF - DESCOBERTAS

Introdução: A síndrome de Lemierre (SL) é caracterizada por trombose da veia jugular interna (VJI) secundária a infecção por anaeróbios na região da cabeça e pescoço, complicada por bacteriémia e embolização à distância. É rara na era do antibiótico mas pode condicionar importante morbi-mortalidade se não for estabelecido um diagnóstico precoce. Afecta jovens após amigdalite/faringite (87,1%) ou menos frequente após uma otite ou sinusite. A pertinência deste caso xlínico centra-se na raridade do mesmo, bem como na gravidade do quadro com uma apresentação clínica rica e variada.

Caso Clínico: Homem, 19 anos, sem antecedentes e sem medicação habitual. Recorre à urgência por quadro com 6 dias de evolução de febre 40ºC que não cede a anti-inflamatórios, calafrios e odinofagia. À admissão com amígdalas com exsudado purulento e áreas de necrose, adenopatias cervicais e baço palpável até à crista ilíaca. Analiticamente com 20 000 leucócitos, trombocitopenia de 10 000 plaquetas, PCR 28 mg/dL, DDímeros 13 000, monoteste e IgM para EBV positivos. No internamento com agravamento do quadro respiratório, dor pleurítica, dessaturação e necessidade de aumento de aporte de oxigénio até alto fluxo. Fez Angio-TC cervical, torácica e abdominal que documentou trombose da VJI direita, exsudados algodonosos e focos de vidro despolido em padrão crazypaving bilaterais com cavitação à direita e esplenomegália. Nas hemoculturas isolado MSSA e *Fusobacterium necrophorum*. Diagnosticado SL, cumpriu antibioterapia com ertapenem e metronidazol com melhoria, bem como hipocoagulação com enoxaparina.

Discussão: O *Fusobacterium necrophorum*, anaeróbio, comensal da flora oral e gastrointestinal é o agente mais frequente (81%). Invade os tecidos periamigdalinos e paratraqueais, que contêm a veia jugular interna, originando fenómenos trombóticos.

A disseminação hematogénica resulta em abcessos pleuropulmonares (95%), articulares, hepáticos, esplénicos, ósseos e meníngeos. Este quadro inicialmente com evolução desfavorável e necessidade de cuidados intensivos acabou por apresentar um desfecho muito favorável pela possibilidade de isolamento precoce do microorganismo e antiobioterapia dirigida a anaeróbios. Também a presença de trombose da VJI foi de extrema importância por ter levantado de imediato a suspeita deste diagnóstico.

Nº 570 Enfisema subcutâneo: um desafio diagnóstico em Urgência

Tetiana Baiherych(1); Viktor Baiherych(1); Patrícia Simões(1); Mafalda Sousa(1); Ana Garrido Gomes(1); Sandra António(1); Luís Siopa(1)

(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: O enfisema subcutâneo é uma condição clínica caracterizada pela presença de ar no tecido subcutâneo do pescoço e da face em contexto de técnicas invasivas, procedimentos cirúrgicos e algumas patologias médicas, nomeadamente perfuração do trato gastrointestinal. A apresentação clínica inclui tumefação cervico-facial, dispneia, crepitações à palpação cutânea e presença de sinal de Hamman (crepitações síncronas com batimentos cardiacos).

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 93 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade, gastrite cronica e história de hernioplastia há 3 anos. A doente recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia do início súbito após episódios de vómitos alimentares em grande quantidade com 6 horas de evolução. À avaliação inicial a doente estava consciente e orientada, apresentava tumefação região anterior do tórax e cervical com crepitações à palpação, polipneica em ar ambiente. Auscultação cardíaca com sons taquicárdicos e auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido e múltiplos sibílos bilaterias. Abdómen doloroso à palpação do hipocóndrio direito com defesa. Analiticamente apresentou-se aumento de parâmetros inflamatórios (G.B. 14.4x10E9 e PCR 2,6mg/dl) e alteração de função renal (ureia 75,2mg/dl e creatinina 1,3mg/dl). Rx tórax mostrou uma volumosa hérnia do hiato e sinais de pneumomediastino. Tomogragia do tórax efetuada revelou:"exuberante enfisema subcutâneo que envolve toda a região cervical com extensão ao longo de toda a parede toracica anterior e posterior até ao diafragma e associa-se pneumomedistino e pneumotórax justacentrimetrico direito; volumosa hérnia de deslizamento gástrico, contendo parte do estômago com ansa de delgado intra-herniana distendida com nível hidro-aéreo(...)". A evolução do quadro clínico foi fulminante, tendo a doente falecer por insuficiência respiratória progressiva após 3 horas de permanência no Serviço de Urgência.

Conclusão: Neste caso clínico salienta-se a aimportância da deteção precoce do enfisema subcutâneo através de um exame objectivo cuidadoso junto com meios complementares do diagnóstico. A abordagem imediata ao doente com suspeita de enfisemasubcutâneo é essencial para reduzir complicações e morbimortalidade associada.

Nº 571 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(4); Cláudia Agostinho(5); Ana Mesquita(4)

(1) MEDICINA - ULS MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO (2) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (3) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (4) Hospital Pedro Hispano (5) IPO Porto

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.

Nº 572 Uma causa rara de Síndrome de Dress

Francisco Barreto(1); Sofia Nóbrega(1); Carolina Carvalhinha(1); Rui Fernandes(1); Carolina Henriques(1); Carina Graça(2); Margarida Câmara(2); Carlos Alberto Pereira(2); Júlio Nóbrega(2); Rafael Freitas(1)

(1) CH FUNCHAL - MARMELEIROS (2) Hospital Dr. Nélio Mendonça

As alterações cutâneas correspondem a um efeito adverso extremamente comum da terapêutica farmacológica. Os anti- epiléticos, por sua vez, são uma classe farmacológica frequentemente associada a síndrome de DRESS, uma entidade potencialmente ameaçadora de vida, primeiramente diagnosticada em associação à fenitoína em 1959, caracterizada por rash cutâneo generalizado, febre, alterações hematológicas e envolvimento de um ou mais órgãos internos. Os autores apresentam um caso raro de síndrome de DRESS associado ao levetiracetam.

Homem 35 anos, institucionalizado e totalmente dependente, antecedentes de esquizofrenia internado na sala de observação da urgência por quadro de estado mal epilético convulsivo de novo. Iniciou terapêutica com valproato de sódio e levetiracetam, sem melhoria do quadro, com evolução para estado de mal refratário com necessidade de cuidados intensivos após iniciação de anestésico (propofol). Por estado de mal epiléptico super-refratário foi ainda introduzido o perampanel, com controlo do quadro. À 4º semana

após início de anticonvulsivantes, surgimento de exantema maculopapular exuberante disperso por todo o corpo com afeção das mucosas que desaparecia à digitopressão, pruriginoso associado a febre e analiticamente a eosinofilia, aumento dos parâmetros de fase aguda, das aminotransferases e lesão renal aguda, sem melhoria após corticoterapia e antihistamínico. Feito desmame progressivo de antiepiléticos, sendo que o rash só apresentou regressão total após a suspensão do levetiracetam, não recorrendo com a reintrodução dos restantes fármacos suspensos para controlo do quadro epilético. O doente acabou por falecer em contexto de choque séptico por pneumonia associada ao ventilador por Pseudomonas aeruginosa.

Com o presente caso, os autores pretendem relevar a importância de considerar fármacos menos comuns em contexto de doentes com síndrome de DRESS, contribuindo no diagnóstico e suspensão precoce do agente agressor, minorando a morbimortalidade associada.

Nº 573 Insuficiência adrenal secundária - uma causa de choque refratário

Maria Inês Matos(1); Marta Carreira(1); João Paulo Bessa(1); Ricardo Guedes(1); Sandra Neto(2); Sofia Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE (2) Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira

Introdução: O panhipopituitarismo é definido pela ausência total ou parcial das hormonas produzidas pela pituitária anterior e posterior. Esta patologia associa-se a excesso de mortalidade principalmente pelo défice de cortisol causado pelo défice de hormona adrenocorticotrófica (ACTH) - insuficiência adrenal secundária.

Caso clinico: Mulher de 67 anos, com panhipopituitarismo secundário a cirurgia hipofisária por acromegalia em 2000, medicada com hidrocortisona 15mg/dia, levotiroxina 0.75mg/dia e octreotido mensal. Ativada a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) por alteração do estado de consciência. À chegada da equipa doente prostrada, sonolenta, sem resposta verbal, sem défices neurológicos focais; pressão arterial de 90/65mmHg, frequência cardíaca de 110bpm, temperatura de 40ºC, eupneica em ar ambiente, mal perfundida, glicemia 90mg/dL. Sem mais alterações ao exame objetivo. Segundo família com quadro de diarreia, vómitos e dor abdominal há dois dias. Iniciou fluidoterapia, paracetamol e bólus de hidrocortisona 100mg endovenosa, com melhoria progressiva do estado de consciência, normalização da frequência cardíaca e da tensão arterial. À chegada ao hospital melhoria progressiva do perfil tensional, mas com hipoglicemia que foi corrigida. Analiticamente com aumento de parâmetros inflamatórios e hiperlactacidemia. Internada por sépsis com ponto de partida em gastroenterite aguda e insuficiência adrenal aguda secundária.

Discussão: Este caso ilustra uma insuficiência adrenal aguda com choque, dor abdominal e hipoglicemia, numa doente com hipopituitarismo. Apesar desta apresentação ser mais comum em casos de insuficiência adrenal primária, devemos considerá-la nos doentes com insuficiência adrenal secundária. A rápida atuação da equipa da VMER, que considerou esta possibilidade na sua atuação pré-hospitalar, permitiu uma rápida recuperação da doente e evolução favorável.

Nº 574 Coagulação Intravascular Disseminada com um desfecho fatal

Mafalda Duarte(1); Vasco Tiago(1); Sofia Prada(1); Leonor Neves(1); Rita Penaforte(1); Raquel Sousa(1); Sofia Furtado(1)

(1) Hospital Amadora/Sintra

A Coagulação Intravascular Disseminada (CID) é um processo sistémico trombótico e hemorrágico com elevada mortalidade.

Apresentamos o caso de um homem de 47 anos, com consumos alcoólicos importantes, que recorreu ao hospital por gengivorragia incontrolável após fratura de peça dentária. A destacar a presença de anemia, trombocitopenia, D-Dímeros elevados, fibrinogénio diminuído, INR e aPTT aumentados, cumprindo critérios de CID. Ainda a referir citocolestase com hiperbilirrubinémia, fator VIII normal (sugestivo de hiperfibrinólise hepática) e evidência de doença hepática crónica (DHC) em exame de imagem. Quanto ao estudo etiológico a referir ausência de critérios de hemólise (haptoglobina indoseável, Coombs negativo), morfologia de sangue periférico sem esquizócitos ou blastos e biópsia osteomedular e mielograma sem alterações sugestivas de leucemia promielocítica aguda. Ainda a destacar vírus de imunodeficiência humana, hepatites e Epstein Barr negativos; ferritina superior a 1000 e saturação de transferrina 97% com estudo genético de hemocromatose que se veio a revelar negativo; cobre sérico e alfa-fetoproteina normais. Tendo em conta presença de febre, IGRA, IgE e velocidade de sedimentação elevadas e adenopatias em TC tórax, realizou lavado broncoalveolar com microbiologia e PCR *Mycobacterium tuberculosis* negativos. Ao longo do internamento o doente apresentou melhoria paulatina, tendo realizado várias unidades de concentrado eritrocitário, plasma, complexo de protrombina, fibrinogénio e ainda fitomenadiona. Acabou por se assumir discrasia hemorrágica com CID crónica agudizada em contexto de DHC alcoólica. O doente acabou por ter alta hospitalar com indicação para seguimento em consulta. Passadas 3 semanas recorre novamente ao hospital por hemorragia gengival maciça após extração de várias peças dentárias. O doente evoluiu desfavoravelmente com depressão do estado de consciência e identificação de volumosas hemorragias intraparenquimatosas, hemorragia subaracnoideia com efeito de massa importante e herniação, sem indicação neurocirurgica, tendo o doente acabado por falecer.

Este caso clínico alerta-nos para a importância de uma abordagem sistematizada e multidisciplinar da CID e da identificação e tratamento da sua etiologia de base para melhorar o seu prognóstico.

Nº 575 Complicação rara de uma fratura de osso longo

Antonio Cardoso Fernandes(1); Pedro Pinto(1); Patrícia Araújo(1); Fernando Lemos(1); João Poço(1); Cátia Barreiros(1); Carmélia Rodrigues(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital Santa Luzia

Introdução: A embolia gorda é uma situação rara, associada a presença de tecido adiposo na circulação, particularmente na circulação pulmonar, que, quando severa, se encontra associada a insuficiência respiratória, alterações neurológicas variadas e até morte.

Caso Clínico: Masculino, 27 anos. Fumador (10 UMA). Autónomo. Trazido ao Serviço de Urgência após acidente de viação, sendo diagnosticada fratura da diáfise femoral esquerda e internado em Ortopedia. No 1.º dia de internamento, foi pedida colaboração de Medicina Interna por dessaturação e febre. À observação, encontrava-se polipneico,

com SpO2 (2 L/min por cânula nasal) 95%, normotenso, taquicárdico (126 bpm) e febril (T 38.7ºC). Petéquias conjuntivais. Electrocardiograma com taquicardia sinusal. Gasometria arterial, com insuficiência respiratória hipoxémica. Suspeitado Tromboembolismo pulmonar, realizou AngioTC das artérias pulmonares no qual "são aparentes múltiplos pequenos defeitos de preenchimento em ramos segmentares distais bilateralmente traduzindo embolia pulmonar". Parênquima pulmonar "com extensa densificação em vidro despolido bilateral, com presença de áreas de densificação centrilobular, num padrão descrito no contexto de embolia gorda.". Intervencionado por Ortopedia de forma urgente, com correção da fratura. Admitido em UCI onde se manteve em ventilação espontânea, com progressivo desmame da oxigenoterapia e com resolução da febre. Alta assintomático.

Discussão: A maioria dos casos de embolia gorda encontra-se associada a fratura de ossos longos ou fraturas pélvicas, com manifestações a ocorrer 24 a 72 horas após o insulto inicial. Continua a ser um desafio diagnóstico, sendo importante o rápido reconhecimento e instituídas medidas terapêuticas que passam pela correção da fratura para impedir nova embolização.

Nº 576 Toxicidade induzida por bicarbonato de sódio: uma complicação rara mas potencialmente fatal

Mário Gil Fontoura(1); Luís Fernandes(1); Filipe Machado(1); Penélope Correia(1); Teresa Pereira(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

O bicarbonato de sódio está presente em várias medicações de venda livre e é utilizado pela população geral para vários propósitos, como o tratamento de náuseas e pirose. Não tão bem conhecidos pela população são as complicações associadas, que podem levar a toxicidade significativa e ser potencialmente fatais.

Neste caso clínico apresentamos uma mulher de 45 anos com antecedentes patológicos de neoplasia mamária localmente invasiva já tratada com ciclo de radio e quimioterapia e sem evidência de recidiva há vários anos. Deu entrada no Serviço de Urgência por quadro de náuseas, vómitos e dor abdominal generalizada com início há cerca de (1) mês mas com astenia e perda ponderal há 6 meses, para os quais começou produtos aconselhados pela ervanária local e cujos nomes não soube especificar inicialmente na admissão. A doente apresentava-se hipotensa, com vómitos, evidencia de desidratação e na gasimetria com alcalose metabólica grave (pH: 7.8(1); PaCO2: 56 mmHg; HCO3-: 87 mmol/L) e hipocaliemia severa. Procedeu-se à revisão dos vários produtos comprados na ervanária e identificou-se que vários tinham bicarbonato de sódio na sua composição. Iniciou-se tratamento no imediato e a doente foi posteriormente admitida na Unidade de Cuidados Intermédios Médicos. Após estudo diagnóstico exaustivo em internamento foi identificada, em endoscopia digestiva alta, uma estenose pilórica decorrente de neoformação gástrica localmente avançada que se viria a identificar como carcinoma. A doente foi apresentada em consulta de grupo Oncológico e iniciou quimioterapia primária, que se encontra a cumprir.

Em conclusão, destaca-se a importância da colheita de uma história clínica detalhada, com elevada suspeição para o consumo (declarado ou não) de produtos percecionados pela população como naturais e inofensivos, que permitam identificar a sua causa e iniciar terapêutica prontamente para uma resolução deste distúrbio, que se pode mostrar fatal.

Nº 577 :ARDS a SARS-CoV2 e barotrauma

espontâneo: a propósito de um caso clínico

Catarina Semedo Graça(1); Vera Guerreiro(1)

(1) CH Baixo Alentejo - Beja

Introdução: O risco de barotrauma em doentes com Pneumonia com ARDS é elevado em especial associado a SARS-CoV2, sendo esta complicação resultante na maioria dos casos da ventilação mecânica invasiva quer pela elevada pressão quer pelo elevado volume. Esta complicação também está descrita, com menor risco, na ventilação não invasiva mas é rara na ausência de manipulação da via aérea.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 67 anos, autónomo, com antecedentes de tabagismo no passado, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 não insulino-tratado e sem vacinação a COVID. Recorre ao SU por dispneia com 24h de evolução e agravamento progressivo. À avaliação com polipneia e insuficiência respiratória aguda grave e multiplex de infeção respiratória com deteção de SARS-CoV2, sendo internado sob metilprednisolona 6mg e oxigenoterapia por MV com FiO2 36%.

Por agravamento respiratório progressivo foi transferido para o SMI ao 5º dia de internamento, onde permaneceu sob ONAF 60l/min e FiO2 entre 80 e 100% durante 10 dias. Por persistência de cansaço fácil e necessidade mantida de ONAF realizou TC-Torácica com evidência de penumomediastino não associado a coleções organizadas. Teve alta ao 37º dia de internamento com oxigenoterapia de curta duração e cinesioterapia respiratória. Consulta de follow-up após 2 meses com melhoria das queixas de cansaço, sem necessidade de oxigenoterapia, sem evidência de pneumomediastino e melhoria global das lesões em vidro despolido, porém com padrão restritivo grave em espirometria.

Discussão: Este caso permite alertar para a possibilidade de barotrauma espontâneo em situações de Pneumonia com ARDS, em especial a COVID e em doentes com insuficiência respiratória grave prolongada. A relação entre estes acontecimentos ainda não está totalmente estabelecida, mas a evidência parece apontar para as altas pressões que se formam nas vias aéreas, mesmo na ausência de manipulação da via aérea possam geral barotrauma.

Nº 578 Trombose venosa da jugular anterior – uma causa rara

Ana Catarina Garcia(1); Catarina Negrão(1); Aurora Gomes Zanga(1); Cândida Rocha(1); Marta Jonet(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A trombose venosa profunda primária espontânea da extremidade superior é rara e pode ocorrer devido a alterações anatómicas que causam compressão do sistema de drenagem venoso da cabeça e pescoço.

Caso: Sexo masculino, 47 anos, natural de Lisboa, fumador 60UMA, sem doenças conhecidas, recorreu ao serviço de urgência por tumefação na região cervical anterior esquerda com 6 meses de evolução, agudizado na última semana com dor e sinais inflamatórios. Sem alterações a destacar na observação, à exceção de empastamento palpável na região cervical anterior lateral esquerda com sinais inflamatórios (rubor, calor e dor à palpação), móvel, não aderente aos planos profundos, sem adenopatias cervicais, supraclaviculares e axilares palpáveis. Realizou estudo imagiológico com eco-doppler cervical a revelar trombose aguda da veia jugular anterior. Dada estabilidade hemodinâmica, sem compromisso da via aérea, teve alta anticoagulado e encaminhado para consulta de medicina interna para estudo etiológico. À reavaliação mantinha empastamento

cervical anterior palpável de consistência elástica, móvel em relação aos planos adjacentes e profundos, sem sinais inflamatórios. Pela idade foi realizado estudo de síndromes pro-trombóticos, autoimune e serologias virais que foi inocente e tomografia computadorizada da cabeça e pescoço a destacar lesão de conteúdo líquido não puro na região cervical anterior, justa tiroideia, sugestivo de quisto do canal tiroglosso, sendo admitida trombose venosa da jugular anterior por compressão e inflamação de quisto do canal tiroglosso adjacente.

Conclusão: Perante um primeiro episódio de trombose venosa em localização não habitual em homem jovem deve ser investigada etiologia compressiva da estrutura vascular, sobretudo perante história sugestiva com alterações anatómicas crónicas.

Nº 579 Quando depois da tempestade ainda não vem a bonança

MARGARIDA DIAS AGUDO GOMES NETO(1); Francisca Saraiva Santos(1); Carolina Robalo(1); Ana Reis(1); António Pessoa(1); Sónia Serra(1); Ermelinda Pedroso(1)

(1) Centro Hospitalar de Setubal

Introdução: A intoxicação por monóxido de carbono é comum durante o inverno. Mediante o tempo e a intensidade de exposição os efeitos são variados. Podem traduzir-se em náuseas e cefaleias bem como dificuldade respiratória com evolução para eventos vasculares e cononários pela hipóxia. Nos casos mais graves pode ocorrer síncope e morte. O tratamento consiste em cessar o insulto bem como administrar oxigenoterapia e/ou realizar sessões em câmara hiperbárica.

Caso Clinico: Mulher, 77 anos, história de hipertensão arterial e obesidade é admitida na Urgência após exposição a monóxido de carbono desde há 12h. À admissão encontrava-se agitada e com desconforto torácico. Ao exame objectivo apresentava-se hemodinamicamente estável, apiretica, com saturações periféricas de 100% sob oxigenoterapia a 15L/min, pieira audível e auscultação pulmonar com broncoespasmo marcado. Na gasimetria verificou-se doseamento de carboxihemoglobina de 30%. Foi realizado eletrocardiograma que não apresentava alterações bem como o estudo analítico, incluindo doseamento de troponinas. Foi realizado tratamento médico para broncoespasmo e encaminhada para realização de sessão em câmara hiperbárica que decorreu sem intercorrências. Durante a permanência na urgência para vigilância foi reavaliada analiticamente verificando-se melhoria dos níveis de carboxihemoglobina mas com elevação seriada de troponinas (490pg/ml? 5652pg/mL?1173(1) pg/mL). Neste contexto foi realizado cateterismo que excluiu oclusão de vasos coronários, tendo-se admitido enfarte miocárdio tipo 2 em contexto de hipóxia. Foi realizado tratamento conservador com antiagregação e encaminhada doente para consulta de cardiologia à data de alta.

Discussão: Apesar os efeitos iniciais pela intoxicação por monóxido de carbono poderem ser reversíveis, devemos estar atentos às complicações tardias. Neste contexto, este caso clinico alerta-nos para a necessidade de vigiar doentes após insultos graves com intuito de actuarmos de forma célere perante ocorrência de patologias tardias, melhorando assim o prognóstico.

Nº 580 Síndrome pulmão rim em Vasculite ANCA MPO – um caso clínico

Carolina Anjo(1); Inês Rento(1); Joana Gomes da Cunha(1); Fernando F. Ribeiro(1); Gabriel Atanásio(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A síndrome pulmão rim (SPR) é caraterizada pela coexistência de glomerulonefrite rapidamente progressiva e de hemorragia alveolar, com uma taxa de mortalidade de 10-50%. Uma das causas desta síndrome são as vasculites sistémicas. As vasculites ANCA são doenças autoimunes que afetam, principalmente, os pequenos vasos, caracterizadas pela presença de anticorpos (anti-mioeloperoxidase (Ac. Anti-MPO) ou anticorpos antiproteinase 3) dirigidos contra as proteínas neutrofílicas.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem, 80 anos, autónomo, com antecedentes de Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Diabetes Mellitus e Trombocitopenia Imune, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia, cansaço, tosse seca e edemas dos membros inferiores com (1) mês de evolução. Associadamente, referia hemoptises e febre com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo, apresentava diminuição do murmúrio vesicular no campo pulmonar direito e edemas até à raiz das coxas. Analiticamente, verificada insuficiência respiratória hipoxémica grave (pO2/FiO2 189), acidose metabólica, anemia, linfopenia e lesão renal aguda (LRA). A radiografia do tórax mostrou infiltrados pulmonares em todo o campo pulmonar direito. Durante permanência no SU, manteve-se em anúria, apesar de terapêutica diurética e com agravamento da função respiratória (pO2/FiO2 108). Fez tomografia de tórax que evidenciou condensações parenquimatosas com broncograma aéreo dispersas por todos os lobos do pulmão direito. Doente foi internado na Unidade de Cuidados Intensivos, com o diagnóstico de SPR de etiologia não esclarecida. Do estudo efetuado destaca-se aumento do Ac. Anti-MPO (> 500) levando ao diagnostico de Vasculite ANCA-MPO. Iniciou pulsos de metilprednisolona e ciclofosfamida necessitando de suporte com oxigenoterapia de alto fluxo e hemodiálise. Inicialmente, com boa resposta clínica, mas com novo agravamento ao 16º dia de internamento, com necessidade de entubação endotraqueal, acabando por falecer.

Discussão: Com este caso, pretendemos reforçar a importância da suspeição de vasculite perante um doente com infiltrado pulmonar e LRA, tendo em conta que se trata de uma condição potencialmente fatal, apesar do tratamento otimizado.

Nº 581 Síndrome Malignos dos Neurolépticos: importância de um diagnóstico atempado

Renata Martinho(1); Ana Rita Pessoa(1); Marcel Guerreiro(1); José Ganicho(1); Agnieszka Czajkowska(1); Paula Guimarães(1); Maria Carlos(1); Marília Fernandes(1); Diogo Drummond Borges(1); Mariana Popovici(1); Eunice Patarata(1); Claudia Mihon(1); Heidi Gruner(1); António Panarra(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

A síndrome maligna dos neurolépticos (SMN) é uma emergência neuropsiquiátrica rara, cujo diagnóstico é essencialmente clínico. De modo geral, a desregulação da neurotransmissão dopaminérgica condiciona a tríade característica de rigidez muscular, febre e alteração do estado mental, podendo coexistir manifestações minor por desregulação autonómica com hiperativação simpática. O diagnóstico diferencial é de exclusão e particularmente difícil, contribuindo para a elevada mortalidade.

Apresentamos um doente, sexo masculino, 58 anos, internado por pneumonia bacteriana bilateral. Com história de depressão seguido em Consulta de Psiquiatria, mas com incumprimento terapêutico. No internamento, introduz-se sertralina 100 mg/dia, olanzapina 20mg/dia e clonazepam 1,5mg/dia (doses habituais de ambulatório).

No entanto, ao 10º dia, há agravamento do quadro respiratório e alteração do estado de consciência, com sialorreia exuberante, disfagia de novo e necessidade de aspiração, hiperpneia, taquicardia, diaforese profusa e hipertermia. Analiticamente com leucocitose (37040), aumento da proteína C reativa (124,2 mg/L), e creatinaquinase (644U/L), com escalada de antibioterapia e inicio de butilescopolamina.

Acrescido surge espasticidade marcada dos membros, reflexos cutâneo-plantares patológicos e tremor, motivando a redução progressiva dos antipsicóticos, sem efeito. Após excluídas causas orgânicas e infecciosas, o diagnóstico de SMN foi feito ao 30º dia de internamento. Suspenderam-se os fármacos insultuosos e iniciada hidratação vigorosa, diazepam e bromocriptina, no entanto estas medidas não tiveram resposta, tendo o doente falecido ao fim de 4 dias.

Este caso salienta a necessidade de alerta e reconhecimento precoce da tríade característica deste síndrome de modo a instituir terapêutica *life-saving* atempadamente. O tratamento engloba a interrupção do agente causal, medidas de suporte e em casos mais graves, bromocriptina, dantroleno, benzodiazepinas e electroconvulsivoterapia

Nº 582 Nem todo o embolismo pulmonar é para hipocoagular

José Diogo Martins(1); André Colmente(1); Sabina Azevedo(1); Rogério Corga da Silva(1); José Caldeiro(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: A embolia gorda é um desafio diagnóstico e ao mesmo tempo é uma entidade clínica potencialmente grave. Ocorre no contexto de embolização de tecido adiposo (frequentemente para a circulação pulmonar) restringindo o fluxo sanguíneo no território atingido. O principal fator de risco identificado é o trauma com fratura de ossos longos.

Caso clínico: Homem, 27 anos. Sem antecedentes pessoais de relevo. Internado na ortopedia por politraumatismo, do qual resultou fratura diafisária do fémur esquerdo. Foi intervencionado cirurgicamente a fratura (encavilhamento medular). No 1º dia pós-operatório, foi ativada a equipa de emergência médica interna, por dispneia com início súbito. Encontrado polipneico, taquicardico, normotenso e apresentava insuficiência respiratória de novo. Realizado ECG tendo-se identificado taquicardia sinusal sem alterações na repolarização ventricular e na angiografia das artérias pulmonares por TC foram identificados múltiplos pequenos defeitos de preenchimento nos segmentares distais bilateralmente e densificação em vidro despolido bilateral". Analiticamente, de realçar trombocitopenia ligeira (120 x 109/L), sem elevação de marcadores de necrose miocárdica ou BNP. Ecografia a cabeceira do doente sem evidência clara de sinais de sobrecarga direita. No contexto desta agudização clínica, ficou internado na Unidade de Cuidados Intermédios. Não foi inciada hipocoagulação dado a cirurgia recente e suspeita de síndrome de embolia gorda. No 1º dia de internamento, identificadas petéquias conjuntivais, que sustentaram a hipótese de diagnóstico, tendo permanecido sem hipocoagulação. Manteve melhoria clínica, tendo tido alta para o domicílio sem necessidade de oxigénio.

Conclusão: Apesar do gold standard para o diagnóstico de embolia gorda ser a biópsia ou exame histológico do tecido embolizado, esta abordagem nem sempre é possível ou indicada. Assim, o diagnóstico de embolia gorda é frequentemente presuntivo e baseia-se na combinação de critérios clínicos, radiográficos e laboratoriais. A hipocoagulação não

está indicada nos casos de embolia gorda, o que torna este diagnóstico fundamental no sentido de prevenir complicações da hipocoagulação indevida.

Nº 583 Síndrome de Implantação de cimento: uma causa rara de dispneia no doente pós-cirúrgico

João Barata de Carvalho(1); Joana Alves Luís(1); André Resendes Sousa(1); Joana Afonso Pinto(1); Helena Vitorino(1); Helena Cantante(1)

(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Introdução: O síndrome de implantação de cimento (SIC), caracterizado pela presença de hipotensão, hipoxemia ou ambos, podendo ou não ser acompanhado de perda de consciência é uma complicação rara e potencialmente fatal que ocorre durante ou após cirurgia ortopédica com utilização de cimento. Este diagnóstico deve ser equacionado no doente com dispneia súbita após atroplastia cimentada.

Caso Clínico: Homem de 80 anos, admitido por fratura traumática do fémur direito, submetido a hemiartroplastia da anca cimentada, sem intercorrências no pós-operatório imediato. Cerca de 24 horas após a cirurgia desenvolve dispneia de início súbito com agravamento ao longo de algumas horas. Apresentava-se hemodinamicamente estável, apirético e polipneico, com SpO2 87% sob oxigenoterapia (FiO2 50%), tendo sido realizada gasometria arterial - pH 7,44, pCO2 35mmHg, pO2 57mmHg, HCO3- 23,8mmol/L, sO2 86% - e análises com leucocitose (13.71x10^9/L), neutrofilia (89.9%), PCR 20.12mg/dL e PCT 0.8ng/mL. Para esclarecimento do quadro foi realizada tomografia computorizada (TC) com administração de contraste endovenoso que excluiu a presença de tromboembolismo pulmonar, tendo revelado " alterações de padrão intersticial esboçando padrão de *crazy paving* e focos de condensação alveolar, de predomínio em topografia posterior dependente". Perante o quadro clínico descrito e atendendo a manipulação recente com prótese cimentada admitiu-se o diagnóstico provável de síndrome de implementação de cimento. Iniciou-se oxigenoterapia de alto fluxo e corticoterapia com prednisolona, verificando-se melhoria clínica com desmame progressivo de oxigénio suplementar. O doente teve alta encaminhado para a consulta, mantendo esquema de corticoterapia. Foi reavaliado em ambulatório onde realizou TC-tórax que demonstrou melhoria franca das alterações intersticiais observadas.

Conclusão: O SIC é uma complicação rara e potencialmente fatal da cirurgia ortopédica que envolve manipulação de próteses cimentadas que deve ser equacionada no doente com dispneia súbita no pós-operatório. O caso acima descrito sugere a necessidade de realizar novos estudos que permitam identificar doentes com risco aumentado de desenvolver SIC, bem como esclarecer o seu mecanismo fisiopatológico por forma a delinear estratégias terapêuticas otimizadas.

Nº 584 Aneurisma da artéria basilar: um caso de sucesso

Catarina Joana Azevedo Batista Coelho(1); Marta Barrigas(1); André Ribeiro(1); Diana Mimoso(1); Paulo de Castro(1); Beatriz Torres(1); Ana Sofiia Alves(1); Marta Rodríguez(1); Sandra Tavares(1); Fernando Salvador(1)

(1) CH TRAS OS MONTES - CHAVES

Os aneurismas cerebrais podem ocorrer em qualquer idade, sendo mais comuns nos adultos (30-60 anos) do que nas crianças. São também mais frequentes no género feminino.

Estima-se que cerca de 5% da população seja portadora de um aneurisma cerebral, com uma taxa anual de rotura de cerca de 2%. A incidência de rotura de aneurismas é de cerca de 10 em cada 100.000 pessoas por ano.

Os autores apresentam um caso no atendimento urgente de uma cefaleia com vómitos em que a rápida interpretação clínica de um sinal neurológico infrequente (Rooving eyes) conduz à confirmação imagiológica de uma rotura de aneurisma da artéria basilar. Este caso manifesta a importância de o diagnóstico ser célere e de se equacionar a transferência precoce para unidades especializadas.

Homem, 48 anos, autónomo. Admitido na Sala de Emergência (SE), por cefaleia súbita com vómitos associados.

Sem antecedentes pessoais de relevo. Sem medicação habitual.

Ao exame neurológico apresentava "Rooving eyes". Afásico. Glasgow 10. Abertura espontânea dos olhos. Cumpria ordens simples. Apresentava uma PA de 160/90 mmHg.

Realizado Angio-TC-CE e vasos do pescoço com a visualização de HSA espontânea secundária a rutura de aneurisma da transição vertebro-basilar.

Restante estudo complementar realizado no contexto de urgência: ECG, GSA e Estudo analítico e toxicológico sem alterações.

Perante a gravidade clínica, e após discussão conjunta com Neurologia e Neurocirurgia (prévia visualização de imagens e ainda sem relatório). Ambas aceitaram a transferência para Neurocirurgia em Unidade Polivalente onde foi submetido a colocação de DVE (por hidrocefalia aguda) , tendo sido o aneurisma sido clipado.

Salientar que pela distância entre ambas unidades, o doente foi submetido a entubação orotraqueal para o helitransporte.

No período pós-operatório tardio, verificou-se disfagia e disfonia marcados pós extubação orotraqueal. Iniciou programa de reabilitação com excelente evolução clínica.

Teve alta após 73 dias depois, com orientação para manutenção da terapia da fala.

Este caso manifesta a importância de o diagnóstico ser célere, a gestão emergente e a transferência precoce para unidades especializadas. Em entidades como a presente que, apesar de uma baixa incidência são potencialmente fatais e tempo- dependentes para uma maior taxa de sucesso.

Nº 585 Tempo é perna: a propósito de um caso de disseção aórtica

José Diogo Martins(1); Francisca Cardoso(1); Andriy Bal(1); Rogério Corga Silva(1); José Caldeiro(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: A disseção da aorta torácica é uma condição potencialmente fatal, que envolve a separação das camadas da parede aórtica. Está frequentemente associada a

fatores de risco vascular, nomeadamente hipertensão arterial. Embora possa ser confundida com a síndrome coronária aguda (SCA), a disseção da aorta requer tratamento específico e orientação imediata.

Caso clínico: Homem, 65 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, consumo abusivo de álcool e ex-fumador (20 UMA). Admitido na sala de emergência em contexto de Via Verde Coronária. Referia dor torácica opressiva com início súbito com irradiação dorsal, associado a hipersudorese e dor no membro inferior direito (MID). À admissão, apresentava-se inquieto, hipersudorético, hipertenso (160/80 mmHg); taquipneico (22 cpm); MID pálido, com sinais de hipoperfusão e pulso arterial não palpável em todo o segmento arterial. Foi realizado ECG que apresentava ritmo sinusal, frequência cardíaca (85bpm) e sem alterações da repolarização ventricular. Devido à valorização das alterações na coloração do membro inferior, foi realizada tomografia computadorizada que confirmou o diagnóstico de disseção da aorta torácica tipo A, com extensão às artérias ilíacas apresentando oclusão total do fluxo arterial da artéria ilíaca interna direita. Foi contactada a Cirurgia Cardio-Torácica (CCT) do Hospital de São João (HSJ), tendo sido transferido em menos de uma hora desde a admissão para reparação aórtica cirúrgica. Realizou substituição da aorta torácica ascendente e *bypass* cruzado entre as artérias femorais. Apresentou evolução favorável ao longo do internamento, tendo sido possível preservar o membro inferior afetado.

Discussão e conclusão: Este caso ilustra a importância da rápida abordagem diagnóstica dos doentes admitidos por dor torácica, sendo importante considerar diagnósticos diferenciais como é o caso da disseção aórtica, especialmente nos casos de assimetrias de membros ao exame objetivo. O tratamento da disseção da aorta é emergente envolvendo a transferência para Hospitais com apoio de CCT e Cirurgia Vascula

Nº 586 POCUS no Serviço de Urgência – Mais que uma Silhueta Aumentada

Diogo Dias Ramos(1); Ana Catarina Rodrigues(1); Rita Prayce(1)

(1) MEDICINA II - CHLC - HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS

Introdução: A Ecografia à cabeceira do doente (POCUS) na emergência complementa a avaliação clínica e a direcionar o processo de decisão do médico. O POCUS pode auxiliar no diagnóstico, direcionar rapidamente novos exames e até modificar diagnósticos.

Caso Clínico: Sexo feminino, 58 anos, fumadora, obesa, com antecedentes de HTA, dislipidemia, Lúpus cutâneo e Bronquite Asmática. Vacinação prévia a SARS-COV-2 em Fevereiro, momento em que inicia quadro de dispneia com recurso a Ventilan 2x/semana. Recorre ao Serviço de Urgência em Maio por agravamento da dispneia para pequenos esforços. Objetivamente, polipneica com SpO2 (aa) 93-94%, sibilos dispersos à auscultação pulmonar e ligeiro edema periférico bilateralmente. Rx Tórax a revelar derrame pleural, cisurite direita e alargamento da silhueta cardíaca. ECG em ritmo sinusal com critérios de baixa voltagem e inversão da onda T em V(1) e aVR. Analiticamente sem aumento dos marcadores de necrose miocárdica.

POCUS a destacar derrame pericárdico circunferencial, posterior com 29mm, swinging heart e compromisso parcial do ventrículo direito.

Contactada Cardiologia e transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC) para ETT e drenagem. ETT à admissão na UCIC a confirmar derrame pericárdico (23mm anterior) com recaptação das cavidades direitas e VCI de 23mm com colapso inspiratório diminuído; Ventrículos esquerdo e direito com boa função. Sem aparentes alterações valvulares relevantes. Admitida pericardite com derrame pericárdico grave. Iniciou terapêutica com AINE e colquicina. Realizada ainda pericardiocentese

com colocação de dreno pericárdico sem intercorrências. Exame citológico e culturais negativos.

Discussão: O POCUS permitiu identificar rapidamente um derrame pericárdico grave a merecer intervenção na UCI. Assim, impera destacar a importância desta técnica sendo essencial a formação dos seus operadores, nomeadamente médicos com atuação em regime de urgência.

Nº 587 História Clínica: sempre a chave-mestra!

Fabíola Maria de Almeida Figueiredo(1); Alina Osuna(1); Ana Gomes(1); Edite Nascimento(1); Miguel Sequeira(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A colheita da história clínica de um doente em contexto de sala de emergência constituiu uma missão particularmente desafiante.

Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 66 anos, previamente autónoma e cognitivamente íntegra, a residir sozinha, admitida em sala de emergência de um hospital central em Janeiro 2023, após ser encontrada no seu domicílio com Glasgow 9 (O3V1M5), pupilas isoreactivas, dispneica, febril, com incontinência de esfíncteres e sinais de vómito, existindo dificuldade na avaliação de défices focais. Foi iniciada abordagem direccionada a quadro compatível com acidente vascular cerebral.

Após vários contactos sem sucesso, um familiar próximo, ao deslocar-se a casa da doente, conseguiu fornecer dados fundamentais para o reedireccionar da sua abordagem. Descreveu o espaço físico do domicílio, com caixas de medicação dispersas e uma braseira acesa em duas divisões distintas.

Desta forma, realizou-se gasimetria arterial que traduziu carboxihemoglobina de 25% com alcalose respiratória e, analiticamente, ligeira leucocitose, proteína C reactiva ligeiramente elevada, elevação de troponina compatível com expressão inicial com choque e etanol 0.13g/L. Pesquisa de drogas na urina positiva para benzodiazepinas. AngioTC CE sem alterações. Rx Tórax revelou infiltrado à direita compatível com Pneumonite de aspiração.

Assumiu-se o diagnóstico de intoxicação por monóxido de carbono com critérios de gravidade, com dúvidas sobre a possibilidade de intoxicação concomitante com álcool e benzodiazepinas. Posteriormente, por avaliação psiquiátrica, apurou-se tratar-se com maior probabilidade de acontecimento acidental, a despeito de depressão prévia da doente.

A doente é trasferida para hospital central universitário, de forma a beneficiar de tratamento direccionado, nomeadamente em Unidade de Medicina Hiperbárica. Cumpriu 2 sessões de oxigenoterapia hiperbárica, sob entubação endotraqueal e ventilação mecânica invasiva, de forma a garantir a eficácia e segurança do tratamento, o que se verificou, sem intercorrências de relevo e cumprindo antibioterapia.

Conclui-se que, a colheita de uma história clínica rigorosa, continua e continuará a constituir a chave-mestra do melhor diagnóstico e abordagem de um caso clínico e nunca tal pode ser descurado, em qualquer contexto.

Nº 588 Síndrome maligno dos Neurolépticos: Um desafio diagnóstico

Joana Silva Costa(1); Cristiana Fernandes(1); Rita Sevivas(1); Beatriz Gomes Rosa(1); Carlos Oliveira(1)

(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

O Síndrome Maligno dos Neurolépticos (SMN) é uma emergência neurológica associada ao uso de agentes neurolépticos. Carateriza-se por alteração do estado de consciência, rigidez musculoesquelética, hipertermia e disautonomia. É mais frequentemente observada com agentes antipsicóticos de primeira geração, no entanto, todas as classes podem estar na sua origem. O SNM pode ocorrer após uma única dose ou após tratamento com o mesmo agente na mesma dose durante muitos anos. Não é um fenómeno dose-dependente, mas doses mais altas são um fator de risco.

Homem de 62 anos com antecedente de esquizofrenia, admitido no hospital por alteração do estado de consciência (escala de coma de Glasgow de 8) e hipertermia severa (temperatura auricular de 42ºC) resistente a antipiréticos. Analiticamente com rabdomiólise e lesão renal aguda. Na tomografia computadorizada crânio e toraco-abdomino-pélvica sem alterações de relevo; punção lombar sem evidência de infeção. Foi transferido para Unidade de Cuidados Intensivos com diagnóstico provável de SMN, com necessidade de ventilação invasiva e de suporte aminérgico; com o tratamento de suporte e evicção dos neurolépticos, apresentou evolução clínica favorável, com regressão ao seu estado basal pré-mórbido.

O tratamento do SMN consiste na suspensão do fármaco neuroléptico e em tratamento de suporte. Na doença severa pode ser utilizado o Dantroleno, Bromocriptina ou a Amantadina, no entanto o seu uso é controverso e carece de evidência científica. As taxas de mortalidade variam entre 5 a 20%. A diminuição da mortalidade ao longo das décadas reflete a necessidade de uma maior consciência da doença e a importância de um diagnóstico precoce. As manifestações disautonómicas e as complicações sistémicas são os principais preditores de mortalidade.

Nº 589 Síndrome Serotoninérgico: da consulta aos intensivos

Rafaela Lopes Freitas(1); Claúdia Pereira(1); Silvia Ferreira(1); Daniela Carvalho(1)

(1) HPH ULSM

Introdução: O Síndrome Serotoninérgico (SS) é uma entidade potencialmente fatal. Pode resultar da interação entre vários fármacos agonistas da serotonina, por

intoxicação ou, menos frequentemente, devido à ação terapêutica de um único fármaco. Classicamente apresenta-se com uma tríade de alteração do estado de

consciência, hiperatividade autonómica e alterações neuromusculares.

Caso Clínico: Masculino de 19 anos com antecedentes de perturbação de hiperatividade/défice de atenção habitualmente medicado com dimesilato de lisdexanfetamina e trazodona. Avaliado na consulta de psiquiatria com documentação de humor subdepressivo a motivar alteração terapêutica – suspensão de trazodona e início de quetiapina 50mg e venlafaxina 75mg. Nas primeiras 24h de modificação farmacológica o doente iniciou quadro de movimentos involuntários motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência. À admissão, apresentava-se agitado, polipneico, hipertenso, taquicardico, febril, diaforético, pupilas midriáticas, trismus, clonus ocular, clonus espontâneo com predomínio nos membros inferiores, hiperreflexia e rigidez generalizada. Após exclusão de

diagnósticos diferenciais alternativos, assumido SS precipitado pela combinação de venlafaxina ao dimesilato de lisdexanfetamina. Suspenso trigger e iniciada benzodiazepina. Necessidades crescentes de sedação com depressão do estado de consciência a motivar entubação orotraqueal para proteção da via aérea. Titulação de sedoanalgesia (SA) até suspensão de movimentos involuntários a par de beta-bloqueador para redução da atividade adrenérgica. Após 72h resolução da sintomatologia apresentada a permitir suspensão de SA e extubação sem intercorrências. Teve alta orientado para consulta de psiquiatria para posterior ajuste de psicofármacos.

Discussão: Dado o uso crescente de antidepressivos prevê-se aumento da incidência de SS sendo essencial alertar para o seu amplo espetro de apresentação e gravidade para que o diagnóstico e tratamento sejam atempados.

Nº 590 Acidose Láctica com a utilização de Metformina - Uma complicação potencialmente fatal

Bárbara Paracana(1); Jéssica S. Krowicki(1); Laura Baptista(1); Sérgio Monteiro(1); Mariana Sousa(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga

A acidose láctica com a utilização da metformina (MALA) é um efeito adverso que se caracteriza por acidose metabólica (pH < 7.35), intervalo iónico alto e hiperlactacidemia (> 5), sem sinais de hipoperfusão. Mais temida entre os doentes com doença renal crónica (DRC), esta complicação pode surgir em doentes com função renal normal, sempre que apresentem intercorrências que condicionem lesão renal aguda (LRA) importante.

Apesar de uma baixa incidência (2-47 por 100.000 pessoas/ano), a taxa de mortalidade da MALA é considerável – entre os 30-50%. Embora o consenso sobre o seu tratamento ainda não tenha sido determinado, a interrupção da metformina e os cuidados de suporte, incluindo a normalização do equilíbrio ácido-base a través de técnica de substituição renal (TSR), a interrupção de agentes nefrotóxicos e o tratamento de doenças concomitantes, são os principais pilares terapêuticos.

Homem de 68 anos com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) conhecida, que manteve a toma dos seus medicamentos habituais, inclusive metformina 2000mg/dia, enquanto apresentava um quadro clínico de vómitos e diarreia com uma semana de evolução. À admissão no serviço de urgência apresentou-se polipneico e desidratado, mas consciente e colaborante. Gasometricamente com um pH de 6.753, pCO2 14mmHg, pO2 114mmHg, HCO3- 2mmol/L e lactatos de 12.4 sob 2 litros de oxigénio. As análises revelaram leucocitose ligeira, creatinina de 14.2mg/dL com hipercaliémia de 5.8mmol/L e PCR de 8mg/dL.

Foi assumida acidemia metabólica grave filiada numa MALA, desencadeada por uma LRA pré-renal em contexto de desidratação por gastroenterite aguda com hiperventilação compensatória concomitante. Iniciaram-se as medidas de suporte com ressuscitação volémica agressiva, insulina em perfusão e TSR, com boa resposta. Apresentou boa evolução e teve alta para a consulta de Medicina/Diabetes.

Conclusão: Apesar de rara, a MALA é uma complicação ameaçadora de vida. É importante educar o doente para situações que aumentem a probabilidade desta ocorrer e manter viva a nossa sensibilidade clínica para um diagnóstico célere que permita uma ação terapêutica rápida e, consequentemente, uma melhoria do prognóstico vital.

Nº 591 Cianose labial: quando considerar metemoglobinémia?

Adriana Henriques(1); Ana Rita Ramalho(1); Joana Marinho(1)

(1) CHUC – HUC

Introdução: Metemoglobinémia é a forma oxidada da hemoglobina (Hb) que, para além de não se ligar ao oxigénio, aumenta a afinidade deste à Hb normal, impedindo um adequado fornecimento de oxigénio aos tecidos. A metemoglobinémia pode ser de etiologia congénita ou adquirida e a sua suspeição clínica e evolução são determinantes para identificar as formas adquiridas, uma vez que é uma condição potencialmente tratável. Tipicamente os doentes apresentam-se com sintomas de hipóxia mas sem evidência de hipoxémia e a severidade dos sintomas correlacionam-se diretamente com a concentração de metemoglobinémia.

Caso clínico: Sexo masculino, 2(1) anos, recorre ao serviço de urgência (SU) por palidez e cianose labial com início súbito. À admissão no SU apresentava-se consciente, orientado e colaborante; pálido e com cianose labial e ungueal; eupneico em ar ambiente mas com saturações periféricas de 87%. Restante exame físico sem alterações. Dos antecedentes pessoais destaca-se asma, rinite alérgica e personalidade borderline. Face aos comportamentos sexuais de risco e homossexualidade é seguido nas consultas de infecciologia onde faz profilaxia pré – exposição ao virus da imunodeficiência humana (VIH). No SU realizou gasimetria onde se excluiu insuficiência respiratória aguda mas objectivou-se concentração de metemoglobina de 25%. Estudo analítico e radiografia pulmonar sem alterações. Da exploração da história clínica doente admite consumo regular e recente de drogas inaláveis ("*Poppers*") confirmando assim o diagnóstico etiológico da metemoglobinémia. Após terapêutica com oxigenoterapia de alto débito o doente apresentou resolução do quadro de cianose e a concentração de metemoglobina reduziu para 5%.

Discussão: Manifestações clínicas de cianose e dessaturação periférica engloba um amplo espectro de diagnósticos diferenciais. A metemoglobinémia é uma condição rara, mas potencialmente grave, pelo que o seu reconhecimento deve ser o mais precoce possível. O caso clínico apresentado salienta assim a importância de um diagnóstico preciso e de um tratamento atempado como factores preditores para um prognóstico favorável.

Nº 592 SÍNDROME DE BRASH, a propósito de um caso clínico

Maria Inês Parreira(1); Hélder Diogo Gonçalves(1); Sara Vasconcelos Teixeira(1); Ana Mafalda Abrantes(1); António Pais de Lacerda(1); Pedro Gaspar(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

O síndrome de BRASH caracteriza-se por bradicardia, insuficiência renal, bloqueio do nódulo auriculoventricular, choque e hipercaliémia. A hipovolémia, a lesão renal aguda (LRA) e o uso de fármacos bradicardizantes são os principais fatores de risco que contribuem para a perpetuação do círculo vicioso de baixo débito cardíaco e diminuição da perfusão renal. Apenas raramente é necessária terapêutica de substituição renal.

Mulher de 78 anos é admitida no serviço de urgência por prostração, dor abdominal generalizada, diarreia, hipotensão[PG1] e bradicárdia (frequência cardíaca [FC] mínima de 32bpm) com 3 dias de evolução. Antecedentes de fibrilhação auricular paroxística medicada com digoxina 0.25mg id e sotalol 160mg id. À observação encontrava-se prostrada, desidratada, pressão arterial 79/42mmHg, FC 48bpm, com dor abdominal

incaracterística. Eletrocardiograma com bradicardia sinusal e prolongamento do QTc (528ms). Analiticamente destacava-se LRA KDIGO 3 oligúrica (sCr 5.8(1) mg/dL, ureia 20(1) mg/dL), hipercaliémia (5.5 mmol/L), acidémia metabólica e hiperlactacidémia (70mg/dL). Digoxinémia 2.53 ng/mL (valor terapêutico 0.8 – 1.2ng/mL). Iniciada ressuscitação volémica e monitorização do débito urinário. Bradicardia sinusal interpretada em contexto de intoxicação por sotalol e digoxina, tendo-se optado por manter atitude expectante aguardando *washout* destes fármacos. Evolução desfavorável com anúria, agravamento de hipercaliémia (6.2mmol/L) e bloqueio auriculoventricular completo tendo colocado *pacemaker* provisório. Por hipotensão refratária a ressuscitação volémica iniciou suporte vasopressor com noradrenalina e sendo posteriormente admitida na Unidade de Cuidados Intensivos. Por manutenção de anúria iniciou hemodiofiltração veno-venosa contínua. Evolução favorável nos 5 dias seguintes, com resolução da LRA, hipercaliémia e bradicardia.

A hipercaliémia, bradicardia e insuficiência renal são frequentemente encontrados no serviço de urgência e nos cuidados intensivos. É imperativo reconhecer o diagnóstico de síndrome de BRASH dado a possibilidade de se apresentar como choque refratário e associar-se a elevada morbilidade. O reconhecimento precoce da síndroma BRASH é essencial para a redução da mortalidade.

Nº 593 Será o chocolate responsável? Um caso fatal de salmonelose

Sabina Azevedo(1); André Colmente(1); Sara Pereira(1); Paula Pestana(1); José Caldeiro(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: A *salmonela enterica* é um bacilo gram negativo, transmitido pelo contacto com pessoas ou ingestão de alimentos contaminados. Divide-se em *S. typhi/paratyphi*, responsáveis pela febre entérica, e serotipos de *salmonela* não tifoide (SNT) menos severos, das quais faz parte a *S. typhimurium* (STM). Recentemente foi descrito surto de infeção por STM na Europa, associado à ingestão de chocolates.

Caso Clínico: Homem, 74anos. Recorre à urgência por diarreia e vómitos, tendo tido alta medicado com loperamida. Uma semana depois, é readmitido por prostração, febre e dor abdominal. Ao exame físico apresentava febre, alteração do estado de consciência, hipotensão com sinais de má perfusão e disfunção renal, com aumento de parâmetros inflamatórios. Foi realizada entubação orotraqueal, fluidoterapia seguida de perfusão de aminas e antibioterapia. O TC abdominal apresentava alterações sugestivas de gastroenterite. Foi admitido nos cuidados intensivos por choque sético por gastroenterite com disfunção multiorgânica. Durante o internamento, apresentou resposta clínica desfavorável com agravamento de disfunções inicias, necessidade de doses crescentes de noradrenalina, ventilação mecânica agressiva e técnica dialítica continua. Ao 7º dia de internamento foi isolada em hemoculturas a STM. Realizou novo TC abdominal com achados compatíveis com colite isquémica. Ao 9º dia apresentou hemorragia digestiva alta com posterior falência de órgãos, tendo sido verificado óbito.

Discussão: As infeções por SNT apresentam-se tipicamente com quadros de diarreia ligeiros e autolimitados. Quando perante casos de doença invasiva, as complicações gastrointestinais podem estar presentes, com evolução para desfechos fatais. Este caso traduz um raro caso fatal de infeção por STM, destacando a necessidade da anamnese para uma precoce suspeita clínica e posterior pesquisa ativas destes agentes. Assim, permite a introdução de antibioterapia atempada, potenciando um desfecho favorável

Nº 594 Tamponamento cardíaco por pericardite urémica: revisitar uma complicação rara da insuficiência renal

Inês de Sá Martins(1); Diana Alves do Carmo(1); Joana Barreiro(2); Francisco Gonçalves(3); João Preto(1); Joana Fernandes(1); Francisco Esteves(1)

(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real (2) Hospital Amato Lusitano (3) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: O tamponamento cardíaco por pericardite urémica é cada vez mais incomum e raramente observado em doentes não hemodialisados. É uma complicação grave cujo tratamento passa por drenagem emergente do derrame pericárdico e diálise intensiva.

Caso Clínico: Mulher de 5(1) anos com doença renal crónica de etiologia não apurada, fibrilhação auricular crónica e hipertensão arterial. Recorre ao serviço de urgência por astenia e dispneia com duas semanas de evolução associadas a náuseas e vómitos nas últimas 48 horas. À admissão, a doente apresentava discurso lentificado, mucosas desidratadas, tensão arterial 110/80mmHg, frequência cardíaca 80bpm, auscultação cardíaca hipofonética e taquipneia. Analiticamente com hemoglobina 8g/dL, plaquetas 640000/uL, leucócitos 15760/uL com 90% neutrófilos, proteína C reativa 6mg/dL, acidose metabólica, potássio 6,5mEq/L, creatinina/ureia 7/439mg/dL. Tentada sessão de hemodiálise convencional, suspensa após ultrafiltrado de 400mL por hipotensão arterial, tendo sido proposta e admitida em Medicina Intensiva. Evolução desfavorável nas duas horas seguintes com choque - hipotensão arterial, taquicardia, hiperlactacidemia e deterioração neurológica. Realizado ecocardiograma transtorácico com identificação de derrame pericárdio circunferencial de grande volume com compressão diastólica praticamente total do ventrículo direito. Efetuada pericardiocentese emergente com melhoria hemodinâmica imediata com drenagem de 900mL de líquido hemático. Manteve técnica de substituição de função renal contínua por 48 horas e dreno pericárdico durante três dias. Evolução clínica rapidamente favorável, com transferência para enfermaria após quatro dias para estudo da doença renal, com manutenção do programa regular de hemodiálise.

Discussão: O tamponamento cardíaco por pericardite urémica exige elevado índice de suspeição. A cuidada leitura clínica complementada por estudo ecográfico são fatores decisivos na intervenção emergente que esta condição exige.

Nº 595 Síndrome de Wilkie: Uma causa rara de dor abdominal em doente jovem

Maria Inês Parreira(1); Hélder Diogo Gonçalves(1); Sara Vasconcelos Teixeira(1); Ana Mafalda Abrantes(1); António Pais de Lacerda(1); Pedro Gaspar(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A dor abdominal é um motivo frequente de ida ao serviço de urgência e apresenta muitos diagnósticos diferenciais. A obstrução duodenal é uma causa rara de dor abdominal, sobretudo nos jovens sem antecedentes patológicos prévios. A par da história clínica, a avaliação imagiológica é fundamental quando existe dissociação clínico-laboratorial.

Mulher de 26 anos, sem antecedentes pessoais, recorre ao serviço de urgência por epigastralgia constante, sem irradiação, de intensidade 8 em 10, com agravamento pós-prandial, sem fatores de alívio, associado a náuseas e vómitos. As queixas ter-se-iam iniciado de modo insidioso e progressivo há 5 anos após perda não intencional de 5Kg, e

evoluíram com intensidade e frequência crescentes. Ao exame objetivo destacava-se dor abdominal intensa à palpação superficial e profunda do epigastro. Laboratorialmente sem alterações. Radiografia de abdomén mostrou distensão gástrica. TC abdomino-pélvica a evidenciar redução abrupta do calibre duodenal na passagem pelo ângulo aorto-mesentérico com consequente distensão das terceira, segunda e primeira porções do duodeno e do estomâgo. Diagnosticada com síndrome de Wilkie também conhecido como síndrome da pinça mesentérica. Foi encaminhada para consulta de medicina interna e cirurgia geral, mantendo seguimento até à data.

A Síndrome de Wilkie é uma doença rara, que afeta maioritariamente adolescentes e adultos jovens, em especial mulheres, sendo necessário um elevado índice de suspeição para o diagnóstico. As alterações anatómicas decorrentes da perda de peso estão na origem do quadro clínico. Dor abdominal recorrente que se inicia após período de perda ponderal são características que devem alertar para o diagnóstico. Com tratamento conservador baseado na otimização nutricional, a abordagem cirúrgica raramente é necessária.

Nº 596 Um choque raro e uma doença rara

Dra. Ana Luís Vasconcelos(1); Luís Neves da Silva(1); Ana Margarida Mosca(1); Margarida Monteiro(1); Rosário Araújo(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: O choque é uma emergência que evolui para colapso circulatório. É essencial iniciar rapidamente terapêutica, mas identificar a etiologia é crucial.

Caso Clínico: Sexo masculino, 74 anos, antecedente de fibroelastose pleuropulmonar/sarcoidose em estudo. Recorreu ao Serviço de Urgência por astenia marcada, anorexia, perda de peso não-intencional (15kg) desde há (1) mês. Associadamente náuseas e vómitos após as refeições e diarreia líquida, sem sangue ou muco. Ao exame físico com hipotensão (PAM 60mmHg), taquicardia (FC 120bpm), febre, sinais de má perfusão, desidratação e pele com tom bronzeado. Analiticamente com hipoglicemia (54 mg/dL), lesão renal aguda (creat 2.6 mg/dL), hiponatremia (Na+ 127mmol/L), hipercalemia (K+ 7.7 mmol/L), acidemia metabólica (pH 7.20, HCO3- 15) e elevação da PCR (69.50 mg/dL). Interpretado como choque hipovolémico secundário a perdas gastro-intestinais, iniciou fluidoterapia e suporte vasopressor com dopamina. Resolução da lesão renal e distúrbios eletrolíticos, mas perfil tensional sempre baixo.

Colocada a hipótese de insuficiência adrenal primária. Doseamento de cortisol sérico matinal (2.07µg/dL) e aldosterona (0.62ng/dL) baixos, ACTH (442 pmol/L) e atividade da renina plasmática (26.29 ng/mL/h) aumentadas. Anticorpos anti-suprarrenais negativos. Iniciou terapêutica para crise adrenal com recuperação do perfil tensional. TAC-TAP mostrou calcificações bilaterais das glândulas suprarrenais e dos gânglios hilares, a sugerir sarcoidose. Excluída tuberculose ativa. Agendada ecoendoscopia para biópsia ganglionar.

Discussão: A crise adrenal culmina em choque hipovolémico. O perfil tensional pode não responder a vasopressores na ausência de glucocorticóides.

Existem múltiplas etiologias para insuficiência adrenal primária, sendo a mais comum a auto-imune. O envolvimento das suprarrenais na sarcoidose é raro, mas está descrito, com fibrose e calcificações bilaterais. O diagnóstico definitivo requer confirmação histológica de granulomas não-caseosos.

Nº 597 Todos os cogumelos são comestíveis - alguns apenas uma vez.

MANUEL CALAPEZ XAVIER(1); JOANA BRANDÃO(1); JOANA LOURO(1); ROSA AMORIM(1)

(1) CH OESTE - CALDAS RAINHA

Introdução: Os cogumelos são fungos selvagens, muito utilizados na culinária mundial. Existem no entanto várias espécies tóxicas e inclusivamente fatais para o ser humano, se ingeridas.

Os mecanismos de intoxicação variam desde a irritação mucosa do tracto gastro-intestinal à libertação de endotoxinas causadoras de disfunção orgânica.

Na presença ou suspeita de intoxicação por cogumelos, deve ser contactado o CIAV - Centro de Informação Anti-Venenos - para reportar e orientação da situação.

Caso Clínico: Três homens com idades entre os 46 e 49 anos recorrem ao serviço de urgência 2 dias após ingestão de várias espécies de cogumelos selvagens, que não sabem identificar. Referem náuseas, vómitos e diarreia aquosa, com mal-estar geral e dor abdominal.

Foi contactado o CIAV que, na impossibilidade de identificar a espécie causadora, indicou tratamento com N-Acetilcisteína, Penicilina G e Cibidinina e monitorizou a evolução. Foi necessária a introdução de terapêutica com carvão ativado num dos indivíduos.

A apresentação clínica da intoxicação foi distinta nos 3 utentes:

- Lesão renal aguda - sem critérios para diálise;
- Insuficiência hepática aguda com citólise marcada;
- Trombocitopenia grave sem disfunção hepática associada.

O tempo de internamento hospitalar variou entre 4 a 5 dias, observando-se melhoria clínica e analítica dos 3 indivíduos, com alta hospitalar no final do internamento.

Discussão: A intoxicação por cogumelos pode ter múltiplas apresentações clínicas e níveis de gravidade, como demonstrado pelos casos aqui apresentados. Para a sua prevenção é essencial a correta identificação das espécies e rápida atuação em caso de suspeita. A coordenação com o CIAV e equipas especializadas é fundamental para a evolução clínica favorável.

Nº 598 Quando os suplementos podem matar

Márcia Machado(1); Magda Costa(1); Nádia Ferraz(1); João Gonçalves(1); Diogo Araujo(1); Gabriela Pereira(1); Carlos Fernandes(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira

Introdução: A hepatite tóxica tem uma incidência reduzida, devendo, no entanto, ser uma etiologia a considerar perante patologias deste foro. O caso clínico reflete a necessidade de uma anamnese cuidadosa e da importância de um diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 62 anos, autónomo. Internado por hepatite aguda de provável etiologia tóxica. Sem antecedentes médicos conhecidos. Recorreu ao SU por náuseas, vómitos e noção de icterícia mucocutânea com 2 dias de evolução, 3 semanas após ter dado início ao consumo diário de sulfato de glucosamina e sulfato de condroitina. Sem outros fatores de risco. No Serviço de Urgência, apresentava: BT 5,48, BD 4; TGO 1605, TGP 3043, FA 190, DHL 467, PT 13,6s , APTT 27,6s. Os marcadores víricos e de autoimunidade foram negativos; ferro 157, transf 181, saturação de transferrina 86,7%, ferritina 4738; sem mutações genéticas identificadas no gene HFE. Realizou biópsia hepática cujo resultado foi compatível com etiologia tóxica. Durante o internamento,

o doente teve evolução clínica e analítica favoráveis; Reavaliado posteriormente em consulta, sem recorrência do quadro clínico.

Discussão: Apesar de raro, têm sido reportados casos de lesão hepática induzidas pelo sulfato de glucosamina e sulfato de condroitina, pelo que toda a terapêutica instituída deve ser tida em conta para o aparecimento de alterações nas provas de função hepática.

Nº 599 A importância da caracterização da dor lombar

Alice Fonseca Marques(1); Carolina Martins(1); Rita A. Coelho(2); Guilherme Camões(1); Diana M. Ferreira(1); Arsénio Santos(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE. (2) IPO Coimbra

Introdução: A dor lombar é uma queixa frequente nos doentes que procuram cuidados de saúde e a maior causa de incapacidade funcional a nível mundial. As causas mais comuns são benignas, mecânicas e autolimitadas. Outras causas são a ciatalgia, cólicas renais, fraturas, neoplasias e infeção. Existem várias *red flags* a ter em consideração, como ritmo inflamatório, dor bem localizada, dor noturna, presença de sintomas constitucionais, antecedentes de neoplasia, manifestações neurológicas.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 46 anos, sem antecedentes de relevo, com lombalgia de agravamento progressivo com (1) mês e meio de evolução, noturna e refratária ao tratamento com vários analgésicos. Por persistência das queixas e fraqueza muscular nos membros inferiores, realizou RM lombossagrada, com suspeita de infiltração neoplásica secundária em múltiplas vértebras (D12 a L5), ilíacos e provável conglomerado adenopático junto a L2. Neste contexto, foi internado para estudo etiológico, tendo realizado tomografia computorizada, que detetou imagens sugestivas de implantes peritoneais, estenose na transição rectossigmoideia com volumosa lesão adjacente, múltiplas adenopatias e metastização óssea difusa. Fez colonoscopia que apresentava lesão séssil friável, cuja histologia identificou um carcinoma com células em anel de sinete. Perante o diagnóstico de carcinoma colorretal (CCR), estadio IV, foi orientado para a Oncologia Médica para início de quimioterapia.

Discussão: O CCR com células em anel de sinete é raro, cerca 0,6-2,7% de todos os adenocarcinomas do cólon, e têm mau prognóstico. A consciencialização dos sinais e sintomas chave na diferenciação de uma dor mecânica de uma aguda de causa específica reduz o número de diagnósticos incorretos ou atrasados, mesmo em doentes cuja idade tende a enviesar a marcha diagnóstica. Assim, devemos reconhecer as *red flags* da dor lombar para assegurar um diagnóstico rápido e início de tratamento apropriado em causas potencialmente fatais como as neoplasias.

Nº 600 Nefrite intersticial aguda induzida por Piperacilina/Tazobactam – uma entidade a ter em conta

Sara Marina da Silva Santos(1); Luís Neto Fernandes(1); Sofia Osório Ferreira(1); Sérgio Gomes Ferreira(1); Joana Rodrigues(1); Filipa Duarte(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A nefrite intersticial aguda induzida por fármacos, mais especificamente antibioterapia, é uma apresentação cada vez mais frequente de lesão renal aguda, atendendo ao envelhecimento populacional e ao uso crescente desta classe de fármacos.

Caso clinico: Homem de 9(1) anos com antecedentes pessoais de hipertensão e cardiopatia hipertensiva. Admitido no Serviço de Urgência por tosse produtiva e febre com 3 dias de evolução. À admissão apresentava-se com sinais de congestão central e periférica e analiticamente com agravamento ligeiro da função renal (sCr 1.4 mg/dL) e parâmetros inflamatórios elevados. Radiografia torácica com hipotransparência homogénea na base direita.

Internado no Serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade, com insuficiência respiratória global e Insuficiência Cardíaca descompensada. Iniciou antibioterapia empírica com Amoxicilina/Clavulânico e terapêutica diurética endovenosa.

Melhoria gradual dos sinais de hipervolemia com normalização da função renal nos primeiros 3 dias de internamento. Do ponto de vista infecioso, após cumprir 7 dias de antibioterapia com Amoxicilina/Clavulânico manteve febre e insuficiência respiratória pelo que decidido escalar antibioterapia para Piperacilina/Tazobactam.

Na evolução subsequente, com melhoria clínica do ponto de vista respiratório. Contudo, em D6 de antibioterapia com Piperacilina/Tazobactam com lesão renal aguda não oligúrica AKIN 3 de novo (creatininémia 0.9 mg/dL » 2.7 mg/dL). Nos dias subsequentes evoluiu com agravamento paulatino da função renal, com creatininémia máxima registada de 6.2 mg/dL. Clinicamente com sinais de euvolemia.

No sedimento urinário, sem leucocitúria e eritrocituria, com proteinúria ligeira. Sem eosinofilia periférica. Ecografia renal sem evidencia de causa pós-renal.

Suspendeu Piperacilina/Tazobactam após 9 dias de tratamento e iniciou corticoterapia com melhoria subsequente progressiva até normalização da função renal em cerca de 2 semanas.

Conclusão: Este caso ilustra uma entidade que não deve ser esquecida entre os diagnósticos diferenciais de lesão renal aguda e que, ainda não sendo muito frequente, se perspetiva cada vez mais comum atendendo ao uso crescente deste tipo de antibioterapia em meio hospitalar e ao envelhecimento populacional.

Nº 601 Ascite como manifestação de Gastroenterite Eosinofílica. Desafio diagnóstico multidisciplinar.

Marta Freixa(1); Teresa Fonseca(1); Glória Nunes da Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introdução: A gastroenterite eosinofílica (GE) é rara, ainda de definição incerta, a maioria idiopática e pode envolver as camadas mucosa, muscular e/ou serosa. A forma serosa é a mais rara, associa-se a ascite e pode resolver espontaneamente. Frequentemente associada a HE, o diagnóstico de GE torna-se complexo e de exclusão.

Caso clínico: Mulher, 32 anos, saudável, internada por aumento do volume abdominal,

náuseas e pirose há 3 semanas. Exame objectivo - abdómen globoso, com sinal de onda líquida. Laboratorialmente - leucócitos 30900/mL, eosinófilos 19700/mL, sem outras alterações. TC abdominal - ascite abundante e imagem anexial esquerda; ecografia ginecológica normal. Efectuada paracentese - líquido com características de exsudado, eosinófilos 34%, exames bacteriológico, micológico e PCR *M. tuberculosis* negativos, sem células neoplásicas. Do restante estudo - IGRA e autoimunidade negativos, IgE total 1995 U/L, triptase normal; exame parasitológico de fezes e serologias parasitárias negativos; endoscopia e colonoscopia sem alterações, histologia com esofagite eosinofílica (EE), sem alterações da mucosa nos restantes segmentos. Realizou mielograma e biópsia óssea - medula óssea normocelular. Avaliação citogenética - sem mutações FIP1L1:PDGFRA, PDGFRB, FGFR1, JAK2 V617F, c-Kit D816V e BCR/ABL. O internamento decorreu sem intercorrências. Espontaneamente ocorreu diminuição do volume abdominal e da eosinofilia. Iniciou terapêutica com pantoprazol. Dois meses após a alta, encontra-se assintomática, sem ascite ou eosinofilia.

Discussão: Expõe-se caso de HE extrema e ascite, com desafio diagnóstico e ampla investigação etiológica. Após exclusão de causas de HE e resolução espontânea, assumiu-se GE com atingimento exclusivo da serosa e EE. Ao contrário da EE, a GE carece de consenso no diagnóstico e tratamento.

Nº 602 Sacroileíte séptica – entidade rara com diagnóstico precoce difícil

Marta Freixa(1); Raquel Silva(1); Teresa Fonseca(1); Glória Nunes da Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introdução: A sacroileíte séptica (SS) ocorre por via hematogénea a partir de foco infeccioso. A raridade, evolução clínica insidiosa e inespecífica e exames de imagem inicialmente normais atrasam o diagnóstico, o que acarreta complicações e aumento da morbilidade. O tratamento requer antibioterapia (AB) prolongada, porém sem consenso quanto à duração.

Caso clínico: Mulher, 34 anos, com surdez neurossensorial, recorreu 3 vezes ao serviço de urgência por lombalgia intensa refractária a analgesia; na terceira admissão com compromisso da marcha e toracalgia pleurítica. Exame objectivo – febril, múltiplas pústulas no dorso, Laségue positivo bilateral. Laboratorialmente – leucócitos 11200/mL, PCR 18.8 mg/dL. Em TC tórax, abdómen e coluna lombar descrito ligeiro derrame pleural bilateral e hérnia discal L5-S1. Foi internada e iniciou amoxicilina/ácido clavulânico e opióides. Identificado *Staphylococcus aureus* (MSSA) em hemoculturas (HC), foi excluída endocardite e espondilodiscite em RM. Após 14 dias de AB, teve alta com dor melhorada, parâmetros inflamatórios normais (PI) e HC negativas. Duas semanas depois, é reinternada por recorrência de febre, dor intensa na anca esquerda e marcha limitada; laboratorialmente PCR 6.5 mg/dL e identificado MSSA em HC. Repetiu TC tórax, abdómen, coluna e anca – sacroileíte esquerda e abcesso do músculo psoas-ilíaco (2 cm). Efectuada terapêutica com flucloxacilina durante 6 semanas, com resolução de abcesso e HC negativas, e posteriormente alterada para levofloxacina, 6 semanas, até exclusão de focos infecciosos em PET. Cumpriu fisioterapia, com melhoria da dor e recuperação de autonomia para a marcha.

Discussão: Apresenta-se caso de SS complicada de abcesso, por bacteriémia a MSSA com provável ponto de partida em pústulas dorsais. Apesar do atraso no diagnóstico, atendendo a ausência inicial de alterações imagiológicas em TC, verificou-se sucesso terapêutico. Ressalva-se a importância da elevada suspeição clínica desta entidade para diagnóstico e tratamento céleres.

Nº 603 Hepatite tóxica em doente cirrótico com COVID 19

Daniela Silvano Maurício(1); João Costelha(1); Adélia Simão(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

A lesão hepática induzida por drogas pode ser provocada por diversos medicamentos, porém em doentes já com patologia estrutural estabelecida (cirrose), a prescrição medicamentosa torna-se um desafio. A presença de cirrose altera a farmacocinética do fármaco provocando reações adversas (RA) inesperadas.

Nesta exposição é descrito o caso clínico de um homem de 57 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e tosse, associado a icterícia e lentificação psicomotora. Tinha antecedentes de hábitos etílicos marcados e de cirrose. Foi internado por descompensação da sua doença hepática com encefalopatia associada a infeção covid 19.

Nos primeiros dias de internamento por febre, insuficiência respiratória hipoxémica e aumento dos parâmetros inflamatórios, foi iniciada antibioterapia com *azitromicina* e *ceftriaxone* ao tratamento.

Boa resposta clínica e redução dos parâmetros inflamatórios.

Após término de antibioterapia, o doente apresentou agravamento do estado de consciência (vigil mas confuso) e agravamento da icterícia. Foi observado aumento da bilirrubina total até ao máximo de 22mg/dL e agravamento da função hepática.

Dado o novo quadro clínico após infeção debelada de Sars-Cov-2, foi ponderada a realização de biopsia hepática. Realizou-se o procedimento transjugular com resultado de "Esteato-hepatite severa, com fibrose septal, perissinusoidal e pericelular em provável relação com toma de fármaco-azitromicina".

Iniciada corticoterapia com melhoria analítica ao nível da hiperbilirrubinemia e da função hepática, pese embora do ponto de vista da encefalopatia o doente não tenha recuperado totalmente.

A lesão hepática secundária a azitromicina é uma RA que se encontra descrita, apesar de rara (cerca de 1-2% da população tratada), que se apresenta (1) a 3 semanas apos o tratamento com esse fármaco. Em doentes cirróticos, e uma vez que a azitromicina tem depuração hepática, é um fármaco a ser usado cuidadosamente.

Nº 604 Ela "tireoide-me" do sério

Tiago Pais(1); Bruno Campos(1); Ana Rodrigues(1); Catarina Domingues(1); Carolina Fernandes(1); Cláudia Diogo(1); Ricardo Ascenção(1); Daniela Antunes(1); Sandra Cunha(1); Ana Isabel Ribeiro(1); Joana Leite(1)

(1) CHLeiria St. André - Leiria

Introdução: A tempestade tireoideia (ou crise tireotóxica) é uma situação clínica grave, por exacerbação abrupta e potencialmente fatal do hipertiroidismo muitas vezes não diagnosticado previamente ao evento.

O fator precipitante primordial é uma infeção. O diagnóstico é fundamentalmente clínico e exige uma rápida abordagem na sala de emergência.

Caso: Uma doente do género feminino de 19 anos com IMC 20 kg/m2 deu entrada pela sala de emergência por agitação, palpitações, febre, diarreia e sudorese profusa com evolução progressiva nos últimos 3 dias.

Ao exame físico a doente encontrava-se consciente, orientada, mas pouco colaborante por inquietação no leito, taquicárdica (165/min) e febril (39,5°C).

Ao exame físico do pescoço evidenciou-se uma massa ventral, sólida, elástica, aparentemente indolor em forma de borboleta, clinicamente suspeita de bócio. O ECG demonstrou flutter auricular de novo e analiticamente com velocidade de sedimentação aumentada (35mm/h) e cetonúria.

Dada a presunção clínica de bócio tóxico, administrou-se no imediato, propranolol e tiamazol.

Posteriormente foi diagnosticada com doença de Graves. Estudo analítico hormonal demonstrou uma TSH <0,0(1) mIU/l e uma T4 livre 100 pmol/l (hipertiroidismo primário).

Discussão: A tempestade tireoideia é um estado hipermetabólico agudo, potencialmente fatal por hiperatividade da tiroide. A taxa de mortalidade sem tratamento é elevada (cerca de 90%) pelo que a suspeição clínica precoce é fundamental.

Conclusão: O reconhecimento precoce é desafiante (especialmente na ausência de evidências de alterações tiroideias ao exame objectivo) mas vital uma vez que o diagnóstico definitivo (analítico) acontece muitas vezes depois da necessidade de introdução terapêutica.

Nº 01 Aplicabilidade do Guia de Consenso sobre Boas Práticas em Fim de Vida na Medicina Interna

Sergey Zagidulin(1); Mariana Almeida(1); Nayive Gomez(1); Mariana Alves(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introdução: O Guia de Consenso para a Prática Clínica sobre Boas Práticas nos Cuidados em Fim de Vida foi realizado através da colaboração entre a SEMI (Sociedade Espanhola de Medicina Interna) e a SPMI (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna), e teve como principal objetivo salientar a necessidade de suporte aos doentes em situações de fim de vida. As recomendações elaboradas pelos peritos abordaram sete áreas específicas, nomeadamente: Identificação do doente; Conhecimento dos valores e preferências do doente; Informação; Necessidades do doente; Acompanhamento e cuidados; Sedação paliativa e cuidados pós-morte. Este estudo tem como principal objetivo avaliar se as recomendações estão a ser cumpridas num serviço de Medicina Interna.

Métodos: Foram analisados os processos clínicos de cada um dos doentes falecidos em 202(1) doentes com vista à verificação se houve ou não o cumprimento das recomendações estabelecidas no Guia de Consenso para a Pática Clínica Sobre Boas Práticas nos cuidados em Fim de Vida.

Resultados: Entre (1) de janeiro e 3(1) de dezembro de 2021, foram incluídos 79 doentes que faleceram no serviço. Dos doentes incluídos 52% eram do sexo masculino e a média das idades foi 82 +/- 12,5 anos. A mediana da duração do internamento foi de 7 dias. Em 56% dos doentes (n=44) não houve apoio dos Cuidados Paliativos. Foi registada a identificação da situação de últimos dias de vida dos doentes em 56% dos doentes (n=44). 24% dos doentes (n=19) tinham conhecimento da sua situação clínica. Foi realizada Conferência Familiar em 18% dos doentes (n=14). Houve o registo de ordem de não reanimar em 82% dos doentes (n=65). O RENTEV foi consultado em 1% dos doentes (n=1). Houve registo da presença/ausência de sintomas, e do seu grau de controlo em 65% dos doentes (n=51).

Conclusões: O nosso estudo permitiu salientar as dificuldades que ainda existem em implementar ações paliativas na prática clínica, pelo que será de extrema importância a formação e treino em Medicina Paliativa.

Nº 02 À espera de uma vaga - análise dos internamentos >30 dias numa UCPaliativos hospitalar

Ana João Carvalho(1); Adriana Azevedo(1); Catarina Faria(1)

(1) CHLP - HOSPITAL SANTO ANDRÉ EPE - LEIRIA

Introdução: Existem em Portugal 2 tipologias de internamento em Cuidados Paliativos (CP): as Unidades de CP hospitalares (UCPh) e as Unidades de CP da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (UCPr). As UCPh têm mais vagas disponíveis, mas estando integradas num hospital de agudos não deverão ultrapassar os 15 dias de internamento. Habitualmente recebem doentes complexos vindos do serviço de urgência, do domicílio e de outros internamentos hospitalares quando a necessidade de controlo de sintomas é prioritária. Quando o controlo de sintomas não é atingido após 15 dias de internamento, o doente é encaminhado para uma UCPr para continuação e consolidação de cuidados até que ocorra o óbito ou a alta de volta para a comunidade. Infelizmente o número de vagas em UCPr está ainda muito aquém das necessidades a nível nacional, havendo regiões sem qualquer UCPr disponível.

Objetivo: analisar as características dos doentes com internamento >30 dias numa UCPh, identificar quantos destes tiveram um processo de referenciação para UCPr e determinar qual o tempo de espera de vaga para uma unidade desta tipologia.

Material e Métodos: estudo retrospetivo, com recurso aos dados dos doentes internados numa UCPh entre 15/03/202(1) e 31/12/2022 constantes do programa «SClínico». Foram selecionados todos os doentes com tempo de internamento >30 dias. Os dados foram inseridos, compilados e analisados com recurso ao programa "Excel".

Resultados: Foram identificados 2(1) doentes com tempo de internamento superior a 30 dias (3,8%). Destes, 1(1) eram do sexo feminino e 10 do sexo masculino. A média de idades foi de 67 anos (máximo 87 anos, mínimo 33 anos). O tempo de permanência hospitalar foi, em média, de 39,8 dias (máximo 70 dias, mínimo 3(1) dias). As patologias mais frequentemente identificadas foram o glioblastoma cerebral e a neoplasia maligna do pulmão. A avaliação inicial da escala de funcionalidade Palliative Performance Scale (PPS) pontuou em média 51% e a escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS) pontuou na admissão uma média de 27,8 pontos, sendo que os parâmetros "astenia" e "bem estar" foram os mais cotados como estando descompensados. Foram realizadas no total, entre este grupo de doentes, 3(1) Conferências Familiares (CF), com todos os doentes a terem (1) CF pelo menos. Foi aberto um processo de referenciação para UCPr em 14 dos 2(1) doentes analisados, verificando-se um período de espera até à alta efetiva de 27 dias, em média (máximo 54 dias, mínimo 1(1) dias). Verificou-se o óbito em 13 doentes, dos quais 7 se encontravam a aguardar vaga em UCPr, e 7 doentes tiveram alta para uma UCPr. Entre os doentes que não foram referenciados a UCPr, o motivo mais frequente foi a realização de tratamentos dirigidos à doença (num total de 4 doentes).

Conclusões: o número de doentes com tempo de internamento >30 dias foi pequeno, contudo são doentes jovens e de elevada complexidade clinica tendo em conta uma PPS média na admissão de 51% (correspondente a doença extensa) e a pontuação inicial ESAS de 27,8 pontos, com os parâmetros "astenia" e "bem-estar" como mais descompensados, o que poderá estar relacionado com maior sofrimento para o doente e a família e assim com maior intervenção da equipa do internamento. Houve um elevado número de referenciações a UCPr (14 em 21 doentes, 66,7%), com tempo médio de espera para colocação muito extenso, refletindo a falta de vagas em UCPr e a necessidade de expansão deste tipo de resposta, assim como a dificuldade em disponibilizar vagas em UCPh cuja necessidade de ocupação é, com frequência, urgente.

Nº 03 Administração de Carbapenemes (CBPNM) por via subcutânea (SC) em cuidados paliativos (CP)

Inês Silva(1); Gabriela Ribeiro(1); Tatiana Louro(1); Iuri Correia(1); Rita Oliveira(1); Luísa Pereira(1)

(1) CUF Tejo

Introdução: Os doentes com necessidades paliativas, apresentam frequentemente sinais e sintomas que condicionam a escolha das vias de administração de fármacos. Por este motivo, a via SC é amplamente utilizada para a administração de fármacos e fluidos, em bólus e/ou em perfusão, em alternativa às vias oral e endovenosa.

É designada de utilização *off-label* aquela em que os medicamentos não tenham sido aprovados para uma indicação terapêutica, um subgrupo populacional, dosagem e/ou via de administração. No entanto, especialmente em CP, torna-se muitas vezes inevitável o uso desta prática, em benefício do doente.

A utilização de CBPNM por via SC é *off-label,* sendo a utilização de ertapenem amplamente descrita na literatura, mas menos evidente a de Meropenem.

Objetivos e métodos: Procedeu-se à avaliação de segurança e eficácia da administração por via SC dos CBPNM, num período de um ano (fevereiro de 2022 a fevereiro de 2023), em internamento em unidade de CP. Nestes doentes, foi colocado um cateter SC abdominal. Após reconstituição, os fármacos foram diluídos em 100mL de cloreto sódio 0,9% e perfundidos durante (1) hora. A avaliação foi baseada nos registos clínicos efectuados durante o internamento.

Resultados: Neste período, dos 196 doentes internados, 13 doentes receberam CBPNM por via SC (9 receberam ertapenem e 4 meropenem). A duração média de antibioterapia foi de 7.27 dias. Após avaliação, todas as administrações foram consideradas seguras, não se tendo verificado nenhum efeito adverso e/ou secundário, durante ou após a administração. Concomitantemente, o objetivo terapêutico estabelecido para a instituição do fármaco foi em 76.9% dos doentes cumprido, demonstrando eficácia da via escolhida. Nos 3 doentes que não cumpriram o objetivo salientamos que todos estavam sob ertapenem: 2 faleceram e (1) viu alterada AB de acordo com TSA.

Conclusão: Apesar de não existir evidência robusta na literatura sobre a administração meropenem por via SC, este não pareceu ser inferior em segurança ou eficácia quando comparado com o ertapenem.

O uso CBPNM por via SC parece assim ser uma alternativa segura em doentes sem património venoso, com base nos *outcomes* por nós obtidos. É de qualquer forma importante salientar que serão necessários mais estudos e com amostras maiores.

Nº 04 Hospitalização domiciliária: 32 meses de atividade no sistema de saúde privado em Portugal

Pedro Correia Azevedo(1); Cátia Rei(1); Rui Grande(1); Joana Malho Rodrigues(1); Mário Ferreira(1); Maria Ferreira de Moraes(1); Maria João Gomes(1); Fernando Rolim(1); Ana Margarida Carvalho(1); Filipa Ribeiro Lucas(1); Carolina Coelho(1); Ana Cachopo(1); Ana Isabel Vicente(1); Diana Cavaco(1); Maria João Nascimento(1); Tiago Farinha(1); Vânia Marques(1); Ricardo Santos(1); Carina Cruz(1); Cátia Pires(1); Joana Libório(1); João Batista(1); Jorge Chumbo(1); Liliana Sousa(1); Marta Barbosa(1); Nuno Morais(1); Rhaisa Santos(1); Rita Monteiro(1); Sérgio Serrão(1); Sílvia Bernardo(1); Sofia Pinto(1); Sofia Casal(1); Rodrigo Batista(1); Sandra Martins(1); Natacha Freire(1); Natacha Nunes(1); Mariana Saraiva(1)

(1) Hospital CUF Tejo

Introdução: A hospitalização domiciliária tem vindo a implementar-se no sistema de saúde português como um modelo de assistência de nível hospitalar no domicílio. Cumpridos os critérios clínicos, geográficos e sociais, e respeita a vontade do doente, os doentes internados nesta modalidade não têm tido prejuízo do seu tratamento e recuperação. Motivado pela experiência positiva do SNS, nomeadamente no que toca à satisfação dos doentes e equipas, e reconhecidos os benefícios para o doente e para as instituições, o sector privado tem vindo a adoptar também esta modalidade..

Objetivo: descrever a atividade assistencial de uma UHD generalista no sistema de saúde privado português.

Material e **Métodos:** análise retrospetiva dos internamentos domiciliários durante os primeiros 32 meses de atividade da unidade.

Resultados: Durante o período analisado verificaram-se 46(1) internamentos, 42,52% do género feminino e 76,68 anos de idade média (mínimo 18; máximo 100). A demora média de internamento foi de 11,8 dias (mínimo (1); máximo 62) e a maioria dos doentes provieram de consultas domiciliárias (30,15%) e do serviço de atendimento permanente (20,39%). Em 68% dos doentes verificou-se algum grau de dependência. Destacou-se a pluripatologia, a polifarmácia e complexidade crescente dos doentes admitidos (MEWS médio 1,55; índice de Charlson médio 7,8). O diagnóstico mais frequente foi a infeção urinária a microorganismos problema e/ou complicada. Em 70,5% dos doentes houve necessidade de terapêutica antimicrobiana domiciliária endovenosa. Em 18,4% dos doentes houve necessidade de oxigenoterapia. A comorbilidade mais frequente foi a hipertensão arterial (75%). Registaram-se poucas intercorrências ao longo do internamento (úlceras de pressão 0.43%, quedas 1.08%, infeções nosocomiais 0%). Em 18 casos (3,9%) houve necessidade de retorno ao hospital por agravamento clínico. Verificaram-se 52 óbitos (11,3%), todos em doentes com complexidade elevada (índice de Charlson médio 12). Na alta o valor médio da escala de Barthel (59,7) foi superior ao valor da admissão (51,1). A maioria dos doentes foi referenciado para consulta de seguimento, encontrando-se bem aos 30 dias após a alta.

Conclusões: Este modelo de internamento tem tido a capacidade de integrar um conjunto vasto de diagnósticos, com elevada satisfação para os doentes e a equipa. Com vista ao aumento do número de referenciações temos vindo a realizar iniciativas de divulgação interna bem sucedidas e uma estreita colaboração com as equipas do atendimento permanente e do internamento. A aposta em modelos de telemonitorização e digitalização poderá permitir a expansão da capacidade de internamento.

Nº 05 Gestão da disglicemia em doentes em fim de vida – quando e como

Teresa Sofia Abegão Valente Jesus(1); Teresa Tomásia Silva(1); Rafael Muñoz(1); Giovanni Cerullo(1); Ana Baptista(1); Carlos Cabrita(1); Dagoberta Lima(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introdução: Os cuidados dos doentes em fim de vida devem focar-se no conforto e alívio sintomático, devendo estes princípios reflectir-se no controlo das suas comorbilidades. No entanto, em muitas enfermarias, doentes em fim de vida são medicados e vigiados de acordo com as recomendações standard para a população em geral. A Diabetes Mellitus (DM) é uma das comorbilidades mais frequentes em Cuidados Paliativos (CP), no entanto a evidência sobre este tema é escassa. A gestão terapêutica destes doentes é complexa, devendo sempre ser reajustada consoante o status funcional e prognóstico. Apesar do julgamento clínico ser fundamental na decisão, a Palliative Performance Scale (PPS) é uma escala útil neste processo. Quando vigiar e como medicar continuam a ser questões nem sempre lineares.

Objectivos: Determinar o número de doentes internados numa Unidade de CP num período de 3 meses com disglicemia (com ou sem antecedentes pessoais de DM) e as estratégias adoptadas (vigilância glicémica e manutenção/suspensão de agentes hipoglicemiantes).

Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo. Triados doentes internados entre Novembro de 2022 e Janeiro de 2023, com diagnóstico prévio de DM e/ou com disglicemia (glicémia capilar ocasional >200mg/dL ou < 70mg/dL). Aferido género, idade, diagnóstico principal, tipo de DM, PPS, presença ou ausência de vigilância glicémica durante o internamento pela pesquisa de glicémia capilar, terapêutica com corticóide, terapêutica com antidiabético oral (ADO) ou insulina e desfecho (alta ou óbito).

Resultados: Amostra de 13 doentes (46% do género feminino e 54% masculino), com idade média de 77 anos (desvio padrão ±7,9 anos). A maioria (85%) com diagnóstico de neoplasia maligna. 92% destes doentes tinham diagnóstico prévio de DM tipo 2, e apenas (1) com DM associada a corticoterapia. 77% estava sob corticoterapia. Em média, os doentes apresentaram uma pontuação de 29% na PPS (desvio padrão ±14,4%). Todos os doentes tiveram vigilância glicémica no início do internamento, mas foi suspensa a vigilância em 62% dos doentes. A insulinoterapia foi prescrita em apenas 64% dos doentes, sendo posteriormente suspensa em 1/3 dos doentes por agravamento da PPS. Não se registaram doentes com prescrição de ADO durante internamento. A maioria dos doentes (85%) faleceu no internamento, (1) doente teve alta para domicílio e (1) ainda permanecia internado à data da recolha dos dados.

Conclusões: No período analisado, a maioria dos doentes tinha vigilância glicémica no início do internamento, suspensa em cerca de 2/3 do grupo por agravamento clínico. A vigilância glicémica não está recomendada em doentes em fim de vida, devendo ser suspensa em casos de agravamento da PPS ou em doentes que ficam sem via oral. Por vezes, quando o agravamento clínico é inesperadamente súbito, as medidas não são instituídas a tempo, o que parece ser o caso desta amostra nos casos de doentes com baixa PPS e que mantiveram as vigilâncias.

Nesta amostra, a prescrição e suspensão de insulinoterapia seguiu as recomendações para doentes em fim de vida – não foi iniciada terapêutica em 1/3 dos doentes, e dos restantes, foi suspensa a insulina em 1/3 do grupo. Estas decisões basearam-se principalmente no estado clínico do doente, aferido pela PPS e comprovado pela elevada taxa de mortalidade durante o internamento.

Ainda que existam algumas recomendações sobre o tipo de estratégias a adoptar, continua a faltar evidência que suporte algumas decisões mais complexas, frequentes neste grupo de doentes.

Nº 06 Púrpura Trombocitopénica Imune- causuística retrospetiva

Maria Manuel Pereira(1); Catarina Oliveira Silva(1); Catarina Ferreira(1); Ana Ramôa(1); Eduardo Macedo(1); Diana Silva Fernandes(1); Ana Rita Marques(1); Ilídio Brandão(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: A Púrpura Trombocitopénica Imune (PTI) é um distúrbio imune associado a uma baixa contagem plaquetária e risco hemorrágico. É a causa mais comum de trombocitopenia em adultos assintomáticos. Estudos epidemiológicos mostram que está associada não só a complicações hemorrágicas mas também a efeitos adversos consequentes das estratégias terapêuticas utilizadas e diminuiu a qualidade de vida dos doentes.

Objetivo: Caracterizar oito casos de trombocitopenia imune (PTI), quanto às manifestações clínicas, estratégia terapêutica e complicações associadas.

Material e Métodos: Realizou-se uma análise retrospetiva de uma amostra de 8 doentes com o diagnóstico de PTI com necessidade internamento no serviço de Medicina Interna (entre Janeiro 2018 e Dezembro de 2022). Foram avaliados aos dados demográficos, manifestações clínicas, tempo de internamento, terapêutica utilizada e complicações. O follow-up definiu-se desde a admissão ao serviço de urgência até à data de alta. Os dados foram obtidos através da análise dos processos clínicos e tratados no IBM SPSS (versão 28.0).

Resultados: Demograficamente descreve-se uma amostra de 8 doentes com média de idades de 53 anos (min. 29 e max.84), 50% do sexo feminino (n=4) e 50% do sexo masculino (n=4). Metade dos doentes (n=4) já tinha diagnóstico de PTI e era seguido em consulta externa. No que diz respeito à sintomatologia à admissão no serviço de urgência, 62,5% (n=5) apresentou petéquias e bolhas hemorrágicas na mucosa jugal; 25% (n=2) com epistáxis e gengivorragias e 12,5% (N=1) adenopatias generalizadas. O número mínimo de plaquetas à admissão foi de <10.000/uL e o máximo foi de 60.000/uL. Relativamente à etiologia das PTI: 75% (n=6) eram idiopáticas; 12,5% (n=1) causa infeciosa e 12,5% (n=1) secundária a imunodeficiência comum variável. No grupo das causas infeciosas, a destacar um caso após infeção por sars-cov-2. O tempo médio de internamento foi de 11,5 dias (min. 5 e max. 25). Das terapêuticas instituídas, a mais utilizada foi a corticoterapia sistémica em 50% (n=4); 37,5% (n=3) foram tratados com corticoterapia sistémica e imunoglobulina humana endovenosa (IGIV); um doente foi tratado com rituximab por falência terapêutica à corticoterapia e à IGIV (12,5%; n=1). Todos os doentes mantiveram seguimento em consulta externa de Medicina Interna/doenças auto-imunes. Não ocorreram intercorrências durante o internamento, com exceção de um rash associado à primeira administração de rituximab.

Conclusões: O tratamento da PTI é guiado pela gravidade clínica e pela contagem de plaquetas. A caraterização desta série de casos permitiu observar que as terapêuticas utilizada nestes doentes estão de acordo com as atuais recomendações. A maioria dos doentes apresentou-se com manifestações mucocutâneas. Contudo, a evolução pode complicar com hemorragias severas, pelo que é de extrema importância o seu reconhecimento para que se institua terapêutica adequada.

Nº 07 Resposta imunológica à 3ªdose da vacinação de SARS-CoV2 em doentes com DAIS

Ana Magalhães(1); Carolina Teles(1); Cátia Barra(1); Ana Borges(1); Jorge Crespo(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A pandemia COVID-19 iniciou-se em Março de 2020, tendo tido um impacto importante a nível sanitário e económico. A primeira vacina contra o se agente, SARS-CoV2, surgiu em Novembro de 2020, sendo que neste momento, em Portugal temos disponíveis e aprovadas vacinas com diferentes mecanismos de ação, e com eficácia comprovada. (1) Existem ainda dados contraditórios sobre a eficácia da vacinação em doentes com doença autoimune sistémica (DAIS), particularmente sobre terapêutica biológica. (2)

Objetivo: Avaliar a eficácia e resposta imunológica à 3ªdose da vacina SARS-CoV2 numa população de doentes com DAIS sob terapêutica biológica.

Material e Métodos: Estudo de coorte prospetivo em doentes com DAIS sob terapêutica imunossupressora, biológica (bDMARD, Biologic Disease-modifying Antirheumatic Drug, ou inibidor da JAK) e não-biológica (prednisolona, hidroxicloroquina, csDMARD, conventional synthetic Disease-modifying Antirheumatic Drug, ou outro imunossupressor), que tinham realizado vacinação COVID-19 primária completa com vacina da Pfizer/Moderna (mRNA) ou da AstraZeneca ou Janssen, e dispostos a receber 3ª dose de vacina mRNA. Foram colhidos o anticorpo IgG-anti-SARS-CoV2 e realizado o teste T-SPOT. COVID (que traduz a reatividade das células T) antes da inoculação da 3ª dose e após 2 semanas a 3 meses. Após as colheitas foi comparada a resposta vacinal (eficácia e imunológica) dos doentes a realizar terapêutica biológica versus doentes que não a realizaram. Nenhum doente suspendeu a terapêutica biológica neste período. Foi também avaliado quantos destes doentes desenvolveram COVID-19 nos 6 meses após a 3ª dose. A estatística, foi realizada em SPSS.

Resultados: O estudo englobou 13(1) doentes, 5(1) com terapêutica biológica e 80 sem esta terapêutica. Sendo que 94 realizaram a vacina mRNA e 37 realizaram a vacina AstraZeneca ou Janssen. A amostra apresentava uma média de idades de 54,85 anos, com 99 doentes do sexo feminino. Destes, 52 (39,7%) desenvolveram COVID-19, numa percentagem superior nos doentes sob terapêutica biológica (49,0% versus 33,8%, p=0,100). Nenhum caso era grave ou necessitou de internamento. A variação do nível de anticorpo IgG anti-SARS-CoV-2 pós 3ª dose nos doentes sob biológico foi de 4459,35 UA/mL e nos doentes não-biológico de 12868,9 UA/mL, uma diferença estatisticamente significativa (p=0,001). Em termos de T-SPOT 73,3% demonstraram reatividade de células T, existindo menor percentagem de reativos nos doentes sob biológico (58,3% versus 83,3%, p=0,041).

Conclusões: Os doentes sobre terapêutica biológica têm um doseamento menor de IgG face à dose de reforço da vacina SARSCoV2 do que os doentes sobre terapêutica não biológica. No entanto, observa-se elevação do título de anticorpos anti-SARS-CoV-2 após 3ª dose, mantendo eficácia na prevenção de doença grave e de hospitalização, pelo que os doentes com DAIS sob biológico têm benefício e deverão receber dose de reforço.

(1) Annoor Awadasseid, Yanling Wu , Yoshimasa Tanaka, Wen Zhang. Current advances in the development of SARS-CoV-2 vaccines, Int J Biol Sci 202(1) Jan 1;17(1):8-19.

(2) Yu Liu (1) , Amr H Sawalha 2 , Qianjin Lu 1 3 COVID-19 and autoimmune diseases. Curr Opin Rheumatol. 202(1) Mar 1;33(2):155-162.

Nº 08 Espondiloartropatia na doença de Behçet: uma doença ou sobreposição de entidades?

Isabel Fonseca Silva(1); Ana Rita Rocha(2); Luísa Serpa Pinto(1); Raquel Faria(1); Fátima Farinha(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António (2) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo - Beja

Introdução: A doença de Behçet (DB) é uma vasculite sistémica de causa desconhecida, que acomete diversos orgãos. Quando apresenta atingimento articular, pode tornar-se difícil a distinção da DB de outras espondiloartropatias, nomeadamente a espondilite anquilosante e a doença inflamatória intestinal (DII) com manifestações extraintestinais.

Objectivos: Descrição do subgrupo com atingimento articular, com ênfase na espondiloartropatia.

Métodos: Coorte, prospectivo, unicêntrico, com doentes seguidos em consulta externa especializada entre 198(1) e 2022, com DB segundo critérios do International Study Group. As variáveis categóricas são apresentadas como frequência absoluta e relativa; as variáveis continuas como média e desvio padrão. Para comparação de grupo foram usados o teste T-student (para variáveis continuas); e teste Qui-quadrado ou teste Exacto de Fisher, se necessário (para variáveis categóricas).

Resultados: Nesta coorte estão incluídos 253 doentes com DB, dos quais 42% (n=105) apresentam atingimento articular. A maioria são mulheres (73%, n=77), têm uma idade média ao início dos sintomas de 27.9 (DP +/- 13.2) anos e ao diagnóstico de 34.(1) (DP +/- 12.7).

As manifestações mucosas estão presentes em 100% dos doentes, cutâneas 63.8% (n=67), oculares 31.4% (n=33), neurológicas 19.0% (n=20), vasculares 18.1% (n=19), GI 11.4% (n=12) e cardíacas 1% (n=1). Quanto ao atingimento articular, 23 doentes (22%) apresentam espondiloartrite, 32%(n=34) poliartrite, 6%(n=6) monoartrite e 76%(n=8) artralgias. Dos doentes com espondiloartrite, apenas 7 apresentavam alterações com tradução radiológica. 85% (n=89) têm HLA determinado dos quais 53% (n=47) são portadores de HLA-B51/B5 e 11%(n=10) portadores de HLA-B27.

Comparando os doentes com espondiloartropatia com os demais, não encontramos diferenças relativamente à idade da primeira manifestação ou à idade de diagnóstico, nem diferenças entre géneros. Os doentes com espondiloartropatia têm mais frequentemente atingimento gastrointestinal (GI) (26% vs. 7%, p=0.022). Não encontramos diferenças relativamente à presença de manifestações mucosas, cutâneas, neurológicas, oculares, vasculares nem cardíacas. Os doentes com espondiloartropatia parecem ser menos frequentemente HLA-B51/B5 positivos (17% vs. 83%, p=0.089) e mais frequentemente HLA-B27 positivos (32% vs. 5%, p=0.002).

Conclusão: Nesta população, os doentes que apresentam espondiloartropatia, manifestam mais frequentemente atingimento GI, o que dificulta a diferenciação entre a DB e a DII. Além disso, nem sempre estão presentes caraterísticas endoscópicas que permitam uma distinção segura entre as entidades, e a biópsia pode não demonstrar achados típicos. Por outro lado, o conhecimento do haplótipo HLA pode não auxiliar a diferenciação. Se por um lado, isto pode dever-se a sobreposição entre entidades, por outro, o seguimento dos doentes com o aparecimento de mais manifestações pode ser a chave para o diagnóstico.

Nº 09 Impacto da Consulta de Risco Cardiovascular: dados do primeiro ano de atividade

Maria Margarida Andrade(1); Sara Freire(1); Diogo Cruz(1)

(1) Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte entre a população portuguesa. A criação de consultas hospitalares dedicadas ao Risco Cardiovascular (RCV) pretende reduzir a morbi-mortalidade, prevenindo a ocorrência de eventos vasculares bem como o desenvolvimento de lesões de órgão-alvo, através da otimização do controlo dos principais fatores de RCV (FRCV). A gestão de doentes de alto risco deve ser realizada em consulta especializada, permitindo a sua abordagem multidisciplinar.

Objetivo: Avaliar o impacto da Consulta de RCV no controlo metabólico dos doentes seguidos.

Material e métodos: Estudo retrospetivo, observacional, em adultos seguidos em Consulta de RCV, num hospital português, entre janeiro de 2022 e dezembro de 2022. Com recurso à consulta dos registos clínicos foram analisados dados demográficos, presença de FRCV ou lesões de órgão-alvo, exame objetivo (pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD); peso e índice de massa corporal (IMC)) e exames complementares de diagnóstico (perfil lipídico e HbA1c), no início (jan) e final do ano (dez). A análise estatística foi realizada a partir do SPSS, versão 26.0. Apresentam-se dados descritivos, tendo a comparação entre grupos (jan vs. dez) sido realizada através do teste de Wilcoxon. Definiu-se como estatisticamente significativo $p<0,05$.

Resultados: Foram incluídos 80 doentes com idade média de 58,7±17,1, a maioria (56%) correspondia a indivíduos do sexo masculino. Destaca-se a prevalência de obesidade (n=27, 33,8%), diabetes (n=48, 60%), dislipidémia (n=57, 71,2%) e hipertensão arterial (n=63, 78,8%) nesta amostra, sendo que 57,5% dos doentes foram considerados de muito alto RCV. A cardiopatia isquémica estava presente em 13,8%, encontrando-se a insuficiência cardíaca estabelecida em 6,3%, nefropatia em 8,8% e doença arterial periférica em 7,5% dos casos. O registo de evento vascular agudo como acidente vascular cerebral ou enfarte agudo do miocárdio fazia parte do historial de 21,2% dos doentes, não se tendo verificado nenhuma ocorrência durante o período analisado.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na HbA1c (8,8% vs. 7,5%, $p<0,001$), colesterol-LDL (106mg/dL vs. 82mg/dL, $p<0,001$), PAD (75mmHg vs. 71mmHg, $p<0,001$), peso (79,3kg vs. 77,6kg, $p<0,001$) e IMC (27,2kg/m2 vs. 26,4kg/m2, $p<0,001$). Não foram encontradas diferenças relativamente à PAS (128mmHg vs. 125mmHg, $p=0,102$).

Conclusões: A consulta organizada de RCV com abordagem dos vários fatores de risco tem benefício clínico comprovado para o doente, tendo-se verificado, em especial, redução de 14,8% na HbA1c e 23,6% no colesterol-LDL, em 12 meses de seguimento. A intensificação da terapêutica deve ser guiada pela evidência científica mais recente, minimizando a inércia terapêutica de forma a diminuir o RCV, protegendo os doentes da ocorrência de eventos vasculares.

Nº 10 Impacto da Clínica de IC na otimização de terapêutica modificadora de prognóstico na IC-FEmr/IC-FEr

Tiago Neto Gonçalves(1); Francisca Lopes Martins(2); Fausto Silva Pinto(3); Beatriz Chambino(3); Débora da Silva Correia(4); Mafalda S.B. Sequeira(5); Pedro Fiúza(6); Vasco Tiago(7); Jorge Fernandes(3); Catarina Rodrigues(3); Inês Araújo(3); Cândida Fonseca(3)

(1) Hospital da Luz Lisboa (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos (3) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (4) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de Santa Cruz (5) Hospital Garcia de Orta, EPE (6) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral (7) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Introdução: As recomendações internacionais actuais baseiam o tratamento da insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção reduzida (IC-FEr) e ligeiramente reduzida (IC-FEmr) na modulação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e do sistema nervoso simpático (SNS) através de inibidores do sistema renina-angiotensina--aldosterona (iSRAA), beta-bloqueantes (BB), antagonista dos recetores mineralocorticóides (ARM) e inibidores do co-transportador de sódio-glucose 2 (SGLT2). A terapêutica quádrupla na dose máxima tolerada melhora a sobrevida, reduz o risco de internamentos e melhora a sintomatologia nestes doentes. Na prática clínica, a demora na introdução e titulação desta terapêutica compromete o benefício cardiovascular.

Objetivo: Analisar e comparar a terapêutica à data de alta com a mesma após 6 semanas de seguimento em Hospital de Dia (HD). Identificar as características clínicas que limitaram a introdução/otimização terapêutica.

Material e métodos: Estudo retrospetivo, observacional, de doentes admitidos por IC-FEr ou IC-FEmr entre janeiro de 2022 e dezembro de 2022. A partir da consulta dos processos clínicos, recolheram-se dados demográficos, clínicos, laboratoriais e da terapêutica à data de alta e às seis semanas de seguimento. A análise estatística foi realizada a partir do SPSS, versão 26.0.

Resultados: Dos 82 doentes internados, 68 mantiveram seguimento no HD às seis semanas (82,9%). A idade média foi de 76 ± 10 anos, sendo a maioria (67,6%) do sexo masculino. A IC-FEr estava presente em 79,4% e a IC-FEmr em 32,3% dos doentes acompanhados. No HD, os iSRAA foram o grupo farmacológico em que a titulação foi mais frequente, sendo possível em 33,8% dos doentes. Em onze destes doentes (16,2%), essa titulação foi realizada até a dose máxima. Foi possível introduzir ou titular BB em 17 doentes (25%), tendo-se alcançado a dose máxima em 18 doentes (26,5%). Quanto aos iSGLT2, sete doentes tiveram alta sem esta classe, tendo sido possível adicioná-la em quatro (57,1%), tendo a taxa de filtração glomerular sido limitante nos restantes casos. Os ARM foram o pilar em que mais frequentemente se verificou impossibilidade de introdução, necessidade de redução ou suspensão (n=24, 35,3%). Cinco doentes iniciaram patirómero como hipocalemiante para permitir titulação de iSRAA e ARM. Às seis semanas, 39 doentes (57,4%) encontravam-se com terapêutica quádrupla (versus 50% à data de alta) e 29,4% com três dos pilares terapêuticos (versus 27,9% à data de alta).

Conclusões: A implementação de projetos como a Clínica de IC com programas estruturados e multidisciplinares de gestão dos doentes tem o mais elevado nível de evidência científica em recomendações internacionais. Estes programas permitem a introdução e titulação célere e segura da terapêutica modificadora de prognóstico, com ganhos na qualidade de vida e mortalidade.

Nº 11 Miocardite aguda: uma revisão de 5 anos no departamento de Medicina de um hospital português

Joana Gameiro Duarte(1); Teresa Costa e Silva(1); Susana Franco(1); João Espírito Santo(1); Célia Machado(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A Miocardite Aguda (MA), processo inflamatório do miocárdio, pode representar um desafio diagnóstico dada a heterogeneidade de apresentação. A etiologia da doença pode classificar-se em infecciosa e não-infecciosa, tendo novos agentes (entre os quais SARS-CoV-2, vacinas mRNA e imunoterapia) sido alvo de discussão nos últimos anos.

Objetivo: Avaliação da evolução clínica, marcha diagnóstica e reavaliação após alta de doentes internados com diagnóstico de MA.

Materiais e Métodos: Estudo retrospetivo, observacional, unicêntrico de doentes internados com diagnóstico de MA no Departamento de Medicina de um hospital português, entre Janeiro de 2017 e Dezembro de 2022. Avaliação com consulta do processo clínico, de acordo com codificação ICD-10.

Resultados: Identificados 83 internamentos com diagnóstico de MA. Predomínio do sexo masculino (59%). Idade média de 38 anos (±16 anos). Em 49 doentes (59%) assumida etiologia infecciosa viral, sendo a segunda etiologia mais frequente a idiopática (33,7%). Duração média de internamento de 7 dias, registando-se (1) óbito. 2 doentes com internamento prévio por MA. Identificaram-se casos em contexto pós-vacinal, de terapêutica com Inibidores de *Checkpoint* Imunitário e de Borreliose.

Mais de metade dos doentes (65%) saudáveis. Como comorbidades mais prevalentes, identificadas hipertensão arterial (19,3%), dislipidemia (13,3%) e diabetes (7,2%). Cerca de metade da amostra com excesso de peso ou obesidade (IMC médio 26). Um quarto dos doentes eram fumadores.

À admissão, 92,8% dos doentes reportava toracalgia, 12% dispneia e 7% febre. Do estudo analítico, a maioria (93,8%) tinha elevação de Troponina I (média 6,5±9,2 ng/mL) e um terço de NT-ProBNP (média 1247±2664 pg/mL). 58 doentes (69,9%) com Proteína C Reativa aumentada. Em todos os episódios, realizado Eletrocardiograma, identificando-se alterações *de novo* em 55% (mais frequentes, da repolarização). Efetuado estudo ecocardiográfico na generalidade dos doentes (92,8%); os casos sem estudo foram internados durante a pandemia COVID-19. 15% dos doentes tinham compromisso *de novo* de fração de ejeção. Para excluir doença coronária, 2(1) doentes (25%) foram submetidos a coronariografia (idade média 5(1) anos), a maioria com pelo menos (1) fator de risco cardiovascular. 2 doentes realizaram Angio-TC Coronária e 24 doentes (28,9%) Ressonância Magnética Cardíaca (RMC) em internamento. Em (1) doente foi realizada Biópsia Endomiocárdica (EMB). Após alta, 75,9% dos doentes reavaliados em consulta. 23 realizaram RMC, todos com alterações sugestivas do diagnóstico de MA. Dos 12 doentes com compromisso de fração de ejeção, 5 mantinham alterações.

Conclusão: A apresentação inespecífica de MA requer elevado grau de suspeição, sendo essencial a exclusão de doença coronária bem como a consideração de etiologias emergentes, entre as quais a associação a imunoterapia. A marcha diagnóstica pode ser variável consoante a disponibilidade de cada centro, mantendo-se o *gold standard* (EMB) reservado para casos selecionados. A evolução é globalmente favorável, devendo ainda assim ser mantida vigilância para a progressão a Miocardiopatia Dilatada, dado o mau prognóstico associado.

Nº 12 Estratégias para reduzir as idas ao Serviço de

Urgência por Insuficiência Cardíaca descompensada

Maria Eduarda Moniz(1); Carolina Nunes Cardoso(1); Luís Ramos Santos(1); Catarina Teles Neto(1); Bela Machado(1); Carolina Gouveia(1); Manuela Lélis(1); Teresa Faria(1)

(1) SESARAM

Introdução: Atualmente, verifica-se um aumento da esperança de vida e um envelhecimento da população, o que leva a um aumento da incidência e prevalência de insuficiência cardíaca (IC). A IC aguda e crónica agudizada podem cursar com manifestações clínicas graves, que frequentemente motivam internamentos e idas ao Serviço de Urgência (SU). Após alta, estes doentes apresentam altas taxas de readmissão hospitalar.

Objetivo: O objetivo deste estudo é avaliar o quanto o seguimento de doentes com IC na nossa consulta especializada de IC influenciou novas idas ao SU. Assim, comparámos as idas ao SU dos doentes observados antes e após serem seguidos na nossa consulta.

Material e Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo que incluiu uma amostra de 63 doentes, admitidos entre Outubro de 202(1) e Janeiro de 2023, observados em consulta. Destes, 27 doentes tiveram seguimento durante 6 meses, 22 doentes durante 3 meses e, por fim, 14 doentes apenas durante (1) mês. Com uma média de idades de, aproximadamente, 74.13 anos, a maioria do sexo masculino (65.08%). A principal causa de IC presente é a isquémica (23.81%), em segundo as causas alcoólica e arrítmica (19.05%, cada) e, em terceiro, a hipertensiva (15,87%). Relativamente à fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), a maioria destes doentes apresentavam à admissão FEVE reduzida (52.38%), seguida de FEVE preservada (33.33%) e, em minoria, FEVE ligeiramente reduzida (14.29%).

Resultados: Neste estudo verificou-se uma redução das idas ao SU após 30 dias, 3 meses e 6 meses de seguimento. Após 30 dias de seguimento houve uma redução de 2(1) idas ao SU para 3, o que perfaz uma redução de 85.72%, face ao período homólogo prévio. Aos 3 meses, verificou-se uma diminuição de 4(1) idas ao SU para 5, com redução de 87.80% quando comparado aos 3 meses antecedentes. E, por fim, aos 6 meses, as idas ao SU reduziram de 6(1) para 4, o que corresponde a 93.44% de redução, face aos 6 meses anteriores.

Conclusões: Após o início do seguimento de doentes com IC na nossa consulta especializada, verificou-se uma redução de idas ao SU e, potencialmente, reinternamentos, dado que a maioria dos doentes é readmitida a partir do SU.

Nº 13 O papel da consulta especializada em insuficiência cardíaca na redução de internamentos hospitalares

Carolina Nunes Cardoso(1); Maria Eduarda Moniz(1); Luis Ramos Santos(1); Catarina Teles Neto(1); Bela Machado(1); Carolina Gouveia(1); Manuela Lélis(1); Teresa Faria(1)

(1) SESARAM

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome crónica e progressiva com grande impacto social e económico para os doentes e os sistemas de saúde. Nos doentes com IC, a hospitalização está associada a um maior risco de mortalidade, diminuição da qualidade de vida e agravamento de comorbilidades. Tendo em conta as repercussões negativas do internamento hospitalar no prognóstico da IC é essencial identificar e criar estratégias para evitar esses episódios. Em outubro de 202(1) foi implementada uma consulta especializada de IC num hospital terciário, com o objetivo de seguir os doentes com IC e melhorar a qualidade de vida, reduzindo a utilização de serviços de saúde,

nomeadamente o internamento hospitalar, que é um indicador da gravidade e progressão da doença e contribui para os custos dos sistemas de saúde.

Objetivo: Avaliar o impacto da abertura de consulta especializada de IC no número de internamentos por IC.

Material e Métodos: Estudo observacional retrospetivo dos doentes observados em consulta especializada de IC de um hospital terciário no período de outubro de 202(1) a janeiro de 2023. A recolha dos dados foi feita através do processo clínico eletrónico. Efetuou-se estudo estatístico com recurso ao Microsoft Excel.

Resultados: Dos 96 doentes observados em consulta apenas 27 possuem seguimento há pelo menos 6 meses: 17 homens (63%) e 10 mulheres (37%), com idades compreendidas entre os 49 e 90 anos, média de 78 anos. Classificam-se 37,2% (n=16) com IC com fração de ejeção reduzida, 46,5% (n=3) com IC com fração de ejeção ligeiramente reduzida e 16,3% (n=8) com IC com fração de ejeção preservada. Observam-se várias causas subjacentes para a IC, as mais comuns: alcoolismo 25,9% (n=7) e cardiopatia isquémica 22,2% (n=6). O seguimento em consulta resultou numa redução considerável do número de internamentos hospitalares. Nos 30 dias antes existiram 8 internamentos, já nos 30 dias após a primeira consulta verificou-se (1) internamento, correspondendo a uma redução de 87,5%. Resultados semelhantes foram observados nos 3 meses e 6 meses após a primeira consulta, com uma redução de 73,3% e 75% de internamentos, respetivamente.

Conclusões: O acompanhamento regular de doentes com IC em consulta especializada, de acordo com as recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia, reduziu significativamente o número de internamentos hospitalares em comparação com o período anterior à primeira consulta. Estes resultados demonstram que o seguimento em consulta especializada é eficaz na gestão da IC, e devem-se sobretudo à otimização da terapêutica médica, seguimento regular em consulta e revisão de outras comorbilidades, com referenciação para outras especialidades, caso necessário. No entanto, é importante notar que a amostra deste estudo foi limitada (n=27).

Nº 14 Avaliação da função ventricular direita em doentes sob terapêutica com sacubitril-valsartan.

Mafalda Sofia Batista Sequeira(1); Vasco Tiago(2); Débora Silva Correia(3); Francisca Lopes Martins(4); Tiago Neto Gonçalves(5); Fausto Pinto(3); Beatriz Chambino(3); Pedro Fiuza(6); Eugeniu Gisca(7); Jorge Fernandes(3); Catarina Rodrigues(3); Inês Araújo(3); Cândida Fonseca(3)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE (2) Hosp Prof Dr Fernando Fonseca (3) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (4) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos (5) Hospital da Luz Lisboa (6) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta (7) Hospital de Leiria

Introdução: Temos assistido a uma grande evolução no tratamento dos doentes com insuficiência cardíaca (IC), sendo um dos maiores progressos o sacubitril-valsartan com comprovado benefício como terapêutica modificadora de prognóstico. A ecocardiografia é fulcral na gestão dos doentes com IC e a disfunção do ventrículo direito confere comprovadamente pior prognóstico e menor tolerância ao exercício. A excursão sistólica do plano do anel tricúspide (TAPSE) bem como a onda S' obtida por Doppler tecidular são usadas como parâmetros de avaliação da função ventricular direita e a pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) como preditor de hipertensão pulmonar.

Objectivo: Avaliar a evolução da função ventricular direita, através de parâmetros ecocardiográficos (TAPSE, S'VD e PSAP) numa coorte de doentes com IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr), tratados com sacubitril-valsartan, durante 12 meses. Definiram-se

como objectivos secundários a avaliação da evolução da classe funcional (NYHA) e dos biomarcadores cardíacos no mesmo período.

Material e métodos: Análise retrospetiva de uma coorte de 49 doentes aos quais foi iniciada terapêutica modificadora de prognóstico com sacubitril-valsartan, tendo sido realizado um ecocardiograma transtorácico antes da introdução do fármaco e repetido em 12 meses. Dados obtidos através dos registos clínicos e análise estatística realizada através da plataforma SPSS (intervalo de confiança de 95%).

Resultados: Dos 49 doentes analisados, 12 eram do sexo feminino e 37 do sexo masculino, média de idades de 72 anos. Em relação a etiologia da IC, 27 etiologia isquémica, 5 hipertensiva e 5 valvular. Quanto aos parâmetros ecocardiográficos de avaliação da função ventricular direita, verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa da TAPSE (inicial 15.9 ± 0,6; após 12 meses 18.9 ± 0,65; p< 0,0001), da S'VD (inicial 9,(1) ± 0,4; após 12 meses 10,5 ± 0,4; p=0,002) e ainda uma redução significativa do valor da PSAP (inicial 39,0 ± 2,0; após 12 meses 35,0 ± 1,7; p=0,03). Salienta-se ainda que 59% dos doentes (n=29) reduziram classe NYHA e, na totalidade dos 49 doentes houve redução dos biomarcadores em cerca de 50%.

Conclusões: Reconhecer precocemente a doença e instituir terapêutica modificadora de prognóstico são vitais na redução das hospitalizações e mortalidade dos doentes com ICFEr. O sacubitril-valsartan, pelo bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona e, capacidade de reverter a remodelação ventricular, constitui um dos pilares do tratamento da ICFEr. Este estudo releva o benefício deste fármaco também ao nível da função do ventrículo direito, evidenciando melhorias da TAPSE e da S'VD que se correlacionam com a diminuição disfunção sistólica do VD.

Nº 15 Terapêutica base da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida - dados da vida real

Ana Raquel Soares(1); Sofia Picão Eusébio(1); Pedro Fiúza(1); André Conchinha(1); Sofia Cunha(1); Valentina Tosatto(1); Paula Nascimento(1); António Mário Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição de gestão clínica complexa. As recomendações internacionais para a abordagem da IC com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) reduzida assentam na terapêutica modificadora de prognóstico (TMP) com *angiotensin receptor-neprilysin inhibitor* (ARNI)/ inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA)/ antagonista do recetor de angiotensina (ARA), beta-bloqueante (BB), antagonista do recetor dos mineralocorticóides (ARM) e inibidor do cotransportador de sódio-glucose 2 (iSGLT2). Cabe frequentemente ao Internista esta gestão terapêutica.

Objetivo: Caracterização da TMP prescrita à admissão e à alta hospitalar numa população de doentes internados com IC com FEVE reduzida (objetivo principal). Caracterização dos motivos impeditivos da sua prescrição (objetivo secundário).

Material e métodos: Estudo de coorte retrospetivo. Considerados todos os doentes com diagnóstico de IC com FEVE reduzida internados consecutivamente numa enfermaria de Medicina Interna entre julho de 202(1) e junho de 2022. Os dados foram obtidos através da consulta do processo clínico, nomeadamente dados demográficos e relativos ao internamento, até à data de alta, incluindo medicação prescrita. Os doentes falecidos no internamento não foram incluídos na análise de TMP. A análise estatística foi realizada através do *software SPSS*®.

Resultados: De um total de 330 doentes com IC identificados, foram selecionados 58 (17.6%) com FEVE reduzida. Destes, 4(1) (70.7%) eram do sexo masculino. Tinham em média 73.9 (±14.1) anos. As comorbilidades mais prevalentes eram hipertensão arterial

(n=42, 72.4%), dislipidemia (n=42, 72.4%) e fibrilhação auricular (n=29, 50.0%). A maioria dos doentes encontrava-se em classe NYHA II (N=27, 46.6%) e III (N=24, 41.4%). A etiologia da IC mais frequente foi a hipertensiva, seguindo-se a isquémica. A IC foi um dos principais motivos de internamento em 37 (63.8%) doentes. A mediana da duração de internamento foi 10 (AIQ 13) dias. Faleceram 1(1) (19.0%) doentes durante o internamento.

Os doentes que não faleceram em internamento tinham, à admissão, uma média de 1.7 (±1.25) classes de TMP. Apenas 6 (12.8%) doentes tinham as 4 classes. A TMP mais frequentemente prescrita foi a BB (n=31, 66.0%) seguida dos ARNI/ IECA/ ARA (N=28, 59.6%).

À data de alta, os doentes saíram em média com 2.55 (±1.3) classes de TMP sendo que 17 (36.2%) saíram com 4 classes. A TMP mais frequentemente prescrita foram os BB (n=40, 85.1%), seguida dos ARNI/ IECA/ ARA (N= 34, 72.3%) e dos ARM (N=28, 59.6%).

Verificou-se um aumento significativo no número de classes de TMP prescritas entre a admissão e a alta (1.7 vs 2.55, p<.001, respetivamente).

Aqueles com idade ≥ 75 anos (n=24), tiveram alta com uma média de 1.88 (±1.15) classes de TMP e só 3 (12.5%) destes saíram com 4 classes. Aqueles com idade < 75 anos (n=23), em média tiveram alta com 3.26 (±1.1) classes de TMP e 14 (60.9%) destes saíram com 4 classes. Verificou-se uma diferença significativa entre a TMP destes dois grupos (1.88 vs 3.26 classes, p<.001).

O motivo que mais frequentemente impediu a prescrição de ARNI/ IECA/ ARA e iSGLT2 foi a hipotensão sintomática; no caso dos ARM, foi a doença renal crónica.

Conclusões: O internamento revelou-se uma boa oportunidade para otimização da terapêutica na IC com FEVE reduzida. A introdução de TMP em doentes com idade ≥ a 75 anos parece trazer alguns desafios clínicos adicionais, parecendo ser a hipotensão sintomática o fator que mais limita a otimização terapêutica.

Nº 16 Relação entre níveis de ácido fólico e homocisteína num internamento no serviço de medicina interna

Bárbara Palos Saraiva(1); Ivanna Ostapiuk(1); Catarina Tavares Valente(1); Jéssica Fidalgo(1); Maria Nascimento(1); Sónia Coelho(1); Luís Manuel Marfull(1); Orlando Mendes(1); Celestina Blanco Torres(1)

(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: A homocisteína tem propriedades trombóticas e aterogénicas, o aumento dos seus valores no sangue pode produzir lesão intimal vascular, hipertrofia do músculo liso, acumulação de plaquetas, e por isso, considera-se como um fator de risco cardiovascular (FRCV) independente. Uma das etiologias da hiperhomocisteínemia é o défice vitaminico, sendo um deles o de ácido fólico. Pacientes com valores ácido fólico normais associado a um correto consumo apresentam diminuição dos níveis de homecisteína em plasma e da lesão endotelial.

Objectivos: Analisar a relação entre níveis de ácido fólico e homocisteína e a presença de FRCV em pacientes internados num serviço de Medicina Interna de um Hospital Distrital.

Material e métodos: Estudo observacional retrospetivo através da consulta dos processos clínicos dos doentes admitidos no internamento de Medicina Interna durante o período de (1) Janeiro a 30 de Abril de 2022, tendo em conta idade, sexo, níveis de ácido fólico e homocisteina, e FRCV. Dados estatísticos trabalhados com recurso ao Microsoft Excel.

Resultados:: Do cômputo dos 510 doentes internados no serviço de Medicina Interna, foram incluídos no estudo 195 doentes aos quais tinham sido pedidos níveis de ácido fólico. Destes 106 eram do sexo feminino (54,4%) e 89 do sexo masculino (46,4%), com média de idades de 78,6 anos e 80,2 anos, respetivamente. Apresentaram défice de ácido fólico 66 pacientes (33,8%), dos quais 37 (56,1%) do sexo masculino e 29 (43,9%) do feminino. Dos 66 doentes com défice de ácido fólico, determinou-se a homocistéina em 58 pacientes, sendo que 42 (72,4%) apresentavam elevação de homoceisteina no sangue, destes 18 (42,9%) do sexo masculino e 24 (57,1%) do feminino. Não foi possível realizar a determinação de homocisteína a 8 doentes por terem recebido alta hospitalária. Dos doentes com défice de ácido fólico e elevação de homoceisteína, 35 doenres apresentavam hiperensão arterial como FRCV, 28 doentes *Diabets Mellitus* e 2(1) dislipidemia. Em 89,4% apresentavam pelo menos (1) FRCV, 71,3% dois ou mais. Como principal limitação ao estudo salienta-se o tamanho da amostra.

Conclusão: Através dos resultados obtidos nesta análise, observou-se que existe relação entre o déficie de ácido fólico e a elevação da homocisteína. Não existe predomínio de hiperhomocisteinémia entre sexos. Os níveis de ácido fólico consituem um factor (valor) preditor constante dos níveis de homoceisteina. A hiperhomocisteinemia é um potente marcardor prognóstico de doença cardiovascular e de mortalidade em pacientes com factores de risco preexistentes. No entanto é um factor de risco modificável, sendo de suma importancia o tratamento de um paciente com défice vitaminico, permitindo a diminuição dos seus niveis plasmáticos.

Nº 17 PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM DOENTES COM DOENÇA CEREBROVASCULAR

Rita Sobral(1); Maria Margarida Andrade(1); Ana Gorgulho(1); Ana Maria Grilo(1); Diogo Cruz(1)

(1) Hospital Cascais

Introdução: A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de morbi-mortalidade nos países desenvolvidos, afetando grande parte dos adultos com mais de 60 anos de idade. A DCV inclui a doença cardíaca coronária, a doença cerebrovascular, a doença arterial periférica e a patologia aórtica aneurismática. Muitos fatores de risco cardiovascular (FRCV) são modificáveis, o que constitui uma oportunidade para a redução da carga desta doença.

Objetivos: Determinar a prevalência de Dislipidémia e Diabetes *mellitus* numa amostra de doentes internados por doença cerebrovascular.

Métodos: Estudo retrospectivo, observacional, em adultos admitidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Acidente Isquémico Transitório (AIT), num hospital português, entre junho de 202(1) e dezembro de 2021. Com recurso à consulta dos registos clínicos foram analisados dados demográficos, presença de Dislipidémia e Diabetes *mellitus*, terapêutica prévia e exames complementares de diagnóstico (colesterol-LDL e HbA1c) à admissão. Foi ainda calculado o risco cardiovascular à admissão e analisada a etiologia da doença cerebrovascular.

Resultados:: A amostra incluiu 99 doentes admitidos por AVC ou AIT com média de idades de 73 anos, sendo a maioria do sexo masculino (60,6%). Verificou-se que em 61% dos casos a etiologia da doença cerebrovascular foi a doença de pequenos vasos.

A maioria dos doentes (81%) apresentava elevado risco cardiovascular previamente ao evento cerebrovascular, 18 % de alto risco e 63% de muito alto risco.

A Diabetes estava presente em 41% dos doentes, tendo sido feito o diagnóstico inaugural em 9 doentes. Verificou-se que 32% dos casos já tinham diagnóstico prévio, encontrando-se 97% destes sob terapêutica. O fármaco mais utilizado foi a metformina (87%), em monoterapia (23%) ou associação. A combinação com inibidor do co-transportador sódio-glucose tipo 2 estava presente em 13%, com agonista do péptido tipo glucagon-(1) em 3% e com insulina em 19%. Também a terapêutica combinada com gliptinas foi frequente (48%). À admissão, foi avaliada a HbA1c em 89,9% dos doentes e o valor médio foi de 6,7% (mínimo 5,2% e máximo 12,5%).

No que diz respeito à dislipidémia, esta estava presente em 73% dos doentes, tendo sido feito o diagnóstico inaugural em 15% dos doentes. O diagnóstico já era conhecido em 58% dos doentes, dos quais 71% estavam medicados. A estatina de alta potência isolada foi utilizada em 62% dos doentes e combinada com ezetimiba em 5%. O valor médio de colesterol-LDL apurado foi de 106mg/dL (mínimo 47mg/dL e máximo 226mg/dL).

Dos doentes com alto risco e muito alto risco à admissão, apenas 9% cumpriam o alvo terapêutico.

Conclusões: A prevalência de FRCV em doentes com doença cerebrovascular não é menosprezável. É preocupante o subdiagnóstico e inércia terapêutica na dislipidémia bem como a não utilização de classes de anti-diabéticos com comprovado efeito protetor cardiovascular.

O diagnóstico, a instituição ou optimização da terapêutica devem ser uma prioridade no internamento. A gestão multidisciplinar de doentes de alto ou muito alto risco internados por DCV tem importância vital na prevenção de novos eventos.

Nº 18 O dispositivo de ressincronização cardíaca e a titulação terapêutica na insuficiência cardíaca

Débora da Silva Correia(1); Mafalada S.B. Sequeira(2); Pedro Fiúza(3); Beatriz Chambino(4); Fausto Silva Pinto(4); Vasco Tiago(5); Tiago Neto Gonçalves(6); Francisca Lopes Martins(7)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de Santa Cruz (2) Hospital Garcia de Orta, EPE (3) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta (4) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (5) Hosp Prof Dr Fernando Fonseca (6) Hospital da Luz Lisboa (7) Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: Nos últimos anos existiram vários avanços na terapêutica farmacológica da insuficiência cardíaca (IC) com fração ejeção ventricular esquerda (FEVE) reduzida com o aparecimento dos 4 pilares terapêuticos. Contudo, a IC é uma doença progressiva e em muitos casos esta progressão é limitadora da titulação da terapêutica modificadora de prognóstico (TMP). Os dispositivos de ressincronização cardíaca (CRT) têm indicação num conjunto selecionado de doentes, nomeadamente naqueles sob TMP titulada até ao máximo tolerado que mantenham detioração clínica. Nestes doentes, estes dispositivos tem um benefício comprovado, revertendo a remodelação cardíaca e melhorando a qualidade de vida dos doentes. Em paralelo, conferem ainda uma oportunidade para novas tentativas de titulação de TMP.

Objetivo: Avaliar se numa coorte de 17 doentes a colocação de CRT permitiu a titulação da TMP com exceção dos inibidores do co-transportador de sódio-glucose 2 (iSGLT2). Definiu-se como objetivos secundários o impacto na FEVE e na classe funcional do New York Heart Association (NYHA) destes doentes.

Material e métodos: Análise retrospetiva de uma coorte de 17 doentes nos quais foi implantado CRT. Os dados foram obtidos através dos registos clínicos, nomeadamente a TMP em curso previamente à implantação e o máximo de titulação possível após colocação do mesmo, bem como a classe funcional de NYHA e a FEVE pré e pós implantação do CRT.

Resultados:: Dos 17 doentes analisados, 8 eram do sexo feminino, 9 do sexo masculino, com uma média de idades de 76,6 anos e 9 doentes encontravam-se em classe funcional de NYHA III ou IV. Antes da implantação do CRT, 6 doentes (35,29%) tinham 3 dos fármacos modificadores de prognostico introduzidos; após implantação esse número subiu para 1(1) doentes (64,71%). Foi possível titular dose de inibidores da enzima conversora da angiotensina / antagonistas dos recetores da angiotensina II / receptor angiotensina/inibidor da neprilisina (iECA/ARA/ARNI) em 5 doentes (29,41%), de antagonistas recetores dos mineralocorticoides (MRA) em 7 doentes (41,18%) e de beta bloqueantes (BB) em 1(1) doentes (64,71%). No que diz respeito aos objetivos secundários, após implantação do CRT 6 doentes (35,29 %) tiveram uma melhoria de FEVE e 9 (52,94%) da classe funcional.

Conclusões: Na IC com fração de ejeção reduzida a titulação da TMP é fundamental para alterar a história natural da doença. Muitas vezes esta titulação é comprometida pela intolerância dos doentes nos estadios mais avançados de doença. Nesta coorte de doentes, a implementação do CRT parece ter permitido a titulação de terapêutica e melhorado a classe funcional dos doentes. Contudo, são precisos mais estudos, com maior número de doentes para se poder avaliar e quantificar adequadamente este impacto.

Nº 19 Hospitalização como momento estratégico para otimizar terapêutica na Insuficiência Cardíaca

Francisca Lopes Martins(1); Tiago Neto Gonçalves(2); Fausto Pinto(3); Mafalda S. B. Sequeira(4); Débora Silva Correia(3); Beatriz Chambino(3); Pedro Fiúza(1); Vasco Tiago(5); Jorge Fernandes(6); Catarina Rodrigues(6); Inês Araújo(6); Professora Cândida Fonseca(6)

(1) Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central, EPE (2) Hospital da Luz Lisboa (3) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (4) Hospital Garcia de Orta, EPE (5) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE (6) Clínica de Insuficiência Cardíaca - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Título: Hospitalização como momento estratégico para otimizar terapêutica modificadora de prognóstico em doentes com IC-FEr, ICFEmr e IC-FEc

Introdução: A modulação do sistema renina angiotensina aldosterona e do sistema nervoso simpático constitui o core do tratamento dos doentes com insuficiência cardíaca (IC). Atualmente, os quatro pilares da terapêutica modificadora de prognóstico dos doentes com IC com fração de ejeção reduzida (IC-FEr) e fração de ejeção moderadamente reduzida (IC-FEmr) são: inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou inibidores da neprilisina e recetor da angiotensina (ARNI), beta-bloqueantes (BB), antagonistas dos receptores de mineralocorticóides (ARM) e inibidores do cotransportador de sódio-glicose-2 (iSGLT2). A optimização desta terapêutica melhora comprovadamente a qualidade de vida, reduz os internamentos e diminui a mortalidade.

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi descrever a terapêutica aquando da alta numa coorte de pacientes internados por descompensação de IC-FEr, IC-FEmr e IC com fração de ejeção recuperada (IC-FEc). O segundo objetivo foi identificar características limitativas dos pacientes ao alcance da titulação dos quatro pilares.

Material e Métodos: Estudo de pacientes internados consecutivamente numa Unidade de IC de janeiro a dezembro de 2022 por descompensação de ICFEr, IC-FEmr e IC-FEc. Os dados foram recolhidos do arquivo clínico eletrónico.

Resultados: No período descrito foram admitidos 82 pacientes: 68,3% do sexo masculino com média de idade de 76 ± 1(1) anos. Do coorte, 80,5% correspondiam a IC-FEr, 14,6% IC-FEmr e os restantes IC-FEc. Na admissão, apenas 17 pacientes (27,4%) estavam medicados com os quatro pilares gold standard. Sendo que à data de alta, essa

percentagem duplicou: 65% dos pacientes com IC inaugural e 45,2% dos pacientes com IC previamente conhecida iniciaram e toleraram os quatro grupos farmacológicos. Foi possível, ainda, titular com três pilares 16,1% dos doentes. O ARM foi a classe menos introduzida (64%), seguida da classe IECA/ARNI (43,2%). A baixa taxa de filtração glomerular (59,8%) e hipotensão (48,8%), representaram os principais fatores limitantes à introdução dos fármacos. Apesar dos agentes quelantes de potássio, a hipercalemia também limitou o início do IECA/ARNI e de ARM em 12 pacientes (14,6%). Todos os doentes foram encaminhados para reavaliação pós alta precoce, dando continuidade à optimização terapêutica.

Conclusões: Para pacientes com IC-FEr, IC-FEmr e IC-FEc, está provado que estas quatro classes de fármacos reduzem hospitalizações e aumentam a sobrevida. A hospitalização por IC descompensada deve ser uma oportunidade para iniciar e otimizar a terapêutica modificadora de prognóstico. Uma abordagem personalizada às características dos pacientes é mais benéfica do que uma atitude dogmática para a tolerância farmacológica e a sua titulação.

Nº 20 Lung Ultrasound in Acute Heart Failure: a predictor of worsening congestion after discharge

Joana Certo Pereira(1); João Presume(1); Renato Guerreiro(2); Inês Araújo(2); Catarina Rodrigues(2); Célia Henriques(2); Filipa Marques(2); Cândida Fonseca(2)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de Santa Cruz (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introduction: Pulmonary congestion is a common finding in acute heart failure (AHF) patients being the main reason for their admission in the Emergency Department. Some studies have demonstrated lung ultrasound's (LUS) sensitivity for assessing pulmonary congestion in HF, currently recommended by the European Society of Cardiology. Our objective was to access the value of LUS as a predictor of worsening congestion after discharge.

Methods: This was a prospective observational study of patients hospitalized for AHF in a dedicated heart failure clinic. We performed LUS by the 8-zone method and inferior vena cava (IVC) evaluation according to a prespecified protocol. The total number of B lines found in both lung fields was quantified. Lung zones were considered positive for the presence of pulmonary congestion if 3 or more B lines were present. IVC evaluation included measurement of maximum diameter and its respiratory variation. It was considered dilated if the maximum diameter was 21mm or more and respiratory variation was considered adequate if the IVC diameter decreased at least 50% with the inspiration. The primary outcome was the need for intravenous diuretic therapy or the increase of oral diuretic dosage in the first month after discharge.

Results: A total of 36 patients were included (75±1(1) years old, 45% male). Overall, 48% had preserved EF, and 34% had ischemic etiology. The mean serum creatinine at discharge was 1,48±0,73mg/dL, and the mean NT-proBNP at discharge was 5445±1403 pg/ml.

Regarding patients with 2 or more positive lung zones at discharge, 56% needed intravenous diuretic or increased diuretic therapy in the first month after discharge. By contrast, only 29% of the patients with (1) or no positive lung zones reached the primary outcome.

In the C-Statistic analysis, the total number of B-lines throughout both lung fields showed a good discriminative ability to predict congestion during the follow-up (AUC 0.825, p=0.030).

In the IVC evaluation, 50% of the patients with dilated IVC and 44% of the patients

without dilated IVC reached the primary outcome. On the other hand, we found that 54% of the patients with reduced IVC respiratory variation ended up needing diuretic therapy adjustment, while only 25% of the patients with adequate IVC respiratory variation reached the primary endpoint.

Conclusion: The number of B-lines in LUS (both the total number and the number of positive lung zones) seem to be predictors of the need for an intravenous diuretic or the increase of oral diuretic therapy in a short term. Unlike the IVC's diameter, the presence of respiratory kinetics attenuation is associated with a higher need of therapy adjustment during follow-up. Lung ultrasonography can play a potential role in evaluating and managing acute heart failure hospitalizations and as a predictor of short-term decompensations.

Nº 21 O primeiro ano da Consulta de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular

Mariana S. R. Costa(1); Carla Silva Gonçalves(1); Patrícia Neves(1); Ana Rita Cruz(1); Sofia Fontes Ribeiro(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Introdução: A doença cardiovascular (CV) permanece a principal causa de morte e incapacidade a nível mundial. A hipertensão arterial (HTA) é o segundo fator de risco com maior impacto negativo, contribuindo significativamente para a morte por doença cardíaca e acidente vascular cerebral. Neste sentido, surgiu a necessidade de criar uma consulta de HTA e Risco Cardiovascular (RCV), atualmente com um ano de existência, procurando a otimização terapêutica e estudo de causas secundárias e visando um impacto positivo no controlo do risco CV destes doentes.

Objetivo: Caracterização dos doentes da consulta de Medicina de HTA e RCV, avaliando prevalência dos diversos fatores de risco CV e a sua estratificação de acordo com o modelo *Systematic Coronary Risk Evaluation* (SCORE2).

Material e métodos: Estudo descritivo, retrospetivo, dos doentes da consulta HTA e RCV, observados durante o ano de 2022, selecionados aleatoriamente. Caracterização demográfica, antropométrica, fatores de RCV, classificação do tipo de HTA, atingimento de órgão alvo (OA) e cálculo do SCORE2.

Resultados: Avaliados 68 doentes entre os 19 e os 98 anos (mediana de idade 69), predominando o género feminino (55.9%, n=38), ativos (52.9%, n=36) e sem acesso ao ensino superior (45.6%, n=31). Dos doentes incluídos, 98.5% (n=67) têm HTA, 70.1% de etiologia primária, 2 de etiologia secundária e os restantes em estudo. Apenas 16.4% (n=11) apresentam valores não controlados de perfil tensional e a maioria (61.2%, n=41) encontra-se medicada com 2 a 3 anti-hipertensores. Quanto a outros fatores de risco, 66.2% (n=45) são portadores de DM (100% tipo 2), 77.9% (n=53) têm dislipidemia, 79.4% (n=54) hiperuricemia, 58.8% (n=40) obesidade e 67.6% (n=46, 10 doentes sem dados) com hábitos tabágicos. No que concerne a atingimento de OA, 42.6% (n=29) não apresentam, à data, lesões conhecidas; nos 39 doentes com lesão de OA, prevalece a cardiopatia hipertensiva (66.7%, n=26), seguida de atingimento renal (41%, n=16), retinopatia hipertensiva (15.4%, n=6), doença cerebrovascular (12.8%, n=5), cardiopatia isquémica e doença arterial periférica (cada uma 7.7%, n=3) e retinopatia diabética (n=1), não tendo sido identificados doentes com neuropatia conhecida. 20 doentes (51.3%) apresentam pelo menos 2 órgãos afetados. Pelos critérios de exclusão (idade <40 e >69 anos), 40 doentes não são classificáveis pelo SCORE 2; dos restantes, a maioria (42.9%, n=12) apresenta risco CV alto, 39.3% (n=11) risco moderado e 14.3% risco muito alto.

Conclusões: Verifica-se a coexistência de vários fatores de risco CV na população com HTA, bem como uma percentagem importante de atingimento de OA. A criação

desta consulta no serviço de Medicina foi um passo importante, tendo em vista a diferenciação de uma equipa multidisciplinar nesta área, por forma a possibilitar uma ação mais eficiente no estudo e redução do risco CV global.

Nº 22 Evolução dos parâmetros cardiovasculares após tratamento em doente com Hepatite C

Carlos Santos Moreira(1); Luísa Mendonça(1); Fatima Serejo(1); Fátima Veloso(1); Cristina Alcântara(1); Paula Alcântara(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Nos marcadores de doença arterial, a rigidez arterial tem se mostrado um parâmetro importante para a avaliação do risco cardiovascular (CV), assim como (Tempo Relaxamento Isovolumétrico do Ventrículo Esquerdo (TRIVE) tem demonstrado importância na avaliação da disfunção diastólica. Os objetivos deste estudo foram avaliar esses parâmetros em pacientes com hepatite C crónica antes e após o tratamento, sendo que a avaliação após foi efetuado ao longo de 3 anos.

Métodos: Estudamos a influência do tratamento com DAA da hepatite C crónica nos vários parametros . O Sphygmocor® foi utilizado para a determinação de cfPWV (velocidade da onda de pulso carotídeo-femoral), pressão sistólica e diastólica centrais (PASC/PADC). Foi avaliada a Pressão arterial (PA), pressão arterial ambulatorial (MAPA), Índice de Massa do Ventrículo Esquerdo (LVIM), índice de massa corporal (IMC), perfil lipídico (PL), Aspartato Aminotransferase (AST) Alanina Aminotransferase (ALT), Fosfatase Alcalina (FA), Gama-GT também foram avaliados. O modelo utilizado foi o teste t-student emparelhado, com p < 0,0(1) (bicaudal).

Resultados: Nossa amostra foi de 193 pacientes (99 sem hipertensão (SHT/94 com hipertensão CHT). Os valores de FA, AST, ALT e gama-GT diminuíram significativamente em ambos os grupos. A PA e MAPA diminui significativamente após a terapêutica no grupo CHT. Os valores de CT aumentarem significativamente após o tratamento e mantiveram-se elevados após 3 anos (CHT Antes: 175,3+40,8; Após 3 Anos: 243,4+38,7, p<0,01, SHT Antes: 168,5+34,(1); Após 3 Anos: 241,4+37,2, p<0,01). Os valores de cfPWV(CHT Antes: 13,2+2,2; Após 3 Anos: 10,3+2,0, p<0,01, SHT Antes: 9,3+2,(1); Após 3 Anos: 8,1+1,9, p<0,01), diminuem após a tratamento.), Os valores de TRIVE apresentaram uma diminuição em ambos os grupos (CHT Antes: 110,5+9,8; Após 3 Anos: 95,4+10,2, p<0,01, SHT Antes: 102,1+9,9; Após 3 Anos: 90,1+9,8, p<0,01).

Conclusão: O estudo revela que houve diminuição da distensibilidade vascular dos pacientes com hepatite C crônica e o tratamento com DAA melhorou os valores de cfPWV, PWV e AIx. O aumento da distensibilidade arterial encontrado após o tratamento do HCV com e sem hipertensão prediz uma melhora do risco cardiovascular desses pacientes. A pressão central sistólica diminui após o tratamento em ambos os grupos (CHT Antes: 119,6+10,5; Após 3 Anos: 92,4+9,9, p<0,01, SHT Antes: 108,4+12,2; Após 3 Anos: 90,2+10,1, p<0,01), tendo o TRIVE apresentado igualmente diminuição em ambos os grupos (CHT Antes: 110,5+9,8; Após 3 Anos: 95,4+10,2, p<0,01, SHT Antes: 102,1+9,9; Após 3 Anos: 90,1+9,8, p<0,01).

Conclusão: A infeção pelo vírus da hepatite C aumenta o risco cardiovascular, fator esse que é potenciado pela existencia de outros fatores nomeadamente a hipertensão arterial. Após tratamento com sucesso, verificamos uma diminuição nos vários parametros, excepto no colesterol que inicialmente se encontrava diminuido devido a replicação viral e que após o tratamento provavelemnte retoma valores que teria antes da infecção. Verificou-se que esta elevação se mantinha até três anos após a terapeutica eficaz do virus.

Nº 23 Os iSGLT2 na IC FEP: Uma oportunidade perdida

Rafael Lopes Freitas(1); Sabina Belchior Azevedo(1); André Calheiros(1); Liliana Costa(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima

Introdução: As hospitalizações por insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (IC FEP) estão a aumentar. O seu prognóstico, especialmente após o primeiro internamento é frequentemente sombrio. Apesar do maior reconhecimento nos últimos anos, esta tem suscitado enormes desafios de uniformização diagnóstica e terapêutica. A identificação recente dos iSGLT2 como agentes terapêuticos modificadores de prognóstico (TMP) numa doença que até recentemente não tinha tratamento específico torna premente a avaliação do seu impacto no panorama português.

Objetivo: Avaliar o seguimento, uso de TMP com iSGLT2 e mortalidade de um grupo consecutivo de doentes internados com o diagnóstico de IC FEP num hospital de nível (1) durante o último ano.

Métodos: Foram analisados retrospetivamente 828 internamentos consecutivos com diagnósticos de IC, cardiopatia hipertensiva, valvular, ou isquémica num hospital de nível (1) relativos ao ano de 2020. Foram revistos os processos clínicos de 514 doentes com diagnóstico de IC e incluídos 286 doentes com ecocardiograma realizado nos últimos 2 anos com avaliação quantitativa da FE, sendo calculado o score H2FPEF. 215 doentes apresentavam IC FEP (75,2%), tendo sido avaliado o seguimento em consulta, mortalidade e terapêutica com iSGLT2 prescrita entre fevereiro de 2022 e 2023 no histórico do Registo de Saúde Eletrónico.

Resultados: Dos 215 doentes internados com diagnóstico de IC FEP, 13(1) morreram até 02/2023, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 60,93%. Dos 84 doentes vivos (40 dos quais eram diabéticos), foi prescrito iSGLT2 em apenas 18 (1(1) diabéticos), correspondendo a um total de 22,43% dos doentes com o diagnóstico de IC FEP sob TMP. A introdução dos iSGLT2 foi realizado na consulta específica de Insuficiência Cardíaca em 10 doentes, 4 deles na consulta de Medicina Interna, em 2 doentes no internamento e (1) na consulta no Centro de Saúde. Um doente não apresentava registos de consulta.

Conclusões: A análise dos dados permite-nos constatar o mau prognóstico dos doentes internados com o diagnóstico de IC FEP no seu seguimento de 2 a 3 anos. À data do internamento índex ainda não existia indicação para utilização de iSGLT2 em doentes com IC FEP sem diabetes e a maioria dos doentes com IC FEP não são orientados para seguimento em consulta estruturada de IC ou de Cardiologia que em muitas instituições segue apenas doentes com IC FER. O prolongamento do seu seguimento desde 02/2022 (data da aprovação na Europa do uso de iSGLT2 em IC FEP) ao longo de 12 meses até 02/2023, mostra-nos que foi perdida uma oportunidade vital no seu tratamento e faz-nos repensar a organização dos cuidados a esta doença, considerados a forma mais "benigna de IC". Face ao mau prognostico do fenótipo mais prevalente de IC no internamento da Medicina Interna, urge repensar a clara subutilização da única TMP aprovada para esta doença em doentes diabéticos e não diabéticos, com o potencial de alterar a trajetória de evolução destes doentes.

Nº 24 FOP e AVC criptogénico: encerrar ou não encerrar?

Carolina Amado(1); Tiago Valente(1); Laura Baptista(1); Bárbara Paracana(1); Gisela Gonçalves(1); Valter Duarte(1); Margarida Cruz(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A embolia paradoxal através do *Foramen* oval patente (FOP) é um mecanismo identificado frequentemente em doentes jovens com Acidente Vascular Cerebral (AVC). No entanto, esta estrutura está presente em cerca de 25% da população, em geral não condicionando morbi-mortalidade.

Estudo retrospetivo de todos os doentes que realizaram ecocardiograma transesofágico (ETE) com achado de FOP num Hospital Distrital, entre 2016 e 2019.

Foram incluídos 40 doentes, com predomínio do sexo feminino (60,0%; n=24) e mediana de idades de 5(1) anos.

Do total de doentes, 17 ETE foram realizados em contexto de estudo etiológico de evento isquémico cerebral no adulto jovem (70,6% AVC com envolvimento cortical e 29,4% Acidente Isquémico Transitório (AIT)). Nestes, o score RoPE (Risk of Paradoxical Embolism) foi > 6 em 17,6% (n=3), 5 ou 6 em 47,1% (n=8) doentes e < a 5 em 35,3% (n=6). O FOP encontrava-se associado a aneurisma em 41,2% doentes (n=7). O encerramento do FOP foi realizado em 64,7% (n=11), todos com score RoPE superior a 4. Não foram registadas disritmias ou outras complicações pós-procedimento. Todos os doentes submetidos ao procedimento realizaram dupla anti-agregação plaquetária durante um mês, seguida de manutenção de apenas um destes fármacos até perfazer um ano, com suspensão posterior. Apenas um doente apresentou recorrência de AVC nos dois anos seguintes ao procedimento (repetição de ETE sem shunt residual).

Nos restantes doentes, outras causas etiológicas para o evento isquémico foram consideradas.

Dos doentes com FOP sem AVC ou AIT prévio, quase metade não se encontrava sob anti-agregação plaquetária ou hipocoagulação (47,8%; n=11), nenhum foi submetido a encerramento do mesmo ou apresentou evento isquémico conhecido no período de 2 anos de follow-up.

Este estudo demonstrou que o encerramento do FOP poderá estar indicado em doentes com AVC criptogénico entre os 18 e 60 anos, sendo um procedimento seguro e eficaz (94,1%). Em cerca de 20% dos doentes, o RoPE foi superior a 6 identificando aqueles com maior probabilidade de benefício na realização do procedimento. Curiosamente, o único caso de recorrência foi em doente com encerramento prévio do FOP, contudo sem evidência de shunt residual.

Assim, o clínico deverá estar alerta para a importância do ETE no estudo do AVC criptogénico em idade jovem, não obstante a necessidade de uma discussão multidisciplinar para a tomada de decisão para o tratamento cirúrgico do FOP.

Nº 25 AVC NO ADULTO JOVEM: casuística de um ano de uma UAVC

Carolina Amado(1); Ana Oliveira(1); Laura Baptista(1); Gisela Gonçalves(1); Bárbara Paracana(1); Valter Duarte(1); Margarida Cruz(1); Dulcídia Sá(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A incidência do acidente vascular cerebral (AVC) no adulto jovem tem vindo a aumentar nas últimas décadas com impacto socioeconómico elevado. Os fatores de risco cardiovascular (FRCV) parecem ter cada vez um maior peso etiológico em detrimento de outros diagnósticos mais raros classicamente associados ao AVC nesta faixa etária.

Estudo retrospetivo de um ano, dos doentes com idades entre os 18 e os 65 anos, admitidos na Unidade de AVC de um Hospital Distrital.

Foram admitidos 126 doentes com idade mediana 57,0 anos (mínima 20 e máxima 65) e 60,0% do sexo masculino.

A maioria (61,1%; n=77) foi admitida por AVC isquémico, 18,3% (n=23) por AVC hemorrágico, 11,9% (n=15) por *stroke mimics* ou não confirmação da suspeita de AVC, 7,1% (n=9) por Acidente Isquémico Transitório, um doente por Trombose dos Seios Venosos e um por Enfarte medular.

No grupo de doentes com AVC isquémico (predomínio masculino e idade mediana de 55 anos) a etiologia mais frequente, segundo a classificação TOAST, foi doença de pequenos vasos (28,6%; n=22), seguida pela etiologia aterotrombótica (26,0%; n=20), cardioembólica (20,8%; n=16), e por outras causas como disseção de vaso (5,2%; n=4), SAF (1,3%; n=1) e CARASAL (1,3%; n=1). Por estudo inconclusivo (10,4%; n=8), ou perda de seguimento (5,2%; n=4), 12 doentes não tiveram etiologia atribuída. Apenas 26,0% (n=20) doentes foram submetidos a trombólise e 9,1% (n=7) a trombectomia. Os fatores de risco cardiovascular mais frequentes foram a Dislipidemia (71,4%; n=55), Hipertensão Arterial (HTA) (66,2%; n=51), tabagismo (44,2%; n=34), excesso de peso/Obesidade (41,6%; n=32) e Diabetes *mellitus* (33,8%; n=26). A maioria dos AVC classificou-se de acordo com a OCS como LACS (42,9%; n=33), POCS (30,0%; n=23), PACS (20,7%; n=16) e TACS (6,5%; n=5).

Os doentes com AVC hemorrágico eram predominantemente do sexo masculino (65,2%; n=15) e com média de idades de 55,6 anos. A HTA foi a etiologia mais frequente (47,8%; n=11), sendo que cerca de 87% destes doentes apresentavam diagnóstico prévio e estavam medicados. Nenhum doente foi candidato a intervenção neurocirúrgica e a mortalidade na primeira semana, neste grupo, foi de 15,0% (n=3). A maioria destes doentes teve alta com mRankin > 3.

Na nossa amostra, o principal fator etiológico do AVC isquémico foi a doença de pequenos vasos. Este dado deve alertar os clínicos para a importância do impacto dos fatores de risco ateroscleróticos na população jovem, e, consequentemente, a necessidade do investimento na prevenção primária. No caso do AVC hemorrágico, a maioria apresentou contributo de HTA, que, apesar de na generalidade dos casos medicada, não se encontrava controlada, reforçando a necessidade de um acompanhamento regular e eficaz para o controlo desta patologia.

Destaca-se a baixa percentagem de realização de trombólise pela admissão hospitalar fora do período-janela, reforçando a importância da sensibilização da população para os sintomas de alerta.

Assim, apesar da marcha diagnóstica exaustiva que o AVC em idade jovem exige, o presente estudo mostrou que, na maioria dos doentes, o evento teve como causa fatores de risco cardiovascular mal controlados, observando-se a mudança de paradigma do AVC em idade jovem.

Nº 26 Níveis de homocisteína e o AVC no jovem: Pedir ou não pedir

Laura Guerreiro(1); Mariana Alves(2); Sofia Julião(2); Nayive Gomez(2)

(1) Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introdução: Doentes com níveis aumentados de homocisteína, têm maior propensão para eventos vasculares antes dos 30 anos. No entanto, ensaios clínicos randomizados (ex: VITATOPS) não mostraram benefício nos eventos vasculares com a redução dos níveis de homocisteína. Na prática clínica, a determinação dos níveis de homocisteína em doentes jovens com acidente vascular cerebral (AVC) não é consensual. O objetivo é avaliar a frequência com que esta análise é pedida no doente jovem internado por AVC e a frequência de doentes com níveis acima do *cutoff* (12 µmol/L).

Metodologia: Estudo observacional, retrospetivo, num hospital terciário. Foram incluídos os doentes internados por AVC durante o período de 12 meses e com idade inferior a 65 anos. Foram consultados os registos eletrónicos destes doentes, relativamente às suas características demográficas e clínicas.

Resultados: No período de um ano, 850 doentes foram admitidos com o diangóstico de AVC isquémico. Destes, 147 (17%) tinham menos de 65 anos e foram incluídos no presente estudo. A maioria dos doentes (71%) eram do sexo masculino e a idade média foi de 52.8±10.0 anos. O valor da homocisteína foi pedido a metade dos doentes (51%; n=75). A maioria destes doentes, 71% (n=53), tinham níveis aumentados (> 12 µmol/L). Contudo, em apenas 4 doentes (8%) os níveis aumentados de homocisteína era o único fator de risco para doença cerebrovascular, sendo que todos os outros tinham pelo menos mais um fator de risco adicional.

Conclusão: Apesar da evidência atual, o valor da homocisteína foi solicitado a metade dos doentes jovens com AVC. Apesar deste valor se encontrar frequentemente elevado, na grande maioria dos casos não era um fator de risco isolado, nem modificador da atitude clínica. Por este motivo consideramos que a solicitação deste marcador deve ser reservada para situações de ausência de outros fatores de risco ou para fins de investigação clínica.

Nº 27 O delirium na enfermaria da Medicina Interna - prevalência e atitudes farmacológicas

Marta Azevedo Ferreira(1); Beatriz Cerca(1); Carolina Cabrita Abreu(1); Diogo Andrade Pereira(1); José Joaquim(1); Rita Palma Féria(1); Pedro Moules(1); Ana Grilo(1); Fernando Martos Gonçalves(1); José Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: De acordo com o DSM-5 o *delirium* é definido como uma perturbação da atenção e da consciência, com perturbação adicional da cognição, e que se desenvolve em um período curto de tempo e tende a flutuar ao longo de um dia, com evidência de que a perturbação é uma consequência fisiológica de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância.

A gestão destes doentes, sobretudo no *delirium* hiperativo é laboriosa, sendo o tratamento da causa subjacente determinante para a resolução desta síndrome. Embora as intervenções não farmacológicas devam ser a base do tratamento, em algumas circunstâncias há espaço para a utilização de químicos.

Objetivo: Com este trabalho pretendemos aferir a prevalência do diagnóstico de *delirium*, e atitude terapêutica em internamento.

Materiais e métodos: Análise das características dos doentes internados ao cuidado da Medicina Interna no dia 30 de janeiro de 2023, com seleção dos que apresentam o diagnóstico escrito pelo clínico de *delirium* e nestes avaliação da utilização de terapêutica farmacológica. Os dados foram obtidos através da consulta de processo clínico e junto do doente.

Resultados:: Foram avaliados 7(1) doentes, 61% (n=43) do sexo feminino com média de idades de 81.7 anos.

Da análise realizada, apuramos o diagnóstico de *delirium* em 14% dos doentes (n=10), em dois deles como motivo de internamento.

Ao avaliar a terapêutica de ambulatório, verificamos que 61% (n=43) dos doentes realizava psicofármacos, e 17% (n=12) tinha na terapêutica de ambulatório algum fármaco do grupo das benzodiazepinas, sendo a idade média deste último grupo de doentes de 83 anos.

No entanto, no decorrer do internamento, 48% dos doentes (n=34) tiveram introdução ou ajuste de psicofármacos de forma permanente ou transitória, enquanto 9% (n=6) suspendeu ou reduziu o número de psicofármacos de ambulatório. 7% (n=5) reduziu a dose de fármacos de ambulatório e a mesma percentagem aumentou a dose do domicílio.

Na avaliação presencial, 10% dos doentes (n=7) apresentava imobilização dos membros superiores, com 4% (n=4) dos doentes com diagnóstico de *delirium*.

Conclusão: Apesar da amostra ser reduzida, identificamos uma baixa percentagem de diagnósticos na nossa população comparativamente a estudos do género. No entanto é importante salientar a desproporção do diagnóstico ao número de doentes que necessitou de introdução/ajuste de psicofármacos. Numa análise complementar através da consulta do processo clínico reconhecemos a descrição de doentes com *delirium*, sem que este conste dos seus problemas atuais.

É também de referir que a redução e descontinuação de fármacos, embora tenha ocorrido em menos de 10% dos doentes, está muitas vezes associado a sintomas de privação e ocorrência de *delirium*.

Consideramos este trabalho importante como ponto de partida para reflexão sobre o tema, que inicia pelo próprio reconhecimento e valorização do *Delirium* como diagnóstico, e consequentemente com a melhoria das medidas que o podem minorar numa população na maioria das vezes fragilizada.

Nº 28 Ao encontro do diagnóstico: Doença de Creutzfeldt-Jakob

Catarina Pinto Silva(1); Flávia Fundora Ramos(1); Rita Sevivas(1); Dany Cruz(1); Flávia Freitas(1); Carina Silva(1); João Pedro Abreu(1); Carlos S. Oliveira(1)

(1) Hospital Barcelos

Introdução: As doenças associadas a priões são patologias neurodegenerativas com longos períodos de incubação e que evoluem inexoravelmente para a morte quando surgem os sintomas clínicos. Conhecem-se três categorias de doenças dos priões: Doença de *Creutzfeldt-Jakob* (DCJ) esporádica, genética ou adquirida. Estas compartilham características neuropatológicas, nomeadamente perda neuronal, proliferação de células gliais, ausência de resposta inflamatória, bem como a presença de proteína priónica resistente à protease.

Caso clínico: Mulher de 6(1) anos, antecedentes patológicos pessoais de dislipidemia e apenas medicada com estatina de baixa intensidade. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) em dezembro 2022, com queixas de desequilíbrio na marcha que já havia

notado desde maio 2022, sendo que a partir de agosto 2022 referia episódios de quedas frequentes e tremor de ação. Desde novembro 2022, agravamento de clínica, deixando de conseguir caminhar e com atividade alucinatória nas 2 semanas prévias a vinda ao SU. Ao exame objetivo a destacar desorientação temporal, reflexo glabelar presente, disdiacocinésia, tremor cefálico e mentoniano, e postural bilateral dos membros superiores. Marcha de base alargada com instabilidade postural e desequilíbrio sem lado preferencial. Dos meios complementares de diagnóstico iniciais, TC-Crânio, Eletroencefalograma e TC- Toraco Abdomino Pélvico, sem alterações de relevo. Realizou ainda punção lombar que revelou 4 células, 0.37 g/L de proteínas e sem consumo de glicose, VDRL e microbiológico negativos. Estudo analítico sem alterações com anticorpos antineuronais negativos. Realizou ainda RM-Crânio que demonstrou hipersinal em T2/*FLAIR* com restrição a difusão envolvendo o núcleo estriado e a vertente medial tálamos, alteração provável em contexto de Doença de *Creutzfeldt-Jakob.* Em curso gene *PRNP*. Orientada para Consulta Externa de Neurologia e Cuidados Paliativos.

Discussão: Atualmente, ainda não há tratamento eficaz para a DCJ, que é uniformemente fatal. A morte geralmente ocorre dentro de um ano após o início dos sintomas, com uma duração média da doença de seis meses. Posto isto, o que se pode oferecer aos doentes é limitado e consiste no controlo sintomático nomeadamente na gestão dos sintomas neuropsiquiátricos angustiantes ou incapacitantes.

Nº 29 O impacto da idade no perfil de comorbilidades em doentes com DMT2 em Portugal – estudo cMORE

Sílvia Alão(1); Tomás Silva(2); António Pedro Leite(3); Medina do Rosário(4); Cristina Carvalho(5); Joana Coelho(6); Hélder Ferreira(7); Raquel Ferreira(8); Joana Abreu(9); Margarida Rosa(10); Sofia Azevedo(11); Cláudia Cunha(12); Capela Daniel(13); Belén Juane(14); Renata Arantes Sousa(15); Ana Catarina Casais(1)

(1) MSD Portugal (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (3) Unidade de Saúde Familiar Santa Cruz, Torres Vedras (4) Unidade de Saúde Familiar Villa Longa, Vila Franca de Xira (5) Unidade Cuidados Saúde Personalizados Torres Vedras, Torres Vedras (6) Unidade Cuidados Saúde Personalizados Azeitão, Setúbal (7) Unidade Cuidados Saúde Personalizados Celas, Coimbra (8) Unidade Cuidados Saúde Personalizados Cantanhede, Cantanhede (9) Unidade de Saúde Familiar Conchas, Lisboa (10) Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Beja, Beja (11) Unidade de Saúde Familiar Uarcos, Arcos de Valdevez (12) Unidade de Saúde Familiar Flor de Sal, Aveiro (13) Unidade Cuidados Saúde Personalizados Tábua, Tábua (14) Unidade Cuidados Saúde Personalizados Caminha, Caminha (15) Unidade de Saúde Familiar Dr. Tiago Almeida, Viana do Castelo

Introdução: A esperança média de vida tem aumentado progressivamente em Portugal, contribuindo para o envelhecimento da população e consequente aumento da prevalência de patologias crónicas, tais como a diabetes. O conhecimento destas comorbilidades/complicações permitirá melhorar a gestão do doente com diabetes *mellitus* tipo 2 (DMT2).

Objetivos: Analisar o impacto da idade no perfil de complicações/comorbilidades em doentes com DMT2, em Portugal Continental.

Material e Métodos: Estudo observacional, transversal e multicêntrico que incluiu adultos com DMT2 seguidos em 32 centros de cuidados primários, nas regiões do Norte, Centro e Alentejo, entre Nov/2020-Set/2022. Foram recolhidos dados sociodemográficos, antropométricos e clínicos.

Resultados: Dos 780 doentes incluídos no estudo, 55,5% era do sexo masculino, com idade média de 67,6±10,4 anos com DMT2 diagnosticada há 10,5±8,(1) anos, em média. Os doentes distribuíram-se geograficamente por 4 regiões, com 293 doentes (37,6%) do Norte, 222 (28,5%) de Lisboa e Vale do Tejo, 182 (23,3%) do Centro e 83 (10,6%) do

Alentejo. Quase 76% dos doentes concluíram o ensino básico (584 doentes; 1º ao 9º ano), 68 (8,8%) concluíram o ensino secundário, 93 (12,0%) completaram ensino superior ou outras especializações e 26 (3,4%) não tinham qualquer escolaridade.

A maioria (94,3%) apresentava múltiplas comorbilidades, sendo as mais comuns o excesso de peso/obesidade (85,5%), dislipidemia (85,4%) e hipertensão (82,6%).

A distribuição das complicações/comorbilidades foi estratificada nas seguintes faixas etárias: 18-49, 50-64, 65-74, ≥75 anos. Verificou-se que com o aumento da idade, um maior número de doentes apresentou duas ou mais comorbilidades/complicações (85,3% vs 90,9% vs 96,0% vs 97,8%; p=0,023). A doença renal crónica foi mais frequente em doentes com 75 anos ou mais (0,0% vs 9,9% vs 19,8% vs 35,0%; p=0,002), que também apresentaram um menor valor médio de taxa de filtração glomerular estimada (NA vs 78,1±27,9 vs 60,1±19,7 vs 49,0±17,9; p<0,001) e valores superiores de albuminúria (≥300 µg/mg creatinina: 0,0% vs 3,5% vs 1,3% vs 5,6%; p=0,002). Observou-se ainda nos doentes com idade ≥65 anos uma maior prevalência de doenças/procedimentos cardiovasculares (0,0% vs 15,3% vs 22,3% vs 24,5%; p=0,004) e hipertensão (70,0% vs 68,6% vs 87,4% vs 94,1%; p=0,002). No caso da dislipidemia verificou-se uma maior prevalência em doentes com idade ≥50 anos (52,5% vs 85,1% vs 88,1% vs 88,2%; p=0,002).

Conclusões: O estudo cMORE permitiu descrever o perfil de complicações/comorbilidades em doentes com DMT2 em Portugal Continental revelando, tal como esperado, uma elevada prevalência de complicações/comorbilidades nas populações com idades superiores. O conhecimento das complicações/comorbilidades em doentes diabéticos será importante para investigação, melhoria na gestão clínica dos doentes e na otimização dos recursos de saúde.

Nº 30 Comorbilidades em doentes com DMT2, em Portugal, de acordo com a duração da diabetes – estudo cMORE

Sílvia Alão(1); Tomás Silva(2); António Pedro Leite(3); Medina do Rosário(4); Cristina Carvalho(5); Joana Coelho(6); Hélder Ferreira(7); Raquel Ferreira(8); Joana Abreu(9); Margarida Rosa(10); Sofia Azevedo(11); Cláudia Cunha(12); Capela Daniel(13); Belén Juane(14); Renata Arantes Sousa(15); Ana Catarina Casais(1)

(1) MSD Portugal (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (3) Unidade de Saúde Familiar Santa Cruz, Torres Vedras (4) Unidade de Saúde Familiar Villa Longa, Vila Franca de Xira (5) Unidade Cuidados Saúde Personalizados Torres Vedras, Torres Vedras (6) Unidade Cuidados Saúde Personalizados Azeitão, Setúbal (7) Unidade Cuidados Saúde Personalizados Celas, Coimbra (8) Unidade Cuidados Saúde Personalizados Cantanhede, Cantanhede (9) Unidade de Saúde Familiar Conchas, Lisboa (10) Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Beja, Beja (11) Unidade de Saúde Familiar Uarcos, Arcos de Valdevez (12) Unidade de Saúde Familiar Flor de Sal, Aveiro (13) Unidade Cuidados Saúde Personalizados Tábua, Tábua (14) Unidade Cuidados Saúde Personalizados Caminha, Caminha (15) Unidade de Saúde Familiar Dr. Tiago Almeida, Viana do Castelo

Introdução: Em Portugal, os dados epidemiológicos sobre o perfil de comorbilidades dos doentes com diabetes *mellitus* tipo 2 (DMT2) são insuficientes, particularmente dados que caracterizem a presença de múltiplas comorbilidades nesta população. Tratando-se de uma doença crónica e aliado à esperança média de vida que tem aumentado progressivamente em Portugal, este conhecimento permitirá melhorar a gestão do doente com DMT2.

Objetivos: Caracterizar o perfil de complicações/comorbilidades em função do tempo decorrido desde o diagnóstico em doentes com DMT2, em Portugal Continental.

Material e Métodos: Estudo observacional, transversal e multicêntrico que incluiu adultos com DMT2, com informação disponível sobre o ano de diagnóstico, valores de HbA1c do último meio ano e com consulta prévia no ano anterior. Os dados sociodemográficos, antropométricos e clínicos foram recolhidos em 32 centros de cuidados primários, nas regiões do Norte, Centro e Alentejo, entre Nov/2020-Set/2022.

Resultados: Foram incluídos 780 doentes com DMT2 diagnosticada há 10,5±8,(1) anos, em média. Mais de metade (55,5%) eram homens, com idade média de 67,6±10,4 anos e sem hábitos tabágicos atuais (90,3%) ou alcoólicos (89,9%). 43,1% apresentava história familiar de DMT2 e 32,1% de doenças cardiovasculares. Sendo que as comorbilidades mais comuns foram excesso de peso/obesidade (85,5%), dislipidemia (85,4%) e hipertensão (82,6%).

Analisando o perfil de complicações/comorbilidades em função da duração da DMT2 desde o diagnóstico, os doentes diagnosticados há mais de 10,5 anos apresentaram maior prevalência para doença renal crónica (16,6% vs 25,1%; p=0,022), com níveis mais baixos de taxa de filtração glomerular estimada (média: 63,1±26,6 vs 53,0±17,2, p<0,00(1); <60 mL/min/1,73 m2: 47,9% vs 67,9%, p=0,014), retinopatia diabética (3,5% vs 14,0%; p<0,001), neuropatia diabética (2,6% vs 6,9%; p=0,022), nomeadamente polineuropatia periférica (2,1% vs 6,0%; p=0,022), doenças/procedimentos cardiovasculares (15,0% vs 26,3%; p=0,001), como cardiopatia isquémica (4,4% vs 11,1%; p=0,004) e infeção do pé diabético (0,7% vs 3,6%; p=0,022). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes complicações/comorbilidades.

Verificou-se ainda que quanto maior o tempo decorrido desde o diagnóstico de DMT2, maiores foram os valores de HbA1c obtidos (p<0,001).

Conclusão: Neste estudo observou-se que quanto maior o tempo decorrido desde o diagnóstico mais elevada é a prevalência de complicações/comorbilidades, reforçando a ideia de que estamos perante uma doença crónica com os doentes a atingirem idades mais avançadas. Os resultados do estudo cMORE permitem sensibilizar os profissionais de saúde para as complicações/comorbilidades mais comuns que afetam os doentes com DMT2 em Portugal, bem como a importância da utilização eficiente dos recursos em saúde e a gestão clínica destes doentes.

Nº 31 Avaliação de risco de diabetes tipo 2 em profissionais de saúde

Rute Lopes Caçola(1); Rita Costa(1); Pedro Oliveira(1); Sara Viana(1); Catarina Dionísio(1); Rafaela Veríssimo(1); Margarida Correia(1); Elena Suarez(1); Pedro Caiano Gil(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A diabetes tipo 2 (DM2) ocorre habitualmente em adultos, estando muitas vezes associada ao excesso de peso provocado por comportamentos sedentários e padrões alimentares erráticos. Estes fatores estão comummente alterados em profissionais de saúde. A utilização de inquéritos simples, práticos e não-invasivos pode identificar indivíduos com risco aumentado de diabetes e alertá-los para fatores de risco potencialmente modificáveis.

Objetivos: Avaliar a prevalência de diabetes nos profissionais de saúde de um hospital terciário e o risco nos não-diabéticos de virem a ter DM2 dentro de 10 anos.

Material e Métodos: Estudo observacional transversal realizado no Dia Mundial da Diabetes 2022, através da aplicação presencial do questionário Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) a profissionais de saúde. As variáveis em estudo foram a idade, o género e os fatores de risco de DM2 incluídos no FINDRISC, com registo do peso, altura e perímetro abdominal. Os dados foram analisados através do programa IBM SPSS Statistics 27.

Resultados: Foram realizados 30(1) inquéritos, verificando-se uma prevalência de 7,3% de diabetes. Dos 279 indivíduos sem diabetes (64,5% do sexo feminino), mais de dois terços (68,4%) tinha idade inferior a 45 anos e 2,6% tinha 65 anos ou mais; 51,6% eram médicos, 12,3% enfermeiros, 8,2% assistentes operacionais, assistentes técnicos ou técnicos superiores, 6,1% técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, e 10,8% desempenhavam outras funções hospitalares. A prevalência de hipertensão arterial foi de 9,8%; o IMC médio foi de 23,8±3,7Kg/m2 (25,8% dos profissionais tinham excesso ponderal e 6,5% obesidade); 52,5% tinham antecedentes familiares de diabetes. A mediana do FINDRISC foi de 5 (mínimo 0, máximo 22), não parecendo haver diferenças entre os géneros (p=0,195); no entanto, quando comparados com enfermeiros (p=0,014), assistentes operacionais, assistentes técnicos ou técnicos superiores (p=0,040) e outros profissionais (p<0,001), os médicos pareceram ter menor risco. Em termos gerais, 63,3% dos profissionais de saúde tinham baixo risco de vir a ter diabetes, 24,6% risco ligeiro e 7,2% risco moderado, e apenas 4,5% e 0,4% tinham risco alto ou muito alto, respetivamente.

Conclusões: A prevalência de diabetes nos profissionais de saúde foi semelhante à taxa estimada dos casos diagnosticados na população portuguesa entre os 20 e os 79 anos. Grande parte da amostra era constituída por adultos com peso normal, que praticavam atividade física durante pelo menos 30 minutos por dia e consumiam regularmente vegetais e fruta, o que pode explicar que, no global, esta população tivesse um risco não elevado de vir a ter diabetes. Dos vários grupos profissionais, os médicos pareceram ter menor risco que a generalidade das restantes classes. O inquérito FINDRISC pode constituir um método importante no rastreio da diabetes, sobretudo em indivíduos de risco mais elevado, onde poderão ser necessários testes de diagnóstico mais precoces.

Nº 32 Corticoterapia, diabetes mellitus e a relação com a hiperglicémia em doentes COVID

Catarina Semedo Graça(1); Vera Guerreiro(1)

(1) CH Baixo Alentejo - Beja

Introdução: A corticoterapia é uma estratégia importante para o tratamento de várias patologias e uma causa comum de iatrogenia, nomeadamente no metabolismo glucídico.

Estudos mostram que a COVID19 está especialmente associada à indução de hiperglicémias nos doentes graves.

Objetivos: Pretende-se caracterizar um grupo de doentes sob corticoterapia e infeção a SARS-CoV2 grave e a predisposição a hiperglicémias durante este período.

Material e métodos: Estudo retrospetivo observacional através da consulta de processos clínicos dos doentes internados entre janeiro e março de 2021. A presença de hiperglicémia foi avaliada pela pesquisa de glicémia capilar 3x dia (antes das refeições), durante os 1ºs 5 dias de internamento.

Nesta amostra foram excluídos doentes sem HbA1c durante o internamento e sem corticoterapia com dexametasona 6mg.

Resultados:

Segundo os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 229 doentes, destes 50% (N=114) eram homens e 50% (N=114) mulheres, com uma idade média de 75anos +/- 14 e uma mediana de 78 anos [31;97].

Deste grupo 80 doentes apresentaram registos de hiperglicémias em internamento, quanto os restantes 149 mantiveram sempre perfil glicémico sem alterações.

O grupo sem alterações tinha 51% de homens uma mediana de 79 anos [31;97]. Destes apenas 4 tinham diagnóstico de diabetes mellitus e já conhecido com bom controlo metabólico em domicílio (HbA1c média 6,4%).

Do grupo que apresentou hiperglicémia 49% eram homens e mediana de 76 anos [40;95]. Deste grupo, 29 doentes apresentavam diagnóstico prévio de DM e uma HbA1c média de 8,1%, em 23 foi realizado diagnóstico de "de novo" com HbA1c média 7,2%, 15 tinham HbA1c com valor de pré-diabetes e 13 doentes tinham HbA1c não compatível com alterações glicémicas prévias

Conclusões: A existência quer DM quer Pré-diabetes foi o fator de risco mais importante para a presença de hiperglicemia dado que o número de doentes que apresentaram hiperglicemia que não tinham evidência de nenhum distúrbio do metabolismo glicémico foi reduzido (16 %)

Seria importante o follow up do grupo de doentes sem alterações prévias da glicémia para determinar o caracter transitório ou definitivo da hiperglicemia.

Por outro lado, foi possível concluir que muitos doentes apresentaram diagnóstico inaugural de DM e pré-diabetes em internamento (47%), o que demonstra a importância do rastreio com HbA1c em internamento.

Nº 33 Think McArdle!

Filipa Ferreira Rodrigues(1); Sara Rocha(1); Rute Sousa Martins(1); Arlindo Guimas(1); Rosa Ribeiro(1)

(1) CH UNIV PORTO - STO ANTONIO

Introdução: A doença de McArdle é a doença de armazenamento do glicogénio que afeta o músculo mais comum (tipo 5). Trata-se de uma doença autossómica recessiva cuja mutação no cromossoma 11q13 afeta a isoforma muscular da fosforilase. Tipicamente, a intolerância ao exercício físico manifesta-se a partir da infância, muitas vezes acompanhado do fenómeno de "second wind". Analiticamente, a elevação da creatina quinase e rabdomiólise com mioglobulinúria podem levar a lesão renal aguda.

Objetivo: Avaliar a precocidade do diagnóstico da doença de McArdle.

Material e métodos: Foram incluídos todos os adultos com doença de armazenamento do glicogénio tipo 5 com seguimento activo em consulta externa de Doenças Hereditárias do Metabolismo de um Centro Hospitalar Universitário.

Resultados:: Atualmente, existem 20 doentes adultos com doença de McArdle em seguimento, 55% do sexo masculino (n=11). Apesar das manifestações clínicas se terem iniciado na infância em 85% dos doentes (n=17), a idade média e mediana de diagnóstico foi aos 44 e 44,5 anos, respectivamente, com uma variabilidade importante (o mais novo com diagnóstico aos 12 anos e o mais velho aos 67 anos). Em 3 casos, a referenciação para Consulta Específica do Centro de Referência demorou, pelo menos, 10 anos. As principais origens da referenciação foram as consultas externas de Doenças Hereditárias do Metabolismo (de outros familiares) (n=4) e de Neurologia/Doenças Neuromusculares (n=4). Apenas 30% dos doentes apresentavam história familiar (irmãos) ao diagnóstico.

Conclusões: O diagnóstico da doença de McArdle apresenta, em média, várias décadas de atraso desde as primeiras manifestações. O seu reconhecimento e referenciação precoces são fundamentais na prevenção de complicações, nomeadamente do atingimento renal. Além disso, o diagnóstico traz tranquilidade aos doentes, e respetivas famílias, muitas vezes rotulados de "preguiçosos" e ávidos consumidores de serviços de saúde durante anos por investigação de queixas classificadas de inespecíficas.

Nº 34 Avaliação da intervenção terapêutica na população diabética de uma enfermaria de Medicina

Catarina Alves Costa(1); Carla Gonçalves(1); Catarina Duarte(1); Inês Duro(1); Luísa Miranda(1); Luísa Serpa Pinto(1); Ana Rita Cruz(1); Álvaro Ferreira(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A terapêutica da diabetes mellitus (DM) tem-se alterado significativamente ao longo dos últimos anos com a introdução de novos fármacos, com melhor perfil de segurança e benefícios comprovados na gestão de comorbilidades. A escolha terapêutica deve refletir não só o controle glicémico pretendido, como também o perfil do doente em termos de risco cardiovascular e presença de comorbilidades como insuficiência cardíaca, doença renal crónica, entre outras.

Métodos: Coorte prospetivo incluindo os doentes com DM internados numa enfermaria de Medicina Interna entre 1/07 e 31/12/2022. Foram avaliados dados demográficos, complicações crónicas da DM e opções terapêuticas. As variáveis categóricas são apresentadas com frequência absoluta e frequência relativa; as variáveis contínuas como média + desvio padrão (DP).

Resultados: No período do estudo, foram internados 454 doentes, dos quais 23% (n=105) tinham DM. Dos diabéticos, a maioria eram homens (67%, n=70), com idade 78,8 anos (DP+9,5). A mortalidade foi de 11% (n=12). Apresentavam hemoglobina glicada de 7,01% (DP+1,30); a maioria tinha DM tipo 2 (98%,n=103). Apenas 2% dos doentes (n=2) foram internados por complicações agudas da DM. A maioria dos doentes apresentava também complicações crónicas da DM (54%, n=57), nomeadamente nefropatia (71%, n=74), retinopatia (80%, n=84), neuropatia (86%, n=90), cardiopatia isquémica (26%, n=27), insuficiência cardíaca (31%, n=33), doença cerebrovascular (17%, n=18) e arteriopatia periférica (13%, n=14). A maioria (98%, n=103) apresentava outros fatores de risco vascular concomitantes: obesidade (23%, n=24), hipertensão arterial (87%, n=91), dislipidemia (81%, n=85), tabagismo (27%, n=29). Todos estavam incluídos em categorias de risco cardiovascular elevado ou muito elevado.

Quanto à terapêutica, 86% (n=90) encontravam-se medicados à admissão e 88% (n=82/93 doentes) à data da alta. À admissão, 51% (n=53) encontravam-se sob metformina, tendo esta sido suspensa em 19 doentes e adicionada em 1(1); 7,6% (n=8) sob sulfunilureia, fármaco esse retirado em 7 doentes; 1% (n=1) sob acarbose que foi suspensa; 26,7% (n=28) sob inibidores da DPP4, que foram retirados em 1(1) doentes e acrescentados em 9; 34,3% (n=36) sob inibidores SGLT2, tendo sido retirados em 10 doentes e acrescentados em 19; 9,5% (n=10) sob agonistas GLP1, tendo sido retirados em 2 doentes e acrescentados em 2; e 15,2% (n=16) sob insulina, tendo sido esta acrescentada em 6 doentes.

Conclusões: O internamento num serviço de Medicina é uma oportunidade ímpar para a otimização terapêutica do doente diabético. Tendo em conta as recomendações atuais bem como o perfil de risco apresentado pelos doentes, seria expectável uma maior proporção de doentes medicados com inibidores SGLT2 bem como com agonistas recetores GLP1, sendo importante compreender os motivos que levam à subutilização destes fármacos. Na opinião dos autores, este facto pode dever-se a barreiras à prescrição, tanto por parte do médico, do doente bem como de políticas de saúde.

Nº 35 Clínica e subnotificação de casos de infeção por Campylobacter e Salmonella num hospital terciário

Maria Inês Matos(1); Rafael Rocha(1); João Pinto(1); André Guimarães(1); Rita Lino(1); Maria Helena Rocha(1); Marta Patacho(1); Raquel Duro(2); Lurdes Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE (2) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: O *Campylobacter* spp. e a *Salmonella* spp. são agentes zoonóticos comuns de gastroenterite aguda na Europa. Ambos podem causar doença invasiva, com bacteremia e infeção localizada, especialmente em idosos e doentes imunocomprometidos.

Objetivo: Este estudo tem como objetivo descrever a apresentação clínica e o tratamento de infeções por *Campylobacter* spp. e *Salmonella* spp. num hospital terciário e identificar fatores associados à notificação dos casos.

Materiais e métodos: Realizou-se um estudo retrospetivo num hospital terciário na área metropolitana do Porto, no Norte de Portugal. Os doentes foram incluídos se existisse isolamento de *Campylobacter* ou *Salmonella* em culturas ou se o ADN das mesmas fosse detetado por reação em cadeia da polimerase em amostras biológicas. O período de análise decorreu de 2010 a 2020 para a *Salmonella* e de 2015 a 2020 para o *Campylobacter*. Simultaneamente, foi recolhida uma lista dos casos reportados pelo hospital ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE).

Resultados: No período do estudo foram diagnosticados 342 casos de infeção por *Campylobacter* e 392 casos de infeção por *Salmonella* não tifóide (SNT). As crianças com menos de 24 meses foram a faixa etária mais afetada. A imunossupressão estava presente em 12.8 a 21.1% dos doentes. O sintoma mais comum foi a diarreia (93.1% dos casos), seguido da febre (67.6% dos casos). A doença invasiva foi diagnosticada em 21.4% dos casos de SNT, dos quais aproximadamente metade tinham doença localizada (65% no trato geniturinário). A insuficiência renal e o internamento foram significativamente mais comuns nos casos de SNT do que de *Campylobacter*. A morte ocorreu em 2.4 a 3.5% dos doentes e 1.5 a 4.2% dos doentes tiveram uma ou mais recorrências de infeção (a maioria eram imunocomprometidos). A resistência a fluoroquinolonas excedeu 65% em ambos os grupos, no entanto estes antibióticos foram usados como monoterapia empírica em cerca de 20% dos doentes. No global, apenas 30% dos casos foram notificados ao SINAVE. Fatores associados a maior notificação, numa análise multivariada, incluíam sexo masculino, internamento, bacteremia e doença recorrente. Adicionalmente, 15 casos de infeção por *Salmonella* Typhi ou Paratyphi foram diagnosticados, dos quais apenas três tinham história de viagem recente para fora de Portugal.

Conclusão: A imunossupressão é comum em casos com necessidade de internamento por estes agentes e associa-se a maior risco de recorrência e de doença invasiva. As apresentações invasivas da doença constituem um desafio para o diagnóstico e tratamento apropriado destas infeções. A subnotificação de casos tem uma elevada prevalência, pelo que se deve reforçar a necessidade de notificação para permitir uma visão global e compreensiva do impacto destas patologias a nível nacional.

Nº 36 Espondilodiscite infeciosa – uma análise retrospetiva

Catarina Oliveira Silva(1); Catarina Ferreira(1); Maria Manuel Pereira(1); Ana Ramôa(1); Eduardo Macedo(1); Diana Silva Fernandes(1); Ana Rita Marques(1); Ilídio Brandão(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: A espondilodiscite infeciosa (EI) constitui 4-10% das infeções osteoarticulares. São infeções graves, com internamentos prolongados e que acrescem morbilidade. Estudos recentes revelam uma incidência crescente, em paralelo com o aumento das comorbilidades de uma população envelhecida.

Objetivo: Caracterizar a epidemiologia e evolução clínica de doentes internados por EI num serviço de Medicina Interna (MI) num período de 5 anos.

Material e métodos: Realizou-se uma análise retrospetiva de doentes internados num serviço de MI com o diagnóstico de EI à data de alta, entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022. Foram analisados fatores demográficos, clínicos e microbiológicos. O follow-up definiu-se desde o diagnóstico até à data de alta ou óbito. Os dados foram obtidos através da consulta do processo clínico e analisados com IBM SPSS (versão 28.0).

Resultados: Foram incluídos 33 doentes, 54,5% do sexo masculino, com idade mediana de 76,0 [IQR 63,5-84,0] anos. As comorbilidades mais frequentes foram a diabetes mellitus (27,3%), doença renal crónica (21,2%), neoplasias (18,2%) e patologia osteoarticular (12,1%). O tempo mediano de internamento foi 42,0 [IQR 23,5-73,5] dias. Colheram-se hemoculturas (HC) em 3(1) (93,4%) doentes, com isolamento de agente em 54,8% das amostras. Os agentes mais frequentes foram *Staphylococcus aureus* (18,1%), maioria meticilinossensíveis (66,7%), *Streptococcus* (17,7%), *Escherichia Coli* (17,7%) e *Klebsiella pneumoniae* (17,7%). Nove (27,3%) doentes realizaram biópsia óssea, com identificação de agente em duas amostras, correspondente ao isolado em HC. Três (9,1%) tinham endocardite infeciosa concomitante e 6 (18,1%) complicaram com abcessos paraespinhais, com extensão para o músculo psoas (33,3%), espaço retroperitoneal (33,3%) e mediastínico (16,7%). Os regimes antibióticos com vancomicina foram os mais frequentes (63,7%), nomeadamente vancomicina + ceftriaxone (33,3%), vancomicina + meropenem (15,2%) e vancomicina isolada (15,2%). Cumpriu-se uma mediana de 42,0 [IQR 27,5-53,3] dias de antibiótico. Um doente foi submetido a cirurgia por instabilidade vertebral. Quanto à evolução, 57,6% tiveram alta para domicílio e 18,2% foram referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. A mortalidade intra-hospitalar foi 15,2%.

Conclusões: A maioria das EI ocorreu em doentes idosos com várias comorbilidades. Como previamente descrito, o agente mais frequente foi o *Staphylococcus aureus,* embora uma notável proporção das bacteriemias desta análise se atribua a agentes *gram* negativos. A maioria dos doentes cumpriu pelo menos seis semanas de antibioterapia. A mortalidade intra-hospitalar foi superior à descrita noutras séries, contudo esta análise incluiu doentes internados na MI, com idades avançadas, várias cormorbilidades e com abordagens maioritariamente conservadoras. A EI é uma infeção de incidência crescente, com alta morbi e mortalidade, e cujo reconhecimento é fulcral para início atempado de antibioterapia.

Nº 37 Tuberculose Extrapulmonar num hospital português da periferia

Filipe Cunha Dias(1); Ana Santos e Silva(1); Mónica Silva(1); Ana Sofia Sobral(1); Henrique Rita(1)

(1) Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

Introdução: A tuberculose é uma doença infecciosa que demonstra ainda uma marcada taxa de incidência a nível mundial, mesmo a nível dos países desenvolvidos, calculando-se que existam cerca de 10 milhões de novos casos por ano e mostrando-se responsável por 1,5 milhões de morte a cada ano. A apresentação mais comum da mesma é através de envolvimento pulmonar, no entanto, estudos demonstram que aproximadamente (1) em cada 5 casos se manifestem a nível extrapulmonar, sendo mais comummente verificada a nível ganglionar, pleural, genitourinário, osteoarticular, gastrointestinal, do sistema nervoso central e vertebral.

Objetivo: Tendo em conta que existe um elevado número de diagnósticos de casos de tuberculose a nível do hospital onde foi realizado este estudo, o objetivo dos autores passa por comparar os dados de tuberculose extrapulmonar diagnosticada nos últimos 6 anos com aqueles que são reportados em estudos a nível mundial.

Material e métodos: estudo retrospetivo baseado na consulta de processos de todos os doentes com os diagnósticos de tuberculose extra-pulmonar codificados pelo ICD-10, no período compreendido entre Janeiro de 2017 e Janeiro de 2023.

Resultados: No período definido foram identificados 22 casos de tuberculose extrapulmonar, tratando-se de indivíduos entre os 28 e os 89 anos (média de 49,2 anos) à data do diagnóstico, 68% dos quais do sexo masculino, 63% de nacionalidade estrangeira. No que toca aos locais de ocorrência da infeção, verificou-se que 42% dos casos foram de tuberculose pleural, 26% ganglionar, 10% miliar, 10% gastrointestinal, 5% do sistema nervoso central e 5% vertebral. Verificou-se uma demora média de internamento de 2(1) dias e, em média, passaram-se cerca de 8 dias entre a data de admissão hospitalar e a suspeita ou confirmação diagnóstica. Foi iniciada a todos os doentes terapêutica com Isoniazida + Rifampicina + Pirazinamida + Etambutol, tendo 10% dos mesmos apresentado como efeito adverso um quadro de citocolestase.

Conclusões: Quando comparados os dados obtidos com os dados reportados a nível mundial, verificamos que existe uma inversão de incidência nas duas principais localizações, a ganglionar (26% na nossa amostra e 50% a nível mundial) e a pleural (42% na nossa amostra e 18% a nível mundial), diferenças estas que poderão eventualmente ser justificadas pela dimensão relativamente pequena da nossa amostra. Com este estudo conclui-se que a nível de populações específicas, nomeadamente indivíduos com algum grau de imunossupressão, desnutridos, com baixo estatuto socioeconómico, reclusos ou com hábitos tóxicos, a tuberculose extrapulmonar deve ser tida em conta como diagnóstico diferencial, principalmente por se tratar de uma doença com morbilidade e mortalidade elevadas e potencialmente preveníveis.

Nº 38 Abordagem do doente com Endocardite Infeciosa: casuística de cinco anos num internamento de Medicina

Catarina Ferreira(1); Catarina Oliveira Silva(1); Maria Manuel Pereira(1); Ana Ramôa(1); Eduardo Macedo(1); Diana Silva Fernandes(1); Ana Rita Marques(1); Ilídio Brandão(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: A endocardite infeciosa (EI) é uma infeção que afeta as estruturas do coração, nomeadamente as válvulas cardíacas – nativas ou protésicas – ou dispositivos intracardíacos. É uma entidade que se associa a elevada morbimortalidade, complicações potencialmente fatais, antibioterapia e tempos de internamento prolongados.

Objetivos: Caracterização dos doentes internados com o diagnóstico de EI num serviço de Medicina Interna.

Materiais / Métodos: Estudo retrospetivo, descritivo, realizado através da consulta do processo clínico dos doentes internados no serviço de Medicina Interna de um hospital central com o diagnóstico de EI no período compreendido entre 2018 e 2022.

Resultados: Foram identificados 40 doentes internados com o diagnóstico de EI no período de estudo. 50% eram do sexo masculino e a idade média foi de 71,3 anos, com 62,5% dos diagnósticos entre os 66-85 anos. Quanto a hábitos, 30% dos doentes tinham hábitos etílicos (presentes ou prévios) e 5% consumiam drogas endovenosas. Dos antecedentes conhecidos, destacam-se a insuficiência cardíaca (40% – 22,5% de etiologia valvular previamente conhecida) e a doença renal crónica (30%). A presença de prótese valvular e de dispositivos cardíacos verificou-se em, respetivamente, 7,5% e 2,5% dos doentes. O tempo médio de internamento foi de 35,6 dias. Ecocardiograma (Eco) transtorácico foi realizado em todos os doentes, dos quais 22,5% foram submetidos a um Eco transesofágico para confirmação diagnóstica. A válvula mitral foi a mais envolvida (20%), seguida da aórtica (12,5%). Os microrganismos mais frequentemente identificados foram o *Staphylococcus aureus* (25%), *Streptococcus bovis* (15%) e *Enterococcus* (10%). 62,5% (n=25) dos doentes iniciaram antibioterapia em associação, sendo as associações mais utilizadas a ampicilina com gentamicina (n=3), flucloxacilina com gentamicina (n=3), ceftriaxone com vancomicina (n=3) e vancomicina com meropenem (n=3). Em 25% dos casos o antibiograma permitia descalar a terapêutica. A insuficiência cardíaca foi a complicação mais comum (17,5%), seguida do acidente vascular cerebral isquémico (15%). 10% dos doentes foram transferidos para uma unidade de cuidados intermédios e 10% foram transferidos para o Centro Hospitalar S. João para intervenção cirúrgica. A mortalidade intrahospitalar foi de 15%, menor do que a descrita na literatura.

Conclusão: Tratando-se de uma patologia infeciosa cuja abordagem clínica é complexa, é relevante evidenciar a importância do diagnóstico atempado da EI na tentativa de melhor adequar a atitude terapêutica, evitar possíveis complicações e, assim, reduzir a morbimortalidade associada.

Nº 39 Reduzir as recorrências, reduzir as resistências - casuística de um serviço

Rosário Eça(1); Adriana Watts Soares(1); Marta Mello Vieira(1); Luis Reis Almeida(1); Diogo Faustino(1); Cristiano Gante(1); André Rebelo Matos(1); Leonor Coutinho Soares(1); Rita Pocinho(1); Stanislav Tsisar(1)

(1) Hospital de São José

Introdução: As infeções do trato urinário (ITU) são comuns, e de elevada morbi-mortalidade. Em pacientes com ITU de repetição (2 ou mais em 6 meses ou mais de 3 em (1) ano) é importante identificar fatores predisponentes para adoção de estratégias profiláticas que reduzam sua recorrência.

Objetivos: Avaliar as características demográficas e clínicas dos doentes admitidos com ITU recorrente, identificação de patologias pélvicas, orientação pós alta e avaliação taxa de recidiva de ITU nos seis meses seguintes. Concomitantemente, caracterização dos agentes isolados e sua suscetibilidade.

Materiais e Métodos: Estudo descritivo retro e prospetivo entre Dezembro de 202(1) e Novembro de 2022, de doentes admitidos por ITU, com seguimento 6 meses após a primeira admissão.

Resultados: Dos 77 doentes admitidos por ITU, 64 cumpriram os critérios de inclusão de ITU de repetição (5,7% tiveram duas ou mais nos 6 meses prévios) dos quais 36 eram do género feminino (56,2%) e a idade média foi de 79±1(1) anos. Apenas 8 tinham seguimento prévio na Urologia e 13 história de alterações anatomo-funcionais do trato urinário ou pavimento pélvico.

Relativamente aos fatores predisponentes para recorrência de ITU, identificaram-se os seguintes: género feminino (RR= 2,42), idade (> 70 anos; RR=14,4), dependência funcional (RR = 1,06), institucionalização (RR=1,64), diabetes *mellitus* (DM) (RR=6,35), doença renal crónica (RR= 4,53), internamento nos 3 meses prévios (RR=4,16), antibioterapia nos 6 meses prévios (RR= 1,54), catéter vesical (RR= 8,3) e neoplasia genito-urinária (RR=18,25%). Quanto às alterações anátomo-funcionais do pavimento pélvico, a maioria (89%) realizou estudo imagiológico (79,4% ecografia), solicitado pelo médico assistente, 81,2% dos casos renal e supra-renal, para despiste de pielonefrite e litíase, tendo sido solicitada a pélvica (9,6%), se suspeita ou antecedentes de patologia desse foro.

Entre as alterações anatomo-funcionais destacam-se: obstrução do trato urinário (84,4%) nomeadamente, hiperplasia benigna da próstata (HBP) (25,9%), neoplasia trato genito-urinário (9,4%), litíase renal (24,1%); cistocelos e prolapso órgãos pélvicos (5,7%); retenção urinária (9,3%); defeitos funcionais, como bexiga hiperativa (2,1%), incontinência urinária (43,8%) e o refluxo vesicouretral (4,0%). O uso de imunossupressores (RR= 0,4) não aumentou o risco.

Seis casos, dos que se identificou patologia reno-pélvica (neoplasia bexiga/próstata -2, litíase renal- 3, HBP com retenção urinária-1) tiveram intervenção cirúrgica durante o internamento. 17 doentes foram encaminhos à data da alta para Urologia/Ginecologia, sendo que durante o tempo de estudo 4 tiveram consulta e (1) foi intervencionado (cistocelo).

No período de follow-up, 6 meses após primeira admissão, ocorreram 13 (20,3%) novas ITU, em que a DM foi a comorbilidade dominante (81,8%) concomitantemente com a presença de litíase renal (46,3%), tendo 9 necessitado de internamento. Nestas novas ITU, a Pseudomonas aeruginosa (61,5%) foi o agente em destaque, constatando-se redução na suscetibilidade antibiótica, gentamicina (33,3%), piperaciclina/tazobactam (17,9%).

Conclusão: Quando perante ITU de repetição é importante identificar fatores de risco, nomeadamente alterações anatomo-funcionais para se proceder à sua correção, em vez de apenas tratar a ITU. Este estudo demonstrou que os clínicos estão cada vez mais atentos, procedendo a um estudo e encaminhamento adequado, para reduzir recorrência das ITU.

Nº 40 Análise retrospetiva pelo complexo Mycobacterium tuberculosis num internamento de Medicina Interna

Ana Patricia Brito(1); Ana Correia de Sá(1); Magda Costa(1); Helena Sarmento(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira

Introdução: A Tuberculose é uma das principais causas de morte a nível mundial, sendo a principal causa de morte por um único agente infecioso. Portugal é o país da Europa Ocidental com a taxa de incidência mais elevada. Em 2022, foram notificados 1700 casos em Portugal, correspondendo a uma taxa de notificação de 17 casos por 100 mil habitantes.

Objetivo: Caracterização sociodemográfica e epidemiológica da população com infeção pelo *Mycobacterium tuberculosis* num serviço de internamento de Medicina Interna. Assim como a localização da infeção, método de diagnóstico utilizado, esquema terapêutico, taxa de reinternamento e mortalidade.

Material e métodos: Estudo retrospetivo realizado num Serviço de Internamento de Medicina Interna entre Janeiro 2015 e Dezembro de 202(1) que incluiu doentes com diagnóstico de Tuberculose ativa. Colheita efetuada com recurso à consulta dos processos clínicos da plataforma SClínicoÒ.

Foram excluídos doentes com antecedente de Tuberculose tratada ou sob terapêutica antibacilar com diagnóstico prévio ao internamento atual, erro de codificação e idade inferior a 18 anos.

Os dados foram analisados com o recurso ao Microsoft Excel

Resultados: Foram analisados 148 doentes com a idade média de 55,5 ± 18,4 anos (entre 18-94 anos) sendo 70% (n=99) do sexo masculino. Ao longos dos anos o número de casos de Tuberculose teve uma tendência decrescente. Apenas 2,8% (n=4) dos doentes eram provenientes do estrangeiro nomeadamente de países com elevada carga de doença.

A sintomatologia mais frequente foi a tosse (53,5%) seguida de perda ponderal (35,9%) e dispneia (31,0%). Em 72,5% (n=103) dos doentes o diagnóstico foi confirmado por exame cultural ou exame direto e Teste de Amplificação dos Ácidos Nucleicos. Na amostra analisada foi identificada resistência a pelo menos um antibacilar em 4,2% dos casos, sendo que houve registo de um caso de tuberculose multirresistente; Registaram-se 1(1) óbitos (7,7%). A localização mais frequente foi a pulmonar em 61,3% (n=87) dos casos. A nível extrapulmonar a mais comum foi a pleural, seguida da disseminada. A co-infeção por VIH foi confirmada em 4,7% (n=6) dos doentes sendo que 3 doentes tiveram o diagnóstico inaugural no presente internamento.

A taxa de reinternamento dos doentes incluídos neste estudo foi de 13,7% (n=18).

Conclusões: O número de casos de Tuberculose a nível mundial está longe dos objetivos definidos pela Organização Mundial de Saúde em 2015 assim um longo caminho ainda terá que ser feito no âmbito desta patologia.

De uma forma geral, os resultados deste estudo vão de encontro aos dados nacionais.

A percentagem de isolamento em exames culturais foi significativamente superior ao descrito na realidade portuguesa, motivo pelo qual deve ser reforçada a importância de obter o isolamento do complexo *Mycobacterium tuberculosis*.

Este estudo alerta ainda para a importância do rastreio de co-infeção por VIH nos doentes com diagnóstico de Tuberculose.

Nº 41 Peso das neoplasias no Serviço de Medicina Interna: análise retrospetiva da duração de internamento

Diogo Ferreira da Silva(1); Beatriz Sampaio(1); Íris Simões Galvão(1); Mafalda Leal(1); Andreia Amaral(1); Maria Inês Candeias(1); Sofia Mahomed Mateus(1); Salvador Morais Sarmento(1); Miguel Sousa Leite(1); Marta Moitinho(1); Maria José Goes(1); Catarina Salvado(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: As doenças neoplásicas constituem a segunda causa de morte mais prevalente a nível nacional e global. Um estudo retrospectivo de um Hospital Inglês, referente ao ano de 2011, mostrou que que a duração média de internamento de um doente com neoplasia era significativamente maior do que os doentes sem esse diagnóstico.

Objectivo: Analisar retrospectivamente a duração média de internamento de doentes com diagnóstico de neoplasia num serviço de Medicina Interna.

Material e Métodos: Realizámos a análise retrospectiva dos dados de internamentos do ano de 2021 de um Serviço de Medicina Interna de um Hospital Terciário sem unidade de Internamento de Oncologia Médica. Através da codificação diagnóstica previamente realizada, identificámos os doentes com diagnóstico principal ou secundário de neoplasia maligna, segundo critérios nosológicos da *International Classification of Diseases*: 10ª revisão, edição de 2019: grupo nosológico II - "Neoplasias"; diagnósticos C00 a C97.

Além do diagnóstico neoplásico, analisámos as características demográficas (idade e sexo) de cada doente, e o tempo médio de internamento, comparando-os com o total de internamentos dessa mesma Unidade nesse período temporal, usando o software *Excel*® e suas ferramentas.

Resultados: Durante 2021, registaram-se 1217 internamentos, com 44,8% de doentes do sexo feminino e 55,2% do masculino. A idade média à data de internamento era 73,8 anos e a duração média foi de 9,40 dias.

Pela nossa análise, 120 (9,86%) dessas ocorrências dizem respeito a casos com pelo menos um diagnóstico de neoplasia maligna, com 34,2% de indivíduos do sexo feminino (41) e 65,8% (79) do sexo masculino, com idade média de 69,0 anos (31-95). Num total de 237 diagnósticos de neoplasia (66 principais e 17(1) secundários), em 54 (45%) o diagnóstico principal do episódio diz respeito a patologias de outros grupos nosológicos.

A demora média de internamento destas 120 ocorrências foi de 13,2(1) dias (mais 3,8(1) do que a demora média geral – aumento de 40%), subindo para 14,33 dias (mais 4,93 dias – aumento de 52%) nas situações em que a neoplasia foi identificada como diagnóstico principal. Por sua vez, nos casos em que situações oncológicas representavam apenas diagnósticos secundários, a demora média foi de 8,04 dias (menos 0,96 dias, diminuição de 10%).

Conclusão: O diagnóstico de cancro tem impacto não desprezível nos internamentos em Enfermaria de Medicina Interna e, sobretudo, na sua duração. Com os dados que recolhemos, percebemos que a duração média é significativamente prolongada se o internamento for directamente relacionado com a patologia oncológica (diagnóstico principal). Assim, considerando o aumento de prevalência e incidência destas patologias, importa procurar desenvolver estratégias que possam melhorar a abordagem destes doentes, por forma a melhorar a sua experiência e procurar diminuir o tempo que estes passam no Internamento.

Nº 42 O pH urinário como preditor de infecção por Proteus mirabilis

Vasco Tiago(1); Tiago Barroso(2); António Figueiredo(1); Mafalda Duarte(1); Raquel Sousa(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: As infecções urinárias são mais frequentemente causadas por membros da recentemente reclassificada ordem Enterobacterales. Os membros da família *Morganellaceae*, na qual se inclui *Proteus* spp., são agentes etiológicos mais raros, mas que podem ser distinguidos pela sua capacidade de elevar o pH urinário. No entanto, existe escassa evidência da acuidade diagnóstica do pH urinário na identificação presuntiva das *Morganellaceae*. Por esse motivo, a maioria das normas de orientação clínica não faz recomendações quanto ao uso do pH urinário como ferramenta de decisão.

Objectivo: Determinar a acuidade diagnóstica do pH urinário enquanto preditor de infecção urinária por *Morganellaceae*.

Material e métodos: Este é um estudo monocêntrico retrospectivo. Todas as amostras de urina para análise sumária e cultura recebidas no laboratório do nosso hospital entre Janeiro e Dezembro de 2020 com não mais de seis horas de diferença foram emparelhadas. Foram realizadas análises bivariadas por métodos Bayesianos e obteve-se a curva característica de operação do receptor (ROC) e o valor preditivo positivo (VPP). Apenas foram analisados pares com culturas monomicrobianas.

Resultados: Foram analisados 1976 pares de amostras, a maioria obtida de adultos com mais de 40 anos de idade (n=1533, 77,6%). A gama de pH 5,5-6,0 compreendeu 53,2% das amostras. Amostras com pH 7,0 ou superior compreenderam 21,6% (n=426). Os agentes mais frequentes foram *Escherichia coli* (55,3%), *Klebsiella pneumoniae* (14,7%) e *Proteus mirabilis* (7,2%). As restantes *Morganellaceae* compreenderam menos de 1% dos isolamentos. Todas as *Morganellaceae* se correlacionaram com um pH mais alcalino, resultando numa probabilidade mais elevada de isolamento de *P. mirabilis* nesta gama de pH. A prevalência de outros organismos que não *P. mirabilis* diminui drasticamente com pH 7,5 ou superior; com pH 8,0 *P. mirabilis* torna-se o agente mais comum. O VPP foi 0,38 [0,33-0,44] com pH ≥ 7,5; 0,56 [0,47-0,64] com pH ≥ 8,0; e 0,79 [0,66-0,90] com pH ≥ 8,5. A área sob a curva ROC foi 0,82 [0,79-0,86].

Conclusões: No nosso conhecimento, este é o primeiro estudo em adultos a quantificar a acuidade diagnóstica do pH urinário na identificação presuntiva de um agente etiológico. Os nossos resultados favorecem um bom desempenho do pH urinário na identificação presuntiva de *P. mirabilis*. Um pH de 8,0 ou superior, no qual *P. mirabilis* compreende mais de metade dos isolamentos, poderá ter acuidade suficiente para emitir recomendações a nível local. Dependendo dos padrões locais de resistência, poderá assim ser mais segura a administração de fármacos activos contra a maioria das estirpes de *P. mirabilis*, como a amoxicilina-ácido clavulânico ou o co-trimoxazol, fármacos estes que não devem de outra forma ser usados no tratamento empírico devido à elevada taxa de resistência em *E. coli*.

Nº 43 Fatores de prognóstico em doentes admitidos por Pielonefrite Aguda em enfermaria de Medicina Interna

Mónica Baptista Lopes(1); Vera Figueiredo(1); Carolina Roias(1); Helena Boavida(1); João Serôdio(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A pielonefrite aguda (PNA) é uma causa frequente de internamento em Medicina Interna, afetando particularmente a população idosa. A apresentação clínica, evolução e prognóstico podem ser muito variáveis.

Objectivo: Determinar os factores preditores de mortalidade em doentes internados por PNA em enfermaria de Medicina Interna.

Material e métodos: Estudo observacional restrospectivo com análises dos doentes admitidos num serviço de Medicina por PNA com isolamento microbiológico em urocultura, no ano de 2022. Foram colhidas as variáveis clínicas e laboratoriais através da consulta do processo clínico informático dos doentes. Foram comparados doentes com e sem bacteriemia e avaliadas as complicações da PNA. A mortalidade intra-hospitalar foi o determinante de prognóstico de interesse, avaliado através de regressão logística.

Resultados: Foram analisados 84 doentes internados por PNA, predominantemente do sexo feminino (61%) e com uma idade média de 80,6 ± 11,4 anos. Verificaram-se complicações em 5 doentes (6%), nomeadamente evolução com abcesso renal (2 doentes) ou recrudescência infecção após término de antibioterapia inicial (3 doentes). Os principais agentes isolados foram *Escherichia coli* em 57%, *Klebsiella* spp. 17%, *Enterococcus spp* 11% e *Proteus* spp em 5%. Foi identificada bacteriémia em 22% dos doentes (11/49). Em 24% dos doentes isolaram-se microorganismos portadores de resistência a múltiplos antimicrobianos (MDR), mais frequentemente estirpes produtoras de beta-lactamases de largo espectro (20%). A duração mediana de antibioterapia foi de 7 (5-9) dias; 32% dos doentes cumpriram antibioterapia > 7dias. Os antibióticos de primeira linha mais utilizados foram cefalosporinas de 2ª-3ª geração (59%) e amoxicilina-clavulanato (20%). Os doentes com bacteriémia realizaram ciclos de antibioterapia mais prolongados de 10 (9-10) dias, em comparação com doentes sem bacteriémia 7 (5-7) dias (p=0,001). A mortalidade intra-hospitalar foi de 17% (14 doentes), em 6 doentes a PNA foi admitida como a causa de morte. Na análise multivariada, as variáveis relacionadas com mortalidade foram a taquicardia à admissão OR 7,03 (IC95% 1,40-35,09; p=0,018) e a infecção por *Enterococcus* spp. OR 12,42 (IC95% 1,69-91,35; p=0,013); a apresentação com febre relaciona-se com menor mortalidade OR 0,12 (IC95% 0,02-0,68; p=0,017). Os doentes com bacteriémia apresentaram mortalidade 18%, idêntica aos doentes com PNA sem bacteriemia 16% (p=0,584). A duração de antibioterapia (p=0,353) e a infecção por microorganismos MDR (p=0,819), não se relacionaram com mortalidade.

Conclusões: A PNA afecta sobretudo doentes com idade avançada. A mortalidade associada ao internamento por PNA é significativa, sendo no nosso estudo de 17%. Nesta coorte, os doentes com taquicardia na admissão e os doentes com infecção por *Enterococcus* spp. apresentaram mortalidade mais elevada. A duração de antibioterapia e a presença de bacteriemia não pareceram estar relacionados com o prognóstico.

Nº 44 Oxigenoterapia no internamento de Medicina Interna

Beatriz Cêrca(1); Carolina Cabrita Abreu(1); Diogo Andrade Pereira(1); José Joaquim(1); Marta Azevedo Ferreira(1); Pedro Moules(1); Rita Palma Féria(1); Ana Grilo(1); Fernando Martos Gonçalves(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

A oxigenoterapia suplementar é uma arma terapêutica frequentemente utilizada em doentes com patologia aguda nos hospitais, mas por vezes os seus efeitos adversos não são devidamente ponderados. A grande diversidade das recomendações publicadas sobre os alvos de SpO2 dificulta o uso racional deste tratamento.

Tendo por base duas *guidelines* para definição dos alvos de SpO2 recomendados para cada doente, pretende-se averiguar se o valor de SpO2 dos doentes se encontra dentro do alvo recomendado e relacionar esses dados com a definição prévia de um alvo de SpO2 no processo clínico e com a realização de oxigenoterapia.

Realizou-se um estudo transversal observacional dos doentes num internamento de Medicina Interna, em que a colheita de dados se baseou na observação de 7(1) doentes com posterior consulta do processo clínico informatizado. As variáveis avaliadas foram a realização ou não de oxigenoterapia, o valor de SpO2 no momento da observação e a presença ou ausência de um alvo de SpO2 definido no processo clínico. O alvo de SpO2 recomendado para cada doente foi determinado de acordo com as suas comorbilidades através da consulta das *guidelines* propostas por Gottlieb *et al.* (2021) e Siemieniuk *et al.* (2018).

Do total dos participantes, 61% eram do sexo feminino e 39% do sexo masculino, sendo a média de idades de 82 anos. A maioria dos doentes não se encontrava a realizar oxigenoterapia (79%), não tinha alvo de SpO2 bem definido no processo clínico (79%) e tinha valores de SpO2 dentro do alvo recomendado (83%). Dos 15 doentes que estavam a realizar oxigenoterapia no momento da observação, 53% tinha o alvo definido no processo clínico mas apenas 33% tinha valor de SpO2 dentro do alvo recomendado. Dos 56 doentes que não estavam a realizar oxigenoterapia, 14% tinha o alvo de SpO2 definido no processo clínico, ainda assim, 96% tinha o valor de SpO2 dentro do alvo recomendado. Finalmente, 73% dos doentes com alvo definido no processo clínico tinham a SpO2 dentro do alvo recomendado.

Como limitação a este estudo transversal destaca-se a amostra reduzida de participantes, assim como o baixo número de doentes com necessidade de oxigenoterapia suplementar.

Com os resultados obtidos, conclui-se que a maioria dos doentes analisados não tinha um alvo de SpO2 definido no processo clínico, apesar de uma grande parte ter demonstrado ter a SpO2 dentro do alvo recomendado. Destaca-se, no entanto, que no grupo com aporte de O2 existe uma maior taxa de definição do alvo de SpO2, mas que apenas uma pequena parte deste grupo estava bem controlado.

Nº 45 Os mais idosos – o retrato do internamento num hospital central

Angelica de Freitas e Lopes(1); Teresa Moitinho de Almeida(1); Rita Barbosa Sousa(1); Margarida Cândido(1); Maria Joana Alvarenga(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A percentagem da população idosa mundial aumentou exponencialmente nas últimas décadas originando diversos desafios sociais e relacionados com a saúde. Os

doentes muito idosos são uma população vulnerável com multimorbilidade e, como tal, assiste-se ao aumento das hospitalizações destes doentes que geralmente se associa ao agravamento do seu estado funcional que poderia ser minorado em muitos casos.

Objetivos: O presente trabalho de investigação tem como objetivos caracterizar a população muito idosa internada num sector de um hospital central, os motivos de internamento e os *outcome* clínicos.

Materiais e métodos: Estudo retrospetivo observacional. Foram incluídos os doentes internados num sector do serviço de Medicina Interna de um hospital central, durante o ano de 2022, com idade igual ou superior a 90 anos. Analisou-se as variáveis: género, duração de internamento, situação social, comorbilidades, proveniência, *outcome* clínico, capacidade funcional prévia à admissão e após alta, diagnósticos principais e secundários, e intercorrências. Para definir a capacidade funcional foi utilizada a escala de *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) e os diagnósticos foram agrupados em grupos nosológicos segundo a classificação *International Classification of Diseases 11th Revision* (ICD-11). Os dados foram obtidos dos processos clínicos e tratados através do programa *Microsoft Excel*.

Resultados: Incluíram-se 4(1) doentes com idade igual ou superior a 90 anos, internados num sector do internamento do serviço de Medicina Interna, de um total de 18(1) doentes. Destes 4(1) internados, 34 eram do sexo feminino (82.93%) e 7 do sexo masculino (17.07%). A média de duração de internamento desta população foi de 10.88 ± 16.12 dias, sendo que 7 doentes permaneceram internados por motivos sociais (17.07%). Dos 4(1) doentes, 33 tiveram alta (80.49%), 6 faleceram (14.6%) e 2 foram transferidos ao cuidado da Medicina Paliativa (4.88%). No que diz respeito à capacidade funcional é de destacar que 60.98% ($N = 25$) e 19.51% ($N = 8$) apresentavam ECOG 4 e ECOG 3, respetivamente, à admissão. Os diagnósticos principais foram doenças do sistema respiratório e doenças do sistema geniturinário.

Conclusão: Os doentes muito idosos têm prognóstico reservado associado a elevadas taxas de mortalidade. A evicção do internamento hospitalar deveria ser uma preocupação de modo a evitar internamentos prolongados, infeções nosocomiais e agravamento do estado funcional. A criação de equipas de cuidados domiciliários e/ou terciários, em instituições reservadas a estes cuidados, direcionadas ao doente muito idoso, poderia ser uma das soluções necessárias garantindo a qualidade do cuidado médico, tratamento mais adequado, diminuição dos riscos associados ao internamento hospitalar, evitar agravamento do estado funcional e concomitantemente providenciar conforto desta população vulnerável. Estas equipas seriam multidisciplinares, articuladas com os cuidados de saúde primários, com capacidade de administração de medicação endovenosa, e se necessário, reavaliação com exames complementares de diagnóstico.

Nº 46 Avaliação da dor nos doentes com demência internados num Serviço de Medicina

Ana Castro Barbosa(1); Marta Matos(2); Sara Vieira Silva(2); Elga Freire(2); João Araújo Correia(2)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: O acentuado aumento da prevalência de idosos em Portugal, faz da demência uma patologia do envelhecimento, sendo a idade o seu maior fator de risco. A dor é o sintoma mais frequente na população idosa, estimando-se uma prevalência entre 25-50%.

A dor não diagnosticada ou não tratada, na população geriátrica, pode conduzir a diversas consequências deletérias, tais como alterações do humor, diminuição da

socialização, insónia, anorexia e perda da capacidade funcional. Releva assim a importância da dor como especial foco de atenção para os profissionais de saúde nos cuidados a prestar a esta população.

Objetivo: Avaliar a prevalência da dor nos doentes com demência internados no Serviço de Medicina Interna (SMI) de um hospital universitário, assim como analisar a avaliação da dor e principais aspetos do seu tratamento.

Material e métodos: Estudo quantitativo, observacional longitudinal retrospetivo. Com amostra de conveniência considerando como critérios de inclusão doentes com idade superior a 18 anos e como critérios de exclusão registo ausente/incompleto da dor no processo clínico e mortalidade ou alta clínica inferior a 72h após o início da recolha de dados. Os dados foram obtidos através da consulta de processos clínicos dos doentes, após autorização da Comissão de Ética da instituição. O processo de recolha de dados relativos à avaliação da dor e respetiva intervenção terapêutica foi realizado em dois momentos – D0 e após 72h. Para a avaliação da dor foram utilizadas a Escala Numérica da Dor (END) e a PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia Scale*). Para o tratamento dos dados recolhidos foi utilizado o Microsoft Excel.

Resultados: Foram incluídos 114 doentes, dos quais 51.7% do sexo feminino. A média de idades foi de 77.5 anos. A prevalência da demência foi 54.4%, sendo que a maioria destes doentes apresentava demência moderada a grave (estadio 6 da *Functional Assessment Staging Tool*).

A escala de avaliação da dor mais utilizada nos doentes com demência foi a END - 66.1%, comparativamente à PAINAD que foi apenas utilizada em 33.9% dos doentes.

A prevalência da dor foi de 44.7%, sendo mais frequente nos doentes com demência - 54.9% comparativamente aos doentes sem demência – 45.1%.

Relativamente à abordagem da dor, a terapêutica analgésica não sofreu alterações em mais de metade dos doentes (56.9%). Nenhum doente tinha registo de intervenções não farmacológicas da dor.

Conclusões: Este estudo destaca a elevada prevalência de um sintoma insuficientemente tratado, não sendo despiciendo o maior acometimento nos doentes com demência.

Demonstra a importância de estar alerta para sua deteção, bem como da adequada utilização dos instrumentos de avaliação, sobretudo nos doentes com comprometimento cognitivo.

Nº 47 Qualidade de sono em enfermaria de Medicina Interna

Inês Fiúza M. Rua(1); Afonso Dias(1); Inês Castro(1); Maria Balsinhas(1); Renata Martinho(1); Marcel Guerreiro(1); Marília Fernandes(1); Heidi Gruner(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: A privação de sono tem um impacto substancial na qualidade de vida do idoso e na morbilidade em internamento.

Objetivo: Avaliação da quantidade e qualidade do sono da última noite no hospital em comparação com o sono habitual em casa no mês anterior à hospitalização mediante o Consensus Sleep Diary (CDS), PROMIS, e avaliação de fatores que comprometeram o sono.

Métodos: Estudo transversal observacional com consulta de processo clínico, dos doentes internados em enfermaria de Medicina com consentimento informado.

Resultados: Foram incluídos 20 doentes, idade média 74,8 anos (3 < 65 anos), 65% mulheres, 95% residentes no domicílio, 25% acamados. Na enfermaria 95% dos doentes tinham exposição solar e o nº médio de camas no quarto era de 5.5, não tendo sido admitidos doentes no período depois das 00h.

Os doentes demoraram em média mais 1h40min a adormecer, despertaram em média 0,7 vezes a mais, equivalendo a cerca de 20min durante a noite, tendo em média acordado cerca de 12,8min mais cedo do que no domicílio. Os fatores que contribuíram foram: a equipe hospitalar - 50%; ruídos de outros doentes - 45%; urinar - 25%; ruídos da equipe hospitalar - 15%; ansiedade - 15%; dispneia - 15%.

De referir que em 20% a qualidade do sono foi pior do que em casa. Do PROMIS verificou-se que em 30% não foi revigorante, em 20% foi inquieto, com mais dificuldade em adormecer em 20% e apenas (1) doente se sentiu pior ao acordar.

Discussão: Estudos sugerem que o sono no doente internado não é adequado, todavia, faltam informações sobre a sua quantidade e qualidade, sendo um fator de risco de delirium sobretudo nos idosos.

Nº 48 Os doentes muito idosos num serviço de Medicina Interna

Ana Santos e Silva(1); Filipe Dias(1); Mónica Silva(1); Leonor Gama(1); Pedro Laranjo(1); Diana Marreiros(1); Josiana Duarte(1); Henrique Rita(1)

(1) Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

Introdução: Ao longo das últimas décadas tem-se verificado um processo de transição demográfica a nível mundial e Portugal não é exceção. O aumento da esperança média de vida com um consequente envelhecimento populacional requer uma adequação dos serviços de saúde aos doentes idosos tendo em conta as suas particulares, quer em termos clínicos quer em termos sociais.

Objetivo: Caracterização dos doentes muito idosos num serviço de Medicina Interna ao longo de 6 meses

Material e Métodos: Estudo retrospetivo que incluiu todos os doentes com idade igual ou superior a 90 anos internados num serviço de Medicina Interna nos primeiros 6 meses do ano de 2022. Os dados foram recolhidos a partir do processo clínico dos doentes e Registo de Saúde Eletrónico. A autonomia dos doentes foi classificada usando a escala de Barthel.

Resultados: Num período de 6 meses foram internado no serviço de Medicina Interna 11(1) doentes com idade igual ou superior a 90 anos, com uma mediana nos 92 anos. O doente mais idoso internado tinha 102 anos. A maioria dos nossos doentes eram do sexo feminino (54%), sendo que estas apresentavam uma mediana de idades mais elevada (94 anos). Apenas 33% se encontravam institucionalizados, sendo que a maioria dos nossos doentes (56.5%) residiam com familiares com apoio domiciliário quer dos centros de saúde quer de estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI). No que diz respeito à autonomia prévia ao internamento, 33% (n=37) eram descritos como independentes ou com dependência ligeira e 31% (n=34) com dependência total. As intercorrências infeciosas foram o principal motivo de internamento (58%), sendo que a pneumonia adquirida na comunidade foi a intercorrência infeciosa mais prevalente (43%), seguida da infeção por SARS-CoV-2 (28%) e as infeções do trato urinário (19%).

O número médio de dias de internamento foram os 8.9 dias, tendo-se registado um total de 2(1) óbitos. Verificou-se um agravamento funcional dos nossos doentes, sendo que à data de alta apenas 13.3 % dos doentes (n=12) eram descritos como autónomos ou levemente dependentes e 50% dos doentes (n=45) era descritos como totalmente dependentes. Após alta hospitalar, 28.3% dos doentes residentes no domicílio necessitaram de institucionalização em ERPI.

Conclusões: O envelhecimento populacional com um aumento do número de indivíduos muito idosos leva, inevitavelmente, a um maior número de hospitalizações deste grupo populacional. Esta realidade implica uma adaptação dos sistemas de saúde de

forma a responder de forma adequada a esta população, com necessidade de uma abordagem multidimensional. O internamento hospitalar constitui para muitos o momento de fim de vida, mas para a restante maioria corresponde a um momento de agravamento das suas debilidades prévias, com maior limitação funcional e com agravamento da sua autonomia. Uma abordagem multidisciplinar precoce com reabilitação funcional bem como um apoio social ao doente e família no momento do internamento hospitalar são pilares essenciais para abordagem destes doentes.

Nº 49 Saúde oral, desnutrição e sarcopénia na enfermaria de Medicina

Rita Palma Féria(1); Pedro Moules(1); José Joaquim(1); Carolina Cabrita Abreu(1); Marta Azevedo Ferreira(1); Beatriz Cêrca(1); Diogo Andrade Pereira(1); Fernando Martos Gonçalves(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

A desnutrição é amplamente reconhecida como um problema frequente e associado a múltiplas complicações, nomeadamente a sarcopénia, contribuindo para deterioração clínica e funcional.

A sua etiologia é multifatorial, sendo a saúde oral um determinante por condicionar aporte insuficiente e não equilibrado.

O internamento é reconhecido como um período crítico para o desenvolvimento ou agravamento desta patologia.

Este estudo teve como objetivo caracterizar o estado nutricional dos doentes internados num serviço de medicina interna, bem como marcadores de saúde oral.

Estudo transversal de um dia dos 7(1) doentes internados no Serviço de Medicina Interna, tendo sido colhidos dados por avaliação presencial e consulta do seu processo clínico, com avaliação de: caracterização clínica, parâmetros antropométricos, marcadores de saúde oral, marcadores clínicos e analíticos de desnutrição, força de preensão palmar, dieta, suplementação nutricional prescrita e adaptação da mesma e avaliação por equipa de nutrição e reabilitação.

Todos os doentes tinham mais de 60 anos, sendo a média de idades 82 anos.

A adaptando o Índice de Massa Corporal à idade, 19% dos doentes apresentavam baixo peso e 42% apresentava excesso de peso.

A maioria dos doentes (66%) apresentava sarcopénia por avaliação da força de preensão palmar ou perímetro gemelar nos doentes em que este teste não era possível. Cerca de metade dos doentes encontrava-se a realizar reabilitação.

De salientar que dos doentes com obesidade, 18% apresentava sarcopénia.

Relativamente à saúde oral, a maioria dos doentes (68%) apresentava menos do que 10 pares de dentes, sendo que a maioria (69%) não apresentava pares oclusivos posteriores e não possuía prótese dentária bem-adaptada. A maioria (68%) dos doentes reportavam sintomas orais que interferiam com a mastigação ou deglutição (dor, xerostomia).

Apesar da maioria dos doentes apresentar risco alto (43%) ou muito alto (23%) no rastreio de nutrição à admissão, apenas 37% já tinha sido submetido a avaliação nutricional à data do estudo e 45% não apresentava dieta adaptada em consistência à sua capacidade. Uma minoria encontrava-se a realizar suplementação calórica, proteica ou vitamínica (20%).

Este estudo reforça a elevada prevalência de risco nutricional elevado, desnutrição e sarcopénia nos doentes internados, bem como a necessidade de melhorar a intervenção para as prevenir e minimizar as suas complicações.

Reforça ainda a saúde oral como um contribuinte importante, especialmente no doente idoso, devendo ser considerada na intervenção nutricional.

Nº 50 Huddle Meetings como resposta para a melhoria da demora média no Serviço de Medicina Interna

Ana Valada Marques(1); Mário Amaro(1); Sandra Santos(1); Vera Ilunga(1); Fernando Palhim(1); Susana Graúdo(1); Benedita Nunes(1); Francisca Delerue(1); Estevão Pape(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: *Huddle Meetings* consiste numa ferramenta simples e poderosa, numa cultura de melhoria contínua, que permite a melhoria dos processos multidisciplinares resultando na redução da demora média de internamento no Serviço de Medicina Interna. Trata-se de uma reunião diária, com duração de 15 a 20 minutos, envolvendo Médicos, Enfermeiros e Assistentes Sociais de cada setor do Serviço de Medicina, discutindo-se a alta, exames complementares de diagnóstico e problemas que possam provocar constrangimentos à alta, bem como, a sua programação.

Objetivos: O Serviço de Medicina tem procurado formas de reduzir a demora média de internamento, sendo uma das estratégias, a implementação do Serviço de Apoio à Gestão de Internamento (SAGI). A demora média de internamento em Abril de 202(1) era de 13.87 dias. Como resposta, foi iniciado um Projeto de melhoria entre o SAGI e o Departamento de Medicina Interna. O objetivo é o de reduzir a demora média e a mediana do tempo de internamento, o tempo entre a alta clínica e a alta hospitalar, dado que tem impacto direto no protelamento médio e mediano da alta e no tempo total de internamento.

Material e Métodos: O projeto tem como foco a Metodologia *Lean*, mapeando todas as etapas do processo de internamento, interações profissionais e os processos de alta hospitalar. De acordo com a Metodologia *Lean*, os desperdícios identificados nos processos de internamento foram:

- Constrangimentos relativos aos meios complementares de diagnóstico (espera);
- Doentes com alta clínica com protelamento por motivos sociais (defeito).

Ao identificar os desperdícios nos processos, decidiu-se testar as Reuniões Diárias.

Resultados: Foi possível obter ganhos na demora média entre Abril a Setembro 202(1) de 13.8 para 12.2 dias, com redução de 1.5 dias, correspondendo a 11%. Houve redução na mediana de 2.5 dias de internamento, de 10.5 para 8 dias, correspondendo a 24%. Quanto ao período de alta, entre Abril e Setembro 2021, reduziu-se de 52 para 29 doentes com protelamento, redução de 44% e 32% do número de dias para este indicador (135 dias em abril para 92 dias em Setembro).

Para avaliar o impacto dos *Huddle Meetings* entre os profissionais, foi realizado um inquérito. Responderam 39 profissionais, dos quais 97% conheciam os *Huddle Meetings*, 85% compreenderam o objetivo das reuniões e 47% consideraram muito importantes. Os benefícios identificados foram a facilidade e otimização da comunicação entre os profissionais, a agilização de exames, a dinâmica integrada do serviço e melhoria do planeamento diário da alta.

Conclusões: Acreditamos que este projeto possa desburocratizar partes dos processos pois melhora o tempo e a qualidade da comunicação diárias entre os profissionais de saúde. Para departamentos menos avançados tecnologicamente, pode ser uma maneira eficiente de acompanhar diariamente os exames agendados dos doentes e as diligências socias, usando uma abordagem de melhoria contínua.

Nº 51 Impacto do Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos na Utilização Hospitalar de Quinolonas

Tiago Neto Gonçalves(1); Ana David do Carmo(1); Vasco Tiago(2); Jesús Cotrina Luque(1); Maria José Rei(1); Pedro Raimundo(1)

(1) Hospital da Luz Lisboa (2) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Introdução: A prescrição indiscriminada de antibióticos (AB) contribuiu para a seleção de microrganismos resistentes e aumento da prevalência de infeções pelos mesmos. As quinolonas apresentam um amplo espectro de ação, sendo utilizadas no tratamento de infeções respiratórias e do trato urinário. O seu uso associa-se ao rápido desenvolvimento de resistências a fármacos da mesma classe, colonização e infeção por outros microrganismos resistentes. Na nossa instituição, o Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos (PAPA) acompanha a utilização (intra-hospitalar e em ambulatório) de AB, com particular incidência no uso de carbapenemos e quinolonas.

Objetivo: Analisar o impacto das medidas implementadas pelo PAPA na prescrição de quinolonas pelo Serviço de Urologia no primeiro semestre de 2022, comparando com o padrão de prescrição em 2018.

Material e Métodos: Estudo retrospetivo, observacional, com auditoria a todas as prescrições de quinolonas realizadas pelo Serviço de Urologia da nossa instituição de janeiro a junho de 2022. Foi analisado o intuito (profilático ou terapêutico), indicação para AB e adequação da classe, dose e duração da terapêutica realizada. Foram comparados os dados com os obtidos em 2018.

Resultados: Foram auditadas 226 prescrições, comparativamente a 237 no período homólogo de 2018 (redução de 4,6%). Destas, 123 tinham intuito terapêutico (54,4%) e 42 intuito profilático (18,6%). Em 27% não existiu registo dos sintomas ou diagnóstico que motivaram a prescrição. A prulifloxacina, com reconhecido amplo espectro de ação, foi utilizada em 42.9% dos doentes. Ainda que o seu uso tenha reduzido em 11,5%, persistiu como o fármaco da classe mais prescrito. Para profilaxia, o uso de quinolonas foi considerado inadequado em todos os casos. Registou-se um decréscimo de 0,8% face a 2018, persistindo frequente a utilização indevida na cirurgia prostática e uretroscopia. Quanto ao uso terapêutico, a indicação mais frequente foi a infeção do trato urinário não especificada (43,1%), prostatite aguda (35%) e orquiepididimite (8,1%). A maioria dos doentes (56,9%) não realizou avaliação sumária ou cultural de urina. Dos exames culturais solicitados, 41,5% foram negativos, tendo-se mantido o curso de antibioterapia. A prescrição de AB foi considerada indicada em 95,1%, tendo o uso de quinolonas sido adequado em apenas 41,9%. Comparativamente a 2018, houve um incremento da conformidade no uso da classe em 11,2%. Contudo, a duração da antibioterapia foi incorreta em 79,5%, o que representa um acréscimo comparativamente ao período de 2018.

Conclusões: Concluímos que a prevalência de prescrição inadequada de quinolonas pelo Serviço de Urologia se manteve elevada. Registos incompletos, subutilização de exames complementares e a duração excessiva da antibioterapia foram frequentes. Apesar da utilização em profilaxia não ter reduzido significativamente, a adequação do uso terapêutico de quinolonas aumentou, reforçando a pertinência da continuidade da intervenção do PAPA nesta área.

Nº 52 Impacto de uma Equipa de Doentes Crónicos Complexos em outcomes de saúde após um ano

Isabel Monteiro(1); Alzira Morais(1); António Oliveira(1); Eduarda Almeida(1); Maria João Carvalho(1); Patrícia Rocha(1); Susana Gonçalves(1); Fátima Leal-Seabra(1); Jorge Martins(1)

(1) Hospital Pedro Hispano

Introdução: O envelhecimento da população aumentou a frequência da multimorbilidade e polimedicação por toda a Europa, desafios para os quais têm sido desenvolvidos projetos com uma abordagem holística de integração de cuidados centrados no paciente. Procuram melhorar os *outcomes* de saúde, atendendo às necessidades especificas de cada pessoa e reduzindo a fragmentação de cuidados.

Objetivo: Avaliação da evolução da Diabetes mellitus (DM), Insuficiência Cardíaca (IC) e Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva Crónica (DPOC) após um ano de acompanhamento por equipa dedicada a doentes crónicos complexos, usando *outcomes* específicos de cada uma das patologias.

Material e métodos: Estudo transversal retrospectivo. Foram incluídos os doentes que completaram um ano de acompanhamento na Equipa de Doentes Crónicos Complexos (EDCC) desde 2016 até 01.02.2023, tendo sido excluídos os óbitos e as altas da equipa. Foram comparados os seguintes *outcomes*: na DM a hemoglobina glicada (hbA1C) à admissão e aos 365 dias; na IC o número de agudizações em Serviço de Urgência (SU) e Internamentos nos 365 dias prévios à admissão e aos 365 dias de integração na EDCC e na DPOC o número de exacerbações com internamento. Procedeu-se a análise quantitativa.

Resultados:: Dos 95 doentes incluídos, com idade mediana de 8(1) anos (mínimo 56 e máximo 96), 60%(n57) eram do sexo feminino e 65,3%(n62) tinham o diagnóstico de DM em que as lesões de órgão alvo mais frequentes eram a nefropatia (69,3%,n43), a doença cerebrovascular (61,3%,n38) e a cardiopatia (48,4%, n30). À admissão a mediana de hbA1C era de 7,3% (mínimo 5,6% e máximo 14,4%), e aos 365 dias de 6,6% (mínimo 5,3% e máximo 15,0%). A hbA1C ≤7,0% foi verificada em 33,4%(n21) doentes à admissão e em 58,2%(n36) aos 365 dias de integração na EDCC. Quanto à IC, foram acompanhados 85,3%(n81) doentes, dos quais 58,02%(n47) tinham pelo menos um episódio de SU e 43,2%(n35) de internamento nos 365 dias prévios à admissão face a 19,7%(n16) e 12,3%(n10) após um ano de acompanhamento na EDCC. Com DPOC foram seguidos 25,3% (n24) doentes, em que 41,6%(n10) não eram exacerbadores e 33,3%(n8) tiveram exacerbação com internamento nos 365 dias anteriores à admissão, sendo que após um ano de seguimento na EDCC, 87,5%(n21) não tiveram exacerbações nem necessidade internamento.

Conclusões: A abordagem holística nos doentes crónicos complexos resulta em vários benefícios nos *outcomes* de saúde dos doentes. Os quais se traduzem na melhoria do prognóstico, qualidade de vida, assim como na utilização dos serviços de saúde.

Nº 53 Hospital de Dia de Medicina Interna - uma imagem do dia-a-dia

Manuel Pimentel Maia(1); Inês Pereira(1); Bernardo Belchior(1); Mário Beleza(1); Tiago Costa(1); Telma Alves(1); Catarina Reigota(2); Cátia Pereira(1); Fátima Silva(1); Ana Borges(2); 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

Introdução: O Hospital de Dia (HDMI) é uma unidade de ambulatório com espaço físico próprio que presta cuidados de saúde (avaliação, tratamento ou reabilitação) a doentes durante o dia, com duração inferior a 12h, em ambulatório. São estruturas de grande apoio à atividade clínica dos serviços, como a Medicina Interna, por permitirem tratamentos com fármacos de uso exclusivo hospitalar e a realização de procedimentos invasivos, sem necessidade de recorrer a camas de internamento, reservadas para doentes graves. Sendo uma parte tão significativa da atividade de um Serviço de Medicina Interna, importa perceber a sua dinâmica, funcionamento e conhecer a população que serve.

Objetivo: Caracterização dos doentes, seu diagnóstico de seguimento e tratamento em HDMI, no período de (1) de Janeiro de 2022 e 3(1) de Dezembro de 2022.

Material e métodos*:* Estudo retrospectivo dos doentes seguidos no HDMI quanto aos seus dados demográficos, número de sessões, patologia e tratamento. Foram selecionados os doentes com sessões realizadas no HDMI entre (1) de Janeiro de 2022 e 3(1) de Dezembro de 2022.

Resultados: Durante o ano de 2022, foram realizadas 532 sessões, sendo assistidos um total de 299 doentes em HDMI: 76,25% do sexo feminino (com média de idades de 57,6 anos) e 23,75% do sexo masculino (com média de idades de 65,3 anos). Podem dividir-se estas sessões em diagnósticas, de avaliação/reavaliação e terapêuticas. Quanto às primeiras, representaram 7,02%, contribuindo os mielogramas para 93% das sessões de diagnóstico e a prova de infusão salina para 0,33% das técnicas diagnósticas realizadas. Relativamente às sessões de reavaliação por patologia autoimune ou outras com necessidade de vigilância mais apertada, contribuíram com 13,38% do volume total. A maioria dos agendamentos foram de sessões terapêuticas (79,8%), sendo o principal fármaco administrado a carboximaltose férrica (51,84%), seguida das terapias biológicas (17,73%)- Infliximab (28,3%), Rituximab (20,7%) e Tocilizumab (13,21%), além dos restantes 27 protocolos de tratamentos distintos, em menor percentagem. Foram numerosas e diversas as patologias que motivaram as sessões terapêuticas, mas importa salientar: anemia ferropénica (52,51%), artrite reumatóide (7,36%), hiperaldosteronismo primário (2,68%), hipercolesterolemia familiar (2,68%) e MGUS (2,68%).

Conclusão: A análise da atividade anual desenvolvida pelo HDMI do nosso hospital permite-nos ter uma imagem concreta da importância que este tem na população que assistimos. Verifica-se que a população tratada no HDMI é maioritariamente do género feminino. Inclui doentes em idade ativa, evitando internamentos desnecessários, reduzindo o absentismo laboral. Permite a realização de atos médicos eficientes e de tratamentos, com redução significativa de custos e do números de internamentos. Este tipo de unidades de ambulatório são essenciais para os cuidados de saúde em Portugal, tanto para o doente, como para a melhor gestão de recursos hospitalares.

Nº 54 Equipa Consultoria e Responsabilidade Partilhada da Medicina Interna

Adriana Watts Soares(1); Margarida Sá Pereira(1); Isabel Luiz(1); Paulo Barreto(1); Ana Teresa Costa(1); Diogo Faustino(1); Hugo Inácio(1); António Mesquita(1); Carolina Midões(1); André Matos(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Umas das atividades assistenciais que a medicina interna tem é a consultoria a enfermarias cirurgicas. Esta colaboração é uma mais valia importante para o doente pois beneficia de uma medicina holistica em que as comorbilidades, o motivo de admissão cirurgica e as potenciais complicações no periodo peri-operatorio são todos considerados na abordagem. A consultoria pode ser executada num modo reativo após sinalização pelas equipas cirurgicas perante qualquer intercorrência ou seguir um modelo antecipatório e de partilha de responsabildiade pelo internamento, modelo este já aplicado em alguns hospitais a nivel nacional. Os autores apresentam o projecto " Equipa Consultoria e Responsabilidade Partilhada (ECoRP)" , inaugurado em Maio 2022 que conta com uma equipa constituida tendencialmente por quatro internistas dedicados exclusivamente a enfermarias cirurgicas sendo que nas enfermarias de neurocirurgia, urologia e unidade vertebromedular assumem um papel proativo e observam todos os doentes admitidos provenientes do serviço de urgência e unidade cuidados intensivos nas primeiras 48 horas. Este modelo antecipatório visa identificar doentes com um risco elevado de descompensação das respetivas comorbilidades precocemente; complicações decorrentes do motivo de admissão ou da intervenção cirurgica, auxiliar no diagnóstico de doenças subjacentes previamente desconhecidas e otimização da reconcialiação terapêutica. Pretende-se apresentar os resultados dos primeiros 9 meses de trabalho da ECoRP na 29ºCNMI e sublinhar a importância de ter uma medicina interna integrada nas enfermarias cirurgicas.

Nº 55 Cuidados de Medicina Interna no Serviço de Ortopedia–índices de qualidade ao fim do primeiro ano

Inês Marques Ferreira(1); Luísa Viveiros(1); Filipa Ferreira Rodrigues(1); Ana Oliveira(1); Sara Xavier Pires(1); Ana Reinas(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: Os Cuidados Partilhados de Medicina Interna (CPMI) surgiram em abril de 2022, constituídos por dois Internistas com atividade assistencial na enfermaria de Ortopedia de um hospital central. Os CPMI nasceram da necessidade de apoio na gestão clínica, frequentemente complexa, dos doentes internados na enfermaria cirúrgica.

Objetivo: Avaliação retrospetiva dos índices de qualidade do serviço entre o período de abril-dezembro de 2022.

Métodos: Estudo observacional retrospetivo sobre os doentes internados na enfermaria de um Serviço de Ortopedia, entre abril-dezembro de 2022.

Resultados: Durante o período selecionado, os CPMI participaram na gestão de 287 doentes, correspondendo a 16,2% dos doentes internados no Serviço de Ortopedia, com um tempo de resposta médio de 3 dias entre o dia em que o doente é sinalizado e a primeira avaliação pela equipa.

A totalidade da população esteve, em média, 9 dias internada no Serviço de Ortopedia, sendo que a amostra cogerida pelos CPMI, apresentou uma demora média de

internamento de 30 dias.

Nos doentes observados pelos CPMI, foram realizados cerca de 9 diagnósticos médicos, oscilando entre um mínimo de 3 e até 2(1) diagnósticos no máximo.

Aproximadamente 4,2% (n=12) dos doentes desta amostra foram transferidos internamente, versus os 5,8% (n=102) da população total. A grande maioria destas transferências de doentes em cogestão ocorreram por necessidade de escalada de níveis de cuidados, com 16,7% (n=2) dos doentes transferidos para Unidades Nível III e 50% (n=6) para Unidades Nível II.

A taxa de mortalidade dos doentes observados pelos CPMI foi de 9,41%(n=27), tendo o Serviço de Ortopedia registado uma taxa de mortalidade de 2.03%(n=36).

A taxa de reinternamento dos doentes geridos pelo CPMI a 5 dias foi de 0,7% (n=2)e de 3.8% (n=11) a 30 dias, sendo que no Serviço de Ortopedia se verificaram taxas de 0,4% (n=8) e 2,6% (n=46), respetivamente.

Conclusão: A existência de doentes de elevada complexidade internados nos serviços cirúrgicos, é demonstrado pelo elevado número de diagnósticos médicos realizados nos doentes observados pelos CPMI. Isto justifica, que neste grupo de doentes, com mais comorbilidades e potencialmente mais graves, se verifique uma maior percentagem de transferência para unidades de nível de vigilância superior, maior taxa de mortalidade e maior demora média.

Desta forma, a atuação da Medicina Interna poderá ter um importante impacto no outcome dos doentes da enfermaria cirúrgica, tornando a avaliação multidisciplinar uma mais valia e o futuro no cuidado a estes doentes.

Nº 56 Medicina Interna numa enfermaria de Ortopedia – o impacto dos cuidados partilhados

Luísa Viveiros(1); Filipa Rodrigues(1); Inês Marques Ferreira(1); Ana Oliveira(1); Sara Xavier Pires(1); Ana Reinas(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A cogestão clínica com a Medicina Interna (MI) nas enfermarias cirúrgicas, existente em vários países, é residual em Portugal. Contudo, o seu papel poderá ser de grande importância, dado o envelhecimento populacional, pluripatologia e complexidade clínica frequentes nos doentes internados. Alguns estudos demonstraram benefício da atividade da MI nestas enfermarias, nomeadamente na demora média do internamento e mortalidade.

Objetivos: Avaliar o impacto da atividade de dois Especialistas em MI nos *outcomes* dos doentes internados no Serviço de Ortopedia.

Material e Métodos: Estudo observacional retrospetivo. Comparação de *outcomes* de doentes admitidos na enfermaria de Ortopedia de um Hospital central, antes e após a instituição da atividade conjunta da MI e Ortopedia. Período de observação: Abril a Dezembro de 2019 e período homólogo de 2022. Analisadas as taxas de reinternamento a 5 e 30 dias, mortalidade, demora média de internamento e transferência para outros Serviços. Análise estatística realizada em *SPSS Statistics version* 27.

Resultados: Nos períodos de análise prévio e subsequente à atividade conjunta com MI, foram internados, respetivamente, 2308 e 1769 doentes. Não se verificou diferença estatisticamente significativa na taxa de reinternamento a 5 dias entre os dois períodos de análise: 0,35% (n=8) previamente à atividade da MI; 0,45% (n=8) posteriormente (p=0,593). A taxa de reinternamento a 30 dias não diferiu de forma estatisticamente significativa: 2,64% (n=61) antes e 2,60% (n=46) após orientação de MI (p=0,933). Verificou-se um aumento da mortalidade após presença da MI: 2,04% (n=36), comparativamente a 1,08% (n=25) no período anterior (p=0,013). A taxa de transferência interna para outros

Serviços não diferiu de forma estatisticamente significativa: 4,77% (*n*=110) antes e 5,77% (*n*=102) após cogestão com MI (*p*=0,154). A demora média de internamento situou-se em 6,96 dias no primeiro período e 9,03 dias no segundo.

Conclusões: Não se verificou um impacto estatisticamente significativo na taxa de reinternamento e transferência para outros Serviços após a cogestão com MI. Tal poderá dever-se a complicações cirúrgicas, readmissões eletivas para 2º tempo operatório e complexidade cirúrgica num centro de referência de sarcomas ósseos e de partes moles.

A referir que, desde 2022, uma parte dos doentes com menor complexidade clínica tem sido orientada para cirurgia de ambulatório e parcerias com outras instituições de saúde, acarretando provável impacto no aumento da taxa de mortalidade e demora média do doente verificada desde a intervenção da MI. Acresce ainda o impacto crescente de situações de fragilidade social e maior identificação de problemas clínicos e intercorrências nosocomiais.

Assim, são necessários estudos adicionais, com maior período de observação, análise de confundidores e avaliação do grau de satisfação das equipas assistentes, para melhor caracterizar o impacto da MI nas enfermarias cirúrgicas.

Nº 57 Fatores de risco para reinternamento após alta de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária

Daniela Meireles(1); João Oliveira(1); Mariana Leal(2); Joaquim Alvarelhão(3); Joana Neves(1); Susana Cavadas(1)

(1) MEDICINA INTERNA - CHBV - HOSPITAL INFANTE D. PEDRO EPE - AVEIRO (2) MEDICINA INTERNA - CHSJ - HOSPITAL SÃO JOÃO EPE (3) Universidade de Aveiro

Introdução: A hospitalização domiciliária é uma modalidade de internamento com benefícios clínicos para o doente permitidno em simultâneo aliviar o problema de sobrelotação hospitalar. O reinternamento hospitalar é um dos critérios utilizados para medir a qualidade dos serviços prestados. De forma a poder preveni-lo é essencial analisar se existem e quais os fatores que para ele contribuem.

Objetivo: Analisar a incidência e os fatores de risco para o reinternamento após a alta de uma Unidade de Hospitalização Domiciliário (UHD).

Métodos: Estudo observacional retrospetivo de doentes admitidos em UHD durante um período de dois anos (entre maio de 2019 e abril de 2021). Foram recolhidos dados sociodemográficos (idade, sexo), clínicos (diagnóstico principal, comorbilidades, nível de independência nas atividades de vida diária – Índice de Barthel (IB), morbilidade segundo *Charlson Comorbidity Index* (CCI)), e indicadores relativos ao processo de gestão clínica (antibioterapia realizada, número de visitas diárias ao domicílio e reinternamento). A análise de dados incluiu estatística descritiva, e regressão logística univariada e multivariada para a avaliação dos fatores que se associaram com o reinternamento seis meses após a alta.

Resultados: No estudo foram incluídos 562 doentes, 54,4% com proveniência do serviço de urgência (SU), 52,1% do sexo feminino e com idade média de 72,0±17,4 anos. Nos 30 dias após a alta foram reinternados 38 doentes (6,8%). Alargamos o estudo aos reinternamentos até seis meses após a alta, e obtivemos 109 doentes (19,4%), 38 (34,9%) durante o primeiro mês, 43 (39,4%) até ao terceiro mês e 28 (25,7%) entre o quarto e o sexto mês. Procedeu-se à análise univariada e os fatores que se associaram com o reinternamento foram: sexo masculino (OR=1,63, IC95% 1,07-2,49), idade (OR=1,03, IC95% 1,01-1,04), CCI (OR=1,25, IC95% 1,14-1,38), IB (OR=0,98, IC95% 0,96-0,99), e as seguintes comorbilidades: insuficiência cardíaca (OR=2,54, IC95% 1,65-3,92), acidente vascular cerebral (OR=1,98, IC95% 1,12-3,52), diabetes *mellitus* tipo 2 (OR=1,45, IC95% 1,11-1,89), doença renal crónica (OR=3,62, IC95% 1,19-11,01) e neoplasias (OR=2,09, IC95%

1,34-3,25). No modelo multivariado foram estatisticamente significativos os seguintes fatores (Nagelkerke r2=0,14): o sexo masculino (OR=1,92, IC95% 1,23-3,00), IB (OR=0,98, IC95% 0,96-0,99), as neoplasias como comorbilidade (OR=3,00, IC95% 1,44-3,65) e a insuficiência cardíaca como comorbilidade (OR=2,66, IC95% 1,69-4,18).

Conclusão: A taxa de reinternamento está dentro dos valores esperados na literatura consultada. Tal como seria de esperar a idade avançada, o maior grau de dependência e a existência de múltiplas patologias são fatores que aumentam o risco de reinternamento. A existência de comorbilidades tais como a insuficiência cardíaca e as neoplasias apresentaram maior razão de probabilidade para este desfecho. A comunicação que se estabelece entre a equipa médica, o doente e o cuidador principal permitem fomentar a educação e promoção para a saúde de forma personalizada, prevenindo o risco de reinternamento.

Nº 58 Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca: como otimizar recursos mínimos

Inês Clara(1); Isabel Cruz Carvalho(2); Catarina Mendonça(1); Carina Andrade(1); Márcia Cravo(1); Irene Marques(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introdução: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa e estima-se que afete cerca de 400 000 portugueses. A gestão otimizada dos doentes com IC implica disponibilidade para observação dos doentes e colheitas de análises, quer nos episódios de descompensação quer no processo de otimização da terapêutica para a IC e das comorbilidades.

Objetivo: Demonstrar quais as potencialidades de um hospital de dia (HD) em horário restrito e com condições físicas limitadas na gestão de doentes com IC.

Métodos: Análise retrospetiva de todas as sessões do HD de IC de um hospital terciário, nos 9 meses seguintes à sua implementação, entre 1/3/2022 e 31/12/2022. O local, com cerca de 7 m2, dispõe de 2 cadeirões e uma secretária partilhada; funciona entre as 8h30 e as 14h00, 2 dias por semana.

Resultados: No período referido foram observados 160 doentes, com uma mediana de idade de 79 anos, e realizadas 362 sessões de HD. A mediana do número de sessões por doente foi 2; (1) doente teve 14 sessões. A maioria dos doentes já estava integrado na clínica de IC do hospital, mas a sua referenciação primária era diversa: 56,9% tiveram origem no internamento do Serviço de Medicina Interna, 20,0% em consultas hospitalares, 13,1% no Serviço de Urgência e 9,4% nos cuidados de saúde primários. As etiologias da IC mais frequentes foram a valvular (46,3%), a isquémica (36,9%) e a hipertensiva (28,8%). A fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) no último ecocardiograma era preservada, ligeiramente reduzida e reduzida em 59,9%, 33,1% e 10% dos doentes, respetivamente. Quanto às comorbilidades, em gestão simultânea à da IC, destacam-se a Diabetes mellitus e pré-diabetes, a anemia e a doença renal crónica presentes em 65,0%, 58,0% e 57,5% dos doentes, respetivamente. Em 98,3% das sessões houve monitorização clínica e analítica. Nos doentes com FEVE <50%, foi possível titular a terapêutica modificadora de prognóstico em 80,0% das sessões. Em 32,9% das sessões a educação sobre IC foi um dos objetivos principais e em 27,9% foi administrada terapêutica endovenosa, sobretudo carboximaltose férrica em 86 (23.8%) delas. Um grupo de 19 (11,9%) doentes participaram em estudos de investigação clínica, em 27 (7,5%) sessões.

Conclusão: Este estudo revela as enormes potencialidades de um hospital de dia de IC. Apesar de recursos mínimos, concretizou 362 sessões em 9 meses, otimizou a

gestão de 160 doentes com múltiplas comorbilidades graves, permitiu titular a terapêutica modificadora de prognóstico em 80% dos doentes com FEVE reduzida ou ligeiramente reduzida e desenvolveu investigação clínica. Com estes dados, os autores esperam sensibilizar os decisores a promoveram a criação de mais estruturas como esta, dotadas de melhores recursos. Os resultados em saúde serão avaliados através das hospitalizações e visitas urgentes por IC dos doentes observados, ainda não possível nesta altura, dado o curto período de tempo decorrido.

Nº 59 Cuff,Cuff – O paradigma dos doentes traqueotomizados numa Unidade de Cuidados Intermédios Médica

Raquel Flores(1); Elisabete Brum de Sousa(2); Sofia Ramos(3); Pedro Rodrigues Pires(3); R. T. Prayce(3)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos (3) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

A traqueotomia consiste na realização cirúrgica ou percutânea de um estoma na parede anterior da traqueia de modo a facilitar a ventilação, que é mantido através de uma cânula de traqueostomia. Está indicada em situações de obstrução da via aérea superior, incapacidade de proteção da via aérea e eliminação de secreções, difícil desmame de ventilação mecânica invasiva e determinadas condições do foro otorrinolaringológico ou maxilofacial. O número de doentes traqueotomizados admitidos numa Unidade de Cuidados Intermédios da Medicina (UCIM) de um hospital terciário aumentou ao longo dos últimos 3 anos, em particular devido à pandemia COVID-19 . Este incremento justificou-se quer pelo aumento do número absoluto de doentes traqueotomizados, quer pela escassez de vagas de cuidados intermédios alocadas às Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). O doente traqueotomizado é complexo, não só pela patologia de base que motiva a admissão, mas também pelas complicações decorrentes de internamentos prolongados e necessidades específicas deste perfil de doentes. O presente trabalho descreve as características dos doentes traqueotomizados admitidos na UCIM e o resultado do internamento.

Nos últimos 3 anos foram admitidos 34 doentes traqueotomizados relativos a 40 internamentos (4 em 2020; 18 em 202(1) e 2022), correspondendo a 4% do total de admissões (N=1011). A maioria era do sexo masculino (80), com média de idade inferior à da população geral (59anos vs 70anos). A grande maioria dos doentes (N=38, 95%) foi proveniente de UCI. Todos foram traqueotomizados no decurso do internamento, sendo a falência de desmame ventilatório (N=26, 65%), seguida de insuficiência respiratória (N=11, 27,5%) os principais motivos da traqueotomia. O diagnóstico principal de admissão na UCI foi pneumonia a SARS-CoV-2 (N=15, 37,5%), seguido de trauma vertebromedular (N=6, 15%), politrauma (N=4, 10%), traqueomalácia (N=2, 5%) e *status* pós paragem cardiorespiratória (N=2, 5%). Em média, os doentes demoraram 33.9 dias até à admissão na UCIM, sendo o principal motivo de *step-down* a gestão de insuficiência respiratória e de secreções. Todos os doentes apresentaram necessidade de toilette brônquica, com recurso a cinesiterapia respiratória intensiva, aspiração frequente de secreções brônquicas e oxigenoterapia suplementar; 15 (38%) estiveram sob ventilação com BiPAP e 3 (7%) foram submetidos a broncofibroscopia de urgência por atelectasia. Estes dados justificam a necessidade de um rácio de enfermagem de 1:2, bem como a multidisciplinaridade na prestação de cuidados, envolvendo sempre a Medicina Física e de Reabilitação (MFR), bem como a Otorrinolaringologia (78%, N=31). Foi assim possível a descanulação

de 12 doentes na UCIM. A demora do internamento até à alta da UCIM foi em média de 18 dias, muito superior à da população geral (5dias). Não se registaram óbitos nesta população, mas 6 doentes fizeram *step-up* para UCI por agravamento clínico. Os restantes tiveram alta para enfermarias médico-cirúrgicas, permanecendo internados em média 47,(1) dias até à alta hospitalar (valor superior à da população geral – 2(1) dias).

Os doentes traqueotomizados representaram um desafio diário para a equipa da UCIM. As suas necessidades particulares de cuidados, a sua total dependência de terceiros acrescida da incapacidade de comunicação oral, tornam estes doentes especialmente vulneráveis, exigindo por isso equipas devidamente treinadas e especializadas no conhecimento e prestação de cuidados.

Nº 60 ABORDAGEM AO DOENTE COM DOR - A REALIDADE DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Tiago Jorge Costa(1); Diogo Alves Leal(1); Ana Margarida Sobral(2); Odete Duarte(1); Mariana Portugal(2); Manuel Pimentel Maia(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

Introdução: A dor é uma perceção pessoal que surge frequentemente em resposta a um estímulo álgico. Desde 2003, segundo a Direção Geral da Saúde, é norma de boa prática clínica o registo sistemático da intensidade da dor, utilizando escalas de medição validadas internacionalmente.

Objetivo: Conhecer a realidade da intervenção da Medicina Interna no âmbito da dor em doentes internados.

Materiais e métodos: Estudo retrospetivo dos doentes internados no Dia Mundial da Dor (17/10/2022) num serviço da especialidade de um hospital terciário. Foram excluídos doentes sem registos no sistema informático e/ou com registos não interpretáveis.

Resultados e discussão: Do total de 20(1) doentes internados, 51,2% eram mulheres com uma média de idades de 79 anos. No total, 3(1) doentes apresentavam história de dor crónica (DC). Utilizando a escala numérica de 0 a 10 pontos para avaliação da dor, 25,9% relataram não ter sentido qualquer dor durante o internamento, enquanto 14,4% afirmaram ter tido > 6 pontos em algum momento da permanência. Apenas 8 doentes tinham relatos de medidas não farmacológicas para controlo da dor, que consistiam na sua maioria em fisioterapia. Relativamente a medidas farmacológicas, 40 doentes não tinham paracetamol na tabela terapêutica e 3 foram medicados com anti-inflamatórios não esteroides (AINE).

No que diz respeito aos opioides, 21,9% dos doentes foram medicados com algum fármaco desta classe. Destes, a maioria eram mulheres idosas e os mais utilizados, por ordem decrescente, foram a morfina, o tramadol, a buprenorfina e o tapentadol. Em 22,7% desta amostra, houve descrição de efeitos adversos, nomeadamente, obstipação e náuseas/vómitos. Quando comparadas a história de DC e uso de opioides, verificou-se existir relação estatisticamente significativa ($p<0,01$), ao contrário da comparação entre o uso de opioides e a idade ($p=0,668$). Não existiu associação estatisticamente significativa entre a história de DC e o relato de dor máxima durante o internamento ($p=0,138$).

Sobre medidas não farmacológicas, pode considerar-se existir uma falha no reconhecimento destas técnicas como eficazes não só pelos doentes, mas também pelos profissionais de saúde, sendo um passo muitas vezes omitido. Reconhece-se, no entanto, a consistência na profilaxia da dor, recorrendo a estratégias eficazes e seguras, como o paracetamol, e a evicção de outros com efeitos potencialmente lesivos como os AINE. Os opioides demonstraram ser bastante eficazes e seguros, principalmente nos doentes com dor crónica. Em contexto de internamento, estes doentes não foram os que relataram

níveis mais elevados de dor, o que pode ser explicado não só pela sua maior tolerância aos estímulos, como também pela interferência de registos de doentes com dor aguda intensa.

Conclusão: Em suma, o controlo da dor, tanto aguda como crónica, deve ser uma preocupação primordial na abordagem ao doente internado. Existem muitas estratégias disponíveis para analgesia que devem ser integradas numa visão individualizada da condição clínica de cada doente.

Nº 61 Sarcopenia:Métodos de avaliação/ prevalência na enfermaria Medicina Interna em hospital Universitário

Francisca Lino(1); Margarida Oliveira(2); Carina Martins(2); Rui Poínhos(1); Sílvia Pinhão(3); Jorge Almeida(3)

(1) Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (2) Não Especificado (3) Centro Hospitalar São João

Introdução: A sarcopenia, é uma doença que se caracteriza por um distúrbio músculo esquelético progressivo e generalizado, que apresenta impactos pessoais, sociais e económicos, se não tratada. Associa-se a maior probabilidade de quedas, fraturas, deficiência física, prejuízo na realização de atividades de vida diárias e mortalidade.

Obejtivo: Pretendeu-se estudar a frequência de sarcopenia em doentes internados num serviço de Medicina Interna-homens, por avaliação objetiva (força de pressão da mão, circunferência muscular do braço e perímetro geminal) e subjetiva (SARC-F [Strength, Assistance with walking, Rise from a chair, Climb stairs and Falls]) e estudar a relação entre ambas.

Metodologia: Através de um estudo transversal avaliou-se peso (kg), estatura (m) e calculou-se o Índice de Massa Corporal (kg/m2), avaliou-se massa gorda e muscular com medição de pregas cutâneas e compressibilidade de tecidos (lipocalibrador digital *Lipowise*) e a força de preensão da mão com o *Gripwise*.

Resultados e discussão: A amostra foi constituída por 150 homens, com idade média de 72 anos e valores médios de: Índice de Massa Corporal de 24,2 kg/m2; gordura corporal de 21,5%, circunferência muscular do braço de 22,3 cm, perímetro geminal de 32,0 cm e força de preensão da mão esquerda de 20,3 kgF. Quando avaliada a força de preensão da mão, circunferência muscular do braço e perímetro geminal, 91,5%, 46,0% e 42,6% tinham critério sugestivo de sarcopenia, respetivamente e segundo o SARC-F cerca de 52% tinha risco de sarcopenia. Encontrou-se uma associação entre a pontuação no SARC-F e menores valores de circunferência muscular do braço ($r = -0,283$; $p < 0,001$), perímetro geminal ($r = -0,269$; $p = 0,001$) e força de preensão da mão ($r = -0,400$; $p < 0,001$). A aplicação do questionário SARC-F identificou menor número de doentes com risco de sarcopenia do que a FPM.

Conclusões: Conclui-se que o SARC-F deve, idealmente, ser utilizado conjuntamente com outros métodos de diagnóstico mais objetivos, para que seja feita uma melhor identificação dos doentes que efetivamente têm sarcopenia e permitam uma intervenção o mais precoce possível.

Nº 62 UHD assumindo a complexidade

Érica Mariano Barata(1); Filipa Monteiro(1); Sara Ramalho(1); Andreia Nunes(1); Elvis Vergara(1); Mufulama Cadete(1); Claudia Viegas(1); Pedro Beirão(1); Ana Gomes(1);

Conceição Escarigo(1); Vitória Cunha(1); Francisca Delerue(1)

(1) HOSP. GARCIA DE ORTA

Introdução: A hospitalização domiciliária é um modelo de assistência hospitalar em alternativa ao internamento convencional, que presta cuidados de saúde a doentes com patologia aguda ou crónica agudizada, no seu domicílio, durante um período transitório, inserido no seu ambiente socio-familiar, assegurando um tratamento o mais eficaze efetivo possível, com uma atenção dirigida e personalizada potenciando a autonomia pessoal e funcional do doente.Objectivo: Comparar as características e a evolução da complexidade dos primeiros doentes internados na UHD de um hospital terciários e os últimos doentes internados em 2022. Materiais e métodos: Estudo retrospectivo dos processos clínicos dos primeiros 50 doentes admitidos na UHD de um hospital terciário no ano de 2016 e dos últimos 50 doentes internados no ano de 2022.Os dados foram colhidos através do Sclinic®. **Resultados:** Relativamente ao primeiro grupo de 50 doentes, verificou-se um predomínio do sexo feminino (N=30) com uma média de idades de 69 anos. A proveniência foi maioritariamente do internamento da urgência (N=24), seguindo-se a urgência geral (N=17). Verificou-se que do total dos doentes referenciado, apenas 4 eram cirúrgicos (2 da cirurgia vascular, (1) da cirurgia geral e (1) da urologia).O diagnóstico principal mais frequente foi a pneumonia adquirida na comunidade (N=13), seguindo-se a Insuficiência cardíaca descompensada (N=10) e Cistite (N=6). Amaioria destes doentes apresentava score Charlson de 3 pontos (N=12).O internamento neste regime teve uma duração média de 9 dias.Houve necessidade de retorno ao internamento convencional em 6 casos e à data de alta a maioria foi referenciada para consulta com o seu médico assistente, no centro de saúde.Não se verificou nenhum óbito no internamento. No que toca aos últimos internamentos do ano de 2022, verificou-se uma média de idades de 63 anos, sem predomínio de género. A proveniência foi maioritariamente do internamento (N=29), mas com as restantes referenciações a apresentar uma distribuição mais dispersa por outros serviços, nomeadamente pelos cuidados de saude primários ou outras instituições hospitalares. Apesar de se verificar que os 3 diagnósticos principais de internamento são os mesmos que em 2016, estes apresentam menor prevalência e verifica-se uma maior diversidade de diagnósticos, sendo estes mais complexos, nomeadamente uma hemorragia alveaolar. No que toca ao score de charlson, a maioria apresentava 6 pontos (N=11). Em média, os doentes permaneceram internados por 12 dias e apenas houve necessidade de retorno ao hospital em 4 casos. Verificou-se (1) óbito, que se tratava de um doente em cuidados paliativos.

Conclusão: De facto, no caso específico desta unidade, verificou-se que com o tempo e a experiência, é possível a gestão de doentes mais complexos e diversos, mantendo-se bons outcomes comparativamente aos doentes pioneiros.

Nº 63 Infeção das Vias Respiratórias Inferiores Associada ao Ventilador e a sua Relação com a COVID-19

André Alçada Fernandes(1); João Nuno Patrício(1); Rita Jorge(1); Bárbara Rodrigues(1); Ana Rita Ambrósio(1); Isménia de Oliveira(1); Raquel Nazareth(1); Carlos Simões Pereira(1)

(1) Hospital Beatriz Angelo

Introdução: A Pneumonia Associada ao Ventilador é a mais frequente complicação infeciosa associada ao internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Alguns autores têm trabalhado o conceito de Infeção das Vias Respiratórias Inferiores Associada ao Ventilador (IVRI-AV), que dispensa o critério radiológico. Este trabalho pretende estudar a incidência, microbiologia e *outcome* clínico das IVRI-AV e a sua relação com a COVID-19.

Métodos: Estudo de coorte retrospetivo. Foram incluídos todos os doentes admitidos durante um ano numa UCI de um hospital português e submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI) por mais de 48 horas. Foram aplicados os critérios HELICS, dispensando-se o critério radiológico, para diagnóstico de IVRI-AV.

Resultados: O grupo de doentes com COVID-19 apresentou 46,38 episódios de IVRI-AV /1000 dias de ventilação, enquanto os doentes sem COVID-19 apresentaram 16,35 episódios/1000 dias de ventilação (RR 2,78, $p < 0,001$). Dos 85 micro-organismos isolados, 82% são micro-organismos gram-negativos, sendo as espécies do género *Klebsiella* as mais prevalentes (22,4%). Verificou-se uma menor prevalência de organismos multirresistentes a antimicrobianos nos doentes com COVID-19 (RR 0,35, $p = 0,031$). O desenvolvimento de IVRI-AV relaciona-se com o tempo de VMI (diferença de médias 13,08 dias, $p < 0,001$), mas não com a mortalidade (RR 1,21, $p = 0,14$).

Discussão: Os doentes com COVID-19 parecem mais predispostos ao desenvolvimento de IVRI-AV, possivelmente por características intrínsecas da doença. Apesar de não se ter demonstrado aumento de mortalidade, as IVRI-AV podem acarretar importantes custos relacionados com morbilidade, pressão antibiótica e custos económicos que devem ser considerados.

Nº 64 O Pedro e o lobo: o conto da Via Verde Coronária

André S. Carvalho (1); Beatriz Teixeira Lima(1); Ana Catarina Camarneiro(1); Maria Inês Bertão(1); Margarida Gaudêncio(1); Sara Joana Faria(1); Isabel Bessa(1); Abílio Gonçalves(1)

(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: O enfarte agudo do miocárdio (EAM) é uma emergência médica, com alto risco de mortalidade nas primeiras horas. Procurando reduzir o tempo entre início de sintomas e tratamento definitivo, desenvolveram-se protocolos como a Via Verde Coronária (VVC), que se baseia na aplicação do Sistema de Triagem de *Manchester* (STM) para sinalizar e encaminhar doentes com clínica de EAM.

Não há consenso na literatura sobre a eficácia do STM na correta ativação da VVC, pois embora seja a principal manifestação do EAM, a dor torácica é também um sintoma inespecífico e um dos principais motivos de urgência. Assim, torna-se pertinente estudar o elevado número de episódios de VVC não confirmados na prática, muitas vezes em doentes jovens e/ou com elevados níveis de ansiedade.

Objetivo: Analisar e comparar características clínicas dos doentes admitidos na urgência como VVC, averiguando a relação entre idade, sexo, fatores de risco cardiovasculares (FRCV), ansiedade ou toma de psicofármacos e a ocorrência ou não de EAM.

Material e Métodos: Estudo retrospetivo observacional e transversal que incluiu doentes admitidos como VVC numa urgência hospitalar entre 1/1/2019 e 30/6/2021. A informação foi obtida a partir dos registos clínicos dos episódios de VVC não desativados no sistema SClínico, complementada pela consulta do Registo de Saúde Eletrónico. Utilizando o SPSS v.24, foram realizados estatística descritiva e testes inferenciais Qui-quadrado e T de *Student*, com nível de significância em $p<.05$.

Resultados: Foram estudados 263 doentes, 157 homens (59.7%), com 61.0 ± 15.5 anos. O diagnóstico de EAM aconteceu em 39 doentes (14.8%), dos quais 24 foram EAM com supra-ST (EAMcST) e 15 EAM sem supra-ST (EAMsST). Entre os diagnósticos mais frequentes constaram "dor torácica não especificada" (N=59), "estado de ansiedade" (N=53) e "refluxo gastro-esofágico" (N=15).

Os doentes com EAM, 28 homens e 1(1) mulheres [X2(1,N=263)=2.79, $p=.095$], eram em média mais velhos que os doentes sem EAM [M=62.4 *vs* M=60.8; t(63)=-.72, $p=.47$], apresentavam níveis mais altos de pressão arterial diastólica (PAd) [M=89.4 *vs* M=82.8; t(47)=-2.05, $p=.046$] e maior número de FRCV [N=3.54 *vs* N=2.82; t(261)=-2.37 $p=.019$]. Verificou-se maior probabilidade de ocorrência de EAMcST nos homens [X2(1,N=263)=4.16, $p=.041$].

Antecedentes de ansiedade ou toma de psicofármacos revelaram-se mais prováveis nos doentes sem EAM [X2(1,N=263)=4.45, $p=.035$], enquanto nos doentes com EAM se verificou a associação a antecedentes de tabagismo [X2(1,N=263)=5.92, $p=.015$] e AVC [X2(2,N=263)=6.94, $p=.031$]. Não houve relação entre história prévia de SCA e novo EAM [X2(1,N=263)=.019, $p=.89$].

Conclusões: Menos de 15% dos doentes sinalizados como VVC têm diagnóstico de EAM, sem diferenças no sexo ou idade, mas com PAd mais elevada e maior número de FRCV que os doentes sem EAM. A presença de psicopatologia ou ansiedade relaciona-se com a ocorrência de falsos-positivos de VVC; já os antecedentes de tabagismo e AVC tornam mais provável a correta sinalização do EAM. Doentes com SCA no passado não têm mais diagnósticos de novo de EAM que os restantes.

Neste estudo não foram contabilizados os episódios de VVC desativados pelo médico após observação do doente, subestimando o número de falsos-positivos ocorridos.

São necessários mais estudos, de preferência prospetivos e multicêntricos, para no futuro se equacionarem alterações ao STM, com objetivo de reduzir a sobretriagem de VVC sem prejuízo na sensibilidade para casos realmente urgentes.

Nº 65 Dor torácica no Serviço de Urgência - da triagem ao diagnóstico final

Manuel Pimentel Maia(1); Inês Pereira(1); Bernardo Belchior(1); Mário Beleza(1); José Magalhães(2); Tiago Costa(1); Telma Alves(1); Cátia Pereira(1); Fátima Silva(1); Jorge Fortuna(1); João Porto(2)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: À chegada ao Serviço de Urgência (SU), os doentes são triados pela Triagem de Manchester (TM), seguindo fluxogramas que irão determinar a prioridade do doente e a especialidade responsável.

A dor torácica é um sintoma inespecífico, presente num leque alargado de patologias, desde a ansiedade ao enfarte agudo do miocárdio. Assim, importa avaliar se o fluxograma

tem sensibilidade, pelas perguntas colocadas, na atribuição da urgência devida a cada situação, melhorando o atendimento no SU.

Objetivo: Avaliação das características da população assistida, TM, diagnóstico e orientação dos doentes com dor torácica no SU, entre (1) de Janeiro de 2022 e 3(1) de Dezembro de 2022.

Material e métodos*:* Estudo retrospectivo dos doentes admitidos no SU com TM de dor torácica, quanto à sua demografia, prioridade, diagnóstico e orientação. Foram selecionados os doentes com ida ao SU no nosso centro hospitalar, entre (1) de Janeiro de 2022 e 3(1) de Dezembro de 2022.

Resultados: Em 2022, no SU foram triados por dor torácica 168(1) doentes, 51,28% do sexo feminino (média de idades de 55,(1) anos) e 48,72% do sexo masculino (média de idades de 55,4 anos). Dividimos os doentes admitidos por grupos etários: dos 18 aos 30 anos (15,47%); dos 3(1) aos 50 anos (24,81%); dos 5(1) aos 65 anos (24,93%); dos 66 aos 85 anos (29,33%) e dos 86 aos 100 anos (5,47%). Importa referir que a especialidade para a qual mais doentes foram triados foi a Medicina Interna (50,57%), seguida da Urgência Geral (39,98%) e Cardiologia (7,2%). Avaliamos, também, os diagnósticos principais atribuídos a estes doentes, tendo sido identificados os 7 mais prevalentes (de um total de 157): dor torácica (29,91%, 57,41% muito urgente e 39,92% urgente), COVID-19 (6,07%), ansiedade (5,83%, 31,63% muito urgente; 55,1% urgente e 13,27% pouco urgente), enfarte agudo do miocárdio (5,53%, 5,38% emergente, 82,8% muito urgente, 5,38% urgente e 3,23% pouco urgente), tosse aguda (4,88%), angina de peito (2,68%) e bronquite aguda (2,32%). É de realçar que dois diagnósticos (dor torácica e ansiedade) contribuem para 34,47% dos diagnósticos totais, destes 53,08% com TM muito urgente e 42,47% urgente. Por último, quanto à orientação dos doentes, 77,33% teve alta hospitalar, 13,62% foram internados e 7,02% foram encaminhados para consulta.

Conclusão: O diagnóstico mais prevalente foi dor torácica (que assumimos sem patologia relevante), seguido de COVID-19 (estudo ainda em meses de pandemia) e ansiedade. Com este estudo, conseguimos perceber que mais de 30% dos doentes triados por dor torácica no SU não foram verdadeiras urgências, apesar de mais de 50% com TM muito urgente. Verifica-se ainda, que cerca de 40% dos doentes tem menos de 50 anos, não havendo diferença no género. Avaliando o fluxograma de dor torácica da TM, percebemos que é fácil a sobrevalorização da prioridade do doente, com as questões subjetivas colocadas, como, por exemplo, a dispneia, que coloca o doente como muito urgente, sem outro critério adicional.

Nº 66 Vigilância microbiológica na urgência: fundamentação e casuística de um atendimento permanente

Marisa Araújo(1); Pedro Correia Azevedo(1); Tânia Pereira(1)

(1) Clínica CUF Almada

Introdução: Aquando da alta do serviço de urgência (SU), os exames culturais e testes de sensibilidade aos antibióticos não estão disponíveis. O seguimento sistemático destas culturas, para detetar discrepâncias entre a antibioterapia prescrita e os resultados culturais, são a base dos programas de *follow-up* pós SU e um passo importante para implementar programas de *stewardship* de antimicrobianos. Se o doente está a receber antibioterapia inapropriada ou subótima, o médico ajusta a terapêutica. Estes programas diminuem as readmissões em até 12%.

Objetivo: (1) Descrever a casuística dos exames culturais do atendimento permanente (AP); (2) Criar o antibiograma do serviço; (3) Implementar um programa de apoio à prescrição antimicrobiana no AP; (4) Diminuir as readmissões associadas a infeções.

Material e Métodos: Desde jun/2020 que diariamente são consultados os resultados culturais do AP e o processo eletrónico de cada doente, bem como avaliada a pertinência da antibioterapia. Sempre que a bactéria isolada é resistente ao antibiótico prescrito, o doente é contactado para avaliar a evolução clínica e, sempre que necessário, é enviada uma nova prescrição. Trimestralmente são apresentados os resultados aos médicos do serviço.

Entre jun/2020 e dez/2022 analisaram-se 4393 exames culturais de 4062 doentes e obtiveram-se 2287 isolamentos microbiológicos.

Resultados: Das amostras colhidas, 90,3% eram uroculturas, 8,6% hemoculturas e 1,1% outras culturas. A maioria foi colhida em doentes do género feminino. Em 55,9% das uroculturas houve isolamento microbiológico, enquanto que a efetividade das hemoculturas foi de 12,5%. Houve isolamento de *E. coli* em 75,5%, *Proteus mirabilis* em 6,8% e *Kleb. pneumoniae* em 6,6%. Foram isoladas 7(1) Enterobacterales produtoras de betalactamases de espetro alargado e (1) produtora de OXA-48; isolado ainda (1) *Staph. aureus* meticilinorresistente.

Foram criados antibiogramas ao longo do tempo e melhorada a prescrição antibiótica empírica. Foi reduzida a resistência à amoxicilina + ác. clavulânico de 38,3% (jun/2020) para 23,3% (2022). As quinolonas mantiveram resistência aproximada de 8,2% ao longo do período de vigilância. 96,1% das bactérias eram sensíveis à fosfomicina e 94,9% à cefuroxima.

Foi receitado antibiótico em 80,8% dos doentes, sendo o mais prescrito a fosfomicina (44,3%), seguido pela cefuroxima (34,5%). As quinolonas corresponderam apenas a 10,1% da antibioterapia empírica.

Houve necessidade de contactar 333 doentes e ajustar antibioterapia em 113 (33,9%).

Conclusões: A análise diária dos exames culturais colhidos no AP permite o ajuste atempado da antibioterapia, tornando-se uma mais valia para qualquer SU. A divulgação dos antibiogramas permite que as bactérias isoladas sejam menos frequentemente resistentes ao antibiótico empírico, com impacto indireto na flora da comunidade circundante. Neste período, evitou-se o reingresso de 2,8% dos doentes no AP, com influência positiva na satisfação do doente e nos cuidados prestados.

Nº 67 CODIT –Criação de um programa de codificação baseado em inteligência artificial

Gonçalo Durão-Carvalho(1); Carlota Nunes(2); João Sousa(2); Carolina Santos(3)

(1) Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha (2) Escola Nacional de Saúde Pública e NOVA Medical School - Universidade NOVA de Lisboa (3) Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa

Introdução: A codificação de episódios de internamento no Serviço Nacional de Saúde (SNS) é realizada manualmente com recurso a médicos codificadores. Trata-se de um processo demorado (resultando em atrasos na codificação e subsequente remuneração dos hospitais pelo Estado) e oneroso (em termos de uso de recursos humanos médicos e contrapartida financeira). Na era digital, urge renovar e otimizar a codificação clínica.

Objetivo: Planear a criação e implementação de um software que, em conjunto com o sistema informático atualmente utilizado na maioria dos hospitais do SNS - o SClínico, realize a codificação em tempo real dos episódios de internamento, através de um algoritmo de reconhecimento de texto baseado em Inteligência Artificial (IA).

Material e Métodos: Criação do *project charter* e plano de projeto. Estabelecimento de objectivos; benefícios; critérios e fatores de sucesso do projeto. Criação da *Work Breakdown Structure* e da *Organization Breakdown Structure*. Realização de uma Matriz de responsabilidades e outra de Gestão de Stakeholders. Redação do plano de comunicação e do plano de gestão de riscos e oportunidades. Estabelecimento dos entregáveis. Criação do orçamento e do plano de gestão de qualidade.

Resultados: Será desenvolvida uma solução informática de reconhecimento textual dos diagnósticos de saída e dos procedimentos realizados durante um episódio de internamento, através da leitura da nota de alta médica, com recurso à contratação de serviços de desenvolvimento de software. O sistema de IA seria pilotado num hospital que já utilize o SClínico. Inicialmente, será apenas testado num serviço de internamento do hospital, tendo como objetivo final o alargamento desta funcionalidade a todos os serviços de internamento.

Benefícios:

- Codificação em tempo real, uma vez finalizada a nota de alta e os seus diagnósticos de saída
- Diminuição dos custos e erros associados à atual codificação clínica
- Alocação de recursos médicos, escassos, em outras áreas da saúde

Critérios de sucesso do projeto:

- Codificação feita pelo software em conformidade (critério: acima de 99% quando comparada com a codificação feita pelo processo manual (altamente credível)
- Software CODIT implementado em todos os serviços de internamento do hospital piloto
- Cumprimento do orçamento estipulado

Fatores de sucesso do projeto: Projeto elegível para concorrer a um prémio em inovação em saúde

Da gestão de riscos destaca-se: Ataques informáticos; Incorreta codificação dos episódios clínicos; Resistência pelos codificadores na aceitação da tecnologia implementada; Fraca adesão dos médicos assistentes na correta colocação dos diagnósticos de alta no respetivo campo.

Conclusões: O sucesso da implementação deste projeto resultará num aumento da produção codificada, aumentando a contratualização de produção pela ACSS. Se bem-sucedido, estes benefícios serão alargados do hospital piloto para todos os hospitais no qual o Ministério da Saúde desejar instalar o software.

Nº 01 Identificação das necessidades de apoio pela EIHSCP a um serviço de Medicina Interna

Catarina Carreira Costa(1); Sofia Portugal(2); Anabela Morais(3)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves (3) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

A Medicina Interna é uma especialidade com vocação e competência para a observação holística e integrada do doente, não esquecendo a sua abordagem multidisciplinar sempre que necessário. A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) faz parte dessa abordagem em doentes com doença crónica avançada. No entanto, sabemos que o número de "paliativistas" é insuficiente para o garantir de forma generalizada, podendo ser iniciada uma abordagem paliativa previamente.

Com o objetivo primário de identificar quais os sintomas não controlados que motivaram a realização de pedidos de colaboração à EIHSCP pelos internistas, realizamos um

estudo retrospetivo descritivo. O objetivo último é que estes dados permitam uma maior adequação e melhoria da formação médica na área.

Analisamos os pedidos de colaboração realizados à EIHSCP relativos a doentes internados em enfermaria de Medicina Interna, durante um período de dois anos (01/03/2019 a 28/02/2021), utilizando a base de dados do serviço. Foram detetados 244 doentes, tendo sido excluídos 73 por terem sido internados em unidades às quais a EIHSCP não consegue garantir apoio diário, podendo ser um viés de seleção; e cinco doentes por não se encontrarem registados quaisquer sintomas na base de dados. Os dados foram analisados com recuso ao Microsoft Excel®.

Os 166 doentes analisados não apresentavam uma diferença significativa entre géneros ou patologias (oncológico *vs*. não oncológico), mas apresentavam elevado grau de fragilidade clínica e dependência (58,4% com ECOG 4, 65% com PPS≤ 30%). Observamos uma grande variedade de sintomas não controlados, destacando-se a dispneia (37,3%) e a dor (28,9%) em mais de um quarto dos doentes, seguindo-se a astenia/anorexia, broncorreia, agitação/*delirium* e depressão do estado de consciência em 10 a 20%. Embora um doente pudesse apresentar mais do que um sintoma não controlado (máximo quatro), a maioria (68,7%) apresentava apenas um ou dois principais. Foram ainda referenciados doentes em "fim de vida" (18,1%), sendo que dois terços faleceram no internamento, a maioria dos quais em menos de 7 dias, não havendo correlação entre o número de sintomas registados e o desfecho.

Com o envelhecimento da população, a necessidade de abordagem paliativa terá uma tendência crescente. Os resultados encontrados mostram uma elevada heterogeneidade de sintomas, pelo que não é compatível com uma formação focalizada, privilegiando, pelo contrário, uma formação mais abrangente, multisistémica, provavelmente só conseguida de forma sólida com formação teórica e prática.

Nº 02 Morrer num Serviço de Medicina Interna – Quem e Como?

Elisa Caldeira(1); Teresa Maria Silva(1); Paulo Câmara(1); Miriam Capelo(1); Teresa Faria(1)

(1) Hospital Nélio Mendonça

Introdução: Em Portugal, a maioria dos óbitos ocorre em instituições de saúde. Essa realidade, aliada ao envelhecimento populacional e à crescente prevalência de patologias crónicas que se verifica, alertam para a necessidade de adequar os cuidados de saúde em fim de vida de forma a mitigar todas as vertentes de sofrimento do doente e daqueles que o rodeiam. Sendo a Medicina Interna uma especialidade vocacionada para o internamento, torna-se fundamental compreender como acontecem os cuidados de fim de vida prestados nas suas enfermarias.

Objetivo: Caracterizar os doentes falecidos num Serviço de Medicina Interna e avaliar dois aspetos dos cuidados de fim de vida: a desprescrição de terapêutica fútil e a comunicação entre o médico e a família/cuidador.

Métodos: Estudo retrospetivo de todos os doentes falecidos num Serviço de Medicina Interna durante o mês de Junho de 2022. Através da consulta do processo clínico eletrónico, foram obtidos dados demográficos e clínicos, incluído comorbilidades, a presença de Indicadores Gerais de Deterioração da Saúde (IGDS) à admissão (foram aplicados os indicadores gerais da versão portuguesa da ferramenta *Supportive and Palliative Care Indicator Tool*), a causa de morte e o número internamentos nos 12 meses anteriores. Relativamente aos cuidados de fim de vida, foram avaliados os registos relativos à comunicação de prognóstico à família e/ou cuidadores e a presença de terapêutica fútil nas 48h que antecederam a morte.

Resultados: No período em estudo faleceram 66 doentes, sendo que a maioria era do sexo feminino (65.2%) e 78.8% apresentava idade superior a 80 anos. A hipertensão arterial foi a comorbilidade mais prevalente (75.8%). As doenças respiratórias foram a principal causa de morte (45.5%). À admissão, 92.3% dos doentes apresentavam dois ou mais IGDS e 51,5% dos doentes apresentava pelo menos (1) internamento nos 12 meses anteriores. Relativamente aos cuidados de fim de vida, em 65.1% dos doentes falecidos houve registo de comunicação realizada entre a o médico e a família antes do óbito. Nas últimas 48h de vida, 34.8% dos doentes estavam medicados com inibidores da bomba de protões, 34.8% com anticoagulantes, 30.3% com anti-hipertensores e 10.6% com estatinas.

Conclusão: As enfermarias de medicina traduzem a evolução da população portuguesa: o predomínio de doentes geriátricos, com múltiplas comorbilidades e internamentos sucessivos. A elevada prevalência de IGDS à admissão nos doentes falecidos evidencia que estes já beneficiariam de cuidados paliativos à admissão. Este trabalho visa sensibilizar o médico internista para o reconhecimento precoce das diferentes necessidades dos doentes com doenças avançadas, para a revisão e remoção de terapêutica fútil em fim de vida e para a importância da comunicação com a família e/ou cuidadores.

Nº 03 Antibioterapia em Fim de Vida: quando, como e porquê

Fátima Costa(1); João Miranda(2); Pedro Salvador(2); Cátia Macedo(2); Ludovina Paredes(2); Márcia Oliveira(2); Ricardo Fernandes(2)

(1) Centro Hospitalar Tamega e Sousa (2) Hospital Vila Nova Gaia

Introdução: O fim de vida pode ser definido como a fase final da vida do paciente, cujo objetivo principal é o controlo sintomático com vista ao conforto do doente e otimização da sua qualidade de vida. Este período pode prolongar-se por dias, semanas ou até mesmo meses. Os doentes em fim de vida são mais susceptíveis a infeções, dada a fragilidade em que se encontram, a imunossupressão muitas das vezes inerente ao processo da doença, a imobilização do doente consequente da fragilidade e o uso de dispositivos médicos externos (como sonda vesical, sonda nasogástrica, gastrostomia percutânea ou cateter venoso central). Assim, muita das vezes os doentes são submetidos a ciclos de antibioterapia, mesmo sem confirmação de foco infecioso ou sem isolamento de microrganismos. É importante avaliar a esperança de vida do doente e perceber os benefícios da instituição da antibioterapia em doentes com doença avançada, visto muitas das vezes estes prolongarem a vida do doente e, por vezes, o sofrimento do mesmo.

Objetivo: Caracterização da população em estudo e quantificação de doentes com antibioterapia instituída na última semana de vida num internamento de Cuidados Paliativos, tentando identificar o tipo de antibiótico instituído, o que tipo de infeção a que foi dirigido e os microrganismos identificados.

Material/métodos: Estudo observacional, transversal, retrospetivo, que incluiu todos os doentes admitidos no Internamento de Cuidados Paliativos durante o ano de 2022. Foram identificados os doentes, Foi criada uma base de dados no Software Microsoft Excel® com posterior tratamento dos dados recorrendo ao Excel®.

Resultados: O número total de doentes que tiveram alta do internamento de Cuidados Paliativos foi de 280 doentes. Destes, verificou-se o óbito em 202 doentes (72%). A média de idades dos doentes falecidos foi de 72,77 anos (±13,54 anos), com predominância do sexo masculino (N=118; 58%). Dos doentes falecidos, 55 eram doentes não oncológicos e 147 doentes oncológicos. Verificou-se que 37 doentes (18%) realizaram algum tipo de antibiótico nos 7 dias que antecederam a morte. A Amoxicilina em associação com Ácido Clavulânico foi realizada em 22 doentes (59%), (1) deles realizou também Azitromicina, outro Vancomicina e outro Ciprofloxacina e Fluconazol. Piperacilina-Tazobactam foi a antibioterapia escolhida

em 10 doentes (27%), seguida de Ceftriaxone em 8 doentes (22%). O antibiótico foi dirigido em 5 doentes, tendo sido isolado Clostridium difficile em (1) doente, Escherichia coli em 2 doentes, Klebsiella pneumoniae em (1) doente e Staphylococcus aureus em (1) doente. O foco de infeção foi respiratório (n=2(1); 57%), seguido do urinário (n=9; 24%) e por fim digestivo (n=3; 8%).

Conclusão: Nesta amostra de doentes, verificamos que a percentagem de doentes que realizou antibioterapia na última semana de vida foi inferior a 20%. Grande percentagem dos doentes realizou antibioterapia empírica e esta foi instituída tendo por base a clínica do doente, sem uso de meios complementares de diagnóstico.

Nº 04 Síndrome poliglandular auto imune tipo II: estudo retrospectivo

Paula Cerqueira(1); Pedro Manata(1); Mafalda Sousa(1); Nuno Cotrim(1); João Matos Costa(1)

(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A síndrome poliglandular auto imune tipo II (SPGA tipo II) divide-se em 2 síndromes: a síndrome de Schmidt, que se caracteriza pela associação entre a doença de Addison (DA) e tiroidite auto-imune; a síndrome de Carpenter, em que há associação entre estas e diabetes tipo 1. Afecta mais frequentemente mulheres adultas, com formas de apresentação clínica extraordinariamente heterogéneas.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos casos de SPAG II seguidos na consulta de Medicina Interna entre 2020 e 2022, identificados 2 doentes do sexo masculino com idades de diagnóstico de 40 anos e 20 anos respectivamente. O seguimento foi com avaliações clínicas, imagiológicas e laboratoriais.

Resultados: Doente 1, com antecedentes pessoais de doença de Addison, vitiligo e gastrite crónica, após aumento progressivo do volume tiroideu, realizou estudo analítico

que mostrou alterações da função tiroideia e anticorpos anti-tiroideus, compatíveis com tiroidite auto-imune. Doente 2, com 20 anos e com antecedentes de vitilgo, admitido no serviço de urgência por quadro de hipotensão ortostática e hiponatrémia grave (Na120mmol), associadas a hiperpigmentação das mucosas. As alterações orientavam para o diagnóstico de insu?ciência supra-renal aguda e a constatação de valores baixos de cortisol e elevados de ACTH permitiu o diagnóstico de doença de Addison. Posteriormente, foi realizado estudo tiroideu que mostrou de novo alterações da função tiroideia e anticorpos anti-tiroideus, compatíveis com quadro de tiroidite auto-imune. A associação, presente em ambos os doentes, entre a doença de Addison, a tiroidite auto-imune e a vitiligo é típica da síndrome poliglandular auto imune tipo II. A evolução clínica e laboratorial após terapêutica com corticosteróides foi favorável em ambos os doentes.

Conclusão: Há que equacionar o diagnóstico desta síndrome em qualquer doente com um dos componentes e nunca considerar o seu diagnóstico isoladamente, nomeadamente durante o seguimento de doentes com manifestações de autoimunidade. O seu tratamento implica por vezes pequenos ajustamentos no tratamento de cada uma das patologias.

Nº 05 Purpura trombocitopénica imune: do diagnóstico ao tratamento

Dra. Patricia Moreira(1); Mafalda Vasconcelos(1); Catarina Relvas(1); Joana Duarte(1); João Espírito Santo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A púrpura trombocitopénica imune (PTI) é uma doença autoimune adquirida, causada por produção de auto-anticorpos contra antigénios da membrana plaquetária, levando a trombocitopenia. Requer um diagnóstico de exclusão, tendo uma incidência estimada de 2 a 5 por cada 100.000 habitantes. As formas de apresentação variam desde citopenia grave assintomática, a apresentações hemorrágicas, com possível risco de vida.

Objectivo: Avaliação da forma de apresentação de PTI, caracterização epidemiológica dos doentes observados, da clinica à apresentação e das várias linhas terapêutica utilizadas.

Métodos: Análise observacional e retrospetiva de doentes com diagnóstico de PTI, seguidos em consulta de doença autoimune, entre 2012 e 2022. Os dados clínicos e laboratoriais foram recolhidos após consulta do processo informático. Foram avaliados dados demográficos, comorbilidades, forma de referenciação a consulta, clinica e estudo laboratorial ao diagnóstico, terapêutica utilizada.

Resultados:: Em 10 anos, realizámos seguimento de 14 doentes com o diagnóstico de PTI, em consulta de doenças autoimunes sendo que, 9 eram mulheres (64%), com mediana de 72 anos (min 19, máx 95). Destes casos, 71,4% disseram respeito a PTI primárias (n=10), sendo

secundárias unicamente em 4 doentes (2 em contexto paraneoplásico, (1) secundário a enoxaparina e outro após infeção viral). Na sua maioria, foram referenciados a consulta após necessidade de internamento (n=10; 71,4%). Dos doentes com necessidade de internamento, 50% deveu-se a hemorragia, os restantes por trombocitopenia grave assintomática para estudo. A contagem plaquetária ao diagnostico foi uma mediana de 62000/L (min 1000; máx 119000). Do estudo realizado, foram positivos os anticorpos antiplaquetário em 42,8% (n=6), e ANA positivo em 50% (n=7). Todos realizaram em algum momento do seu tratamento corticoterapia oral. Nos doentes com necessidade de terapêutica adjuvante, 5 realizaram azatioprina (35,7%). Todos os doentes internados realizaram metilprednisolona 1g durante 3-5 dias. Em 8 doentes (57%), por ausência de resposta, foi ainda administrada imunoglobulina endovenosa. Foi necessário outras terapêuticas como rituximab (n=5; 35,7%), eltrombopag e/ou esplenectomia (n=2; 14,3%).

Conclusão: A PTI pode levar a quadros de hemorragia critica, necessitando por vezes de um diagnóstico e intervenção terapêutica rápidos. Apesar da corticoterapia ser a 1ª linha de tratamento, como em diversas patologia autoimunes, há um elevado risco de recaída pelo que, devemos estar a par das restantes opções possiveis, em seguintes linhas terapêuticas.

Nº 06 Efeitos adversos dos diuréticos tiazídicos.

Margarida Fonseca(1); Leonardo Andrade(1); Sofia Pereira(1)

(1) Hospital S. Joao

Introdução: Os diuréticos tiazídicos são fármacos que têm sido mais usados no tratamento da hipertensão arterial (HTA), após as diversas *guidelines* para o tratamento da HTA os recomendarem como fármacos de primeira linha. E daí serem mais frequentes os

efeitos adversos a eles associados, em particular distúrbios electroliticos como hiponatremia e hipocalemia, e lesão renal aguda (LRA). Estes são mais frequentes nos idosos e nas mulheres, e habitualmente ocorrem nas 2 semanas após o seu início ou quando se associam outros fatores.

Material e Métodos: Dados administrativos de doentes admitidos nos serviços de Medicina Interna de um hospital público no ano de 2021. Foram selecionados os doentes com o diagnóstico de HTA e efeito adverso de diuréticos tiazídicos. Foram obtidos dados sobre a idade e sexo, e consultados os processos para identificação do efeito adverso, nomeadamente hiponatremia, hipocalemia e LRA. Os diagnósticos estão codificados de acordo com a revisão da ICD-10. Trata-se de um estudo descritivo em que foram calculadas frequências e médias.

Resultados: Do total de 6509 doentes internados, 3254 mulheres e 3255 homens, 42 (0.65%) doentes hipertensos foram diagnosticados como tendo pelo menos um efeito adverso do diurético tiazídico, sendo 26 (0.80%) mulheres e 16 (0.49%) homens. A idade média destes doentes foi de 77.3 anos, sendo nas mulheres de 80.5 anos e nos homens de 72.3 anos. Relativamente ao tipo de efeito adverso, a hiponatremia ocorreu em 27 (64.3%), hipocalemia em 18 (42.9%) e LRA em 1(1) (26.2%) doentes.

Conclusão: As alterações electróliticas, em particular hiponatremia e hipocalemia, e a LRA secundárias ao tratamento com diuréticos tiazídicos em doentes hipertensos internados nos serviços de Medicina Interna foram mais frequentes nas mulheres idosas, o que está de acordo com o descrito na literatura. Sendo fármacos importantes no tratamento da HTA, e sobretudo nos idosos, dever-se-á estar atento à possibilidade da ocorrência dos efeitos adversos associados a estes fármacos. Estes efeitos adversos, em particular a hiponatremia, podem cursar de forma pouco sintomática mas com efeitos deletérios.

Nº 07 Análise preliminar da avaliação da implementação da 'Check-list pré-alta' nos doentes com IC aguda

Catarina Vale(1); Paula Matias(1); Helena Reis(1); Susana Ferreira(1); Filipa Gomes(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

A insuficiência cardíaca (IC) aguda é uma das principais causas de internamento. Este é uma oportunidade de gestão de comorbilidades, estudo etiológico e início de terapêutica modificadora de prognóstico (TMP). Nesse sentido, foi publicada uma 'Check-list pré-alta do internamento por IC aguda' pelo núcleo de estudos de IC da Sociedade Portuguesa da Medicina Interna em 2020.

Analisar a aplicação da 'Check-list pré-alta' e estudar o impacto da apresentação dos resultados e distribuição do documento na morbimortalidade.

Estudo quasi-experimental: análise dos doentes internados por IC aguda no Serviço de Medicina Interna de um hospital central entre 1/01/202(1) a 1/07/2021, verificando o cumprimento da 'Check-list pré-alta', posterior apresentação destes resultados em reunião de Serviço e distribuição do documento pelos processos clínicos dos doentes com IC aguda. Finalmente, análise dos 6 meses seguintes a fim de avaliar o impacto destas intervenções na morbimortalidade desta população.

Apresentam-se os resultados preliminares de 1/01-1/07/2021. Foram avaliados 868 internamentos e incluídos 334. A mediana de idade foi 83 (P25-75 75-88) anos, 61% dos doentes eram do sexo feminino, a mediada da duração do internamento foi 8 (P25-75 5-12) dias. Cerca de 81% estava sob diurético oral há pelo menos 24 horas e 82% tinham

sintomas ligeiros (Classe NYHA I-II) à data de alta. Cerca de 86% tiveram redução de peso com uma mediana de 3 (P25-75 1-6) Kg. Cerca de metade dos doentes tinham IC com FE reduzida, 12% IC com FE ligeiramente reduzida e 31% IC com FE preservada. A mediana da FE foi 4(1) (P25-75 26-58) %, 39% dos doentes realizaram ecocardiograma no internamento, sendo que a mediana do período entre o último ecocardiograma e a data de alta foi 32 (P25-75 6-302) dias. As três etiologias mais frequentes foram: valvular (42%), isquémica (27%) e hipertensiva (18%). Os três principais fatores precipitantes foram disritmia (28%), infeção (25%) e insuficiência terapêutica (20%). Dados referentes à tensão arterial, frequência cardíaca, ionograma, função renal, ECG e terapêutica foram usados para determinar a proporção de doentes com TMP otimizada à data de alta (72%). Apenas em 21% e 11% dos doentes foi assegurada a vacinação anti-gripe e anti-pneumocócica, respetivamente. Por fim, 92% dos doentes tiveram seguimento, cerca de 39% no médico assistente e 61% em consulta hospitalar. A referir que apenas 54% dos doentes tinham agendamento à data de alta e a mediana de tempo desde a alta até à consulta foi de 42 (20-89) dias.

Em conclusão, apresentamos índices aceitáveis sobretudo no que toca à redução de peso, melhoria sintomática e identificação do fator precipitante, etiologia e classificação da IC. Existem alguns aspetos a melhorar, nomeadamente a proporção de doentes vacinados e com TMP otimizada e o tempo entre a alta e a próxima consulta.

Nº 08 Caracterização dos doentes com tromboembolismo venoso associado ao cancro – Experiência de um centro

Joana Cabral(1); Francisca Carmo(1); Luísa Magalhães(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: O Tromboembolismo venoso (TEV) é uma importante causa de morbimortalidade em doentes com cancro e o seu tratamento é um desafio, atendendo ao maior risco de hemorragia e TEV recorrente nestes doentes. As *guidelines* mais recentes defendem o uso dos Anticoagulantes Orais Diretos (DOACs) como alternativa às Heparinas de Baixo Peso Molecular (HBPM) e aos Antivitamínicos K (AVK) no tratamento da trombose associada ao cancro (CAT).

Objetivo: Demonstrar e caracterizar a experiência de um centro terciário em Portugal no tratamento do TEV associado ao cancro.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e retrospetivo, incluindo doentes seguidos desde 2015 na consulta de TEV com CAT num centro terciário em Portugal. Foram excluídos doentes com *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) Performance Status de 4 e com contraindicações absolutas para hipocoagulação.

Resultados: Foram incluídos 9(1) doentes, com predomínio do sexo masculino (55%), idade mediana de 70 anos e ECOG Performance Status mais comum de 0 (44%), seguido de (1) (42%), 2 (11%) e, por fim, 3 (3%). Os tipos de cancro mais comuns foram: colorretal (26%), genitourinário (25%), hematológicos (10%), trato gastrointestinal superior (9%), pulmão (7%) e mama (7%). O TEV ocorreu, em mediana, após 4 meses o diagnóstico do cancro, apresentando uma grande variabilidade (amplitude interquartil 16). 7 doentes já tinham o cancro considerado como curado aquando do diagnóstico de TEV. 91% dos doentes apresentaram tromboembolismo pulmonar (TEP). Importa reforçar que 22 doentes (24%) estavam assintomáticos aquando do diagnóstico de TEV: 2 TEP subsegmentar, 8 TEP segmentar, 9 TEP lobar, 2 TEP central, (1) trombose venosa profunda. Relativamente à terapêutica, 59 doentes (64.8%) foram tratados com DOACs, 25 (27.5%) com HBPM e 7 doentes (7.7%) com AVK. Dos 25 doentes sob HBPM, 12 já foram propostos para início de

DOAC, 5 faleceram antes de 2020, 4 encontram-se com HBPM por neoplasias gástricas, 2 por preferência dos doentes, (1) por episódio de hemorragia digestiva alta e outro por interação medicamentosa. Dos 7 doentes sob AVK, 3 por interações medicamentosas, (1) por preferência do doente, (1) por diagnóstico de Síndrome do Anticorpo Antifosfolipídico, (1) por doença renal terminal e (1) sem motivo identificado. 3 doentes (14%) perderam seguimento por morte de causa atribuída ao cancro e 4 doentes (4%) por falecimento por outras causas. Não foi reportado nenhum evento hemorrágico major ou recorrência do TEV fatal.

Conclusões: Dos dados recolhidos num centro terciário em Portugal, nota-se uma clara preferência pelo uso dos DOACs no tratamento do TEV associado ao cancro, de acordo com as *guidelines* internacionais mais recentes. Sob HBPM ou AVK, encontram-se praticamente apenas os doentes com contraindicação para DOAC.

Nº 09 Perfil Clínico e Psicológico da Síndrome de Takotsubo

Beatriz Gaspar(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Introdução: A síndrome de takotsubo (TTS) constitui uma condição aguda reversível caracterizada por uma disfunção sistólica ventricular esquerda e achados eletrocardiográficos que mimetizam o enfarte agudo do miocárdio. A principal característica da TTS é a sua associação com um evento físico ou emocional precipitante.

Objetivo: Caracterizar o perfil clínico de uma amostra populacional portuguesa de doentes diagnosticados com TTS, com especial ênfase nos dados sociodemográficos e em eventuais eventos psicológicos e/ou físicos precedentes anotados na história clínica.

Métodos: Estudo retrospetivo com componente descritiva que incluiu 54 doentes diagnosticados com TTS entre dezembro de 2005 e dezembro de 2018 num hospital terciário. Foram colhidos dados demográficos, socioeconómicos, psicológicos, clínicos, laboratoriais, eletrocardiográficos e ecocardiográficos. O processamento estatístico foi feito com os programas SPSS 26.0 (IBM SPSS; United States) e Office 2016 (Microsoft; United States).

Resultados: Os doentes foram predominantemente mulheres (87,0%), com uma idade média de 67 anos e alta prevalência de fatores de risco cardiovasculares. Um subconjunto importante de doentes apresentava distúrbios psiquiátricos agudos (5,6%) e crónicos (37,7%). Na maioria dos doentes foram identificados eventos precipitantes emocionais (35,2%), físicos (16,7%) ou ambos (22,2%). As mulheres relataram mais adversidades a nível interpessoal, enquanto os homens relataram mais problemas a nível profissional.

Conclusão: Este estudo de uma população hospitalar portuguesa demonstra a heterogeneidade do espectro clínico da TTS, identificando-se na maioria dos casos estímulos emocionais e/ou físicos como fatores precipitantes. Reforça-se, assim, a necessidade de compreender a TTS como uma síndrome clínica complexa, e a vantagem de um acompanhamento interdisciplinar.

Nº 10 Fatores preditores de *outcomes* clinicos na embolia pulmonar num serviço de medicina interna

Rafael Marques(1); Alexandra S. Machado(1); Rita Aranha(1); Daniela Soares(1); Beatriz Vitó Madureira(1); Iara Ferreira(1); Filipe Veiga(1); Cátia Henriques(1); Marta Brandão Calçada(1); Samuel Fonseca(1); José Meireles(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: O tromboembolismo venoso é a terceira doença cardiovascular mais frequente. O *score* AVD-DezIs avalia a capacidade funcional do doente nas atividades básicas (quanto maior o score, pior a funcionalidade) e instrumentais da vida diária acrescentando medidas de funcionalidade; o índice de comorbilidade de *Charlson* (ICC), estima a sobrevida a 10 anos de doentes internados com base nas suas comorbilidades.

Objetivos: Relacionar o índice funcional e comorbilidades com *outcomes* clínicos na embolia pulmonar (EP); comparar esses índices e mortalidade em doentes infetados por SARS-CoV-2.

Material e métodos: Análise retrospetiva dos episódios de internamento com EP em 202(1) num Serviço de Medicina Interna (SMI). A aquisição de dados foi realizada por meio do processo clínico e base de dados GDH. A análise estatística foi realizada no programa SPSS® v.26, considerando $p<0.05$ como estatisticamente significativo.

Resultados: Foram incluídos 21(1) doentes (2.9% do total doentes internados no SMI), dos quais 126 (59,7%) eram do sexo feminino, com uma mediana de idade de 77 anos (AIQ 17), 12.3% (n=26) tinham infeção por SARS-CoV-2. A mediana da demora de internamento foi de 5 dias (AIQ 7), do AVD-DezIs 3 (AIQ 9) e do aCCI 2 (AIQ 2). A mortalidade intrahospitalar (MIH) foi de 10.9% (n=23) e nos 30 dias após a alta (M30) 6.4% (n=12), decorrente em 25% dos casos de doença oncológica em estadio terminal. Dos doentes infetados por SARS-Cov-2, a M30 foi 18.2% (n=4), ($p=0.023$), sem diferenças nos scores avaliados. 5.2% (n=11) foram subtidos a fibrinólise, 2.4% (n=5) com infeção SARS-Cov-2; destes, ocorreram 2 óbitos a 30 dias.

Observou-se uma taxa de readmissões SU (RSU) de 25.5% (n=48) e reinternamentos aos 30 dias (R30) de 9.6% (n=18), a maioria por intercorrências infecciosas. Verificou-se AVD-DezIs superior na M30 (2 *vs* 9.5), nas RSU (2 *vs* 6) e R30 (2 *vs* 6.5), sem significado estatístico. O valor de ICC foi, de igual modo, superior na MIH ((1) *vs* 2), M30 ((1) *vs* 3.5), RSU ((1) *vs* 2) e R30 ((1) *vs* 2), sem significado estatístico.

Conclusão: Os autores apresentam a estatística descritiva dos episódios de internamento por EP. Verifica-se que as escalas AVD-DezIs e ICC parecem sinalizar maior gravidade, contudo não se correlacionam com a mortalidade intra-hospitalar e a 30 dias em doentes com EP. A mortalidade por EP foi maior nos doentes com infeção por SARS-Cov-2.

Nº 11 Uma visão abrangente da hipertensão arterial em doentes internados no serviço de Medicina Interna

Diogo Andrade Pereira(1); Beatriz Cêrca(1); Carolina Abreu(1); José Joaquim(1); Marta Azevedo Ferreira(1); Pedro Moules(1); Rita Palma Féria(1); Ana Isabel Reis(1); Fernando Martos Gonçalves(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) é o principal fator de risco modificável para a morbilidade e mortalidade em Portugal.

Material e Métodos: Estudo observacional transversal, consultando, no mesmo dia, os processos clínicos dos doentes internados no serviço de Medicina Interna, com o cálculo da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) média dos últimos três dias, avaliação das comorbilidades, dos fármacos hipotensores realizados em ambulatório e durante o internamento e de alguns exames complementares para aferir lesão de órgão-alvo.

Resultados: Incluídos 7(1) doentes, dos quais 60,7% eram mulheres (n=43), com uma média de idades de 81,7 anos. 92,9% dos homens (n=26) e 81,3% das mulheres tinham o diagnóstico prévio de HTA. A PAS e PAD média nos últimos três dias de internamento foi de 126,3 e 66,8 mmHg, respetivamente. Os hipertensos relativamente aos não hipertensos, apresentavam uma PAS de 127,4 *vs*. 121,4 mmHg, e uma PAD de 67,2 *vs*. 65,3 mmHg, respetivamente.

Avaliando os subgrupos com comorbilidades, revê-se a prevalência elevada da hipertensão: no grupo da insuficiência cardíaca (50,7% do global dos doentes, n=36) 88,9% tem hipertensão, na diabetes (42,3%, n=30) 100%, da dislipidemia (49,3%, n=35) 91,4%, da fibrilação auricular (35,2%, n=25) 96,0%, da doença renal crónica (26,9%, n=21) 90,5%, da obesidade (25,4%, n=18) 100%, dos hábitos tabágicos 22,5% (n=16) 93,8%, da doença pulmonar obstrutiva crónica (18,3%, n=13) 100%, da cardiopatia isquémica (16,9%, n=12), da história de acidente vascular cerebral (16,9%, n=12) 91,7%.

Relativamente aos fármacos hipotensores usados em ambulatório *vs*. internamento destacam-se 33,8% (n=24) *vs*. 31,0% (n=22) usam beta-bloqueantes, destes 91.7% (n=22) *vs*. 81,0% (n=18) tinham previamente diagnóstico de HTA; 32.4% (n=23) *vs*. 26,8% (n=19) usam inibidores da ECA, destes 95.7% (n=22) *vs*. 89.5% (n=17) com diagnóstico prévio de HTA; 31,0% (n=22) *vs*. 18,3% (n=13) usam diuréticos de ansa, destes 90,9% (n=20) *vs*. 15,5% (n=11) com diagnóstico prévio de HTA; e, 29,6% (n=21) *vs*. 31,0% (n=22) usam bloqueadores dos canais de cálcio, destes 95,2% (n=20) *vs*. 81,8% (n=18) com diagnóstico prévio de HTA. Por fim, dos doentes hipertensos 39,7% (n=23) e 15,5% (n=9) apresentava critérios eletrocardiográficos de hipertrofia ventricular esquerda e 32,8% (n=19) e 39,7% (n=23) apresentava cardiopatia hipertensiva e doença cerebrovascular, respetivamente; a creatinina sérica à admissão nos doente hipertensos *vs*. não hipertensos foi de 1,74 *vs*. 1,2(1) mg/dL, respetivamente.

Conclusões: Como pode ser observado, a amostra de doentes é pequena, contudo demonstra a prevalência da hipertensão arterial e fatores de risco na população internada. A definição de hipertensão é associada ao doente em ambulatório, no entanto, o internamento pode ser um momento importante de revisitar diagnósticos e realizar ajustes terapêuticos, permitindo a avaliação do controlo da hipertensão com o cumprimento adequado da terapêutica. Admite-se, no entanto, a existência de vários viés na avaliação da pressão arterial em internamento associado às diferentes patologias agudas que justificam o mesmo.

Nº 12 Rastreio de ferropenia na insuficiência

cardíaca no internamento de um hospital distrital

Joana Carvalho de Sousa(1); Alice Castro(1); Lindora Pires(1)

(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

A insuficiência cardíaca (IC) constitui uma verdadeira epidemia do século XXI, acompanhando o envelhecimento da população. É uma das principais causas de hospitalização e de reinternamento, com elevados custos sociais e humanos. A relevância da ferropenia prende-se com a sua elevada prevalência e pelo facto de, independentemente da presença de anemia, identificar doentes com um pior prognóstico, tornando este um alvo terapêutico promissor.

A Sociedade Europeia de Cardiologia recomenda o rastreio regular de anemia e deficiência de ferro a todos os doentes com IC. A suplementação intravenosa com carboximaltose férrica deve ser considerada nos doentes sintomáticos com FEVE (fração de ejeção ventricular esquerda) <45% e ferropenia, para alívio sintomático e melhoria da capacidade de exercício físico e qualidade de vida, bem como nos doentes recentemente hospitalizados por IC com FEVE<50% e ferropenia, de forma a reduzir o risco de hospitalizações por IC. A ferropenia é definida pela ferritina sérica <100µg/L (ferropenia absoluta) ou entre 100-299µg/L com saturação de transferrina <20% (ferropenia relativa). Em contrapartida, a formulação de ferro oral não traz benefício clínico nestes pacientes e até ao momento não há evidência que sustente a indicação de carboximaltose nos pacientes com FEVE preservada.

O objetivo deste trabalho foi apurar se o rastreio estava a ser realizado previamente à alta de doentes internados com IC com FEVE<50% e, quando indicado, se a respetiva suplementação tinha sido efetuada.

Delineou-se um estudo observacional e transversal. A amostra foi constituída pelos doentes internados no Serviço de Medicina Interna de um hospital distrital em três dias não consecutivos, escolhidos aleatoriamente do ano de 2022. Através da consulta dos processos clínicos, foram selecionados os doentes cuja IC agudizada era um dos problemas e caracterizados quanto a FEVE, realização e resultado de rastreio de anemia e/ou ferropenia e tratamento. Realizou-se a análise descritiva dos dados mediante frequências absolutas e relativas.

De um total de 434 doentes internados, 60 (13,8%) apresentavam IC agudizada. Relativamente à caracterização por FEVE, 33 doentes apresentavam FEVE preservada, 10 moderadamente reduzida, 14 reduzida e 3 desconhecida. De entre os doentes com FEVE<50% (n=24; 40%), o rastreio foi solicitado em 2(1) doentes (87,5%), destacando-se 15 com critérios de ferropenia (6 ferropenia absoluta e 9 relativa), 1(1) dos quais com anemia associada. Em relação aos 15 com défice de ferro, 9 (60%) realizaram terapêutica com carboximaltose férrica.

Apesar das limitações inerentes às características do estudo, este veio realçar a importância do rastreio e tratamento da ferropenia. Na prática clínica existem aspetos passíveis de melhoria, sendo o período prévio à alta de uma agudização, uma oportunidade terapêutica, com vista a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir o risco de hospitalização por IC.

Nº 13 Será a literacia em saúde uma problemática na gestão do doente com insuficiência cardíaca?

Sérgio Costa Monteiro(1); Irene Marques(2); Inês Araújo(3); César Lourenço(4); Pedro Morais Sarmento(5); Jorge Henriques(1); Joana Pimenta(6)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE (2) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António (3) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (4) Hospital Divino Espírito Santo (5) Hospital da Luz Lisboa (6) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma das principais causas de hospitalização e mortalidade em Portugal, com custos elevados para a sociedade, estimando-se aumento da sua prevalência. A literacia em saúde é essencial na gestão e adesão terapêutica. A idade, grau académico, hospitalização prévia por IC e sessões de sensibilização têm um papel positivo na educação para a saúde e na forma como os doentes encaram a patologia e aderem ao tratamento.

Objetivo: Avaliar o conhecimento em IC numa amostra de visitantes de um evento de promoção da saúde destinado à população geral.

Métodos: Estudo transversal, com aplicação de um questionário de 15 perguntas, que incluíam variáveis sociodemográficas e questões acerca dos sinais/sintomas associados à IC e do seu impacto. Os dados foram analisados com recurso ao SPSS® Versão 27 tendo sido usados os testes de *Mann-Whitney U*, a correlação de *Spearman's rho* e qui-quadrado.

Resultados: Foram inquiridos 100 visitantes com idade 48,5 anos (com intervalo compreendido entre os 18 anos e os 82 anos), 51% do sexo feminino. A maioria (56%) tinha escolaridade > 12 anos e 27% eram trabalhadores na área da saúde. Cinquenta e cinco dos inquiridos afirmaram conhecer os sintomas de IC. O sintoma mais referido foi "dor súbita no peito" (51%). Dos sintomas correctamente associados à IC os mais referidos foram "cansaço" (45%), "pés ou pernas inchadas" (41%) e "dificuldade em caminhar" (39%); apenas 33% responderam "falta de ar" e 14% "aumento do peso". Para um valor possível de 12 pontos, a média de respostas certas nas questões relativas aos sintomas de IC foi de 7,5±1,3. No âmbito das estratégias terapêuticas, 47% apontou a medicação como a principal forma de tratamento, seguindo-se a dieta (44%). Analisando as respostas certas a nível das intervenções eficazes na IC, para um valor máximo possível de 1(1) pontos, a média foi de 6,3±1,2. O nível de conhecimento para qualquer dos temas (sintomas, consequências, intervenções) foi independente do sexo (p=0,240). Foi encontrada uma correlação inversa significativa entre idade e nível de conhecimento das intervenções eficazes na IC (p<0,05). Metade dos doentes afirmou ser normal ter IC numa idade mais avançada, existindo uma associação significativa entre a idade e essa questão (OR=0,97; IC95 %). Sessenta e seis por cento dos inquiridos afirma conhecer as comorbilidades associadas à IC, referindo mais frequentemente a arritmia cardíaca (55%) seguida da doença renal crónica (27%) e depressão (23%) apesar das baixas percentagens documentadas. Para as consequências da IC, para um máximo possível de 10 respostas certas, a média foi 6,1±1,4. Os participantes com nível mais elevado de habilitações literárias tiveram um maior número de respostas certas nesse item (p<0,05). Já os participantes com emprego na área da saúde revelaram um conhecimento mais elevado em todos os temas, sendo a diferença nos temas 'consequências' (p<0,001) e 'intervenções eficazes' (p<0,05) significativas.

Conclusão: Este estudo documenta o desconhecimento da população geral em relação à IC, mais expressivo nos mais idosos, com menor nível de escolaridade e não profissionais de saúde. Os resultados apontam para a necessidade de desenvolver planos de sensibilização e informação sobre IC com ênfase nos sinais, sintomas, consequências e prognóstico, com potencial impacto na identificação mais precoce e na melhor gestão

dos doentes com IC.

Nº 14 Enfarte Agudo do Miocardio e o Controlo Adequado dos Factores de Risco

Miguel Lázaro Mendes(1); Mariana Duarte Almeida(1); Catarina Rodrigues Silva(1); Dora C Gomes(1); Sonia Coelho(2); Davide Moreira(1); José Costa Cabral(1)

(1) Hospital de São Teotónio, E.P.E. - Viseu (2) Hospital Sousa Martins

Introdução: Tabagismo, Hipertensão arterial, Diabetes mellitus e Dislipidemia são factores de risco cardiovasculares (FRCV) bem estabelecidos, aumentado de forma importante o risco de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM). Sendo este um dos diagnósticos mais comuns entre os doentes internados na unidade de cuidados intensivos coronários (UCIC) e que apresenta muitas vezes mau prognóstico com impacto negativo para a qualidade de vida dos doentes, importa saber se estamos a fazer o possível para prevenir que estes eventos continuem a ocorrer.

Objectivo: Caracterizar a população de doentes internados numa UCIC com o diagnóstico de EAM, em relação à presença de FRCV, nomeadamente entre os 4 acima descritos.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, envolvendo todos os doentes internados numa UCIC ao longo de 3 meses com o diagnóstico de EAM com supra desnivelamento do segmento ST (EAMCSST) e sem desnivelamento do segmento ST (EAMSSST).

Dados colhidos a partir da consulta de registos clínicos e analisados em Excel.

Resultados: Do total de 192 doentes admitidos na UCIC, 104 (54,2%) tinham diagnóstico de EAM (50% com EAMCSST e 50% com EAMSSST). Destes 67,3% eram do sexo masculino e 32,7% do sexo feminino, sendo a idade média de 68,3 anos. Relativamente à escala de Katz, 85% apresentavam nível 5 ou 6, 7,7% nível 4 e apenas 3,8% nível 2 ou 3.

A prevalência dos FRCV avaliados foi a seguinte: a HTA estava presente em 75,0% dos doentes, a dislipidemia em 69,2%, o tabagismo em 36,5% e a diabetes mellitus em 32,7%.

Todos os doentes eram portadores de pelo menos um dos FRCV avaliados neste estudo, sendo que 76,9% eram portadores de dois ou mais e 34,6% eram portadores de três ou mais.

Apenas 19,2% dos doentes apresentava um bom controlo de todos os FRCV de que era portador. É de salientar que, desses doentes, 70% apenas era portador de um FRCV, 20% de dois FRCV e 10% de três FRCV. Dos restantes, 30.8% apresentava um FRCV mal controlado, 34.6% dois e 15.4% três.

Dos doentes avaliados neste estudo 84,6% eram seguidos em consulta nos Cuidados de Saúde Primários (CSPs). Destes, 15,4% eram também seguidos em consulta hospitalar (CH) de Cardiologia e 28,8% de Medicina Interna.

Conclusões: Tal como expectável, a maior parte dos doentes admitidos em UCIC por EAM tinha baixo ou nenhum grau de dependência.

Mostrou-se no entanto haver um número muito elevado de doentes (mais de 80%) que era portador de pelo menos um FRCV mal controlado, apesar de a maioria ser seguido em consulta nos CSPs e cerca de 44,2% em CH de Cardiologia e/ou Medicina Interna.

Estes resultados mostram a importância do bom controlo dos FRCV na prevenção do EAM, sendo a consulta uma boa oportunidade para contribuir para esse efeito. Nós, enquanto médicos de Medicina Interna, devemos ter um papel preponderante e pró-activo nesta matéria.

Nº 15 Fatores de risco cardiovascular numa enfermaria de Medicina Interna: quão complexos são os doentes?

Mauro Gomes Marques(1); Bárbara Lemos(1); Soraia Pinho Duarte(1); Joana Pereira Moniz(1); Filipe Pimenta Ribeiro(1); Pedro Neves Tavares(1); Renato Saraiva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A Medicina Interna enquanto especialidade holística trata o doente como um todo ao abordá-lo em todo o seu espectro pluripatológico e focando a sua atenção no doente e não na doença. O doente típico da Medicina Interna apresenta múltiplas comorbilidades cuja identificação e gestão é essencial em todos os doentes internados.

Objetivos: Caracterizar uma população de doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna em termos demográficos, prevalência de fatores de risco cardiovascular e presença de doença de órgão alvo.

Material e Métodos: Estudo observacional retrospetivo através da seleção aleatória de uma coorte de doentes internados num serviço de Medicina Interna no ano de 2022. Estes doentes foram avaliados relativamente a dados demográficos, presença de fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, fibrilhação auricular, síndrome de apneia obstrutiva do sono e obesidade) e presença de doença de órgão alvo. A colheita dos dados foi efetuada através de consulta do processo clínico informático do doente. A análise estatística foi realizada com recurso ao programa SPSS®, versão 25.

Resultados: A nossa coorte incluiu 374 doentes, verificando-se um predomínio do sexo feminino (56.4%, n=211) e uma idade média de 78.(1) anos (mínimo 2(1) anos; máximo 100 anos). Relativamente aos fatores de risco cardiovascular, os mais prevalentes nesta população foram a hipertensão arterial (72.2%, n=270), a dislipidemia (52.4%, n=196) e a diabetes mellitus (29.4%, n=110). Constatou-se ainda uma elevada prevalência de doença de órgão nesta população com 27.3% (n=102) de doentes com insuficiência cardíaca, 14.4% (n=54) de doentes com doença renal crónica, 12.8% (n=48) de doentes com acidente vascular cerebral prévio e 10.7% (n=40) de doentes com cardiopatia isquémica.

Conclusões: Este trabalho demonstra a elevada complexidade dos doentes internados nas enfermarias de Medicina Interna não só pela presença de múltiplos fatores de risco que requerem a atenção do internista, mas também pela presença de lesão de órgão que tem impacto no prognóstico ao limitar a reserva funcional destes doentes e as opções terapêuticas disponíveis na sua abordagem individualizada.

Nº 16 Readmissões de insuficiência cardíaca descompensada de ambulatório, dados duma clínica de IC

Anabela de Carvalho(1); Hugo Raposo Inácio(2); Joana Gamelas de Carvalho(3); André Maia(4); Gonçalo Durão-Carvalho(5); Joana Duarte(6); Catarina Rodrigues(6); Inês Fornelos Araújo(6); Célia Henriques(6); Cândida Fonseca(6)

(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos (3) Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (4) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real (5) Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha (6) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: Atualmente, as hospitalizações recorrentes por insuficiência cardíaca descompensada (ICD) representam uma grande preocupação global de saúde pública, resultando em morbimortalidade individual significativa e custos socioeconómicos.

Objetivo: Estudo da vida real com o objetivo de determinar a taxa e os preditores de readmissão para ICD numa coorte de insuficiência cardíaca crónica (IC), seguidos numa clínica de insuficiência cardíaca (CIC) de um hospital universitário.

Métodos: Estudo longitudinal, observacional e retrospectivo de todos os doentes consecutivos de IC crónica - sobre terapia otimizada e com hospitalização prévia mais de 3 meses antes da visita de inclusão - vista na clínica de IC por uma equipa multidisciplinar em 2019 e seguidos por um ano. Dados demográficos, caracterização de IC, comorbilidades, tratamento farmacológico, vindas ao Hospital de Dia (HD) por ICD, número de hospitalizações e mortes foram registados. A análise de regressão logística foi aplicada para avaliar preditores de readmissão hospitalar para IC.

Resultados: Foram incluídos 35(1) doentes: 90 (26%) tiveram ICD, com necessidade de tratamento com diuréticos intravenosos no HD; 45 (idade média de 79,(1) ± 9,0 anos) foram readmitidos por ICD no primeiro ano (12,8%), não havendo diferença de género, enquanto 306 (idade média de 74,9 ± 12,(1) anos) nunca foram readmitidos. Os que foram readmitidos eram mais idosos (p = 0,031); tinham uma classificação funcional mais alta da New York Heart Association (NYHA) (p <0,001); estavam medicados com uma dose diária mais alta de furosemida (p = 0,008) no momento da visita de inclusão; foram mais frequentemente afetados pela doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (p = 0,004); foram tratados com mais frequência no HD por ICD (p <0,001) e apresentavam uma maior taxa de mortalidade (p <0,001) num ano.

Uma classe NYHA mais alta, a necessidade de tratamento no HD por ICD, uma dose diária de furosemida igual ou superior a 80 mg e DPOC foram preditores de readmissão para ICD.

Conclusão: Doentes crónicos de IC continuam a ter ICD e hospitalizações recorrentes, apesar dos avanços terapêuticos e do acompanhamento próximo no CIC com a equipa multidisciplinar. Além da DPOC, os fatores de risco de readmissão de IC encontrados estavam principalmente relacionados à gravidade da doença. Além disso, a taxa de readmissão seria ainda maior se os pacientes não tivessem a oportunidade de serem tratados para ICD numa CIC integrado com uma equipa multidisciplinar.

Nº 17 Tromboembolismo venoso - prevenimos adequadamente?

Marta Botelho de Sousa(1); João Paulo Nóvoa(1); Rita da Silva Vieira(1); Anna Taulaigo(1); Madalena Vicente(1); Ana Catarina Rodrigues(1); Ana Catarina Gameiro(1); Diana Fernandes Santos(1); Mariana Carvalho Machado(1); Rodrigo Lyrio(1); Matilde Fraga(1); Heidi Gruner(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Introdução: O tromboembolismo venoso (TEV), cuja manifestação mais temível é o tromboembolismo pulmonar, é a principal causa de morte prevenível a nível hospitalar. Existem várias medidas preventivas, quer farmacológicas, quer não farmacológicas. É essencial identificar os doentes de alto risco de TEV no internamento não cirúrgico. Assim, foram desenvolvidas ferramentas como o Score de Pádua.

Objetivo: Avaliar a adequação da profilaxia do TEV em doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna, durante 2 semanas, através da consulta de registos clínicos. Foi calculado o risco de TEV com o Score de Pádua à admissão (alto risco se >3). Concomitantemente, foram analisadas as medidas de prevenção instituídas e sua adequação. As variáveis categóricas são apresentadas em frequência e percentagem e as variáveis contínuas como média ± desvio-padrão, ou mediana e amplitude inter-quartil (AIQ) para variáveis sem distribuição normal.

Resultados: Foram selecionados 67 doentes, entre os 32 e 93 anos (mediana 79, AIQ 13), sendo 40 (59,7%) homens. Dos parâmetros avaliados, destacam-se 22 doentes (38,8%) com neoplasia ativa ou sob tratamento nos 6 meses prévios, 7 (10,4%) com antecedentes de TEV, 27 (40,3%) com mobilidade reduzida (>3 dias), 33 (49,3%) com insuficiência cardíaca ou respiratória, e 15 (22,4%) com história prévia de EAM ou AVC.

No total, havia 5(1) doentes (76,1%) com risco acrescido de TEV à admissão. Destes, 20 estavam sob anticoagulação terapêutica por vários motivos, mais comummente prevenção de eventos embólicos por fibrilhação auricular; em 15 foi adequadamente prescrita tromboprofilaxia com enoxaparina de baixo peso molecular enquanto em 2 não foi prescrita apesar de haver indicação e ausência de contraindicações. Em 16 casos foi decidido em equipa não realizar tromboprofilaxia pelo risco/benefício: 6 por se encontrar em situação de fim de vida, 6 por apresentar discrasia hemorrágica e 2 por apresentar citopenias graves com necessidade de suporte transfusional.

Houve 16 (23.9%) doentes com baixo risco de TEV à admissão. Em 3 destes casos foi igualmente prescrita enoxaparina em dose profilática durante o internamento: 2 doentes alteraram o seu estado clínico e consequentemente o score de Padua, enquanto num caso não é clara a justificação para esta escolha.

Sempre que possível, foi incentivado o levante precoce e a hidratação. Nenhum doente sofreu TEP ao longo do internamento.

Conclusão: Nesta amostra da vida real, evidenciamos um grande número de doentes com risco trombótico elevado. Ferramentas como o score de Pádua devem auxiliar o clínico, não ignorando a avaliação individual do doente. Contudo, numa baixa percentagem (3/67; 4,5%) não foram implementadas medidas adequadas para prevenção do TEV.

Com a ressalva de se tratar de uma análise retrospetiva e de pequena amostra, este tipo de trabalhos são sempre uma oportunidade para melhorar.

Nº 18 Levosimendan como terapêutica paliativa: experiência de uma Clínica de Insuficiência Cardíaca

Fausto Pinto(1); Tiago Neto Gonçalves(2); Francisca Lopes Martins(3); Beatriz Chambino(1); Débora da Silva Correia(1); Mafalda S.B. Sequeira(4); Pedro Fiúza(3); Vasco Tiago(5); Jorge Fernandes(1); Catarina Rodrigues(1); Inês Araújo(1); Cândida Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (2) Hospital da Luz Lisboa (3) Centro Hospitalar Lisboa Central (4) Hospital Garcia de Orta, EPE (5) Hosp Prof Dr Fernando Fonseca

Introdução: Assegurar a melhor qualidade de vida possível é um importante objetivo terapêutico para os doentes com insuficiência cardíaca (IC) avançada. A administração intermitente de levosimendan em regime de Hospital de Dia demonstrou proporcionar alívio sintomático e diminuir as admissoes por IC descompensada.

Objetivo: Analisar e comparar parâmetros relacionados com a qualidade de vida e melhoria clínica após a administração de pulsos de Levosimendan em doentes com IC avançada em seguimento em Hospital de Dia (HD).

Material e métodos: Estudo retrospetivo, observacional, de adultos com IC avançada, com seguimento em Hospital de Dia de uma Clínica de IC, sob administração de pulsos de Levosimendan como terapêutica paliativa, no período entre janeiro de 2022 e dezembro de 2022. A partir da consulta dos processos clínicos, recolheram-se dados demográficos, clínicos (classe NYHA, prova de marcha), laboratoriais (NT-proBNP) e ecocardiográficos (fração de ejeção) à data da primeira administração e da última administração. Adicionalmente avaliou-se quantos tinham seguimento em consulta de Cuidados Paliativos.

Resultados: Dos 8 doentes em seguimento em Hospital de Dia exclusivamente neste contexto, a idade média foi de 64,5 anos, sendo a maioria (7) do sexo masculino. Destacou-se acima de tudo uma melhoria franca ao nível da distância percorrida na prova de marcha (em média aumentou 140 metros), no incremento da fração de ejeção nos ecocardiogramas de reavaliação (em média 5,85%) e na estabilização da classe NYHA (em II/III) na maior parte dos doentes avaliados (apenas um em classe IV). Relativamente à necessidade de internamento por motivos de patologia cardiovascular, em média verificaram-se 1.8 internamentos, sendo que em três dos doentes não houve necessidade de internamento. De destacar ainda um óbito dos 8 doentes analisados, com apenas dois doentes com seguimento em consulta de cuidados paliativos.

Conclusões: Em consonância com o que está descrito atualmente na bibliografia, e apesar do numero reduzido de doentes apresentado, a administração em pulsos de Levosimendan parece trazer um benefício clínico claro em doentes com IC avançada. Estudos mais robustos, com maior numero de doentes, deverão ser efetuados de forma a apoiar a decisão do uso de um fármaco com elevados custos associados com um intuito não curativo. Concomitantemente, esse acompanhamento em Hospital de Dia deverá ser apoiado por um seguimento também em Consulta de Paliativos para apoio na gestão da sintomatologia bem como gestão de expetativas do próprio doente e da família.

Nº 19 Prevalência e tratamento da Insuficiência Cardíaca Aguda num Serviço de Urgência

Rita Soares Costa(1); Mário Gil Fontoura(1); Rita Pinto Araújo(1); Rita Maciel(1); Luís Andrade(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A insuficiência cardíaca aguda (ICA) é uma entidade frequente no Serviço de Urgência (SU). O tratamento da ICA difere de acordo com a apresentação clínica, sendo obrigatório a exclusão de fatores de descompensação que necessitem de ser corrigidos urgentemente.

Objetivo: Avaliação da prevalência da ICA no SU e tratamento efetuado nos doentes admitidos por este diagnóstico.

Materiais e Métodos: Estudo de coorte retrospetivo de doentes admitidos nas áreas médicas do SU por ICA a 23 de janeiro de 2023 num hospital distrital. A informação foi recolhida através dos processos médicos informáticos.

Resultados: Dos 34(1) episódios de urgência, verificou-se que 5,9% (n=20) foi devido a ICA. A maioria destes doentes era do sexo feminino (n=12), com uma idade média de 79 anos (± 2,8 anos; máximo de 95 e mínimo de 50 anos). Em cerca de 30% (n=6), a ICA foi a primeira manifestação de insuficiência cardíaca (IC), enquanto nos restantes foi uma descompensação aguda de IC crónica. A maioria (n=11) tinha IC com fração de ejeção preservada. Relativamente à medicação prévia, 65% (n=13) encontrava-se sob diurético *per os*. A furosemida foi o diurético de eleição no ambulatório, cuja dose diária variava entre 60 e 80 mg, e foi utilizada de modo isolado (n=6) ou em conjunto com um segundo diurético (n=7). As causas mais frequentes de descompensação foram a infeção concomitante (n=6) e a insuficiência terapêutica por progressão da doença (n=5). A maioria dos doentes (n=17) apresentou-se à admissão em perfil B, sendo que dois doentes apresentaram-se em edema agudo do pulmão. Foi realizada terapêutica inicial com diurético endovenoso no SU na maioria dos doentes (n=19), com dose, em média, 0,5 vezes inferior à dose habitual (nos doentes previamente medicados). Nenhum doente precisou de suporte aminérgico nem de terapêutica vasodilatadora. Cerca de 45% (n=9) apresentou insuficiência respiratória com necessidade de oxigenoterapia, enquanto 15% (n=3) necessitou de suporte ventilatório com ventilação mecânica não invasiva. Concomitantemente, 20% (n=4) apresentava síndrome cardiorrenal e houve necessidade de monitorização invasiva de débito urinário em 25% (n=5) dos doentes. A maioria (70%) necessitou de internamento hospitalar para otimização terapêutica.

Conclusão: O tratamento adequado da ICA no SU com terapêutica diurética nas doses preconizadas ((1) a 2 vezes superiores à dose habitual do domicílio) é fundamental nas apresentações clínicas com sinais de hipervolemia. Um episódio agudo leva muitas vezes à necessidade de internamento hospitalar para controlo de volémia, dado que a congestão clínica à alta é um forte preditor de pior prognóstico e de necessidade de readmissão. Constatou-se que a abordagem da ICA no SU foi inadequada, com utilização de doses de diurético endovenoso inferiores às recomendadas, sendo por isso necessário a revisão da abordagem da IC aguda e formação das equipas nesta área.

Nº 20 Insuficiência Cardíaca: combater a inércia terapêutica

Renata Martinho(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) afeta 5.2% da população portuguesa, sobretudo idosos, com custos totais previstos de 503 milhões de euros em 2036.

Actualmente temos 4 classes modificadoras de prognóstico (European Society Cardiology (ESC) 2021): inibidores da enzima de conversão da angiotensina/antagonistas dos receptores da angiotensina II (IECA/ARA) ou inibidor da neprisilina e dos receptores de angiotensina (ARNI), beta-bloqueante (BB), antagonista dos receptores de mineralocorticoides (ARM) e inibidores do co-transportador de glicose sódio 2 (SGLT2i).

Objetivo: Avaliar o uso de terapêutica modificadora de prognóstico na IC com Fração de Ejeção reduzida (FrEjR), em doentes internados.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo de 01/0(1) a 31/10/2022 dos doentes internados em enfermaria de medicina com IC com FrEjR. Foram analisados dados demográficos, etiologia, caracterização da FrEj e uso de medicação modificadora de prognóstico.

Resultados: Foram incluídos 123 doentes com IC, dos quais 46 (37,4%) com FrEj preservada; 48 (39%) FrEj desconhecida e apenas 29 (23,6%) com FrEjR. Destes, a idade média era de 80.14 anos, com demora média de internamento de 13.3(1) dias, sendo 19 (65.5%) homens e 10 (34,5%) mulheres. Não houve reinternamentos por descompensação de insuficiência cardíaca registados, sendo 3 doentes referenciados ao Hospital de Dia (HDia) de Medicina.

Em relação aos IECA/ARA: dos 15 doentes que estavam medicados na admissão, 3 faleceram, 9 mantiveram, e 3 suspenderam por hipotensão. ARNI: 2 doentes estavam medicados à admissão, um não tolerou por hipotensão e outro faleceu. Em relação aos BB: à admissão, 14 dos doentes cumpriam a terapêutica, 1(1) mantiveram à data de alta, 3 faleceram e (1) iniciou no internamento. Cinco doentes faziam ARM, mantendo-se 5 doentes à data de alta e num doente a hipercaliémia impediu o seu início. Dois doentes encontravam-se sob iSGLT2, sendo que à alta estes dois doentes mantiveram e foi possível introduzir a classe em mais 3 doentes. De todos os doentes, apenas um tinha todas as classes farmacêuticas recomendadas à data da alta, já na dose máxima tolerada. Um doente iniciou terapia com 3 classes, não tendo tolerado IECA por hipotensão.

Quanto ao outcome, quatro doentes morreram (por causas infecciosas), um teve alta contra parecer médico, e em oito dos doentes não foi adicionado terapêutica por não haver estabilidade clínica. Sete dos doentes tiveram agravamento de função renal (com TFG<25 mL/min./1.73) ou estavam sob hemodiálise, impossibilitando o início de outros fármacos.

Conclusões: Deve ser feito um esforço para caracterização da fração de ejeção dos doentes à data do diagnóstico, de modo a poder otimizar a terapêutica modificadora de prognóstico de IC. Em contexto de internamento, é difícil obter uma estabilidade clínica suficiente para a introdução de novos fármacos, devendo este esforço manter-se em ambulatório com mais recurso a ferramentas como o HDia.

Nº 21 STROKE MIMICS no adulto jovem: casuística de um ano de uma UAVC

Carolina Amado(1); Ana Oliveira(1); Laura Baptista(1); Gisela Gonçalves(1); Bárbara Paracana(1); Valter Duarte(1); Dulcídia Sá(1); Margarida Cruz(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A clínica do Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode ser tão diversa que pode confundir-se com a apresentação de outras patologias, que portanto se impõem como diagnósticos diferenciais. Estima-se que cerca de 30% dos AVC diagnosticados no Serviço de Urgência sejam, na verdade, *Stroke mimics*.

Estudo retrospetivo de um ano, dos doentes com idades entre os 18 e os 65 anos, admitidos na Unidade de AVC de um Hospital Distrital. Os eventos foram classificados como *mimics* quando os dados clínicos e/ou imagiológicos sustentem uma causa não vascular para o diagnóstico.

Foram admitidos 126 doentes com idade mediana 57,0 anos (mínima 20 e máxima 65) e 60,0% do sexo masculino.

Do total de doentes, em 11,9% (n=15) o diagnóstico de AVC não foi confirmado à data de alta. Estes doentes, ao contrário da amostra total, eram mais frequentemente do sexo feminino e apresentavam idade mediana inferior (50,5 anos vs 56,0). O tempo de internamento foi igualmente inferior (6,7 *versus* 9,9 dias nos restantes).

Os diagnósticos não vasculares considerados foram enxaqueca com aura (n=3), amnésia global transitória (20,0%; n=3), crise convulsiva (20,0%; n=3), enxaqueca sem aura (20,0%; n=1), *delirium* (20,0%; n=1), esclerose múltipla (20,0%; n=1), nevrite óptica retro-bulbar por HSV (20,0%; n=1), oftalmopatia tiroideia (20,0%; n=1) e disfunção vestibular (20,0%; n=1).

No que diz respeito aos fatores de risco cardiovascular, 60,0% (n=9) apresentavam Dislipidemia, 40,0% (n=6) Hipertensão Arterial, 40,0% (n=6) excesso de peso/Obesidade e 20,0% (n=3) Diabetes *mellitus*.

No que diz respeito a exames complementares de diagnóstico, 7 doentes realizaram Doppler dos vasos do pescoço, 5 doentes realizaram Holter de 24 horas e 9 doentes realizaram ecocardiograma transtorácico. A RM-CE foi realizada em quatro doentes, confirmando a ausência de alterações compatíveis com evento isquémico recente.

Os doentes com diagnósticos mimetizadores de AVC eram mais novos, mais frequentemente mulheres e com duração de internamento inferior. Os fatores de risco cardiovascular não se identificaram como diferenciadores destes eventos.

As causas mais frequentemente encontradas foram a enxaqueca com ou sem aura e a amnésia global transitória. Ao contrário de grande parte da literatura, as crises convulsivas apresentam-se apenas em terceiro nesta lista.

O diagnóstico precoce destes mimetizadores permite uma poupança no que diz respeito aos exames complementares de diagnósticos que fazem parte do fluxograma de estudo etiológico do AVC, assim como o tratamento adequado e atempado da verdadeira patologia.

Nº 22 O impacto da diabetes mellitus na morbimortalidade: a experiência de um serviço de Medicina Interna

Mauro Gomes Marques(1); Soraia Pinho Duarte(1); Bárbara Lemos(1); Joana Pereira Moniz(1); Filipe Pimenta Ribeiro(1); Pedro Neves Tavares(1); Renato Saraiva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A diabetes mellitus é uma doença crónica e complexa que requer cuidados médicos contínuos com uma abordagem multifatorial de redução de risco que envolve muito mais do que o controlo glicémico. Tendo em conta a sua elevada prevalência na população é importante conhecer o seu impacto em termos de morbimortalidade.

Objetivos: Caracterizar uma população de doentes diabéticos internados num serviço de Medicina Interna em termos demográficos, complicações associadas à diabetes mellitus e mortalidade.

Material e Métodos: Estudo observacional retrospetivo, onde foi selecionada, de forma aleatória, uma coorte de doentes internados num serviço de Medicina Interna no ano de 2022. Destes doentes, foram selecionados todos os que cumpriam critérios diagnósticos de diabetes mellitus segundo a *American Diabetes Association*, procedendo-se à sua avaliação em termos demográficos, complicações da diabetes (microvasculares e macrovasculares) e mortalidade. A colheita dos dados foi efetuada através do processo clínico informático do doente. A análise estatística foi realizada através do programa SPSS®, versão 25.

Resultados: A nossa coorte incluiu 374 doentes, dos quais 108 cumpriam critérios de diabetes mellitus. Destes 108 doentes, 4 eram diabéticos tipo (1) e 104 eram diabéticos tipo 2. A idade média foi de 80.7 anos (mínimo 48 anos; máximo 99 anos) com um ligeiro predomínio do sexo masculino (51.9%, n=56). Em termos de estado funcional, de acordo com a escala de Katz modificada, 43.5% eram independentes (n=47), 35.2% moderadamente dependentes (n=38) e 21.3% muito dependentes (n=23), sendo que 25% (n=27) encontravam-se institucionalizados previamente. Relativamente a complicações microvasculares e macrovasculares da diabetes, documentou-se que 55.6% (n=60) dos doentes apresentavam pelo menos uma complicação. Na análise detalhada verificou-se que 26.8% (n=29) apresentavam doença cerebrovascular, 24% (n=26) nefropatia diabética, 13% (n=14) doença coronária, 5.5% (n=6) doença arterial periférica, 4.6% (n=5) retinopatia e 3.7% (n=4) neuropatia diabética. Na coorte selecionada verificou-se uma mortalidade global de 13.6% (n=51) enquanto na população diabética registou-se uma mortalidade de 18.5% (n=20). Na análise comparativa da mortalidade constatou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p=0.046). A probabilidade de morte foi duas vezes superior nos doentes diabéticos comparativamente com os não diabéticos (OR 2.2(1) - 95% [1.21-4.02]).

Conclusões: Os dados encontrados neste estudo sustentam a importância da diabetes mellitus como fator prognóstico nos doentes internados tendo em conta o seu impacto na mortalidade. Este facto pode ser explicado pela elevada prevalência de doença cerebrovascular e doença coronária nesta população. Por outro lado, a baixa prevalência encontrada de algumas complicações da doença provavelmente reflete o seu subdiagnóstico e expõe a necessidade de uma maior atenção dos internistas na sua identificação e abordagem.

Nº 23 O controlo glicémico pré-concecional das grávidas com DM1 tem impacto na incidência de complicações?

INES GUIMARÃES RENTO(1); Sofia Pereira(1); Cristina Andrade(1); Hélia Mateus(1); Giovanna Ennis(1); Adelino Carragoso(1); Isabel Torres(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: O controlo glicémico durante a gravidez é tido como fulcral para os outcomes obstétricos e neonatais. No entanto, o controlo glicémico prévio também tem repercussões nos outcomes da gestação e deve ser tido em conta – sobretudo nas mulheres com DM tipo (1) que pretendam engravidar, por forma a optimizar a terapêutica e minimizar o risco de desenvolvimento de complicações.

Objetivo: Comparar a HbA1C pré-concepcional das grávidas que tiveram complicações obstétricas/neonatais e perceber se existe relação entre uma pior HbA1C prévia e o surgimento destas complicações

Material e métodos: Estudo observacional retrospetivo que inclui as 35 grávidas com diabetes mellitus tipo I prévia observadas na consulta de Diabetes e Gravidez de um hospital central com partos entre 2016 e 2021. Utilizou-se o teste T de Student para amostras independentes sempre que se verificaram os pressupostos de normalidade e igualdade de variâncias e o teste não paramétrico de Mann-Whitney para 2 amostras independentes sempre que tal não foi garantido. Considerou-se uma significância estatística de 5%.

Resultados: As grávidas que desenvolveram complicações obstétricas tinham uma HbA1C média de 7,65%(±1,38), e as que não desenvolveram complicações obstétricas tinham uma HbA1C média de 7,16%(±1,60). No entanto, não se verificou que esta diferença fosse estatisticamente significativa (p=0,213 >0,05)

As grávidas cujos filhos desenvolveram complicações neonatais tinham uma HbA1C média de 7,58%(±1,58), e as grávidas cujos filhos não desenvolveram complicações neonatais tinham uma HbA1C média de 7,17%(±1,35). De igual forma, não se verificou que esta diferença fosse estatisticamente significativas (p=0,497>0,05)

Conclusões: Apesar de os resultados não terem significância estatística per se, verificou-se que as grávidas que desenvolveram complicações (quer obstétricas, quer neonatais) tinham uma HbA1C pré-concecional superior às gravidas que não desenvolveram complicações – o que vai de encontro ao já conhecido pressuposto de que um pior controlo glicémico prévio potencia o desenvolvimento de complicações durante a gravidez e para o recém-nascido.

Nº 24 Quanto maior a duração da diabetes mellitus tipo 1 maior o risco de complicações na gravidez?

INES GUIMARÃES RENTO(1); Sofia Pereira(1); Cristina Andrade(1); Hélia Mateus(1); Giovanna Ennis(1); Adelino Carragoso(1); Isabel Torres(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A diabetes mellitus (DM) tipo (1) confere um risco acrescido para o desenvolvimento de complicações obstétricas e neonatais, como é do conhecimento geral. Sabe-se, ainda, que a duração da doença está associada ao desenvolvimento de complicações (nomeadamente microvasculares) no doente diabético, pelo que a gravidez, como um estado de particular suscetibilidade, poderá constituir um momento de

oportunidade para manifestações extraordinárias das complicações associadas ao curso habitual da doença.

Objetivos: Comparar o tempo de diagnóstico de DM nos grupos de grávidas que desenvolveram complicações obstétricas ou cujos recém-nascidos (RN) desenvolveram complicações neonatais e perceber se existe relação entre a duração da doença e o surgimento destas complicações

Material e métodos: Estudo observacional retrospetivo que inclui as 35 grávidas com diabetes prévia observadas na consulta de Diabetes e Gravidez de um hospital central com partos entre 2016 e 2021. Utilizou-se o teste T de Student para amostras independentes sempre que se verificaram os pressupostos de normalidade e igualdade de variâncias e o teste não paramétrico de Mann-Whitney para 2 amostras independentes sempre que tal não foi garantido. Considerou-se uma significância estatística de 5%.

Resultados: As grávidas que desenvolveram complicações obstétricas tinham, em média, 13,25(±7,68) anos de diagnóstico de DM. As que não desenvolveram complicações obstétricas tinham, em média, 9,50(±8,85) anos de diagnóstico de DM. No entanto, não se verificou que esta diferença fosse estatisticamente significativa (p=0,190>0,05).

As grávidas cujos RN desenvolveram complicações neonatais tinham, em média, 13,57(±7,63) anos de diagnóstico de DM. As grávidas cujos RN não desenvolveram complicações obstétricas tinham, em média, 7,92(±8,87) anos de diagnóstico de DM. Apesar de não se ter verificado diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, parece haver uma tendência para a existência de relação entre o tempo de diagnóstico de DM e o nascimento de RN com complicações neonatais (0,10 > p value = 0,06 > 0,05).

Conclusões: Os dados apresentados, apesar de não apresentarem significância estatística dada a amostra tão reduzida, são congruentes com a hipótese de que uma maior duração da doença parece estar associada ao surgimento de complicações (tanto obstétricas como, e de uma forma mais significativa, neonatais nos RN). Tal facto poderá dever-se a, por exemplo, um tempo maior de diagnóstico também implicar (na maior parte dos casos) uma idade materna mais avançada (que, por si, poderá contribuir para uma maior incidência de complicações).

Nº 25 Um caso de Favismo numa mulher adulta, sem história de hemólise prévia após consumo de favas

Jéssica Oliveira(1); Filipa Nunes(1); Martim Bastos(1); Maria João Fernandes(1); Rita Dutschmann(1); Mariana Costa(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Título: Um caso de Favismo numa mulher adulta, sem história de hemólise prévia após consumo de favas

Introdução: O favismo é um síndrome hemolítico agudo que ocorre em indivíduos com défice de glucose 6 fosfato-desidrogenase (G6PD). A G6PD atua na via das pentoses produzindo NADPH, que é crucial para a proteção dos eritrócitos contra o stress oxidativo. A deficiência de G6PD manifesta-se na forma de hemólise, na presença de stress oxidativo, como é o caso de infeções e exposição a certos medicamentos e alimentos, particularmente de favas.

Caso clínico: Mulher de 49 anos, caucasiana, natural do Brasil, sem antecedentes médicos relevantes. Recorreu ao SU por astenia, mialgias, náuseas, colúria e icterícia com (1) dia de evolução. Foi apurada a ingestão de favas nos 3 dias antecedentes à instalação do quadro clínico, e que a utente já teria consumido favas no passado, sem reação semelhante. Também referiu tosse não produtiva, rinorreia e ligeira odinofagia com 3 dias de evolução. À entrada, no exame objetivo apresentava-se sub-febril (temperatura timpânica

37.6ºC), pele e escleróticas ictéricas, sem alterações à auscultação e à palpação abdominal. Laboratorialmente: Hb 8.2, VGM 99.2, HGM 31.3, Leucócitos 9.5, Plaquetas 327000, TGO 46, TGP 17, FA 61.61, GGT 13, LDH 890, Bilirrubina 3.19, PCR 3.38, Haptoglobina <10, sem alteração das provas de coagulação, do ionograma ou da função renal. Na ecografia abdominal: ligeira hepatomegália com discreta infiltração esteatósica difusa.

Evoluiu favoravelmente, tendo alta para consulta de Medicina. A reavaliação laboratorial mostrou resolução da anemia hemolítica; normalização das provas hepáticas; descida da PCR; reticulocitose 4.3% e valores de G6PD de 4.4, consistente com défice enzimático.

Discussão: O caso descrito documenta um quadro de anemia hemolítica com défice de G6PD, que não apresentou crises hemolíticas no passado associadas a consumo de favas. Assumiu-se que o quadro apresentado foi despoletado pela presença concomitante de infeção das vias respiratórias superiores e consumo de favas, numa doente natural do Brasil, onde o "teste do pezinho" não engloba o despiste para défice de G6PD, justificando o diagnóstico tardio.

Nº 26 Relação entre comorbilidades e risco nutricional em relação ao outcome hospitalar

Ana Pais Monteiro(1); Ricardo Marinho(1); Catarina Costa(1); Nuno Miguel Pereira(1); Diana Miranda(1); Diana Rocha(1); Isabel Fonseca Silva(1); Rui Flores Ribeiro(1); Inês Marques Ferreira(1); Inês Amorim Pereira(1); Patrícia Neves(1); Sandra Correia(2); Márcia Cravo(1); Rute Martins(1); Margarida França(1); Luísa Serpa Pinto(1); Manuela Bertão(1); Raquel Pereira(1); Fernando Pichel(3); Anibal Marinho(3); Marisa Saraiva(3); João Araújo Correiaa(1)

(1) MEDICINA - CHP - HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO EPE (2) Centro Hospitalar e Universitário do Porto (3) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A malnutrição associada à doença caracteriza-se pela impossibilidade em atingir as necessidades nutricionais através da alimentação habitual. Afeta todas as faixas etárias e associa-se a diversas patologias. Tem um impacto negativo na qualidade de vida, aumenta o risco de complicações intra-hospitalares e contribui para maior tempo de permanência no hospital e aumento de custos hospitalares. Cerca de 20% das camas hospitalares são da responsabilidade da Medicina Interna, contudo, a maioria dos estudos focam-se numa população mista de doentes médicos e cirúrgicos. Os doentes médicos têm uma maior probabilidade de estarem em risco nutricional, porque são normalmente mais idosos e apresentam múltiplas comorbilidades, pelo que se pretende analisar qual o impacto das comorbilidades e risco nutricional em relação ao *outcome* hospitalar.

Metodologia: Foi avaliado o risco nutricional de todos os doentes internados no serviço de Medicina entre (1) de Fevereiro e (1) de Maio de 2022. Foi avaliado a literacia, comorbilidades, tempo de internamento e mortalidade intra-hospitalar. O rastreio nutricional foi realizado através da ferramenta NRS 2002. A estatística foi realizada através do software IBM SPSS versão 27 e utilizado o teste p, considerando-se p<0,0(1) como estatisticamente significativo.

Resultados: Foram avaliados 455 doentes. Trata-se de uma população envelhecida (idade média de 76,57 ± 15,2 anos), com baixo nível de escolaridade (60% têm apenas o 4º ano de escolaridade), sendo que a maioria mora em residência própria (65,5%). Apresenta um valor elevado de índice de Charlson (5.76 ± 2.54) a mostrar que é uma população polimórbida, sendo as comorbilidades mais frequentes a insuficiência cardíaca (48,1%), demência (35,2%) e doença cerebrovascular (25,7%). O rastreio nutricional foi positivo em 53% (n=241) dos doentes, a taxa de mortalidade foi de 36,5% e o tempo mediano de internamento de 10 dias. Em relação a doentes com risco nutricional, são uma população mais envelhecida (74,4 ± 16,(1) vs 78,45 ± 13,97 anos, p=0.005), com mais

comorbilidades (Índice de Charlson de 5,5 ± 2,7 vs 6 ± 2,37, p =0,036), mas sem diferenças a nível do género, literacia ou residência. Apresentam ainda maior mortalidade (56 vs 110 doentes, p< 0,001) e tempo de internamento (mediana de 8 vs 12 dias p< 0,001). Quanto a comorbilidades, apenas há diferenças significativas em doentes com demência e neoplasias metastizadas, apresentando maior risco nutricional, ao contrário dos doentes com cardiopatia isquémica e doença arterial periférica, que apresentaram menor risco nutricional. Ao realizarmos uma análise multivariada para a mortalidade, o risco nutricional e o índice de Charlson são os principais preditores de mortalidade (com *Odds Ratio* de 2,33 e 1.39, respetivamente).

Discussão: A malnutrição é um fator independente de *outcomes* hospitalares adversos, sendo que algumas comorbilidades apresentam uma relação com o risco nutricional como as neoplasias e síndrome demencial.

Nº 27 Manifestações extrapulmonares de défice de alfa1-antitripsina: estudo exploratório unicêntrico

Francisco Barreto(1); Inês Clara(2); Esmeralda Neves(2); Maria Graça Henriques(2); Inês Furtado(2); Raquel Faria(2)

(1) Hospital Nélio Mendonça (2) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução e Objetivo: A alfa-1-antitripsina (AAT), o principal inibidor de proteases de serinas, que essencialmente inibe a elastase dos neutrófilos pulmonares. O seu défice resulta de mutações no gene SERPINA(1) (cr. 14), em autossomia codominante, subdiagnosticada, com consequente diminuição da atividade de AAT pulmonar e acumulação hepática de proteína anormal. Estão descritas manifestações extrapulmonares, inclusive em heterozigotia, a nível hepático, cutâneo, vascular, renal e reumatológico. Descrevemos o estudo preliminar exploratório que partiu de doseamentos de AAT abaixo do limite do normal, entre 2020, 202(1) e 2022, num hospital terciário. Foram analisadas retrospetivamente as manifestações pulmonares e extrapulmonares e sua relação com o nível de défice e fenótipo de AAT.

Resultados: Tiveram doseamento de AAT inferior a 90 mg/dL, 325 doentes com idade média à data do doseamento de 40 anos (min 0 – máx 91), 70% adultos, 88% homens. A maioria dos doentes (69%) apresentava níveis de AAT > 70mg/dL; apenas 1,5% tinham défice grave (< 30mg/dL). A maioria dos doentes (57,5%) não tinha ainda disponível o teste de fenótipo/genótipo. Os fenótipos mais frequentes foram o M1Z (34,78%), seguido de SZ (23,29%). Dos genótipos estudados em população adulta, com doseamento < a 50mg/dL, salientam-se: SMh (N=2), IZ (N=1), ZMh (N=1). Dos doentes revistos, 37,5% tinham envolvimento pulmonar, 1/10 com AAT < 50mg/dL. A proteína C reativa foi mais elevada nos doentes com menor capacidade vital funcional (r pearson= -0.293, p= 0.004). Dos 8(1) doentes com genótipo heterozigótico, 37% tem envolvimento pulmonar, 44.4% tem envolvimento hepático, 4.9% tem cutâneo, 4.9% tem musculoesquelético, 1,2% vascular e 3,7% doença inflamatória intestinal. Da amostra total, 5.5% tiveram envolvimento cutâneo, a maioria com AAT > 50mg/dL. Havia descrição de envolvimento musculoesquelético em 16 doentes (4,4%), nenhum com défice grave de AAT. Doze eram seguidos por envolvimento inflamatório intestinal, mais de 80% com AAT > 70mg/dL. Seis doentes tinham envolvimento vascular, nenhum com défice grave de AAT. Não se verificou significância estatística para a correlação entre idade ao doseamento e envolvimento de órgão, a não ser em relação ao envolvimento pulmonar (p= 0.033).

Discussão: Os autores ressalvam o viés da natureza do estudo: exploratório, no sentido de levantar sintomas extrapulmonares em défices menos graves, com genótipos heterozigóticos/"inocentes" que podem beneficiar de abordagem específica (não-enzimática).

Sendo a AAT uma proteína da cascata de (anti-)inflamação, os autores acreditam que uma avaliação prospetiva com questionário multissistemas pode vir a otimizar a abordagem diagnóstica, terapêutica e prognóstica destes doentes.

Nº 28 Diabetes - O que o tempo faz!

Bárbara Ferreira da Silva(1); Tânia Faustino Mendes(1); Ana Isabel Oliveira(1); Mariana Marques(1); Nuno André Sousa(1); João Gonçalves Pereira(1)

(1) HOSP VILA FRANCA XIRA

Introdução: A Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) representa 90% de todos os casos de Diabetes, estando associada ao desenvolvimento de várias complicações crónicas multissistémicas. Muitas destas podem passar despercebidas até se tornarem graves e irreversíveis, sendo uma importante causa de morbimortalidade.

Objetivos: Caracterização das complicações crónicas numa população com DM2 e a sua relação com o tempo de evolução da doença.

Material e Métodos: Análise retrospetiva dos doentes com DM2, seguidos em consulta hospitalar de Diabetes durante um ano e que no início do seguimento apresentavam mau controlo metabólico (HbA1c > 8%).

Realizada a descrição das complicações crónicas e analisada a relação entre o número das mesmas e anos de evolução de doença. Utilizado o *software SPSS statistics*; a significância estatística foi avaliada por teste não paramétrico e os dados foram considerados estatisticamente significativos se p <0,01.

Resultados: Foram analisados 156 doentes, com mediana de idade de 67 anos, sendo maioria do sexo masculino (57,1%).

Quanto aos anos de evolução de doença, com mediana de 17 anos (máx. 46 anos; mín. <(1) ano), tendo 77% dos doentes mais de 10 anos de evolução e 37% mais de 20 anos.

Relativamente às complicações crónicas, 67,3% dos doentes apresentavam pelo menos uma, com uma média de duas complicações por doente. 28,6% apresentavam nefropatia; 33,3% neuropatia; 53,3% retinopatia; 34,2% doença cardiovascular; 8,6% doença cerebrovascular; 21,9% doença arterial periférica; 4,8% pé diabético; 1,9% disfunção erétil. Para uma evolução da doença <10 anos, verificou-se que 29% dos doentes apresentavam complicações, sendo a nefropatia a mais comum com 16,1%, seguida da retinopatia com 12,9%.

Na análise da relação entre os anos de evolução de doença e o número de complicações apresentado por cada doente, verificou-se uma correlação estatisticamente significativa (p= 0,000 pelo teste de *Spearman's rho*).

Conclusões: Os doentes com Diabetes *mellitus* apresentam um elevado risco de complicações crónicas. Com este trabalho foi possível identificar as complicações mais frequentes numa amostra de vida real, bem como comprovar a relação entre o número de anos de doença e o número de complicações. Realça-se a importância de uma vigilância ativa para uma detecção precoce das mesmas, com elevado benefício para a qualidade de vida do doente.

Nº 29 A prevalência de Infeções em doentes com Diabetes – Casuística de 4 anos de evolução

Ruben Rego Salgueiro(1); Sonia Canadas(1); Maria João Baldo(1); João Barros Rodrigues(1); Inês Salvado Carvalho(1); Mariana Paulos Carriço(1); João Correia(1)

(1) Hospital Dr. Sousa Martins - Guarda

Introdução: A Diabetes *mellitus* (DM) é uma patologia heterogénea com distintas manifestações clínicas e atualmente associada a várias comorbilidades e complicações cardiovasculares. Os pacientes com DM têm uma incidência mais alta de quadros infeciosos recorrentes, que podem contribuir para um aumento da morbimortalidade.

Objetivo: Este estudo tem como objetivo caracterizar as principais infeções que motivaram internamentos e estadias prolongadas no Serviço de Urgência (SU) em doentes com DM.

Método: Foi feita a recolha de dados relativos a 316 doentes diabéticos, seguidos em consultas de diabetologia de uma Unidade Funcional de DM durante 2018 a 2022. Recolheram-se os seguintes fatores: sexo, idade, número de internamentos em contexto de infeção, número de vindas ao serviço de urgência em contexto infecioso com necessidade de avaliação por parte de Medicina Interna, o agente detetado em culturas, tipo de antibioterapia utilizada e valor de hemoglobina glicada durante o insulto infecioso. Foram excluídas as infeções registadas em analises de ambulatório, assim como as pneumonias por SarsCov2 por possibilidade de influenciar conclusões durante o período de pandemia. Posteriormente foi realizada uma análise descritiva da amostra.

Resultados: Foram estudados 316 doentes, com média de idades de 69.16 ± 11.15 anos, dos quais 158 (50%) eram do sexo masculino e outros 158 (50%) do sexo feminino. Foram avaliados 14 casos com diabetes tipo 1, 277 com diabetes tipo 2, 13 com diabetes tipo LADA e 6 com outro tipo de diabetes. 85 doentes (27%) apresentaram infeções que motivaram internamentos ou permanência no serviço de urgência para toma de antibioterapia. Existiu maior prevalência de infeções do trato urinário (ITU) neste tipo de doentes (62% dos casos) sendo as infeções respiratórias o segundo tipo de infeção mais prevalente (27% dos casos). Derivado essencialmente das ITU, os agentes mais isolados em culturas por ordem de prevalência são a *Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae e Candida albicans.* Foram registados três casos de *Klebsiellas* e uma de *Escherichia coli* multirresistentes e produtoras de Betalactamasas. A Ceftriaxona foi o antibiótico mais prescrito durante as intercorrências infeciosas destes doentes.

Quando avaliados os diagnósticos de internamento e de permanência no SU, 47% dos episódios apresentam diagnóstico de diabetes descompensada, durante os episódios. 48% dos doentes diabéticos com intercorrências infeciosas foram internados, a media de hemoglobina glicada foi de 8.8%. A taxa de mortalidade durante o período estabelecido foi de aproximadamente 5% em contexto infecioso.

Conclusões: As ITUs exercem um papel predominante nos doentes com DM, no entanto, estes doentes também aparentam ter maior predisposição a um aumento de infeções atípicas, virais e fúngicas, com necessidade de tratamentos mais agressivos e maior número de hospitalizações.

Nº 30 Caracterização dos internamentos com diagnóstico de hiponatrémia num Serviço de Medicina Interna

Cláudia Gaspar(1); Ana Pimenta de Castro(1); Catarina Carreira da Costa(1); Helena Gonçalves(2); Ana Maria Marreios(2); José Ferreira(1); Joana Oliveira(1); Mariana Antão(1); Fátima Cereja(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro (2) Departamento de Matemática, FCT, Universidade do Algarve

A hiponatrémia é uma das alterações hidroeletrolíticas mais comuns na prática clínica, podendo estar envolvidos diversos mecanismos. O tratamento envolve uma correção cuidadosa do déficit de sódio e/ou desequilíbrio de fluidos, devendo esta ser individualizada.

Com o objetivo de caracterizar uma população internada com o diagnóstico principal de hiponatrémia, num Serviço de Medicina Interna, realizou-se um estudo observacional retrospetivo, num período de 5 anos (2017-2022), onde foram recolhidos e analisados os dados demográficos, clínicos e laboratoriais. Para a análise das variáveis quantitativas utilizou-se o testa não paramétrico de Mann-Whitney e para as variáveis categóricas utilizou-se o teste exato de Fisher.

No período do estudo, foram internados 736 doentes com hiponatrémia, sendo apenas 95 desses com o diagnóstico principal.

Maioria da população é do sexo feminino 67 (70,5%) com uma média de idades 79,8 (± 10.4). Apurou-se que 85 da população, encontrava-se com valores de sódio <125 mEq/L. Os internamentos tiverem em média 10,9 (±11,8) dias, sendo ao contrário do esperado, os internamentos mais prolongados observados nos casos de hiponatrémia moderada 16,7 (±17,5), em oposição aos casos de hiponatrémia severa 10,3 (±10,9).

O principal sintoma motivador de ida ao Serviço de Urgência pertenceu a queixas do trato gastrointestinal (náuseas/vómitos) 40(42,1%), em simultâneo com queixas do sistema neurológico, como astenia 43 (45,3%) e confusão 27 (28,4%).

A iatrogenia ao uso de diuréticos foi a causa mais identificada com 66(69,5%) dos doentes, sendo que destes, 20 (80,0%) deu entrada com hiponatrémia severa.

No momento da alta, 33 (34,7%) foram encaminhados para o Centro de Saúde (CS) e 3(1) (32,6%) para a Consulta Externa (CE). Dos doentes encaminhados, respetivamente para o CS e a CE, respetivamente, 29 (87,9%) e 28 (90,3%) deram entrada com hiponatrémia severa. A taxa de mortalidade foi de 8 (8,4%), na sua maioria mulheres e com hiponatremias severas.

No intervalo de tempo em estudo o Serviço de Medicina contou com um total de 7658 doentes internados. Desses, foi possível averiguar que 736 doentes (9,6%) teve como diagnóstico presente, seja principal ou secundário, a hiponatrémia. No entanto, a hiponatrémia, como diagnóstico principal, constituiu apenas 1,25% do total de internamentos no Serviço de Medicina 2, sendo possível observar, que a sua prevalência é bastante superior no doente complexo de Medicina Interna.

Nº 31 Hipertensão arterial secundária a hiperaldosteronismo primário: caracterização de uma subpopulação.

Sérgio Gomes Ferreira(1); Filipe Machado(1); Diana Dias(1); Luis Fernandes(1); Sara Santos(1); Sofia Ferreira(1); Joana Sequeira(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A aldosterona é uma hormona produzida pelas glândulas adrenais, responsável pela retenção de sódio (e consequentemente de água) e perda de potássio, a nível renal. O hiperaldosteronismo primário (HAP) – secreção aumentada de aldosterona - é uma causa subdiagnosticada de hipertensão arterial (HTA). A apresentação clínica clássica de HAP caracteriza-se por hipertensão resistente com necessidade de pelo menos três classes de fármacos anti-hipertensores. A hipocaliemia é bastante frequente, não estando sempre, inevitavelmente presente. Está também descrito que os pacientes com HAP têm maior risco de desenvolvimento de doença cardiovascular comparativamente aos doentes com outras causas de HTA.

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi caracterizar a população com diagnóstico de HAP, na população com seguimento em consulta externa (CE) de Medicina Interna especializada em HTA, comparando com os pacientes com outras causas de HTA (OCHTA).

Material e Métodos: Foram selecionados e consultados os processos informáticos dos pacientes seguidos em CE de Medicina Interna dedicada à HTA (n=175), com a sua caracterização e isolados e caracterizados os doentes com diagnóstico já estabelecido de HAP (n = 9). Foi realizada uma análise estatística com recurso a SPSS.

Resultados: Os pacientes com HTA secundária a HAP (n=9, 5,1%) dividiam-se por género, de uma forma praticamente semelhante aos doentes com outras causas de HTA (OCHTA), com uma prevalência ligeiramente maior de homens (55,6% e 55,4%, respetivamente). A idade média dos pacientes com HAP era de 62 anos (superior aos 59 anos dos pacientes com OCHTA). No grupo do HAP, apenas 50% destes pacientes tinham hipocaliemia à apresentação (com caliemia média de 3,2 mmol/L, mínima de 1,9 mmol/L e máxima de 4,2 mmol/L). Os pacientes estavam, na sua maior parte, medicados com pelo menos 3 classes de anti-hipertensores (quer os pacientes com HAP quer os do grupo de OCHTA). Contudo, a estratégia terapêutica nem sempre incide na mesma classe de fármacos quando se comparam os dois grupos (HAP vs OCHTA). IECA ou ARA são os anti-hipertensores mais utilizados nos dois grupos (88,9% no HAP vs 84,3% nas OCHTA), seguidos pelos antagonistas dos canais de cálcio (88,9% vs 62,0%). Objetivou-se muito menor incidência de uso de diuréticos, quer tiazídicos (33,3% no HAP vs 44,4% nas OCHTA), quer nos diuréticos de ansa (11,1% vs 17,5%). Por outro lado, 77,8% dos pacientes com HAP faziam antagonistas dos recetores dos mineralocorticóides, comparado com 19,3% nos pacientes com OCHTA, muito possivelmente também pelo seu efeito poupador de potássio. Quanto ao desenvolvimento de lesão de orgão alvo (LOA), esta pôde verificar-se com maior prevalência nos pacientes com HAP (77,8% vs 50,0%), com destaque para a insuficiência cardíaca (33,3% vs 18,1%) e doença renal crónica (33.3% vs 12.7%). No que a outras comorbilidades cardiovasculares diz respeito, a dislipidemia, a obesidade e a hiperuricemia foram mais prevalentes no grupo de pacientes com HAP.

Conclusões: Conforme descrito pela escassa literatura que aborda HAP (possivelmente pela sua baixa incidência na população), confirmou-se neste estudo que estes doentes têm algumas particularidades relativamente aos pacientes com outras causas de HTA, nomeadamente diferente abordagem terapêutica, maior desenvolvimento de LOA e a existência de mais fatores de risco de doença cardiovascular, o que deve motivar um maior cuidado e vigilância no seguimento destes pacientes.

Nº 32 Rastreio Nutricional na Enfermaria de Medicina Interna

Inês de Amorim Pereira(1); Ricardo Marinho(1); Ana Monteiro(1); Catarina Costa(1); Nuno Miguel Pereira(1); Diana Miranda(1); Diana Rocha(1); Isabel Fonseca Silva(1); Rui Flores Ribeiro(1); José Nuno Magalhães(1); Inês Marques Ferreira(1); Patrícia Neves(1); Ana Correia(1); Carla Gonçalves(1); Mariana Costa(1); Catarina Veiga(1); Márcia Cravo(1); Rute Martins(1); Margarida França(1); Luísa Serpa Pinto(1); Manuela Bertão(1); Raquel Pereira(1); Fernando Pichel(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário do Porto

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, 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 entre o dia (1) de Fevereiro de 2022 e 3(1) de Dezembro de 2022. 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 análise estatística foi realizada através do *software* IBM SPSS versão 27 e utilizado o teste p, considerando-se $p<0,0(1)$ como estatisticamente significativo.

Resultados: Foram avaliados 2580 doentes, destes 1278 doentes (49,5%) eram do sexo masculino. A idade média foi de 75,3 ± 15 anos. O tempo mediano de internamento era de 16,34 ± 19 dias, com um mínimo 0 e máximo 242 dias. A taxa de mortalidade foi de 34,1% (n=879).

O rastreio nutricional foi positivo em 1259 doentes (48,8%). Os doentes com rastreio positivo apresentaram um aumento do tempo mediano de internamento de 13 dias com IQR de 17 dias, ao contrário dos doentes no grupo controlo com tempo mediano de internamento de 9 dias com IQR de 10 dias ($p<0,01$). Quanto aos falecidos, 578 doentes que faleceram apresentavam risco nutricional, apresentando uma taxa de mortalidade de 45,8%, ao contrário dos que não apresentavam risco nutricional que apenas apresentavam uma taxa de mortalidade de 22,9% (n= 303).

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 mostram 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.

Nº 33 Hepatite autoimune – 3 entidades diferentes?

Bruno Daniel Santos Besteiro(1); Claudemira Pinto(1); Joana Tender Vieira(1); Maria Inês Matos(1); Maria Teresa Brito(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar São João

Objetivos: A hepatite autoimune (HAI) é subdividida de acordo com o perfil de autoanticorpos circulantes, sendo que alguns autores postulam diferenças na apresentação clínica e resposta ao tratamento entre os diferentes grupos. O objetivo deste trabalho foi avaliar as diferenças e validade da subclassificação da HAI.

Material e métodos: Estudo retrospetivo e unicêntrico, que incluiu os indivíduos com HAI tipo 2 e 3 seguidos em consulta especializada. Estes indivíduos foram

comparados com doentes com HAI(1) representativos deste grupo. A resposta ao tratamento foi definida como normalização das transaminases e imunoglobulina G (IgG).

Resultados: Foram incluídos 27 doentes com HAI1, 7 com HAI2 e 5 com HAI3, a maioria do sexo feminino (HAI(1) 74,1%; HAI2 100%; HAI3 100%). A HAI2 foi diagnosticada em idades mais jovens (2(1) anos, IQR 6-33) em comparação com a HAI(1) (53 anos, IQR 37- 66) e HAI3 (37 anos, IQR 14-63); p=0,034. Ao diagnóstico, não existiam diferenças estatisticamente diferentes entre os 3 grupos no que diz respeito à presença de sintomatologia (p=0,685) ou fibrose avançada/cirrose no exame histológico (p=0,200). Os doentes com HAI3 apresentavam valores de transaminases e IgG tendencialmente mais baixos ao diagnóstico, no entanto sem diferenças estatisticamente significativas. A percentagem de doentes com resposta completa ao tratamento foi significativamente menor na HAI(1) (HA(1) 40,7% vs. HAI2 85,7% vs. HAI3 80,0%; p=0,034). Além disso, o grupo com HAI(1) apresentou mais frequentemente evolução da doença hepática crónica para cirrose (HAI(1) 51,9% vs. HAI2 42,9% vs. HAI3 20,0%; p=0.003).

Conclusões: A HAI2 tem geralmente início na adolescência/jovem adulto, enquanto que as restantes tendem a surgir em idades mais avançadas. Apesar da forma de apresentação ser sobreponível nos 3 grupos, a HAI(1) apresenta pior resposta ao tratamento e maior risco de evolução da doença hepática crónica. Assim, os clínicos devem manter uma vigilância mais apertada deste grupo.

Nº 34 Trombocitose: estudo etiológico numa população hospitalar

Ana Andrade Almeida(1); António Pais Lacerda(1); Liliana R Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A trombocitose constitui um achado laboratorial incidental frequente. Pode ser classificada em dois tipos principais: trombocitose primária e secundária. A avaliação etiológica é relevante pelas suas implicações na investigação, tratamento e prognóstico dos doentes. A utilização individual de parâmetros laboratoriais para a distinção das duas grandes etiologias de trombocitose nem sempre revela resultados consistentes. Neste sentido, Shen *et al*. em 2021, desenvolveram um *score* simples, baseado em vários dados laboratoriais comummente disponíveis, numa tentativa de distinguir as trombocitoses primárias das secundárias.

Objetivos: Descrever as principais etiologias de trombocitose no cenário de uma enfermaria de Medicina Interna e verificar a utilidade de múltiplos parâmetros laboratoriais na distinção entre as trombocitoses primárias e secundárias, utilizando o *score* de Shen *et al.*

Métodos: Estudo retrospetivo de (1) ano que incluiu todos os doentes com uma

contagem plaquetar superior a 450,000 /µL, internados num serviço de Medicina Interna de um hospital universitário. Realizada a recolha de dados clínicos e laboratoriais, foi depois aplicado o *score* de Shen ***et al.*** a esta amostra populacional.

Resultados: De um total de 346 casos de trombocitose, verificou-se poder ser reativa a uma outra afeção em 333 doentes (96.24%) e ser primária em 13 doentes (3.56%). A policitémia vera e a trombocitémia essencial constituíram as principais etiologias de trombocitose primária e as etiologias de trombocitose secundária mais frequentes foram infeções e neoplasias. A análise estatística dos parâmetros laboratoriais dos dois grupos etiológicos revelou valores significativamente superiores da contagem de eritrócitos, hemoglobina, hematócrito, RDW, leucócitos, basófilos, plaquetas, plaquetócrito, VPM, PDW e LDH na trombocitose primária. Os valores de linfócitos, PCR e ferritina foram significativamente superiores na trombocitose secundária ($p<0.05$). A união dos parâmetros laboratoriais estatisticamente significativos no *score* de Shen ***et al.*** demonstrou uma sensibilidade de 69.23% e uma especificidade de 97.60% na deteção de trombocitose primária, com um valor preditivo positivo de 52.96% e um valor preditivo negativo de 98.78%. Verificou-se, ainda, que o tempo até à normalização completa da contagem plaquetar foi significativamente superior na trombocitose primária ($p<0.0001$) e que a trombocitose primária se associou a uma significativamente maior taxa de complicações tromboembólicas ($p=0.0002$).

Conclusões: O reconhecimento das principais etiologias de trombocitose e das principais diferenças entre diversos marcadores laboratoriais pode auxiliar na abordagem diagnóstica da trombocitose. A utilização de *scores*, tal como demontrou Shen ***et al.***, poderá tornar-se útil, económico e conveniente na avaliação primária dos doentes em ambulatório, facilitando a priorização da sua referenciação para cuidados hospitalares especializados.

Abreviaturas:

RDW – Amplitude de Distribuição dos Glóbulos Vermelhos
VPM – Volume Plaquetário Médio
PDW – Largura de Distribuição de Plaquetas
LDH – Desidrogenase láctica
PCR – Proteína C Reativa

Referências bibliográficas

Shen, C.-L., Hsieh, T.-C., Wang, T.-F., Huang, W.-H., Chu, S.-C., & Wu, Y.-F. (2021). Designing a Scoring System for Differential Diagnosis From Reactive Thrombocytosis and Essential Thrombocytosis. Frontiers in Medicine, 8. https://doi.org/10.3389/fmed.2021.736150

Nº 35 A anemia num serviço de Medicina Interna – fotografia de um dia

Angelica de Freitas e Lopes(1); Carmo Teixeira da Mota,(1); Teresa Moitinho de Almeida(1); Maria Joana Alvarenga(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A anemia tem uma prevalência elevada na população hospitalizada, sobretudo nos idosos, sendo muitas vezes desvalorizada e associada ao "envelhecimento normal". Há evidência crescente de que constitui um marcador importante de prognóstico funcional, vital e de prolongamento de internamento. Nesse sentido, carece de investigação diagnóstica completa e terapêutica dirigida, quando necessário.

Objetivos: Determinar a prevalência da anemia nos doentes internados e caracterizá-la quanto à população, gravidade, volume globular médio (VGM), etiologia, abordagem diagnóstica e terapêutica.

Materiais e métodos: Estudo retrospetivo observacional. Foram incluídos os

doentes internados no serviço de Medicina Interna de um hospital central, durante um dia. Analisou-se as variáveis: idade, sexo, comorbilidades, presença de anemia, gravidade, VGM, parâmetros do metabolismo do ferro, folatos, vitamina B12, causas da anemia, investigação endoscópica e terapêutica efetuada. Foram estudadas comorbilidades como hipertensão arterial, cardiopatia, doença renal crónica, diabetes mellitus, doença hepática, tumores sólidos ativos e neoplasias hematológicas. A presença e gravidade da anemia foram definidas de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde. Os dados foram obtidos dos processos clínicos e tratados através do programa Microsoft Excel.

Resultados: Incluíram-se 96 doentes, dos quais 80% (*N*=77) tinham anemia. A anemia foi mais frequente na faixa etária de ≥ 85 anos e mais prevalente no sexo feminino (58%, *N*=45). 5% (*N*=4) destes doentes não apresentava comorbilidades. A anemia ligeira foi a mais frequente (53%, *N*=41), assim como a normocítica (70%, *N* =54). A causa mais frequente de anemia foi a multifatorial (32%, n=25), seguida de anemia inexplicada (39%, *N* =22) e défice nutricional (17%, *N* =13). Dos 48 doentes que tinham doseamento de ferro e ferritina, 58% (*N* =28) apresentava défice de ferro e 42% (*N* =20) tinha a ferritina aumentada. 33 de 46 doentes (72%) apresentavam défice de saturação de transferrina e 29 (63%) tinham défice de capacidade de total de fixação do ferro. Os défices de ácido fólico e vitamina B12 da população estudada (*N*=47) foram mais raros, 21% (*N*=10) e 4% (*N*=2), respetivamente. Dos que fizeram tratamento (39%, n=30), 22% (*N*=17) fez transfusão de concentrado eritrocitário, 17% (*N*=13) carboximaltose férrica e 17% (*N*=13) ácido fólico. Foi realizado estudo endoscópico em 13% (*N*=10) dos doentes, tendo-se identificado em 80% alterações que poderiam justificar a anemia.

Conclusão: Depreendemos que a anemia é uma patologia muito prevalente no serviço de Medicina, principalmente na população idosa, sendo mais frequentemente a normocítica e ligeira. Contudo, uma abordagem clínica global da anemia é essencial nos doentes hospitalizados, considerando o seu impacto negativo na qualidade de vida, no prognóstico e nas hospitalizações.

Nº 36 Mastocitose sistémica indolente: revisão de uma série de casos num hospital

Sérgio Costa Monteiro(1); Sara P. Bravo(1); Raquel M. Vieira(1); Paula Mesquita(1); Dino Luís(1); Gisela Ferreira(1); Jorge Henriques(1); Susana Cavadas(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A mastocitose sistémica indolente (MSI) integra cerca de 70% dos casos de mastocitose sistémica. É uma entidade rara, provavelmente subdiagnosticada, e caracteriza-se por uma notável heterogeneidade clínica.

Métodos: Estudo retrospectivo, em que foram levantados todos os doentes com MSI seguidos num hospital periférico até à data de janeiro/2023, contabilizando-se um total de 4 casos. Procedeu-se à sua descrição com ênfase na apresentação clínica e no diagnóstico, de forma a reforçar a importância da suspeição diagnóstica..

Resultados: A média de idades ao diagnóstico foi de 65.5 anos (com intervalo compreendido entre os 56 e os 80 anos) sendo que 75% dos doentes eram do sexo masculino. Como diagnósticos médicos prévios transversais a todos os doentes destacam-se os hábitos tabágicos e a hipertensão arterial. Como esperado, a clínica de apresentação foi variável. Dois doentes apresentaram-se com lesões cutâneas do tipo urticária pigmentosa (*rash* maculopapular) com fenómeno *Darier* positivo, *flushing* e lipotimia. De forma interessante, dois doentes iniciaram a marcha diagnóstica a partir do estudo etiológico de choque anafilático. Os precipitantes mais comuns identificados nesta série de 4 doentes, foram o factor *stress*, a reação à picada de *Vespa velutina* e o consumo

de AINES. Nenhum dos doentes apresentou critérios *major* de MSI, contudo todos eles apresentaram 3 critérios *minor* (de um total de 4 critérios existentes) inclusivé, um dos quais, preencheu mesmo os 4 critérios em questão. O achado B mais significativo documentado até ao momento foi a hepatomegalia, sendo que nenhum dos doentes apresenta qualquer achado C à data atual. A radiografia do esqueleto também se apresentou normal em todos os doentes. Em termos analíticos não há alterações a referir em nenhum dos doentes que integraram esta série de casos, nomeadamente ausência de elevação das enzimas de citocolestase, lactato desidrogenase, IgA, IgG, IgM e beta2-microglobulina. Também, em todos os doentes, a IgE tem-se mantido sempre normal e sem qualquer correlação com a gravidade clínica. Destaca-se, ainda, que todos os doentes apresentaram elevações significativas da triptase sérica, com uma média de 82.4 ng/mL, sendo que valores de triptase sérica mais elevados se correlacionaram com a presença de um maior número de achados clínicos quer na altura do diagnóstico, quer à data atual. Em todos os casos foi documentada a mutação c-KIT D816V no sangue periférico, tendo-se posteriormente seguido para um estudo mais completo que envolveu mielograma, imunofenotipagem de aspirado de medula óssea e biopsia de medula óssea, todos a corroborar o diagnóstico.

Conclusões: A MSI é uma patologia com um bom prognóstico, em que se privilegia o tratamento sintomático, sendo crucialreconhecer e evitar os principais *triggers* de desgranulação dos mastócitos de forma a evitar as comorbilidades mais comummente encontradas nestes doentes. Todos os doentes encontram-se, à data atual, em *follow up* na consulta de hematologia clínica.

Nº 37 Levofloxacina vs Azitromicina no tratamento da Legionella: a realidade de um hospital terciário.

Ana Rita Ramalho(1); Adriana Henriques(1); Guilherme Camões(1); Tânia Cardoso(1); Filipa Fernandes(1); Khrystyna Fedak(1); Inês Sofia Gonçalves(1); Diana Ferreira(1); José Pereira de Moura(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução: A *Legionella* spp é um dos patogéneos mais frequentemente associados à Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC), apresentando uma morbimortalidade importante: 1 em cada 10 doentes vai morrer de complicações da doença, e (1) em cada 4 doentes morre em contexto hospitalar. Por esse motivo, importa não só o diagnóstico microbiológico, como o tratamento dirigido. A pesquisa microbiológica está apenas indicada nos casos em que há contexto epidemiológico (como surto ou viagem recente) e nos casos de PAC severa. O tratamento indicado é a Azitromicina ou a Levofloxacina, dependendo a duração do tratamento da gravidade do quadro, da presença de comorbilidades (como a imunossupressão) e da ocorrência de complicações. Não há um entendimento claro sobre a superioridade de qualquer dos esquemas, sendo raros os trabalhos que se ocupam desta questão pela rara prevalência da PAC por *Legionella*.

Objetivo: Comparar a mortalidade intra-hospitalar entre os doentes medicados com Azitromicina e com Levofloxacina. Pretendemos ainda compreender se a escolha do tratamento apresenta impacto prognóstico nos dias até apirexia, na resolução da insuficiência respiratória, na duração de internamento e no reinternamento a 30 dias.

Material e Métodos: Estudo retrospetivo, transversal, observacional e inferencial. Reviram-se os registos clínicos dos doentes com o diagnóstico de PAC por *Legionella* admitidos no nosso hospital nos últimos 12 anos. Dos 10(1) doentes admitidos, 38 foram excluídos. Os dois grupos de doentes não apresentaram diferenças demográficas estatisticamente significativas (Azitromicina vs Levofloxacina) $p<0.05$, com idade média de 6(1)

vs 57 anos, prevalência do género masculino 78 *vs* 78%, de imunossupressão 4 *vs* 6%, de insuficiência renal 37 *vs* 19% e de hipoalbuminemia 22 *vs* 22%. Relativamente à admissão hospitalar, verificou-se uma pressão arterial média de 95 *vs* 90mmHg (p=0.20), uma frequência cardíaca média de 97 *vs* 96bpm (p=0.95), uma PaO2/FiO2 média de 280 *vs* 304 (p=0.24). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no PSI score (93 *vs* 76, p=0.05) e no APACHE II (12 *vs* 8, p=0.04), mas não no CURB-65 (p=0.83), no SAPS II (p=0.14) ou no SOFA (p=0.09).

A mortalidade intra-hospitalar foi de 3 (11%) no grupo sob Azitromicina e 0 no grupo da Levofloxacina. A diferença de risco indicou que os doentes que receberam

Azitromicina apresentaram (1) episódio de morte a mais por cada 10 indivíduos quando comparados com os que receberam Levofloxacina, com significância estatística (p=0.04, 95% C.I. [-0.01,0.23]. Relativamente às restantes variáveis prognósticas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos dias até apirexia (2 *vs* 2, p=0.82), nos dias até ausência de insuficiência respiratória (1(1) *vs* 9, p=0.57), nos dias até alta hospitalar (13 *vs* 11, p=0.54), na mortalidade aos 30 dias (3 *vs* 0, p=0.10).

Resultados e Conclusões: Para a realidade da população do nosso hospital parece haver um aumento da mortalidade intra-hospitalar nos doentes com PAC por Legionella sob Azitromicina, não obstante essa diferença não ser estatisticamente significativa devido à baixa incidência de mortes no nosso grupo de estudo. Assim, o nosso trabalho elucida acerca de um tema clínico pertinente, levantando a necessidade de um estudo multicêntrico com um maior número de doentes.

Nº 38 Perfil microbiológico e sensibilidade aos antimicrobianos de infeções urinárias da comunidade

Pedro Gomes Santos(1); Paula Nogueira(1); Teresa Abegão(1); Mihail Mogildea(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introdução: As infeções do trato urinário (ITU) são patologias bastante frequentes na nossa população. A utilização frequente de antibióticos, bem como o contato dos doentes com os cuidados de saúde, são fatores de risco para o desenvolvimento de microrganismos resistentes. Torna-se assim essencial conhecer a epidemiologia local e o perfil de resistências aos antimicrobianos, de modo a otimizar o tratamento.

Objetivo: Avaliar padrão de isolamentos microbiológicos, sensibilidade aos antimicrobianos e antibioterapia prescrita de doentes com ITU sintomática, internados num serviço de Medicina Interna.

Material e Métodos: Este é um estudo observacional retrospetivo de doentes adultos, internados com o diagnóstico de ITU, numa enfermaria de Medicina Interna, entre (1) de janeiro de 2019 a 3(1) de dezembro de 2021. Foram incluídos doentes com diagnóstico à admissão de ITU (cistite aguda, prostatite aguda ou pielonefrite aguda), independentemente de estes serem ou não o motivo de internamento. Foram excluídos doentes algaliados previamente ao internamento ou com infeção associada aos cuidados de saúde (doentes transferidos de outras unidades de saúde). Posteriormente procedeu-se à consulta do processo clínico, recolhendo os dados de isolamento microbiológico e da antibioterapia prescrita.

Resultados: Incluímos 118 doentes, com uma idade mediana de 83 anos (mínima 19, máxima 100), sendo 63% (n=74) do sexo feminino. Dos casos analisados, 2 apresentavam prostatite aguda, 45 cistite aguda e 7(1) pielonefrite aguda. De todos os doentes, 92% (n=108) colheram urocultura (UC), sendo que destas, 57% (n=62) eram positivas. Das 62 UC positivas, em 4 foram isolados mais de um agente. Observou-se um predomínio de *Escherichia coli* (35%), seguida de *Klebsiella pneumoniae* (32%) e de *Pseudomonas aeruginosa* (15%). Outros agentes, como *Enterococcus faecalis* e *Proteus mirabilis*, foram

responsáveis por 18% dos isolamentos. De todos, 68% apresentavam resistências a pelo menos um dos antimicrobianos testados, sendo a *Klebsiella pneumoniae* o agente em que foram observadas mais resistências (86%), seguido da *Escherichia coli* (70%). Resistências às quinolonas foram observadas em 30% dos isolamentos de *E.*coli e em 50% das *K.pneumoniae*, enquanto estas bacterias apresentaram uma resistência à amoxicilina/ácido clavulânico em 48% e 43%, respetivamente. Entre os doentes que apresentaram microrganismos resistentes, 80% tiveram contacto com unidades de saúde (episódios de urgência ou internamento) nos 12 meses prévios. Os antimicrobianos mais prescritos foram as cefalosporinas (72%), da qual se destaca a ceftriaxona. O meropenem foi precrito em 8% das situações e as quinolonas em 5%.

Conclusões: O nosso estudo demonstrou uma elevada prevalência de bactérias Gram negativas, com destaque para a *E.coli*, compatível com o descrito na literatura. Também se observou um elevado perfil de resistências, com destaque para as quinolonas e amoxicilina/ácido clavulânico, com resistências superiores às observadas noutros estudos do nosso país. Estes dados evidênciam uma necessidade de otimizar as prescrições de antimicrobianos, de modo a reduzir o desenvolvimento de microorganismos resistentes.

Nº 39 Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: qual o seu impacto no desfecho dos Internamentos?

José Ganicho(1); Renata Martinho(1); Ana Rita Pessoa(2); Paula Guimarães(2); Agnieszka Czajkowska(2); Marcel Guerreiro(2); Eunice Patarata(2); Mariana Popovici(2); Claudia Mihon(2); Heidi Gruner(2); António Panarra(2)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Introdução: A Direção Geral de Saúde define a Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) como uma infeção adquiria por doentes em consequência do contacto com a prestação de cuidados e procedimentos de saúde. Estas não implicam necessariamente contacto com o meio hospitalar, mas ocorrem nas primeiras 48 horas de internamento ou até 30 dias após a alta. Embora a sua incidência tenha vindo a diminuir, ainda constituem uma ameaça à Saúde Global com impacto no aumento de resistências aos antibióticos, na morbi-mortalidade, no prolongamento de internamentos e nos custos associados.

Objetivo: Caracterizar o impacto das infeções nosocomiais no prolongamento do internamento, num Serviço de Medicina Interna.

Métodos: Estudo retrospetivo observacional de doentes internados num Serviço de Medicina de Hospital Central, entre Agosto e Outubro 2022, mediante consulta do processo clínico eletrónico (excluídos os doentes que permanecerem menos de 48 horas internados). Foram avaliados dados demográficos, comorbilidades, demora média, mortalidade e necessidade de suporte social. Consideraram-se dias de internamento prolongado os equivalentes à duração da antibioterapia, sendo excluídos dias adicionais para resolução de outras intercorrências.

Resultados: Dos 117 doentes incluídos, 37 doentes (31,6%) contraíram infeções nosocomiais. Os doentes com infeção apresentavam uma idade média superior (77,5(1) anos / 72,1(1) anos), maior dependência, total ou parcial (51,25%/33,75%), um internamento mais prolongado (23,70 dias / 13,42 dias) e maior mortalidade (29,72% / 11,25%).

Dos 37 doentes, 1(1) contraíram uma 2ª infeção e 2 doentes uma 3ª infeção (total de 50 infeções). Das infeções com agente isolado, 56% uroculturas, 12% hemoculturas, 4% secreções bronquicas e 2% pesquisa de fezes a *Clostridium difficile.* Não se isolou agente

em 26% das infeções. Os doentes que contraíram infeção nosocomial estiveram em média 1(1) dias a cumprir antibioterapia (mediana 7 dias, um cumpriu 4(1) dias por artrite sética e endocardite a MSSA). Relativamente aos isolamentos, destacam-se: 22% *Escherichia coli*; 7% *Klebsiella pneumoniae* (das quais 42,85% ESBL) e 10% *Proteus mirabilis*. Dos antibióticos prescritos, 27,12% eram *Piperacilina-Tazobactam*; 16,95% *Ceftriaxone*; 6,78% *Amoxicilina,* 6,78% *Amoxicilina-Ácido Clavulâmico* e 6,78% *Ertapenem*.

Discussão: Os doentes com infeções nosocomiais apresentam uma média de idades superior, internamentos mais prolongados, maior dependência e um maior número de óbitos. Para além disso, destaca-se a frequência das infeções do foro urinário. No presente estudo, evidencia-se não só a prevalência das infeções nosocomiais, como o seu impacto no prolongamento dos internamentos, que resulta em maior morbi-mortalidade. É fundamental discutir os presentes resultados, com vista à criação e implementação de programas que contribuam para a redução das infeções nosocomiais.

Nº 40 Casuística da consulta Pós-COVID num hospital central

Helena Rodrigues(1); Sandra Santos(1); Manuel Maia(1); Tiago Costa(1); Joana Paixão(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A COVID-19 constitui um dos maiores desafios de saúde, não só pelo alcance pandémico, mas igualmente por condicionar um conjunto de sequelas cujo impacto ainda está por determinar cabalmente. A síndrome pós-COVID (SPC), é definida como a presença de uma panóplia de sintomas, desenvolvidos durante ou após a infecção aguda e que persistem por 2 ou mais meses após a infecção e não são explicados por um diagnóstico alternativo. (1) Perante o aparecimento desta nova entidade, foi criada uma consulta diferenciada, por forma a assegurar a identificação precoce de sequelas, minimizar o seu impacto e potenciar uma recuperação célere das mesmas.

Objetivo: Caracterizar a população de doentes observados em consulta de Medicina Interna Pós-COVID, num hospital central.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu os doentes acompanhados em consulta de Medicina Interna-Pós-COVID, de Setembro de 202(1) a Janeiro de 2023. Os dados foram obtidos a partir dos registos das consultas.

Resultados: Realizaram-se 19(1) consultas, com um total de 104 doentes sendo a maioria mulheres (62,5%), com média de idades de 62,1±14.5 anos. A maioria foi referenciada cerca de 90 dias após a fase aguda e a partir de consultas hospitalares; os restantes, foram encaminhados pelo serviço de urgência, internamento e Centros de Saúde. As queixas mais frequentes foram a fadiga (83%), sintomas neuropsiquiátricos, mialgias/artralgias e dispneia. Merecem ainda destaque as sequelas pulmonares, cardíacas e as suspeitas de tromboembolia pulmonar crónica. Uma percentagem expressiva (80%) apresentava fatores de risco cardiovasculares (FRCV) e cerca de metade tinham antecedentes de patologia respiratória. Pelo menos 1/3 acumulava 2 FRCV. Relativamente à fase aguda da infecção, cerca de metade dos doentes reportavam doença ligeira, 27% moderada e 22% grave. Salienta-se que, da totalidade de doentes com clínica incapacitante, comprometendo as AVDs e/ou desempenho laboral, apenas um número escasso mereceu cuidados hospitalares na fase aguda da infecção. O intervalo temporal até melhoria sintomática, variou entre as classes etárias, oscilando entre os 6-8 meses.

Conclusões: Os escalões etários mais afectados(50-70 anos), assim como o maior atingimento do sexo feminino, coincidem com o descrito na literatura (2), tal como se constata com as queixas mais prevalentes, fadiga, compromisso cognitivo e também a dispneia. Os dados analisados, ainda que preliminares, permitem afirmar uma associação

causal entre a existência de FRCV e/ou patologia respiratória crónica, e a morbilidade resultante da SPC, refletindo a vulnerabilidade destes doentes. Estes factos corroboram, globalmente, o que está publicado em estudos vários, reforçando ainda que as sequelas desta síndrome, nesta amostra, são debeladas nos primeiros 12meses. Realça-se a pertinência da criação desta consulta pela Medicina Interna que, conciliando uma visão holística e integradora do doente, se traduziu num impacto positivo na qualidade de vida dos doentes acompanhados. Ao reunir e partilhar informação sobre a SPC, contribuímos para o seu melhor entendimento, o que se traduzirá, sem dúvida, em ganhos de saúde.

1. Long COVID or Post-COVID Conditions | CDC [Internet]. Available from: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects/index.html

2. Huerne K, et al. Epidemiological and Clinical Perspectives of Long COVID Syndrome. American Journal of Medicine Open. 2023 Jan;100033.

Nº 41 Antibioterapia: Casuística de um dia de internamento

Anita Trigueira(1); Joana Melo(1); Rita Soares Costa(1); Rita Maciel(1); Luís Andrade(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A antibioterapia é um tema fundamental em contexto de internamento hospitalar. A promoção do seu uso criterioso é essencial dado o aumento progressivo das resistências a antimicrobianos, ditando a necessidade de monitorização hospitalar por parte de equipas dedicadas.

Objetivo: Avaliação descritiva da antibioterapia realizada nos doentes internados num Serviço de Medicina Interna de um Hospital Distrital.

Material e métodos: Estudo retrospetivo, tendo sido avaliados os doentes internados sob antibioterapia num Serviço de Medicina Interna. Foi selecionado um dia com maior número de doentes internados. A aquisição de dados foi realizada por consulta do processo clínico informático. Foram recolhidas variáveis demográficas, diagnósticos na admissão, antibioterapia prévia, antibioterapia a ser realizada nesse dia, exames microbiológicos pedidos e seus isolamentos. A análise estatística descritiva foi realizada por intermédio do SPSS v26.0.

Resultados: De um total de 104 doentes internados a 23 de janeiro de 2023, verificou-se que 54,8% (n=57) se apresentavam sob antibioterapia. Observou-se um predomínio do sexo feminino (57,9%, n=33), com uma idade mediana de 82 anos (amplitude interquartil 14; idade mínima 25 anos e máxima 96 anos). As infeções respiratórias baixas (pneumonia ou traqueobronquite) foram o principal diagnóstico a motivar antibioterapia (49,1%, n=28). O esquema de antibioterapia mais utilizado foi a amoxicilina/clavulanato (29,8%, n=17), sendo que a maioria dos doentes iniciou antibioterapia de forma empírica (86,0%; n=49). Foram colhidos estudos microbiológicos em 49,1% dos doentes (n = 28), tendo-se verificado o isolamento de microrganismos em 21,1% dos doentes (n=12), traduzindo uma taxa de rentabilidade de estudos microbiológicos de 42,9%. A referir estudos microbiológicos pendentes em 19,3% doentes (n=11).

A antibioterapia de largo espetro foi prescrita em 26,3% doentes (n=15), a maioria iniciada de forma empírica (93,3%; n=14). A antibioterapia de largo espetro mais utilizada foi a Piperacilina/tazobactam (17,5%; n=10), seguida do ertapenem (3,5%; n=2) e levofloxacina (3,5%; n=2). Note-se que, 45.6% dos doentes (n=26) tinham realizado antibioterapia no mês prévio.

Conclusões: A antibioterapia tem uma expressão significativa na terapêutica do doente internado por motivos médicos. Atendendo à altura do ano, o motivo principal a

ditar a introdução de antimicrobianos foram as infeções respiratórias, havendo preferência por beta-lactâmicos em combinação com inibidores de beta-lactamases, tal como preconizado nas recomendações nacionais e internacionais.

A antibioterapia de largo espetro foi utilizada em doentes com pressão antibiótica prévia e de forma adequada ao quadro clínico. Salienta-se a pertinência do ajuste terapêutico de acordo com os isolamentos encontrados. O uso criterioso de antibióticos é imperioso para evitar um aumento de agentes multirresistentes.

Nº 42 Infeção Nosocomial num Serviço de Medicina Interna – Prevalência e Fatores Associados

Sara M. Campos(1); Maria João Redondo(1); Maria Margarida Rosado(1); Tiago Alexandre(1); Liliana Pedro(1); Nuno Bernardino Vieira(1); Luísa Arez(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introdução: As infeções nosocomiais continuam a ser uma temática com impacto no curso e duração do internamento dos doentes. Embora já exista evidência de alguns dos fatores influenciadores para o aparecimento de infeções nosocomiais, mantém-se a necessidade de caracterizar e identificar os fatores de risco que poderão predispor os doentes ao desenvolvimento dessas infeções.

Objetivo: Quantificar e caracterizar os doentes com infeção nosocomial e respetivos fatores de risco numa enfermaria de Medicina Interna.

Material e métodos: Estudo observacional de coorte com colheita de dados retrospetiva, que incluiu os doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna entre (1) de janeiro de 202(1) e 3(1) de dezembro de 2022. Identificaram-se os casos de infeção nosocomial e analisadas as características demográficas, características prévias ao internamento (grau de autonomia, institucionalizado em lar e índice de comorbilidade de Charlson) e do internamento (serviço de origem e duração do internamento). Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial bivariada (teste de qui-quadrado, Mann-Whitney e teste T para amostras independentes), sendo considerado estatisticamente significativo um $p < 0.05$.

Resultados: Foram incluídos 1440 doentes com uma prevalência de 12,6% (n=182) de infeção nosocomial. A maioria (65%) dos doentes com infeção nosocomial era do sexo masculino, com uma idade média de 77,9 anos, sendo a faixa etária predominante (50,5%) a dos 65-84 anos. A demora média dos doentes com infeção nosocomial foi de 15,6 dias (7,6 dias nos sem infeção). Verificou-se uma associação significativa entre a ocorrência de infeção nosocomial e a proveniência do doente ($p<0,01$), o seu grau de autonomia ($p<0,05$), o Charlson prévio ao internamento ($p<0,001$), a institucionalização prévia ($p<0,001$) e a demora do internamento ($p<0,001$).

Conclusões: O grau de dependência prévio ao internamento, a institucionalização, o índice de comorbilidade e o tempo de internamento associaram-se significativamente à ocorrência de infeção nosocomial, concordante com o descrito na literatura e demonstrando a influência do status funcional e comorbilidades do doente nesta patologia. A avaliação dos fatores de risco e a caracterização dos doentes com maior predisposição para infeção nosocomial torna-se essencial para a estratificação do risco de cada doente e criação de escalas de avaliação de probabilidade de infeção nosocomial no momento da admissão hospitalar, de modo a implementar estratégias dirigidas de prevenção.

Nº 43 Prescrição de antibioterapia na enfermaria de Medicina Interna - um estudo transversal

Dra. Carolina Abreu(1); Beatriz Cêrca(1); Diogo Andrade Pereira(1); José Joaquim(1); Marta Azevedo Ferreira(1); Pedro Moules(1); Rita Palma Féria(1); Ana Isabel Reis(1); Fernando Martos Gonçalves(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A patologia infeciosa é motivo comum de admissão em internamento, sendo a antibioterapia uma das terapêuticas mais frequentemente prescritas na enfermaria de Medicina Interna. O objetivo deste trabalho é caracterizar a prescrição de antibioterapia nos doentes internados no 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, identificando os doentes com patologia infeciosa, os isolamentos culturais, os antibióticos prescritos e as suas indicações.

Resultados: Incluídos 7(1) doentes, dos quais 60,6% eram mulheres (n=43), com média de idades de 81,7 anos, sendo a maioria proveniente do domicílio (78,9%, n=56) e a restante de lar (21,1%, n=15). Cerca de 32,4% (n=23) dos doentes referiam outra infeção há menos de (1) mês, sendo que 31% (n=22) tinham realizado antibioterapia no mesmo período.

32,4% (n=23) dos doentes apresentava como primeiro diagnóstico uma patologia infeciosa, com destaque às patologias respiratórias com 12,7% dos doentes com diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade (n=9), 7,0% dos doentes com traqueobronquite aguda (n=5) e 1,4% com infeção a SARS-CoV-2 (n=1); 5,6% dos doentes com primeiro diagnóstico de cistite aguda (n=4). Dos doentes internados com um primeiro diagnóstico de etiologia não infeciosa, 47,9% (n=23) tinham o diagnóstico secundário de uma intercorrência infeciosa naquele momento, 47,8% (n=11) destes com cistite aguda. De toda a patologia infeciosa, 18,3% (n=13) correspondiam a infeções nosocomiais.

23,9% dos doentes (n=17) tinham isolamento cultural de microrganismo, sendo o mais comum a Escherichia coli (12,7%, n=9). O local de isolamento mais frequente foi o meio urinário, com 15,5% (n=11).

69,0% (n=49) dos doentes já tinha cumprido antibioterapia no internamento, sendo que 32,4% (n=23) se encontrava a realizar antibiótico naquele momento. O antibiótico mais frequentemente prescrito foi a amoxicilina/ácido clavulânico (45,1%, n=32), seguindo-se da piperacilina/tazobactam (18,3%, n=13).

Discussão e Conclusão: Como pode ser observado, as doenças infeciosas são diagnósticos comuns nos doentes internados na enfermaria de Medicina Interna, sejam elas o motivo de internamento ou uma intercorrência do mesmo. Cerca de um terço dos doentes encontrava-se a realizar antibioterapia no momento da realização do estudo. Apesar de tudo, nem todas os doentes com infeções diagnosticadas se encontravam a realizar terapêutica antibiótica, justificando-se este número com os doentes com infeções presumidas como virais, doentes em janela antibiótica ou doentes em que se decidiu não instituir antibioterapia.

Apesar de ser uma terapêutica largamente prescrita e, em grande parte das vezes, necessária, o seu uso indiscriminado é um problema, pelo aumento do isolamento de espécies resistentes, pelo que deve ser ponderada considerando cada doente individualmente e, sempre que possível, ajustada a um isolamento cultural.

Nº 44 Abcessos hepáticos – casuística num serviço de Medicina Interna ao longo de 11 anos

Mafalda Sousa(1); Marta Cerol(1); Marisa Brochado(1); Mariana Moniz Ramos(1); Paula Cerqueira(2); Tetiana Baiherych(1); Patrícia Macedo Simões(1); Nuno Cotrim(1); Inês Ambrioso(1)

(1) H D Santarém (2) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima

Introdução: O abcesso hepático (AH), sendo uma condição rara, é a forma mais comum de abcesso visceral. Está associado a múltiplas etiologias e microrganismos, sendo fatores de risco mais comum a diabetes mellitus, doença pancreática, doença hepatobiliar, transplante hepático, cancro colorrectal e uso regular de inibidores da bomba de protões.

Objetivo: Analisar e caracterizar os doentes com diagnóstico principal de AH no serviço de medicina interna durante 1(1) anos.

Material e Métodos: Estudo retrospetivo dos doentes internados no serviço de Medicina Interna de um hospital distrital com diagnóstico principal de AH entre janeiro de 2012 e dezembro de 2022. Os dados foram obtidos através de consulta de processos clínicos e tratados em Excel.

Resultados: Obteve-se um total de 15 doentes internados com diagnóstico principal de AH. A maioria eram do sexo masculino (n=10), com idade média de 64,3 anos e de 77 anos no sexo feminino. Os doentes estiveram em média 21,3 dias internados. Destes, apenas quatro não apresentavam nenhum fator de risco relevante no desenvolvimento de AH. Os restantes apresentavam patologia intestinal e das vias biliares, destacando quatro doentes com colangiocarcinoma, dos quais dois tinha colocado prótese metálica das vias biliares. Relativamente ao quadro clínico na admissão destaca-se febre (53,3%), dor abdominal (20%) e outros sintomas como vómitos, náuseas e mialgias. A maioria apresentava leucocitose e alteração das provas hepáticas. A TAC abdominal foi diagnóstica em 53,3% dos doentes e os restantes foram diagnosticados por ecografia abdominal. A maioria (n=12) apresentava lesão única, apenas três doentes manifestaram múltiplas lesões. Foi isolado agente microbiológico em 46,7% dos doentes, na sua maioria *Escherichia coli*. Foram submetidos a drenagem percutânea 60% dos doentes, que estiveram internados em média 26,(1) dias. Os doentes não submetidos a intervenção estiveram internados em média 14,2 dias. Verificaram-se três óbitos, sendo a taxa de mortalidade de 20%.

Conclusão: A apresentação clínica desta patologia é muitas vezes inespecífica, pelo que é importante um elevado grau de suspeição. Desta casuística concluímos que os AH foram diagnosticados sobretudo em doentes do sexo masculino com outras patologias do trato gastrointestinal e biliar associadas e que o internamento foi mais prolongado nos que realizaram drenagem percutânea. A elevada taxa de mortalidade nestes doentes (20%) encontra-se de acordo com a descrita na literatura e devemos estar alerta para esta possibilidade diagnóstica, de modo a iniciar terapêutica dirigida o mais precocemente possível.

Nº 45 Tuberculose peritoneal, um desafio diagnóstico

Maria Inês Candeias(1); Irís Simões Galvão(1); Andreia Amaral(1); Diogo Ferreira da Silva(1); José Pereira(1); João Silva(1); Luís Vale(1); Catarina Salvado(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: A tuberculose peritoneal é uma das formas de apresentação de tuberculose que constitui maior desafio diagnóstico, principalmente quando se verifica em países com relativa baixa incidência, requerendo frequentemente um diagnóstico presumido pela presença de um conjunto de elementos clínicos, imagiológicos e laboratoriais pouco específicos.

Caso clínico: Homem de 48 anos, natural de Angola e previamente saudável, recorreu ao serviço de urgência por quadro com 4 meses de evolução de febre alta, hipersudorese nocturna e perda ponderal de 1(1) kg, à apresentação com dor abdominal persistente há 3 dias e distensão abdominal. Trazia estudo endoscópico alto e baixo sem alterações e TC que identificava ascite com espessamento peritoneal sugestivo de carcinomatose peritoneal. Ao exame objetivo destacava-se abdómen doloroso com defesa. Realizou nova TC que reiterava ascite de pequeno volume, com adenopatias perigástricas dispersas e espessamento peritoneal. Já em internamento, com IGRA positivo, ADA sérico aumentado e líquido ascítico compatível com exsudado com predomínio de mononucleares, gradiente sero-ascítico de albumina (GASA) de 0.4, Proteínas LA 72.9g/L, sugestivo de origem peritoneal, e ADA aumentado. Os Marcadores tumorais e serologias foram negativos.

Conclusão: Gostaríamos de destacar neste caso a importância de uma suspeição clínica elevada e de uma constelação de elementos inespecíficos para o diagnóstico desta forma de tuberculose, num doente em que a carcinomatose peritoneal foi considerada, principalmente por uma avaliação radiológica que sugeria natureza neoplásica. Nestes casos, um diagnóstico atempado e início precoce de terapêutica têm valor prognóstico importante, numa patologia com taxa de mortalidade superior a 50% sem tratamento atempado.

Nº 46 Acidose láctica associada à metformina: casuística de 5 anos

Ana Isabel Rodrigues(1); Ana Filipa Batista(2); Clara Pardinhas(3); Luís Escada(3); Prof. Dr. Rui Alves(3)

(1) Hospital de Leiria (2) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE (3) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A metformina é um fármaco amplamente utilizado no tratamento da diabetes mellitus tipo 2. A sua eliminação é sobretudo renal e por esse motivo deve ser usada com reserva em doentes com alteração na função renal. Por outro lado, quando atinge elevadas concentrações pode induzir estados de acidose láctica grave.

A acidose láctica associada à metformina (MALA)apesar de ser uma entidade clinicamente rara, tem associada uma elevada taxa de mortalidade.

Atendendo às características hidrossolúveis da metformina, esta pode ser removida por hemodiálise e por esse motivo estes doentes são muitas vezes internados no serviço de nefrologia.

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo avaliar os doentes internados com MALA no serviço de nefrologia e avaliar a correlação dos dados analíticos (creatinina, pH, bicarbonato, potássio e lactatos) e a mortalidade.

Métodos: Estudo retrospetivo, os dados foram obtidos por consulta do processo clínico dos doentes internados no serviço de Nefrologia entre 1/1/2017 a 31/12/2022 com diagnóstico de MALA. Feita análise estatística dos dados com *Statistical Package for the Social Sciences.*

Resultados: Avaliados 70 doentes, média de idades 79.0(1) anos, 64.2% do sexo feminino. Da amostra, 48.6% dos doentes foi proveniente de outros hospitais sem diálise disponível e 42.9% foi proveniente do serviço de urgência. Quanto ao estadio da doença renal: 7.8% estadio 1, 23.4% estadio 2, 26.5% estadio 3a, 34.3% estadio 3b, 6.2% estadio 4, 1.5% estadio 5. 40% dos doentes tinha 3 ou mais fatores de risco cardiovascular como antecedentes pessoais. No que respeita às manifestações clinicas, 61,4% apresentou vómitos, 31,4% diarreia, 15.7% prostração e 4.2% apresentou anúria como manifestação clínica inicial. Dos 70 doentes, 56 (80%) apresentaram lesão renal oligúrica, 42.8% com critério *Acute Kidney Injury Network* (AKIN) 3. A dose média diária de metformina foi de 1780.8 mg. Os doentes apresentaram como valor médio de: creatinina 7.27 mg/dl, pH 7.13, Bicarbonato 9.15 mmol/L, potássio 5.97 mmol/L, Lactato 9.76 mmol/L. 94.2% dos doentes tiveram de realizar hemodiálise durante o internamento, 54.2% tiveram de fazer suplemento de bicarbonato endovenoso. A duração média de internamento foi 10.(1) dias. A taxa de mortalidade total foi de 10.0%.

Não houve correlação com significado estatístico entre mortalidade e os parâmetros analisados, dos quais: creatinina, pH, bicarbonato, potássio e lactatos no momento da admissão.

Conclusão: Os resultados deste estudo estão de acordo com a evidência científica já disponível, onde não se consegue demonstrar uma correlação com significado estatístico entre a mortalidade e os critérios analíticos indicadores de gravidade.

Apesar de ser uma entidade clínica com elevado risco de mortalidade, nesta amostra a taxa de mortalidade foi de 10% o que pode ser um bom indicador da qualidade e celeridade dos cuidados médicos prestados.

Nº 47 O impacto do grau de autonomia na mortalidade por pneumonia adquirida na comunidade

Mauro Gomes Marques(1); Bárbara Lemos(1); Soraia Pinho Duarte(1); Francisco Henriques(1); Joana Pereira Moniz(1); Pedro Neves Tavares(1); Renato Saraiva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A pneumonia adquirida na comunidade é um dos principais motivos de admissão hospitalar sendo o seu prognóstico influenciado por múltiplas variáveis. A tendência de inversão da pirâmide etária em Portugal traduz-se no aumento da esperança média de vida e, por consequência, num maior grau de dependência dos doentes internados nas enfermarias de Medicina Interna.

Objetivos: Caracterizar uma população de doentes internados por pneumonia adquirida na comunidade num serviço de Medicina Interna em termos demográficos e grau de dependência basal, associando esses dados à mortalidade.

Material e Métodos: Estudo observacional retrospetivo, onde foi selecionada, de forma aleatória, uma coorte de doentes internados num serviço de Medicina Interna no ano de 2022. Destes doentes, foram selecionados todos os que apresentavam o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade e procedeu-se à sua caracterização demográfica, do grau de dependência e da mortalidade. A colheita dos dados foi realizada através de consulta do processo clínico informático do doente. A análise estatística foi efetuada através da versão 25 do programa SPSS®, considerando-se um valor $p<0.05$ como estatisticamente significativo.

Resultados: A nossa coorte incluiu 374 doentes, dos quais 76 apresentavam o

diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade. Verificou-se um predomínio de doentes do sexo feminino (59.2%, n=45) e uma idade média de 82.3 anos (mínimo 36 anos; máximo 98 anos). Destes doentes, de acordo com a escala de Katz modificada, 35.5% (n=27) eram independentes, 36.8% (n=28) moderadamente dependentes e 27.7% (n=21) muito dependentes. Constatou-se que 31.6% (n=24) estavam institucionalizados. A taxa de mortalidade desta amostra foi de 18.4% correspondente a 14 óbitos: 2 doentes independentes, 5 moderadamente dependentes e 7 muito dependentes. Quando comparados os grupos verifica-se uma diferença estatisticamente significativa da mortalidade entre o grupo de doentes independentes e o grupo de doentes muito dependentes (p=0.031). A probabilidade de morte foi duas vezes superior nos doentes muito dependentes comparativamente com os doentes independentes (OR 2.167 - 95% [1.255-3.739]). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os restantes grupos.

Conclusões: Este trabalho suporta que o grau de autonomia, classificado através de escalas validadas, constitui um critério importante a ser abordado na avaliação inicial de todos os doentes na medida em que parece ser um possível preditor de mortalidade nesta população. É essencial a realização de estudos adicionais que sustentem esta hipótese.

Nº 48 Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Corticóide Inalado e Risco de Pneumonia: As Aparências Iludem?

Catarina Alves Costa(1); Inês Clara(1); Inês Furtado(1); João Neves(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A corticoterapia inalada (CI) é uma das pedras angulares do tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), sobretudo nos casos de exacerbações frequentes ou graves, eosinófilos no sangue periférico superiores ou iguais a 300 células/uL e se sobreposição com asma. Apesar dos seus benefícios, está documentado na literatura o aumento de risco de pneumonia associada à CI, especialmente nos doentes com DPOC mais grave. No entanto, não é ainda claro o impacto na mortalidade por pneumonia e o possível efeito protetor de medidas como a vacinação antipneumocócica.

Objetivos: Comparar a taxa de incidência de pneumonia em doentes com DPOC com e sem corticoterapia inalada no período de Janeiro a Dezembro de 2021.

Métodos: Estudo retrospetivo baseado na consulta dos processos clínicos dos doentes com DPOC seguidos em Consulta Externa de Doenças Respiratórias de um hospital terciário. Foi apenas considerado o diagnóstico de pneumonia nos doentes com confirmação imagiológica.

Resultados: Incluíram-se 294 doentes com o diagnóstico de DPOC, 41.5% dos quais se encontravam sob CI e 58.5% apenas sob broncodilatadores de longa ação. O sexo masculino preponderou em ambos os grupos. Documentou-se uma maior percentagem de obstrução grave a muito grave no grupo sob CI (60.7% *versus* 43%), assim como uma predominância do fenótipo exacerbador (31.1% *versus* 13.4%). A taxa de incidência de pneumonia foi semelhante: 4.9% no grupo corticotratado e 5.2% no grupo não corticotratado. Os agentes mais frequentemente isolados em cada grupo foram o SARS-CoV-2 e o *Haemophilus influenzae*, respetivamente. Houve apenas um caso de pneumonia a *Streptococcus pneumoniae* em cada grupo, ambos em doentes que não tinham realizado qualquer toma de vacina antipneumocócica. Nos casos em que não houve isolamento microbiológico, nenhum doente tinha esquema vacinal antipneumocócico completo. Não foi documentada relação cumulativa entre a dose de CI e o risco de pneumonia. A taxa de mortalidade foi de zero em ambos os grupos.

Conclusão: Em contraste com os achados previamente descritos na literatura, este

estudo não encontrou uma maior taxa de pneumonia nos doentes sob CI nem uma associação entre maiores doses de CI e o risco infecioso. A mortalidade por pneumonia também não foi superior na população corticotratada. A baixa incidência de pneumonia em ambos os grupos poderá ser explicada pelo facto de o período analisado ainda se encontrar sob medidas de contingência COVID-19, prevenindo também a transmissão de outros agentes. O risco de pneumonia nos doentes com DPOC é provavelmente fruto de uma interação entre diversas variáveis, com o potencial efeito protetor da vacinação. São necessários estudos prospetivos com maior amostra e maior duração de seguimento de forma a confirmar estes achados, incluindo análise específica sobre o impacto da vacinação antipneumocócica.

Nº 49 Corticoterapia inalada na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: a coorte de uma consulta diferenciada

Rui Flores de Miranda Ribeiro(1); Inês Amorim(1); Luísa Viveiros(1); Paulo Conceição(1); Inês Marques Ferreira(1); Ana Correia(1); Andrea Mateus(1); João Neves(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença respiratória que cursa com obstrução persistente e frequentemente progressiva das vias aéreas. O seu tratamento depende da identificação de variáveis clínicas tratáveis. Os corticoides inalados (ICS) têm papel no tratamento crónico desta patologia, em combinação com outros fármacos inalados. Doentes não fumadores, com inflamação mediada por eosinófilos e exacerbadores frequentes parecem ser os mais que mais beneficiam. A pneumonia é o efeito adverso mais temido.

Objetivos: Caracterizar os doentes com DPOC sob tratamento com ICS, em relação à gravidade da doença, comorbilidades, terapêutica em curso, ocorrência de exacerbações, pneumonia e mortalidade.

Material e métodos: Revisão retrospetiva dos registos clínicos da amostra de doentes com DPOC sob tratamento com ICS seguidos na consulta externa de Ventiloterapia e Doenças Respiratórias no período entre agosto de 202(1) e agosto de 2022.

Resultados: Foram identificados 36(1) doentes com DPOC, 62 (17%) encontravam-se sob tratamento com ICS. Destes, 18 (29%) iniciaram terapêutica no ano anterior e 52 (84%) estavam sob terapêutica inalatória tripla.

40 (65%) correspondiam indivíduos do sexo masculino. A idade média foi de 69 anos. 42 (68%) tinham história de tabagismo e 17 (27%) eram fumadores ativos. A Hipertensão arterial foi o fator de risco vascular mais identificado (68%), seguido da Dislipidemia (61%) e da Diabetes Mellitus (31%).

5 (8%) doentes correspondiam ao estadio 1, 26 (42%) ao 2, 22 (35%) ao 3 e 9 (15%) ao 4.[2] 20 (32%) correspondiam ao grupo E.

3(1) (50%) dos doentes tinham eosinófilos ≥300/µL, 30 (48%) entre 100 e 300 ≥300/µL e (1) (2%) inferiores a 100/µL.

Durante o período em análise, 23 (37%) dos doentes apresentaram exacerbação aguda, 1(1) (18%) com necessidade de internamento. Entre os exacerbadores: 1(1) (48%) tinham eosinófilos ≥300/µL e 12 (52%) entre 100 e 300/µL; 1(1) (48%) tinham tido exacerbação no ano anterior; 22 (96%) encontravam-se sob terapêutica tripla; 5 (22%) eram fumadores ativos.

8 doentes (13%) tiveram pneumonia, sendo que 2 desses doentes tinham iniciado ICS no ano anterior. (1) dos doentes teve exacerbação da DPOC nesse contexto e faleceu.

Verificaram-se 5 óbitos, 3 em contexto da DPOC, (1) por neoplasia não pulmonar e (1)

por choque séptico não respiratório.

Conclusão: A prescrição de ICS nesta coorte teve em consideração os níveis de eosinófilos, uma das características clínicas tratáveis identificadas em doentes com DPOC.

A incidência de pneumonia foi de 13% no período de (1) ano, resultado consistente com outras publicações em doentes com DPOC tratados com ICS.

Ao contrário do descrito noutras coortes de doentes com DPOC, a progressão da doença respiratória foi a causa de morte mais frequente.

Nº 50 O Impacto da Cinesioterapia Respiratória numa Enfermaria de Medicina Interna

Catarina Guimarães Silva(1); Maria de Meneses Rebelo(1); João Teixeira(1); Inês Urmal(1); Manuel Albuquerque(1); Carlota Lalanda(1); Jorge Frade(1); Catarina Pereira(1); Mafalda Leal(1); Luís Santos(1); Catarina Costa(1); Madalena Lisboa(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: O principal objetivo da reabilitação pulmonar passa por melhorar a função respiratória, otimizar a ventilação e facilitar a mobilização e expulsão de secreções. As patologias que beneficiam deste tipo de reabilitação vão muito para além da patologia pulmonar restritiva e obstrutiva, mas também patologia do foro cardiovascular, neoplásico e infecioso.

Objetivo: Caracterizar o impacto da referenciação de doentes internados com clínica respiratória à Medicina Física e Reabilitação (MFR).

Métodos: Estudo retrospetivo sob consulta do processo clínico de 200 doentes internados com clínica respiratória num Serviço de Medicina Interna. Foram avaliados dados demográficos, motivo de internamento, Escala de Katz à admissão, momento da referenciação à Medicina Física e Reabilitação, número de sessões de cinesioterapia e intercorrências durante todo o internamento (agravamento da insuficiência respiratória com necessidades crescentes de oxigenoterapia, necessidade de escalamento da antibioterapia, alterações radiográficas de novo, infeção respiratória nosocomial).

Resultados: Amostra com igual distribuição de sexo, média de idades de 76,3 anos e 50% de referenciação à Medicina Física e Reabilitação. O grupo referenciado apresentou valor médio na Escala de Katz de 2.87, duração média de internamento 9,95 dias e realizaram em média 4.5 sessões de cinesiterapia respiratória. O principal motivo de referenciação foi infeção respiratória (80%), seguindo-se DPOC agudizada (26%), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) descompensada (23%) e agudização de asma (3%). Destes, 6% tinham neoplasia pulmonar ou metastização pulmonar. No grupo de doentes não referenciados, o valor médio na Escala de Katz foi de 4.09 e a duração média de internamento de 7,72 dias. O principal motivo de internamento foi Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) descompensada (53%), seguindo-se infeção respiratória (33%), DPOC agudizada (11%) e agudização de asma (1%). Destes, 10% tinham neoplasia pulmonar ou metastização pulmonar. No que diz respeito a intercorrências registaram-se 15% no grupo referenciado e 20% no não referenciado. A destacar o agravamento da insuficiência respiratória com necessidade de aumento da oxigenoterapia e a necessidade de escalar antibioterapia. O número de óbitos foi de 9 nos doentes referenciados e 14 nos não referenciados.

Conclusão/Discussão: Pelos resultados obtidos, os doentes referenciados para cinesioterapia respiratória, apesar de possuírem um pior status funcional, tiveram menos intercorrências durante o internamento e menos óbitos. Esta casuística, apesar de pequena, permite demonstrar a importância da Medicina Física e Reabilitação num internamento de Medicina Interna, independentemente da funcionalidade e autonomia do doente à admissão.

Nº 51 DPOC e risco de resistencia antibotica - a proposito de um estudo retrospectivo

Ana Filipa Rodrigues(1); João Afonso(1); Mafalda Santos(1); Joana Vieira(1)

(1) Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

A DPOC (doença Pulmonar obstrutiva crónica) é uma doença crónica pulmonar caracterizada por períodos de exacerbação aguda, na grande maioria dos casos motivados por quadros de infeção intercorrente. O uso de antibióticos neste grupo de doentes é como tal, frequente.

Objetivo: caracterização dos doentes admitidos em internamento num serviço de medicina interna por exacerbação de DPOC e isolamento de agentes multiresistentes

Metodos: Estudo retrospectivo realizado durante periodo 6 meses dos doentes internados em serviço de medicina interna por DPOC Agudizada, com dados colhidos através de SClinico e trabalhados em Microsoft Excel.

Resultados: Foram admitidos no período em questão 2(1) doentes com diagnostico de DPOC Agudizada. Destes 78% pertenciam ao sexo masculino. A idade média foi de 75 anos, com desvio padrão de 2,7 anos. A causa infeciosa foi a mais frequente em 80% dos casos, seguida do incumprimento terapêutico, 12%. Nesta população, 90% tinha cumprido antibioterapia recente (< (1) mês), e a presença de agente multiresistente foi de 90%. O tempo médio de internamento foi > 10 dias.

Conclusão: A DPOC é de entre as patologias do fórum respiratório uma das mais frequentes. Tratam-se de doentes com seletividade antibiótica pré-existente, com maior risco de agentes multiresistentes, o que por um lado também é responsável por tempos de internamento prolongados.

Nº 52 Dermo-hipodermite agudas bacterianas não necrotizantes, em 7 anos de Hospitalização domiciliária.

Sandra Ganchinho Lucas(1); José Ramos(2); Mufulama Cadete(2); Ana Monteiro(2); Diogo Cerejeira(2); Vitória Cunha(2); Francisca Delerue(2)

(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (2) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: Nacionalmente, a modalidade de hospitalização domiciliária (HD) surge em 2015, como modalidade alternativa ao internamento convencional, garantindo a prestação de cuidados de saúde de nível hospitalar, no domicílio.

Objetivo: analisar os casos de dermo-hipodermite agudas bacterianas não necrotizantes (DHBANN) internados em HD ao longo de 7 anos.

Material e **Métodos:** análise retrospetiva descritiva monocêntrica, através da consulta dos processos clínicos dos doentes internados de 16 de Novembro de 2015 a 16 de novembro de 2022, com DHBANN.

Resultados: Em 7 anos foram internados em HD 88 doentes com o diagnóstico de DHBANN, com uma média de idades de 66,6±16,8 anos, 56,8% de sexo masculino. Os doentes foram referenciados maioritariamente do serviço de urgência (51,1%), da unidade de internamento médico cirúrgica (UIMC) (28,4%) e serviço do Medicina (12,5%). A maioria 88,6% das infeções localizaram-se no membro inferior, seguindo-se o membro superior em 9,1% dos casos. Cerca de 28,4% (n=25) dos doentes tinham história prévia de dermo-hipodermite. Os doentes cumpriram em mediana 12,0 (AIQ:9,0-15,8) dias de antibioterapia, em 4 (4,5%) doentes foi possível dirigir a antibioterapia segundo resultados

microbiológicos, apenas em 6 (6,8%) doentes foi necessário realizar antibioterapia de segunda linha e em 2,3% dos doentes foi necessário alterar a antibioterapia por falência de acesso venosos.

A duração mediana do internamento foi de 12,0 (AIQ:9,0-16,8) dias, em 8 (9,1%) doentes ocorreram complicações locais: abcesso 6 (n=6), osteomielite (n=1), necrose (n=1). E as complicações sistémicas em 5 (5,6%) doentes: descompensação de doença crónica (n=2), bacteriemia (n=2), toxidermia (n=1). A transferência para internamento intra-hospitalar ocorreu em 8 (9,1%) doentes por: descompensação de doença crónica (n=2), controlo de dor (n=2), controlo de foco cirúrgico (n=2), toxidermia (n=1), motivos sociais (n=1). Estes doentes transferidos têm mais patologias associadas, em média apresentam 4 comorbilidades, face às 3,3 comorbilidades dos doentes que não necessitaram de transferência para o hospital.

Conclusão: Tendo em conta o estudo prospetivo de Batista *et al* (2020), no âmbito de internamento intra-hospitalar, com idade média dos doentes de 68,6±13,9 anos, 14,5±3,6 dias de antibioterapia, 12,9±7,8 dias de internamento, com uma taxa de 17,6% de complicações locais, 15,7% de complicações sistémicas e necessidade de antibioterapia de segunda linha em 10,8% dos doentes, concluímos que a HD permite tratar os doentes com DHBANN em segurança, com dias de internamento semelhantes, mas com menos dias de antibioterapia, complicações locais, sistémicas e consequentemente menos necessidade de antibioterapia de segunda linha, comparativamente ao internamento intra-hospitalar. O estudo apresenta as limitações decorrentes de uma análise retrospetiva, monocêntrica, com um reduzido número de doentes, mas indica que a HD apresenta eficácia equivalente ou melhor que o internamento convencional. A HD é uma alternativa, segura, personalizada e humanizada, que alivia o problema da sobrelotação da hospitalização convencional, promovendo a literacia em saúde junto do doente e da família.

Nº 53 Doença hepática crónica – gestão numa Unidade de Medicina de Ambulatório

Filipa Duarte Ribeiro(1); Raquel Barreira(1); Filipe Breda(1); Tiago Fernandes(1); Carina Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A doença hepática crónica (DHC) é uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. É caracterizada por episódios de descompensação, muitos deles com necessidade de internamento, e na sua maioria com elevada carga sintomática associada. A ascite é a complicação mais comum e com a progressão da doença apenas uma pequena percentagem dos doentes responde à terapêutica diurética, com os restantes a desenvolver resistência ou intolerância diurética (ascite refratária), cuja abordagem passa pela drenagem do líquido ascítico. As Unidades de Medicina de Ambulatório (UMA) tornam-se assim uma necessidade crescente dos sistemas de saúde. Permitem o diagnóstico precoce, estabilização de doença crónica descompensada ou tratamento de doença aguda, diminuindo as urgências hospitalares e internamentos.

Objetivo: caracterizar a atividade assistencial prestada em regime de hospital de dia (HD) a doentes com DHC.

Material e métodos: Estudo observacional retrospetivo descritivo, com o objetivo de analisar a atividade assistencial em regime de HD de uma UMA prestada a doentes com DHC, de Janeiro de 2019 a Dezembro de 2022. Os dados recolhidos foram analisados em formato *excel.*

Resultados: Registaram-se 457 sessões de HD para realização de paracentese evacuadora e/ou diagnóstica em 5(1) doentes com DHC. Eram do sexo feminino 10 doentes e do sexo masculino 41, com uma média e mediana de idades de 63 anos (mínimo de 42

anos e máximo de 84 anos). As comorbilidades mais frequentes eram a hipertensão arterial (47%), diabetes *mellitus* (41.2%), dislipidemia (23.5%) e obesidade (15.7%). A DHC era na maioria dos casos (68.6%) de etiologia alcoólica, com classificação Child-Pugh A em 29.4% dos casos, B em 47.1% e C em 23.5%. A maioria dos doentes (72.6%) tinha diagnóstico de DHC conhecido há 3 anos ou menos. Do total de doentes, 45.1% manteve seguimento em regime de consulta externa necessitando progressivamente de menor número de paracenteses em HD por: resposta à terapêutica instituída, cumprimento dietético e medicamentoso; colocação de shunt porto-sistémico intra-hepático transjugular (TIPS) ou cateteres peritoneais permanentes (PIPC). Foram submetidos a transplante hepático 5.9% dos doentes e em 39.2% dos casos verificou-se agravamento progressivo que culminou no óbito.

Conclusões: A complexidade da DHC implica a gestão de doença em múltiplos campos. A nossa UMA contribui para uma melhor gestão, seguimento e compensação destes doentes, frequentemente como ponte até melhoria clínica, transplante ou outras atitudes de controlo sintomático. Por outro lado, a elevada mortalidade vem comprovar o mau prognostico associado à DHC descompensada.

Nº 54 O uso de SPSCI melhora o outcome das grávidas com Diabetes Mellitus tipo 1?

INES GUIMARÃES RENTO(1); Sofia Pereira(1); Cristina Andrade(1); Hélia Mateus(1); Giovanna Ennis(1); Adelino Carragoso(1); Isabel Torres(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: As novas tecnologias ao dispor do doente com diabetes revolucionaram o panorama do controlo glicémico na população geral, mas a sua introdução e utilização em grávidas com Diabetes Mellitus (DM) tipo (1) ainda levanta questões sobre a segurança e incidência de complicações nesta população particular.

Objetivo: comparar a incidência de complicações obstétricas, neonatais, morte fetal ou neonatal, variação da HbA1C e variação da Dose Total Diária de Insulina (DTDI) nas grávidas com Sistemas de Perfusão Subcutânea de Insulina (SPSCI) e nas grávidas com Múltiplas Administrações Subcutâneas de Insulina (MASCI)

Material e métodos: Estudo observacional retrospetivo que inclui as 34 grávidas com DM tipo (1) sob SPSCI e MASCI observadas nas consultas de Diabetes e Gravidez de um hospital central com partos entre 2016 e 2022. Para a comparação das variáveis nominais (existência de complicações neonatais, obstétricas ou morte fetal) nos dois grupos utilizou-se o Teste Exato de Fisher, e para a comparação das variáveis escalares (variação de HbA1C e DTDI) nos dois grupos utilizou-se o teste T de Student para amostras independentes (verificaram-se os pressupostos de normalidade e igualdade de variâncias). Considerou-se uma significância estatística de 5% ($p<0,05$).

Resultados: 52,9% das grávidas sob MASCI e 14,7% das grávidas sob SPSCI desenvolveram complicações obstétricas durante a gravidez 57,1% das grávidas sob MASCI e 44,4% das grávidas sob SPSCI tiveram complicações neonatais. 16% das grávidas sob MASCI e 11,8% das grávidas sob SPSCI tiveram morte fetal/neonatal. No entanto, não houve relação estatisticamente significativa entre o esquema de tratamento e a existência de complicações (quer obstétricas – $p=1,00$, neonatais – $p=0,694$ – ou incidência de morte fetal/neonatal – $p=0,554$).

A variação de HbA1c média nas grávidas sob MASCI foi de -0,85%(±1,40) e nas grávidas sob SPSCI foi de -0,39%(±0,72), no entanto não se verificou diferença estatisticamente significativa na HbA1C entre as grávidas dos 2 grupos.

A variação da DTDI média nas grávidas sob MASCI foi de 14,73UI(±13,20) e nas grávidas sob SPSCI foi de 9,11UI (±8,27), no entanto não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os 2 grupos.

Conclusões: Apesar da não existência de resultados estatisticamente significativos (sobretudo pela amostra manifestamente reduzida), verificou-se uma incidência maior de complicações nas grávidas sob MASCI, e também uma maior incidência de morte fetal/neonatal, apesar de neste grupo a variação de HbA1C ter sido maior (o que pode refletir um controlo mais apertado numa população com motivação extraordinária potenciada pela gravidez). Esta variação também resultou de um maior aumento na DTDI (embora não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas entre a variação da DTDI nos dois grupos). Pelo exposto, considera-se que a utilização de SPSCI, embora sem significância estatística, melhora os outcomes das grávidas com DM tipo 1.

Nº 55 Variação da HbA1C durante a gravidez e influência na existência de complicações

INES GUIMARÃES RENTO(1); Sofia Pereira(1); Cristina Andrade(1); Hélia Mateus(1); Giovanna Ennis(1); Adelino Carragoso(1); Isabel Torres(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A gravidez constitui um período janela de oportunidade para optimização terapêutica e controlo metabólico entre as mulheres com diabetes mellitus (DM) tipo 1, pelo que se espera que haja uma variação da HbA1C durante a gravidez no sentido de melhoria deste controlo, cuja influência se espera ser benéfica nos outcomes obstétricos e neonatais.

Objetivos: Comparar a variação média de HbA1C durante a gravidez nos grupos de grávidas que desenvolveram ou não complicações obstétricas ou cujos recém-nascidos (RN) apresentavam ou não complicações neonatais, por forma a perceber se uma maior variação de HbA1C durante a gravidez se relaciona de forma estatisticamente significativa com o surgimento destas complicações.

Material e métodos: Estudo observacional retrospetivo que inclui as 35 grávidas com diabetes prévia observadas na consulta de Diabetes e Gravidez de um hospital central com partos entre 2016 e 2021. Utilizou-se o teste T de Student para amostras independentes sempre que se verificaram os pressupostos de normalidade e igualdade de variâncias e o teste não paramétrico de Mann-Whitney para 2 amostras independentes sempre que tal não foi garantido. Considerou-se uma significância estatística de 5%.

Resultados: As grávidas que desenvolveram complicações obstétricas tiveram, em média, uma variação de HbA1C durante a gravidez de -1,04%(±1,35). As que não desenvolveram complicações obstétricas tiveram, em média, uma variação de HbA1C durante a gravidez de -0,22%(±1,13). Neste caso, parece haver uma tendência para a existência de relação estatisticamente significativa entre uma maior variação de HbA1C durante a gravidez e o desenvolvimento de complicações obstétricas (0,10>pvalue=0,093>0,05).

As grávidas cujos RN desenvolveram complicações neonatais tiveram, em média, uma variação de HbA1C durante a gravidez de -1,16%(±1,36). As grávidas cujos RN não desenvolveram complicações neonatais tiveram, em média, uma variação de HbA1C durante a gravidez de -0,80%(±1,16). No entanto, não se verificou existência de diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (p=0,580>0,05)

Conclusões: Embora a interpretação dos resultados esteja condicionada pelo tamanho manifestamente pequeno da amostra (o que dificulta a obtenção de resultados estatisticamente significativos), uma maior variação de HbA1C durante a gravidez parece estar associada a maior incidência de complicações (nomeadamente obstétricas). Uma justificação proposta para tal poderá ser a eventual influência de um pior controlo metabólico prévio à gestação (otimizado com a gravidez como fator motivacional).

Nº 56 Consulta de Medicina obstétrica no nosso hospital

Patricia Santos(1); Joana Sousa Varela(1); Miguel Simões Rodrigues(1); Ana A Albuquerque(1); Fábio Pé D'Arca Barbosa(1); Ana Valada Marques(1); Vanda Spencer(1)

(1) HOSP. GARCIA DE ORTA

Introdução: A gravidez pode potenciar o aparecimento de doença ou agravar uma patologia pré-existente. Nesse sentido a consulta de Medicina obstétrica dá o apoio médico necessário à otimização dos cuidados materno-fetais. Por outro lado participa na prevenção e promoção para a saúde, estimulando no futuro hábitos e comportamentos saudáveis.

Objetivos: Caracterizar o motivo de referenciação à consulta, principais diagnósticos, tratamento e resultados num período entre Agosto de 202(1) a Dezembro de 2022, no nosso hospital.

Material e métodos: Estudo retrospetivo de gravidas referenciadas à consulta de medicina obstétrica, através de consulta do processo clínico informático. Primeiras consultas no puerpério foi um critério de exclusão.

Foram recolhidos dados demográficos, motivo de referenciação, idade gestacional na primeira avaliação, número de consultas ao longo da gravidez, intercorrências na gravidez, medicamentos mais usados, parto e puerpério bem como o peso ao nascer do recém nascido.

Resultados: Das 50 gravidas referenciadas à consulta, com idade mediana de 34 anos, 8% (N=4) foram referenciadas no 1º trimetre, 54% (N= 27) no segundo e 38 % (N=19) no terceiro. A mediana de consultas efetivadas foi 2,5. Os motivos de referenciação foram hipertensão arterial essencial (50%, N=25), doenças cardiovasculares (18%, N=9), doenças neurológicas (14%, N=7), doenças tromboembólicas (6%, N=3), doenças respiratórias (6%, N=3), doenças infecciosas (4%, N=2) e doenças reumatológicas e/ou autoimunes (2%, N=1).

Dentro das patologias mais frequentes, a hipertensão arterial essencial destaca-se como mais prevalente neste grupo, tendo sido tratada essencialmente metildopa (30%, N=15), até à dose máxima de 1000mg. À metildopa associou-se a nifedipina CR30 em 10% (N=5) das gravidas. Outros fármacos utilizados foram o propanolol (4%, N=2) e a amlodipina em 2% (N=1) das gravidas.

No caso de doenças cardiovasculares, a queixa mais frequente foram palpitações (8%, N=4). O fármaco mais utilizado foi o propanolol usado em 50% (N=2).

Das doenças neurológicas, a epilepsia foi a doença mais referenciada (10%, N=5), tendo sido a carbamazepina o fármaco mais utilizado (40%, N=2).

Nas doenças tromboembólicas (6%, N=3) destaca-se a utilização de anticoagulação profilática em 66% (N=2), tendo (1) das gravidas sido simultaneamente antiagregada (33%).

Na patologia respiratória, a asma brônquica foi a patologia mais referida (4%, N=2), tendo sido medicada com budesonida e formoterol.

A referir que das 50 gravidas referenciadas 14% (N=7) apresentaram diagnóstico de diabetes mellitus durante a gravidez, sendo 12% (N=6) diabetes gestacional. A principal medida adotada foi a dieta (57%, N=4), contudo em 42% (N=3) foi necessária a introdução de insulina para atingir controlo metabólico adequado.

Das 50 grávidas, só 18% (N=9) ainda se encontram gravidas. Os partos (N=41) foram 87% de termo (N=36), sendo que 51% (N=21) foram eutócicos. Só 2 (4%) nasceram com baixo peso, 28 (68%) com peso normal e 6 (14%) grandes para a idade gestacional.

Como intercorrências destacam-se duas perdas fetais (4%), ambas no segundo trimestre, por corioamionite diagnosticada em autópsia fetal.

Conclusões: Os autores reforçam a importância do acompanhamento da patologia médica da grávida, evidenciando os bons *outcomes* obtidos.

Nº 57 Caracterização de uma População Internada com Pré-Eclâmpsia num Hospital Terciário

Catarina Alves Costa(1); Paulo Conceição(1); Ana Reinas(1); Juliana Lopes(1); Jorge Braga(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A pré-eclâmpsia (PE) é uma entidade que se carateriza pelo desenvolvimento de hipertensão arterial (HTA) de novo e proteinúria ou HTA de novo com disfunção de órgão com ou sem proteinúria. Em regra, surge na segunda metade do período gestacional ou até 6 semanas após o parto e associa-se a risco elevado de morbimortalidade materna e fetal.

Objetivos: O presente trabalho visa caracterizar o grupo de grávidas internadas com o diagnóstico de PE durante o ano de 2022 no Serviço de Obstetrícia de um hospital terciário.

Métodos: Estudo retrospetivo descritivo baseado na consulta dos processos clínicos das doentes com PE internadas de Janeiro a Dezembro de 2022.

Resultados: Incluíram-se 48 doentes com o diagnóstico de PE. A idade média das grávidas foi de 32.6 anos, sendo que 31.3% tinham idade superior a 35 anos. 47.9% das doentes eram primigestas e 10.4% das gestações eram gemelares. As principais doenças crónicas a condicionar risco para PE registadas foram a obesidade (16.7%), HTA crónica (14.6%) e doença renal crónica (6.3%). Havia história prévia de PE em 4.2% das grávidas. A maioria dos casos de PE foram diagnosticados em idade gestacional superior ou igual a 34 semanas (56.3%). Apenas se registou (1) caso de PE pós-parto. A manifestação grave mais comum foi a proteinúria (95.8%), seguida da trombocitopenia (25%) e das alterações do painel hepático (18.8%). 5 casos (10.4%) reuniram critérios para síndrome de HELLP. O rácio sFlt-1:PlGF foi avaliado em 77.1% das grávidas à admissão, identificando risco moderado a elevado na maior parte dos casos (58.3%). Em 66.7% das doentes, foi necessário iniciar terapêutica anti-hipertensora, sendo que o fármaco mais usado foi a nifedipina. Três grávidas (6.3%) realizaram profilaxia de crises convulsivas com sulfato de magnésio. O parto foi realizado durante o internamento em quase todos os casos (98%), sendo que a via mais utilizada foi a cesariana (78.7%). A idade gestacional média à data do parto foi de 34 semanas. Quanto ao peso à nascença, 33.3% dos neonatos tinham critérios de baixo peso, 18.5% de muito baixo peso e 7.4% de extremo baixo peso. Não se registou mortalidade materna, mas verificou-se (1) caso de morte fetal intrauterina numa gravidez gemelar e 2 casos de morte neonatal.

Conclusão: Esta análise confirma a epidemiologia descrita na literatura, encontrando os fatores de risco e manifestações clínicas clássicos para PE. O rácio sFlt-1:PlGF é uma ferramenta ainda em investigação usada para distinguir PE de outras doenças hipertensivas associadas à gravidez, postulando-se que poderá ter um alto valor preditivo negativo no diagnóstico de PE. No entanto, 32% dos casos de PE confirmada tiveram rácio compatível com baixo risco à admissão. É importante um alto nível de suspeição para a PE, de forma a executar vigilância adequada das grávidas e assegurar o tratamento definitivo com o parto assim que seguro, minimizando o risco de complicações maternas e fetais.

Nº 58 Apresentação do PROGRAMMING - promoção da Geriatria nos países em que está subdesenvolvida

Sofia Duque(1); Mariana Alves(2); Karolina Piotrowicz(3); Marina Kotsani(4)

(1) Faculdade de Medicina - Universidade de Lisboa (2) Faculdade de Medicina - Universidade de Lisboa (3) Jagiellonian University Medical College (4) Hellenic Society for the Study and Research of Aging

Introdução: A Medicina Geriátrica (MG), área da Medicina que se preocupa com a saúde e o bem-estar dos idosos, pode desempenhar um papel crucial no alinhamento dos sistemas de saúde com as necessidades da população idosa em constante crescimento. No entanto, diferentes países têm desenvolvimento distinto da MG.

Objetivo: A COST Action CA21122 PROGRAMMING ("PROmoting GeRiAtric Medicine IN countries where it is still eMerGing"), é uma iniciativa de networking impulsionada pela European Geriatric Medicine Society (EuGMS) com financiamento de fundos europeus (programa COST - European Cooperation in Science and Technology), cujo objetivo é a definição dos conteúdos educativos e atividades formativas em MG, direcionadas para profissionais de saúde em vários contextos clínicos, destinados principalmente a países onde MG ainda é emergente, e adaptados de forma pragmática ao contexto local, às necessidades e recursos existentes.

Métodos: 5 grupos de trabalho desenvolverão as seguintes atividades: 1) descrição do estado da arte da educação em MG nos países envolvidos, 2) identificação das necessidades locais, globais e mais específicas, em relação ao desenvolvimento de competências clínicas em MG, tanto de médicos como de outros profissionais de saúde envolvidos nos cuidados de pessoas idosas, em todo o espectro de serviços de saúde, 3) definição do conteúdo dos cursos de formação em MG destinados a não geriatras que trabalham em serviços de ambulatório, cuidados domiciliários, cuidados agudos / subagudos e de longo-prazo, 4) ajuste dos padrões internacionais às necessidades locais de forma pragmática, e 5) divulgação dos resultados sobre as necessidades identificadas e soluções propostas para as partes interessadas, agentes responsáveis pelas políticas de saúde e o público. Países em que a MG está bem estabelecida contribuirão com sua experiência e know-how, nas vertentes clínica e académica. Esta acção foi iniciada recentemente em Novembro 2022 e as primeiras etapas da acção estão em curso. Até agora, esta COST action inclui 235 membros oriundos de 39 países, dos quais 6 de Portugal. A admissão de novos elementos está aberta durante toda a acção.

Conclusão: No PROGRAMMING pretendemos sensibilizar e promover o valor acrescentado da abordagem especializada da MG na saúde e bem-estar dos idosos junto dos profissionais de saúde, decisores políticos, idosos e público em geral, bem como promover a literacia em MG entre profissionais de saúde.

Nº 59 Reinternamentos Hospitalares num Serviço Medicina Interna: Análise Descritiva a 1 ano

João Horta Antunes(1); Andreia Daniel(1); Ana Rita Almeida(1); Joana Duarte(1); Rafaela Gonçalves(1); Sara Frazão de Brito(1); Bárbara Picado(1); Célia Machado(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Os reinternamentos hospitalares a 30 dias têm um impacto bastante negativo na qualidade de vida dos doentes, constituindo um investimento substancial para os cuidados de saúde.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi caracterizar os reinternamentos hospitalares a 30 dias bem como os respetivos internamentos precedentes, por forma a identificar as características e fatores clínicos presentes em ambas as admissões hospitalares.

Métodos: Conduzimos um estudo longitudinal, observacional e retrospetivo com uma amostra selecionada por conveniência. Foram selecionados os processos de doentes reinternados num Hospital distrital de (1) de Janeiro a 3(1) de Dezembro de 2021. Os critérios de inclusão utilizados foram: i) primeiro internamento em 202(1); ii) segundo internamento em 202(1); iii) ambos os internamentos no Serviço de Medicina Interna; iv) critério de espaçamento temporal máximo entre os dois internamentos de 30 dias. Os fatores clínicos analisados consistiram, principalmente, no diagnóstico principal e secundário, na presença de infeção nosocomial, no uso de antibioterapia e na presença de outras intercorrências durante o internamento. Na análise descritiva foi utilizado o programa SPSS.

Resultados: A amostra foi constituída por 72 doentes, com distribuição de género relativamente equitativa (feminino 48,6%; masculino 51,4%); com idade média de 80 anos; índice de comorbilidades de Charlson com uma sobrevida estimada a 10 anos de 0% (valor médio 6,97 pontos) e com um grau de dependência grave (índice de Barthel médio de 32,7 pontos).

Verificou-se que as comorbilidades mais frequentes foram a hipertensão arterial (79.2%), a insuficiência cardíaca (54.2%) e a demência (47.2%). Relativamente ao principal diagnóstico que motivou o primeiro internamento, a insuficiência cardíaca descompensada foi o mais prevalente (20.8%), seguido da pielonefrite aguda e da pneumonia de aspiração (6.9%). Relativamente ao diagnóstico primário de reinternamento, a insuficiência cardíaca descompensada constituiu 25% do total, seguindo-se a pneumonia aguda (11.1%) e a infeção do trato urinário não especificada (6.9%), o que perfaz um total 18% de reinternamentos por infeções nosocomiais. Relativamente a intercorrências, verificámos que as infeções nosocomiais foram bastante prevalentes, com um total de 23.6% no primeiro internamento e de 65.3% no reinternamento. Os principais focos de infeção nosocomial identificados foram o pulmonar e urinário. Relativamente à terapêutica antibiótica a antibioterapia mais utilizada no internamento foi amoxicilina/clavulanato (34.7%) seguida de piperacilina-tazobactam (19.4%), enquanto no reinternamento a utilização de piperacilina-tazobactam foi a terapêutica preferencial, em 30.6% dos casos. Relativamente à mortalidade, dos 72 casos analisados, 22 resultaram em óbito no reinternamento (30,6%).

Conclusões: Fatores individuais como o alto grau de dependência, o elevado número de comorbilidades e idade avançada foram encontrados na amostra analisada. A presença de infeções nosocomiais foi muito prevalente nas readmissões hospitalares condicionando uma mortalidade elevada durante o reinternamento. A comunidade médica deve, assim, estar atenta a estes fatores, de modo a otimizar a gestão do doente internado, diminuir o tempo de exposição a agentes multirresistentes e prevenir readmissões, diminuindo os custos associados.

Nº 60 UTILIZADORES FREQUENTES NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Nuno Cardoso(1); Nazaré Rego(2)

(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão (2) Universidade do Minho

Introdução: A realidade dos serviços de urgência em Portugal é muito dificultada por uma cada vez maior afluência de utentes, associada a fenómenos do "sobreconsumo".

Um reduzido número de doentes é responsável por um desproporcional e significativo número de episódios de urgência os Utilizadores Frequentes (UF). Este é o tema cuja análise se propõe no âmbito deste trabalho.

Objetivo: Compreender a realidade dos UF do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), as causas associadas e soluções para diminuir o seu impacto na sobrelotação deste serviço.

Material e Métodos: Definiu-se como UF os doentes com mais de 14 vindas ao serviço de urgência (SU). Foram analisadas diversas variáveis, como o sexo, a idade, isenção, o grau de gravidade segundo o Protocolo de Manchester, causas da vinda ao SU, destino e dados clínicos de cada episódio.

A análise dos dados foi realizada através do sistema SPSS, recorrendo-se a uma análise descritiva, análise com testes estatísticos como do qui-quadrado, teste z, análise de variância (ANOVA), teste de Levene de homogeneidade das variâncias. Utilizou-se ainda a ferramenta de nuvem de palavras (Wordcloud Generator).

Resultados: Foram observados 71.598 utentes no SU, responsáveis por 134.257 episódios de urgência. A frequência de visitas destes utentes foi analisada, tendo sido identificados 120 utentes UF (1,6%), responsáveis por 260(1) episódios (1,9% de episódios).

Observou-se uma proporção equilibrada dos sexos e idades (teste z e análises de variância) e diferenças nos doentes com isenção de pagamento de taxa moderadora (teste z).

Ao analisarmos a gravidade encontram-se diferenças (teste z) entre os doentes muito urgentes e urgentes a favor dos UF. Por outro lado, encontramos uma maior proporção de doentes não urgentes no grupo dos UF.

Os UF são menos alocados a uma especialidade, ficando a cargo da urgência geral. Os UF não são responsáveis por uma maior proporção de internamentos ou transferências para outros hospitais.

Os UF foram responsáveis por maior proporção de abandonos.

Ao analisarmos o TOP 10 dos utentes com maior número de vindas ao SU), verificamos que foram responsáveis por 586 episódios (27,8 % do total de episódios de UF)

Da análise da nuvem de palavras resultante da observação das queixas dos episódios dos UF, verificamos que as palavras referentes a excesso de álcool, dor, febre e tosse são as palavras mais representativas.

As comorbilidades dos UF responsáveis observadas foram a doença mental (31,4%), 49 % tinham algum tipo de doença crónica/comorbilidades (entre as quais 21,6% dos episódios de UF de utentes com doenças pulmonares, 39,6% de UF com doenças cardiovasculares (Diabetes 25,(1) %, Hipertensão Arterial 27,5 %, Excesso de Peso/Obesidade 16,(1) %), 8,7 % dos episódios de UF por utentes com cancro; 5,4 % dos episódios por utentes com doenças gastrointestinais) e 18,9 % apresentavam alguma dependência de substâncias drogas/álcool.

Conclusões: No final, concluímos que os principais fatores que contribuem para a maior afluência desses doentes são as questões de natureza económica, as questões sociais, as doenças crónicas, bem como a doença mental e o alcoolismo. O desenvolvimento de um grupo multidisciplinar que consiga encontrar soluções individualizadas para estes doentes, poderá ser o futuro!

Nº 61 O uso de Inibidores da Bomba de Protões com intuito profilático no doente não crítico

Paulo Jorge Gomes Câmara(1); Teresa Faria(1); Carolina Aguiar(1); Elisa Caldeira(1); Teresa Silva(1)

(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: Os inibidores da bomba de protões (IBP) são a classe farmacológica mais eficaz a diminuir a secreção ácida e são frequentemente utilizados em contexto de internamento hospitalar, quer como profilaxia da Hemorragia Digestiva (HD), quer como continuação da medicação de ambulatório. Se por um lado é consensual a sua utilidade profilática no doente crítico, por outro, a evidência é escassa no que concerne ao doente não crítico, e é esse grupo que este trabalho se propõe avaliar.

Objetivo: Avaliar a adequação da profilaxia da HD com IBP no doente não crítico, num serviço de Medicina Interna.

Material e Métodos: Foi elaborado um estudo observacional retrospetivo, transversal, onde foram avaliados todos os doentes admitidos ao longo do mês de Agosto de 2022, num setor de um serviço de Medicina Interna de um Hospital periférico e, em particular, aqueles que realizaram terapêutica com IBP e a sua indicação profilática.

Resultados: 48.9% de todos os doentes internados iniciariam terapêutica com IBP, sendo que desses, 77.1% dos doentes não apresentavam indicação para profilaxia da HD. Excluindo aqueles que já realizavam algum tipo de IBP em ambulatório, 57.4% dos doentes iniciaram terapêutica sem indicação profilática.

Conclusão: À semelhança de outros estudos realizados ao longo dos anos, este trabalho conclui que continua a existir uma excessiva prescrição de IBP nos doentes não críticos. Uma explicação possível prende-se com a elevada prescrição em ambulatório, pelo que deve ser avaliada a adequação da terapêutica aquando da admissão hospitalar com o intuito de reduzir potenciais interações medicamentosas e reações adversas, assim como custos associados. Embora seja vista como uma das classes farmacológicas mais seguras, estudos recentes têm revelado riscos associados ao uso de IBP. Intervenções na sociedade em geral, e na comunidade científica em particular, nomeadamente com a elaboração de normas de orientação clínica adaptadas a cada instituição, podem ajudar a reduzir o impacto desta problemática.

Nº 62 Registo dos limites terapêuticos no doente em Medicina Interna: experiência de informação handover

Rui Flores de Miranda Ribeiro(1); Carlos Guimarães(1); Ana Martins Costa(1); Judite Antas(1); Márcia Cravo(1); Paulo Paiva(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: O doente internado no Serviço de Medicina Interna (SMI) é tratado por um grande número de profissionais de saúde. A passagem de informação é um momento de risco para a segurança do doente. No sentido de o reduzir, o SMI adotou em 2014 um modelo de registo clínico acessível de informação *handover* identificando problemas, grau de dependência, evolução, prognóstico e limites terapêuticos.

Objetivos: Avaliar a qualidade da informação do *handover* e o seu impacto no percurso do doente no SMI.

Material e métodos: Revisão retrospetiva dos registos clínicos de uma amostra aleatória de 25% dos episódios com alta do SMI entre abril e setembro de 2022. Identificação

do momento do primeiro e último registo *handover*, o seu conteúdo e decisão de escalada de cuidados em situação de agravamento clínico.

Resultados: Foram analisados 324 de 1375 episódios (24%). A idade média foi de 77 anos, com uma duração média de internamento de 16,7 dias e mediana de 9 dias. O *handover* estava presente em 309 episódios (95%) e o tempo médio para o primeiro *handover* foi de 1,4 dias, com mediana de (1) dia. Nos 15 episódios sem *handover,* o tempo médio de internamento foi de 5,4 dias (mediana de 2 dias). O conteúdo do *handover* incluía os problemas em 38%, o grau de dependência em 44%, a evolução em 55% e o prognóstico em 40% dos casos avaliados.

Os limites estavam definidos em 98% dos registos, com a seguinte distribuição entre o 1º e último *handover,* respetivamente: 1. sem limites (42% para 36%); 2. candidato a suporte não invasivo (17% para 14%); 3. limitado aos cuidados de enfermaria (38% para 42%) e 4. cuidados sintomáticos exclusivos (3% para 8%). O grupo 1. e 2. representaram 59% no 1º *handover* e 51% no último. Dos 178 episódios referentes a doentes candidatos a escalada de cuidados fora do serviço (grupos 1. e 2.), em 16 casos (9%) houve transferência para Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios. Em todos os restantes, os cuidados foram realizados exclusivamente no SMI. A decisão sobre reanimação era explícita em 312 registos (96%): decisão de não reanimar (DNR) em 68% e sem indicação de DNR em 32%. Faleceram 7(1) doentes (22%) e, destes, 97% tinham DNR.

Conclusão: O *handover* está implementado de forma consistente e precoce no internamento, traduzindo o reconhecimento da sua importância. O seu conteúdo carece de otimização, contudo, no respeitante a decisões críticas (limites de intervenção e DNR) estas estão explícitas na quase totalidade dos episódios. Verificou-se consistência entre informação *handover* e as decisões tomadas no internamento. A ausência de *handover* ficou limitada a internamentos de curta duração.

Um registo de informação *handover,* com definição de limites terapêuticos no doente internado em Medicina Interna, é um instrumento com elevada adesão e impacto potencial no percurso do doente.

Nº 63 Internamentos indevidos. A dimensão do problema.

Margarida Ribeiro(1); Inês Medeiros(1); Marta D'orey(1); André Silva(1); Francisca Dâmaso(1); João Carlos Oliveira(1); Marta Anastácio(1); Manuel Araújo(1); Cândida Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: Os internamentos sociais, definidos por dias de internamento hospitalar após alta clínica por causa de índole social apresentam-se como um desafio crescente para a saúde a nível nacional, uma vez que, demograficamente, o envelhecimento populacional e aumento da doença crónica contribuem para um maior grau de dependência funcional e necessidade de apoios desse cariz.

Objetivo: Avaliar o risco de intercorrências em doentes com internamentos sociais nas unidades de medicina e cuidados intermédios de um hospital central universitário entre o período de (1) de janeiro e 3(1) de dezembro de 2022.

Material e métodos: Foi feito um levantamento de dados junto do Serviço de codificação hospitalar de todos os doentes com internamento social nas duas enfermarias de medicina e cuidados intermédios durante o ano civil de 2022. Posteriormente, consultaram-se os registos clínicos e recolheram-se as intercorrências e óbitos desses episódios. Por fim foi feita a análise estatística dos dados com Excel.

Resultados: Durante este período contabilizaram-se 42 intercorrências em 24 doentes (correspondendo a 21% da totalidade dos doentes). A data média de aparecimento

de intercorrência foi o 20º (+/- 28) dia de internamento indevido. As duas intercorrências mais frequentemente contabilizadas foram a cistite aguda e o delírium. A taxa de mortalidade foi de 4%.

Conclusões: Um quinto dos doentes em internamento social apresentaram intercorrências, sendo as mais prevalentes de natureza infeciosa, demonstrando o acréscimo de risco infecioso nesta população. A segunda intercorrência mais frequente foi o delírium, concluindo-se que as intercorrências mais frequentemente apresentadas são consequentes de internamentos prolongados.

A baixa taxa de mortalidade demonstra a potencial baixa gravidade dos quadros clínicos e a ausência da necessidade de cuidados médicos intra-hospitalares.

Nº 64 O Impacto da Gestão Partilhada do Doente Cirúrgico - Caracterização de 9 meses de actividade

Filipa Ferreira Rodrigues(1); Luísa Viveiros(1); Inês Marques Ferreira(1); Ana Oliveira(1); Sara Xavier Pires(1); Ana Reinas(1); João Araújo Correia(1)

(1) CH UNIV PORTO - STO ANTONIO

Introdução: Desde Abril de 2022, o Serviço de Medicina Interna tem em funcionamento um novo modelo de consultoria interna - Cuidados Partilhados de Medicina Interna (CPMI). Esta valência consiste na presença física, durante o período diurno, de uma equipa de duas especialistas de Medicina Interna no Serviço de Ortopedia, com o objectivo de gerir as comorbilidades e prevenir as descompensações agudas no doente cirúrgico.

Neste contexto, este trabalho procura descrever a actividade dos CPMI durante o ano de 2022.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional retrospectivo que inclui todos os doentes observados pelos CPMI, entre (1) de Abril e 3(1) de Dezembro de 2022.

Resultados: Em nove meses de actividade, os CPMI participaram na gestão de 287 doentes, sendo 60,6% (n=174) do sexo feminino. Globalmente, tratavam-se de doentes idosos, com uma média e mediana de idades de 74,5 e 8(1) anos, respectivamente. Quanto à sua avaliação funcional, a maioria apresentava dependência ligeira a independência para as actividades básicas da vida diária (ABVDs), pontuando, em média, 4,9 na escala de Katz, com uma mediana de 6 pontos.

Relativamente aos internamentos, a esmagadora maioria das admissões (83,5%, n=238) foi realizada em contexto urgente, por contraponto a apenas 16,5% (n=47) de forma electiva.

Quanto à actividade dos CPMI, foram realizadas, em média, 5,(1) observações por doente. De destacar que 9% (n=26) dos doentes exigiram pelo menos 10 observações, com um máximo registado de 56 por episódio de internamento.

Conclusão: De modo geral, a abordagem dos CPMI dirigiu-se tipicamente ao doente idoso, do género feminino, com dependência ligeira para as ABVDs. De facto, as características deste não se distinguem particularmente do observado numa tradicional enfermaria de Medicina Interna, com excepção do grau prévio de autonomia (habitualmente mais reduzido).

Constatou-se ainda o predomínio das observações pela equipa CPMI em contexto urgente, relevando assim, o seu papel fundamental na optimização clínica dos doentes, mas ao mesmo tempo a insuficiência da resposta perante os objetivos iniciais do projecto no que se refere à prevenção de complicações nos doentes com pluripatologia.

Efectivamente, infere-se algum grau de complexidade dos mesmos, na medida em que, em média, foram realizadas 5 observações por doente. Além disso, uma percentagem significativa de doentes (9%) necessitou de particular atenção da equipa médica

dos CPMI, mostrando a importância da sua participação activa na gestão do doente.

Em suma, os dados supracitados evidenciam o trabalho desenvolvido pela equipa dos CPMI durante os primeiros 9 meses de actividade, com potencial para a sua continuidade e crescimento.

Nº 65 A realidade da investigação etiológica da hiponatremia no internamento

Mónica Jardim(1); Sara Nunes Gomes(2); Ana Patrícia Nunes(1); Francisco Barreto(2); Adelaide Spínola(1); Teresa Faria(1)

(1) Hospital dos Marmeleiros (2) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: A hiponatremia define-se como uma concentração de sódio sérica inferior a 135mEq/L. Pode ser classificada em pseudo-hiponatremia, hiponatremia hiposmolar hipovolémica, euvolémica e hipervolémica. Também pode ser estratificada tendo em conta os sinais e sintomas em leve (125-135mEq/L), moderada (120-125mEq/L) e grave (inferior a 120mEq/L). Na investigação etiológica devemos realizar uma boa história clínica, avaliar clinicamente a volémia e a nível laboratorial pedir a osmolalidade e ionograma séricos e urinários, glucose, ureia, ácido úrico e por fim as proteínas totais e avaliação lipídica para exclusão de pseudo-hiponatremia previamente ao início da reposição de sódio. Desta forma conseguiremos tratar a causa subjacente, prevenindo eventos futuros e eventuais internamentos.

Objetivo: Averiguar se a etiologia da hiponatremia é investigada em doentes internados com esse diagnóstico. Como questão secundária, se existia alguma relação entre o grau de autonomia e a gravidade da hiponatremia na decisão de investigação etiológica.

Material e métodos: Estudo retrospetivo descritivo dos doentes internados no Serviço de Medicina Interna de um centro hospitalar durante o ano de 202(1) com o diagnóstico de entrada ou de saída de hiponatremia. Os dados foram cedidos após aprovação pela direção clínica. Considerou-se feita investigação etiológica se tivesse sido pedido osmolalidade e ionograma séricos e urinários previamente ao início da reposição de sódio.

Resultados: Durante o ano de 202(1) foram contabilizados 219 internamentos com o diagnóstico de entrada ou de saída de hiponatremia, relativos a 180 doentes. Destes, 71.23% eram do sexo feminino e 28.77% do sexo masculino, com idade média de 80.54 anos (idade mínima 29 anos; idade máxima 99 anos). Registaram-se 39 re-internamentos, sendo 7 o número máximo para o mesmo utente. A média de dias de internamento foi de 8.87dias. Quanto ao grau da hiponatremia, 9.13% apresentavam hiponatremia leve, 43.48% moderada e 47.49% grave. Verificou-se que 83.36% dos casos internados não foram estudados, sendo que 50.27% eram totalmente dependentes, 18.58% parcialmente dependentes e 31.15% autónomos. 42.62%% apresentavam hiponatremia grave, 48.09% moderada e 9.29% leve. Destes, 4 doentes tinham sido investigados em internamento prévio e 23 faleceram. Foi assim feito estudo etiológico em apenas 16.44% dos casos internados, correspondendo a 16.67% de doentes totalmente dependentes, 27.78% parcialmente dependentes e a maioria, 55.56%, autónomos. Destes, 72.22% apresentavam hiponatremia grave, 19.44% moderada e 16.67% leve.

Conclusões: Não é feita investigação etiológica da hiponatremia na maioria dos doentes internados. A probabilidade é menor nos que são totalmente dependentes e com hiponatremia leve e maior nos que são autónomos e com hiponatremia grave. Isto contribui para internamentos mais longos e para a ocorrência de re-internamentos, pelo que deve ser alvo de estudos futuros.

Nº 66 Análise descritiva da mortalidade anual num serviço de Medicina Interna no pós-pandemia Covid-19

João Luís Miranda(1); Inês Soares(1); Jorge Reis(1); Sara Barbosa Pinto(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: Os dados de mortalidade nos serviços hospitalares são há vários anos usados como um dos indicadores da qualidade do serviço prestado à população, bem como uma motivação para a melhoria deste serviço. Além disso, é compreendido que a mortalidade é um fenómeno natural que apresenta uma distribuição inequitativa ao longo do ano, com variações sazonais e mesmo de acordo com o dia da semana.

Objetivos: Fazer uma análise descritiva da mortalidade ao longo de um ano num Serviço de Medicina Interna, bem como identificar possíveis fatores determinantes.

Material e métodos: foram analisados retrospetivamente os processos clínicos de todos os doentes que faleceram no Serviço de Medicina Interna durante o ano de 2022, tendo sido recolhidos e analisados os dados referentes ao seu internamento. Foi feita uma análise estatística dos dados demográficos e dos motivos de internamento e causas de morte, bem como de possíveis contributos para a mortalidade encontrada.

Resultados: Ocorreram um total de 605 óbitos em 3763 internamentos registados, perfazendo uma mortalidade de 16.1% do total de doentes internados. A média de idades dos doentes falecidos foi de 83 anos, correspondendo a maioria (54.4%) ao sexo feminino. Em termos de funcionalidade, verificou-se que 78% dos doentes apresentavam um valor da escala m*Rankin* maior que 3, e 57% um índice de comorbilidades de Charlson superior a 6. As principais causas de morte foram as doenças do foro respiratório (n=214), seguidas pelas doenças do foro infecioso (n=95) e do foro cardiocirculatório (n=78); 65 óbitos foram diretamente atribuídos à Covid-19. Relativamente à distribuição sazonal, o mês que registou maior mortalidade foi o de dezembro, seguido dos meses de verão (julho a setembro), sendo sobreponível à distribuição verificada a nível nacional de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística. Além disso, não foi identificada uma relação direta entre o tempo decorrido entre a última visita médica e o aumento da mortalidade (tendo inclusive ocorrido uma tendência contrária). Por fim, em 70% do total de óbitos ocorridos tinham sido definidos cuidados de fim de vida para o doente, sendo que apenas 5 dos doentes que faleceram tinham indicação para medidas de suporte avançado de vida de acordo com o definido pela equipa assistencial.

Conclusão: Ao contrário do que provavelmente seria expectável, o aumento do tempo desde a última visita médica não se associou a aumentos significativos de mortalidade. Apesar de valores elevados de mortalidade face a anos prévios à pandemia, verificou-se que a generalidade dos óbitos correspondeu a doentes com um elevado grau de dependência e múltiplas comorbilidades, tendo sido expectável o desfecho na grande maioria dos casos. No entanto, a Covid-19 manteve-se como uma importante causa de mortalidade, sendo o terceiro diagnóstico isolado mais frequente. A população estudada demonstra a elevada complexidade de doentes presentes na enfermaria de Medicina Interna, especialmente os mais idosos e frágeis e a importância da prestação de cuidados especializados nos doentes em fim de vida.

Nº 67 Internamentos indevidos: Dimensão e causas do problema.

Inês Cota Medeiros(1); Margarida Ribeiro(1); Marta D'orey(1); André Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: O aumento da prevalência de doença crónica que resulta do aumento da esperança média de vida, provocou uma alteração demográfica na sociedade dos dias de hoje. Portugal tem quarta população mais envelhecida da europa. Tendo em consideração os dados da 6ª edição do barómetro de internamentos sociais publicado pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), o número de internamentos hospitalares indevidos aumentou no último ano, sendo que mais de 50% dos doentes permaneceram no serviço de medicina interna. A principal causa de internamentos indevidos foi a falta de resposta da rede nacional de cuidados continuados (RNCCI).

O objetivo do estudo é identificar e caracterizar a população de doentes com internamento indevido no serviço de medicina de um hospital central universitário e estabelecer fatores de risco demográficos e clínicos que nos permitam prever precocemente a necessidade deste tipo de internamento, para que possamos evitá-los ou reduzir a sua duração.

Métodos e Materiais: Estudo retrospetivo observacional de todos os doentes com internamento indevido num serviço de medicina interna entre (1) janeiro e 3(1) dezembro de 2022. Através dos processos clínicos informatizados foram recolhidos dados clínicos e demográficos desta população, assim como o motivo de internamento indevido. Considerado internamento indevido em todos os doentes que permaneceram no hospital mais de um dia após a alta clínica.

Resultados: Os 114 doentes com internamento indevido tinham em média 82 (+/-11) anos, 63% eram mulheres. A média de internamento indevido foi de 15 (+/-21) dias. A média global de internamento foi de 30 (+/-29) dias. Identificaram-se 2204 dias de internamento indevido, média 15 (+/-21) dias. Índice de inapropriação de internamento 8%. O principal motivo de internamento indevido foi incapacidade de resposta de familiar e cuidador em 37% dos casos. 32% e 30% ficaram em internamento social a aguardar vaga em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) e RNCCI. Apenas 4% dos doentes ficaram a aguardar vaga na rede de cuidados paliativos (UCP).

Conclusão: A elevada prevalência de dias de internamento indevido no serviço de medicina interna é desafiante. Tendo em consideração a idade média dos doentes internados (idosos vulneráveis e dependentes) e sabendo que estes internamentos representam custos e riscos desnecessários, torna-se premente conhecer a realidade dos nossos serviços de forma a encontrar soluções para um problema crescente.

Nº 68 A Medicina Interna fora da sua enfermaria

Bruno Freitas(1); João Oliveira(1); Margarida Ribeiro(1); Francisca Damaso(1); Inês Araújo(1); Ana Lynce(1); Cândida Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: O papel da Medicina Interna enquanto especialidade Hospitalar não se restringe aos doentes internados nas suas enfermarias mas também a acompanhar os doentes internados em enfermarias de outras especialidades com patologias do foro da Medicina Interna.

Objetivo: Perceber o impacto da Medicina Interna nas enfermarias de outras

especialidades dentro do Hospital, principais motivos dos pedidos de apoio, tempo de resposta da Medicina Interna.

Material e Métodos: Análise estatística de todos os pedidos de observação, realizados em processo clínico informático num período de 2 meses pelas várias especialidades com internamento na unidade hospitalar. Foram excluídas as observações de doentes pela Urgência Interna. Durante o período em análise foram observados 78 doentes dos quais 65 mulheres com uma média de idades de 69 anos (mediana de 85 anos). A maioria dos doentes (68%) foram observados na enfermaria de Ortopedia, sendo os restantes observados em enfermarias de Cirurgia Geral (27%), Ginecologia (2%) e Obstétrica (2%).

Resultados: A população analisada tinha em média 5,4 diagnósticos. Dentro dos principais comorbilidades: 88% eram hipertensos, 22% tinham fibrilhação auricular, 35% insuficiência cardíaca, 28% diabéticos, 38% dislipidémia, 12% DPOC, 18% doença renal crónica, 19% neoplasia.

Relativamente ao pedido de apoio: em 16,6% dos casos o doente não tinha qualquer queixa que necessitasse da intervenção da Medicina Interna, em 19% estava relacionado com infecções (principalmente respiratórias e urinárias), 13% hiperglicémia em doentes com diabetes mellitus, 12% iatrogenia farmacológica, 8% insuficiência cardíaca descompensada, 5% desidratação, 4% hiponatrémia. Dentro dos restantes pedidos estavam anemias agudas, trombocitopenia, estase gástrica, delirium, DPOC agudizada.

O tempo médio entre o pedido de apoio e a 1ª observação do doente foi de 9h53min, onde se incluem 4 pedidos com tempo de resposta superior a 48h por terem sido realizados numa 6ª-feira à tarde. Excluindo esses outliers, a média seria de 7h07min. Em média os doentes foram seguidos 2,54 dias e tiveram uma média de observações de 2,27 observações.

Conclusões: Atendendo ao volume de doentes observados, descompensações das patologias médicas de base em consequência da patologia não médica e/ou dificuldade na gestão da patologia crónica, é importante haver uma equipa destacada para o apoio a outros serviços. Ainda foi possível perceber que apesar dos constrangimentos que têm sido impostos à Medicina Interna foi possível manter bons tempos de resposta.

Nº 69 2024 dias de internamento social/ ano: Internamento indevido e produtividade num Serviço de Medicina

André Santos Silva(1); Inês Medeiros(1); Ana Margarida Ribeiro(1); Marta D'orey(1); Manuel Araujo(1); Ana Leitão(1); Cândida Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: Ao longo dos últimos anos, tem-se verificado uma tendência crescente no número de casos sociais em internamento de Medicina Interna. Como causas apontadas para este aumento, encontramos o envelhecimento populacional e o aumento do grau de dependência concomitante, a degradação das condições sócio-económicas dos doentes e famílias e falta de resposta da infraestrutura de apoio social em ambulatório. Estes internamentos representam encargos financeiros significativos, levam a quebra de produtividade médica e acarretam riscos de saúde para o doente, pelo que são um importante fator na sobrecarga do Serviço Nacional de Saúde. O efeito destes internamentos repercute-se noutras valências hospitalares, estendendo a permanência no serviço de urgência de doentes que aguardam admissão.

Objetivo: Identificar o impacto dos internamentos indevidos na produtividade médica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo observacional dos internamentos decorridos no Serviço de Medicina Interna de um Hospital Universitário entre 1/01/2022 e

31/12/2022. Os dados foram recolhidos através do Gabinete de Codificação (ICD 10) e dos processos clínicos eletrónicos dos doentes. Foram selecionados aqueles cuja alta clínica precedeu a alta efetiva em mais de (1) dia. Foram contabilizados os dias de internamento indevidos e estimado o impacto destes na perda de produtividade médica, traduzido pelo número de internamentos suprimidos pelos internamentos indevidos (duração média de internamento de acordo com a base de dados de produtividade do serviço em 2022). Os dados foram tratados e analisados com recurso ao Microsoft Excel.

Resultados: De um universo de 1342 internamentos, foram identificados 114 doentes que cumpriam critérios de internamento indevido, correspondendo a um total de 2204 dias de internamento indevido (mínimo (1); máximo 169; média 15; mediana 7 dias), equivalente a uma perda de produtividade de 184 internamentos (média de duração de internamento = 11,98 dias).

Conclusões: Os internamentos indevidos representam um importante condicionante da produtividade médica deste serviço de Medicina, limitando substancialmente o número de internamentos anuais e a população abrangida por cuidados médicos em tempo útil. Devido à rarefação de recursos financeiros e humanos, motivada pela falta de soluções para casos sociais, são ainda colocados em causa internamentos atempados, a sua qualidade e sobrecarregados os serviços de Urgência.

Este é um dos grandes desafios atuais do Sistema Nacional de Saúde. Será, portanto, necessário abordar esta questão de forma sistemática, criando condições para a resolução célere dos problemas sociais dos doentes internados e, assim, rentabilizar os serviços de Medicina e otimizar as condições para o exercício da Especialidade.

Nº 70 Impacto do tempo de espera em meio hospitalar na mortalidade, após referenciação para a RNCCI

M. João Granjo Redondo(1); Sara M. Campos(1); Liliana Pedro(1); Nuno Bernardino Vieira(1); Luísa Arez(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE - Hospital de Portimão

Introdução: A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados de saúde e de apoio social de forma integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontram em situação de dependência. Os hospitais referenciam doentes para esta Rede; infelizmente, por vezes essa disponibilidade não é imediata, pelo que têm de aguardar vaga.

Objetivo: Com este estudo retrospetivo observacional, pretendemos compreender se existe alguma relação entre o tempo de espera após referenciação e mortalidade, numa enfermaria de Medicina Interna.

Material e Métodos: Os dados foram organizados e codificados no Microsoft Excel® e exportados para o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 25 para Windows®). Da amostra, foram criados dois grupos (não referenciados e referenciados), sendo que a estatística descritiva foi realizada para o grupo dos referenciados, incluindo percentagens e frequências para as variáveis categóricas e para as variáveis contínuas foram usadas médias e desvios padrão. Para as variáveis categóricas, foi utilizado o teste qui-quadrado e para as continuas foi usado o teste não paramétrico de Mann-Whitney (quando a normalidade não estava presente). Um p value < 0.05 (em um intervalo de confiança de 95%) foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados: Num universo de 1442 doentes, em que devido ao seu estado de dependência foram referenciados 182 (12,6%)para as 3 tipologias (Convalescença, Média e Longa Duração) da RNCCI; pudemos constatar uma média de internamento dos 1442

doentes de 11,96 ± 14,12 dias; sendo que os 182 referenciados apresentam média de 22,81±14,199 dias de internamento. Após referenciação os doentes aguardaram uma média de 11,39±8,03 dias. Enquanto aguardavam vaga em RNCCI ocorreram 4 (2,20%) óbitos, com um tempo mínimo de espera de (1) dia e máximo de 49 dias.

Conclusões: Através deste estudo conseguimos verificar que existem doentes que enquanto aguardam o apoio da RNCCI, infelizmente falecem, pelo que o tempo de espera tem impacto. A quantificação do impacto do tempo de espera não foi um objetivo deste estudo, mas esperamos que futuramente outras linhas de investigação possam encontrar os pontos e/ou momentos em que se pode melhorar e quem sabe, reduzir a valores nulos.

Nº 71 E depois da unidade de cuidados intensivos?

Sofia Picão Eusébio(1); Ana Raquel Soares(1); Pedro Fiúza(1); André Conchinha(1); Sofia Cunha(1); Afonso Rodrigues(1); António Mário Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: Nos últimos anos, a maior sobrecarga das unidades de cuidados intensivos (UCI), especialmente no contexto pandemia COVID-19, trouxe à discussão os critérios de admissão de doentes nestas unidades. A idade, grau de autonomia em ambulatório e comorbilidades são fatores individuais amplamente considerados. Para os sobreviventes de uma estadia de UCI, o restante tempo de internamento hospitalar é pautado por vários desafios e especificidades. As enfermarias de Medicina Interna têm um papel fulcral na admissão dos doentes sobreviventes a uma estadia em UCI. Na literatura, estima-se que a mortalidade intra-hospitalar destes doentes varie entre 5-27%, a nível mundial. Os principais fatores de risco têm sido extensamente estudados, sendo, a idade, tempo de internamento em UCI e múltiplas comorbilidades, os mais consensuais na literatura. A análise das principais características destes doentes permitirá uma melhor gestão dos mesmos.

Objetivo: Estudo retrospetivo das principais características dos doentes transferidos de UCI para uma unidade funcional de Medicina Interna de um Centro Hospitalar Terciário durante o período compreendido entre janeiro de 2019 e junho de 2022.

Material e métodos: Análise retrospetiva dos dados do SClínico®.

Resultados:: Dos doentes admitidos nesta enfermaria de Medicina Interna, no período compreendido entre janeiro de 2019 e junho de 2022, 62 (3%) provieram de UCI. A amostra analisada incluiu 36 homens (58%) e 26 mulheres (42%), com idade média de 63 anos (desvio padrão 18.3, min 18 e máx 86). O grau de autonomia prévio à admissão na UCI era total na maioria dos doentes (71%), sendo que os restantes eram parcialmente dependentes ou totalmente dependentes. Dos 49 doentes que tiveram alta hospitalar, 47% tiveram alta para o domicílio, 13% (N=8) para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 8% (N=5) para lar e 11% (N=7) transferidos para outros serviços, entre eles, Medicina Física e Reabilitação. Não houve diferença estatisticamente significativa na mortalidade intra-hospitalar pós-UCI, nem, na média de idade, entre doentes internados antes ou após o início da pandemia COVID-19. Dividida a amostra em 2 grupos, 49 (79%) pertencem ao grupo de sobreviventes e 13 (21%) ao grupo de não-sobreviventes. Da análise comparativa entre sexo, infeções nosocomiais e principais comorbilidades (hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, doença pulmonar obstrutiva crónica e insuficiência cardíaca), apenas a idade (p-value<0.000), o tempo de internamento em UCI (p-value 0.018) e o grau de autonomia em ambulatório (p-value<0.000) mostraram-se fatores independentes para a mortalidade intra-hospitalar pós-UCI.

Conclusão: A mortalidade intra-hospitalar da amostra foi semelhante à dos maiores ensaios randomizados mundiais. A amostra, embora pequena, espelha dois fatores independentes concordantes com a literatura, idade e tempo de internamento em UCI. Tal, levanta questões relativamente à reavaliação dos critérios de admissão em UCI.

Paralelamente, são necessários estudos adicionais para reconhecer as condições de morbimortalidade intra-hospitalar e, quais as ferramentas para a reduzir.

Nº 72 Abordagem do Edema Agudo do Pulmão em Sala de Emergência

Rui Lourenço Gonçalves Fernandes(1); Ana Carolina Henriques(1); Francisco Barreto(1); Maria Inês Correia(1); Teresa Faria(1)

(1) Hospital Nélio Mendonça

Introdução: O Edema Agudo do Pulmão (EAP) é uma situação frequente em contexto de Serviço de Urgência (SU) e que requer muitas vezes admissão em sala de emergência. A abordagem imediata destes doentes assenta em três pilares, terapêutica diurética, controlo tensional e suporte ventilatório. O uso de morfina, apesar de amplamente utilizado, apresenta resultados contraditórios na literatura. O mais recente estudo, MIMO *trial*, vem questionar a utilização da morfina em detrimento do midazolam. Esta análise retroespectiva visa caracterizar as opções terapêuticas utilizadas em doentes admitidos em sala de emergência por EAP.

Método: Consulta do processo informático dos doentes admitidos em sala de emergência com o diagnóstico de EAP, de outubro a dezembro de 2022. Os dados foram processados com recurso ao Microsoft Excel®.

Resultados: Foram admitidos 33 pacientes com EAP num período de 3 meses, dos quais 66,6% (n=21) eram do sexo masculino e 36,4% (n=12) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 56-95 anos e uma média 77.2 anos. No que diz respeito aos fatores de descompensação, as infeções respiratórias foram o fator mais frequentemente identificado 36,4% (n=12), seguido da fibrilhação auricular (FA) 12,1% (n=4) com resposta ventricular não controlada. As comorbilidades mais frequentes foram a hipertensão arterial 78,8% (n=26), diabetes mellitus 57,6% (n=19), dislipidémia 42,4% (n=14) e FA 27,3% (n=9). Os fármacos mais utilizados foram furosemida 91,9% (n=31), morfina 75,7% (n=25), metilprednisolona 39,4% (n=13), dinitrato isossorbida 33,3% (n=11) e hidrocortisona 21,2% (n=7). A modalidade de suporte ventilatório mais utilizada foi *BI-level Positive Airway Pressure* (BiPAP) 54,5% (n=18). Cerca de 9,1% (n=3) evoluíram para ventilação mecânica invasiva. Verificou-se uma média de internamento de 12,3 dias (1-52 dias) e uma taxa de mortalidade a 30 dias de 18,2% (n=6). A intercorrência mais frequentemente identificada foi o *delirium* hiperactivo 9,1% (n=3) e todos eles tinham realizado previamente morfina (OR = 2.64, CI = 0.12 to 56.7, $p < 0.5342$).

Discussão: Os doentes com EAP requerem uma abordagem imediata e sistematizada. Para além da terapêutica *standard* com diurético e vasodilatadores, recorre-se muitas vezes a terapêutica adjuvante com opioides. A utilização de Morfina neste contexto prende-se com o alívio da dispneia, maior tolerância ao suporte ventilatório e um teórico efeito vasodilatador. Apesar do claro alívio sintomático, vários ensaios têm reportado efeitos deletérios, como aumento dos estados confusionais e da taxa de mortalidade, não sendo por isso recomendado pelas principais sociedades de cardiologia. Nesta casuística verificou-se uma utilização quase universal da morfina e sem efeitos deletérios estatisticamente significativos, tais resutados são justificados pela pequena amostra representativa.

Nº 73 Rabdomiólise num Serviço de Medicina Interna

Cláudia Gaspar(1); Isabel Rodrigues(1); Ana Pimenta de Castro(1); José Ferreira(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

A rabdomiólise é uma síndrome clínica caracterizada pela rutura e destruição do tecido muscular esquelético, resultando na libertação dos componentes intracelulares dos miócitos para a corrente sanguínea. Trata-se de um diagnóstico bioquímico, baseado na elevação dos níveis de CK, geralmente superior a 5 vezes o limite superior da normalidade. O reconhecimento e tratamento precoce desta entidade, é fundamental para evitar as complicações associadas

Com o objetivo de caracterizar uma população internada com o diagnóstico de Rabdomiólise, num Serviço de Medicina Interna, realizou-se um estudo observacional retrospetivo, num período de 5 anos (2017-2021), onde foram recolhidos e analisados os dados demográficos, clínicos e laboratoriais.

No período do estudo, foram admitidos um total de 7375 doentes, sendo que 63 com o diagnóstico de rabdomiólise (85%).

Populacionalmente observou-se 46 indivíduos do sexo masculino (73,02%) e 17 indivíduos do sexo feminino (26,98%). A média de idade compreendida foi de 61,13 anos (18 a 93 anos). Houve a necessidade de 14 doentes (22.22%) serem admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos. Foi diagnóstico principal em 15 doentes (23,81%); nos restantes 48 doentes o diagnóstico principal dividiu-se por outros grupos nosológicos.

No grupo dos assintomáticos foram observados 29 doentes (46,03%); dos restantes 34 doentes (53,97%), verificou-se que a queixa de mialgias (16 doentes) foi a mais comum. Foram registadas alterações analíticas significativas em 33 doentes (52,38%), sendo a mais frequentemente encontrada hiperlactacidémia (13 doentes).

O valor médio de CK foi de 8858 UI/L, sendo mais elevado em homens (9536 UI/L) do que em mulheres (7023UI/L) e significativamente mais elevado em doentes sintomáticos (13371UI/L), do que em doentes assintomáticos (3567UI/L). Relativamente à complicação, Lesão Renal Aguda (LRA), foi observada em 30 doentes (47,62%) e desidratação 23 doentes (36,51%). Ao contrário do que seria de esperar, verificou-se que nos doentes LRA, a média de CK foi de 4173 UI/L (de 650 a 85340 UI/L), enquanto nos doentes sem LRA a média de CK foi superior (13118 UI/L, variando entre 473 UI/L e 50162 UI/L).

Todos os 63 doentes realizaram fluidoterapia, com ou sem alcalinização da urina, sendo que apenas 2 doentes realizaram hemodiálise.

Verificou-se uma predominância no sexo masculino, relacionado com maior frequência de trauma, esforço físico intenso e complicações de alcoolismo.

Verificou-se LRA em 47,62% dos doentes, o que coincide com os dados retirados da literatura (15-50%). Verificou-se maior risco de LRA se desidratação concomitante, mas ao contrário do referido na literatura, não se encontrou um nível maior de CK no grupo de doentes com LRA.

A mortalidade foi de 14,29% (9 doentes), sendo mais elevada nos doentes mais idosos, com LRA e desidratação, não estando relacionada com o nível de CK.

Estas noções reforçam a necessidade de evitar a desidratação nestes doentes, insistindo na hidratação vigorosa.

Nº 74 Nutrition day numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Portuguesa

Dra. Patricia Moreira(1); Carolina Abreu(1); Madalena Machete(1); Vânia Pereira(1); Anabela de Carvalho(2); João Barros(3); Sofia Baptista(1); Bruno Bonito(4); Rita Piteira(5); Ana Gonçalves(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo (2) Hospital Guimaraes (3) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (4) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário (5) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: O *nutrition day* é um projeto mundial para determinar a prevalência de sintomas de malnutrição ou aporte nutricional reduzido a nível hospitalar, avaliar fatores de risco e outcomes dos doentes englobados. Sabemos que 30% dos doentes com internamento hospitalar estão subnutridos. A nutrição entérica acaba por ser o método preferido de nutrição em doentes críticos, sendo uma forma importante de contrariar o estado catabólico induzido por doença grave.

Objetivo: Avaliar o grau de nutrição de doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos, caracterização epidemiológica dos mesmos e avaliação do tipo de nutrição administrada e objectivos calóricos basais e atingidos.

Métodos: Estudo transversal que decorreu no dia 10 de Novembro de 2022, baseado em dados colhidos do processo informático do doente após colheita de consentimento informado e realização de questionários (quando aplicável) acerca do aporte nutricional. Os dados são colhidos de forma anónima e aglomerados em base de dados internacional, guardados em servidor na *Medical University of Vienna*.

Resultados:: Dos 18 doentes avaliados nesse dia, 83,3% eram homens (n=15). A idade mediana foi de 67 anos (min 49 – máx 86). Dos scores de gravidade, o SAPS2 foi de 43 ± 16 e o SOFA 5 ± 4. A causa de admissão foi médica em 12 doentes (67%) e cirúrgica em 6 (33%), com predomínio de foco gastrointestinal (n=6). Dos doentes internados, 38,9% encontravam-se ventilados (n=7). O plano energético por doente foi 1537 ± 84 Kcal/d. Deste objectivo de nutrição entérica, só foi possível atingir 965 ± 587 Kcal/d e a duração média foi de 8 dias. O objectivo calórico só foi atingido em 3 doentes (16.6%).

Dos doentes, 50% estava sob alimentação oral (n=9) e, nos restantes, esta não foi possível por: sedação (n=5; 55,6%), dieta zero (n=2; 22,2%) e disfagia (n=2; 22,2%). Dos doentes sob dieta oral, 5 comeram o prato completo (55,5%), (1) comeu 1/2 do prato (11,1%) e 3 comeram 1/4 do prato (33,3%). Verificou-se que 16,7% (n=3) tiveram diarreia e a mesma percentagem teve de suspender a nutrição enquanto aguardava cirurgia (noutros 2 doentes – 11% - foi suspensa por motivos não mencionados).

Conclusão: A malnutrição associada a doença continua a ser um problema subdiagnosticado e tratado, associado a aumento da morbilidade, readmissão hospitalar e gasto para o Sistema de saúde. Com este trabalho conseguimos denotar a dificuldade em atingir o aporte calórico adequado em doentes internados em UCI, podendo este ser optimizado no sentido de melhorar a sobrevida dos doentes.

Nº 75 Valor preditivo do SAPS II e APACHE III em doentes internados em UCIM como marcadores de prognóstico

Mariana Guerra(1); Carlos Silva(1); Rui Pina(1); Jandira Lima(1); Lélita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Objetivo: O objetivo desta análise foi determinar a eficácia comparativa de diferentes sistemas de pontuação, o SAPS (Simplified Acute Physiology Score) II e APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) III, na avaliação do prognóstico em doentes internados numa Unidade de Cuidados Intermédios Médica (UCIM).

Material e Métodos: Análise retrospetiva e descritiva baseada na consulta do processo clínico dos doentes internados em UCIM entre 01/01/2022 a 31/12/2022, sendo obtidos os dados demográficos, diagnóstico de admissão, scores SAPS II e APACHE II e outcome clínico observado.

Resultados: Dos 579 doentes admitidos na UCIM em 2022, a taxa de mortalidade observada foi de 9% (n = 53).

Os scores SAPS II e APACHE II médios em todos os pacientes foram 31,5±13,2 e 13,3±7,3 respetivamente, e foram significativamente diferentes entre sobreviventes e não sobreviventes. Nos não sobreviventes, a pontuação média do SAPS II foi de 39,6±13,5 e a média do score APACHE II foi de 18,0±7,9. Em comparação com os sobreviventes, que tinham uma média SAPS II e APACHE III de 25,5±10,7 e APACHE II de 10,4±5,6, respetivamente.

SAPS II> 40 e APACHE II> 18 parecem predizer o risco de mortalidade nestes doentes. Não houve diferença estatisticamente significativa nos valores clínicos de SAPS II vs. APACHE II (p=0,05).

Os doentes com diagnóstico de admissão de choque séptico apresentavam os valores mais altos dos scores - SAPS II de 42,5±12,4 e APACHE III de 18,9±7,5. A taxa de mortalidade nestes doentes era de 35,1%.

Conclusão: Tanto o APACHE II quanto o SAPS II tiveram uma boa capacidade de discriminar entre sobreviventes e não sobreviventes. Não houve diferença significativa nos valores clínicos dos scores e verificou-se uma correlação positiva entre estes e doentes admitidos com choque séptico, em que se verificou uma maior taxa de mortalidade.

Nº 001 Um raro caso de abcesso pulmonar em jovem imunocompetente

Joana Filipa Freitas Ribeiro(1); Ana Matos(1); Fátima Pimenta(1)

(1) Centro Hospitalar Medio Tejo EPE - Tomar

Homem, 4(1) anos, fumador e hábitos alcoólicos. Recorreu à urgência por cansaço fácil para pequenos esforços, dispneia e tosse com 2 semanas de evolução e agravamento progressivo. Referia febre e expetoração acastanhada há uma semana. À observação taquicardico, normotenso, múrmurio vesicular diminuído em todo o hemitórax esquerdo, baixa saturação periférica e expetoração acastanhada com cheiro fétido. Analiticamente com elevação significativa de parâmetros inflamatórios, tomografia computorizada a evidenciar pneumonia multilobular complicada com abcesso pulmonar à esquerda. Culturas negativas, sem isolamento de agente bacteriano. Estudo de possíveis causas de imunossupressão negativo. Orientado para Pneumologia para drenagem e seguimento.

Nº 002 Mega-esófago paraneoplásico a carcinoma espinho celular do esófago

Bruno Sequeira Campos(1); Ricardo Martins Ascenção(1); Diogo Simas(1); Joana Filipe Leite(1); Maria Jesus Banza(1); Renato Saraiva(1)

(1) Hospital de Leiria

O mega-esófago é um distúrbio associado a distensão esofágica difusa por diminuição do peristaltismo de etiologia multifatorial.

Homem, 43 anos, sem antecedentes relevantes, recorre ao SU por quadro de cansaço progressivo, perda ponderal de 8kgs em 2 meses e edemas dos membros.

Analiticamente com anemia (hemoglobina 9,3g/dL) microcítica hipocrómica, elevação dos parâmetros inflamatórios e albumina de 25 mg/dl. O RX tórax evidenciou uma massa a ocupar todo o lobo superior do pulmão direito. TC torácica com mega-esófago com significativa estase alimentar. A endoscopia digestiva alta sinalizou uma úlcera suspeita no terço distal do esófago biopsada que histologicamente apontava para um carcinoma espinhocelular invasivo. O estudo de PET sinalizou focos metastáticos pulmonares, hepáticos e ósseos pelo que doente foi proposto para quimioterapia paliativa.

Nº 003 Hipotermia no idoso

Leila Duarte(1); Nuno Vieira Brito(1); Magda Terenas(1); Catarina Mota(1); Ana Moleiro(1); Sandra Carmo Pereira(1); Maria Jesus Ribeiro(1); Jacques Santos(1); João Gouveia(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A hipotermia define-se como temperatura corporal < 35 ºC, que pode ser leve (35 a 32,2ºC), moderada (32,2ºC a 28) e grave (< 28ºC). Homem, de 90 anos trazido do lar pela VMER por bradicardia, alteração do estado de consciência (GCS 6) e hipotermia (27.2ºC). A imagem é o eletrocardiograma da admissão com bradicardia sinusal de 4(1) bpm, QRS 197 ms, QTc 517 ms, alterações difusas da repolarização ventricular com inversão de onda T e alargamento de QRS devido a um entalhe final (deflexão positiva) denominada de onda J de Osborn, entre o término do QRS e o inicio do segmento ST. Realizou radiografia de tórax com hipotransparência no campo pulmonar direito. Foram assumidos os diagnóstico de hipotermia grave e pneumonia da comunidade e iniciado aquecimento externo e com fluidoterapia e antibioterapia empírica. Foi constatada melhoria do padrão electrocardiográfico.

Nº 004 As Múltiplas Esferas da Radiografia de Tórax

Rita Barbosa Sousa(1); Angélica de Freitas e Lopes(1); Teresa Moitinho de Almeida(1); Maria Joana Alvarenga(1); Isabel Madruga(1); Margarida Cândido(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Doente do sexo feminino, com 90 anos (ECOG3), com doença renal crónica (G4A2), insuficiência cardíaca não estratificada, obesidade, diabetes mellitus tipo 2 mal controlada e hipertensão arterial essencial. Internada por pneumonia necrotizante direita, sem insuficiência respiratória, de provável etiologia aspirativa, após quadro de vómitos que coincidiu com o início de Exenatido. Nesta radiografia, além da pneumonia cavitada no lobo pulmonar inferior direito (1), podemos também observar múltiplas massas calcificadas

(2), algumas em pipoca (2b), na mama bilateralmente, a maior com aproximadamente 4 cm (2a), um índice cardiotorácico aumentado (3), o arco aórtico calcificado (4) e um aneurisma calcificado no abdómen superior (5), mostrando assim as múltiplas esferas de uma radiografia de tórax. Imagens estas confirmadas por tomografia computadorizada de tórax.

Nº 005 MSSA ainda é um desafio

Raquel Diogo(1); António Moreno Marques(1); Daniela da Costa Duarte(2); Hugo Mineiro Félix(1); Gonçalo Jantarada Domingos(1); Diogo Mendes Pedro(1); Tiago Marques(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Staphylococcus aureus é uma bactéria Gram positiva, comensal da pele, que pode provocar infeções invasivas e/ou mediadas por toxinas, na comunidade ou em meio hospitalar. Apresenta-se uma mulher de 2(1) anos, com história de litíase renal. Internada por sépsis por *S. aureus* sensível à meticilina (MSSA) com focos metastáticos pulmonares, renais, musculares e sacroileíte, de ponto de partida em pielonefrite litiásica com abcesso renal, com identificação de MSSA, *Streptococcus do grupo B* e *Candida albicans*. Foi excluída endocardite. Obteve-se controlo de foco do abcesso renal e da coxa direita com drenagem percutânea. Cumpriu antibioterapia dirigida com flucloxacilina e fluconazol, com evolução favorável. O caso é relevante pela apresentação atípica de quadro séptico.

Nº 006 Um Caso de Criptococose Disseminada em doente Imunodeprimido

Matilde Couto(1); Eugénia Reiriz(1); Tiago Vasconcelos(2); António Ludgero Vasconcelos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário do Porto (2) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Homem, 49 anos, história de infeção HIV(1) com abandono terapêutico desde há 2 anos. Admitido por tosse, febre, cefaleias, vómitos e lesão cervical purulenta enegrecida. Análises com linfopenia, 44 CD4/mm3 (4.54%), CV VIH(1) 297 000cópias/mL. Ag criptococico positivo. TC-tórax a revelar adenopatias e nódulos dispersos. Punção lombar (PL) com aumento pressão abertura, leucorraquia e C. neoformans positivo, bem como as hemoculturas. Iniciou terapêutica de acordo. Por persistência de tosse e febre repetiu TC-tórax, a revelar agravamento das lesões e cavitação central. Tuberculose/doença linfroproliferativa foram excluídas e biópsia gânglio mediastínico foi compatível com Cryptococcus spp. Assumida criptococose disseminada, um mês depois repetiu TC-tórax que mostrou regressão das lesões, ajustando-se terapêutica após negativização das culturas e re-iniciou TARV.

Nº 007 Uma causa inesperada de prostração no idoso

Bruno Sequeira Campos(1); Bárbara Silva Lemos(1); Joana Filipe Leite(1); Renato Saraiva(1)

(1) Hospital de Leiria

O leiomiossarcoma da veia cava inferior é um tumor maligno que se desenvolve a partir do músculo liso da camada média deste vaso. O diagnóstico é fortemente sugestivo através de TC, mas o definitivo é histológico.

Homem, 86 anos, recorre ao SU por prostração com 2 dias de evolução que o confinou ao leito. Analiticamente com hiperbilirrubinemia mista de novo sem outras alterações. RX tórax mostrava um discreto aumento da silhueta cardíaca direita e um aparente nódulo pulmonar no lobo médio do pulmão homolateral. A ecografia abdominal superior sinalizou uma volumosa massa tumoral na topografia renal/supra-renal com 15cm de maior eixo. Neste contexto, foi pedida TC-TAP que evidenciou uma formação vascular tumoral da veia cava inferior de grandes dimensões com extensão desde a aurícula direita até à topografia infra-renal direita e vários focos pulmonares secundários.

Nº 008 Fenómeno e Síndrome de «Nutcracker»: diagnósticos a considerar

Filipe Veiga(1); Carla Pereira Fontes(1); Nuno Prucha Leite(1); Yolanda Martins(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

A síndrome de *nutcracker* caracteriza-se pela compressão extrínseca da veia renal esquerda entre as artérias mesentérica superior e aorta, resultando em congestão venosa e complicações, como dor pélvica, hematúria, proteinúria ou hipotensão ortostática. Contudo, pode ser assintomática em muitos casos, denominando-se fenómeno de *nutcracker.*

É uma condição rara, ainda que possivelmente subdiagnosticada, atingindo diferentes faixas etárias e com aparente predomínio do género feminino nalgumas séries.

Neste caso, descreve-se o fenómeno como achado incidental em tomografia computorizada abdominopélvica numa mulher de 49 anos. A presença de clínica compatível deverá elevar a suspeita para este diagnóstico e respetivo tratamento.

Nº 009 Largada de balões: apresentação atípica de adenocarcinoma pulmonar

Carolina Soares Lopes(1); Joana Basílio Leite(1); João Gouveia Fonseca(2); Ana Beatriz Ferreira(1); Ana Rita Sárria(1); Inês Hilário Soldin(2); Verónica Guiomar(1)

(1) Hospital Pedro Hispano (2) IPO Porto

Mulher de 77 anos recorre ao serviço de urgência por quadro de mal-estar generalizado, anorexia e astenia progressiva com uma semana de evolução e perda ponderal de 20kg em 3 anos. Exame objetivo sem alterações. Dos exames realizados, analiticamente apenas elevação de PCR (62 mg/dL) e raio-x do tórax com múltiplas imagens nodulares dispersas por ambos campos pulmonares, padrão em "largada de balões" (Fig. 1). Realizado TAC (Fig. 2 e 3) para esclarecimento que demonstrou massa sólida heterogênea localizada no lobo superior do pulmão direito (LSD) e múltiplos nódulos sólidos bilaterais compatíveis com metástases. Histologia de lesão do LSD biopsada compatível com

adenocarcinoma pulmonar.

A metastização pulmonar em "largada de balões" é classicamente associada a neoplasias extra-pulmonares (renais, endometriais ou da próstata), ao contrário do caso apresentado.

Nº 010 Mieloma múltiplo e um mergulho no mar

Maria Beatriz Santos(1); Paulo Ávila(1)

(1) Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Mulher, 68 anos, com história prévia de Diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia, hipotiroidismo e obesidade. Recorreu ao Serviço de Urgência por fratura do úmero esquerdo, após mergulho no mar. Por identificação de anemia normocítica normocrómica (Hg 10.4g/dL), enviada para a consulta de Medicina Interna para estudo, tendo-se identificado eletroforese de proteínas com pico monoclonal em Gama e doseamento IgA 10 vezes superior ao valor normal, sem hipercalcemia. A radiografia do esqueleto revelou calote com lesões líticas "sal e pimenta" típicas. Medulograma com 74% de plasmócitos e anatomia patológica da biópsia óssea compatível com Mieloma Múltiplo. Segundo a literatura, as lesões líticas focais estão presentes em 60% dos doentes e as fraturas patológicas em 20%.

Nº 011 Teratoma maduro do mediastino

Beatriz Parreira(1); Joana Mota(1); Marta Soares Carreira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Uma mulher de 44 anos, com antecedentes de ansiedade, apresentou-se no serviço de urgência por toracalgia retrosternal, dispneia súbita e história de episódios prévios semelhantes com 2 anos de evolução. Analiticamente apresentava apenas elevação de D-dímeros pelo que realizou angiotomografía do tórax que revelou uma massa de 6.7mmx6.5mmx4.5mm em topografia mediastinica anterior, bem delimitada e com presença de áreas sugestivas de necrose. Do estudo realizado apresentava B-HCG e alfa-fetoproteina normais, elevação ligeira do CEA (3,2ng/mL), TC-AP sem massas anexiais. A histologia mostrou tratar-se de um teratoma maduro. Os teratomas extra-gonadais são tumores da linha germinativa que se encontram mais frequentemente no mediastino anterior.

Nº 012 Pneumotórax espontâneo secundário Pós Infeção Covid-19

Ana Toste(1); Rui Ribeiro(1); Catarina Vale(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Homem de 62 anos com antecedentes de adenocarcinoma do reto metastizado para o fígado e pulmão recorreu ao SU por tosse irritativa e dispneia súbita. Apresentava-se com sinais de dificuldade respiratória e diminuição dos sons respiratórios à esquerda. O teste de antigénio SARS-CoV2 foi positivo. A radiografia torácica demonstrou um pneumotórax de grande volume à esquerda (A), enquanto a tomografia torácica mais recente documentava múltiplos nódulos cavitados, alguns à periferia, dispersos pelo parênquima pulmonar (B). O diagnóstico de pneumotórax espontâneo secundário foi estabelecido. Doentes com metástases pulmonares de adenocarcinomas gastrointestinais tem risco aumentado de desenvolver lesões císticas necróticas e consequentemente pneumotórax espontâneo. Os acessos de tosse vigorosa induzidos pela infeção COVID-19 atuaram como *trigger* para o fenómeno.

Nº 013 Bacteriemia recorrente por Pseudomona Aeruginosa Secundária a Aortite Infeciosa

Ana Toste(1); Miguel Martins(1); Ana Lourenço Jardim(1); Filipa Silva(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Homem de 83 anos, antecedentes de vasculite ANCA com atingimento renal, hemodialisado por FAV, internado por recidiva de bacteriemia a *P. aeruginosa* com ponto de partida indeterminado. Ecocardiograma sem vegetações. Tomografia de corpo demonstrou extravasamento de produto de contraste pela parede lateral da crossa da aorta com densificação da gordura adjacente (seta). 18F-FGD PET/CT demonstrou captação anómala de radiofármaco no arco aórtico altamente suspeita de processo infecioso. Tendo em conta o elevado risco cirúrgico, foi decidida terapêutica antibiótica supressiva de longa duração. Nas bacteriemias recorrentes uma avaliação exaustiva de complicações é fundamental. A aortite por *Pseudomonas* é altamente incomum e acarreta elevada mortalidade. Indivíduos imunocomprometidos ou submetidos a procedimentos endovasculares têm maior risco.

Nº 014 Massa mediastínica anterior - a propósito de um caso clínico

Inês Caldeira Araújo(1); Beatriz Gamito Gonzaga(1); Jorge Gama Prazeres(1); Ana Elisa Dias(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

As massas mediastínicas anteriores constituem um desafio diagnóstico, requerendo uma abordagem clínica e radiológica estruturada. Apresentamos o caso de uma doente de 29 anos, com um quadro de tosse, toracalgia pleurítica e sudorese nocturna com (1) mês de evolução. A investigação etiológica evidenciou na radiografia póstero-anterior do tórax e na TC-tórax a presença de uma volumosa massa mediastínica anterior

heterogénea. Foi submetida a biópsia cirúrgica da lesão, cujo exame anatomopatológico foi compatível com um Linfoma Difuso de Grandes Células B. Iniciou o protocolo R-CHOP, com remissão completa da doença.

Apresentamos as imagens das radiografias de tórax com a evolução da massa mediastínica anterior antes, durante e após o tratamento.

Nº 015 Litíase coraliforme a «desenhar» completamente o sistema excretor

Bárbara Esteves(1); Carolina Guimarães(1); Hugo Petiz Lousã(1); Paula Dias(1); Jorge Almeida(1); Margarida Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Doente do sexo feminino de 44 anos. Antecedentes pessoais de litíase renal com necessidade de abordagem cirúrgica em 2003 - Nefrostomia Percutânea esquerda e Pielotomia, sem seguimento posterior. Sem infeções urinárias de repetição. Sem seguimento regular. Antecedente familiar de irmã com litíase renal (20 anos). Desde há 2 anos com astenia e perda ponderal 24Kg. Analiticamente anemia microcítica normocromica (Hb 8.5g/dL; MCV 70.7 fL; MCHC 32.7g/dL) com creatinina 2.65mg/dL e ureia 111mg/dL sem disturbios hidroeletroliticos. Exame sumário de urina com proteinúria (10g/L), com leuco (2006/µL) e eritrocitúria (1493/µL). Urina 24h sem hipercalciúria e com proteinúria 3.47g. Sem edemas perifericos, sem dislipidemia, sem alterações de metabolismo fosfocalcio. TC Renal com litíase coraliforme a «desenhar» completamente o sistema excretor de ambos os rins.

Nº 016 Linfangiomiomatose – Uma doença rara

Bruno Freitas(1); Raquel Borrego(2); Inês Araújo(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Descrição: Mulher de 75 anos, internada por infeção respiratória sem agente microbiologico isolado com insuficiência respiratória global de novo para a qual cumpriu 7 dias de amoxicilina/clavulanato. Realizada TC torácica para estudo da insuficiência respiratória que revelou a presença de quistos pulmonares redondos com 2-5mm distribuídos por parênquima normal característicos de linfangiomiomatose.

A linfangiomiomatose é uma doença rara, (prevalência de 0,3/100 000) multissistémica que afeta maioritariamente mulheres. Esta doença é caracterizada pela proliferação de células musculares lisas imaturas em áreas peribrônquicas, perivasculares e perilinfáticas do pulmão.

Apresenta-se a imagem pela raridade do diagnóstico e pela distinção de enfisema pulmonar.

Nº 017 Dermatomiosite com Calcinosis Universalis

Bruno Freitas(1); Martim Alçada(2); Maryna Telychko(2); Inês Araújo(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (2) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: Mulher de 72 anos, antecedentes de dermatomiosite sob terapêutica com hidroxicloroquina e prednisolona 15mg/dia recorreu ao Serviço de Urgência por cansaço com (1) mês e dor na anca esquerda após trauma. Excluída indicação cirúrgica por Ortopedia e solicitada observação por Medicina Interna para exclusão de síncope. Ao exame objectivo podia observar-se nódulos subcutâneos correspondentes a depósitos de cálcio. Realizado radiografia do tórax e bacia que revelam inúmeras hipotransparências de densidade de osso, correspondentes a depósitos de cálcio nos tecidos cutâneos, subcutâneos, musculares e tendinosos.

Apresenta-se as imagens pela raridade da patologia.

Nº 018 Enfisema subcutâneo pós procedimento dentário

Francisco Guimarães(1); Nataliya Polishchuk(1); Inês Ladeira Figueiredo(1)

(1) Hospital Cuf Descobertas

Doente de 49 anos, sem antecedentes relevantes, encaminhado pelo médico dentista após realização de excisão de 2 peças dentárias.

Ao exame objetivo apresentava aumento volume hemiface esquerda com olho encerrado, crepitações à palpação cervical homolateral

TC-cervical/pescoço/tórax com extenso enfisema subcutâneo a nível da hemiface esquerda com densificação e aumento volumétrico a nível do masseter, dissecando os planos faciais de todos os espaços profundos do pescoço, estendem-se ao mediastino superior anterior e posterior até à transição toraco abdominal.

Manteve vigilância. Fez TC ao 3º dia com redução do enfisema subcutâneo.

Observado por Cirurgia Torácica que deu indicação para terapêutica conservadora.

Observado por Cirurgia Maxilo-Facial que deu indicação para antibioticoterapia e AINE

Manteve seguimento em consulta de Medicina Interna.

Nº 019 Síndrome das unhas verdes

Nadine Almeida(1); Filipe Veiga(1); Yolanda Martins(1); António José Cruz(2)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião (2) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Senhora de 98 anos, residente em lar, totalmente dependente nas atividades de vida diária, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, com grande fragilidade cutânea a realizar penso com compressas impregnadas em vaselina. Apresentou descoloração verde lentamente progressiva das unhas da mão esquerda (imagem 1). O exame cultural da unha foi positivo para *Pseudomonas aeruginosa* sensível às quinolonas. Após 2 semanas de tratamento com ozenoxacina tópica, a cor das unhas voltou ao normal (imagem 2). As unhas verdes são uma forma de cromoníquia, pode ser causada pela produção de

pioverdina nas infecção bacteriana por *Pseudomonas aeruginosa*.

Nº 020 DISH: uma causa frequentemente esquecida de disfagia

Catarina Reigota(1); Cátia Barra(1); Isabel Correia(1); Filipe Vilão(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Homem, 75 anos, com *Parkinson*, referenciado à consulta de Medicina Interna por disfagia a sólidos e líquidos com 3 meses de evolução, perda ponderal e disfonia. Estudo analítico sem alterações. Endoscopia digestiva alta com compressão extrínseca no 1/3 superior do esófago. TC cervical com hiperostose com formação osteofítica a nível de C2 (Figura 1), visível na reconstrução 3D (Figura 2). Diagnosticou-se Síndrome de *Forestier,* também denominado de DISH (hiperostose esquelética idiopática difusa), que se apresentou com localização raramente relatada na literatura (C2), na qual apenas em 0.6-1% ocorre disfagia por compressão esofágica.

Nº 021 UMA VARIANTE ANATÓMICA BASILAR PARA A SOBREVIVÊNCIA

Filipa David(1); Carla Morgado(2); José Nuno Alves(2); Carla Ferreira(2)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (2) Hospital de Braga

As artérias cerebrais posteriores emergem da artéria basilar, mas em menos de 10% dos casos advêm bilateralmente das artérias comunicantes posteriores fetais, artérias de baixo calibre que derivam das artérias carótidas internas.

Jovem de 39 anos saudável, recorreu à urgência 4 dias após início de clínica de diplopia, vómitos e vertigem. À admissão apresentava nistagmo horizontal e dismetria à direita, com angiotomografia computorizada (angio-TC) cerebral a confirmar lesão isquémica subaguda no território vertebro-basilar por oclusão bilateral das artérias vertebrais (AV) sem preenchimento da artéria basilar (figura 1).

A variante anatómica descrita, representada por angio-TC cerebral e na reconstrução por ressonância magnética (figura 2 e 3), permitiu manter a irrigação cerebral posterior, viabilizando a sobrevivência do doente sem défices neurológicos.

Nº 022 Calcinose cutis universalis: um caso com tradução radiográfica

Duarte Augusto(1); Nadejda Potlog(1); Joana Vedes(1); João Correia(1)

(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

A calcinose é uma condição determinada pela acumulação de cálcio em tecidos como os músculos, órgãos ou articulações. Quando a acumulação se dá na pele, designa-se calcinose cutis.

Podendo ter várias causas, associa-se frequentemente a doenças do tecido conjuntivo. Apresenta-se um caso de uma mulher de 75 anos, seguida em consulta de Doenças autoimunes com uma doença mista do tecido conjuntivo. No seu quadro clínico apresenta

calcinose cutis universalis, por vezes dolorosa, com especial relevância para a bacia. Pelas suas dimensões e características radiológicas, apresenta-se imagem com tradução dos depósitos de cálcio. Apesar de pouco frequente, o controlo da dor e da doença de base são importantes para manter qualidade de vida.

Nº 023 Infusão de iloprost por bomba elastomérica no tratamento de úlceras digitais no fenómeno de Raynaud

Isabel Marques Correia(1); Isabel Fonseca(1); Jorge Fortuna(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

O iloprost é recomendado no tratamento da vasculopatia digital associada à esclerose sistémica.

Doente do género feminino, 70 anos, com diagnóstico de esclerose sistémica cutânea limitada (anticorpo anti-centrómero positivo e padrão esclerodérmico na capilaroscopia), com fenómeno de Raynaud grave e amputação da falange distal do 4º dedo da mão direita por necrose asséptica. Desenvolveu necrose distal no 3º dedo da mão direita, apesar de terapêutica com vasodilatadores orais (bloqueador dos canais de cálcio, inibidor da fosfodiesterase-5 e inibidor da endotelina). Realizou infusão IV de iloprost por bomba elastomérica, a 2.1mL/h, 24h/dia por cateter periférico, 5 dias consecutivos, sem efeitos laterais e com resolução da isquemia crítica.

Nº 024 Para além do que se vê

Márcia Machado(1); Nádia Ferraz(1); João Gonçalves(1); Diogo Araujo(1); Gabriela Pereira(1); Carlos Fernandes(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira

Doente do sexo masculino, 68 anos, autónomo, internado por edema do membro superior direito associado a um exantema bolhoso com extensão à região torácica. Sem antecedentes pessoais conhecidos.

Durante a investigação etiológica diagnosticado com adenocarcinoma do pulmão com metastização ganglionar, cutânea, mamária e cerebral.

Nº 025 Os doentes têm sempre razão

Márcia Machado(1); Marta Cunha(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira

Doente do sexo feminino, 55 anos, antecedentes de esclerodermia, apresentava noção de tumefação suprapúbica com desconforto à palpação.

Realizada tomografia computorizada pélvica que evidenciou uma massa com cerca de 9 cm de diâmetro na região anexial esquerda compatível com teratoma do ovário.

Submetida a histerectomia total e anexectomia bilateral cujo exame anatomopatológico foi compatível com teratoma quístico maduro.

Nº 026 Doença de Madelung: a importância da identificação do fenótipo

Isabel Marques Correia(1); Helena Rodrigues(1); Isabel Fonseca(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

A Doença de Madelung é um distúrbio metabólico lipídico raro caracterizado por acumulação de depósitos adiposos não encapsulados no tecido celular subcutâneo, simétricos e indolores, que configuram um fenótipo típico.

Doente do género feminino, 78 anos, com antecedentes de síndrome metabólica, hiperuricemia e alcoolismo passado. Noção de deformidade corporal superior, indolor. Objetivamente, identificam-se massas delimitadas e salientes da superfície corporal, de distribuição simétrica e predomínio cervical, na cintura escapular, membros superiores proximais e tronco. Sem alterações analíticas de relevo. A TC confirmou a presença de massas proeminentes, não encapsuladas. A identificação deste fenótipo é fundamental para se prosseguir com a pesquisa de patologias frequentemente associadas.

Nº 027 Dor Abdominal – um sintoma comum para um diagnóstico incomum

Inês Benedito Martins(1); Mónica Ferro da Silva(1); Valentyn Roskhulets(1); Diana Marreiros(1); Leonor Neves da Gama(1); Pedro Laranjo(1); Filipe Dias(1); Monika Dvorakova(1); Inês Madeira(1); Ana Lúcia Santos e Silva(1); Cátia Albino(1); Lucas Diaz(1); Henrique Rita(1)

(1) Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

Homem de 25 anos, nacionalidade nepalesa, previamente saudável com queixas de dor abdominal na fossa ilíaca direita e irradiação lombar homolateral acompanhada de febre com 6 dias de evolução. À apresentação com incapacidade para marcha por incapacidade extensão da coxa. Dado manutenção das queixas álgicas e leucocitose com PCR 24 mg/dL opta-se por pedido de tomografia abdominal com contraste que revela "massa necrosada com áreas de periférico...13x6x6cm. Conglomerado de adenopatias retrocava... aspectos compatíveis com neoplasia." Procedeu-se a drenagem do abcesso e biópsia da massa, com isolamento de Mycobacterium tuberculosis complex no líquido de drenagem abdominal. Melhorou clínica e imagiologicamente sob terapêutica com antibacilares.

Nº 028 Granuloma Angular Generalizado - Uma manifestação Cutânea Rara da Diabetes Mellitus

Inês de Campos Pereira(1); Manuel Maia(1); Bernardo Belchior(1); Cátia Pereira(1); Jorge Fortuna(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

A Diabetes Mellitus (DM) apresenta, frequentemente, manifestações cutâneas associadas. Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 75 anos, com o diagnóstico de DM não insulinotratada com 15 anos de evolução onde se objetivaram lesões maculopapulares, de configuração anular, não pruriginosas, dispersas pelo tronco e membros. Realizou-se biópsia das lesões cutâneas que confirmou o diagnóstico de granuloma

anular generalizado (GAG). O GAG é uma manifestação cutânea rara da DM que se apresenta como lesões maculopapulares, de coloração neutra ou eritematosa, indolores e não pruriginosas cuja etiologia é desconhecida. Pode surgir também associado a infecções víricas. A sua evolução é autolimitada e resolve espontaneamente ao fim de 2 anos, podendo, no entanto, recorrer. O diagnóstico é confirmado através de biópsia das lesões. Não existe terapêutica médica eficaz.

Nº 029 Derrame Pleural Parapneumónico por má higiene dentária

Tânia Pereira da Silva(1); Marta Batista(1); Maria Luís Santos(1); Magda Fernandes(1); U. Embaló(1); Emília Lopes(1); Jorge Cotter(1)

(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Homem, 29 anos. Autónomo. Fumador (18UMA). Hábitos etílicos (60gr álcool/dia). Má higiene oral. Recorreu ao SU por tosse com expetoração mucopurulenta, associada a dor pleurítica no 1/3 inferior do hemotórax direito, com 4 dias de evolução. Rx Tórax a documentar derrame pleural de grande volume à direita. Realizou-se toracocentese diagnostica com saída de liquido com critérios de derrame pleural complicado. Colocado dreno torácico. Isolou-se *Streptococcus Intermedios* no liquido pleural, tendo realizado 6 semanas de ceftriaxone e metronidazol.

Streptococcus Intermedios pertence à flora humana que coloniza a orofaringe, trato gastrointestinal e vaginal. A falta de higiene dentária, favorece o desenvolvimento deste quadro clinico.

Nº 030 O abcesso do Músculo Psoas que era Linfoma B

Tânia Pereira da Silva(1); Joana Rego(1); David Rocha Paiva(1); Rosa Margarida Cardoso(1); Helena Sarmento(1); Jorge Cotter(1)

(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Mulher de 76 anos. Autónoma. Antecedentes pessoais de fibrilação auricular hipocoagulada e patologia osteoarticular degenerativa. Recorreu ao serviço de urgência por dor lombar com irradiação para o MIE e perda ponderal de 10kg (21%) com 3 meses de evolução. Sem febre, náuseas ou vómitos. À admissão, a destacar TAC Coluna Lombar que documentava aumento da espessura do músculo psoas esquerdo, com várias coleções líquidas contíguas, a favor de um abcesso. Associadamente observavam-se várias adenomegalias necróticas. Cumpriu ceftriaxone e metronidazol (12 dias), até obter histologia de biópsia dirigida à lesão, compatível com linfoma B difuso de células grandes. Foi posteriormente transferida para o IPO Porto para continuação de cuidados.

Nº 031 Uma queda pouco inocente...

Rui Jorge Sousa da Silva(1); Bruno Sousa(1); Carla Margarida Carvalho(1); Eulália Antunes(1); Joana Rita Lopes(1); Luís Dias(1); Rita Ortiga(1); Isabel Silva(1); Sofia Caridade(1)

(1) Hospital Braga

Homem de 89 anos, com antecedentes de DRC estadio 5 em programa regular de hemodiálise e doença de Crohn. Internado no serviço de Medicina Interna por Pneumonia Adquirida na Comunidade. Três dias antes do internamento, teve queda no domicílio com traumatismo crânio-encefálico que lhe condicionou diminuição da acuidade auditiva à esquerda. Após admissão para internamento, inicia depressão do estado de consciência. Foi realizada TC-CE, que mostrou "conteúdo líquido isodenso decantado no sistema ventricular supratentorial (hemorragia subaguda? conteúdo piogénico?)". Foi solicitada RMN-CE, que revelou que se tratava de conteúdo intra-ventricular purulento, com edema periventricular decorrente de ventriculite. O doente apresentou má evolução clínica, acabando por falecer. Apresentamos este caso pela riqueza iconográfica das imagens.

Nº 032 A pele: Manifestação exuberante de carcinoma neuroendócrino

Ana Ferreirinha(1); Maria Cristina Fialho(1); Filipa Verdasca(1); Rita Quaresma Ferreira(1); Rui Escaleira(1); Ivánia Furtado(1); Joana Catarina Silva(1); João Fonseca Oliveira(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

As metástases cutâneas de tumores sólidos são raras, sendo o tumor primário do reto responsável por apenas 4% dos casos. A forma mais clássica de apresentação são nódulos dérmicos ou subcutâneos, firmes, indolores, cor de pele ou rosa/vermelhos, que podem coalescer ou disseminar-se. As fotografias demonstram a extensa, exuberante e rápida evolução da metastização cutânea de um doente de 57 anos com adenocarcinoma do reto com desdiferenciação neuroendocrina. A doença progrediu rapidamente com metastização pulmonar, ganglionar e óssea, e o doente acabou por falecer. O reconhecimento das metástases cutâneas é importante por poderem ser o primeiro sinal de doença metastática, estando associadas a prognóstico reservado.

Nº 033 Um Achado Centenário

Madalena Pupo Correia(1); Sara Mateus Mahomed(1); Sara Salema Travassos(1); Ana Mafalda Abrantes(1); Inês Pereira Amaral(1); Ana Alves Cardoso(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Mulher de 100 anos, internada por pneumonia. A radiografia torácica revelou hipotransparências dispersas e uma calcificação infradiafragmática direita. Para adequada caracterização da imagem foi pedida tomografia computorizada que evidenciou, no abdómen superior, formação quística hepática em topografia central, com 7x6 cm, com calcificações periféricas em anel descontínuo, com conteúdo espontaneamente denso, de aspecto multiloculado e com imagens atribuíveis a "membranas" internas, compatível com quisto hidático. Por óbito em 48h, não foi possível confirmar o diagnóstico laboratorialmente ou iniciar tratamento. Ressalva-se a importância da análise metódica da radiografia, pelos achados raros que podem surgir em doentes assintomáticos.

Nº 034 Aspetos imagiológicos da Hidatidose Pulmonar e Hepática

Mafalda Machado(1); Joana Tender Vieira(2); Matilde Gonçalves(1); Henrique Patrício(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro (2) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Sexo masculino, 73 anos, a residir em Portugal, apresentava quadro de febre, vómitos, diarreia e prurido generalizado. Encontrava-se anictérico e hemodinamicamente estável, com um exantema pruriginoso exuberante, picos febris de 39ºC que cediam ao paracetamol e murmúrio vesicular diminuído nas bases pulmonares. Analiticamente destacava-se eosinofilia, fosfatase alcalina de 194 U/L, PCR de 26 g/dL, sem leucocitose.

O estudo por TC revelou massa pulmonar apical esquerda, com 4 cm e densidade hídrica, que retrospetivamente já se visualizava na radiografia torácica da admissão, assim como volumosas lesões hepáticas quísticas, que levaram a colocar a hipótese de abcessos. O estudo ecográfico complementar levantou a suspeita de hidatidose, pela constatação de uma membrana que parecia flutuar no componente líquido (*water lily sign*), que foi confirmada analiticamente.

Nº 035 Metastização cutânea de carcinoma da mama

Sara Loureiro Melo(1); Sara Alves Costa(1); David Gaspar Caetano(1); Francisco Mano(1); Leandro Augusto Silva(1); Inês Sofia Gonçalves(1); Érica Vaz Ferreira(1); José Moura(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Sexo feminino, 93 anos, com carcinoma da mama direita lobular invasivo, pT2N2aM+, G II, tipo pleomórfico, RE-, RP+ (40%), Cerb-2 -, Ki 67- 20%. Submetida a mastectomia radical direita em 2015 e posterior hormonoterapia adjuvante com anastrozol, com remissão clínica inicial. Recidiva metastática em 2018: extensa metastização cutânea no hemitórax direito atingindo o quadrante abdominal superior, membro superior e região dorsal ipsilaterais bem como quadrantes internos da mama esquerda. Pele íntegra, sem solução de continuidade. Inicia quimioterapia com protocolo de Capecitabina Metronómica em Novembro de 2018, com suspensão definitiva em Novembro de 2022, não possuindo condições clínicas para progredir tratamento antineoplásico sistémico.

Nº 036 Soro lipémico

Antonio Cardoso Fernandes(1); Anita Cunha(1); Patrícia Araújo(1); Fernando Lemos(1); João Poço(1); Alexandra Esteves(1); Cátia Barreiros(1); Carmélia Rodrigues(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital Santa Luzia

Masculino, 55 anos. Dislipidemia. Alcoolismo. Internamento prévio em 2022 por pancreatite aguda alitiásica, tendo mantido consumos etílicos. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal difusa e vómito alimentar. Analiticamente com elevação da amilase (97 U/L) e lipase (249.9 U/L) e citocolestase. Internado por pancreatite aguda. Gasometria arterial (imagem 1), com separação de uma fase lipémica em poucos minutos. Confirmada hipertrigliceridemia (5078 mg/dL), e hipercolesterolemia (Total: 427) (imagem 2 – amostras após centrifugação). A hipertrigliceridemia, é uma causa importante de

pancreatite aguda, sendo que a imagem apresentada constitui um achado raro.

Nº 037 TUBERCULOMA INTRACRANEAL

Paulo Augusto B Alano(1); Constantin Sitari(1); Ana Sara Monteiro(1); Rodolfo Savi(2); Luis Gonçalves Vicente(1); Alexandra Martins(1)

(1) CHUA Faro (2) Não Especificado

Mulher, 4(1) anos, com antecedentes pessoais de síndrome nefrótica sem etiologia conhecida, trazida ao serviço de urgência por episódio de crise convulsiva. RM-CE identifica múltiplas lesões focais corticais e subcorticais dispersas, em maior número a nível frontal e parietal à esquerda, caracterizadas por terem predominantemente hipersinal no estudo T2, reforço de sinal à periferia em anel liso e marcado halo de edema. Do estudo efetuado salienta-se nódulo pulmonar cavitado e crescimento de *Mycobacterium tuberculosis* em exames culturais (expetoração e liquor).

Tuberculoma intracraneal é umas das três formas clínicas da tuberculose do sistema nervoso central, o diagnóstico é frequentemente tardio quando já existem sequelas neurológicas.

Nº 038 Um caso raro de abcessos cerebelosos.

Teresa Silva(1); Elisa Caldeira(1); Paulo Câmara(1); Catarina Nóbrega(1); Teresa Faria(1)

(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Homem de 55 anos, com antecedentes de cirurgia otológica esquerda na infância, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por queixas com 2 semanas de evolução de cefaleias temporais bilaterais, náuseas e desequilíbrio com o levante e a marcha. Negava febre, alterações do foro visual, vómitos ou episódios de perda de consciência. Ao exame objetivo (EO) marcha lenta, com desequilíbrio durante a mudança de direção e com a marcha pé-ante-pé. Na TAC-CE com contraste endovenoso, observam-se duas lesões intra-parenquimatosas cerebelosas à esquerda, discretamente ovaladas, com interior hipodenso e região periférica isodensa (com captação após administração de contraste) e edema perilesional. O conjunto destas alterações é sugestivo de coleções abecedadas. Coexiste aparente lesão destrutiva centrada à região mastoide esquerda e ouvido médio. Ficou internado para estudo.

Nº 039 Volumoso hematoma ao longo do psoas-ilíaco em doente com infecão grave a Sars-Cov2

Maria de Meneses Rebelo(1); João Teixeira(1); Inês Urmal(1); Manuel Albuquerque(1); Carlota Lalanda(1); Jorge Frade(1); Catarina Pereira(1); Mafalda Leal(1); Catarina Guimarães(1); Luís Santos(1); Catarina Costa(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Sexo masculino, 80 anos com história relevante de fibrilhação auricular anticoagulada. Infecão grave a Sars-Cov2 (ICov) sobreinfectada com insuficiência respiratória global sob antibioterapia e remdesivir. Inicia quadro súbito de hipotensão refratária, com 2 tumefações dolorosas a nível abdominal esquerdo, com evolução em paragem cardiorespiratória. A imagem torna-se relevante dada a volumosa sufusão hemática ao longo do psoas-ilíaco à esquerda, com cerca de 26cm desde o plano do pilar do diafragma até ao plano do canal inguinal. O risco hematomas espontâneos em doentes idosos com ICov está documentado, sendo importante a suspeição desta entidade e ponderação da anticoagulação instituída.

Nº 040 Exuberante metastização hepática num caso de Adenocarcinoma da Vesícula Biliar

Maria de Meneses Rebelo(1); João Teixeira(1); Inês Urmal(1); Manuel Albuquerque(1); Carlota Lalanda(1); Jorge Frade(1); Catarina Pereira(1); Mafalda Leal(1); Catarina Guimarães(1); Luís Santos(1); Catarina Costa(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Sexo feminino, 77 anos, diagnóstico há cerca de (1) ano de adenocarcinoma da vesícula biliar (AVB) *ad initio* com metastização hepática e pulmonar. Internada devido a deterioração do estado geral em contexto de progressão de doença, com desfecho fatal ao fim de 30 dias. Imagem com volumosa hepatomegália, e incontáveis lesões sólidas, com halo periférico captante, de variadas dimensões. A imagem torna-se relevante, dada exuberante metastização hepática, sendo o AVB um diagnóstico raro, com apresentação clínica inespecífica, e elevada taxa de mortalidade associada à fase avançada da doença à data de diagnóstico.

Nº 041 Abcesso pulmonar associado a fratura condral inflamatória e fistulização peitoral

Rodrigo Rei(1); João Santos(1); Isabel Malta Carvalho(1); João Cunha(1); Catarina Madeira(1); Joana Pestana(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Doente de 78 anos, internada por pneumonia adquirida na comunidade, associada a derrame pleural parapneumónico à esquerda. Ao 9º dia de internamento, mantinha persistência da necessidade de oxigénio suplementar, pelo que se solicitou angioTC de tórax, que identificou fratura da primeira cartilagem costal esquerda com presença de fístula, através da fratura condral, entre lesão cavitada pulmonar subpleural anterior no lobo superior esquerdo, com nível hidroaéreo, e a região peitoral, onde existe "coleção" gasosa

profunda ao grande peitoral homolateral. Apresentamos, assim, uma complicação rara e peculiar de uma infeção comum.

Nº 042 "Tree-in-bud" na tuberculose

Ana Isabel Ribeiro(1); Tiago Seco(1); Daniela Antunes(1); Ana Ponciano(1); Maria de Jesus Banza(1); Joana Leite(1); Sónia Salgueiro(1); Tiago Pais(1); Lueji Gumbe(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Sexo masculino, 25 anos natural do Brasil, em Portugal há 3 meses, com quadro de adenopatias cervicais desde há 2 anos com agravamento recente marcado por aumento do volume e dor. Referia ainda anorexia e perda ponderal de 7Kgs em 2 meses (10% do peso corporal total), bem como shivering e hipersudurese noturna, mas sem febre. Dos exames complementares de diagnóstico realizados destaca-se a Tomografia Computorizada tórax com aspeto "tree in bud", IGRA positivo e no estudo da expectoração detetado M.tuberculosis. Assumiu-se portanto, Tuberculose Pulmonar com envolvimento ganglionar. Revela-se uma imagem importante pelo facto de o aspeto "tree-in--bud" ser um sinal clássico de tuberculose, sugerindo doença ativa.

Nº 043 ATEROSCLEROSE E HIPERTENSÃO: UMA SIMBIOSE PERIGOSA

André Filipe Conchinha(1); Tiago Pack(1); Ana Raquel Soares(1); Sofia Eusébio(1); Sofia Cunha(1); Pedro Fiúza(1); António Mário Santos(1)

(1) Hospital Stª Marta

Homem, 45 anos, autónomo. Referenciado a consulta de Medicina Interna por hipertensão arterial de difícil controlo, sob 3 anti-hipertensores (amlodipina, candesartan e carvedilol). Diligenciada marcha diagnóstica para exclusão de hipertensão secundária, com angio-TC abdomino-pélvica a documentar: "significativa doença aterosclerótica da aorta abdominal, com envolvimento do óstio da artéria renal direita, a condicionar atrofia renal homolateral". Por hipertensão renovascular, o caso foi discutido com Cirurgia Vascular e Nefrologia, sem indicação para cirurgia de revascularização considerando rim atrófico. Procedeu-se a optimização terapêutica com adição de dinitrato de isossorbida, verificando-se estabilização do perfil tensional.

Apresentamos esta imagem paradigmática de hipertensão renovascular.

Nº 044 Pneumomediastino Secundário a Distress Respiratório- Quando o Raro Acontece

Catarina Santos Reis(1); Francisco Santos Silva(1); Beatriz Simão Parreira(1); Ana Ribeiro(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Mulher de 22 anos, com asma controlada. Internamento por quadro de asma agudizada por pneumonia. Angiotomografia torácica com pneumomediastino extenso entre os compartimentos médio/posterior/retrotraqueal e jugulocarotídeo cervical e alterações

simétricas tipo "vidro despolido" nas regiões peri-hilares com focos de consolidação. Assumido pneumomediastino secundário a *distress* respiratório. Evolução favorável sob antibioterapia e broncodilatação, com resolução do pneumomediastino e restantes achados em melhoria ao 7º dia.

Alertamos para a possibilidade de ocorrência desta rara complicação, secundária a casos de exacerbação de asma e/ou pneumonia.

Nº 045 Polisserosite e Bócio Mergulhante

Inês Hilário Soldin(1); Filipa Barros Alves(1); José Pedro Escaleira(1); Rui Môço(1); Joana Cordeiro e Cunha(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Mulher, 77 anos, sem patologia tiroideia conhecida. Disfagia mista, dispneia e intolerância ao decúbito com meses de duração. A radiografia e TC torácicas revelaram massa cervical mergulhante no mediastino superior com efeito de massa em estruturas adjacentes, derrame pericárdico e pleural bilateral, assumidos no contexto de compressão de estruturas veno-linfáticas. Excluída anasarca. Função tiroideia normal. A biópsia evidenciou tecido tiroideu sem marcadores histológicos de malignidade. Iniciou corticoterapia com consequente redução do edema peri-massa, melhoria da sintomatologia e da serosite. Orientada para tiroidectomia total. Este caso presenteia-nos com um bócio compressivo de enormes dimensões, achado raro na prática clínica nos tempos atuais.

Nº 046 Uma tumefação lombar a sinalizar pielonefrite

FÁBIA CERQUEIRA(1); Valentim Rodrigues(1); Ana Cláudia Rodrigues(1); Ana Melício(1); Hélder Gonçalves(1); Ana Maria Baltazar(1); Ana Castro Barbosa(1); Joana C. F. Lima(1); Francisco Santos Cunha(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Mulher, 32 anos, com antecedentes de cistite de repetição e litíase renal. Recorre à Urgência por tumefação e dor lombar à esquerda com (1) semana; polaquiúria, disúria e hematúria com (1) mês. Apresentava hipotensão, taquicardia, tumefação lombar esquerda palpável, dor e calor locais e Murphy renal positivo. Analiticamente, leucocitose 34900/mm3 com N 87,6%; trombocitose 844000/mm3; PCR 25,8mg/dL e leucoeritrocitúria. TC-abdominal: *pielonefrite complicada de abcesso peri-renal póstero-lateral em relação com o polo inferior do rim esquerdo, envolvendo os músculos quadrado lombar, psoas e planos músculoaponevróticos da região lombar homolateral, com 90x65x42mm.* Iniciou antibioterapia e foi submetida a drenagem cirúrgica.

Nº 047 Relevância imagiológica no diagnóstico de mais um caso de encefalite herpética

Pedro Manata(1); Paula Cerqueira(1); João Matos Costa(1)

(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Homem de 70 anos, referenciado ao serviço de urgência por quadro de cefaleias, confusão e febre. A tomografia computorizada cranioencefálica mostra uma **hipodensidade mesial temporal esquerda**. A presunção diagnóstica assentou no quadro clínico e na apreciação de um LCR com predomínio de polimorfonucleares, desvalorizando a TC CE de admissão, pelo que apenas iniciou empiricamente vancomicina, ceftriaxone e ampicilina. Por culturas negativas manteve apenas ceftriaxone. Ao 8º dia de internamento volta a ter novo pico febril, discute-se o caso com a Neurologia, que dada a localização da lesão em TC, entende iniciar aciclovir. Cumpriu 2(1) dias de aciclovir, com melhoria clínica. A revisão de imagem foi determinante para a alteração da atitude terapêutica precocemente, que se revelou crucial sobre eventuais sequelas ou mesmo evolução fatal deste caso.

Nº 048 Nódulos de Schmorl - achados comuns de causa incerta

Bárbara Paracana(1); Susana Silva(1); Inês Cunha(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Os nódulos de Schmorl são achados imagiológicos frequentes, caracterizados por uma herniação do núcleo pulposo através da placa terminal cartilaginosa e óssea no corpo da vértebra adjacente. Mais prevalentes nos homens (76%) e ainda que na sua maioria assintomáticos, podem condicionar dor. Têm sido propostas várias vias patogénicas: doenças degenerativas ou de desenvolvimento, trauma e autoimunidade. O tratamento é o controlo álgico.

Homem, 26 anos com antecedentes de psoríase cutânea e artrite psoriática com envolvimento axial. Queixas de cervical-dorso-lombalgia de ritmo inflamatório, sem aumento de parâmetros de inflamação, com parca resposta ao anti-inflamatório não esteróide.

Dado o crescimento do nosso conhecimento da fisiopatogenia da inflamação crónica sistémica, este tipo de achados poderão ganhar relevância clínica no futuro próximo.

Nº 049 Pseudoxantoma Elástico: Um diagnóstico desafiante

Mariana Gaspar(1); Rui Jorge Escaleira(1); Rita Quaresma Ferreira(1); Francisca Lopes Martins(1); Miguel F. Martins(1); Rui Malheiro(1); Mariana Marques Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Mulher de 70 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, e um quadro clínico caracterizado pela presença de pápulas amarelas reticuladas em padrão "pedra de calçada" na região cervical e axilar, diminuição da acuidade visual e artralgias. Da investigação realizada a retinografia demonstrou estrias angióides e as radiografias evidenciaram um padrão de calcinose difusa. A biopsia cutânea foi compatível com pseudoxantoma

elástico. Esta é uma doença genética rara, caracterizada pela mineralização e fragmentação das fibras elásticas da pele, retina e sistema cardiovascular (CV). Pretendemos realçar uma doença rara que implica uma abordagem multidisciplinar para vigilância, controlo dos fatores de risco CV e deteção precoce de complicações.

Nº 050 Secundarização hepática ou achados benignos?

Inês Margarido(1); Tiago Neto Gonçalves(1); Jorge Montês(1); Beatriz Tallón(1); Manuel Durão(1); Rui Costa(1); Alexandra Bayão-Horta(1)

(1) Hospital da Luz Lisboa

Homem de 82 anos, admitido por hematúria e desconforto suprapúbico com dois dias de evolução. Exame objetivo com edema simétrico dos membros inferiores. Laboratorialmente com leucocitose neutrofílica, lesão renal aguda, elevação dos parâmetros inflamatórios e exame sumário de urina com hematoproteinúria. TC abdomino-pélvica descrevia com dilatação pielocalicial esquerda e fígado multinodular de sugestão metastática. Para esclarecimento realizou ecografia abdominal e ressonância magnética abdominal que revelaram imagens quísticas ao redor do ducto pancreático principal e hamartomas biliares múltiplos. Estes achados são compatíveis com Complexo de Von Meyenburg, lesões benignas que fazem diagnóstico diferencial com metástases hepáticas.

Nº 051 Displasia Fibrosa: um caso raro no adulto

Ana Teixeira Reis(1); Carolina Almeida Robalo(1); Alexandra Gaspar(1); Pedro Carreira(1); Ermelinda Pedroso(1)

(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Homem de 3(1) anos, com queixas álgicas a nível da coluna cervical e lombar. Objetivamente apresentava tumefação óssea na região occipital. Sem alterações analíticas relevantes e estudo da auto-imunidade negativo. A cintigrafia óssea revelou aumento da atividade osteoblástica a nível occipital, frontotemporal e C5. A tomografia computorizada demonstrou alterações sugestivas de displasia fibrosa no osso occipital. A displasia fibrosa é uma doença rara, congénita e benigna, caracterizada pela substituição gradual do tecido ósseo por fibroso, provocando lesões osteolíticas, fraturas e deformidades. A maioria das lesões são assintomáticas, mas podem causar dor óssea, fraturas, deformidades e compressão neurológica. A transformação maligna é rara.

Nº 052 Uma Massa Surpresa

Miguel F. Oliveira(1); Cláudia Viana(1); Pedro Ponte(1); Patrícia Aranha(1); Paula Macedo Paz Ferreira(1); Luís Amaral(1); Maria Inês Leite(1); Luís Dias(1)

(1) Hospital do Divino Espirito Santo, Ponta Delgada

Doente de 77 anos, autónomo, com antecedentes de diverticulose e prótese total da anca à direita. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de edema do membro inferior esquerdo. Concomitantemente, com quadro constitucional com 4 meses de evolução e alteração do trânsito gastrointestinal, necessitando de exercer pressão sobre o

hipogastro/fossa ilíaca direita para iniciar micção e dejeção. À examinação, apresentava uma massa indolor na fossa ilíaca direita, com 15 centímetros de diâmetro, limites definidos, aderente aos planos profundos, de consistência pétrea. Realizada tomografia computorizada, que colocou a hipótese de volumoso abcesso, provavelmente secundário a perfuração intestinal, de etiologia a esclarecer.

Nº 053 Tofos gotosos. Uma raridade que importa saber reconhecer

Juliana Carneiro(1); Joana Rodrigues(1); Ana Branco(1); Margarida Oliveira(1)

(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Homem, 7(1) anos, reformado, independente nas atividades da vida diária, com antecedentes de atropatia gotosa com mais de 40 anos de evolução, seguido pelo médico assistente, com consumo ocasional de carnes jovens, marisco, bebidas gaseificadas e doces/bolos e história ingestão alcoólica pesada no passado. Sem outros antecedentes de relevo. Encaminhado para consulta por gota mal controlada, medicado com alopurinol que não cumpria de forma regular. Na primeira consulta, ajustada terapêutica, tendo iniciado febuxostate e prednisolona. Atualmente melhorado e assintomático.

Este caso pretende ilustrar-nos, tofos gotosos que o doente apresentava em vários dedos das mãos, cotovelos e trajeto do tendão de Aquiles e alertar para a importância do tratamento e do cumprimento terapêutico para prevenção dos mesmos.

Nº 054 Doença de Madelung

Daniela da Costa Duarte(1); Carolina Anjo(1); Catarina Almeida(1); Joana Marques(1); Gabriel Atanásio(1); Edite Nascimento(1); Alexandra Vaz(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A lipomatose simétrica múltipla ou doença de Madelung é uma doença benigna rara do metabolismo dos lípidos, que resulta na acumulação anormal de gordura subcutânea no pescoço, ombros, tronco, ancas, parte superior dos braços e coxas. Afeta sobretudo homens entre os 30 e os 70 anos com história de alcoolismo crónico. O tratamento é cirúrgico.

Homem, 60 anos. Antecedentes de DM tipo 2, alcoolismo crónico e doença de Madelung. Internado por pneumonia de aspiração após hipoglicémia de 10mg/dl. Ao exame objetivo a destacar exuberante lipomatose difusa a nível cervical e região superior do tronco.

É importante reconhecer esta doença e proceder à investigação adequada e abordagem cirúrgica precoce evitando assim complicações graves, como disfagia, rouquidão ou dispneia por compressão de estruturas na área afetada, não esquecendo o componente estético e psicológico.

Nº 055 Uma "explosão" abdominal

Sandra Oliveira Mendes(1); Maria José Aguiar(1); Ana Mesquita(1); Filipa Guimarães(1)

(1) Hospital Pedro Hispano

Homem de 50 anos, admitido na sala de emergência, imobilizado em plano duro após queda acidental de 6 metros de altura. A queda não foi presenciada e o doente foi encontrado em decúbito ventral, com a região abdominal sobre um barrote de madeira. Na avaliação primária do trauma notada deformidade da pelve. Realizada TC abdominopélvica emergente que mostrou herniação inguinal bilateral de gordura e estruturas digestivas com extensão para a região perineal e bolsas escrotais. Submetido a laparotomia emergente, sendo identificada extensa laceração do mesentério e mesocólon do sigmóide com arrancamento visceral relevante e ruptura da fáscia, peritoneu e ligamentos inguinais. Este caso é representativo de como um mecanismo de trauma simples pode traduzir lesão grave e potencialmente fatal, com expressão invulgar no exame objetivo.

Nº 056 Parainfluenza 2: uma evolução rara de uma infeção comum

Maria Eduarda Leitão(1); Maria Duarte(1); Álvaro Ferreira(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Homem de 8(1) anos, antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatia não estratificada e fibrilhação auricular. Admitido por sépsis com ponto de partida respiratório e disfunção multiorgânica. Radiografia torácica a documentar infiltrados difusos bilateralmente (fig.1) e pesquisa de vírus Parainfluenza 2 positivo. TC torácica a documentar "padrão *crazy paving*" (fig. 2 e 3). Evolução em Síndrome da Dificuldade Respiratória Aguda (ARDS) a culminar em óbito.

A infeção por Parainfluenza é mais comum em crianças, no entanto a Pneumonia vírica está também bem documentada em idosos ou imunocomprometidos. A singularidade deste caso reside na raridade da evolução em ARDS em imunocompetentes com Pneumonia por Parainfluenza.

Nº 057 Escleroderma ou morfeia linear, um diagnóstico clínico

Claudemira Pinto(1); Filipa Silva(1); Joana Tender Vieira(1); Maria Teresa Brito(1); Mariana Oliveira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar São João

Mulher de 45 anos, enviada a consulta de Medicina Interna para estudo de lesão na coxa direita. Ao exame objetivo observada placa linear endurecida, na face interna da coxa direita, sem envolvimento muscular ou articular. A doente referia que a lesão teve início na infância e estava estável há mais de 20 anos. A biópsia cutânea que mostrou hiperqueratose e esclerose dérmica, com extensão ao tecido adiposo subcutâneo, sem envolvimento muscular. Não apresentava outros sintomas e restante exame objetivo sem alterações. O estudo analítico com imunologia não revelou alterações. Foi realizado o diagnóstico de morfeia linear. Salienta-se este caso por pela raridade e patogénese ainda não totalmente esclarecida, sendo um diagnóstico clínico.

Nº 058 Atingimento Aórtico difuso na Arterite de Células Gigantes

Rita Matos Sousa(1); Ana Filipa Martins(1); Carlos Capela(1)

(1) Hospital Braga

Mulher, 65 anos, com quadro constitucional, mialgias generalizadas, cefaleia temporal de novo e diminuição da acuidade visual. Analiticamente, destaca-se anemia normocítica normocrómica, aumento da velocidade de sedimentação e proteína C Reativa. Nesta fase, perante forte suspeita de Arterite de Células Gigantes com Polimialgia Reumática, a doente realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica e tomografia emissora de positrões para exclusão de envolvimento da aorta. Em ambos os exames imagiológicos foi evidente espessamento e captação difusos da parede da aorta ascendente, descendente e arco aórtico com extensão para os troncos supra-aórticos e artérias ilíacas comuns.

Nº 059 O desafio de um diagnóstico de infeção associada a dispositivo cardíaco elétrico implantável (DCEI)

Catarina Semedo Graça(1); Vera Guerreiro(1)

(1) CH Baixo Alentejo - Beja

Descreve-se o caso de um homem de 69 anos, com Pacemaker colocado à 7 meses, internado por Pneumonia a MSSA com bacteriémia, realizando antibioterapia dirigida. Novos internamentos aos (1) e 2 meses por bacteriémia a MSSA e MRSA, com ecocardiograma transesofágico sem alterações. Excluídas outras etiologias. PET compatível com infeção no trajeto intratorácico dos eléctrodos.

O diagnóstico das infeções associadas a DCEI faz-se maioritariamente por ecocardiografia em doentes com bacteriémia sem foco, porém a infeção de DCEI por disseminação hematogénica nem sempre está associada a alterações ecocardiográficas. Em caso de alta suspeita clínica deve alargar-se a investigação para avaliar a possibilidade de infeção em todo o dispositivo.

Nº 060 Stevens-Johnson sobreposto a Necrólise Epidérmica Tóxica

Joana Moutinho(1); Frederico Silva(1); João Aurélio(1); Maria Inês Simões(1); Luísa Arez(1)

(1) Hospital Portimao

O Síndrome Stevens-Johnson (SSJ) e a Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) são reacções mucocutâneas graves caracterizadas por necrose extensa e destacamento da epiderme, frequentemente como reação adversa a fármacos. São um continuum da mesma patologia, diferindo na percentagem de pele (SSJ <10%, NET > 30% e sobreposição SSJ/NET 10-30%). Apresentam-se como lesões maculares eritematosas mal definidas inicialmente na face e tórax e com distribuição simétrica, sendo as regiões palmar e plantar raramente envolvidas. Feminino, 87 anos, antecedentes de oclusão arterial mesentérica superior e hiperuricémia, admitida por lesões mucocutâneas compatíveis com SSJ na face, tórax, região palmar e plantar bilateralmente, após início de Alopurinol. Extensão das lesões com evolução para sobreposição com NET apesar de corticoterapia com atingimento da mucosa oral e genital.

Nº 061 Letálides, metástases em "máscara" ou metástases cutâneas com mau prognostico – letais.

José Joaquim(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

As *letálides* são metástases cutâneas de prognóstico reservado, ocorrem em 24% dos casos de cancro da mama.

Doente do sexo feminino de 74 anos, autónoma. Recorre à consulta por lesões nodulares. Ao exame objetivo apresenta lesões nodulares na região cervical e torácica com 4 meses de evolução. Realizou-se TC da coluna vertebral que revela metastização óssea, TC toraco-abdomenopélvica revelando linfangite carcinomatosa local e cervical esquerda com extensão à mama esquerda de natureza metastática. Derrame pleural, nodulação metastática pulmonar esquerda. O diagnóstico é carcinoma invasor NST G2. É importante estar atento a lesões cutâneas em doentes com cancro da mama prévio e eventualmente fazer biopsia e estudo imunohistoquimico.

Nº 062 Uma elevada suspeita, um diagnóstico célere, uma extensa disseção da aorta

Inês Baptista Freitas(1); Hugo M. Oliveira(2); Daniela Carvalho(2); João Filipe Camões(2)

(1) IPO Porto (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Homem de 55 anos, com obesidade grau 2 e hipertensão arterial grau 2, recorreu ao serviço de urgência por dor retroesternal em facada com irradiação cervical, dorsal, abdominal e inguinal direita, de intensidade máxima desde o ínicio, sem fatores de agravamento ou de alívio. Associadamente com parestesias do membro inferior direito. Ao exame objetivo, agitado, diaforético, taquicárdico, tensão arterial dos membros superiores esquerdo 148/88mmHg e direito 84/56mmHg. Pela suspeita clínica de disseção aórtica foi alocado à Sala de Emergência com angiotomografia cervicotoracoabdominopélvico a revelar disseção aórtica DeBakey I com extensão às artérias carótidas, subclávia esquerda, ilíaca comum esquerda e ilíaca externa direita. Realizou labetolol para controlo tensional, fentanilo para controlo álgico e cirurgia cardiotorácica com evolução favorável.

Nº 063 Um aperto na artéria – síndrome da veia cava superior

Carolina Anjo(1); Inês Rento(1); Fernando F. Ribeiro(1); Gabriel Atanásio(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Mulher de 77 anos, não fumadora, recorreu ao Serviço de Urgência por cansaço, dispneia, anorexia, perda ponderal, tumefações a nível cervical e edema da face com (1) mês de evolução. Ao exame objetivo, apresentava tumefação a nível supraclavicular esquerdo, várias adenopatias cervicais móveis e sinais de circulação colateral no tronco à direita. Na radiografia de tórax (imagem 1), apresentava opacidade justa hilar direita. A tomografia de tórax (imagens 2 e 3) evidenciou densificação nodular no segmento anterior do lobo superior do pulmão direito, com invasão do terço superior da veia cava superior e tromboembolismo pulmonar subsegmentar. A doente foi internada para estudo. Realizada

broncofibroscopia com biópsia endobrônquica que confirmou diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão.

Nº 064 Uma "largada de balões" pulmonar e hepática!

Diana Brites(1); Humberto Macedo(2); Sofia Silva(2); José Artur Paiva(2)

(1) Hospital Amato Lusitano (2) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Homem de 78 anos, recorreu ao Serviço de Urgência, por astenia com 15 dias de evolução. À admissão, vígil, febril, dificuldade respiratória, crepitações difusas e dessaturação, hipotensão, taquicardia, má perfusão periférica (*Mottling Score* 5). O estudo analítico revelou acidemia hiperlactacidémica, lesão renal e hepática agudas e elevação da proteína C-reativa. Pela exuberância de choque realizou tomografia tomputorizada toracoabdominopélvica que relevou metastização pulmonar bilateral, em padrão de "largada de balões" e extensa metastização hepática. Este caso salienta a relevância do reconhecimento precoce de alterações imagiológicas típicas que não só orientam diagnóstico, mas são fundamentais para estabelecimento de terapêutica e prognóstico.

Nº 065 Psoríase vs Toxicodermia

Gabriela Maria Costeira Paulo(1); Flávia Freitas(1); Dany Cruz(1); Ilda Coelho(1); Carla Lemos Costa(1); Carlos Oliveira(1)

(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Homem de 68 anos com diagnóstico prévio de psoríase vulgar leve. Observado no serviço de urgência por lesões descamativas dispersas nas extremidades, com 2 meses de evolução. Sem febre ou início de novos fármacos. Devido à exuberância da apresentação clínica foi realizada biópsia que foi compatível com dermatite psoriasiforme com eosinófilos. O estudo autoimune, VDRL, serologias para a Hepatite B, C e HIV foram negativas, TASO normal. Realizado tratamento com prednisolona em associação com acitretína tendo-se verificado melhoria clínica progressiva.

Nº 066 Um pouco de rim nos quistos

Daniela da Costa Duarte(1); Raquel Pinto(1); André Ferreira(1); Carolina Ferreira(1); Andreia Silva(1); Carla Lima(1); Tiago Barra(1); Sérgio Lemos(1); Alexandra Vaz(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A doença renal poliquística autossómica dominante (DRPQAD) caracteriza-se pelo desenvolvimento de quistos renais bilaterais que aumentam em número e tamanho com a idade.

Homem, 37 anos. Antecedentes de DRC estadio 5 por DRPQAD e infeções recorrentes de quistos renais.

Internado por infeção de quisto renal à direita e agudização da DRC. TC AP com aumento volumétrico dos rins, com aspeto poliquístico, destacando-se quisto no rim direito com 76x62mm, denso e heterogéneo com paredes espessadas, com provável componente hemorrágica. No internamento realizou drenagem do quisto guiada por TC, sem agente isolado e cumpriu 4 semanas de meropenem e linezolide com melhoria clínica.

É importante reconhecer esta doença, uma vez que o diagnóstico precoce e o acompanhamento clínico adequado poderão minimizar e retardar o surgimento de complicações como a DRC e infeções recorrentes.

Nº 067 Doença da criança no adulto

Daniela da Costa Duarte(1); Andreia Lopes(1); André Martins(1); Edite Nascimento(1); Alexandra Vaz(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A doença mãos-pés-boca é uma doença infecciosa causada pelo vírus *Coxsackie,* transmite-se por via fecal-oral.

Mulher, 2(1) anos, educadora de infância. Recorre ao SU por quadro de febre, dor abdominal e lombar, odinofagia e surgimento de lesões vesiculares dolorosas na orofaringe, mãos e pés com 5 dias de evolução. Medicada há 3 dias com antibiótico, sem melhoria.

Apresentava lesões ulceradas na orofaringe e mucosa labial e vesículas nas mãos e pés afetando as palmas das mãos e plantas dos pés, algumas em fase de cicatrização. Análises e Rx tórax sem alterações.

Admitiu-se o diagnóstico de doença mãos-pés-boca, foi medicada com terapêutica sintomática com melhoria clínica.

Devemos estar alerta para esta infeção viral, que apesar de ser mais comum em crianças, também afeta adultos, em que o tratamento é sintomático, de modo a evitar a prescrição inadequada de antibióticos.

Nº 068 Calcinose cutis: uma manifestação não descrita de artrite psoriática?

Ana Rita Ramalho(1); Francisco Martins(1); Gonçalo Cunha(1); Inês Sofia Gonçalves(1); Khrystyna Fedak(1); José Magalhães(1); Adriana Henriques(1); Maja Petrova(1); José Pereira de Moura(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Homem, 53 anos com psoríase e artrite psoriática sob risancizumab, recorre ao Serviço de Urgência por placas dolorosas nos membros inferiores com semanas de evolução. Ao exame objetivo, apresentava placas pétreas dolorosas em aparente dependência do tecido subcutâneo, sinais de dermatite de estase e hiperpigmentação pós-inflamatória, mas sem lesões psoriáticas ativas. Tinha suspenso o risancizumab no mês anterior por TEP bilateral. Realizou radiografias e ecografia das partes moles que identificaram calcificação do tecido subcutâneo (*calcinose cutis*). O estudo autoimune apresentava Ac. anti-DFS70 positivo.

A variante distrófica é a forma mais comum de *calcinose cutis*, encontrando-se associada a doenças auto-imunes como a esclerose sistémica e a dermatomiosite, não estando descrita a associação com a psoríase ou a artrite psoriática.

Nº 069 Melanoma maligno metastizado

Patrícia Lima(1); Beatriz Castanheira(1); Erica Barata(1); Mariana Isabel Santiago(1); Elena Pirtac(1); Francisca Delerue(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Homem de 70 anos com melanoma maligno metastizado, primário oculto. Metastização a nível da parótida esquerda, em topografia ganglionar, pleural, hepática, intestinal e tecido celular subcutâneo sob tratamento oncoativo com dabrafenib e trametinib, seguido em consulta de Oncologia Médica. Tomografia do pescoço de janeiro/2023 evidencia lesão volumosa excêntrica e heterogénea realçante com elementos sólidos e quísticos com pelo menos 86x80x93 mm de eixos TxAPxCC centrada à parótida esquerda. Marcado aumento dimensional face a novembro/2022 com 51x48x66mm. Apresenta trajeto fistuloso com drenagem de conteúdo purulento, lesões ulceradas e regiões com componente necrótico. Cultura do exsudado purulento da massa cervical positiva para Citrobacter freundii e Enterococcus faecalis, a cumprir antibioterapia. Internado por acidente vascular cerebral isquémico.

Nº 070 GIST - apresentação atípica

Ricardo Reis Veloso(1); Ana Simas(1); Daniela Marafona Pereira(2); Nuno Amorim(1); Bárbara Gama(1); Ricardo Borges(1); Mariela Rodrigues(1); Joana Decq Mota(1); Madalena Rosa(1); Fátima Pinto(1)

(1) Hospital da Horta (2) USI Faial

Os tumores do estromal gastrointestinal (GIST) são neoplasias raras do mesênquima do tracto gastrointestinal. A maioria dos casos apresenta-se com hemorragia digestiva (principalmente nos casos com origem gástrica ou duodenal), ou o diagnóstico é incidental, em doentes assintomáticos.

As imagens apresentadas mostram uma apresentação atípica de um GIST, num doente com quadro de distensão e dor abdominal com cerca de 3 semanas de evolução, e perda ponderal significativa (20 kg em 3 meses). Foi realizada ecografia abdominal, que revelou lesão sólida intraabdominal volumosa, tendo sido posteriormente realizada tomografia computorizada (TC) abdominal, que revelou lesão expansiva intraabdominal, de aspecto heterogéneo, a ocupar praticamente todo o abdómen.

Foi realizada biópsia guiada por TC, tendo o exame anatomopatológico feito o diagnóstico de GIST.

Nº 071 Isquemia digital- Síndrome de Raynaud e doença aterosclerótica

Ana Magalhães(1); Helena Rodrigues(1); Beatriz Ferreira(1); Elsa Gaspar(1); Isabel Fonseca(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Doente de 57 anos, com antecedentes de hipercolesterolemia e tabagismo. Recorreu ao SU por úlceras digitais com necrose, no 2 e 3º dedo da mão esquerda, com 2 meses de evolução.

Referiu fenómeno de Raynaud incompleto com 4 meses de evolução. Enquanto aguardava estudo etiológico, realizou perfusão de iloprost com melhoria parcial das lesões.

Na investigação clínica, no ecodoppler, foi identificado trombo endoluminal praticamente oclusivo com estenose e placa aterosclerótica na artéria radial. A coexistência do fenómeno vasospástico com patologia aterosclerótica grave condicionou a isquémia digital e perda irreversível da polpa digital.

Imagem 1. Úlceras digitais. Esquerda- à admissão; Direita- após perfusão de iloprost

Nº 072 Aneurisma calcificado como causa de AVC isquémico

Valter Duarte(1); Cátia Oliveira(2); Luis Fountão(2); Hans Peter Grebe(2)

(1) CH Baixo Vouga – Aveiro (2) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Homem de 65 anos, fumador. Admitido por hemiparesia direita com tempo de evolução indeterminado. Fez TC-CE (figura 1) e angioTC (figura 2), que mostrou aneurisma não roto calcificado da artéria comunicante anterior (ACA) de grandes dimensões. Assumida crise epilética secundária à LOE com défices atribuídos a um período pós-ictal. Por agravamento dos mesmos realizou RMN-CE (figura 3) com evidência de área de isquemia aguda no território da ACA esquerda, em possível contexto hemodinâmico por oclusão da artéria pelo aneurisma. Iniciou reabilitação com melhoria dos défices. A RM-CE discutida com neurorradiologia de intervenção, sendo considerado não haver indicação terapêutica, uma vez que o aneurisma se encontrava totalmente trombosado.

Nº 073 Onde está o baço? - um caso de hepatomegalia e asplenismo

Carolina Soares Lopes(1); Mariana Lobo(1); Diana Leite Russo(1); Bruno Matos Soares(1); P. Ricardo Pereira(1)

(1) Hospital Pedro Hispano

Jovem brasileiro de 2(1) anos, com antecedentes de Anemia Falciforme (AF) e internamento recente por colite por salmonella entérica. Admitido por sindrome torácico agudo em contexto de pneumonia bilateral. Apresentou citocolestase e trombocitose importante, com valor máximo de 1350x10^3/uL plaquetas. O TAC Toraco-abdomino-pélvico demonstrou hepatomegalia homogénea e ausência de baço, previamente não conhecida (Imagem (1) e 2).

Este caso mostra duas condições clínicas associadas à anemia hemolítica decorrente da AF: a hematopoiese extra-medular com consequente hepatomegalia e citocolestase; os enfartes esplênicos com evolução para asplenismo funcional por autoesplenectomia, com diminuição do sequestro plaquetário e trombocitose resultante. Assim, na abordagem a estes doentes devemos estar conscientes da sua complexidade e do risco infecioso inerente.

Nº 074 Síndrome de Horner após drenagem de nódulo cístico tiroideu – uma complicação rara

Bárbara Paracana(1); Andrea Cabral(2)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga (2) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

A síndrome de Horner (HS), composta por uma tríade de miose, ptose e anidrose unilaterais, é causada por lesão na cadeia simpática cervical. A etiologia é variada e, em raras vezes, algumas destas lesões são secundárias à instrumentalização recente do pescoço.

Mulher de 78 anos submetida a drenagem de um nódulo cístico de 39mm do lobo direito da tiroide, seguida de injeção de etanol para efeito de retração. No mesmo dia desenvolveu ptose palpebral, miose reativa e cefaleia hemicraniana direitas. Recorreu à urgência cinco dias depois. Realizou TC crânio-encefálica (sem contraste por alergia) que não apresentou alterações e um doppler carotídeo que descartou disseção.

Foi assumida provável lesão da cadeia simpática por manipulação cervical.

Assim, com o aumento da terapêutica instrumentalizada, é importante conhecer, reconhecer e tratar este tipo de complicações.

Nº 075 Aspergilose invasiva: o papel da broncofibroscopia no diagnóstico quando a apresentação é atípica

Ana Carolina Monteiro(1); Martim Trovão Bastos(1); Carolina Chumbo(1); Teresa Valido(1); Filipa Figueiredo(1); Maria Clara Matos(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A aspergilose pulmonar invasiva (API) é uma causa de morbi-mortalidade em imunocomprometidos sendo o seu diagnóstico desafiante pela clínica inespecífica e ausência de achados radiológicos precoces.

Caso clínico: Mulher de 64 anos, sob corticoterapia prolongada. Objectivada insuficiência respiratória, febre e elevação de parâmetros inflamatórios. Efectuada broncofibroscopia: lesões esbranquiçadas de aspecto nacarado e ulcerado na árvore brônquica. Colhido lavado broncoalveolar: mucosa bronquica com estruturas fúngicas septadas compatíveis com Aspergillus. Admitido diagnóstico de API e iniciada terapêutica dirigida com evolução favorável.

Conclusão: O papel da broncofibroscopia é fundamental dado que permite o exame histológico das lesões e deste modo possibilita o diagnóstico célere e o inicio imediato de terapêutica dirigida.

Nº 076 Higroma de líquor subdural – um caso grave e raro

Raquel Flores(1); Rodrigo Duarte(1); Marta Maio Herculano(1); Bruna Pimentel(1); Filipa David Miranda(1); Filipa Brás Monteiro(1); António João Pereira(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Mulher de 59 anos, com diagnóstico recente de metastização óssea blástica do esterno, costelas, coluna vertebral e bacia de tumor primário desconhecido, submetida

a laminectomia, discectomia, foraminectomia e artrodese transpedicular entre as 4º e 5º vértebras lombares duas semanas pregressas, foi admitida para estudo complementar e continuidade de cuidados; Ao quarto dia de internamento, apresentou depressão súbita do estado de consciência com evidência em tomografia computadorizada craniana de higroma subdural bilateral com apagamento dos sulcos cerebrais, desvio da linha média e compressão ventricular em provável relação com fístula (complicação pós-operatória tardia). Foi submetida a drenagem complicada de hemorragia subaracnoideia difusa verificando-se agravamento clínico rapidamente progressivo que culminou com a ocorrência da morte 36h após.

Nº 077 TB or not TB?

Maria Leonor Neves(1); Cândida Rocha(1); Catarina Melita(1); Mafalda Duarte(1); Vasco Tiago(1); Teresa Costa Pereira(1); Rita Penaforte(1); Sofia Furtado(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: Relata-se o caso de um homem de 66 anos com história de tuberculose pulmonar tratada e tabagismo, que iniciou quadro de febre, tosse e perda ponderal há um mês. O radiograma e tomografia computorizada (TC) de tórax documentaram lesões cavitadas, a maior no lobo superior direito. Dada a história pregressa, realizou 3 baciloscopias e (1) lavado bronco-alveolar, todos negativos para *M. tuberculosis*. A TC revelou também um espessamento irregular do esófago que se percebeu, via endoscopia, ser uma lesão ulcerada no 1/3 médio esofágico com fístula esofagotraqueal, e que se admitiu estar na origem da pneumonia cavitada. Houve melhoria clínica sob amoxicilina-clavulanato. A histologia da lesão identificou um carcinoma pavimento-celular do esófago.

Nº 078 Linfangite carcinomatosa no adenocarcinoma do pulmão

Diana Leite Russo(1); Carolina Lopes(2); Verónica Guiomar(2); Eduardo Eiras(2)

(1) IPO Porto (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Homem de 84 anos, com antecedentes médicos vários, a destacar tabagismo, doença pulmonar crónica enfisematosa e insuficiência cardíaca isquémica.

Internado em enfermaria de Medicina Interna por diagnóstico inaugural de adenocarcinoma pulmonar em estadio IV, admitido com derrame pleural direito, tromboembolismo pulmonar periférico e linfangite carcinomatosa a condicionar insuficiência respiratória tipo I. Iniciada oxigenoterapia e hipocoagulação, com melhoria clínica sob corticoterapia.

As imagens mostram invasão neoplásica com linfangite carcinomatosa a condicionar insuficiência respiratória grave, realçando a importância do seu reconhecimento na gestão oncológica e sintomática do doente.

Nº 079 Mieloma múltiplo à flor da pele

Joana Alves Luís(1); Rui Osório Valente(1); André Resendes Sousa(1); João Carvalho(1); Mário Barbosa(1); Helena Cantante(1)

(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 8(1) anos com antecedentes Mieloma Múltiplo (MM) não secretor com doença exclusivamente óssea, em 2ª linha terapêutica, internada em contexto de acidente vascular cerebral isquémico. Ao exame objetivo apresentava tumefações violáceas maleolares associadas a flictenas, sugestivas de hematomas ou de origem tumoral. O estudo da coagulação não revelou alterações. A doente foi observada pela Cirurgia vascular que excluiu a hipótese de hematoma. Foi igualmente observada pela Cirurgia plástica admitindo poder tratar-se de massas de natureza sarcomatosa tendo realizado biopsia, que revelou infiltrado na derme e hipoderme de plasmócitos atípicos.

Nº 080 Tratamento local de Metástases Cutâneas de Carcinoma Peritoneal Primário de Células Claras

Tatiana Louro(1); Mariana Malheiro(1); Hugo Vasques(2); Luísa Pereira(1)

(1) CUF Tejo (2) Hospital Cuf Descobertas

Os tumores peritoneais são pouco comuns e, de entre eles, o carcinoma peritoneal primário de células claras (CPPCC) é extremamente raro.

Apresentamos uma doente de 36 anos com CPPCC com metastização cerebral, cutânea e ganglionar extensas. Nos últimos 3 meses de vida, verificada rápida progressão (em nº e tamanho) das lesões exsudativas cutâneas na região abdominal, suprapúbica e perineal. Além das medidas paliativas e de suporte sistémico instituidas, para controlo local dos sintomas provocados pela extensa dermatose, foi realizada eletroquimioterapia, verificando-se uma excelente resposta, traduzida pela diminuição da massa tumoral, resolução da exsudação, melhoria da dor e controlo do odor.

Apresentam-se 3 imagens (pré e pós tratamento), com objetivo de salientar o enorme desafio multidisciplinar no cuidado a lesões cutâneas malignas complexas em Paliativos.

Nº 081 Traqueomalácia no idoso: uma causa rara de dispneia.

Bárbara Fontes Oliveira(1); Carolina Maia Nogueira(1); Guilherme Castro Gomes(1)

(1) Hospital de Braga

Sexo feminino, 90 anos de idade. Admitida no serviço de urgência (SU) por dispneia para esforços agravada, internada com o diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada. Múltiplas vindas ao SU e internamentos prévios por este mesmo motivo. Solicitada TC do tórax para esclarecimento de derrame pleural esquerdo, que mostrou colapso traqueal significativo sugestivo de traqueomalácia. Iniciou ventilação não invasiva (VNI) com pressão positiva, com melhoria das queixas de dispneia.

A traqueomalácia do adulto é uma doença potencialmente fatal e uma causa rara de dispneia. Carateriza-se pelo colapso expiratório das vias aéreas superiores, secundário a

atrofia da cartilagem traqueal com consequente flacidez. O tratamento passa pela ventilação CPAP. A cirurgia com implantação de stent é utilizada nos casos refratários.

Nº 082 Purple urine bag syndrome: A colorful infection

Beatriz Dias Silva(1); Sofia Camões(1); Hugo Ventura(1); Tatiana Cardoso(1); João Olivério Ribeiro(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu / Hospital de São Teotónio

Purple urine bag syndrome (PUBS), a rare clinical entity characterized by purple discoloration of the urine resulting from the presence of two pigments – Indigo (blue) and indirubin (red) – that precipitate and react with the synthetic material of the urinary bag (UB). It is mostly associated with urinary tract infections (UTIs) with sulfatase/phosphatase producing bacteria.

The authors report a case of an 88-year-old bedridden, chronically cathetherized woman, admitted with constipation along with purple urine in the UB. These simptoms were assumed to be due to an UTI. After urine culture as well as catheter and bag replacement, the patient was empirically started on oral cefuroxime, with clinical improvement.

PUBS may have a significant impact on the patient's prognosis considering it is related with higher morbidity and mortality when compared with isolated UTIs.

Nº 083 Aspergilose: a importância da história clínica

Patrícia Bernardes(1); António Pessoa(1); Margarida Madeira(1); Eugénio Dias(1); Mafalda Correa Figueira(1); Ermelinda Pedroso(1)

(1) Centro Hospitalar de Setubal

Homem, 58 anos, fumador, observado por febre, tosse produtiva e dispneia. Destacou-se roncos em ambos os hemitóraces, leucocitose neutrofílica, Proteína C-reativa 24 mg/dL e ausência de hipoxémia.

Por queixas de perda ponderal de 20Kg e sudorese noturna, realizou radiografia torácica compatível com pneumonia lobar esquerda com suspeita de cavitação central e tomografia computorizada que confirmou áreas de cavitação no lobo superior esquerdo e inferior direito e densificações com padrão de árvore em broto.

Isolou-se fungos filamentosos no lavado bronco-alveolar.

Sublinha-se a importância da imagiologia na avaliação de pneumonia adquirida na comunidade quando a história clínica e contexto epidemiológico possam corroborar a suspeita de Aspergilose.

Nº 084 Síndrome da algália roxa

Sara Ferreira(1)

(1) IPO Porto

Mulher de 7(1) anos. Adenocarcinoma gástrico recidivado e metastizado. Admitida no Serviço de Cuidados Paliativos por agravamento do estado geral para cuidados de fim de vida. Necessitou de algaliação por retenção urinária. Duas semanas depois a urina adquiriu uma coloração roxa. Não foram tomadas medidas pois não havia sinais de desconforto. A síndrome da algália roxa é uma entidade rara, causada por bactérias gram negativas na urina, cuja actividade enzimática leva à produção de pigmentos indigo (azul) e indirrubina (vermelho), que em meio alcalino produzem a cor roxa. Os factores de risco incluem: algaliação crónica, sexo feminino, idade avançada e obstipação crónica. É uma entidade benigna que geralmente resolve após tratamento da ITU e/ou mudança da algália. Pode ser preocupante para doentes e cuidadores, assim como profissionais de saúde por desconhecimento da mesma.

Nº 085 Nem tudo o que parece, é! – Um caso de abcesso pulmonar

Sara P. Bravo(1); Raquel M. Vieira(1); Juliana V. Nogueira(1); Daniela Ribeiro Alves(1); Filipa Coroado Ferreira(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: Homem de 53 anos admitido por tosse produtiva, sudorese noturna, anorexia e perda ponderal de 12kg com 3 semanas de evolução. Realizou radiografia torácica (Figura 1) a demonstrar cavitação pulmonar no lobo superior direito com nível hidroaéreo compatível com abcesso pulmonar (AP). Iniciou Ampicilina/Sulbactam empiricamente. Do estudo: tomografia computadorizada torácica (Figura 2) a evidenciar pneumonia necrosada com AP associado; Serologia HIV negativa. Foi isolada *Klebsiella pneumoniae* na expectoração e ajustada antibioterapia para Clindamicina. Por suspeita de origem odontogénica foi observado por Estomatologia, confirmando doença periodontal com necessidade de restauração e extração de peças dentárias. Evolução clínica favorável, mantendo *follow-up* em consulta de Pneumologia e Estomatologia.

Nº 086 Quando a inflação obriga a Klebsiella a mudar-se para o pulmão - um caso de pneumonia necrotizante

Sara Maia Barbosa(1); André Rebelo Matos(1); André Martins(1); Marta Mello Vieira(1); Teresa Souto Moura(1)

(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

A pneumonia necrotizante é uma complicação rara da pneumonia adquirida na comunidade associada à destruição do tecido pulmonar. Os agentes mais frequentes são *Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Klebsiella pneumoniae* e *Streptococcus pneumoniae.*

Apresenta-se o caso de uma mulher de 30 anos que recorre ao serviço de urgência por quadro de semanas de evolução de febre, tosse, expetoração castanha, dor torácica pleurítica e astenia. Radiografia tórax mostrou hipotransparência apical direita, tomografia computorizada do tórax com extensa consolidação ocupando grande parte do parênquima pulmonar do lobo superior direito com volumosa área de cavitação no seu interior, compatível com pneumonia necrotizante. Feito estudo etiológico e o único isolamento foi de Klebsiella pneumoniae na urocultura, assumindo-se este agente como o responsável pela pneumonia.

Nº 087 Calcinose Cutânea Generalizada

Sara P. Bravo(1); Paula Mesquita(1); Leonor Naia(1); Tiago Rabadão(1); Filipa Coroado Ferreira(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: As manifestações cutâneas da esclerose sistémica (ES) incluem esclerodactilia, telangiectasias, *"face mask"*, calcinose cutânea, entre outras. Na ES, os cristais de cálcio depositam-se frequentemente nos dedos dos pés e mãos. As imagens apresentadas, de um homem de 72 anos com esclerose sistémica em fase tardia, demonstram calcinose cutânea generalizada, onde são atingidos o tronco e a região proximal dos membros. Esta forma rara de apresentação cursa com extensas áreas de calcificação cutânea ao longo das fáscias da pele e músculo. O doente iniciou imunossupressão em fase avançada da doença. É importante o rápido reconhecimento das várias formas da doença de modo a evitar o comprometimento funcional e atingimento multissistémico.

Nº 088 Hidropneumotórax, uma complicação rara da pneumonia necrotizante

Inês de Sousa Martins(1); Luís Mateus(1); Joana Ferra(1); Daniel Duarte(1); Lina Rosário(1)

(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

Homem, 78 anos, imunocompetente, internado por pneumonia a *Klebsiella pneumoniae* produtora de beta-lactamases. Após ciclo prolongado de meropenem dirigido e vancomicina, evoluiu para pneumonia necrotizante. Decidido prolongar antibioterapia, agravando com dispneia e diminuição do murmúrio vesicular à direita. Repetiu culturas e TC, que mostrou hidropneumotórax extenso, desvio do mediastino e colapso pulmonar. Ficou sob aspiração contínua, vindo a falecer. Cultura da expetoração com *K. pneumoniae* já conhecida e *Staphylococcus aureus* metilicina-resistente sensível à vancomicina; micobactérias negativo. O hidropneumotórax é uma complicação rara da pneumonia necrotizante. Apesar do tratamento adequado, pode ser rapidamente progressiva e fatal.

Nº 089 Quando um pulmão parece um fígado

Rita de Vasconcelos Pereira(1); Carolina Pinto da Costa(1); Ana P. Ferro(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Homem de 78 anos com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), insuficiência respiratória global e pneumectomia esquerda por tuberculose na infância, recorreu ao SU por dispneia agravada, tosse produtiva e dor pleurítica. Assumida DPOC agudizada

por traqueobronquite aguda. Radiografia com hipotransparência esquerda e desvio mediastínico (Fig.1), esclarecida com tomografia torácica que mostrou perda do volume pulmonar esquerdo, pulmão direito vicariante e desvio esquerdo do mediastino (Fig.2), obtendo-se imagens semelhantes à morfologia hepática (Fig.3). Estas imagens pretendem alertar para as alterações morfofuncionais e complicações a longo prazo dos doentes pneumectomizados, nomeadamente respiratórias, cardiovasculares, do espaço pleural e mediastínico.

Nº 090 Metástase peritoneal infectada

Sara Ferreira(1)

(1) IPO Porto

Apresenta-se o caso clínico de uma doente do sexo feminino de 85 anos de idade com adenocarcinoma gástrico e carcinomatose peritoneal internada no Serviço de Cuidados Paliativos por agravamento do estado geral e ausência de cuidador. Durante o internamento, apresentou crescimento de massa abdominal ao nível do quadrante inferior direito, correspondente a volumoso implante peritoneal, tendo culminado com a abertura e drenagem espontânea de abundante conteúdo purulento para o exterior durante vários dias (na imagem observados a drenagem deste conteúdo para um saco colector). A doente completou antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol durante uma semana. Verificou-se resolução da situação, com encerramento espontâneo do ponto de drenagem.

Nº 091 Lesões líticas: o primeiro sinal de Mieloma Múltiplo

Ana Teixeira Reis(1); Francisca Saraiva Santos(1); Margarida Gomes Neto(1); Carolina Almeida Robalo(1); António Pessoa(1); Alexandra Gaspar(1); Susana Marques(1); Ermelinda Pedroso(1)

(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Mulher de 57 anos admitida no Serviço de Urgência com quadro de dor não controlada no membro superior esquerdo, com duas semanas de evolução, que piorava com os movimentos e que associava a movimento brusco. Negava febre, anorexia, emagrecimento ou outras queixas constitucionais. A radiografia de ombros e braços mostrou numerosas lesões líticas de tamanhos variados, com grave deformidade óssea. O restante estudo imagiológico do esqueleto mostrou também lesões líticas na bacia e fémur, com sinal de "sal e pimenta" na radiografia do crânio. Após investigação adicional, foi feito o diagnóstico de mieloma múltiplo IgA lambda.

Nº 092 Metastização esternal de neoplasia do pulmão.

Bruna Pimentel(1); Rodrigo Duarte(1); Filipa David Miranda(1); António João Pereira(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Homem de 85 anos, ex-fumador, com história de diabetes tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e carcinoma da próstata submetido a braquiterapia em 2005. Internado por cetoacidose diabética em contexto de incumprimento terapêutico e cistite aguda.

Durante o internamento identificada massa da parede torácica anterior, com 7 meses de evolução, dura, dolorosa à palpação e aderente aos planos profundos. Tomografia computorizada torácica com 2 formações nodulares provavelmente atípicas no lobo superior direito e no lobo inferior direito, e massa na metade inferior do esterno com destruição óssea. Realizou biópsia ecoguiada da massa para-esternal tendo sido diagnosticado um carcinoma pavimento-celular do pulmão com metastização óssea.

Nº 093 Lesão de Dieulafoy: uma localização inesperada

Mariana Gomes Xavier(1); Maria Guilherme Muchata(1); Rita Pinto(1); Maria Inês Risto(1); Mafalda Machado de Gouveia(1); Patrícia Sobrosa(1); Ana Catarina Carvoeiro(1); Joana Couto(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Mulher, 49 anos, fumadora. Admitida no Serviço de Urgência (SU) por astenia, palidez e melenas desde há 3 dias. Recente toma de vários anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs) por sinusite aguda. À observação, pálida e taquicárdica. Evidência de anemia ferropénica (hemoglobina 6.3g/dL, saturação de transferrina 4%). Por suspeita de perdas digestivas em contexto de patologia gástrica/duodenal, realizou ainda no SU endoscopia alta, sem alterações. Foi internada e completou estudo endoscópico digestivo, que revelou lesão de Dieulafoy (LD) localizada no cego. A LD é mais frequentemente encontrada no estômago, sendo pouco frequente noutras localizações, como no cólon. A toma de AINEs pode ter desencadeado atrofia, erosão da mucosa e hemorragia.

Nº 094 Descubram as diferenças

Isabel Vieira Fernandes(1); Francisco Nunes Gonçalves(1); Maria Luísa Pinto(1); Ana Isabel Bezerra Machado(1); Helena Barroso(1)

(1) Hospital de Braga

Apresenta-se a imagem de uma tomografia computorizada da bacia, onde é possível observar extensa destruição óssea articular, sendo clara a assimetria.

Apresenta-se o caso de um homem de 64 anos, admitido na urgência por coxalgia direita intensa agravada, com meses de evolução, e febre de novo. Objetivamente com dor na articulação coxofemoral direita e elevação dos parâmetros inflamatórios. No relatório da imagem anexada, descrito provável abcesso na articulação coxofemoral direita, com heterogeneidade de aspeto permeativo e destrutivo do fémur proximal e teto acetabular.

Realizou artrocentese, sugestiva de infeção. Diagnosticada artrite sética a

Fusobacterium nucleatum, com osteomielite confirmada posteriormente com ressonância magnética.

Nº 095 Disseção da Aorta: uma ameaça silenciosa

Joana Silva Costa(1); Cristiana Fernandes(1); Carina Silva(1); Beatriz Gomes Rosa(1); Carlos Oliveira(1)

(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Mulher, 68 anos, com hipertensão arterial (HTA), recorreu ao hospital por toracalgia anterior com irradiação posterior, tosse seca e dispneia. Ao exame objetivo, hipertensa, sem diferencial tensional significativo entre os membros superiores, desconfortável e sem posição antálgica. Eletrocardiograma, com bloqueio de ramo esquerdo. Aumento dos D-dímeros e angiotomografia de tórax com disseção da aorta (DA) torácica e abdominal.

A DA é um distúrbio fatal e 20% dos doentes morrem antes de chegar ao hospital. A causa mais comum é a HTA prolongada e o tratamento consiste na utilização de fármacos anti-hipertensores e correção cirúrgica. Sem tratamento, a taxa de mortalidade é de (1) a 3%/hora realçando a importância de uma intervenção precoce.

Nº 096 Bisalbuminémia: um achado raro na eletroforese

Teresa Soares Costa(1); Filipa Macieira(1); Raquel Calisto(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

A bisalbuminémia define-se pela presença de 2 tipos de albumina sérica, podendo ser hereditária ou adquirida. A forma adquirida associa-se ao uso recente de beta-lactâmicos, diabetes mellitus, cirrose, síndrome nefrótico ou mieloma múltiplo.

Apresentamos o caso de uma mulher de 85 anos, com bisalbuminémia em eletroforese sérica. Apresentava função renal e hepática normais, sem proteinúria, hemoglobina glicada normal, sem picos monoclonais e sem beta-lactâmicos recentes. Revendo já apresentava bisalbuminémia em análises prévias, concluindo-se ser uma bisalbuminemia hereditária.

Trata-se de uma alteração em geral sem significado patológico. Devido à diferente relação carga iónica/peso molecular de cada fração da albumina, estas vão apresentar mobilidade eletroforética diferente, surgindo os 2 picos de albumina na eletroforese.

Nº 097 Sindrome de Horner em Tumor de Pancoast

Inês Hilário Soldin(1); Isabel Monteiro(1); Sara Camões(1); Vasco Barreto(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Mulher, 73 anos. Recorre à urgência com disfonia, disfagia para sólidos, dispneia para esforços e adenopatia supraclavicular esquerda desde há 3 meses. Apresenta dor em moedeira e parestesias no membro superior e hemitórax esquerdos, astenia, anorexia e perda de 20kg em 10 meses. Objetivada ptose e miose esquerdas, com adenopatia supraclavicular esquerda pétrea, imóvel, indolor, com 2.5cm e reduzida sensibilidade no membro superior ipsilateral. Tomografia com volumosa massa perihilar esquerda

envolvendo a artéria pulmonar e o brônquio principal, adenopatias mediastínicas, mesentéricas e nódulo suprarenal homolateral. Aguarda histologia do gânglio supraclavicular. Pretendemos reforçar a correlação entre Síndrome de Horner e diagnóstico inaugural de tumor de Pancoast.

Nº 098 Mesotelioma Sarcomatóide: o diagnóstico devastador de uma massa intratorácica

Sofia Rodrigues de Carvalho(1); Marina Mendes(1); Carolina Ventura(1); Nuno Ferreira(1); Francisco Bento Soares(1); Mari Mesquita(1); Inês Ferreira(1); Diana Pereira Anjos(1); Lindora Pires(1)

(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Homem de 8(1) anos, reformado da construção civil, com antecedentes de tabagismo cessado, hipertensão arterial e DPOC. Clínica de dispneia com 6 meses de evolução, perda ponderal de 15% e dor pleurítica direita sem resposta a analgesia. Realizou TC que mostrou volumosa massa heterogénea a ocupar quase todo o hemitórax direito (Figura 1). Internado para controlo álgico e estudo. Biópsia a mostrar mesotelioma sarcomatóide. Evidência imagiológica de metastização ganglionar à distância (estadio IV). Trata-se do tipo mais raro e agressivo de mesotelioma, apresentando mau prognóstico vital (sobrevida média de 3 a 8 meses após diagnóstico). Orientado para Cuidados Paliativos, tendo falecido após (1) mês.

Nº 099 Mucosite com Evolução Fatal em Doente sob Capecitabina por Carcinoma da Mama

Patrícia Tinoco Araújo(1); Ana Rita Branco(1); Fernando Lemos(1); André Colmente(1); Pedro Pinto(1); Duarte Silva(1); António Ferreira(1); Emília Guerreiro(1); Tiago Alpoim(1); Diana Guerra(1); Carmélia Rodrigues(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital Santa Luzia

Mulher, 65 anos. Adenocarcinoma da mama diagnosticado em 11/2021, T2N0M0. Realizou quimioterapia (QT) neoadjuvante. Mastectomia em julho/2022. Iniciou QT adjuvante com capecitabina – 1º toma a 27/09/2022. Desenvolve dor abdominal, odinofagia, náuseas, vómitos e recusa alimentar. Suspensa QT e medicada, sem melhoria. Recorre ao SU a 6/10/2022 por vómitos incoercíveis. Identificada mucosite da cavidade oral (Fig 1A-1B). Internada sob ATB, IBP, antieméticos, colutórios e analgésicos. Evolução desfavorável: progressão da mucosite, grau 4, sob alimentação parentérica, envolvimento do períneo (Fig. 2, 3A e 3B), dor de difícil controlo e pancitopenia. A 16/Out desenvolve choque hipovolémico com disfunção multiorgânica. Faleceu a 18/Out. Mutação DPYD não detetada.

Nº 100 Esófago negro

Marta Viana Pereira(1); Inês Araújo(1); Ana Andrade Oliveira(1); Martinha Vale(1); Inês Silveira(1); Miguel Ribeiro(1); Margarida Robalo(1); Carla Maravilha(1); Sofia Esperança(1)

(1) Hospital de Braga

Reporta-se o caso de um homem de 73 anos, com Diabetes Mellitus tipo 2, mal controlado sob antidiabéticos orais, dois AVCs prévios, hábitos alcoólicos e ex-fumador de 60 UMA. Internado por AVC isquémico (mRS3), sob dupla antiagregação. Clinicamente estável até então, apresentou clínica súbita de hematemeses, a condicionar instabilidade hemodinâmica. A endoscopia digestiva alta revelou isquemia com necrose esofágica total. Dada a extensão da necrose e a instabilidade clínica, não se propôs qualquer tratamento, vindo o doente a falecer 1h após o diagnóstico. As causas desta entidade estão mal esclarecidas, associando-se a insuficiência renal, malignidade, Diabetes Mellitus e alcoolismo. Realça-se assim a associação com a hiperglicemia sustentada e de difícil controlo que o doente apresentava.

Nº 101 Uma causa rara de enfisema da parede abdominal ântero-lateral

João Luís Cavaco(1); Sofia Esteves(1); Diogo Couto Sousa(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

A presença de enfisema subcutâneo da parede abdominal ântero-lateral traduz geralmente a presença de uma comunicação com a cavidade abdominal. Pode corresponder também a intercorrência infeciosa e, mais raramente, a uma fístula com uma víscera abdominal. Apresentamos o caso de um homem de 54 anos com carcinoma de células renais estadio IV, com invasão do cólon descendente e consequente oclusão intestinal. Enquanto complicação, destaca-se provável perfuração da lesão cólica para a parede abdominal, dada a elevada pressão intraluminal, com volumosa coleção gasosa parietal ântero-lateral. Esta manifestação indicia a elevada gravidade do processo subjacente.

Nº 102 DRESS, um diagnóstico a considerar no rash generalizado

Catarina Branco(1); Sofia Perestrelo Lima(1); José Meireles(1); Gisela Vasconcelos(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Homem de 57 anos, recorre ao SU por queixas de rash generalizado, associado a prurido e febre com cerca de (1) semana de evolução. À admissão temperatura 39ºC, normotenso e normocárdico. Analiticamente com citólise hepática, eosinofilia e aumento de PCR. Da medicação habitual, de salientar início de carbamazepina cerca de 4 semanas antes do início do quadro. Esfregaço de sangue periférico mostrou linfócitos atípicos.

Portanto, introdução recente de um fármaco, rash disperso por todo o corpo sem afeção das mucosas, palmas ou plantas, febre >39ºC, eosinofilia periférica e citólise hepática o que é compatível com diagnóstico DRESS. Iniciou corticoterapia sistémica com melhoria progressiva do quadro.

Nº 103 Tuberculose Pulmonar e Ganglionar

Carina de Sousa(1); Diogo Feijó(1); João Madaleno(1); Adélia Simão(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

A apresentação típica da tuberculose pulmonar é facilmente identificável, mas a doença, conhecida como grande simuladora, pode apresentar diferentes achados radiológicos, dificultando o diagnóstico. Apresenta-se o caso de um homem, de 49 anos e antecedentes de Doença de Crohn sob metotrexato e Adalimumab, avaliado por febre, tosse produtiva e dispneia, já sob antibioterapia por suposta pneumonia lobar. Apesar de IGRA negativo, broncofibroscopia com lavado broncoalveolar com isolamento de *Mycobacterium tuberculosis*, e TC tórax com múltiplas adenopatias, cujo estudo histológico confirmou tratar-se de tuberculose ganglionar, devendo esta etiologia ser sempre considerada no diagnóstico diferencial, particularmente de doentes imunodeprimidos.

Nº 104 Doença Renal Poliquística Autossómica Dominante, o futuro já previsível

Mariana Lobo Oliveira(1); Filipa Silva(1); Bernardo Cruz(1); Ana Luísa Maceda Rodrigues(1); Sofia Cunha(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Doente de 4(1) anos, com doença renal poliquística autossómica dominante com nefromegalia bilateral. Antecedentes pessoais de doença renal crónica estadio 5, hipertensão renovascular, dissecção aguda da aorta tipo A em 2017 e dislipidemia. Recorre ao SU por dispneia, astenia para pequenos esforços, aumento do perímetro abdominal e epistaxis. Analiticamente, a destacar, elevação da creatinina (13,5 mg/dL), anemia, coagulopatia, acidose metabólica grave e hipervolemia. Inicia bicarbonato, fitomenadiona e começa indução dialítica. A DRPAD é uma entidade exuberante que provoca inúmeras alterações morfo-funcionais a nível renal e a nível sistémico, nas imagens podemos ver uma exuberante distorção da arquitetura renal, com incontáveis quistos renais.

Nº 105 Um caso atípico de epigastralgias

Beatriz Castro Silva(1); Gonçalo Jantarada Domingos(2); Maria Ana Flores(2); Sérgio Paulo(2); Carla Mimoso Santos(2); Robert Badura(2)

(1) Hospital Beatriz Ângelo (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Homem, 32 anos, caucasiano, natural do Brasil em Portugal desde há 4 anos, com infeção HIV (1) estadio C3, admitido por febre, astenia e epigastralgias há 2 semanas. Sem viagens recentes. Previamente teve diarreia sanguinolenta, resolvida após albendazol. À admissão apresentava dor à palpação epigástrica. As análises apresentavam eosinofilia, PCR 9mg/dL e hipoxemia. TC-TAP revelou alterações do parênquima pulmonar em vidro despolido e espessamento da parede gástrica. Internado por pneumocistose, tendo realizado EDA cujas biópsias revelaram giardia intestinalis.

Giardia intestinalis é um protozoário, que causa diarreia epidémica, em áreas com más condições sanitárias ou esporádica1. As crianças, viajantes, imunocomprometidos2 e doentes com fibrose quística são considerados grupos de risco para giardíase.

Nº 106 Pustulose generalizada exantemática aguda

Rita Matos Sousa(1); Ana Filipa Martins(1); Mónica Dias(1); Olga Pires(1); Carla Ferreira(1); Maria João Regadas(1); Carlos Capela(1); Joana Sousa Morais(1)

(1) Hospital Braga

A pustulose generalizada exantemática aguda é uma reação adversa cutânea grave, geralmente causada por fármacos como as penicilinas, sulfonamidas, hidroxicloroquina, anti-fúngicos ou por infeções víricas ou bacterianas. Manifesta-se por pequenas pústulas de aspeto não-folicular, numa base eritematosa e pruriginosa.

Aqui, descreve-se o caso de uma mulher de 83 anos, internada por uma traqueobronquite aguda sob amoxicilina / ácido clavulânico. Após 2 dias de internamento, a doente desenvolveu pústulas na face, membros superiores e tronco, tal como se demonstra na imagem. Analiticamente apresentava leucocitose e aumento da proteína C reativa. O antibiótico foi suspenso e a doente medicada com eritromicina, metilprednisolona na dose de 1mg/kg e bilastina 20mg. Após 4 dias sob terapêutica dirigida, observou-se resolução completa das lesões.

Nº 107 Disfagia de origem osteofítica

Rita Albergaria(1); Sandra Gouveia(1)

(1) HDES

Doente do sexo masculino, 82 anos de idade. História de tabagismo marcado. Internado no Serviço de Cirurgia Vascular por isquemia crónica do membro inferior esquerdo. Pedida colaboração de Medicina Interna por quadro de dispneia, disfonia e disfagia com vários meses de evolução. Sugerida avaliação por ORL que constatou, à nasofibrolaringoscopia, abaulamento da parede posterior da hipofaringe com mucosa normal - proveniente do esófago? Neste sentido, realizou TC do pescoço que mostrou "osteófitos de moderadas dimensões ao nível dos corpos vertebrais de C4, C5 e C6, condicionando compressão extrínseca sobre a vertente posterior da hipofaringe". Foi avaliado por Neurocirurgia que sugeriu avaliação funcional, se insucesso da adequação dietética. Teve alta referenciado a consulta para se prosseguir com o estudo.

Nº 108 Tuberculose Pulmonar – Ainda não a podemos esquecer!

Carina Costa e Silva(1); Flávia Freitas(1); Beatriz Rosa(1); Joana Costa(1); João Mota(1); Carlos Oliveira(1)

(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

A tuberculose (TB) é uma infeção com elevada taxa de mortalidade em todo o mundo. Em Portugal a sua prevalência tem vindo a diminuir nos últimos anos. Homem, 54 anos, ex-fumador e ex-toxicodependente, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de tosse com expetoração mucopurulenta, astenia, perda ponderal e hipersudorese noturna com cerca de 6 semanas de evolução. Negou contacto com doentes com TB. Hemodinamicamente estável e apirético, auscultação pulmonar com sibilos no hemitórax direito. Hipoxemia na gasimetria. Analiticamente PCR 10 mg/dL. A tomografia computorizada revelou duas lesões cavitadas no lobo superior do pulmão direito. A pesquisa de

Mycobacterium tuberculosis na expetoração foi positiva. Iniciou terapêutica antibacilar e apresentou evolução favorável.

Nº 109 Quisto aracnoideu: uma lesão benigna exuberante

Mauro Gomes Marques(1); Bárbara Lemos(1); Soraia Pinho Duarte(1); Joana Pereira Moniz(1); Filipe Pimenta Ribeiro(1); Pedro Neves Tavares(1); Renato Saraiva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Homem de 72 anos recorre ao serviço de urgência por síncopes de repetição. Exame neurológico sem alterações relevantes. No decurso do estudo realizou tomografia computorizada crânio-encefálica que sugere extensa lesão extra-axial fronto-parieto-temporal direita em provável relação com quisto aracnoideu. A caracterização por ressonância confirma a hipótese referida, descrevendo volumosa lesão expansiva extra-axial fronto-temporal direita, de sinal idêntico ao do líquor, com dimensões de 1(1) cm de eixo anteroposterior, 6 cm de eixo transversal e 10 cm de eixo craniocaudal. Condiciona marcado efeito de massa com moldagem do ventrículo lateral direito, desvio das estruturas da linha média para a esquerda e remodelação da calote craniana.

Nº 110 Da Placa Eritematosa ao Linfoma Cutâneo de Células T

Ana Sofia Reis(1); Inês Soares(1); Adriana Guedes(1); Ana Mondragão(1); Mariana Gonçalves(1); Fátima Sofia Silva(1); Rafaela Veríssimo(1); Tiago Fernandes(1)

(1) CHVN Gaia

Sexo feminino, 85 anos, admitida por fratura transtrocantérica. Pedida colaboração de Medicina Interna por quadro de aparecimento súbito de placas eritematosas, sobretudo no tronco, membros superiores e face, com infiltração marcada, indolores e não pruriginosas, associadas a emagrecimento significativo não quantificado nos últimos meses, sem anorexia. TAC toracoabdominopélvica: conglomerado adenopático retroperitoneal, 63x50mm, adenomegalia inferiormente ao plano de bifurcação aórtica com 12mm de menor eixo, e área de hiporrealce no terço superior do baço de 67mm, a favor de doença linfoproliferativa. Sem lesões líticas ou osteoblásticas. A biópsia cutânea revelou doença linfoproliferativa T CD4+, uma subcategoria de linfomas rara, que pode cursar com envolvimento cutâneo.

Nº 111 Uma apresentação atípica de um diagnóstico grave

Mauro Gomes Marques(1); Soraia Pinho Duarte(1); Bárbara Lemos(1); Joana Pereira Moniz(1); Pedro Neves Tavares(1); Renato Saraiva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Homem de 59 anos recorre ao serviço de urgência por quadro de febre de predomínio noturno (>38.5ºC) e sudorese noturna com (1) semana de evolução. Estudo analítico prévio em ambulatório destaca elevação marcada de parâmetros inflamatórios (PCR 170

mg/L e VS 140 mm/h), anemia (Hb 9.8 g/dL) e trombocitose (plaquetas 684.000/uL) de novo. Por ausência de queixas focalizadoras (respiratórias, gastrointestinais ou urinárias) e inespecificidade do quadro realizou TC toraco-abdomino-pélvica. O estudo revelou volumosa lesão expansiva (3.3 x 10.3 cm) na dependência do rim esquerdo, sólida e marcadamente heterogénea, extremamente sugestiva de neoplasia primária do rim. A avaliação torácica identificou dois nódulos pulmonares, provavelmente metastáticos.

Nº 112 Quando uma massa mediastínica é uma espondilodiscite

Inês Moreira(1); Ana Rita C Silva(1); Carolina Silva Câmara(1); Joana Ferro Jorge(1); Cláudia Rita Viana(1); Mariana Oliveira(1); Madalena Borges Meneses(1); Luís Dias(1)

(1) Hospital Divino Espírito Santo - Ponta Delgada Açores

Introdução: Homem de 32 anos, toxicodependente, com dor torácica com irradiação dorsal, cansaço e dificuldade à mobilização por dor. Analiticamente com leucocitose e radiografia do tórax com massa mediastínica de novo. Realiza ressonância magnética que mostra volumoso abcesso paravertebral, com destruição de D4 e D5 e compressão da espinal medula.

Estas imagens demonstram como a clínica e exames de diagnóstico numa avaliação inicial são fundamentais. A clínica deste doente parecia sugerir patologia cardiovascular e/ou infecciosa. Prosseguindo a investigação, facilmente se chega ao diagnóstico de espondilodiscite, muito possível, tendo em conta o contexto de dependência.

Nº 113 Esteatose Hepática Geográfica

Cátia Henriques(1); Rafael Marques(1); Samuel Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Homem, 58 anos, com Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidemia, Obesidade grau I e ex-fumador. Internamento prolongado por COVID-19 grave, com suporte ventilatório invasivo durante 20 dias, com miopatia do doente crítico e perda ponderal de 18 Kg.

Reavaliação três meses depois com ganho ponderal igual à perda no internamento e citocolestase hepática de novo.

Cortes abdominais da tomografia computorizada (TC) torácica com acentuada esteatose geográfica (imagem 2), ausente 3 meses antes (imagem 1). Biópsia hepática a confirmar esteatohepatite.

Esteatose hepática com tradução imagiológica da rápida instalação.

Nº 114 O sinal de Chilaiditi

André S. Carvalho (1); Ana Catarina Camarneiro(1); Inês B. Mesquita(1); Sara Joana Faria(1); Isabel Bessa(1); Abílio Gonçalves(1)

(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Homem de 90 anos admitido na urgência por dispneia, tosse produtiva e anorexia. Apresentava murmúrio vesicular globalmente diminuído, com roncos bibasais. Por suspeita de pneumonia, foi realizada radiografia de tórax, que evidenciou o sinal de Chilaiditi (figura 1), posteriormente confirmado em TC (figuras 2 e 3).

Por vezes confundido com pneumoperitoneu, hérnia diafragmática, abcesso

subfrénico ou pulmonar, o sinal de Chilaiditi traduz a interposição de ansas intestinais entre o fígado e a hemicúpula diafragmática direita. Habitualmente assintomático, o seu reconhecimento permite evitar atitudes terapêuticas desnecessárias. Quando sintomático, geralmente com dor ou distensão abdominal, náuseas, vómitos, dor retrosternal ou dispneia, denomina-se Síndrome de Chilaiditi.

Nº 115 Pioderma gangrenoso: uma manifestação cutânea rara de doença hemato-oncológica

Paulo Simão(1); Céu Evangelista(1); Margarida Ascenção(1); Artur Costa(1); Célia Tuna(1)

(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Mulher de 7(1) anos, internada por pancitopenia sendo que o estudo conduziu a dúvida diagnóstica entre síndrome mielodisplasico com excesso de blastos tipo 2 e uma leucemia aguda mielóide. Manteve um internamento prolongado por agravamento do estado geral e dependência a transfusão de globulos vermelhos e de plaquetas. Desenvolveu candidose oral exuberante e lesão do lábio superior. Fez tratamento com itraconazol mas apresentou agravamento dessa lesão, razão pela qual foi pedida observação por dermatologia que realizou biópsia e sugeriu tratamento com aciclovir na suspeita de herpes. A biópsia revelou alterações inflamatórias agudas sem identificação de microorganismos e PCR-CMV negativo. Devido a evolução desfavorável da lesão foi realizada segunda biópsia que colocou hipótese de pioderma gangrenoso, sendo que a lesão regrediu sobre corticoterapia e azacitidina.

Nº 116 Displasia fibromuscular: uma causa rara de hipertensão arterial

Jorge Governa(1); Vasco Fonseca(2); Maria Gomes(2); Ana Rita L. Almeida(2); Bruno Sequeira Campos(3); João Francisco Gouveia(4); Luzia Bismarck(1); Ana Primitivo(2); Natália Pereira(2); Pedro Oliveira Santos(2); Ana Cláudia Ribeiro(2); José Vale(2)

(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras (2) Hospital Beatriz Ângelo (3) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André (4) Hospital Dr. Nélio Mendonça

A displasia fibromuscular (DFM) caracteriza-se pela proliferação de tecido conjuntivo e fibras musculares ao nível da parede arterial, sem componente inflamatório ou aterosclerótico, condicionando estenose, oclusão ou aneurisma, limitando a perfusão do órgão afetado. As artérias renais, carótidas internas e vertebrais são as mais afetadas. A hipertensão arterial secundária e o acidente vascular cerebral são manifestações clínicas frequentes da DFM. Estas imagens pertencem a um homem de 39 anos, internado por AVC isquémico do território da artéria vertebral esquerda e hipertensão resistente. A Angio-TC revelou dilatações saculares em ambas as artérias renais com morfologia em colar de pérolas, achados típicos de displasia fibromuscular.

Nº 117 Aneurisma da aorta abdominal em risco iminente de rutura

Jorge Governa(1); Dulce Bonifácio(1); Liliana Simões(1); Ana Costa(1); Rosa Amorim(1)

(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

A aorta abdominal é o segmento arterial mais frequentemente afetado por aneurismas. Os aneurismas da aorta abdominal (AAA) são dilatações focais anormais da aorta, classificados por localização como suprarrenais, justarrenais, pararrenais ou infrarrenais, sendo os últimos os mais frequentes. O risco de desenvolvimento aumenta com a idade, sendo mais frequente em homens, fumadores e hipertensos. Diâmetros superiores a 5.5 cm associam-se a maior risco de rutura. Estas imagens pertencem a um homem de 64 anos admitido no Serviço de Urgência por edema pulmonar agudo, cujo exame objetivo revelou massa pulsátil epigástrica. A Angio-TC Abdominal revelou extenso AAA infra-renal biampolar, de 95 x 87 mm de maior calibre, compreendido entre a emergência das artérias renais e a bifurcação da aorta.

Nº 118 A infeção respiratória no pulmão fibrótico: uma mistura explosiva

Pedro Frazão(1); Cláudio Gonçalves Gouveia(1); Francisca Dâmaso(1); Francisco Adragão(1); Cândida Fonseca(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Homem de 7(1) anos com história de Artrite Reumatóide (AR) seropositiva diagnosticada em 2020, imunossuprimido, com envolvimento pulmonar intersticial em padrão UIP, internado em fevereiro de 2023 por pneumonia bilateral a VSR e Haemophilus influenzae com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo. Apresentam-se 3 imagens: a radiografia torácica inicial, com múltiplas condensações e infiltrados dispersos; um corte transversal da TC torácica do mesmo dia, revelando-se as condensações bilaterais extensas com broncograma aéreo e ainda achados fibróticos; uma radiografia comparativa recente com infiltrado reticular. Os autores pretendem relembrar da gravidade clínica das infeções respiratórias na doença intersticial, da existência da afeção pulmonar da AR poucas vezes observada, e da importância do conhecimento dos padrões radiológicos para a gestão do doente.

Nº 119 Evidência imagiológica de Neurocisticercose

Jorge Governa(1); Maria Gomes(2); Vasco Fonseca(2); Bruno Sequeira Campos(3); Luzia Bismarck(1); Ana Arraiolos(2); José Vale(2)

(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras (2) Hospital Beatriz Ângelo (3) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A infeção intestinal por Taenia solium, proveniente da ingestão de carne de porco contaminada, provoca sintomas gastrointestinais ligeiros ou passagem de segmentos móveis nas fezes. Cisticercose é a infeção causada pelas larvas de T. solium após ingestão de ovos excretados nas fezes humanas. A invasão do sistema nervoso central pelas larvas resulta num quadro de neurocisticercose, que pode cursar com convulsões e sinais neurológicos focais. Estas imagens pertencem a um homem de 30 anos, que recorreu ao

Serviço de Urgência por crise convulsiva inaugural. A RMN-CE revelou múltiplas lesões quísticas no parênquima encefálico supratentorial, com foco punctiforme intralesional correspondendo ao scolex do parasita. Estes achados são sugestivos de neurocisticercose, com lesões em diferentes fases de evolução, nomeadamente vesicular e coloidal.

Nº 120 Schwannoma vestibular – um caso no qual o tamanho importa.

Soraia Pinho Duarte(1); Bárbara Lemos(1); Joana Pereira Moniz(1); Mauro Gomes Marques(1); Diana Fernandes(1); Renato Saraiva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Os Schwannomas vestibulares são derivados das células de Schwann que surgem usualmente da porção vestibular do 8º nervo craniano. O seu tratamento é cirurgico, sendo que as complicações aumentam com o aumento da dimensão do tumor.

Homem, 54 anos, autónomo, iniciou quadro de disartria, desvio da comissura labial à direita e parestesias do mesmo lado. A TC CE, revelou lesão neoformativa cerebolosa direita.

Realizou RM CE revelando volumosa lesão na fossa posterior do ângulo pontocerebeloso direito, com cerca de 43 mm, compatível com Schwannoma Vestibular.

Foi submetido a cirurgia, tendo ficado com parésia facial à direita sequelar ao procedimento.

Nem todas as lesões neoformativas são, felizmente, malignas. Contudo, dadas as dimensões e enquadramento de algumas destas lesões, as mesmas não são livres de complicações.

Nº 121 Sarcoma Primário do Fígado: Um Caso Imagem De Neoplasia Rara No Adulto

Fabiana Gouveia(1); João Tiago Loja(1); Rafael Nascimento(1); João Miguel Freitas(1); Sofia Granito(1); Rita Vieira(1); Miguel Homem Costa(1); Teresa Faria(1)

(1) CHF-Hospital Nélio Mendonça

Homem de 48 anos, sem antecedentes relevantes, é admitido no serviço de urgência por início súbito de hemoptises abundantes associado a dispneia. A Tomografia Computorizada (TC) torácica revelou lesões múltiplas sugestivas de metastização. A TC abdominopélvica documentou massa hepática heterogénea com cerca de 10x11cm (setas amarelas) e lesão no polo superior do rim (seta branca) e glândula suprarrenal direitos, com epicentro hepático. Foi realizada biópsia hepática com anatomia patológica a documentar neoplasia mesenquimatosa maligna de alto grau, com perfil imunohistoquímico a indiciar origem muscular. O sarcoma primário do fígado é uma neoplasia rara, mais frequente em crianças e geralmente têm um crescimento rápido sem sinais ou sintomas específicos e sem aumento de marcador tumoral, o que dificulta e atrasa a sua identificação.

Nº 122 Encefalite Herpética – quando a vertigem e cefaleia podem ser fatais.

Soraia Pinho Duarte(1); Mauro Gomes Marques(1); Joana Pereira Moniz(1); Filipe Pimenta Ribeiro(1); Diana Fernandes(1); Renato Saraiva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A Encefalite Herpética caracteriza-se pelo início súbito de febre, cefaleias e défices neurológicos de novo, quadro que acarreta elevada morbimortalidade.

Mulher, 50 anos, autónoma, recorreu ao Serviço de Urgência por tonturas, tosse e cefaleia com 3 dias de evolução. Teve alta, medicada. Voltou no dia seguinte, tendo desenvolvido quadro súbito de afasia e mutismo seguido de crise convulsiva. Realizou TC CE que demonstrou lesão hipodensa sugestiva de encefalite. A punção lombar revelou-se positiva para virus Herpes Simplex (1) tendo sido medicada em conformidade.

À data da alta, a doente não apresentava défices focais mas apresentava-se com lentificação psico-motora, tendo sido orientada para Unidade de Reabilitação.

Realça-se a importância da valorização de sintomas comuns mas que, pela elevada frequência dos mesmos, não são, por vezes, valorizados precocemente.

Nº 123 Largada de balões – importância do rastreio ginecológico

Bruna Rodrigues Barbosa(1); Laurinda Pereira(1); Teresinha Ponte(1); Martinho Fernandes(1); Inês de Gouveia Bonito(1); Carolina Xavier de Sousa(1); Andreia Meseiro(1); Alexandra Roque(1)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Mulher, 57 anos, antecedentes pessoais: HTA, dislipidémia, DM tipo 2, gota e anemia. Recorreu ao SU por dor pleurítica com alguns dias e cansaço fácil há (1) mês. Obesa, murmúrio vesicular globalmente diminuído e roncos dispersos na auscultação pulmonar. Exoftalmia unilateral à esquerda, sem outras alterações. Radiografia de tórax com lesões nodulares em largada de balões. TC tórax que evidenciou exuberante secundarização parenquimatosa pulmonar com incontáveis depósitos secundários de origem indeterminada. Apurou-se que doente teve seguimento irregular em Ginecologia por menometrorragias desde há (1) ano, tendo sido efectuada biópsia de lesão cervical, compatível com neoplasia. Este caso evidencia a importância do seguimento e rastreio ginecológico de forma regular, para identificação precoce e respetiva abordagem terapêutica, perturbada em tempos de pandemia.

Nº 124 Eritema Pigmentado Fixo Generalizado a Amoxicilina/Ácido Clavulânico

Nereida Fernandes Monteiro(1); Elsa Araújo(1); Bárbara Sousa(1); Inês Araújo Ferreira(1); Marta Pereira(1); Rafael Lopes Freitas(1); Paula Brandão(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima

Homem de 95 anos, com Pneumonia de aspiração medicado com Amoxicilina/Ácido Clavulânico endovenoso de 8/8horas. Vinte e quatro horas depois, com lesões maculares

discóides de novo, eritemato-violáceas, que não desapareciam à digitopressão, dispersas pelo corpo, sem atingimento da mucosa oral. Efetuado assim, diagnóstico clínico de Eritema Pigmentado Fixo Generalizado a Amoxicilina/Ácido clavulânico, uma reação de hipersensibilidade tardia. A sua toma foi descontinuada e iniciada Clindamicina em associação com corticoterapia sistémica, com posterior involução das lesões e hiperpigmentação residual. Este caso, evidencia a importância do (re)conhecimento precoce de reações adversas cutâneas a fármacos e a sua gestão adequada.

Nº 125 Fígado "meio" gordo

Isabel Malta Carvalho(1); João Santos(1); João Fernandes Cunha(1); Rodrigo Rei(1); Catarina Madeira(1); Joana Pestana(1); Tânia Gago(1)

(1) CHUA Faro

Relatamos o caso de uma mulher de 45 anos com uma história de pancreatites de repetição de etiologia alcoólica. Em avaliação por TC abdominal é visualizada a ocorrência de trombose do ramo direito da veia porta com hipodensidade espontânea difusa do lobo direito, que se mantém ao longo das fases vasculares, de forma mais evidente na fase portal. Notavelmente observa-se ainda presença de esteatose hepática limitada ao lobo esquerdo. Colocamos a hipótese de trombose crónica do ramo direito da veia porta, a condicionar redução do aporte de macronutrientes provenientes da absorção gastro-intestinal, diminuição do transporte de insulina por essa via e inibição da deposição de gordura a nível hepático. Observa-se assim esteatose de provável etiologia etanólica limitada ao lobo esquerdo.

Nº 126 Biloma, um raro e tardio achado

Joana Oliveira(1); Daniel Bandarra(1); Claudia Maria Gaspar(1); Fátima Cereja(1); Mariana Antão(1); Ana Baptista(1); Elena Rios(1); José Manuel Ferreira(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Descreve-se o caso de um homem de 79 anos com febre, astenia e dor no hipocôndrio direito, que atribuía a trauma abdominal. Realizou Rx de tórax que apresentava infiltrado bilateral, analiticamente destacava-se aumento dos parâmetros inflamatórios, mas sem alteração do perfil hepático, pelo que foi instituída antibioterapia para presumível foco infeccioso respiratório. Por agravamento clínico, realizou TC abdominal que sugeriu colecistite subaguda e identificou colecção justa-hepática circunscrita residual compatível com biloma (fig.1, 2 e 3). Em decisão multidisciplinar, escalou-se antibioterapia que cumpriu durante 24 dias com melhoria clinica, e foi finalmente proposto para colecistectomia eletiva. O biloma trata-se de uma entidade rara, habitualmente iatrogénica ou traumática, que pela sua morbimortalidade deve ser abordada precocemente.

Nº 127 Púrpura de Schönlein- Henoch (Vasculite por IG A) no Idoso

Catarina Joana Azevedo Batista Coelho(1); André Ribeiro(1); Marta Barrigas(1); Ana Rita Magalhães(1); Beatriz Torres(1); Marta Rodríguez(1); Sandra Tavares(1); Fernando Salvador(1)

(1) CH TRAS OS MONTES - CHAVES

A púrpura de Schönlein-Henoch é uma vasculite sistémica que afeta pequenos vasos. Típica da infância pode aparecer em adultos com maior gravidade evolutiva. As manifestações clínicas: rash cutâneo, artralgias, dor abdominal e doença renal, podendo afetar outros órgãos. A hemorragia pulmonar é uma complicação rara desta vasculite.

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 85 anos , independente e institucionalizado que recorreu à urgência por edemas dos membros inferiores, dispneia e tosse. Refere aparecimento de lesões cutâneas a nível abdominal e crural, indolores à palpação. Apirético.

Da investigação: Imunoglobulina A 570 mg/d e Influenza A/B: Positiva. Biopsia de pele: lesões de vasculite leucoclástica.

Instituída corticoterapia, mas o doente faleceu por quadro clínico interpretado como edema agudo de pulmão / hemorragia alveolar difusa.

Nº 128 Calcinose cutânea extensa na Esclerose Sistémica Cutânea Limitada

João Freitas Silva(1); André Pina Monteiro(1); Diana Buendia Palacios(1); Rita Gano(1); Nayive Gómez(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Mulher de 74 anos, com antecedentes de esclerose sistémica cutânea limitada, internada com o diagnóstico de úlceras varicosas dos membros inferiores infetadas. Durante o internamento apresenta exteriorização de lesão nodular subcutânea na região lateral do olecrânio direito de conteúdo purulento. Realizou radiografia do cotovelo direito que revelou volumosos nódulos calcificados. Radiografia dos membros inferiores também a evidenciar depósitos calcificados. Interpretou-se quadro como calcinose cutânea extensa sobre-infetada. A síndrome de CREST é caracterizada por calcinose cutânea, fenómeno de Raynaud, dismotilidade esofágica, esclerodactilia e telangiectasias. A calcinose cutânea resulta da deposição de cristais de cálcio, cujo mecanismo não está totalmente esclarecido. Não existe tratamento, pelo que a abordagem baseia-se na gestão dos sintomas.

Nº 129 De uma “dor no ombro” a um plasmocitoma

Cláudia Queirós(1); Leonardo Moço(1); Gil Brás(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE - Hospital de Portimão

Os plasmocitomas solitários podem ter origem no osso ou em tecido extramedular.

Doente do sexo masculino, 56 anos, seguido em consulta de Hemato-Oncologia por Mieloma Múltiplo, com critérios de remissão completa há mais de 10 anos. Recorre ao serviço de urgência por dor no ombro esquerdo, com aproximadamente uma semana de evolução. Analiticamente sem alterações, foi realizada radiografia do tórax e do ombro

que mostrou imagem de uma massa com provável continuidade com 2º arco costal. Para esclarecimento diagnóstico foi pedida uma tomografia computorizada torácica que confirmou a presença da massa com erosão do segundo arco costal compatível com plasmocitoma.

Os plasmocitomas solitários são tumores que não apresentam alterações analíticas tais como anemia, lesão renal ou hipercalcemia pelo que o seu diagnóstico depende muito da interpretação da clínica e da imagem.

Nº 130 Divertículo traqueal, um achado incomum e silencio

João Bessa Martins(1); Joana Ferreira de Melo(1); Carla Pereira Fontes(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

O divertículo traqueal é uma entidade rara, resultante da herniação da mucosa secundária ao aumento da pressão intraluminal ou fragilidade/trauma da parede traqueal. A maioria localiza-se na porção posterior, onde os anéis cartilaginosos são incompletos, e lado direito, devido à posição contralateral do esófago e arco aórtico.

Pode ser congénito ou adquirido, constituindo geralmente um achado benigno e assintomático, diagnosticado incidentalmente em tomografia computorizada, tal como neste caso. Porém, infeções de repetição, tosse, disfonia e dispneia persistentes são possíveis sintomas e devem levantar a suspeita para este diagnóstico. O tratamento pode ser cirúrgico, endoscópico ou conservador (antibióticos, mucolíticos e cinesioterapia).

Nº 131 Pielonefrite complicada por cálculo volumoso em doente com Galactosemia Clássica

Catarina Távora(1); Joana Rodrigues Dos Santos(1); Inês Nogueira da Fonseca(1); Francisco Próspero Luís(1); Marta Baião(1); Francisca Sá Couto(1); Ana Pinheiro Sá(1); Diogo Cruz(1)

(1) Hospital Cascais

Mulher de 30 anos, com galactosémia clássica e infeções urinárias de repetição admitida por febre, prostração, piúria e urina com cheiro fétido.

Análises: aumento de parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda AKIN 3 e urina II com leucocitária.

TAC abdomino-pélvica: hidronefrose bilateral; cálculo de 6,4cm no colo vesical; suspeita de pielite; redução do parênquima renal bilateral.

Urocultura: *P. aeruginosa*.

A galactosémia é um defeito no metabolismo da galactose, levando à sua acumulação.

O tratamento inclui restrição de lactose. O leite é por vezes substituído por fórmulas de soja, ricas em oxalato. Está recomendada a suplementação com cálcio e vitamina D. Conjugados, estes fatores aumentam o risco de formação de cálculos de oxalato de cálcio.

Nº 132 Doença da arranhadela do gato sem contexto epidemiológico

João Luís Miranda(1); Adriana Pereira Guedes(1); Raquel Moura(1); Joana Rigor(2); Albina Moreira(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho (2) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Doente do sexo masculino de 2(1) anos, avaliado por tumefação dolorosa no antebraço esquerdo com 2 semanas de evolução (imagens A e B), sem febre, e sem alterações de relevo no estudo analítico. Referia história de traumatismo do 4º dedo do referido membro enquanto cozinhava no mês anterior. Realizou ecografia da tumefação que descreveu duas adenomegalias de grandes dimensões a nível epitroclear e várias axilares, tendo realizado biópsia de adenomegalia axilar - histologicamente com microgranulomas escassos em tecido ganglionar de arquitetura normal (imagem C), com pesquisa de *Bartonella spp* por PCR positiva. Cumpriu tratamento com azitromicina e rifampicina, com resolução completa da sintomatologia em consulta de reavaliação. Este caso mostra uma apresentação exuberante de doença da arranhadela do gato sem contexto epidemiológico sugestivo.

Nº 133 Apneia de etiologia osteoarticular - a propósito de um caso clínico

João Poço Gonçalves(1); Mafalda Machado de Gouveia(1); Fabiana Muñoz(1); António Fernandes(1); Fernando Lemos(1); Ana Catarina Carvoeiro(1); Alexandra Esteves(1); Diana Guerra(1); Carmélia Rodrigues(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital Santa Luzia

Homem de 84 anos, com dispneia matinal de longa data associada a sonolência diurna e roncopatia compatíveis com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) grave. Apresenta TC cervical com mielomalácia em C(1) e C2 secundárias a isquemia crónica compressiva por traumatismo prévio, com subluxação atlantoodontoideia anterior e exuberante reação osteofitária de C4 a C6 condicionando marcada deformação da hipofaringe A osteofitose cervical anterior é comum na população idosa. Embora seja maioritariamente assintomática pode cursar de forma extremamente rara com compressão extrínseca da traqueia e condicionar dispneia, roncopatia ou SAOS

Nº 134 Penfigóide bolhoso - Um diagnóstico a não perder

João Poço Gonçalves(1); Mafalda Machado de Gouveia(1); Anita Cunha(1); António Fernandes(1); Fernando Lemos(1); Ana Catarina Carvoeiro(1); Miguel Costa(1); Alexandra Esteves(1); Diana Guerra(1); Carmélia Rodrigues(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital Santa Luzia

Homem, 72 anos. Durante dois anos com lesões bolhosas pruriginosas, dispersas pelo tronco e membros, inicialmente tensas e que posteriormente ulceram, transformando-se em crostas. Inicialmente pequenas, esporádicas e estáveis ao longo do tempo, agravamento franco dois meses após a toma da vacina contra a COVID-19. Avaliado no

SU por doença refratária a cuidados de penso e múltiplos ajustes terapêuticos por vários profissionais neste período. Assumido penfigóide bolhoso, suspensa medicação potencialmente desencadeadora e instituído tratamento com emplastros de chá preto e corticoide tópico durante quatro semanas, com resolução praticamente completa das lesões cutâneas. Estudo imune positivo para o anticorpo Anti-BP180, confirmando o diagnóstico

Nº 135 Até que o diafragma nos separe

Ana Rita C. Silva(1); Inês Albernaz Moreira(1); Carolina Silva Câmara(1); Joana Ferro Jorge(1); Cláudia Rita Viana(1); Luís Oliveira(1); Ana Beatriz Amaral(1); Luís Dias(1)

(1) Hospital Divino Espírito Santo

Homem de 63 anos com hipertensão arterial e doença de refluxo gastroesofágico, seguido em consulta de Medicina Interna.

Referiu queixas de cansaço fácil para pequenos esforços e perfil hipotensivo, de novo. Associadamente, com agravamento dos sintomas de refluxo gastroesofágico.

Fez ecocardiograma que mostrou ventrículo esquerdo dilatado, com fração de ejeção moderadamente deprimida (35%) e suspeita de massa intracardíaca ao nível da aurícula esquerda.

Para melhor caracterização, foi submetido a ressonância magnética cardíaca, na qual se evidenciou uma hérnia do hiato esofágico mista, composta por gordura abdominal, fundo e corpo gástrico, que condicionava compressão extrínseca da aurícula esquerda.

Nº 136 Não há coração que aguente...

Rafael Marques(1); João Bessa Martins(1); Sara Montezinho(1); Penélope Almeida(1); João Gonçalves(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Homem de 72 anos com hipertensão pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) e cor pulmonale sob oxigenoterapia de longa duração, ventilação não invasiva noturna e medicado com riociguat. Admitido no serviço de urgência por dor abdominal e dessaturação com dessincronia ventilatória a evoluir para falência respiratória. Tomografia computorizada toraco-abdominal (Imagem 1) a revelar cardiomegalia exuberante à custa da aurícula direita (AD) e marcado aumento do calibre do tronco da artéria pulmonar e das artérias pulmonares. Dada a gravidade clinica e comorbilidades foi privilegiado controlo sintomático com desfecho fatal em poucas horas. O caso clínico representa sobrecarga direita, secundária a HPTEC (grupo 4), que se destaca pela dilatação exuberante da AD.

Nº 137 Pneumomediastino Espontâneo

Ana Isabel Bezerra Machado(1); Luísa Pinto(1)

(1) Hospital Braga

Homem de 22 anos, antecedentes de asma controlada, recorre ao serviço de urgência por dispneia e toracalgia pleurítica com horas de evolução. Sem febre ou sintomas focalizadores de infeção. Sem trauma.

Normotenso, ligeiramente taquicardico, saturação de 98% em ar ambiente. Auscultação pulmonar com murmúrio mantido, alguns sibilos dispersos. Dispneia melhorada com broncodilatação, mantinha toracalgia intensa após analgesia.

Radiografia pulmonar sem alterações do parênquima pulmonar, mostrava enfisema subcutâneo bilateral.

Tomografia computorizada torácica: 'Relevante enfisema desde aspetos mais craniais do compartimentos cervicais profundos até os planos dos cavados supraclaviculares e mediastínicos (pneumomediastino - leve/moderado).'

Nº 138 Neoplasia da mama com metastização pulmonar – evolução imagiológica em 4 meses

Ana Patricia Brito(1); Gabriela Pereira(1); Olinda Miranda(1); Clarisse Neves(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira

Mulher de 39 anos, autónoma. Com antecedentes de Carcinoma invasor da mama esquerda diagnosticada em Janeiro 2021, submetida a quimioterapia neoadjuvante e posterior mastectomia total em Maio 202(1) com histologia: pTMN - pT3 G3 N0. Em Janeiro 2022 com metastização pulmonar confirmada por biópsia tendo iniciado hormonoterapia. Em Maio 2022 recorreu ao SU por tosse com expectoração mucopurulenta e febre há 3 dias tendo realizado Radiografia torácica que demonstrou evolução da patologia oncológica com maior exuberância das lesões pulmonares existentes e aparecimento de novas em relação a imagem prévia de Janeiro 2022. Este caso pretende demonstrar a evolução imagiológica da metastização pulmonar nesta doente com Carcinoma invasor da mama.

Nº 139 Toxicodermia ao Pantoprazol

Ana Patrícia Brito(1); Tânia Pereira da Silva(1); Rui Fernandes(1); Fernando Esculcas(1); Olga Pereira(1); Helena Sarmento(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira

Mulher de 6(1) anos, autónoma, internada por lesão renal aguda pré-renal em contexto de diarreia aquosa com 2 semanas de evolução. Sob fluidoterapia e pantoprazol.

No 4º dia de internamento com aparecimento de pápulas e placas eritematosas pruriginosas dispersas pelo abdómen e tórax inicialmente assumindo um aspecto pseudovesiculoso e em algumas zonas com eritema multiforme-like, posteriormente houve confluência das lesões. Realizou biópsia cutânea com "Dermatite espongiótica com presença de eosinófilos podendo ser integrados em contexto de toxicodermia."

Assumida toxicodermia ao pantoprazol, já com resolução parcial do quadro após (1) semana da suspensão do fármaco.

Estas imagens alertam para uma reação cutânea rara ao pantoprazol.

Nº 140 Tofos Gotosos

Ana Patricia Brito(1); Elisabete Ribeiro(1); Tânia Pereira da Silva(1); Filipe Gonçalves(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira

Mulher de 82 anos, autónoma. Como antecedentes apresentava Diabetes *mellitus* tipo 2 insulinotratada com lesão órgão-alvo (nefropatia diabética), obesidade, dislipidemia e artropatia gotosa.

De medicação habitual com Insulina Lispro, Atorvastatina e Alopurinol.

Vem ao SU por agravamento de artralgias das articulações interfalângicas distais de ambas as mãos e agravamento de tofos gotosos.

Ao exame objetivo com múltiplos tofos gotosos com sinais inflamatórios, nomeadamente nas articulações interfalângicas distais do 3º e 4º dedos à esquerda e do 2º e 3º da mão direita.

No SU realizou estudo analítico sem alterações de relevo e sem elevação dos níveis de ácido úrico. Teve alta com o diagnóstico de crise gotosa e medicada com Colchicina.

Nº 141 Neoplasia da mama com invasão cutânea

Ana Patricia Brito(1); Elisabete Ribeiro(1); Helena Sarmento(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira

Doente de 102 anos, totalmente dependente, residente em lar.

Com antecedentes de Neoplasia da mama direita estadio IV.

Recorreu ao SU por tosse com expectoração mucopurulenta e episódio de dessaturação com saturação periférica de oxigénio de 86%.

Ao exame objetivo de destacar à auscultação roncos dispersos mais audíveis no hemitórax esquerdo. Apresentava ainda exuberante tumefação endurecida, aderente e com sinais inflamatórios aos planos profundos de grande volume nos quadrantes superiores da mama direita, sem evidência de ulceração. Radiografia de tórax com infiltrado multilobar bilateral.

Ficou internada por Pneumonia Adquirida na Comunidade medicada com Ceftriaxone e Azitromicina, com necessidade de oxigenoterapia por CN a 2L/min.

Nº 142 Um exuberante pneumoperitoneu

Joana Araújo Correia(1); Melanie Ferreira(1); Sílvia Pereira(1); Tatiana Soares Correia(1); Anilda Barros(1); Joana Sousa Varela(1); Francisca Delerue(1)

(1) HOSP. GARCIA DE ORTA

Homem de 48 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorre à Urgência por quadro com três dias de evolução de anorexia, astenia, náuseas, dor abdominal e obstipação. Na semana anterior tinha recorrido ao mesmo Serviço de Urgência por quadro de vómitos alimentares desde há 5 dias, tendo tido alta com o diagnóstico de gastroenterite aguda e medicado sintomaticamente.

À observação mais recente, apresentava taquicardia e um abdómen timpanizado, com dor generalizada e defesa à palpação. Realizou TC abdominal que documentou um exuberante pneumoperitoneu, peritonite, ascite e presença de conteúdo heterogéneo intraperitoneal. Foi submetido a laparoscopia exploradora que revelou uma úlcera pré-pilórica

perfurada.

Nº 143 Pneumomediastino - um diagnóstico raro no jovem

Joana Araújo Correia(1); Melanie Ferreira(1); Sílvia Pereira(1); Tatiana Soares Correia(1); Joana Sousa Varela(1); Francisca Delerue(1)

(1) HOSP. GARCIA DE ORTA

Homem de 38 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorre ao Serviço de Urgência por dor retroesternal, odinofagia e cervicalgia, com início na véspera, após realização de exercício físico. À observação, encontrava-se hemodinamicamente estável e eupneico. As análises não apresentavam alterações. Realizou radiografia de tórax, que levantou a suspeita de pneumomediastino pela presença de uma fina lâmina de ar justa-mediastino. Realizou TC torácica que corroborou a suspeita, ao documentar um pneumomediastino com mínima dissecção aos planos cervicais. O doente foi internado para vigilância com alta ao 3.º dia de internamento, após reabsorção espotânea do pneumomediastino.

Nº 144 Pneumonia filiada em fístula esofágica?

Ana Sofia Ferreira(1); Carlos Gonçalves(1); Sara Pereira(1); Sabina Belchior(1); André Calheiros(1); Inês Ferreira(1); Paula Cerqueira(1); Ana Gomes(1); Amanda Lista Rey(1); Paula Brandão(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima

Mulher, 87 anos, admitida por anorexia com (1) mês de evolução associada a dispneia e tosse. Apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e condensação no ápex pulmonar direito na radiografia de tórax, sendo internada com diagnóstico de pneumonia (1). Realizou TC tórax que demonstrou espessamento parietal concêntrico dos terços proximal e médio do esófago com dilatação a montante e consolidação pulmonar com comunicação com o lúmen esofágico adjacente (2). Efetuada endoscopia digestiva alta que demonstrou lesão úlcero-vegetante no esófago proximal, correspondendo a carcinoma epidermóide. Decidido tratamento paliativo, tendo sido colocada prótese esofágica. Apresentou agravamento progressivo do estado geral tendo vindo a falecer ao 27º dia de internamento.

Nº 145 Uma imagem, um diagnóstico: A propósito da artrite séptica coxofemoral

Juliana Andrade(1); Catarina Silva Araújo(1); Cristina Ângela(1)

(1) Hospital Braga

Homem, 48 anos, VIH positivo, suprimido há anos e com bom estadio imune, ex-toxicodependente. Retomou consumos com injecção iv femoral direita de cocaína com trombose secundária da veia femoral profunda direita (TVP). Solicitou consulta urgente por cansaço fácil- emagrecido, pálido, deambulando com canadiana não fazendo carga à direita (não valorizada, atribuida a TVP recente). Analiticamente com queda de hemoglobina de 7.6 g/dL em 5 meses e aumento de parâmetros inflamatórios. Radiografia evidenciou destruição total da articulação coxofemoral do colo direita sugestiva de artrite séptica. Isoolamento de MSSA em líquido sinovial. Fez antibioterapia dirigida e artroplastia de Girdlestone, aguardando actualmente colocação e prótese. Os autores trazem este caso por ser invulgar, na prática da especialidade, esta forma de apresentação e diagnóstico da patologia.

Nº 146 Um grande coração

VANESSA SOFIA MOREIRA LEITE(1); Sara Ramalho(1); Pedro Beirão(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Mulher de 7(1) anos com antecedentes pessoais de obesidade, hipertensão, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Admitida na urgência por tosse, dispneia e farfalheira. Realizou raio-x tórax póstero-anterior que mostrou alargamento do mediastino e posterior TC torácica com evidência de importante lipomatose epicárdica. A lipomatose epicárdica é caracterizada pela acumulação de tecido adiposo causada por hiperplasia dos adipócitos. A sua etiologia é ainda desconhecida, mas parece estar associada à obesidade e idade avançada. Apesar de ser uma condição benigna e geralmente assintomática, o seu crescimento excessivo pode, em raros casos, resultar em tamponamento pericárdico, com necessidade de pericardiotomia descompressiva.

Nº 147 Hérnia de Hiato tipo IV

Mafalda Machado de Gouveia(1); João Poço Gonçalves(1); Ana Rita Oliveira(1); Mariana Gomes Xavier(1); Maria Guilherme Muchata(1); Maria Inês Risto(1); Fabiana Muñoz(1); José Traila Campos(1); Anabela Brito(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Homem, 86 anos, frágil e com hérnia do hiato (HH), admitido por dispneia e tosse com expetoração mucopurulenta. Na avaliação: taquipneico, com cianose labial, roncos dispersos na auscultação pulmonar. Elevação de parâmetros inflamatórios. Radiografia de tórax com imagem de densidade aérea retrocardíaca e áreas de densificação do parênquima pulmonar. Tomografia computorizada de tórax, abdómen e pélvis com exuberante HH, herniação gástrica e de ansas do intestino delgado para o tórax (HH tipo IV), compressão bronquiolar, obliteração das vias aéreas, impactação distal com densificação inflamatória. A HH tipo IV é rara e tem indicação cirúrgica se sintomática, mas optou-se por atitude conservadora pelo elevado risco cirúrgico do doente frágil.

Nº 148 Um pacemaker gerador de ansiedade

Inês de Gouveia Bonito(1); Alexandra Coimbra(1); Carolina Xavier de Sousa(1); Mariana Caetano Coelho(1); Bruna Rodrigues Barbosa(1); Andreia Meseiro(1); Teresinha Ponte(1); Martinho Fernandes(1)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Mulher de 66 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e acidente vascular cerebral isquémico sem sequelas. Portadora de pacemaker por doença do nódulo sinusal e dúvida entre fibrilhação auricular com aberrância e taquicardia ventricular não sustentada. Recorreu ao Serviço de Urgência por ansiedade e palpitações com semanas de evolução. Colhendo a história clínica, apurou-se que estas queixas se mantinham desde a última consulta de Cardiologia, para reprogramação do pacemaker. Realizou eletrocardiograma, que revelou taquicardia induzida pelo pacemaker, com FC 124 bpm, ficando posteriormente internada na Cardiologia. Apesar de a ansiedade estar geralmente enquadrada num síndrome depressivo ou distúrbio de ansiedade generalizada, é fundamental a colheita de história clínica e exclusão de causas orgânicas para a mesma.

Nº 149 Coartação da Aorta

Mafalda Machado de Gouveia(1); João Poço Gonçalves(1); Mariana Gomes Xavier(1); Maria Guilherme Muchata(1); Maria Inês Risto(1); Fabiana Muñoz(1); José Traila Campos(1); Anabela Brito(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Homem, 70 anos, hipertenso polimedicado, referenciado à consulta de medicina interna por anemia. Ao exame físico (EF): sopro sistólico aórtico, grau II/VI, com irradiação interescapular esquerda e reforço do 2º tom aórtico; diferencial de pressão arterial entre os membros superiores e inferiores; atraso claro entre o tempo do pulso radial e femoral. Visualizada radiografia de tórax (RT) com irregularidades no contorno inferior de arcos costais direitos, denominado sinal de Roesler, sinal radiológico confiável de diagnóstico de coartação da aorta. Paciente corroborou o diagnóstico ao apresentar relatório de angiografia de tórax por tomografia computorizada. Salienta-se a importância do EF e análise adequada da RT no hipertenso polimedicado.

Nº 150 Coração frio: alterações eletrocardiográficas na hipotermia

Ana Sofia Ferreira(1); Carlos Gonçalves(1); Sara Pereira(1); Sabina Belchior(1); André Calheiros(1); Inês Ferreira(1); Nereida Monteiro(1); Paula Cerqueira(1); Ana Gomes(1); Amanda Lista Rey(1); Paula Brandão(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima

Homem, 23 anos, trazido ao serviço de urgência por prostração. Ao exame físico com hipotermia (32.6ºC). Eletrocardiograma com bradicardia sinusal, bloqueio auriculoventricular de 1º grau e ondas J de Osborn em DII, DIII, AVF, V4 a V6. Após aquecimento corporal e ressuscitação volémica, reversão do quadro clínico e das alterações eletrocardiográficas. Este caso ilustra alterações na condução elétrica cardíaca induzidas pela

hipotermia, nomeadamente a presença de ondas de Osborn. Esta deflexão positiva na junção entre o QRS e o segmento ST tem elevada sensibilidade e especificidade para a hipotermia, embora possa ser encontrada noutras patologias, tal como na isquemia aguda, o que demonstra a importância do enquadramento clínico com os exames complementares de diagnóstico.

Nº 151 Zoster Hemorrágico: imagens de uma rara causa de púrpura

Maria João Fernandes(1); Filipa Nunes(1); Martim Bastos(1); Joana Paulo(1); Jessica Oliveira(1); Zélia Neves(1); Ana Rita Dutschmann(1)

(1) Hospital Amadora/Sintra

Homem de 80 anos, autónomo, com antecedentes de melanoma, Púrpura Trombocitopénica Idiopática corticorefractaria, sob 2ª linha com Rituximab.

Trazido ao Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência e recusa alimentar. Analiticamente com trombocitopenia 10 x 10^9/L. Realizou TAC-TAP com uma massa hipocaptante na transição entre o corpo e a cabeça do pâncreas, suspeita de lesão neoformativa. Durante o internamento desenvolve exuberantes lesões vesiculares hemorrágicas seguindo um dermátomo, associadas a dor intensa, compatíveis com Herpes Zoster (HZ) hemorrágico. Iniciou antiviral com evolução favorável.

As imagens ilustram as possíveis manifestações do Herpes Zoster em doente imunodeprimido com trombocitopenia grave

Nº 152 Hérnia de Bochdalek no adulto

Ana Carina Baldino(1); Margarida Paixão Ferreira(1); Patrícia Serpa Soares(1); José Vaz(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Este trabalho relata o caso de uma doente de 88 anos de idade que recorreu ao Serviço de Urgência por desconforto torácico sem irradiação, associado a dispneia para pequenos esforços, ortopneia e dispneia paroxística noturna com cerca de cinco dias de evolução. A Tomografia computorizada revelou herniação do estômago, duodeno, ansas do delgado e cólon transverso com níveis hidroaéreos associados. Assumiu-se como hipótese diagnóstica Hérnia de Bochdalek volumosa a condicionar efeito massa. Esta é uma hérnia diafragmática congénita, que apesar de ser diagnosticada nas primeiras 24 horas de vida, pode manifestar-se na idade adulta por sintomas respiratórios, quadros abdominais obstrutivos ou por achados incidentais.

Nº 153 Sarcoma de Ewing gigante... em idade adulta

Miguel Carrilho(1); Mariana Belo Nobre(1); Bárbara Queiroz(1); Madalena Costa Santos(1); Teresa Gouveia(1); Ryan Costa Silva(1); Joana Rosa Martins(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Mulher, 60 anos, com antecedentes de neoplasia da mama 25 anos antes, desenvolveu toracalgia, dispneia e derrame pleural recidivante. A TC-Tórax revelou massa volumosa com colapso quase total de pulmão direito e compressão das câmaras cardíacas, tendo a biópsia cirúrgica pleural documentado sarcoma de Ewing com mutação EWSR1. O sarcoma de Ewing é um tumor raro na idade adulta, envolvendo tipicamente os ossos longos, sendo pouco frequente o atingimento da grelha costal. Manifesta-se por lesões heterogéneas na TC, com áreas de necrose e derrame pleural por vezes passível de colheita para exame anatomopatológico, mas com fraca sensibilidade *per se*, sendo com frequência necessária a realização de biópsia aberta.

Nº 154 Síndrome de Heterotaxia e Poliesplenia

Mafalda Machado de Gouveia(1); Fabiana Muñoz(1); João Poço Gonçalves,(1); Mariana Gomes Xavier(1); Maria Guilherme Muchata(1); Maria Inês Risto(1); José Traila Campos(1); Anabela Brito(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Mulher de 69 anos, referenciada à consulta de medicina interna por anemia, portadora de radiografia de tórax com câmara gástrica à direita. Solicitada tomografia computorizada do tórax, abdomen e pélvis que revelou estômago e poliesplenia à direita, com o coração na sua posição habitual no hemitórax esquerdo, achados coincidentes com síndrome de heterotaxia e poliesplenia (SHP) sem anormalidades nos órgãos torácicos. A SHP caracterizada pela disposição anormal de órgãos toracoabdominais e presença de múltiplos baços, é uma entidade rara, que pode ser diagnosticada incidentalmente na avaliação de uma condição patológica não relacionada. É crucial o conhecimento das anomalias viscerais deste síndrome para obter um diagnóstico correto.

Nº 155 Febre escaronodular com tache noir

Dra. Patricia Moreira(1); Carolina Abreu(1); Madalena Machete(1); Vânia Pereira(1); Anabela de Carvalho(2); João Barros(3); Sofia Baptista(1); Bruno Bonito(4); Rita Piteira(5); Ana Gonçalves(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo (2) Hospital da Senhora da Oliveira (3) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (4) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário (5) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

A febre escaro-nodular é uma zoonose provocada pela bactéria Rickettsia conorii e transmite-se ao organismo humano pela picada da carraça infectada.

Descrevo o caso de um homem, de 65 anos, que recorreu à urgência por quadro de mialgias, disuria e febre com 2 dias de evolução tendo sido asumido, inicialmente, em contexto de infeção do tracto urinário, tendo alta. Recorre novamente, após desenvolver exantema generalizado que poupava palmas e mãos, com lesão infra-umbilical de novo (tache noir) e dispneia em agravamento. Internado em Unidade de Cuidados Intensivos após diagnóstico de choque séptico, em contexto de febre escaro-nodular, tendo iniciado

terapêutica com doxiciclina, verificando-se resolução do quadro após ciclo terapêutico.

Nº 156 Massa pélvica pseudotumoral - um caso de ALVAL.

Rita Amorim e Costa(1); Nuno Cerejeira(1); Joana Augusto(1); Ricardo Pereira(1)

(1) Hospital Pedro Hispano

A artroplastia da anca pode complicar com reações adversas ao metal e cursar com pseudotumores inflamatórios ou lesões associadas a vasculite linfocítica asséptica (ALVAL). Acontece sobretudo em mulheres com prótese de superfície metal-metal, apresentando expressão clínica variável, desde assintomática a dor severa e incapacidade de marcha. O diagnóstico e avaliação incluem exames imagiológicos, níveis séricos de metais e biópsia e a abordagem é vigilância ou cirurgia.

As imagens apresentadas representam um caso de ALVAL numa mulher de 83 anos, submetida a artroplastia da anca há mais de 20 anos. Constitui um achado imagiológico de estudo pedido para esclarecimento de distensão abdominal e dada ausência de outros sintomas associados, decidida estratégia de vigilância em consulta de Ortopedia.

Nº 157 Tumor do couro cabeludo – um mês de evolução

FÁBIA CERQUEIRA(1); Ana Castro Barbosa(1); Margarida Guiomar(1); Ana Melício(1); Frederica Parlato(1); Francisco Santos Cunha(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Mulher, 90 anos, antecedentes de tumores cutâneos síncronos - pápula ulcerada sobre mancha pigmentada malar direita - melanoma maligno sobre lentigo maligno (pT1a) e lesão ulcerada do vértex do couro cabeludo, com 8cm - carcinoma espinocelular pouco diferenciado, ulcerado e infiltrativo, AE1/AE3 positivo e SOX-10 negativo. Realizou TC-CE a documentar lesão infiltrativa e ulcerada nas partes moles epicranianas parietal mediana e paramediana esquerda, de 9x8cm, com erosão da calote craniana em profundidade e componente intracraniana epidural. À observação, lesão ulcerada, sangrante, com exposição meníngea no vértex do couro cabeludo. Realizou TC de corpo, sem evidência de doença à distância.

Nº 158 Carcinoma hepatocelular e síndrome metabólica: um problema crescente

Christian Neves(1); Margarida Eulálio(1); José Guilherme Tralhão(2)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

O carcinoma hepatocelular (CHC) não associado a cirrose tem mostrado incidência crescente, sobretudo em doentes com fígado gordo não alcoólico (FGNA). Homem de 65 anos, com achado de massa hepática de 14cm, cuja biópsia mostrou ser CHC; α-feto-proteína 127ng/mL; sem metastização. Antecedentes de hipercolesterolemia e hipertensão arterial, bem controladas, e excesso de peso; sem evidência de esteatose em estudos imagiológicos recentes. Submetido a hepatectomia direita - CHC pouco diferenciado (G3) em fígado gordo, sem esteatohepatite e com fibrose ligeira. Um ano depois, mantem-se livre de doença. Os autores realçam a necessidade premente de orientações para rastreio de CHC em doentes com síndrome metabólica e FGNA, sem fibrose significativa.

Nº 159 Calcificação diagnóstica de aneurisma da aorta

Carolina Roias(1); Daniel Calado(1); Ana Simas(2); Mariana Oliveira(1); Sofia Miranda(1); Manuela Henriques(1)

(1) Hospital Divino Espírito Santo - Ponta Delgada Açores (2) Hospital da Horta

Doente do sexo masculino, 78 anos, com história médica de hipertensão arterial, cardiopatia isquémica e fibrilhação auricular. Admitido por quadro clínico com horas de evolução caracterizado por dor abdominal intensa e difusa. Objectivamente hipotenso, abdómen doloroso e com defesa à palpação de todos os quadrantes e com massa pulsátil palpável. A radiografia abdominal revelou imagem secular calcificada a levantar suspeita de aneurisma da aorta abdominal. A angio-tomografia confirma volumoso aneurisma calcificado da aorta abdominal infra-renal e mostra rotura tamponada com volumoso hematoma retroperitoneal. Apresenta-se o caso pela exuberância das imagens, essencialmente objectivada na radiografia que permitiu o diagnóstico.

Nº 160 Um achado surpreendente numa endoscopia digestiva alta (EDA)

Bárbara Ferreira da Silva(1); Tânia Faustino Mendes(1); Ana Isabel Oliveira(1); Mariana Marques(1); Nuno André Sousa(1); João Gonçalves Pereira(1)

(1) HOSP VILA FRANCA XIRA

Introdução: Homem de 76 anos recorreu ao serviço de urgência (SU) por náuseas e vómitos frequentes, associados a anorexia e perda ponderal de 15 Kg com 3 meses de evolução. Referiu internamento recente em Cirurgia Geral onde realizou vários meios complementares de diagnóstico (MCD›s) tendo sido apurado, dilatação das vias biliares intra-hepáticas e espessamento pilórico, estando aguardar Colangio-RMN em ambulatório. Realizou no SU novo TC abdominal que revelou, para além das alterações já conhecidas, presença de material com densidade metálica no antro gástrico. Neste contexto realizou EDA em que se verificou no estômago videocápsula endoscópica retida e no bulbo estenose na transição para D2. Este caso ilustra um exemplo em que a escolha dos

MCD's deve ser o mais direcionada possível, nunca esquecendo as suas indicação e mais importante as suas contra-indicações.

Nº 161 Enfarte medular isquémico - um raro acidente vascular

Rita Gano(1); Francisca Sarmento(1); Jéssica Vasconcelos(1); Dora Sargento(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Homem 83 anos, com antecedentes de risco cardiovascular, apresentou-se com diminuição súbita da força muscular dos membros inferiores (grau (1) / 5) e da sensibilidade a nível de D1, com abolição dos reflexos osteotendinosos bilateralmente e retenção urinária. Tomografia de crânio sem alterações. Por suspeita de compressão medular realizou ressonância magnética medular que revelou lesões hiperintensas, na vertente anterior de C7-D2, associadas a restrição de difusão, com a configuração de "Owl's Eye Sign", compatível com enfarte medular isquémico da artéria espinhal anterior.

O enfarte medular é uma entidade rara, correspondendo a cerca de (1) a 2% de todos os acidentes vasculares, classicamente associada a mau prognóstico funcional.

Nº 162 Pelagra, um défice nutricional raro no mundo desenvolvido

Rita Gano(1); Rui Gomes(1); Miguel Ardérius(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Uma mulher de 76 anos com história de demência vascular apresentou quadro caracterizado por diarreia, dermatite descamativa simétrica dos dedos das mãos e declínio cognitivo. Admitiu-se o diagnóstico de pelagra, patologia rara no mundo desenvolvido e que resulta de défice de niacina. Surge habitualmente em pessoas com dietas pouco nutritivas e ricas em milho e o diagnóstico é clínico, sendo a resposta à suplementação confirmatória. A doente foi medicada com suplemento vitamínico do complexo B, apresentando rápida melhoria sintomática. O reconhecimento precoce e a suplementação adequada são os pilares do tratamento.

Nº 163 Abcesso hepático - um desafio diagnóstico

Joana Pereira Moniz(1); Paula Gonçalves Costa(1); Bárbara Lemos(1); Mauro Gomes Marques(1); Soraia Pinho Duarte(1); Rita Lizardo Grácio(1); Renato Saraiva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Homem de 64 anos, sem antecedentes ou contexto epidemiológico de relevo, internado por COVID-19 com sobreinfeção bacteriana. Por manutenção dos parâmetros inflamatórios apesar da terapêutica instituída, realizou TC que revelou uma formação hepática nodular de 13x10cm, melhor caracterizada por RM, que evidenciou lesão quística multiloculada sugestiva de neoplasia/quisto parasitário. Foi efetuada biópsia, com conteúdo purulento e isolamento de *Streptococcus constellatus*, também isolado em hemoculturas. Realizou antibioterapia dirigida com Ceftriaxone e drenagem do abcesso, com melhoria.

Com esta imagem pretendemos demonstrar a importância de um elevado índice de suspeição perante quadros atípicos, para um diagnóstico e terapêutica precoces.

Nº 164 Um caso de pseudoaneurisma da artéria radial após gasometrias de repetição.

Nuno Carvalho(1); Costantino Caroselli(2); Michael Blaivas(3)

(1) Hospital Guimarães (2) Istituto di Recovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) - Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani (INRCA), Ancona (3) Department of Emergency Medicine - St. Francis Hospital, Columbus Georgia

Apresentamos o caso de uma mulher de 96 anos, admitida no serviço de Urgência por dispneia. Nesse contexto foi realizada gasometria arterial (GSA) na artéria radial esquerda (ARE), com necessidade de punções repetidas, com posterior compressão. Após orientação, a doente acabou por ter alta clínica para o domicílio.

Após 2 semanas, é readmitida por tumefação pulsátil, eritematosa e dolorosa no punho esquerdo, em agravamento desde a alta. Foi realizada ecografia à cabeceira-da--doente que revelou uma coleção ovóide com 16x24x32 mm, comunicando com o lúmen da ARE, fluxo turbulento e facilmente compressível com reaparecimento após descompressão. Foi identificado um sinal típico de "yin-yang" provocado pelo fluxo vascular intra-coleção.

O diagnóstico de provável pseudoaneurisma iatrogénico da ARE foi estabelecido, e a doente foi submetida a resseção cirúrgica.

Nº 165 Largada de balões: alternativas diagnósticas

Inês de Amorim Pereira(1); João Poejo Gomes(1); Filipe Melo Araújo(1); Catarina Meleiro Neves(1); Sara Raquel Martins(1); Andrea Mateus(1); Rosa Ribeiro(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Mulher, 72 anos, refugiada de guerra, natural de zona Ucraniana mineira. Sem antecedentes exceto massas pulmonares identificadas há 4 meses na Ucrânia, estudo interrompido.

Apresentou-se com dispneia progressiva, sem outra clínica. Objetivamente sem alterações exceto broncospasmo e insuficiência respiratória global. Imagem de tórax com massas bilaterais coalescentes, aparentes adenopatias mediastínicas de difícil distinção das massas. Estudo complementar com parâmetros inflamatórios, VS, ECA e cálcio, eletroforese sérica e estudo imunológico negativos.

Broncofibroscopia com estudo micro e micobacteriologico e citológico de lavado broncoalveolar negativos, com foam-cells. Biópsia de lesão pulmonar a mostrar metástases pulmonares de carcinoma invasor da mama.

Nº 166 Síndrome de Ogilvie - a propósito de um caso clínico

Ana Elisa Dias(1); Beatriz Gamito Gonzaga(1); Inês Araújo(1); Jorge Gama Prazeres(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

O Síndrome de Ogilvie ou Síndrome de Pseudo-obstrução Aguda do Cólon é uma entidade rara, segundo a Orphanet, que causa distensão abdominal e obstipação crónica. Apresentamos o caso clínico de uma doente de 79 anos, com múltiplos internamentos consecutivos por agudização da sua doença de base complicada de translocação bacteriana, em contexto iatrogénico por administração indevida de opiáceos em ambulatório. Sem novas recorrências do quadro após suspensão de opiáceos. Na imagem observa-se uma radiografia de corpo que denota uma marcada distensão cólica e de ansas do delgado, a condicionar compressão da cavidade torácica, com consequente compromisso da dinâmica ventilatória e necessidade de oxigenoterapia suplementar.

Nº 167 Um caso improvável de pneumomediastino

Carlos Rego Gonçalves(1); Ana Sofia Ferreira(1); André Calheiros(1); José Carlos Veloso(1); Paula Brandão(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima

Relata-se o caso de um doente do sexo masculino, 25 anos, sem antecedentes de relevo, fumador de 3 cigarros/dia, recorreu ao SU por emagrecimento com 15 dias de evolução (peso inicial de 50Kg e neste momento com 35Kg), associada a queixas de epigastralgias que têm condicionado a alimentação, anorexia marcada, obstipação com dejeções de pequena quantidade a cada 10 dias. Nega perdas hemáticas, gastrointestinais ou vómitos. Nega consumo de substâncias ilícitas. Do estudo realizado, objetivado em TC torácico enfisema mediastínico posterior e enfisema da base do pescoço à direita. (setas azuis) Não há líquido ou coleções periesofágicas. Este caso relata a importância da imagiologia como complemento do estudo etiológico.

Nº 168 Síndrome de Sweet - uma imagem

Ana Teresa Vieira(1); Diana Rocha(2); Rute Cruz(2); Cecília Moreira(2); Filipa David(2); Ana Filipa Maldonado(2); Lia Bastos(3); Sara Carvalho(4); Filipa Pereira(4); Filipa Tavares(2); Gonçalo Miranda(2); Sofia Monteiro(2)

(1) H. Evora (2) Hospital Pedro Hispano (3) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (4) IPO Porto

A Síndrome de Sweet (SS) é uma dermatose neutrofílica febril aguda caracterizada por lesões cutâneas e afecção sistémica, de múltiplas causas. Apresentamos o caso de um homem de 57 anos em estudo de doença renal crónica, biópsia renal com nefrite intersticial granulomatosa, tendo iniciado prednisolona 1mg/kg/dia. Em fase de desmame teve agravamento da lesão renal iniciando azatioprina. Após uma semana surgem pápulas e placas eritematosas, retro auriculares, não pruriginosas, com extensão à face, tórax e membros superiores. Biópsia cutânea com infiltrado neutrofílico da derme, compatível com SS. Pela correlação com o início de azatioprina, assumiu-se etiologia farmacológica, com resposta favorável ao aumento da dose de prednisolona. Por se apresentar em

múltiplas situações clínicas, é importante ter a SS presente no diagnóstico diferencial de lesões cutâneas.

Nº 169 Escrófula – diagnóstico esquecido?

Ana Gomes Saraiva(1); Luísa Gomes Rocha(2); Patrícia Carvalho(2); Rui Santos(2); Lelita Santos(2)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE. (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Apresentamos imagens de uma doente de 88 anos, enviada a consulta de Medicina Interna por tumefações submandibulares e inframamárias bilaterais, com trajeto fistuloso e drenagem cutânea purulenta, com (1) ano de evolução. Sem sintomatologia constitucional.

Previamente seguida por abcesso submandibular, com cultura negativa e células gigantes multinucleadas e granulomas epitelioides em citologia. Já nesta consulta, realizou punção aspirativa que confirmou infeção por Mycobacterium tuberculosis.

Apesar da tuberculose ganglionar ser a forma extrapulmonar mais frequente (sendo a inframamária rara), estas imagens ilustram uma condição não prontamente diagnosticada, no caso mais de (1) ano, na ausência de sintomatologia constitucional e respiratória.

Nº 170 Doença pulmonar relacionada à IgG4

José Laert(1); Filipe J. Pencas Alfaiate(2); Tomás França de Santana(1)

(1) Hospital CUF Tejo (2) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Homem, 54 anos, com antecedentes de hemocromatose e queixas de cansaço com 4 meses de evolução. Exame objetivo sem alterações relevantes. Analiticamente com hipergamaglobulinémia policlonal, com valores de IgG4 de 1917 mg/dL. TC do tórax revelou múltiplos nódulos pulmonares sólidos, bilaterais, com distribuição peri-linfática e múltiplas adenopatias mediastino-hilares. Assumiu-se doença pulmonar relacionada à IgG4, que foi confirmada por anatomia patológica.

A doença relacionada à IgG4 é uma patologia fibroinflamatória crónica, caracterizada pela infiltração multiorgânica por células plasmocitárias que expressam IgG4. A apresentação clínica é variável e o diagnóstico depende de uma elevada suspeição clínica. A avaliação torácica por TC tem uma elevada sensibilidade na deteção dos achados pulmonares e mediastínicos associados a esta patologia.

Nº 171 Paragem cardiorrespiratória por epistáxis maciça na inalação por cocaína

Maria Inês Matos(1); Claudia Jantarada(1); João Paulo Bessa(1); Liliana Costa(1); Marta Carreira(1); Sofia Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Homem de 33 anos com internamento dois dias antes deste evento, do qual teve alta contra parecer médico, por choque hipovolémico com ponto de partida em epistáxis maciça por perfuração do septo nasal e das cavidades sinusais com soluções de

continuidade com o compartimento endocraniano (imagem (1) e 2) em contexto de inalação repetida de cocaína. Ativada Viatura Médica de Emergência e Reanimação por paragem cardiorrespiratória por epistáxis maciça. À chegada da equipa, em manobras de suporte básico de vida, tendo-se iniciado suporte avançado de vida, sem recuperação do doente. A cocaína induz vasoconstrição com consequente necrose da mucosa e tecidos, bem como lesões destrutivas da linha média que apresentam um padrão clínico similar a doenças sistémicas. A dependência psicológica impede a procura de ajuda. Este caso ilustra a consequência extrema do consumo continuado.

Nº 172 Importância da saúde oral para o Internista

Diane Pimenta(1); Luís Couto(1); Marta Cunha(1); Isabel Trindade(1); Helena Sarmento(1); Jorge Cotter(1)

(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Homem de 68 anos, autónomo e sem antecedentes de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgências por dispneia, dor pleurítica direita e tosse com expetoração mucopurulenta com uma semana de evolução. Realizou TAC Tórax onde se evidenciou um derrame pleural e cissural enquistado, de moderado volume nos 2/3 inferiores do hemitórax direito, com conteúdo líquido espesso e com bolhas de gás, circundado por folhetos pleurais espessados. Feito toracocentese com drenagem de líquido pleural purulento, de características exsudativas, tendo sido colocado dreno torácico com saída de um total de 7500cc. Isolamento de **Fusobacterium nucleatum** e **Parvimonas micra** no liquido pleural, agentes associados a doença periodontal que o doente apresentava. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia dirigida com melhoria clinica, analítica e radiológica.

Nº 173 Mens sana, Corpus aegra

Carla Sofia Santos(1); Iurie Pantazi(1); Ruben Rego Salgueiro(1)

(1) Hospital Sousa Martins

A Doença de Madelung, Adenolipomatose de Launnois-Bensaude ou Lipomatose Simétrica Múltipla é uma patologia metabólica lipídica rara e de etiologia desconhecida, que leva à acumulação corporal de tecido adiposo não encapsulado, distribuído simetricamente pelo corpo, principalmente pela face e pescoço, tronco e pelas regiões proximais dos membros superiores. O doente destas imagens é orientado auto e alopsiquicamente, realizou uma mastectomia total há cerca de 5 anos e inúmeras cirurgias plásticas e reconstrutivas e, neste momento, encontra-se deste modo... Trago estas imagens com o intuito de alertar e sensibilizar para o sofrimento, não apenas físico mas também mental, que estas lipodistrofias causam no ser humano.

Nº 174 Abcesso mediastínico secundário a perfuração do esófago

Raquel Oliveira(1); Joana Gonçalves(1); Ana Sofia Silva(1); Andreia Mandim(1)

(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

No serviço de urgência deparamo-nos muitas vezes com imagens atípicas que nos fazem questionar sobre o verdadeiro diagnóstico.

Caso clínico: Homem, 59 anos, autónomo, com antecedentes de neoplasia do esófago diagnosticada há um mês, a aguardar estadiamento. Recorre ao SU por quadro de 15 dias de evolução de tosse persistente e broncorreia mucopurulenta associado a picos febris diários e dor torácica anterior do tipo pleurítica. Ao exame objetivo, eupneico em repouso, hemodinamicamente estável. ACP: sem alterações. Analiticamente com aumento de parâmetros inflamatórios.

Realizou TAC torax que documentou um abscesso no mediastino posterior com perfuração do esófago (imagem (1) e 2) , com trajeto fistuloso entre a aorta e a artéria pulmonar esquerda com outro abscesso no lobo inferior esquerdo (imagem 3).

Nº 175 Furúnculo ou Monkeypox?

Marta Batista(1); Rosa Araújo(1); Ana Teresa Gonçalves(1); Isabel Trindade(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira

Doente do sexo masculino, 3(1) anos, autónomo.

Como antecedentes pessoais apresentava infeção VIH-1, sífilis latente tratada e herpes simplex genital.

Recorreu ao serviço de urgência por dor e tumefação inguinal bilateral. Referia ainda ter tido febre (Tmáx 38,4ºC), mialgias e aumento de gânglios linfáticos inguinais na semana anterior. Aparecimento de pústulas na região do pénis e escroto, no dorso do tórax e na região labial. Desconhecia se o último parceiro sexual teria lesões semelhantes (relação desprotegida). A pesquisa por PCR do vírus Monkeypox nas lesões foi positiva.

É importante reconhecer sinais e sintomas, localização típica e características das lesões para identificar um possível caso clínico e proceder ao seu diagnóstico.

Nº 176 Imerso num diagnóstico: Um achado imagiológico

Ruben Rego Salgueiro(1); Sónia Canadas(1); Catarina Tavares Valente(1); Patrícia Tenreiro(1); Sónia Coelho(1)

(1) Hospital Dr. Sousa Martins - Guarda

Doente de 86 anos, institucionalizada, que veio à urgência por dispneia. Referia pieira e tosse produtiva, com auscultação globalmente diminuída com roncos bilaterais. No Raio X de Tórax observa-se exuberante massa no lobo superior direito, confirmado por TAC tórax como volumoso bócio mergulhante que condiciona redução do calibre traqueal. Analiticamente com infeção por RSV e função tiróidea normal.

O Bócio mergulhante é o crescimento anormal da glândula tiróidea com preenchimento da região torácica. A sua sintomatologia pode passar de um estado assintomático, a disfunção tiroidea e síndromes compressivos. É de referir que os estudos de situações

agudas podem desencobrir achados clínicos que podem ter repercussões futuras nos nossos doentes.

Nº 177 Abcesso pulmonar em doente com neoplasia pulmonar

Daniela Salgueiro(1); Ana Rita de Oliveria(1); Ângela Paredes Ferreira(1); Marta Batoca Sousa(1); Miguel Reis Costa(1); Nuno Pardal(1); Ana Sofia Costa Matos(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Homem, 70 anos, antecedentes pessoais de adenocarcinoma pulmonar estadio IV. Recorre ao Serviço de Urgência por febre, agravamento do padrão habitual de dispneia e tosse seca. Analiticamente com leucocitose 14.45x10^9/L com predomínio de neutrófilos e proteína C reativa 22.46mg/dL. Em tomografia computorizada do tórax com volumoso abcesso pulmonar de paredes espessadas com nível hidroaéreo, no lobo superior direito medindo 11.3x6.3cm. Apesar da colheita de produtos microbiológicos, sem identificação de agente. Iniciada antibioterapia com ceftriaxone e clindamicina que cumpriu durante 14 dias, tendo realizado mais 7 dias de amoxicilina/clavulanato com boa resposta clínica, analítica e radiológica.

Nº 178 Quando a hemihipostesia é mais que um AVC

Raquel Oliveira(1); Andreia Mandim(1); Gonçalo Mesquita(1); Sara Pinto(1); Ana Sofia Silva(1)

(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

A hipoestesia é a forma de apresentação de várias patologias, desde causas neurológicas centrais até patologias auto-imunes com atingimento vascular.

Este caso relata uma mulher de 73 anos com antecedentes de dois episódios de amaurose fugaz em estudo, que recorreu ao SU por hipostesia e dor da mão esquerda associada a palidez cutânea dos dedos e incapacidade em avaliar tensões no membro superior esquerdo. Realizou AngioTC do membro que demonstrou oclusão artéria axilar esquerda (imagem 3) e estenoses no tronco celíaco e mesentérica superior (imagem (1) e 2). Do estudo durante o internamento, conclui-se que se tratava de uma vasculite de grandes vasos, compatível com arterite de células gigantes.

As vasculites são um dos maiores desafios diagnósticos na medicina, pela sua apresentação clínica inespecífica, que se desenvolve lentamente, durante semanas ou meses.

Nº 179 Sarcoma de Kaposi - estamos de volta aos anos 80?

Inês Urmal(1); Ana Catarina Pereira(1); Carlota Lalanda(1); Daniela Guerreiro Carneiro(1); João Alves Teixeira(1); Maria Rebelo(1); Jorge Frade(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

75 anos, internado por pneumonia da comunidade com hipoxémia. Constatadas, à admissão, pápulas e placas violáceas dispersas pelos membros (Imagem (1) e 2). Tinha antecedentes de neoplasia do recto, submetido a intervenção cirúrgica, com diagnóstico de colite a citomegalovírus (CMV) em colonoscopia de reavaliação. Neste contexto,

e face às lesões cutâneas, colocada a hipótese de Sarcoma de Kaposi e solicitados anticorpos anti-VIH, com resultado positivo. CD4+ 48,55 cel/ul. Submetido a biópsia cutânea que confirmou o diagnóstico. Posteriormente, em colonoscopia (Imagem 3) foi confirmado envolvimento da mucosa rectal por sarcoma de kaposi com sobreinfeção a CMV. Iniciou TARV e quimioterapia com doxorrubicina. Apesar de actualmente menos frequentes, os autores pretendem alertar para as manifestações da infecção a VIH, bem como das doenças definidoras de SIDA.

Nº 180 Espondilodiscite com Endocardite

Rafaela M. Ribeiro(1); Gonçalo Fonseca(1); Carolina Lemos(1); Andreia Vilas-Boas(1); André Soares(1); Vânia Ribeiro(1); António Carneiro(1)

(1) Hospital da Luz - Arrábida

O diagnóstico de endocardite tem-se tornado mais eficiente e conseguido em fases mais precoces de doença. Ainda assim, em 32% dos casos é necessária cirurgia valvular.

Apresentamos uma doente internada por lombalgia prolongada. Identificada espondilodiscite com hemoculturas positivas para *Streptococcus constellatus*. O ecocardiograma transtorácico revelou massa filiforme aderente à válvula aórtica com 40mm, em local de difícil visibilidade. Submetida a cirurgia de substituição valvular. Evolução sem complicações.

Esta imagem do intra-operatório demonstra a extensão da vegetação e o elevado risco de embolização. Importa relembrar que nas espondilodiscites com bacteriémia há risco de focalização noutros locais, como válvulas cardíacas.

Nº 181 Um caso de um Africano imunocompetente com sarcoma de Kaposi endémico

Margarida Fontelonga Bento(1); Filipa Carrega(1); Rita Silvério(1); Ana Rita Piteira(1); Bianca Acquadro(1); Manuela Fera(1); Ermelinda Pedroso(1)

(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Doente de 45 anos, Angolano, melanodérmico, com antecedentes de DM, depranocitose com traço B-talassémico, hepatite B e HIV negativo. Observadas lesões cutâneas de extremidades com 3 anos de evolução. No SU com identificação na mão direita de lesões cutâneas maculares, ulceradas e indolores associadas a edema marcado do primeiro dedo. Em ambas as pernas/pés e mão esq as lesões eram nodulares, de coloração negra. A biopsia cutânea revelou Sarcoma de Kaposi, estadío III, HHV8 + intracelular. O TAC-TAP descreve adenopatias dispersas toracoabdominopelvica. Excluiu-se envolvimento GI e pulmonar. O subtipo, S**arcoma de Kaposi endémico** é frequentemente encontrado em *imunocompetentes* na região *Subsariana.* Pouco prevalente em Portugal *constitui um diagnóstico a considerar pelo impacto na qualidade de vida do doente* e *necessidade de terapêutica dirigida em centro específico.*

Nº 182 Risco de obstrução da via aérea por enfisema subcutâneo extenso

Sandra Oliveira Mendes(1); Sílvia Ferreira(1); Marta Pereira(1)

(1) Hospital Pedro Hispano

Doente de 54 anos admitido por dor torácica após acidente de viação 2 dias antes. Identificado derrame e espessamento pleurais, sem fraturas ou pneumotórax. Submetido a toracocentese diagnóstica, evacuadora e biópsia pleural. Horas mais tarde, notada alteração da voz e tumefação cervical. Documentado enfisema subcutâneo cervical extenso com pneumotórax e pneumomediastino. Agravamento do enfisema nas primeiras horas, a motivar admissão em Cuidados Intensivos pelo risco de compromisso da via aérea. Colocado dreno torácico com rápida resolução de pneumotórax. Evolução favorável com diminuição do enfisema e melhoria da disfonia. Este caso ilustra a importância de estarmos alerta para as complicações graves decorrentes de iatrogenia de gestos diagnósticos comuns.

Nº 183 Aurícula aneurismática adquirida

Joana Gouveia Santos(1); Catarina Faustino(1); Helena Reis(1); Paulo Almeida(1); Paula Dias(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Mulher, 70 anos, com prótese mecânica mitral por valvulopatia reumática. Internada por insuficiência cardíaca valvular descompensada com derrame pleural direito e anemia hemolítica microangiopática. Realizou tomografia computorizada torácica que revelou cardiomegalia com acentuado alargamento da aurícula esquerda (Imagem 1). Ecocardiograma transesofágico com dilatação aneurismática da aurícula esquerda (diâmetro antero-posterior 99 mm) e prótese mecânica em posição mitral com leak peri-protésico, de pequenas dimensões.

A dilatação da aurícula esquerda caracteriza-se por um diâmetro antero-posterior superior a 6 cm. Esta condição é tipicamemente associada a doentes com valvulopatia reumática mitral com regurgitação severa, contudo é uma condição rara em doentes com prótese mecânica mitral funcionante.

Nº 184 Choque séptico em jovem de causa pouco frequente

Ana Rita de Oliveira(1); Rita Vilar da Mota(1); José Diogo Martins(1); Miguel Reis Costa(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 – Hospital Santa Luzia

Mulher, 38 anos, com antecedentes de litíase renal, admitida na urgência por dor no flanco direito e vómitos com 4 dias de evolução. Ao exame físico, hipotensa, taquicárdica e sinal de Murphy renal à direita. Na TC observam-se áreas hipodensas com aspeto multiloculado ("Sinal da pata de urso"), com abcesso renal à direita com extensão ao músculo psoas, compatível com pielonefrite xantogranulomatosa. Esta é responsável por 1% das

pielonefrites crónicas. A TC permite fazer diagnóstico e avaliar a extensão, consoante o envolvimento renal e/ou peri-renal assim como aferir complicações locais. O tratamento é a nefrectomia total com abordagem das complicações. O prognóstico, se envolvimento unilateral, é bom, não se verificando recidivas.

Nº 185 Massa Cervical – De dor a tumor num breve intervalo de tempo

Soraia Silva(1); Guilherme Salavisa(1); Catarina Vasconcelos Forra(1); Diana Brites(1); Mª Eufémia Calmeiro(1); Isabel Antunes(1); Mª Eugénia André(1)

(1) Hospital Amato Lusitano

No estudo de massas cervicais em doentes com mais de 40 anos a 1ª hipótese de diagnóstico deve ser a de neoplasia, seguida de doença inflamatória e por último, de doença congénita.

Relata-se o caso de um homem, 63 anos, com anorexia, emagrecimento e dor cervical, seguidas pelo aparecimento de massa cervical de crescimento rápido, 15cm em 2 meses. A biópsia da lesão revelou carcinoma espinhocelular. A PET confirmou metastização pulmonar e ganglionar extensa, com tumor primário oculto. Optou-se por atitudes de conforto, vindo o doente a falecer poucos meses depois.

Pretende-se demonstrar a importância do diagnóstico de neoplasias cervicais, terapêutica dirigida atempada, de modo a evitar doença local avançada e consequentemente um prognóstico desfavorável.

Nº 186 Abcesso pulmonar por MRSA - uma imagem diagnóstica

Daniela Cruz(1)

(1) HOSP. GARCIA DE ORTA

Homem de 50 anos internado por pneumonia porSARS-CoV-2 com insuficiênciarespiratóriagrave e necessidade de ventilação mecânica invasiva prolongada, com miopatia do doente crítico associada. Após extubação inicia quadro de tosse produtiva, febre,aumento dos parâmetros inflamatórios e imagem compatível com abcesso pulmonar na base direita. Realizou lavado broncoalveolarcom isolamento de Staphylococcus Aureus Meticilina Resistente. Osautores descrevem o presente caso clínico por se tratar de um caso representativo de abcesso pulmonar por uma bactéria piogénica, num doente com múltiplos fatores de risco. A radiografia de tórax, tal como demonstrado, permitiu o diagnóstico, observando-se umaimagem clássica de abcesso pulmonar. Salienta-se aimportância da broncofibroscopia paraisolamento de agente e realização de antibioterapia dirigida.

Nº 187 Quando um mal não vem só

Bárbara A. M. Baptista(1); Sara Fontaínhas(1); Catarina Camarneiro(1); Alexandra Nascimento(1); Ana Batista(1); Susana Travassos Cunha(1); Abílio Gonçalves(1)

(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Mulher de 72 anos em estudo por massa renal que foi biopsada. Vinte dias depois inicia quadro de dispneia e recorre ao SU. Apresentava insuficiência respiratória parcial e diminuição de murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo com derrame pleural extenso objetivado em radiografia torácica (imagem 1). O estudo do líquido pleural revelou tratar-se de empiema.

Apesar de ausência de clínica de foro urinário, por realização prévia de biópsia renal, realizou tomografia computorizada abdominal que revelou um volumoso abcesso renal (imagem 2).

Ressalva-se a importância de anamnese cuidadosa e exclusão de complicações após procedimentos invasivos no estudo etiológico do doente com quadro de septicemia, neste caso essencial para terapêutica eficaz.

Nº 188 Quisto hidático descoberto incidentalmente

Patrícia Tenreiro(1); Mariana Paulos Carriço(1); Ruben Rego Salgueiro(1); João Barros Rodrigues(1); Maria Pacheco(1); Ana Teresa Moreira(1); Adriano Cardoso(1); João Correia(1)

(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Mulher de 7(1) anos, recorreu ao serviço de urgência por dor e distensão abdominal. Encontrava-se hemodinamicamente estável, com dor à palpação abdominal nos quadrantes superiores. Realizou tomografia computorizada do abdómen que mostrou uma hepatomegalia contendo um nódulo calcificada no lobo direito com cerca de 12 cm com características de quisto maduro de origem parasitária.

A equinococose/hidatidose é uma infeção de transmissão fecal-oral causada pelo parasita Echinococcus granulosus. A apresentação clínica depende da localização do quisto e do seu tamanho.

Enviamos imagem de quisto de grandes dimensões calcificado como causa de dor abdominal e de alteração da enzimologia hepática.

Nº 189 Aneurisma micótico: uma instalação perigosa

Carlota Lalanda(1); Ana Catarina Pina Pereira(1); Maria Rebelo(1); Jorge Frade(1); Elisabete Brum Sousa(1); João Alves Teixeira(1); Inês Urmal(1); Cláudia Janeiro(1); Catarina Costa(1); Sofia Salvo(1); Madalena Lisboa(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Homem 58 anos, com infeção Virus imunodeficiência humano controlado, iniciou quadro de lombalgia intensa refrataria a analgesia e febre. Durante o internamento apresentou agravamento clínico, hemoculturas evidenciaram *Klebsiella pneumonia* multissensivel, realizou uma tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica que revelou uma espondilite de L2-L3 e um aneurisma micótico da aorta abdominal. Após 46 dias de antibioterapia dirigida, foi submetido a interposição aorto-aortica via toracofreno-laparotomia com bypass esquerdo com colocação de próteses aórtica, sem intercorrências. Foi isolada da parede do aneurisma aórtico *Candica albicans* pelo que adicionada

caspofungina, com franca melhoria clínica e resolução do aneurisma micótico.

Nº 190 Radiografia torácica no diagnóstico de pneumoperitoneu

Bárbara A. M. Baptista(1); Maria Inês Bertão(1); Sara Andrade(1); Inês Mónica(1); Daniela Pais(1); Ana Couceiro(1); Susana Travassos Cunha(1); Abílio Gonçalves(1)

(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Mulher de 89 anos, que recorreu ao serviço de urgência por tosse com 15 dias de evolução e dejeções diarreicas com início nesse dia e anorexia. Apresentava murmúrio vesicular diminuído na base pulmonar direita e dor abdominal difusa, sem defesa ou sinais de irritação peritoneal.

Realizou radiografia torácica (RxT) que demonstrou pneumoperitoneu de grande volume (imagem 1). A tomografia computorizada abdominal não mostrou ponto de partida evidente e apresentava diverticulose (imagem 2). Na laparostomia exploradora verificou-se espessamento e maceração mucosa a nível do cólon sigmóide.

Demonstra-se a importância do RxT na deteção de pneumoperitoneu numa doente cuja principal queixa era respiratória.

Nº 191 Dor torácica: uma manifestação de pneumomediastino

A. Beatriz Ferreira(1); Luísa Rocha(1); Duarte Lima(1); Carolina Soares Lopes(1); Ana Costa(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: Homem,19 anos, com antecedentes de obesidade mórbida e asma. Admitido no SU por dor torácica direita de características pleuríticas e dor cervical direita súbita que agravava com a deglutição. TC CTAP mostrou pneumomediastino posterior com extensão desde o esófago (fig.1) até ao diafragma (fig.3). Do estudo etiológico, excluídas causas de origem esofágica e abdominal. Sem história de consumo de estupefacientes, exercício físico vigoroso prévio, episódios de vómitos, história de mergulho recente, história familiar ou pessoal de doença do colágeno ou autoimune. De positivo, acesso de tosse vigorosa no dia prévio. Analiticamente, doseamento de alfa (1) antitripsina, estudo serológico e estudo autoimune sem alterações. Assumido pneumomediastino secundário, manteve-se em vigilância clínica durante 7 dias, com resolução gradual do quadro.

Nº 192 Vasculite como diagnóstico diferencial de úlcera cutânea

Inês Sofia Ferreira da Silva(1); Ryan Costa Silva(1); Inês Sopa(1); Lígia Peixoto(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Mulher de 7(1) anos com úlcera cutânea necrotizante dolorosa da perna direita em contexto de vasculite crioglubulinémica com crioglobulinas mistas tipo II com envolvimento moderado a grave em doente com lupus eritematoso sistémico e síndrome de Sjogren secundário e com envolvimento neuropático (mononeuropatia múltipla), cutâneo e musculo-esquelético. Sem lesões de púrpura palpável. Biópsia cutânea compatível com vasculite. Realizou terapêutica com prednisolona 1mg/Kg/dia e rituximab (375mg/m2/semana, durante 4 semanas), com melhoria.

Nº 193 Microlitíase alveolar pulmonar: uma doença rara

Patrícia Neves(1); Catarina Romero(1); Catarina Borges Silva(1); Daniela Nogueira(1); Joana Serôdio(1); Rute Sousa Martins(1); Sara Rocha(1); Rosa Ribeiro(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar Uni. Porto

Homem, 48 anos, admitido por infeção respiratória baixa com padrão nodular disperso em radiografia torácica.

Na tomografia computorizada: múltiplos micronódulos densos centrilobulares sugestivos de microlitíase pulmonar/ tuberculose miliar (excluída por lavado broncoalveolar). Radiografia torácica 10 anos antes com o mesmo padrão.

A microlitíase alveolar pulmonar é uma doença intersticial rara, autossómica recessiva, caracterizada pela deposição intra-alveolar de cristais de fosfato de cálcio. O diagnóstico baseia-se em alterações imagiológicas patognómicas, apoiado no estudo genético.

Os autores salientam a importância do diagnóstico desta doença, caracterizada por alterações irreversíveis com evolução progressiva para insuficiência respiratória.

Nº 194 Exuberante hepatomegalia em jovem saudável

Ana Rita de Oliveira(1); Rita Vilar da Mota(1); Miguel Reis Costa(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 – Hospital Santa Luzia

Mulher, 27 anos, sem consumos alcoólicos, medicada com pílula combinada, IMC normal em seguimento em consulta por trombocitopenia e hepatomegalia com esteatose severa em ecografia abdominal, com perfil lipídico normal. Realizou RM hepática que revela *"fígado com dimensões aumentadas, medindo 19cm na linha médio-axilar. Há marcada perda de sinal do parênquima em oposição de fase, traduzindo esteatose severa*(...)." A esteatose hepática não alcoólica pode também ocorrer em doentes como a deste caso, ainda que em menor percentagem. Tendo em conta que o risco de progressão para cirrose é elevado, devem ser excluídas outras causas de doença hepática. Apresenta-se esta imagem pela exuberante extensão da hepatomegalia, algo incomum em doente jovem.

Nº 195 Síndrome do saco coletor de urina roxa

Cláudia Gaspar(1); Isabel Rodrigues(1); Ana Pimenta de Castro(1); Catarina Carreira da Costa(1); José Ferreira(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

A Síndrome do saco coletor de urina roxa é uma entidade rara na qual a urina torna-se roxa ao passar no sistema coletor de urina. Deve-se à colonização/infeção do trato urinário por bactérias produtoras de sulfatases/fosfatases, capazes de degradar o indoxil-sulfato em indoxil que na presença de urina alcalina, é oxidado em dois produtos distintos, índigo (azul) e indirrubina (vermelho). Estes precipitam no sistema coletor de urina, deixando-o com uma coloração arroxeada, como observada na imagem.

Descreve-se um caso, de um homem, 9(1) anos, que recorre ao Serviço de Urgência por um quadro compatível de Infeção do trato urinário, com urocultura positiva para *Escherichia coli* ESBL, tendo falecido antes do resultado desta. A imagem foi obtida ao quarto dia de internamento.

Nº 196 Um estranho caso de TEP

Inês Silveira(1); Marta Viana Pereira(1); Inês Monteiro Araújo(1); Miguel Ribeiro(1); Martinha Vale(1); Ana Andrade Oliveira(1); Margarida Robalo(1); Sofia Esperança(1); Carla Maravilha(1); Paulo Gouveia(1)

(1) Hospital de Braga

Sexo feminino, 80 anos com quadro arrastado de dispneia, toracalgia e tosse. Antecedentes de TEP há 4 anos sem causa atribuída, hipocoagulada com dabigatrano, HTA e dislipidemia. GSA com alcalose respiratória. Estudo analítico com D Dimeros aumentados. AngioTC torácico demonstrou extenso TEP na artéria lobar inferior direita, que seria a mesma localização do TEP 4 anos antes e volumosa hérnia do hiato esofágico, contendo grande parte da cavidade gástrica e colon, que também já estaria presente na última AngioTC. EcoDoppler dos membros inferiores sem TVP. Em consulta de cirurgia optou-se por não intervir dado o grande risco cirúrgico e a ausência de sintomas do TGU. Ocorrência de 2 fenómenos tromboembolicos no mesmo local e com estudo etiológico negativo, a hipótese de compressão dos vasos pulmonares pela volumosa hérnia e consequente estase sanguínea é a mais provável.

Nº 197 Pseudoaneurisma da válvula aorta, uma complicação incomum

Miguel Simões Rodrigues(1); Joana Sousa Varela(1); Patrícia Ramos Dos Santos(1); Ana Glória Fonseca(1); Francisca Delerue(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

O pseudoaneurisma da válvula aórtica é uma entidade rara, mas descrita na literatura, tendo como possíveis etiologias a endocardite, após cirurgia valvular ou ser congénito.

Homem de 76 anos com antecedentes pessoais de acidente vascular cerebral isquémico recente, doença coronária de 3 vasos e portador de válvula protésica biológica em posição aórtica. Internamento com elevação persistente de parâmetros inflamatórios e hemoculturas com isolamento de Enterococcus faecalis, realizou ecocardiograma transesofágico com presença de vegetação de 13 mm periprotésica e ainda presença de cavidade pulsátil na região posterior periprotésica com envolvimento de 40% da circunferência valvular.

Os autores utilizam este caso para evidenciar esta entidade como uma possível complicação, apesar de rara, associada à endocardite infecciosa.

Nº 198 Cistite Enfisematosa

Sofia Sequeira(1); Mariana Gradim(1); Ana Lisa Lima(1); Rute Morais Ferreira(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Doente do sexo feminino, 32 anos, com seguimento por patologia auto-imune não esclarecida, com múltiplas comorbilidades e iatrogenia associada a corticoterapia crónica. Trazida ao serviço de urgência por quadro de prostração, dor abdominal e noção de diminuição do débito urinário. Do estudo efectuado concluiu-se elevação dos parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda e TAC TAP a documentar cistite enfisematosa com suspeita de disseção para o espaço retropúbico e extraperitoneal. Considerando eventual necessidade de intervenção cirúrgica realizou cistografia por TC sem evidência de rotura vesical. Assumiu-se o diagnóstico de urossépsis com disfunção multi-orgânica tendo iniciado antibioterapia. A cistite enfisematosa é uma forma rara de apresentação de infeção do urinário aguda complicada, as autoras apresentam o caso pela exuberância da imagem.

Nº 199 PENFIGÓIDE BOLHOSO NO IDOSO: UM Caso Clínico

Diana Briosa Reis(1); Ana Sara Monteiro(1); Ignacio Moreno(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Resumo: Homem de 92 anos, recorre ao serviço de urgência por aparecimento de lesões vesiculares pruriginosas no abdómen, membros superiores e inferiores, sem atingimento das mucosas. As lesões apresentavam-se em várias fases de evolução, algumas já em fase de crosta (Figura (1) e 2).

Foi internado com o diagnóstico de penfigóide bolhoso, iniciando corticoterapia, com melhoria progressiva das lesões (Figura 3).

Esta patologia deve ser suspeitada em doentes idosos com lesões vesiculares pruriginosas sem atingimento de mucosas, como ilustram as imagens. O fator desencadeante

permanece habitualmente desconhecido mas sabe-se que pode estar associado a fármacos ou a algumas doenças neurológicas, nomeadamente doença de Parkinson que o doente apresentava.

Nº 200 A artéria que simulou uma neoplasia e outras quantas patologias gastro-intestinais

Catarina Barbosa(1); Ana Luísa Pinto(1); Isabel Borges(1); Sofia Amante(1)

(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Mulher de 22 anos, sem antecedentes de relevo, que foi internada em Medicina Interna por quadro com 15 dias de evolução de perda ponderal de 8Kg (53>45kg), astenia, anorexia, dor abdominal epigástrica, vómitos persistentes biliares e diarreia. Endoscopia Digestiva Alta mostrou "Mucosa do corpo com abaulamento a nível da parede posterior por compressão extrínseca aparente. Hiperémia difusa no corpo e antro." E biópsias sem alterações. Tomografia computorizada abdominal revelou "A Artéria Mesentérica Superior define com a aorta abdominal um ângulo de 20º, podendo causar alguma compressão da 3ª porção do duodeno a este nível." As nossas imagens demonstram a anatomia deste Síndrome da Artéria Mesentérica Superior, um diagnóstico raro que deve ser considerado.

Nº 201 Metástase acral de carcinoma do palato – uma via metastática rara

Rui Pedro Ribeiro(1); Ana Luísa Pinhal(1); Filipa Neto(2); Inês Albuquerque(1); Luís Nogueira Silva(1); Ana Faceira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE (2) IPO Porto

Mulher, 72 anos. História de carcinoma epidermóide do palato mole, submetida a cirurgia ao diagnóstico (pT1N0MxR0). Com evidência de metastização a distância (ganglionar, pulmonar e hepática) 5 anos após o diagnóstico, motivo pelo qual fez quimio e radioterapia. Cerca de 10 anos após o diagnóstico, apresentou-se com edema, eritema e distrofia ungueal na falange distal do 4º dedo da mão esquerda. Realizou ecografia e radiografia que mostraram achados compatíveis com metástase acral. As metástases acrais constituem uma condição clínica rara, encontrando-se mais frequentemente associadas a neoplasias do pulmão, mama ou rim. A acrometástase de neoplasias primárias da cabeça e pescoço é extremamente rara, com poucos relatos na literatura.

Nº 202 Variante incomum de Sarcoidose

Daniela Antunes(1); Carolina Fernandes(1); Ana Isabel Rodrigues(1); Cláudia Diogo(1); Ana Catarina Domingues(1); Fabíola Figueiredo(1); Adriana Santos Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica de etiologia desconhecida. Pode-se apresentar com uma ou mais das seguintes: adenopatia hilar bilateral, opacidades reticulares pulmonares, lesões cutâneas, articulares. Apresenta-se o caso de jovem de 29 anos que recorreu ao serviço de urgência: lesões nodulares, avermelhadas,

dolorosas nos membros inferiores, acompanhadas por artralgias generalizadas. Doente observado pela Dermatologia com diagnóstico de eritema nodoso. Do estudo realizado estabeleceu-se o diagnóstico de sarcoidose. Realizou terapêutica com corticoide tendo resolvido a sintomatologia. Este caso chama a atenção para a variabilidade de manifestações da sarcoidose, aqui apresenta-se como síndrome de Lofgren.

Nº 203 Macroadenoma da hipófise - uma macrocomplicação?

Flávio Quadrado(1); Rita Duarte(1); Diogo Canudo(1); Inês Canha da Silva(1); Margarida Jacinto(1)

(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Homem de 80 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por síncope associado a dor abdominal. A dor abdominal era associada a obstipação. A alteração do estado de consciência não foi associada a incontinência de esfíncter, mordedura de língua, movimentos tónico-clónicos nem a traumatismo crânio-encefálico. Apresentava desorientação temporo-espacial, bradicinesia e hemianopsia bitemporal bilateral, sem outros défices neurológicos focais. A tomografia computadorizada crânio encefálica mostrou volumosa lesão expansiva centrada no interior da sela turca com compressão do quiasmo óptico, sugestivo de Macroadenoma. Iniciou-se corticoterapia sistémica e ficou internado para realização de RMN-CE, estudo hormonal, com posterior referenciação para Neurocirurgia de um hospital central.

Nº 204 Trombo intracavitário associado a CVCTI

A. Beatriz Ferreira(1); Duarte Lima(1); Carolina Soares Lopes(1); Matilde Salgado(1); Daniel Seabra(1); Ana Costa(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: Mulher, 44 anos, diagnosticada em 2019 com carcinoma invasor NST da mama esquerda, submetida a mastectomia parcial, esquema de quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia, com colocação de cateter venoso central totalmente implantado (CVCTI).

Apresentou em ecocardiograma transtorácico de vigilância dos efeitos da cardiotoxicidade da quimioterapia uma estrutura nodular na aurícula direita (fig.1). Ecocardiograma transesofágico mostrou ponta do CVCTI no interior da aurícula direita em contacto com folha anterior da válvula tricúspide e massa na região da válvula de eustáquio, aderente à parede da aurícula direita (fig. 2). A massa apresentava textura heterogénea, com contornos irregulares, sugestiva de trombo intracavitário (fig.3).

Doente assintomática durante todo o quadro, iniciou hipocoagulação com diminuição gradual do trombo.

Nº 205 Birt-Hogg-Dubé incidental em doente sem história característica

João Morais Lopes(1); Cristiana Ferreira Teles(1); Ana Raquel Figueiredo(1); Teresa Guimarães Rocha(1); Rita Diz(1); Micaela Nunes Sousa(1); Helena Maurício(1); Miriam Blanco(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE - Hospital de Bragança

Introdução: Homem, 86 anos. AP: surdo-mudo, HTA, dislipidemia, pancreatite. Recorre ao SU por febre, dispneia, astenia e dor abdominal difusa. Hipoxémico. Análises com leucocitose, elevação marcadores hepatobiliares, PCR 9. Auscultação normal, abdómen sem sinais de irritação peritoneal. Em TC-abdominopélvica: colecistite aguda litiásica (confirmado em ecografia), com indicação cirúrgica, sinais PAC bilateral e múltiplas imagens parenquimatosas quísticas bilaterais, compatíveis com síndrome de Birt-Hogg-Dubé, previamente desconhecido. É uma doença genética rara, associada a pneumotoraces de repetição, carcinoma renal e fibrofoliculomas, ausentes no histórico do doente.

Nº 206 A importância de um diagnóstico atempado: um caso de síndrome da veia cava superior.

Ana Catarina Pina Pereira(1); Maria Meneses Rebelo(1); Inês Fiúza M. Rua(1); Jorge Salsinha Frade(1); Sofia Salvo(1); Mariana Popovici(2); Cecília Isabel Leal(3); Madalena Lisboa(1)

(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 de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Mulher, 62 anos, com história médica conhecida de adenocarcinoma do lobo superior direito do pulmão estadio IV com metastização pulmonar, hepática e ganglionar. Admitida por dispneia e edema cervical, dos membros superiores e do tronco. Tomografia computadorizada de tórax com evidência de lesão tumoral no lobo superior direito do pulmão com invasão do mediastino e oclusão da veia cava superior, condicionando circulação colateral, invasão do tronco arterial braquiocefálico e desvio traqueal. Sem indicação para intervenção cirúrgica, foi orientada para radioterapia urgente. A síndrome da veia cava superior é uma emergência oncológica, estando mais frequentemente associada ao crescimento tumoral de uma neoplasia do pulmão e sendo a sua presença um indicador de pior prognóstico.

Nº 207 "A maior caixinha de surpresas que conheço...? A vida" - Linfoma Pulmonar

Ana Martins Neves(1); Maxim Suleac(1); Joana Cochicho(1); Ana Bela Mateus(1); Isabel Ensina Lavadinho(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - Hospital de Portalegre

Mulher de 34 anos, caucasiana; antecedentes: rinite alérgica; pai faleceu com neoplasia pulmonar. Recorreu à urgência por disúria e dorso-lombalgia esquerda. Sem febre ou outra sintomatologia associada. COC; pálida; apirética; Hemodinamicamente estável, AC: normal; Eupneica aa SatO2 93%, AP: MV abolido globalmente à esquerda,

roncos e fervores à direita. ECDs: GSA: pH 7,29; pCO2 55; pO2 67; HCO3- 29; SatO2:93% Analiticamente leuco 11000 (N 65%) função renal, hepática, tiroideia normais; PCR 120; SU: leuco 500; nitritos negativo. Antigenurias e UC negativas. RXT massa mediastinica volumosa esquerda. TCTórax massa exuberante anterior esquerda afectando parênquima e pleura, derrame pleural direito. Biópsia: Linfoma difuso células B grandes Não-Hodgkin. É o mais comum dos N-Hodgkin e é frequente entre 60-70anos. De forma silenciosa e assintomática surgiu numa jovem.

Nº 208 Alargamento Mediastínico - um sinal de alarme

Catarina Silva Araújo(1); Carolina Maia(1); Juliana Andrade(1); Maria João Vilela(1); Fábio Neves Correia(1); Rita Matos(1); Sandra Correia(1); Cristina Cruz da Ângela(1)

(1) Hospital de Braga

Mulher de 28 anos. Antecedentes de asma controlada. Recorre ao SU por palpitações, astenia e dispneia para médios esforços, com 3 meses de evolução e agravamento progressivo. Múltiplas avaliações com exames descritos como normais. Realizada radiografia de tórax a revelar alargamento mediastínico, com discretos infiltrados bilaterais (anexo). Realizado TC de Tórax: "volumosa massa mediastínica (anexo), de características infiltrativas, de provável natureza linfomatosa".

Internada para estudo e realizada biópsia da massa mediastínica, que confirmou diagnóstico de Linfoma de Hodgkin clássico. Orientada para Hemato-oncologia para tratamento.

Os autores apresentam este caso pela apresentação imagiológica exuberante num exame frequente e de fácil acesso que é a radiografia torácica, permitindo o início de uma marcha diagnóstica dirigida e tratamento adequado.

Nº 209 Uma Etiologia desigual da Omalgia Crónica

Guilherme Salavisa(1); Dra Soraia Proença e Silva(1); Dra Eufémia Calmeiro(1); Dra Eugénia André(1)

(1) Hospital Amato Lusitano

As anomalias vasculares (aneurismas, malformações arteriovenosas - MAVs e estenoses) são frequentes e assintomáticas na neurofibromatose tipo I (NF1) no entanto existem exceções.

Mulher de 64 anos com NF(1) apresentava omalgia crónica refratárias à analgesia, défice de força muscular e hipoestesias nos dermátomos e miótomos C6-D(1) esquerdos com síndrome de Horner ipsilateral.

AngioTAC: compressão do plexo braquial esquerdo por MAV do tronco arterial braquicefálico com pseudoaneurisma trombosado de 38mm, contacta e desvia raízes de C4-D1.

MAV embolizada em 2012 e 2022, agora sob programa de Fisioterapia com ligeira melhoria de função; dor controlada.

A pertinência desta imagem versa uma etiologia incomum enxertada num diagnóstico frequente.

Nº 210 Purple Urine Bag Syndrome

Joana Silvério Simões(1); Mafalda Corrêa Figueira(1); Hugo Viegas(1); Bárbara Lobão(1);

Ermelinda Pedroso(1)

(1) Centro Hospitalar de Setubal

Apresenta-se o caso de uma mulher de 86 anos admitida por febre, disúria e retenção urinária, motivo pela qual foi algaliada, verificando-se a presença de urina arroxeada no saco coletor. Foi diagnosticada uma Pielonefrite Aguda por *Klebsiella pneumoniae* ESBL. A doente cumpriu antibioterapia dirigida com meropenem com benefício, deixando de apresentar urina com a coloração arroxeada ao 2º dia de antibioterapia.

Trata-se de um caso raro, explicado pela produção de inoxidil fosfatase por parte de algumas bactérias como a *Klebsiella pneumoniae.* Esta é uma enzima que, na presença de pH alcalino, converte o indoxil sulfato presente na urina nos compostos coloridos indirrubina (vermelho) e indigo (azul), cuja combinação origina a coloração roxa.

Nº 211 Quando existe mais um lobo

Ana Guilhermina da Silva Varanda Melicio(1); Raquel Borrego(2); Manuel d' Almeida(3); Mariana Dias(1); Hélder Diogo Gonçalves(1); Fábia Cerqueira(1); Miguel Guia(1); João Madeira Lopes(1); António Pais Lacerda(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

Homem de 96 anos, com Doença Pulmonar Obstrutiva crónica, Insuficiência Cardíaca, Hiperplasia Benigna da Próstata e Hipertensão Arterial, internado por pneumonia adquirida na comunidade. Imagiologicamente com TC tórax: "secreções endoluminais na traqueia e nos brônquios, consolidação na vertente posterior do lobo superior direito e lobo acessório à direita". O lobo de Azygos é uma variante normal, ocorre quando existe uma veia de azygos que desloca-se lateralmente e cria uma fissura pleural profunda no segmento apical do lobo superior direito no desenvolvimento embrionário.

Os autores quiseram demonstrar com esta imagem que a presença deste lobo é raro, encontrado em 1% da população em geral e, não é verdadeiramente acessório porque não tem o seu próprio brônquio ou segmento broncopulmonar correspondente.

Nº 212 Nem tudo é ansiedade: outras causas de dor torácica

Sofia Ribeiro de Almeida(1); Mariana S. R. Costa(1); Ana Rubim Correia(1); Vital da Silva Domingues(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Mulher de 18 anos com antecedentes de ansiedade não medicada, sem outros antecedentes ou fatores de risco. Recorre ao serviço de urgência por dor torácica retroesternal de características pleuríticas, com uma semana de evolução e agravamento progressivo. À admissão taquicárdica (140bpm), sem outras alterações. Analiticamente com elevação dos D-dímeros (615 mg/mL). AngioTAC torácica a revelar pneumomediastino e fina lâmina de pneumotórax bilateral. Colocada máscara de alta concentração, com reavaliação imagiológica às 24h com reabsorção completa do pneumomediastino e pneumotórax.

Apesar de fatores etiológicos confundidores, a clínica e potencial gravidade devem sempre prevalecer na abordagem diagnóstica, por forma a evitar erros de diagnóstico e diminuir a possibilidade de deixar passar problemas potencialmente fatais.

Nº 213 Tumor Neuroendocrino - uma causa incomum de dor abdominal

Célia Lourenço Tuna(1); Artur Costa(1); Paulo Simão(1); Inês Barata(1); Sara Barata(1); Céu Evangelista(1); Margarida Ascensão(1)

(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Introdução: Senhora de 7(1) anos, com antecedentes de hipertensão arterial e obesidade andróide, recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal. Realizou Tomografia Computorizada que mostrou uma volumosa massa de 15cm no lobo direito. Foi internada para estudo. A Ressonância Magnética Abdominal mostrou a lesão, mas só biopsia orientou no diagnóstico, revelando envolvimento hepático por Tumor Neuroendocrino (TNE) G2. A Tomografia por Emissão de Positrões captou somente a nível hepático. Analiticamente com aumento de Enolase Neuroespecifica (>300) e Ácido 5-hidroxindolacético normal. Os TNE têm um comportamento clínico variável, mas geralmente são indolentes, o que se verificou neste caso. A obesidade da doente também limitou a exploração abdominal.

Nº 214 Um caso imagem de abcesso cerebral de etiologia indeterminada

Fabiana Gouveia(1); João Tiago Loja(1); Rafael Nascimento(1); João Miguel Freitas(1); Sofia Granito(1); Miguel Homem Costa(1); Teresa Faria(1)

(1) CHF-Hospital Nélio Mendonça

Mulher, 6(1) anos, com antecedentes de doença hepática crónica apresentou diminuição de força no Membro Inferior Esquerdo (MIE) e letargia com 2 semanas de evolução. Ao exame neurológico apresentava diminuição de força no MIE, hemianopsia esquerda e nistagmo horizontal. A tomografia computorizada crânio-encefálica revelou lesão ocupante de espaço no Lobo Temporal (LT) direito. As hemoculturas revelaram-se negativas e a ressonância magnética nuclear crânio-encefálica (seta amarela na imagem) revelou Abcesso Cerebral (AC). Realizou antibioterapia e drenagem cirúrgica, tendo a bacteriologia do pus isolado *Streptococcus sanguinis*. O ecocardiograma transtorácico não permitiu excluir endocardite infeciosa. Outro ponto de partida é possível, pois o agente é comensal da cavidade oral e o LT pode ser local de AC quando a infeção tem origem odontogénica, oral ou sinusal.

Nº 215 Embolia esplénica paradoxal

Diogo Brandão Neves(1); Carla Silva Gonçalves(1); Teresa Sequeira(1); Catarina Mendonça(1); Paulo Paiva(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Homem de 57 anos, sem antecedentes de relevo. Admitido por dor súbita no hipocôndrio esquerdo, náuseas e vómitos. Realiza tomografia computadorizada, evidenciando enfarte esplénico, trombo endoluminal de 15 mm na artéria esplénica e lesão hepática peri- hilar.

Com estudo etiológico de trombose arterial excluídos foco endovascular, valvular e síndrome antifosfolipídico. Realizou ecocardiograma transesofágico com evidência de foramen ovale patente, tornando provável a hipótese de trombose venosa. Completa rastreio neoplásico com endoscopias e biópsia lesional.

Com estas imagens espelhamos a importância de relembrar o embolismo paradoxal, por shunts direito-esquerdo, como possível etiologia de embolias arteriais. Nas imagens assinalamos o enfarte esplénico (branco) e o trombo arterial (vermelho).

Nº 216 Largada de Balões Catastrófica

Joana Silvério Simões(1); David Ferro Tomás(1); Valériya Zaruba(1); Mafalda Corrêa Figueira(1); Hugo Viegas(1); Bárbara Lobão(1); Ermelinda Pedroso(1)

(1) Centro Hospitalar de Setubal

Apresenta-se o caso de uma mulher de 78 anos, com diagnóstico de carcinoma adenóide cístico da parótida há 4 anos, submetida a parotidectomia, quimio e radioterapia, embora com recidiva local e pulmonar (1) anos após o diagnóstico. Atualmente apenas sob terapêutica paliativa, tem apresentado dispneia de agravamento progressivo, pelo que repetiu avaliação imagiológica que revelou exuberante metastização pulmonar descrita na literatura como "largada de balões". Apesar de raro, este carcinoma representa cerca de 10% dos tumores das glândulas salivares, estando associado a metastização tardia e à distância, sendo esta um fator de mau prognóstico. O pulmão é o local mais frequentemente afetado, embora raramente sejam observadas imagens com esta exuberância.

Nº 217 Bronquiectasias de origem indeterminada

Inês Correia(1); André Matos(1); André Martins(1); Sara Barbosa(1); Leonor Soares(1)

(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Homem de 20 anos, guineense, com antecedentes de Paludismo aos 10 anos, desconhecendo tuberculose Pulmonar; sem hábitos tabágicos. Recorre ao SU por quadro de tosse crónica diária desde a infância agora agravada, expectoração mucopurulenta e dor torácica, sem perda ponderal. Realizou TC torácica que revelou extensas bronquiectasias cilíndricas e císticas envolvendo todo o lobo inferior e parte do lobo superior esquerdo. Exame directo da expectoração para BAAR e TAAN negativos, sem outros isolamentos bacteriológicos, serologias virais negativas, VS e alfa-1- antitripsina normais, IgE aumentada, estudo imunológico negativo e imunoelectroforese sem alterações.

Nº 218 Quando os sintomas são causa e não consequência

Margarida Paraíso(1); Mariana Miller(1); Paula Dias(1); Paulo Almeida(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Mulher, 69 anos, com insuficiência cardíaca com 2 próteses mecânicas em posição mitral e aórtica e fibrilhação auricular, cronicamente hipocoagulada com varfarina. Recorreu à urgência por tosse e obstipação. Objetivamente hipotensa e taquicárdica. Análises com parâmetros inflamatórios elevados, INR 4.2, hiperlactacidemia e queda de 2 unidades de hemoglobina. Tomografia computorizada (Imagem (1) e 2) com "volumoso hematoma da parede abdominal com 225 x 89mm e sinais de hemorragia ativa". Foi submetida a embolização da artéria epigástrica inferior com boa evolução clínica subsequente. Possivelmente os sintomas apresentados relacionam-se com aumento da pressão intra-abdominal que, no contexto de hiperhipocoagulação, originou o volumoso hematoma.

Nº 219 Volvo gástrico: uma localização incomum de volvo

Valériya Zaruba(1); Ana Reis(1); Joana Carreira(1); Alexei Buccur(1); Ermelinda Pedroso(1)

(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Homem de 77 anos, dependente, com antecedentes de demência vascular, dislipidémia e obstipação crónica. Trazido ao SU por recusa alimentar com uma semana de evolução. Negava vómitos ou diarreia. Ao exame objetivo a destacar dor à palpação abdominal. Analiticamente sem alterações. Realizou radiografia de abdómen (Fig.1) e TC abdomino-pélvica (Fig.2 e Fig.3) que revelou "marcada gastritectasia associada a distorção do seu eixo central a relacionar com volvo gástrico". Após tentativa sem sucesso de distorção por via endoscópica o doente foi encaminhado para a Cirurgia Geral e submetido a gastropexia. O volvo gástrico é uma entidade rara e que pode culminar em isquémia e necrose da parede gástrica se não identificada e tratada atempadamente.

Nº 220 Mieloma Múltiplo, o quebra-ossos

Carolina Silva Câmara(1); Sofia Sequeira(2); Maria Horta(2); Inês Albernaz Moreira(1); Ana Rita C. Silva(1); Yair Gamboa(2)

(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada (2) Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Homem de 60 anos, com Diabetes Mellitus tipo 2 e antecedentes de múltiplas fraturas ósseas. Recorre à Urgência por dor no membro superior esquerdo com um mês de evolução, diminuição progressiva da força e parestesias associadas. Radiografia do braço com lesão osteolítica do úmero esquerdo. Em Consulta de Medicina Interna: TC braço esquerdo com imagem osteolítica da medular na diáfise com estreitamento cortical. Resultado histológico compatível com Plasmocitoma/Mieloma Múltiplo. Por agravamento da dor, optou-se por encavilhamento do úmero esquerdo. Radiografia do esqueleto evidenciou lesão lítica no fémur direito. TC do esqueleto: múltiplas lesões líticas a nível da bacia e fémur direito e esquerdo. Realizou ciclo de quimioterapia e dois transplantes autólogos de medula, com boa evolução clínica.

Nº 221 Empiema e Pneumomia necrotizante, uma entidade desafiante

MARIANA CAMPOS LOBO(1); Diana Leite Russo(2); Bruno Soares(2); Ricardo Pereira(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (2) IPO Porto

Homem com antecedente de neoplasia gástrica e estenose cerrada do cárdia a condicionar colocação recente de prótese esofágica. TC do tórax com pneumonia necrotizante e derrame pleural esquerdo. Toracocentese com saída de líquido purulento, odor fétido, pH 6.80, com critérios de exsudado e isolamento de *Escherichia Col*i, *Streptococcus anginosus* e *Prevotella buccae*. Colocado dreno torácico e iniciou antibioterapia dirigida, contudo com desfecho desfavorável.

O empiema pode se apresentar como uma complicação da pneunomia. A prótese esofágica, poderá ter funcionado como obstrução e levado a um processo de aspiração, culminado numa infeção respiratória polimorfa, com agentes anaeróbios e gram negativos, o que corrobora esta hipotése.

Nº 222 Herpes Zóster ramo Oftálmico – uma imagem que fala por si

Rita Gonçalves Pinto(1); Filipe Vilela(1); Margarida Correia(1); Gonçalo Torrinha(1); Marta Braga(1); Bárbara Oliveira(1); Luís Dias(1); Céu Rodrigues(1)

(1) Hospital Braga

Mulher, 75 anos, com antecedentes de neoplasia da mama. Apresenta pequenas lesões vesiculares em diferentes estadios, afetando o dermátomo do ramo oftálmico do nervo trigémio, sem afeção corneana. Associadamente, com dor e edema periorbitário. Iniciada terapêutica com aciclovir endovenoso e gabapentina.

O herpes zóster é uma patologia muito frequente, afetando sobretudo a população idosa e imunocomprometida. A complicação mais frequente é a nevralgia pós-herpética (10 a 15% dos casos). Vários estudos demonstraram a vacina viva atenuada do herpes zóster como fator protetor desta complicação, que prejudica severamente a qualidade de vida do doente.

Nº 223 Derrame Pleural Parapneumónico Complicado

DIANA GONÇALO MIMOSO CARDOSO(1); Marta Barrigas(1); Maria João Alves Pinto(1); Sandra Tavares(1); Rita Gamboa(1); Fernando Salvador(2); Paulo de Castro(2); Diana Alves do Carmo(2); Raquel Moniz(1); Monique Alves(1); Cátia Cunha Ribeiro(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

Mulher de 8(1) anos, admitida na urgência por dispneia e febre. Realizou tomografia computorizada do tórax que evidenciou derrame pleural à direita com espessamento dos folhetos pleuras e consolidação do lóbulo inferior e médio. Iniciou antibioterapia com ceftriaxona e clindamicina pela possobilidade de empiema. Internada por Pneumonia complicada. Realizou toracocentese diagnóstica com saída de apenas 15cc de líquido amarelo turvo, apesar de derrame de grande volume. Sem agente etiológico identificado. Realizou ecografia torácica à cabeceira: área hipoecogénica com múltiplos septos no

interior. Evolução clínica favorável lenta com terapêutica médica otimizada. Teve alta para domicilio e reavaliação em consulta de medicina interna.

Nº 224 Um mal nunca vem só... um caso de sarcoma da mama

Dora Catarina Dias Gomes(1); Catarina Rodrigues Silva(1); Miguel Lázaro Mendes(1); Sofia Camões(1); Maria do Céu Coelho(1); Catarina Oliveira(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu / Hospital de São Teotónio

Os sarcomas da mama correspondem a cerca de 1% dos tumores mamários. Habitualmente apresentam um comportamento agressivo com um crescimento rápido e distorção estrutural impressionante.

Mulher, 89 anos, com antecedentes de carcinoma da mama esquerda, luminal A, em 2016, submetida a tumoretomia seguida de quimioterapia e radioterapia. Manteve hormonoterapia durante 5 anos. Posteriormente detetada volumosa massa na mama esquerda, com destruição do 5º arco costal e procidência sobre a cavidade torácica, moldando-se à gordura pericárdica. Diagnóstico anatomopatológico de sarcoma mamário indiferenciado.

Os sarcomas pós-radioterapia representam 0,5-5,5% de todos os sarcomas e são usualmente diagnosticados após 3-17 anos após o tratamento.

Nº 225 Um dos pesadelos da silicose crónica

Beatriz Riquito(1); Graça Maciel(1); Catarina Hilário(1); Liliana Ribeiro(1); Sara Raimundo(1); Victor Paz(1)

(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

A silicose é uma doença ocupacional causada pela inalação de partículas finais de sílica cristalina. Não afeta a pleura, exceto na medida em que aumenta o risco de pneumotórax espontâneo secundário. Geralmente é unilateral, mas em casos mais raros pode vir a desenvolver-se pneumotórax bilateral, como é o caso que apresentamos de seguida.

Caso clínico: Homem, 45 anos, com silicose crónica complexa, com vários episódios de pneumotórax à esquerda e à direita (sempre unilaterais), tratados com dreno torácico e pleurodese.

É novamente internado por pneumotórax à esquerda, desenvolvendo também à direita durante o internamento. Após várias tentativas de tratamento, tornou-se uma situação altamente refratária à terapêutica médica tendo sido transferido para outro hospital com possibilidades de terapêutica cirúrgica (nomeadamente cirurgia toracoscópica videoassistida).

Nº 226 Uma evidência esquecida ao longo dos anos

Dora Catarina Dias Gomes(1); Catarina Rodrigues Silva(1); Miguel Lázaro Mendes(1); Sofia Camões(1); Maria do Céu Coelho(1); Catarina Oliveira(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu / Hospital de São Teotónio

Mulher, 75 anos, com sequelas de meningite desde os 7 anos com síndrome poli-malformativa. Apresentava uma massa cervical pétrea, com aparecimento há cerca de 50 anos e crescimento progressivo. Medicada com Propiltiouracilo, última avaliação da função tiroideia em 2014, sem estudo dirigido.

Realizou ecografia que mostrou tiroide heterogénea, de dimensões aumentadas, sendo difícil de definir os seus limites, incontáveis nódulos de caraterísticas muito variáveis. Cintigrafia tiroideia com nódulos hipo e hiperfuncionantes, a sugerir bócio multinodular tóxico.

Este caso clínico, observado em pleno século XXI, vem relembrar que o bócio é um factor epidemiológico de risco para o normal desenvolvimento físico, mental e social, não devendo ser ignorado nem menosprezado.

Nº 227 O gelo tudo revela

Renato Gonçalves(1); Paulo Medeiros Conceição(2); Denis Gabriel(2); Sara Costa(2); Lenia Silva(2)

(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã (2) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Homem de 75 anos,

Ptose do olho esquerdo há 3 semanas. Episódio prévio de disfonia, e disfagia progressiva.

À avaliação com ptose palpebral esquerda, consegue abrir o olho, no entanto com queda progressiva, presença de agravamento nas provas de fatigabilidade. Sem alterações no olho direito. Pupilas isocóricas e isoreactivas. Fundoscopia normal. Sem mais alterações nos restantes pares cranianos. Restante exame neurológico normal.

Realizado *Ice Pack Test,* colocado saco de gelo sobre a palpebra durante 2 minutos, com recuperação imediata da ptose. Assumindo-se como positivo.

Apesar de o valor preditivo do teste não ter sido validado, dada a alta suspeita clínica, assumiu-se o diagnóstico de miastenia gravis, iniciou medicação. Confirmação diagnóstica à posteriori.

O Ice pack test positivo e a alta suspeita clínica, permitiu iniciar tratamento precoce e acertadamente.

Nº 228 Aneurismas micóticos – diagnóstico diferencial na dor abdominal

Inês Marques Ferreira(1); Ana Raquel Soares(2); Carla Pereira(3); Joana Subtil(4); Mariana Estrela Santos(5); Rosélia Lima(5); Tatiana Correia(6); Sheila Pires Ferreira(7); Dolores Vazquez(7); José Mariz(7)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta (3) Hospital Beatriz Ângelo (4) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real (5) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho (6) HOSP. GARCIA DE ORTA (7) Hospital Braga

Homem de 79 anos, submetido há (1) ano a hemicolectomia direita por neoplasia, posteriormente complicada por abcessos abdominais.

Recorre à urgência por quadro de vómitos biliares incoercíveis. Objetivamente com abdómen doloroso à palpação, tendo sido chamada a equipa de ecografia *Point of Care (*POCUS) para melhor caracterização.

À avaliação, objetivaram-se múltiplos aneurismas saculares ao nível da aorta abdominal, o maior com cerca de 7,5cm, parcialmente trombosado e ainda aneurisma da artéria ilíaca comum direita, com trombose total.

Realizou tomografia computorizada corroborando os achados ecográficos, com características sugestivas de aneurismas micóticos.

Este caso reforça as vantagens do POCUS como ferramenta de trabalho do internista para uma mais rápida orientação dos doentes na Urgência, principalmente relevante em casos ameaçadores de vida.

Nº 229 Uma cefaleia invulgar

Gonçalo Martins e Pereira(1); Fábio Pe D Arca Barbosa(1); Catarina Araújo(1); Sara Damião(1); Cláudia Santos(1); Luís Antunes(1); Francisca Delerue(1)

(1) HOSP. GARCIA DE ORTA

Introdução: Mulher, 63 anos, obesa, com hipertensão arterial mal controlada e doença renal crónica. Foi internada por agravamento incapacitante de cefaleia habitual, associada a urgência hipertensiva. Em paralelo, referiu rinorreia aquosa esquerda com anos de evolução. Apresentava dor à percussão do seio maxilar esquerdo. Realizou exame de imagem com deteção de meningoencefalocelo por defeito ósseo da fossa olfativa esquerda e coleções subdurais das altas convexidades cerebrais, reforço de sinal difuso da duramáter e cavidades ventriculares reduzidas, sugerindo hipotensão liquórica. As imagens deste caso são relevantes na identificação de sinais evidentes de hipotensão liquórica e de uma pouco usual fístula liquórica.

Nº 230 Um exemplo de apresentação de um abcesso cerebral

Ana Rita Ferreira(1); Inês Matias Lopes(1); Ana Castro Barbosa(1); Fábia Cerqueira(1); Margarida Guiomar(1); Armando Lopes Braz(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Mulher de 33 anos com antecedentes de trissomia 16 e do cromossoma X e de epilepsia. Não apresentava imunossupressão subjacente. Trazida ao serviço de urgência por diminuição do nível de consciência e anorexia desde há 6 dias. À observação destacava-se apirexia, abertura ocular apenas a estímulos dolorosos e ausência de sinais meníngeos. Laboratorialmente sem leucocitose e com PCR 3 mg/dL. A TC/RM crânio-encefálica mostrou volumosa lesão intra-axial na região frontal à direita com edema vasogénio e efeito de massa associados. Estes achados eram compatíveis com abcesso cerebral, tendo-se decidido pela sua drenagem com isolamento de *Streptococcus intermedius* e *Actinomyces odontolyticus* no pus desta coleção.

Nº 231 Quando o coração se manifesta na pele

José Miguel Alvarenga(1); Marta Catarina Almeida(2); Catarina Gonçalves da Costa(3); Maria Inês Soares(2); Telmo Coelho(2); Sara Barbosa Pinto(2)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António (2) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho (3) Centro Hospitalar São João

Doente do sexo masculino, 67 anos, admitido na urgência por alteração do estado de consciência, astenia e anorexia. Objetivada febre e elevação de parâmetros inflamatórios sem clínica focalizadora de infeção, tendo sido internado neste contexto. Posteriormente, foram objetivadas máculas eritematosas, indolores, nas palmas das mãos e plantas dos pés, compatíveis com lesões de *Janeway* – primeira lesão em dia (1) de internamento na palma da mão esquerda e lesões dispersas pelas extremidades no dia subsequente. O ecocardiograma transesofágico revelou insuficiência aórtica moderada a grave "de novo" e vegetação aórtica compatível com endocardite infeciosa. Esta exposição destaca a importância da avaliação de toda a superfície corporal durante o exame físico, uma vez que as manifestações cutâneas das doenças sistémicas podem ser a primeira "pista" para o diagnóstico.

Nº 232 Um caso de calcificações cerebrais extensas

Rita Pinto Ribeiro(1); Ana Luís Vasconcelos(1); Luís Neves da Silva(1); Patrícia Cláudio Ferreira(1); Margarida Monteiro(1); Rosário Araújo(1)

(1) Hospital de Braga

Doente do sexo feminino, 82 anos. Diagnosticada há mais de 30 anos com síndrome de Fahr, apresentando ataxia da marcha. Previamente medicada com valproato de sódio, que foi suspenso dada ausência de crises convulsivas recentes.

Vinda ao Serviço de Urgência (SU) por queda não presenciada, com perda de consciência e mordedura da língua associada. Já no SU, com crise convulsiva tónico-clónico generalizada presenciada. Analiticamente com hipocalcemia, hiperfosfatemia e

aumento das enzimas musculares. Iniciada suplementação com gluconato de cálcio. Imagiologicamente com lesões estruturais extensas em doente totalmente autónoma. Ficou medicada com levetiracetam.

Nº 233 Hemorragia alveolar difusa por Granulomatose com Poliangeíte: do diagnóstico à complicação

Juliana Nogueira(1); Sara P. Bravo(1); Valter Duarte(1); Tiago Valente(1); Filipa Coroado Ferreira(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Homem de 53 anos, admitido por poliartralgias, cefaleias, febre e sudorese noturna. Objetivada parésia do VI par craniano e nódulo pulmonar. Evolução desfavorável com hemoptises e insuficiência respiratória. Radiografia do tórax (RxT) a revelar infiltrados alveolares bilaterais e tomografia computorizada torácica com extensas áreas de densificação em vidro despolido compatíveis com hemorragia alveolar. Do estudo: elevação da velocidade de sedimentação e anticorpos antiproteinase 3. Admitida hemorragia alveolar difusa em contexto de Granulomatose com poliangeíte. Este caso é relevante pela necessidade de elevada suspeição clínica para o diagnóstico e tratamentos céleres, numa patologia com elevada mortalidade.

Nas imagens, RxT e TC-TAP.

Nº 234 De exantema pruriginoso a Síndrome de Stevens-Johnson com disfunção multiorgânica

Juliana Nogueira(1); Ana Rocha Oliveira(1); Filipa Coroado Ferreira(1); Luís Santiago(1); Ana Rafaela Araújo(1); Rita Gonçalves Simões(1); Eduardo Santos Ribeiro(1); Elsa Rocha(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Mulher de 67 anos, admitida por exantema pruriginoso, odinofagia e febre. Referia toma de Etodolac (1) semana antes. Evolução clínica desfavorável, com instabilidade hemodinâmica, sibilância e exantema maculopapular disperso, que evoluiu para descolamento bolhoso da pele e mucosas oral e genital. Admitida no Serviço de Medicina Intensiva, por Síndrome de Stevens-Johnson secundária a Etodolac com disfunção multiorgânica (respiratória, cardiovascular, renal, hematológica, metabólica). Melhoria gradual após corticoterapia. Este caso revela a importância do diagnóstico diferencial nesta patologia grave, mas rara, com sintomatologia similar a quadro virusal ou reação alérgica/anafilática.

Nas imagens: evolução do 10º dia de internamento e à data de alta (17º dia de internamento).

Nº 235 Desobstruir para oxigenar: um caso de obstrução brônquica

Miguel Ângelo Santos Ribeiro(1); Carla Maravilha(1); Sofia Esperança(1); Inês Monteiro Araújo(1); Marta Viana Pereira(1); Inês Silveira(1); Paulo Gouveia(1)

(1) Hospital Braga

Sexo masculino, 7(1) anos, internado por infeção respiratória. Durante o internamento, desenvolve dispneia súbita com hipoxémia – SpO2 94% (FiO2 28%) evoluiu para SpO2 83% (FiO2 60%). Ao exame objetivo, apresentava diminuição do murmúrio vesicular no campo pulmonar direito com redução da expansibilidade torácica. A radiografia de tórax (RT) imediata (Fig.1) revelou atelectasia do lobo superior direito. Solicitou-se broncofibroscopia emergente identificando-se obstrução dos brônquios lobares superior e intermédio direitos por corpos estranhos, compatíveis com comprimidos. Após a desobstrução ocorreu a resolução imediata da hipoxémia. Realizou-se RT de reavaliação (Fig. 2).

Estas imagens, demonstram a reversibilidade completa da atelectasia revelando a importância de uma desobstrução atempada perante um caso potencialmente fatal de obstrução brônquica.

Nº 236 Um caso raro de litíase renal

Mónica Fidalgo Silva(1); Joana Ferreira(1); Sara Gomes(1); Ana Andrade(1); Teresinha Ponte(1); Martinho Fernandes(1)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Mulher de 45 anos com dor lombar com irradiação inguinal esquerda e febre. Apresentava uma anemia com hemoglobina de 7,0 g/dL, elevação de parâmetros inflamatórios e urina patológica. Em uro-TC objetivado rim esquerdo multiloculado com cálculo coraliforme com maior eixo de 9 cm, ocupando o bacinete e todos os grupos caliciais, aspetos sugestivos de pielonefrite xantogranulomatosa (PXG). Iniciada antibioterapia empírica e isolada em urocultura uma *Escherichia coli* multisensível. Proposta para nefrostomia a curto prazo. A PXG é uma patologia crónica inflamatória rara, caracterizada por uma massa que invade o parênquima renal. Maioritariamente está associada a infeção por *Proteus* ou *Escherichia coli*, sendo na maioria um processo difuso e em 20% dos casos focal. As imagens apresentadas evidenciam o grau de envolvimento do parênquima renal e o cálculo hiperdenso.

Nº 237 Embolia gordurosa encefálica

Ivanna Ostapiuk(1); , André Silva(1); Roberto Silva(1); Pedro Santos(1); Ana Paula Conçalves(1); Marian Holgado(1); Luis Paulo Silva(1); Luísa Lopes(1)

(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Mulher de 76 anos, previamente autónoma, após sofrido queda resultou fratura subcapital do fémur direito. Foi submetida a prótese biarticular. No recobro apresentou alteração do estado de consciência, que manteve durante o dia, Glasgow entre 7 e 13, com alterações de força muscular (paraplegia, tetraplegia e finalmente tetraplegia flácida). Foi internada no SMI onde manteve flutuação do nível da consciência. TC e Angio TC CE sem alterações. Punção lombar revelou discreta dissociação cito-albuminica tendo iniciado

imunoglobulinas sem melhoria do quadro clínico. Realizado RM CE que revelou múltiplas lesões encefálicas compatíveis com EG. RM é único método de diagnostico da EG.

Nº 238 Tamponamento cardíaco na ecografia à cabeceira do doente agudo

Tiago Vasconcelos(1); Frederico Silva(1); Mikael Xufre(1); João Aurélio(1); Marta Duarte(1); Nuno Bernardino Vieira(1); Luísa Arez(1)

(1) Hospital Portimao

A ecografia à cabeceira do doente *(POCUS – Point-of-care ultrasond)* é considerada uma ferramenta essencial que aumenta as capacidades diagnósticas do exame objetivo.

Neste caso o doente apresentou quadro de hipotensão e ingurgitamento jugular, com suspeita de tamponamento cardíaco, confirmado imagiologicamente por ecografia. Nesta evidencia-se a presença de volumoso derrame pericárdico (a condicionar colapso ainda que parcial do ventrículo direito).

A ecografia à cabeceira quando aplicada a determinados contextos clínico é fundamental na avaliação do doente com descompensação aguda, sendo considerado um método complementar de diagnóstico de excelência na avaliação do doente critico.

Nº 239 Fazer da "tripa" um pulmão

Miguel Ângelo Sousa(1); Rui Salvador(1); Catarina Salvado(1); Ana Sofia Reis(1); Adriana Guedes(1); Marta Sofia Oliveira(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Mulher de 92 anos, com antecedentes de Insuficiência Cardíaca Congestiva, recorre ao Serviço de Urgência por dispneia de agravamento progressivo. Associadamente, com obstipação refratária à terapêutica laxante. Apresenta-se com sinais francos de dificuldade respiratória. À auscultação, sons respiratórios diminuídos bilateralmente. Edemas bimaleolares com sinal de Godet positivo. Caso assumido e tratado como Edema Agudo do Pulmão. Radiografia torácica com imagem de ansa intestinal no hemitórax direito. TC toracoabdominal confirma hérnia diafragmática anterior direita, com orifício diafragmático de cerca de 10 centímetros de diâmetro e conteúdo de cólon transverso, causando atelectasia pulmonar, responsável pela clínica respiratória. Melhoria após enema de limpeza. Este caso ilustra a complexidade do doente geriátrico, com sinais por vezes equívocos.

Nº 240 Apresentação rara de adenocarcinoma do pulmão: um caso de endocardite marântica.

Ana Catarina Pina Pereira(1); Mafalda Leal(1); Maria Meneses Rebelo(1); Carlota Lalanda(1); Jorge Salsinha Frade(1); Inês Urmal(1); João Teixeira(1); Daniela Guerreiro(1); Ana Bravo(1); Felisbela Gomes(1); Cláudia Neves(1); Sofia Salvo(1); Madalena Lisboa(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Homem, 63 anos, hipocoagulado por trombose femoro-poplítea esquerda. Internado por tromboembolismo pulmonar e isquemia do membro inferior direito por trombose da artéria tibial anterior. O estudo imagiológico complementar revelou duas lesões pulmonares compatíveis com adenocarcinoma, evidência de lesões embólicas múltiplas na ressonância magnética cranioencefálica e vegetação no ecocardiograma transtorácico e transesofágico. Após exclusão de infecção, foi assumido o diagnóstico de endocardite marântica. Pretende-se alertar para uma entidade rara, com elevado potencial de risco, associada a estados de hipercoagulabilidade, nomeadamente a patologia neoplásica.

Nº 241 Um caso de Epiglotite no Adulto

Hélder Gonçalves(1); Inês Parreira(1); Ana Melício(1); Sara Vasconcelos-Teixeira(1); Mariana Dias(1); Fábia Cerqueira(1); João Madeira Lopes(1); António Pais de Lacerda(1); Leila Duarte(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Mulher, 4(1) anos, autónoma, auxiliar de educação infantil, recorre ao Serviço de Urgência por odinofagia, febre e sialorreia com 24 horas de evolução. Apresentava-se agitada, disfónica, taquipneica, sem estridor. Analiticamente, a destacar leucocitose 21200/uL, neutrofilia 18870/uL e PCR 4.88mg/dL. Imagiologicamente, a destacar radiografia cervical com "*thumb sign*" e tomografia computorizada com espessamento concêntrico do espaço mucoso faríngeo posterior, sem coleções. Após isolamento microbiológico em hemoculturas, admitido diagnóstico de epiglotite aguda por *Haemophilus influenzae* serotipo f com bacteriémia secundária.

Nº 242 Massa epicraniana como primeira manifestação de neoplasia do pulmão

Luís Miguel Pereira(1); Edgar Almeida(1); Tatiana Oliveira(1); Natália Fernandes(1); Diogo Cruz(1)

(1) Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

A neoplasia do pulmão apresenta uma prevalência crescente e ainda uma morbi-mortalidade elevada não obstante o advento da terapêutica-alvo. O tabaco mantém-se como o factor de risco major.

Mulher de 70 anos, fumadora (50 UMA), recorreu ao serviço de urgência por tumefacção retro-auricular dolorosa com algumas semanas de evolução. Não apresentava outras queixas.

A ressonância magnética evidenciou uma massa epicraniana sugestiva de secundarismo, com duvidosa extensão ao cérebro. Subsequente investigação identificou, em

tomografia torácica, a presença de massa pulmonar sugestiva de lesão primária. Biópsia de gânglio axilar permitiu firmar o diagnóstico histológico de carcinoma pavimento-celular.

Nº 243 Um caso de penfigóide bolhoso

Luís Miguel Pereira(1); Edgar Almeida(1); Tatiana Oliveira(1); Natália Fernandes(1); Diogo Cruz(1)

(1) Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

O penfigóide bolhoso é uma afecção cutânea caracterizada por lesões bolhosas pruriginosas, cuja origem se presume imunomediada por anticorpos dirigidos ao epitélio cutâneo.

Apresenta-se o caso de mulher de 94 anos, dependente, obesa, com insuficiência cardíaca, cardiopatia isquémica, hipertensão arterial e patologia osteoarticular, trazida ao serviço de urgência por lesões bolhosas muito pruriginosas em diversos estadios de evolução. A avaliação laboratorial identificou anticorpos anti-epidérmicos (BP180/230). Por opção da doente e família não prosseguiu investigação etiológica.

Cumpriu terapêutica com betametasona tópica, prednisolona e doxiciclina 200mg dia, com melhoria clínica.

Nº 244 Purple urine bag syndrome – ver para não esquecer

Carolina Sequeira(1); Rita Valadas(1); Tatiana Oliveira(1); Jana Zelinová(1); Ana Meirinha(1); Guiomar Peres(1)

(1) Hospital Cascais

Homem, 83 anos, alectuado, diabético e hipertenso, submetido a prostatectomia radical e radioterapia por cancro da próstata, com nefrostomia bilateral por litíase obstrutiva, estenose uretral e cistite rádica. Admitido por prostração e urina violácea no saco colector. Analiticamente com alcalúria e leucocitúria, elevação de parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda pré e pós renal e *Enterococcus faecium* na urina. Melhoria clínica e normalização da cor da urina após antibioterapia e substituição das nefrostomias. A urina violácea (*purple urine bag syndrome*) é uma condição rara e está associada a bacteriúria, cateterização urinária prolongada e obstipação. Resulta da produção de pigmentos por enzimas bacterianas presentes na urina alcalina.

Nº 245 "A View from the Bridge"

Luís Filipe Couto(1); Inês Ferreira(1); Laura Castro(1); Glória Alves(1); Jorge Cotter(1)

(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Homem de 77 anos, autónomo; antecedentes de etilismo.

Recorreu ao SU com febre, marcha atáxica, parésia facial periférica direita, disartria e limitação da abdução do olho direito (figura 1).

Fez punção lombar: leucorráquia de 2800/mcl (87% neutrófilos) e proteinorráquia de 103 mg/dL; sem isolamento de agente.

Realizou ressonância magnética cranioencefálica (RMN-CE; figura 2), com expressão pontina posterior direita, a sugerir rombencefalite.

Inicialmente tratado com ceftriaxone, vancomicina e ampicilina (parou ceftriaxone e vancomicina após 14 dias), cumpriu 14 dias de cotrimoxazol e total de 28 dias com ampicilina por provável neurolisteriose.

Melhoria imagiológica em RMN-CE 40 dias após admissão (figura 3), e evolução favorável sintomática.

Nº 246 Pneumocistose forma quística com pneumotórax

Rui Pedro Ribeiro(1); Emanuel Fernando Matias(1); Carolina V. Monteiro(1); Rafael Amorim Rocha(1); Ana Faceira(1); Filipa Ceia(1); Lurdes Santos(1)

(1) Hospital S. Joao

Homem, 37 anos. Diagnóstico inaugural de VIH/SIDA (linfócitos T CD4+ 18/mm3), com pneumocistose forma quística. O diagnóstico baseou-se na clínica, evidência de *Pneumocystis jirovecii* em LBA por técnica de PCR e TC torácica a mostrar lesões quísticas subpleurais, algumas consolidações e nódulos, e pneumotórax à esquerda. Cumpriu antibioterapia com sulfametoxazol/trimetoprim. Em reavaliação, melhoria das lesões e resolução do pneumotórax.

Embora a patogénese não seja totalmente esclarecida, os doentes com pneumocistose têm maior risco de pneumotórax: rotura de lesões quísticas; necrose subpleural com formação de fístulas broncopleurais; ou infiltração de ar da pleura visceral para o espaço pleural, secundária a fibrose pulmonar.

Nº 247 Uma imagem que faz o diagnóstico

Helena Hipólito Reis(1); Nicole Foreman(1); Catarina Vale(1); Manuela Dias(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Homem, 74 anos com doença pulmonar crónica por silicose e tabagismo. Recorreu à urgência por astenia, perda ponderal de 10Kg num mês, anorexia e dor osteoarticular mecânica generalizada com (1) mês de evolução. Objetivamente, emagrecido e desorientado no tempo e no espaço, sem outras alterações significativas. Análises a realçar anemia normocítica, hipercalcemia, hipoalbuminémia e função renal normal. Realizou tomografia computorizada cerebral e, posteriormente, radiografia do crânio (imagem apresentada) que revelaram lesões líticas multifocais em "sal e pimenta" características de mieloma múltiplo. Confirmou-se o diagnóstico de mieloma múltiplo em internamento, iniciando terapêutica dirigida.

Nº 248 Síndrome de Poliesplenia – uma descoberta acidental

Gregória Maria Baió(1); Ana Realista Pedrosa(1); João Lavadinho Carapinha(1); Inês Rocha T. Bastos(1); Maria Luisa Corraliza(1); Tereza Veloso(1)

(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

A síndrome de poliesplenia ou heterotáxica, é uma condição rara e congénita, subdivide-se em síndrome heterotáxica com polisplenia (isomerismo esquerdo) e com asplenia (isomerismo direito). O isomerismo direito pela associação com anomalias cardíacas é frequentemente diagnosticado na infância e associado a elevada mortalidade. Contrariamente, o isomerismo esquerdo pela ausência de anomalias cardíacas é diagnosticado acidentalmente em idade adulta.

Uma doente de 76 anos, no contexto de dor abdominal e náuseas, realiza tomografia computorizada abdominopélvica sendo diagnosticada com hérnia inguinal encarcerada. Identifica-se, fígado localizado à esquerda e baço multinodular à direita compatível com síndrome de poliesplenia. Esta síndrome não requer tratamento, é contudo importante que o médico assistente e o doente tenham conhecimento deste diagnóstico.

Nº 249 Síndrome de Honer associado a SARS COV2

Sara Tereso(1); Carlos Costa(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Homem 83 anos, recorre SU dispneia, cansaço, 5 dias após contacto com filho SARS COV2 positivo, testando positivo. Na admissão dispneico, sat O2 periférico 80%, TC tórax em vidro despolido predominante nos lobos superiores, afectando mais de 50% do pulmão, identificando-se pneumonia a SARS COV2, necessitando aporte de oxigénio, dexametasona e internamento. No internamento detectou-se ptose e miose do olho esquerdo sem outras anormalidades dos nervos cranianos, sem déficits motores, sendo diagnosticado sindrome de honer à esquerda. Realizou RM crânio pescoço, ecodoppler carotídeo sem alterações. Síndrome de honer melhorou, desaparecendo com o tratamento implementado, considerando-se atingimento preferencial dos lobos superiores pulmonares como explicação da síndrome ou acção direta do vírus contra o trato simpático, resolvendo-se durante o tratamento.

Nº 250 Uma Otite muito complicada

Sara Pereira(1); Sabina Belchior Azevedo(1); Ana Sofia Ferreira(1); Paula Cerqueira(1); Marta Matos Pereira(1); Selmira Faraldo(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima

Homem de 95 anos, internado por síndrome hiperosmolar hiperglicémico precipitado por otite média aguda. Foram isolados *Pseudomonas aeruginosa* e *Proteus mirabilis* no exsudado auricular e ajustada antibioterapia para piperacilina tazobactam. Realizou TC com sinais de otomastoidite aguda direita e destruição osteocartilaginosa do canal auditivo externo (CAE) e mastóide. A PET confirmou otite externa necrotizante maligna, com osteomielite do CAE, mastóide e articulação temporomandibular, e provável invasão do SNC. Foi alterada antibioterapia para ceftazidima, de acordo com antibiograma e de

forma a otimizar penetração no SNC. O doente não reuniu condições para intervenção cirúrgica, apresentando agravamento clínico progressivo e evolução desfavorável.

Nº 251 Estômago no Peito

Pedro Daniel Araújo Fernandes Rodrigues(1); Glória Gonçalves(1); Manuel Pinto(1); Margarida Arantes Silva(1); Patrícia Rocha(1); Jorge Salomão(1); Mário Esteves(1)

(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Mulher de 72 anos, parcialmente dependente, com antecedentes de AVC Isquémico, Doença bipolar tipo 2, Insuficiência Cardíaca. Admitida por dificuldade respiratória e prostração, tendo-se identificado insuficiência respiratória tipo 2 com acidemia respiratória realiza radiografia do tórax com áreas cavitadas bilaterais na região central medial e inferior de seguida efetuou TC do tórax onde se visualizava uma volumosa hérnia do hiato, com estômago intratorácico, distendido, com rotação organo-axial, ainda com parte do cólon transverso proximal e abundante gordura peritoneal, aspeto atelectásico nos planos basais adjacentes dos lobos inferiores. A cirurgia transmitiu não ter indicação para cirurgia corretiva pelo risco cirúrgico/anestésico. Realiza VNI com melhoria significativa mas com necessidade de colocar SNG para remoção do ar gástrico.

Nº 252 Síndrome de Leriche Como Causa Rara de Hipertensão Renovascular: Um Caso Imagem

Fabiana Gouveia(1); Francisco Sousa(1); Débora Sá(1); Nuno Santos(1); João Adriano Sousa(1); Gomes Serrão(1); Flávio Mendonça(1); Ricardo Rodrigues(1); Bruno Silva(1); Drumond Freitas(1)

(1) CHF-Hospital Nélio Mendonça

Homem, 56 anos, sem antecedentes conhecidos, admitido na Urgência por edema agudo do pulmão hipertensivo. Após estabilização apresentava tensão arterial elevada mantida com sistólicas nunca inferiores a 200mmhg, pulsos femorais ausentes e atrofia muscular dos Membros Inferiores, negando claudicação destes. No estudo da sua hipertensão arterial grave a tomografia computorizada abdomino-pélvica revelou oclusão da aorta abdominal (seta amarela) e da emergência da mesentérica superior, assim como oclusão da artéria renal esquerda com rim esquerdo com redução volumétrica e hipovascularização (seta azul) e aspetos trombóticos da aorta abdominal a estenderem-se ao nível de ramos ilíacos e femorais (setas vermelhas). Os achados destas imagens são compatíveis com Síndrome de Leriche que ocorre por ateromatose aorto-ilíaca, sendo mais comum em homens entre 30 e 40 anos.

Nº 253 Uma apresentação rara de Carcinoma pouco diferenciado

Mariana Antão(1); Fátima Cereja(1); Cláudia Gaspar(1); Joana Oliveira(1); Sofia Andraz(1); Teresa Abegão(1); Carlos Candeias(1); Ana Ribeiro(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Descreve-se o caso de um homem de 62 anos, ex-fumador, que recorre ao Serviço de Urgência por quadro de perda ponderal não quantificada e aumento de lesões nodulares, dispersas pelo corpo, de maiores dimensões na região supraclavicular esquerda e omoplata direita, entre 5-6cm de maior diâmetro. Analiticamente sem alterações significativas.

Realizou TC cervical, toraco-abdomino-pélvica, revelando vários nódulos hipodensos em diversas localizações, nomeadamente supra-renais e hepáticas, salientando-se nódulo de contornos espiculados anterosuperior, de 34mm, no pulmão direito podendo traduzir neoformação primária.

Realizou biópsia da lesão com o diagnóstico de metástases cutâneas por Carcinoma pouco diferenciado, de padrão sólido, de células de citoplasma claro.

Trata-se de uma apresentação primária pouco comum, de uma doença neoplásica pouco diferenciada.

Nº 254 Alterações cutâneas na gravidez – mais condições a considerar

Carolina Sequeira(1); Inês de Sousa Martins(2); Inês Urmal(3); Anna Taulaigo(4); Inês Palma Dos Reis(4)

(1) Hospital Cascais (2) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras (3) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos (4) Maternidade Dr Alfredo da Costa

Mulher, 38 anos, com síndrome metabólica e índice obstétrico 3003. Surgimento às 3(1) semanas de gestação de pápulas urticariformes pruriginosas no abdómen, exceto região periumbilical, coalescentes em placas, com vesículas e lesões de coceira, e expansão para as coxas. Excluída toxidermia. Admitiu-se erupção polimorfa da gravidez (EPG) e iniciou anti-histamínico de 2ª geração, emoliente e corticóide tópico, com melhoria, resolvendo uma semana após o parto de termo.

A gravidez cursa com alterações exclusivas desta condição, ampliando as hipóteses diagnósticas a considerar. A EPG é uma dermatose específica da gravidez, mais comum no 3º trimestre, benigna e autolimitada, não tende a recorrer, e sem risco fetal associado. O diagnóstico é clínico.

Nº 255 Uma causa atípica de hematúria

Rui Salvador(1); Catarina Antunes Salvado(1); Adriana Pereira Guedes(1); Ana Sofia Reis(1); Miguel Ângelo Sousa(1); Manuel Barbosa(1)

(1) CH VN GAIA

Mulher, 78 anos, internada inicialmente em unidade intermédia por choque séptico com ponto de partida urinário e choque hemorrágico por hematoma pélvico após rutura dos retos abdominais em doente com níveis supraterapêuticos de anticoagulação.

Regressou a enfermaria com hematúria ligeira, atribuída a algaliação traumática, contudo, desenvolveu LRA de 6,6mg/dL, pelo que repetiu imagem. Esta apresentava novo hematoma a comprimir o sistema urinário (imagem 1. e 2.), pelo que foi derivada bilateralmente com cateter duplo J, com resolução de LRA, no entanto com novo agravamento de hematúria com saída de coágulos, assumida inicialmente no contexto do procedimento. Por manter hematuria uma semana após derivação, realizou uro-TC que demonstrou coágulos dispersos por todo o trato genitourinário e fistula vesico-peritoneal/hematoma, demonstrada na imagem 3.

Nº 256 Um caso de Síndrome de Sweet

Dora Catarina Dias Gomes(1); Catarina Rodrigues Silva(1); Miguel Lázaro Mendes(1); Sofia Camões(1); Maria do Céu Coelho(1); Catarina Oliveira(1); Ana Pereira(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu / Hospital de São Teotónio

A síndrome de Sweet é uma entidade rara, caracterizada por febre e lesões cutâneas eritemato-violáceas de aparecimento súbito. Encontra-se dividida em 3 grupos: clássica/idiopática, induzida por fármacos e associada a doenças neoplásicas.

Mulher, 74 anos, com antecedentes de artrite reumatóide e doença de Parkinson. Aparecimento súbito no tórax de lesões eritematopapulosas com progressão generalizada. Sem sintomatologia sistémica acompanhante. Biopsia cutânea compatível com a síndrome de Sweet. Realizou estudo etiológico com avaliação analítica, TC-TAP, estudo endoscópico, histeroscopia com biopsias, mantendo-se inconclusivo até a data. Foi medicada com corticoide, apresentando melhoria progressiva das lesões, mantendo vigilância clínica por várias especialidades.

Nº 257 Anatomia (i)Lusória

Nuno Pardal(1); Ângela Paredes Ferreira(1); Ana Rita Oliveira(1); Daniela Penteado Salgueiro(1); José Diogo Martins(1); Marta Batoca Sousa(1); Miguel Reis Costa(1); Rita Vilar da Mota(1); Luís Pontes Santos(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Homem de 79 anos, ex-fumador, internado por disfagia de características esofágicas com (1) mês de evolução para sólidos e intermitentemente para líquidos. Exame físico sem alterações de relevo. Endoscopia digestiva alta sem alterações. Trânsito esofágico contrastado com tortuosidade esofágica sem imagens de adição ou subtração anómala; sem alterações da deglutição. TC tórax revelou artéria subclávia direita aberrante com trajecto retroesofágico (1) a condicionar compressão esofágica posterior (*). A disfagia lusória é uma etiologia rara de disfagia, causada por variante anatómica da artéria subclávia direita. Causa disfagia esofágica intermitente predominantemente para sólidos e que, apesar de congénita, pode só dar sintomas na idade adulta.

Nº 258 Salt and pepper

Rita Vilar da Mota(1); Ana Rita de Oliveira(1); Daniela Salgueiro(1); Nuno Pardal(1); Marta Batoca Sousa(1); Ângela Paredes Ferreira(1); Ana Catarina Carvoeiro(1); Miguel Reis Costa(1); Ana Rita Cambão(1); Diana Guerra(1)

(1) Centro Hospitalar Alto Minho - Viana do Castelo

Mulher de 82 anos, com antecedentes de HTA e fibrilhação auricular. Admitida no Serviço de Urgência, por quadro de dor da grade costal esquerda, em contexto de queda com traumatismo torácico. Realizada radiografia do torax, sem fratura aparente. Porém, o estudo analítico realizado era compatível com anemia (Hb 10.4g/dL), lesão renal aguda (U/Cr 72/1.41mg/dL) e hipercalcemia (Calcio sérico 14.99mmol/L), com PTH diminuida (6.9pg/mL). Para exclusão de lesões líticas, solicitada TC toracoabdominopélvica, mas sem alterações de relevo. Porém, por apresentar períodos de desorientação, realizada TC cranioencefálica, que revelou osteolise transcortical punctiforme, em toda a abobada craniana. Do posterior estudo realizado, destaca-se eletroforese proteica com pico monoclonal em beta 2 (3.1g/dL). O estudo fenotípico da medula óssea foi compatível com Mieloma Múltiplo.

Nº 259 Uma causa inesperada de Dispneia

André Filipe Conchinha(1); Mariana Salvado de Morais(2); Tiago Pack(1); António Mário Santos(1)

(1) Hospital Stª Marta (2) Hospital de São José

Mulher, 93 anos, totalmente dependente, com história médica relevante de Doença de Alzheimer. Trazida ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de dispneia após alimentação, com suspeição de pneumonite de aspiração. Concomitantemente, com referência a quadro de obstipação com vários dias de evolução. Realizou radiografia de tórax, sem evidência de alterações do parênquima pulmonar, mas a documentar volumosa hérnia diafragmática, sendo observável ansa intestinal distendida no hemitórax direito. Durante a permanência no SU foi administrada terapêutica laxante verificando-se resolução do quadro.

Apresentamos esta imagem paradigmática de herniação de conteúdo abdominal através do diafragma.

Nº 260 Quando a trombose, a erisipela e a isquémia coexistem num membro

Beatriz Sá Pereira(1); Zsofia Santos(1); Maria João Fernandes(1); Teresa Costa Pereira(1); Rita Penaforte(1); Maria Leonor Neves(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Mulher de 70 anos, autónoma, com adenocarcinoma pancreático e hipertiroidismo, recorre ao serviço de urgência por dor intensa no membro inferior direito com (1) semana de evolução. Nega febre.

Ao exame objetivo, membro com sinais inflamatórios de limites bem definidos, edema assimétrico, mas frio nas extremidades. Não se palpa pulso pedioso ou tibial. Analiticamente com leucocitose 30000/uL, proteína C reativa 13 mg/dL, trombocitopénia,

Ddimeros 19845 µg/L, disfunção renal e hepática. Ecodoppler mostra extensa trombose venosa profunda subaguda até às veias femorais e ilíaca externa.

O quadro evoluiu com isquémia irreversível do pé, uma incomum complicação de trombose venosa profunda, com alta taxa de morbimortalidade (*flegmasia cerulea dolens*).

Nº 261 As pistas da radiografia de tórax

Tatiana Soares Correia(1); Joana Araújo Correia(1); Susana Matias(1); Sílvia Pereira(1); Melanie Ferreira(1); Francisca Delerue(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

A radiografia de tóráx é muitas vezes o primeiro exame imagiológico realizado na abordagem de queixas respiratórias. Embora tenha baixa acuidade diagnóstica no caso do tromboembolismo pulmonar (TEP), pode apresentar pistas relevantes, nomeadamente os sinais de Hampton, de Westermark e de Palla s.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 77 anos com acidente vascular cerebral recente e consequente redução da mobilidade, que recorreu à urgência por dispneia. Na radiografia de tórax identificaram-se os sinais de Hampton, Westmark e Palla s, e posteriormente, por tomografia computorizada, confirmou-se o diagnóstico de TEP com áreas de enfarte pulmonar associada. Este caso destaca-se pela presença dos três sinais em simultâneo e pretende alertar para a sua relevância clínica principalmente em contextos nos quais outros exames radiológicos se encontrem menos acessíveis.

Nº 262 Tumor fantasma do pulmão na insuficiência cardíaca

José Nuno de Magalhães(1); Diana Oliveira Miranda(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

O termo "tumor fantasma" do pulmão representa uma entidade radiológica rara, consistindo num derrame pleural (DP) coletado em localização interlobar, decorrente de congestão pulmonar por insuficiência cardíaca (IC) que desaparece após terapêutica diurética.

Homem, 44 anos, internado por IC aguda em contexto de cardiopatia dilatada de etiologia em estudo. Na radiografia torácica à admissão, observa-se hipotransparência bem delimitada no campo pulmonar direito, correspondendo a DP intercisural.

Este caso demonstra a importância basilar da integração dos exames de imagem com anamnese e exame objectivo adequados, com vista a melhor ponderação de diagnósticos diferenciais, evitando futuros exames desnecessários.

Nº 263 Consequências do COVID e ventilação não invasiva

Maria João Vilela(1); Carolina Maia Nogueira(1); Filipa Rodrigues Marques(1); Fábio Neves(1); Catarina Araújo(1); Ricardo Costa(1); André Santa Cruz(1); Cristina Ângela(1); Isabel Apolinário(1); Gonçalo Santos(1); Ana Rita Matos(1); Paula Ferreira(1); Sara Marques(1); Alexandre Carvalho(1)

(1) Hospital Braga

A pandemia, devido ao elevado número de pneumonias associadas a insuficiência respiratória grave, refletiu-se num aumento da utilização de ventilação não invasiva por pressão positiva com o objetivo de evitar a entubação e os riscos decorrentes da ventilação mecânica invasiva. No entanto, todos os doentes em ventilação mecânica correm o risco de barotrauma, resultando em rutura alveolar.

A pneumonia organizativa caracteriza-se por um padrão de reparação do tecido pulmonar após uma lesão. Culmina na organização alveolar, pelo recrutamento e proliferação de fibroblastos e miofibroblastos dentro do lúmen alveolar.

Apresenta-se o caso de um homem de 73 anos com Pneumonia COVID que evoluiu para Pneumonia Organizativa. Devido a necessidade de VNI pela insuficiência respiratória grave, sofreu barotrauma, resultando em pneumomediastino.

Nº 264 Ivory vertebra: um achado de imagem em diferentes diagnósticos

Carlos M Nancassa(1); Adelaide Figueiredo(1); João Cruz Cardoso(1); Viktor Baiherych(1)

(1) HOSP DISTRITAL SANTAREM

Introdução: Masculino, de 65 anos, com antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica e infeção a HIV. Internado por carcinoma tímico. Fez tomografia computorizada da coluna dorsal, salienta-se esclerose total da vertebra D6, ao nível do corpo, denominado ivory vertebra (aumento difuso e homogéneo da densidade de um corpo vertebral). Trata-se dum sinal radiológico associado as diversas patologias neoplásicas e infeciosas, sendo os principais o linfoma de Hodgkin, doença de Paget, neoplasia da próstata metastático, neoplasia da mama, sarcoidose, mastocitose sistémica, osteomielite, espondilite tuberculosas e outras. É extremamente importante que as colegas da imagiologia estejam cientes dessa descoberta, informando os clínicos requisitantes a procura ativa de possíveis etiologias uma vez que pode ser a apresentação radiológica inicial para essas doenças.

Nº 265 Farh Syndrome

Margarida L. Nascimento(1); Filipa Malheiro(1); Alexandra Bayão Horta(1)

(1) Hospital da Luz Lisboa

A 68-year-old woman came to the Emergency Department because of fatigue, memory loss and muscle spasms. On physical examination the Chvostek sign was present and on blood tests the serum calcium was 4,9mg/dL. The patient had postsurgical hypoparathyroidism after thyroidectomy and had interrupted calcium and vitamin D supplementation. Calcium gluconate was started with clinical improvement. A cranial CT

scan was performed which showed basal ganglia calcification as well as of the thalamus and dentate nucleus. Fahr disease occurs as either sporadic or familial form and is characterized by the accumulation of calcium deposits in the basal ganglia and other brain regions. When these patterns of calcification are associated with disorders of calcium or parathyroid hormone metabolism it is called Fahr syndrome and symptoms improve with calcium and vitamin D replacement.

Nº 266 Um aperto no peito

Luís Filipe Couto(1); Glória Alves(1); Jorge Cotter(1)

(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Mulher de 28 anos, autónoma.

Recorreu ao SU por queixas de tosse não produtiva com (1) mês de evolução; sem sintomas B.

Ao exame objetivo apresentava turgescência venosa jugular a 45º e diminuição dos sons respiratórios no 1/3 inferior do hemitórax esquerdo.

Realizou TC Torácico que documentou massa mediastínica superior volumosa, com 13.5 cm de diâmetro longitudinal, 10.7 cm de transverso e 8.8 cm de antero-posterior, envolvendo todos os vasos do mediastino superior (Figuras 1, 2 e 3), com trombose da veia braquiocefálica e da veia jugular interna esquerdas. Iniciou enoxaparina 1mg/Kg/dia 12/12h.

Realizou biópsia transtorácica, tendo exame histológico de amostra conferido o diagnóstico de linfoma B difuso de células grandes.

Foi transferida para IPO Porto, onde iniciou regime terapêutico R-CHOP (6 ciclos).

Nº 267 Toxoplasmose cerebral em HIV naïve: um diagnóstico inesperado

Rita Magalhães(1); Pedro Almeida(1); Ana Maria Carvalho(1); Maria Beatriz Gonçalves(2); Cristiana Sousa(1); Fernando Guimarães(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

O presente caso diz respeito a uma doente, do sexo feminino, de 66 anos com um défice cognitivo prévio que se apresentou no serviço de urgência com défices neurológicos focais de inicio súbito. Pela suspeita de AVC, a doente realizou TC cranioencefalica. Neste exame, como pode ser observado nas imagens é possivel observar uma lesão ocupante de espaço núcleotalamocapsular direita com captação de contraste e edema perilesional. A doente foi internada na Medicina Interna para estudo.Pela suspeita imagiologica de um linfoma primário do sistema nervoso central, foi pedida uma RMN cranioencefalica e foram pedidos marcadores que podessem indicar imunossupressão. As serologias HIV retornaram positivas numa doente naïve. A RMN evidenciou uma captação em anel, levantando-se agora a suspeita de uma infeção por toxoplasma. Foi feita punção lombar que confirmou o diagnóstico.

Nº 268 Quando uma imagem sugere um diagnóstico - Schistossomiase?

Juliana Andrade(1); Catarina Silva Araújo(1); Cristina Ângela(1)

(1) Hospital Braga

Homem, 38 anos, natural de Moçambique. Antecedentes de infecção por VIH e VHB sob terapêutica antiretroviral e imunosuprimido. Documentada na consulta hematúria macroscópica, com 2 meses de evolução, sem disúria ou dor lombar. Referia 6 meses avaliação no serviço de urgência por dor pélvica, interpretada como litíase. Fez TC abdominopelvica que revelou calcificação da parede vesical e terço inferior dos ureteres bilateralmente (Schistosoma?). Solicitada uretrocistoscopia que revelou presença de placas vesicais amareladas na parede posterior e parede lateral direita/cúpula. Apesar da relação epidemiológica e diagnóstico provável este caso foi lembrado pelas peculiares imagens tomográficas que se anexam.

Nº 269 Massa retroperitoneal: a propósito de um caso diagnosticado tardiamente

Cristiana Ferreira Teles(1); João Morais Lopes(1); Ana Raquel Figueiredo(1); José Brizuela(1); Andrei Gradinaru(1); Miriam Blanco(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE - Hospital de Bragança

Masculino, 86 anos, antecedente de neoplasia prostática, e gastropatia cronica. Trazido ao SU por dificuldade respiratória de 24h de evolução associado a prostração sem febre, tosse ou toracalgia. Na exploração física apenas com dor difusa a palpação abdominal inespecífica. No Rx de tórax sem alterações, e analiticamente anemia, com elevaçao ligeira de marcadores bioinflamatorios, disfunção renal e alterações compatíveis com colestase. Foi realizado TC toraco-abdomino-pélvio objetivando derrame pleural esquerdo e volumosa massa retroperitoneal, desde o diafragma a vasos retroperitoneais, ilíacos primitivos, internos e externos, tronco celíaco, mesentéricas e artérias renais, condicionando a compressão vascular, contactando com pâncreas, veia porta e esplénica. O doente faleceu sem possibilidade de realizar biopsia para diagnóstico histológico.

Nº 270 Achados clássicos de isquemia intestinal em TC: um caso clínico

ANA CATARINA PINTO CARVOEIRO(1); Rita Mota(1); Miguel Costa(1); Alexandra Esteves(1); Paula Felgueiras(1); José Caldeiro(1); Diana Guerra(1)

(1) ULSAM VIANA DO CASTELO

Homem 84 anos, com história de FA hipocoagulada com NOAC, insuficiência cardíaca e adenocarcinoma da próstata. Trazido ao SU por prostração, hematemeses e queixas de dor abdominal difusa. À admissao, doente em choque hemorrágico tendo A TC abominopelvica mostrado estenose significativa da artéria mesentérica superior. Realçam-se os sinais de aeroportia e pneumatose em ansas delgado, a sugerir isquemia mesentérica aguda (IMA). Evolução desfavorável, tendo falecido no SU. A IMA está associada a uma elevada mortalidade e afeta doentes com múltiplas comorbilidades. Realça-se no caso os

sinais imagiológicos que são específicos de IMA e resultam da disseção da parede intestinal por gás endoluminal e a sua propagação para o sistema venoso portomesentérico, traduzindo gravidade e extensão da doença.

Nº 271 Tuberculose Pulmonar - Um diagnóstico a ter em mente

Filipe Pimenta Ribeiro(1); Adriana Da Fonseca Vazão(1); Ana Catarina Domingues(1); Mauro Gomes Marques(1); Margarida Cerqueira(1); Renato Saraiva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Homem, 50 anos, fumador e diabético tipo 2 com complicações microvasculares, recorre ao serviço de urgência por astenia, anorexia e perda ponderal com várias semanas de evolução. Do estudo realizado, destaca-se TC tórax com presença de incontáveis formações nodulares dispersas por ambos os pulmões, de provável natureza metastática, sendo as hipóteses de processo infeccioso ou inflamatório menos prováveis.

Dada a suspeita de metastização pulmonar maciça de neoplasia primária desconhecida, realizou broncofibroscopia sem obstrução dos segmentos pulmonares. Foi colhido aspirado brônquico cuja biologia molecular identificou Mycobacterium tuberculosis, confirmando o diagnóstico de Tuberculose pulmonar.

Pretende-se demonstrar que a tuberculose pulmonar nem sempre é um diagnóstico evidente.

Nº 272 Hipocoagular ou não hipocoagular, eis a questão.

Mário Gil Fontoura(1); Ana Rita Araujo(1); Gonçalo Carneiro(1); Joana Aguiar(1); Teresa Pereira(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Mulher de 40 anos, ajudante de madeireiro, previamente saudável, recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal nos quadrantes inferiores com edema da coxa esquerda após esforço sico intenso no trabalho. Não apresentava fatores de risco para tromboembolismo venoso. Realizou angiotomogra?a abdominal e pélvica onde se objevou trombose ileo-femoral esquerda com hematoma extra-peritoneal conguo à veia ilíaca externa. Realizou estudo de trombo?lias que não iden?cou outra causa para o evento. Assumiu-se que o tromboembolismo venoso foi decorrente do hematoma em contexto traumáco por esforço intenso. Esta imagem vem ilustrar uma complicação rara, mas importante, que coloca um desafio na gestão aguda da hipocoagulação.

Nº 273 Sindrome de Shaggy Aorta, uma causa improvável de embolização arterial

Cláudia Andrade(1); Gonçalo Peres(1); José Fragoso Duro(1); Mariana Lessa Simões(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

O Síndrome de *Shaggy Aorta* (SSA) refere-se a doença aterosclerótica aórtica grave, com tendência a disrupção endotelial, predispondo a embolização de cristais de colesterol e consequente oclusão de múltiplas artérias de pequeno calibre. Estes eventos embólicos podem ocorrer de forma espontânea ou após procedimentos vasculares invasivos.

Caso: Homem, 72 anos, trazido à urgência por lesões maculares purpúricas em ambos calcâneos. Angio-TC revelou doença ateromatosa aórtica grave, com múltiplos trombos intra-luminais, tendo sido assumidas as lesões por embolia arterial periférica. Apesar de raro, o SSA deve ser considerado no diagnóstico diferencial de isquemia periférica.

Nº 274 Protusão abdominal como manifestação de Hepatocarcinoma

Filipe Craveiro(1); Henrique Varejão(1); Sara Camões(1); Carla Cardoso(1); Maria José Aguiar(1)

(1) Hospital Pedro Hispano

Homem, 68 anos de idade, com antecedentes pessoais de alcoolismo crónico e tabagismo, e retaguarda sociofamiliar frágil, recorre ao Serviço de Urgência por exacerbação de DPOC. Ao ser internado foi possível DIAGNOSTICAR carcinoma hepatocelular multifocal com evidência de metastização pulmonar bilateral. Ao exame objetivo, era evidente uma protusão massiva da parede abdominal na região epigástrica. A TAC abdominal identificou a massa com mais de 15 cm de diámetro.

O caso torna-se relevante para a compreensão da história natural da doença, do carcinoma hepatocelular multifocal, quando não abordado terapeuticamente. De forma impressionante, conseguimos observar à inspeção a massa em questão.

Nº 275 Síndrome de Ogilvie: a mimetizadora da obstrução mecânica

Inês de Almeida Ambrioso(1); Mariana Ramos(1); Mafalda Sousa(1); Vasco Gaspar(1); Manuela Grego(1); Luís Siopa(1)

(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

A síndrome de Ogilvie ou pseudo-obstrução aguda do colón é uma condição rara que se caracteriza pela dilatação aguda do cólon na ausência de causa obstrutiva estrutural ou anatómica. Traduz-se pela apresentação de sinais e sintomas que mimetizam a oclusão intestinal, na ausência de obstrução mecânica. No caso, manifestou-se por distensão abdominal associada a dor, obstipação e anorexia com três dias de evolução. O abdómen encontrava-se timpanizado, difusamente doloroso à palpação superficial, sem defesa ou sinais de irritação peritoneal, com ruídos hidroaéreos diminuídos. O diagnóstico é estabelecido por tomografia computadorizada, a qual demonstrou "marcada distensão intestinal, particularmente do cólon sigmóide, atingindo um diâmetro máximo de

cerca de 120 mm". Dado o risco de isquemia intestinal, perfuração ou peritonite manteve-se uma vigilância apertada.

Nº 276 Um infiltrado pulmonar exuberante de etiologia incerta

Filipe Pimenta Ribeiro(1); Rita Santos Martins(1); Mauro Gomes Marques(1); Bárbara Lemos(1); Margarida Cerqueira(1); Behnam Moradi(1); Renato Saraiva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Homem, 74 anos, com antecedentes de melanoma metastizado sob imunoterapia com Nivolumab, recorre ao serviço de urgência por dispneia e dor pleurítica com (1) semana de evolução.

Realizou TC torácica com presença de derrame pleural bilateral e áreas de infiltrado bilateral importante nos lobos médios e inferiores com broncograma aéreo associado.

Dada a exuberância e inespecificidade dos achados imagiológicos e atendendo aos antecedentes oncológicos e terapêutica imunológica em curso, admitiram-se como hipóteses diferenciais de diagnóstico a de pneumonia bilateral em doente imunodeprimido *versus* pneumonite imunomediada secundária à imunoterapia com Nivolumab.

Apesar da terapêutica instituída, teve uma evolução desfavorável, acabando por falecer.

Nº 277 Vasculite de IgA após infeção estreptocócica no adulto

Inês Clara(1); Ana Rubim Correia(1); Andrea Mateus(1); Rosa Ribeiro(1); João Araújo Correia(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Apresenta-se o caso de um homem de 22 anos, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação de novo. Recorreu ao serviço de urgência por um rash macular nos membros inferiores em evolução há 24horas associado a artrite dos joelhos e tornozelos. Duas semanas antes havia sido tratado com azitromicina pelo seu médico assistente para uma amigdalite. Analiticamente não apresentava trombocitopenia, coagulopatia ou lesão renal aguda. Uroanálise sem alterações. Pesquisa de anticorpo antiestreptolisina positivo. Serologia HIV negativa. Anatomopatologia de biópsia cutânea a confirmar a presença de vasculite leucocitoclástica com depósitos de IgA. Salientamos este caso uma vez que o acometimento de adultos, apesar de raro, se associa a um atingimento multissistémico mais grave e com piores desfechos, o que torna o reconhecimento precoce muito importante na prática clinica.

Nº 278 Uma causa rara de dor torácica

Ana Sofia Silva(1); Andreia Mandim(1); Raquel Oliveira(1); Maria Eduarda Martins(1); Sara Moreira Pinto(1)

(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Jovem do sexo feminino, de 2(1) anos, com antecedentes de obesidade e asma, recorreu ao SU por dor torácica no hemitórax direito em "picada" de carácter intermitente, ortopneia e tosse com (1) mês de evolução. Exame objetivo sem alterações de relevo, hemodinamicamente estável. ECG sem alterações. Analiticamente com marcadores de necrose miocárdica negativos e d-dímeros 1130ng/mL. AngioTC torácico revelou massa mediastínica na sua vertente anterior direita, localizada nos planos adjacentes da auricula direita/transição para a veia cava superior. Foi transferida para unidade nível II para monitorização e vigilância, onde realizou ecoTT sem evidência de compressão auricular ou compromisso hemodinâmico. Fez RMN cardíaca que confirmou o diagnóstico de volumoso quisto pericárdico.Teve alta orientada para consulta de Cardiologia para vigilância clínica e imagiológica.

Nº 279 Síndrome da veia cava superior: uma manifestação inicial de neoplasia pulmonar

Ana Sofia Silva(1); Andreia Mandim(1); Raquel Oliveira(1); Gonçalo Mesquita(1); Sara Pinto(1)

(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

A síndrome da veia cava superior (SVCS) caracteriza-se por uma obstrução/compressão gradual e insidiosa da veia cava superior. Pode ser causada por processos malignos ou benignos, condicionando o fluxo venoso com fácies pletórica, edema e ingurgitamento vascular do pescoço e parte superior do tronco. O cancro do pulmão é o diagnóstico mais comum no SVCS associado a neoplasia. Apresentam-se dois casos de SVCS associado a carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC) de diagnóstico recente, com AngioTC a demonstrar compressão da VCS por massa mediastínica paratraqueal direita (1) e conglomerado adenopático paratraqueal direito com desvio contralateral da traqueia (2). Em relação ao SVCS como manifestação inicial de neoplasia, há evidência de uma maior incidência em doentes com CPPC, provavelmente devido ao rápido crescimento tumoral nas vias aéras centrais.

Nº 01 Alteração da Enzimologia Hepática – Um caminho para o Diagnóstico de Sarcoidose

Bárbara Paracana(1); Jéssica Krowicki(1); Gisela Gonçalves(1); Sérgio Monteiro(1); Mariana Sousa(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: A sarcoidose é uma doença sistémica com atingimento multiorgânico, caracterizada histologicamente por granulomas não caseosos. Apesar da sua origem ainda ser desconhecida, admite-se que a sua patogenia é multifatorial e inclui fenómenos imunológicos, pré-disposição genética e fatores ambientais. Os critérios diagnósticos não estão preconizados, baseando-se em três critérios *major*: quadro clínico, histologia compatível e exclusão de outras doenças granulomatosas.

Apresenta-se clinicamente de forma heterogénea com sintomas inespecíficos que incluem astenia, dispneia, tosse seca, perda ponderal, adenopatias periféricas e artralgias. O seu curso é imprevisível, desde a remissão espontânea à cronicidade.

Apesar da manifestação mais comum ser a de infiltração pulmonar com adenopatias hilares bilaterais (90%), cerca de 50% dos indivíduos apresentam envolvimento extra-pulmonar. Destes, o envolvimento hepático abrange até 80% dos casos e é usualmente assintomático (50-80%); 50% apresentam hepatomegalia e esplenomegalia na avaliação imagiológica e 30% apresentam alterações na enzimologia hepática.

Habitualmente existe uma resposta à terapêutica com corticoterapia. No entanto, o diagnóstico não implica, *per se*, a necessidade de tratamento e este deve ser cuidadosamente ponderado considerando o risco-benefício.

Caso Clínico: Mulher, de 52 anos com antecedentes relevantes hipertensão e dislipidemia, enviada à consulta de Medicina Interna por aumento ligeiro, mas mantido, da enzimologia hepática (ALT 70U/L, AST 38U/L, LDH 333U/L; fosfatase alcalina 137U/L, GGT 88U/L) e VS de 44mm. Apresentava queixas inespecíficas de anorexia ligeira, dispneia e astenia com ocasional tosse seca, sem clínica abdominal.

A ecografia abdominal revelou esteatose hepática, esplenomegalia (142mm) e formações ganglionares no hilo hepático e tronco celíaco. O rastreio de neoplasia sólida oculta, doença infeciosa ativa e a autoimunidade foram negativos. Foi, também, iniciado estudo de possível doença linfoproliferativa onde constou uma TC cervico-toraco-abdomino-pélvica que revelou várias adenopatias cervicais, mediastínicas, hilares e abdominais e, a nível pulmonar, múltiplas lesões nodulares bilaterais, que levantaram a suspeita de lesões secundárias. Realizou broncofibroscopia com biópsia ganglionar aspirativa e transbrônquica que se revelaram, histologicamente, compatíveis com sarcoidose. Entretanto, as provas de função respiratória foram normais com ECA de 81.9.

Foi assumido o diagnóstico de sarcoidose e, atendendo ao envolvimento multiorgânico – pulmonar e provavelmente hepático-esplénico - optou-se por iniciar tratamento. Mantém seguimento evolutivo em consultas de Medicina Interna e Pneumologia.

Conclusão: A apresentação da sarcoidose é extremamente variada uma vez que apresenta uma capacidade de afetação multiorgânica. Devemos estar atentos e considerá-la uma hipótese diagnóstica em quadros clínicos inespecíficos com estudos alargados inconclusivos.

Nº 02 Autoimmune gastritis: a paraneoplastic syndrome? - about a clinical case

Adriana Luísa Costa(1); Francisca Correia(1); Ana Margarida Fonseca(1); Carlos Grijó(1); Vanessa Chaves(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Gastritis usually has an infectious or autoimmune etiology. This last etiology is least Known and underrated, however it is always important to have this in mind when differential diagnosis are being made.

A 35-year-old woman was brought to the Emergency Room (ER) with fatigue and palpitations for a week. The patient was already diagnosed with anemia (Hb 10.2g/dL) by her general practitioner, and she was doing iron supplementation. At the ER, the patient was stable, with normal vitals signs, but she had acute anemia (Hb 5.7g/dl, MCV 89fL) on her blood tests. Therefore, the patient needed two units of erythrocyte concentrate, with good transfusion recovery (Hb 9g/dl).

This patient had hypoproliferative, normocytic and normochromic anemia, with severe vitamin B12 deficiency (< 86 pg/ml), without folate and iron deficiencies. On her blood work, she also had haptoglobin consumption (< 8mg/dl), positive direct Coombs test

(after transfusion) and increased LDH (5585 U/L). However she had rare schizocytes (1-3) and absence of hyperbilirubinemia. Peripheral blood smear showed hyperpigmented neutrophils, with no other findings. Therefore, a diagnosis of anemia due to severe vitamin B12 deficiency, requiring transfusion support, was made. We also assumed an hemolysis component likely related to vitamin B12 deficiency and consequent ineffective hematopoiesis. Anti-parietal cell and anti-intrinsic factor antibodies were negative. The patient underwent upper digestive endoscopy with gastric and duodenal biopsies, with histological findings consistent with autoimmune gastritis. She also did a colonoscopy without any changes. The case was discussed with Gastroenterology, with the indication of a close follow up.

It is important to understand that this patient will need vitamin supplementation throughout her life and should undergo frequent endoscopic studies, since autoimmune gastritis increases the risk of colorectal carcinoma.

Nº 03 Amiloidose cardíaca, um reconhecimento necessário

Carolina Saca(1); Filipa Gerardo(1); Aurora Monteiro(1); Pedro Santos(2); Maria Carolina Carvalho(1); Mariana Passos(1); Inês Fialho(1); Inês Miranda(1); Carolina Mateus(1); Joana Lima Lopes(1); Marco Beringuilho(1); Daniel Faria(1); João Augusto(1); Renata Ribeiro(1); José Delgado Alves(1)

(1) Hospital Fernando Da Fonseca (2) IPO Lisboa

Introdução: A amiloidose cardíaca (AC) é uma causa de doença cardíaca subestimada. Um conjunto de sinais e sintomas cardíacos e extracardíacos, bem como achados eletrocardiográficos e ecocardiográficos foram agrupados, pelo European Society of Cardiology (ESC) Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases, como critérios de eligibilidade para rastreio de AC.

Objetivo: Identificar a prevalência dos critérios para rastreio de AC definidos pelo consenso da ESC na população de doentes submetidos a ecocardiograma transtorácico (ETT) no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Material e Métodos: Realizou-se um estudo retrospetivo, observacional, unicêntrico, que incluiu os doentes com parede posterior do ventrículo esquerdo com ≥12mm em ETT realizado entre Janeiro de 202(1) e Outubro de 2022. De acordo com o consenso da ESC foram considerados elegíveis para rastreio de AC os doentes com pelo menos uma das seguintes características: insuficiência cardíaca e ≥65 anos, estenose aórtica e ≥65 anos, hipotensão ou normotensão em doentes previamente hipertensos, disautonomia, polineuropatia periférica, proteinúria, hematomas cutâneos, síndrome do túnel cárpico, rutura do tendão bicipital, história familiar de amiloidose, strain longitudinal reduzido com apical sparing no ETT, QRS de voltagem reduzida ou ondas pseudo Q no electrocardiograma, doença da condução auriculoventricular, realce tardio com gadolíneo subendocárdico/transmural miocárdico ou aumento do volume extracelular em ressonância magnética cardíaca.

Resultados: Foram incluídos 216 doentes, 13(1) (60.6%) do sexo masculino, com idade média de 72±14 anos. 156 (72%) doentes reuniam pelo menos um critério de elegibilidade para a realização de rastreio de AC. 105 doentes (67%) tinham insuficiência cardíaca e ≥65anos, 6(1) doentes (28.2%) tinham proteinúria e 5(1) doentes (33%) tinham estenose aórtica e ≥65anos. Dos doentes com indicação para rastreio de AC apenas 12 (7.7%) foram submetidos a pelo menos um método de rastreio (cintigrafia com Tec99m-DPD, ressonância magnética cardíaca, biópsia extracardíaca ou endomiocárdica), dos quais 2 foram diagnosticados com AC ATTR e (1) com amiloidose AA com envolvimento cardíaco.

Conclusões: Na população estudada, apesar da maioria dos doentes cumprirem critérios de rastreio de AC, apenas 7.7% o realizou. O conhecimento científico sobre a AC teve um avanço expressivo nos últimos anos, acompanhado pelo desenvolvimento de técnicas de diagnóstico e de terapêuticas que modificam o seu prognóstico. A sensibilização da população médica para a valorização da hipertrofia ventricular esquerda, nomeadamente quando localizada à parede posterior do ventrículo esquerdo e associada a outras características distintivas, é essencial para o aumento da frequência do diagnóstico e melhoria do prognóstico destes doentes.

Nº 04 De Cervicalgia até Sarcoidose Cardíaca

Inês Couto Hilário Soldin Silva(1); Inês Baptista Freitas(1); Mário Bibi(1)

(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A sarcoidose, uma doença granulomatosa inflamatória crónica multissistémica, afeta maioritariamente o sexo feminino dos 25 aos 45 anos. O atingimento cardíaco está presente em pelo menos 25%, embora em apenas 5% condicione anomalias da condução auriculoventricular, arritmias ventriculares, insuficiência cardíaca e pior prognóstico.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 28 anos, caucasiana, sem antecedentes de relevo, referenciada à consulta de Medicina Interna por desconforto cervical à esquerda. Sem queixas constitucionais, respiratórias ou outras. Exame objetivo normal. A ecografia cervical e a tomografia computorizada de corpo inteiro apenas identificaram múltiplas adenomegalias supraclaviculares esquerdas. A biópsia evidenciou linfadenite granulomatosa não necrotizante sugestiva de sarcoidose. Do restante estudo destaca-se painel de autoimunidade sumário negativo, ecocardiograma transtorácico com ligeira dilatação do ventrículo esquerdo, TC torácico sem doença pulmonar intersticial e provas funcionais respiratórias sem alterações. A ressonância magnética nuclear (RMN) cardíaca mostrou fina estria de fibrose intramiocárdica no septo basal e fibrose subepicárdica na parede lateral. A tomografia de emissão de positrões (PET) excluiu sarcoidose cardíaca com atividade inflamatória ativa. Holter sem pausas ou alterações da condução.

Mantém vigilância na consulta de Medicina Interna e Cardiologia com monitorização cardíaca semestral alternada com RMN e PET.

Discussão: Descreve-se uma sarcoidose ganglionar com atingimento cardíaco. A ausência de atingimento pulmonar torna este caso raro. Não existindo inflamação ativa no miocárdio, clínica de IC ou disfunção ventricular, considerou-se não haver benefício de terapêuticas dirigidas, privilegiando-se vigilância clínica e imagiológica regular. A ausência de *guidelines* para tratamento da sarcoidose cardíaca torna esta abordagem individualizada com base em reuniões multidisciplinares.

Nº 05 Efeitos do Tocilizumab na Anemia Inflamatória da Artrite Reumatóide

Inês de Campos Pereira(1); Manuel Maia(1); Bernardo Belchior(1); Cátia Pereira(1); Fátima Silva(1); Ana Borges(2); 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

Introdução: A anemia inflamatória (AI) é uma complicação frequente das doenças inflamatórias crónicas como a artrite reumatóide (AR). O tratamento com tocilizumab (inibidor da interleucina-6) tem apresentado efeitos positivos na redução da atividade da doença e na melhoria da AI em doentes com AR. Este trabalho tem como objetivo avaliar a evolução da anemia inflamatória em doentes com AR sob terapêutica com tocilizumab.

Métodos: Avaliação de uma população de 15 doentes com AR, a cumprir tratamento com tocilizumab, no hospital de Dia de Medicina Interna, entre (1) de Janeiro de 2018 e 3(1) de Dezembro de 2022. Foi realizado o estudo retrospectivo dos casos, avaliando a evolução dos valores de hemoglobina (Hb), proteína C reativa (PCR) e velocidade de sedimentação (VS) previamente ao início do tratamento, aos 3 meses, ao (1) ano e aos 2 anos de tratamento. Avaliou-se também a evolução do valor do score DAS28 VS previamente ao início do tratamento e após 2 anos de tratamento.

Resultados: No total foram avaliados 15 doentes com AR em tratamento com tocilizumab e anemia inflamatória, todos do sexo feminino, com uma média de idades de 63,9 anos e com uma média de 1(1) anos desde o diagnóstico de AR. Destes, 86,67% apresentam fator reumatóide positivo e 78,75% cumpriram terapêutica prévia com metotrexato. O valor de Hb apresentou um aumento médio de 5.21% aos 3 meses de tratamento, 9.14% ao final de (1) ano e 7.57% ao final de 2 anos com aumento global médio de 7.57%. Os valores de VS e PCR tiveram uma redução média de 72.96% e 89.76% ao fim de 3 meses, respetivamente, e de 77.94% e 89.27% ao fim de (1) ano, e de 76.54% e 94.99% ao fim de 2 anos, com uma diminuição média global de 76.4% e 89.76%, respetivamente. O valor médio obtido do score DAS28 VS previamente ao tratamento era de 5,3(1) e de 2,(1) após 2 anos de tratamento, o que corresponde a uma redução de 60,45%.

Conclusões: Os doentes com AR sob terapêutica com tocilizumab apresentaram uma evolução positiva da AI que se correlaciona com uma diminuição da atividade da doença demonstrada pela diminuição dos parâmetros inflamatórios VS e PCR e pela redução global do valor do score DAS28 VS, estando estes resultados em concordância com a literatura vigente. A subida dos valores de Hb foi mais acentuada nos primeiros 3 meses e até (1) ano, apresentando uma tendência para estabilizar ou para uma ligeira diminuição após 2 anos de tratamento, mantendo-se sempre superior aos valores pré tratamento.

Nº 06 iSGLT-2: a real game changer for diabetics with heart failure?

Francisco Rodrigues Dos Santos(1); Marina Almeida(1); Daniel Aparicio(1); Rui Moreira Marques(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: Os inibidores do co-transportador sódio-glicose 2 (iSGLT-2) são uma classe de antidiabéticos orais com benefícios comprovados ao nível do sistema cardiovascular. De facto, representam à data de hoje um dos quatro pilares no tratamento da insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção reduzida. Desde a sua aprovação em

Portugal, em dezembro de 2014, à demonstração dos seus benefícios no tratamento da IC, em dezembro de 2019, foram apenas utilizados como antidiabéticos orais.

Objetivos: Este estudo pretendeu estudar o efeito do tratamento com empagliflozina e dapagliflozina, iSGLT-2 com evidência no tratamento da IC, no número de agudizações de IC com necessidade de terapêutica diurética endovenosa em ambiente hospitalar.

Materiais e métodos: Estudo observacional retrospetivo que incluiu doentes com o diagnóstico concomitante de diabetes e de IC , seguidos numa consulta hospitalar de Diabetologia, que no intervalo temporal de 01/01/2015 a 31/12/2019 iniciaram tratamento com empagliflozina ou dapagliflozina. Os dados foram recolhidos através da consulta dos processos clínicos dos doentes e compilados e analisados no SPSS. Definiu-se $p<0.05$ como estatisticamente significativo.

Resultados: O estudo incluiu 39 doentes, dos quais 24 homens, com uma idade média de 73,36+/- 10,82 (47-93) anos. Após aplicação do teste de Wilcoxon para estudo de amostras emparelhadas, verificou-se não existir diferença estatisticamente significativa no número médio de agudizações de IC mensais antes (0,022 +/- 0,036) e após (0,020 +/- 0,056) o início do tratamento com iSGLT-2 (p=0,904).

Discussão: Apesar de não se ter verificado significância estatística na análise, verificou-se uma diminuição absoluta no número de internamentos, o que poderá ter relevância na prática clínica. É fundamental considerar alguns vieses que possivelmente influenciaram os resultados da amostra, como a baixa extensão da amostra, heterogeneidade temporal e terapêutica da IC verificada nos períodos com e sem fármaco.

Conclusão: Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no número médio de agudizações de insuficiência cardíaca mensais antes e após o início do tratamento com iSGLT-2, o que não é congruente com a evidência atual. Estes resultados devem ser confirmados ou refutados por estudos com amostras mais extensas, que controlem algumas das limitações verificadas nesta casuística. Será ainda importante estudar o efeito destes fármacos noutros indicadores, tais como na função renal, controlo glicémico e mortalidade.

Nº 07 AVC por embolia gorda

Ana Maria Carvalho(1); Pedro Sá Almeida(1); Mariana Nunes(1); Rita Magalhães(1); Marta Rodriguez(1); Marta Lisboa(1); Fernanda Linhares(1); Fernando Salvador(1)

(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Introdução: A síndrome embolia gorda é uma síndrome rara, tendo como causa fratura de ossos longos e pélvicos. A clínica manifesta-se entre 24 a 72 horas após a fratura, e é caracterizada pela tríade clássica de hipoxemia, anormalidades neurológicas e exantema petequial.

Caso clínico: Mulher, 77 anos, previamente autónoma, internada no serviço de ortopedia por fratura do fémur. Submetida a tratamento cirúrgico sem intercorrências. Nas primeiras 12 horas inicia clínica de insuficiência respiratória hipoxémica grave, alterações neurológicas com coma e exantema petequial disperso muito discreto. Colocada como primeira hipótese meningite bacteriana, dado procedimento prévio de anestesia por epidural, no entanto, não se isolaram agentes microbiológicos no líquido cefalorraquidiano. Teve novo agravamento neurológico, com hemiparesia esquerda, sindromicamente compatível com PACI e NIHSS de 19 pontos. Realizou angiotomografia computorizada craniana sem alterações. A angioressonância magnética craniana evidenciou sinal de stop no segmento P(1) da artéria cerebral posterior esquerda. Foram excluídas outras causas mais prováveis, tendo-se assumido um evento isquémico por embolia gorda. Iniciou antiagregante plaquetar, tendo alta com NIHSS de 12. Reavaliada 3 meses depois, com melhoria substancial do estado neurológico, mantendo hemiparesia direita e disfagia, com NIHSS de 5

Discussão/Conclusão: O acidente vascular cerebral (AVC) tem elevada morbilidade associada pelo que é fulcral a investigação etiológica para a melhor abordagem terapêutica. A embolia gorda é uma etiologia rara, o tratamento passa por suporte com fluidoterapia e reabilitação física.

Nº 08 Síndrome de Guillain-Barré e o Covid-19

Ana Paiva Santos(1); Ines Almeida Pintor(1); Clara Pinto(1); João Faia(1); Pedro Lopes(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: O Síndrome Guillain-Barré (SGB) é uma polineuropatia aguda que, muito frequentemente, é despoletada por uma resposta auto-imune a uma infeção, sendo que todos os nervos mielinizados podem ser afetados. Existem vários casos de SGB associados à infeção por COVID-19, tanto para como pós-infecioso.

Caso Clínico: Doente do género masculino, 74 anos. Previamente autónomo nas atividades de vida diária. Antecedentes pessoais de hipertensão essencial, diabetes Mellitus tipo 2, dislipidemia, doença pulmonar obstrutiva crónica. Recorre ao serviço de urgência por quadro de fraqueza muscular dos membros inferiores, descrevendo dificuldade na marcha associado a vários episódios de quedas, sem noção de agravamento e com uma semana de evolução. Refere que há 5 dias terá testado positivo para a Covid-19. Associadamente, presença de obstipação, sem alterações urinárias; mantém dor generalizada, mas sobretudo lombar, e sensação de "formigueiros" (sic) inicialmente em ambos os pés e agora nas mãos. Ao exame neurológico, paraparésia com padrão piramidal e reflexo cutâneo-plantar extensor à esquerda; mantém reflexos osteo-tendinosos presentes nos membros inferiores, mas não despertáveis nos membros superiores. Realizada punção lombar, com evidencia de dissociação albumino-citológica. Assumido quadro de SGB pelo que o doente é internado a cargo da Neurologia para continuação de cuidados e inicia terapêutica com imunoglobulina e.v. durante 5 dias. A eletromiografia evidencia "discretos sinais de desmielinização motora distal e ausente resposta sensitiva do nervo sural bilateralmente". O doente apresenta melhoria dos défices e tem alta para reabilitação.

Discussão: No SGB, a remielinização do nervo periférico requer reabilitação, que pode durante várias semanas ou meses. O prognostico a longo prazo é favorável.

Nº 09 Síndrome de Percheron , um acidente vascular isquémico dissimulado

Carolina Filipa Branco Saca(1); Pedro Santos(2); Renata Ribeiro(1); José Delgado Alves(1)

(1) Hospital Fernando Da Fonseca (2) IPO Lisboa

Introdução: Encontrada em 4 a 11% da população, a artéria de Percheron é uma variante anatómica das artérias perfurantes do tálamo, com origem no segmento proximal da artéria cerebral posterior, responsável pela irrigação bilateral dos territórios paramedianos do tálamo e da região rostral do mesencéfalo. A oclusão desta artéria tem uma apresentação clínica atípica, sem os sinais clínicos clássicos de um enfarte cerebral.

Caso clínico: Um homem de 90 anos com hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 é admitido no serviço de urgência por um síndrome confusional agudo e incontinência de esfíncteres. À admissão destacava-se desorientação têmporo-espacial sem outros défices neurológicos. A tomografia computorizada (TC) de crânio excluiu alterações isquémicas ou hemorrágicas agudas. Analiticamente apresentava cálcio sérico,

TSH, vitamina B12, ácido fólico e um exame sumário da urina sem alterações, serologias negativas para VIH e VDRL negativo. Realizou punção lombar com saída de líquor cristalino, com 2 células e proteinorráquia de 167mg/dL. Foi admitida a hipótese de encefalite viral, iniciando-se aciclovir empírico sem melhoria clínica. A pesquisa de vírus neutrotrópicos nos líquor foi negativa. O electroencefalograma excluiu atividade paroxística. A ressonância magnética crânioencefálica revelou um enfarte lacunar bitalâmico de provável etiologia microvascular. Os achados clínicos, laboratoriais e imagiológicos foram integrados no diagnóstico de oclusão da artéria de Percheron e o doente iniciou terapêutica antiagregante e estatina de alta intensidade. Não se verificou resolução ou melhoria do síndrome confusional.

Discussão: A oclusão da artéria de Percheron tem uma apresentação atípica e dissimulada. Um síndrome confusional agudo com restante clínica frustre, sem défices neurológicos focais e sem alterações na TC da admissão ilustram a dificuldade e complexidade diagnósticas. As alterações do líquor podem ser enquadradas num processo de neuroinflamação.

Nº 10 De sinusite aguda a hemorragia cerebral – uma evolução rara.

Rita Amorim e Costa(1); Rita Noversa de Sousa(1); Ricardo Jorge Sousa(1); Paula Salgado(1); Adriana Alves(1); Cristina Rosário(1)

(1) Hospital Pedro Hispano

Introdução: A sinusite aguda pode associar-se a trombose venosa cerebral (TVC), uma complicação conhecida de infeções parameningeas graves. O atraso no diagnóstico, nem sempre linear e imediato, aumenta o risco de complicações intracerebrais graves.

Caso clínico: Mulher de 75 anos, com antecedentes de sinusite crónica, admitida após múltiplas idas ao serviço de urgência numa semana, por cefaleia periorbitária esquerda, ptose, rinorreia purulenta, febre e síndrome confusional agudo. Inicialmente assumida agudização de sinusite, comprovada em imagem, e medicada com antibioterapia. Evoluiu com alterações da linguagem e hemiparesia direita, com TC a documentar hemorragia frontal esquerda. O estudo da hemorragia não favoreceu etiologia traumática ou hipertensiva, dada a sua localização. Por outro lado, sinusite aguda a levantar a hipótese de foco infecioso como ponto de partida para complicação cerebral. Repetiu TC, documentando-se trombose do seio sagital superior. Após revisão imagiológica e discussão multidisciplinar, concluiu-se assim por enfarte venoso com transformação hemorrágica por TVC com ponto de partida em sinusite aguda. Isolamento de *Streptococcus anginosus* em hemoculturas. Dadas as complicações intracerebrais, presumida meningite associada. Iniciou hipocoagulação e escalada antibioterapia para estratégia dirigida ao agente e ao SNC, com evolução favorável.

Discussão: A sinusite aguda pode associar-se a múltiplas complicações neurológicas, que aumentam significativamente a morbilidade e encargos financeiros. Este caso representa uma sucessão de fenómenos patológicos rara, desde uma infeção comum a complicações graves, alertando-nos para a importância do diagnóstico precoce com vista à minimização das consequências daí decorrentes.

Nº 11 Tumores castanhos - quando lesões ósseas e hipercalcemia não são tão malignos assim

Patricia Manuela Fernandes(1); Ana Fortuna(2); Catarina Regala(3); Diana Viegas(3); Maria Gomes da Silva(3)

(1) CHLP - HOSPITAL SANTO ANDRÉ EPE - LEIRIA (2) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro (3) IPO Lisboa

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 34 anos, sem antecedentes de relevo, com um quadro com cerca de um ano de evolução de perda ponderal (~15 kg), sudorese nocturna, astenia, dor óssea maioritariamente localizada à coluna lombossagrada e iliacos, e vómitos recorrentes (atribuídos à terapêutica opioide - iniciada pela médica assistente pelo quadro refractário de dor).

No estudo previamente à referenciação a doente realizou uma tomografia cervico-toraco-abdominopelvica que revelou múltiplas lesões osteolíticas, mais expressivas ao nível do sacro e iliacos, bem como uma tomografia com emissão de positrões (PET), sem evidência de tumor primário em ambos os exames citados.

Analiticamente a doente apresentava anemia microcítica (Hb 6.8 g/dL, VGM 78 fL), aumento dos parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda (1.4 mg/dL) e hipercalcemia grave (14.7 mg/dL) com paratormona (PTH) aumentada com 864 mg/dL (normal 30-160).

A doente terá sido transferida sob a hipótese de neoplasia hemato-oncológica a esclarecer, mas tendo em conta os achados supracitados, nomeadamente a hipercalcemia aparentemente PTH dependente, colocou-se como principal hipótese a de hiperparatiroidismo primário. Assim sendo, foi realizada uma ecografia tiroideia que revelou uma lesão nodular heterógenea (2.7x1.2cm) na paratiróide direita inferior, reiterada também pela cintigrafia que mostrou uma imagem hipercaptante na mesma localização.

A doente foi submetida a paratiroidectomia, sendo o exame anatomo-patológico compatível com adenoma. Concomitantemente, também uma das lesões sagradas foi biopsada, sendo o estudo histológico consistente com um tumor castanho.

Os tumores castanhos constituem lesões ósseas benignas, raras, consequentes a casos extremos de hiperparatiroidismo, tanto primário (HPTP) como secundário. Pese embora o HPTP seja a terceira patologia endocrinológica mais frequentemente diagnosticada, os autores querem colocar em evidência o facto de este tipo de lesões serem uma manifestação rara (<5% dos casos) desta entidade clínica, que não raras vezes é mal interpretada como metastização óssea de um tumor oculto, a par da hipercalcemia, rotulada como maligna (quer por mecanismos paraneoplásicos como secundária às lesões osteolíticas).

Nº 12 Importância do estudo genético na sobrecarga de ferro: um caso clínico

Rita Gonçalves Pinto(1); Margarida Correia(1); Filipe Vilela(1); Gonçalo Torrinha(1); Luís Dias(1); Céu Rodrigues(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: A hemocromatose hereditária (HH) é uma das doenças genéticas mais prevalentes no mundo, associada sobretudo a mutações do gene HFE. Nem todas as variantes se associam a sobrecarga de ferro, sendo necessário correlacionar as variantes encontradas com a clínica do doente. Mais de 90% dos casos devem-se à mutação em homozigotia para o gene C282Y, seguida da mutação em heterozigotia composta (C282Y/H63D). Os portadores da variante H63D em homozigotia só desenvolvem HH caso tenham outros fatores de risco.

Caso clínico: Homem de 49 anos, assintomático, referenciado à consulta de Medicina Interna por estudo analítico sugestivo de sobrecarga de ferro. Dos antecedentes a salientar consumo de álcool superior a 100 g /dia. Analiticamente, realça-se ferro sérico de 277 ug/dL, ferritina de 57(1) ng/mL, capacidade total de fixação do ferro de 276 ug/dL e saturação de transferrina de 100%. Pedido estudo genético para pesquisa de mutações no gene HFE, que revelou homozigotia para a mutação H63D. Correlacionando-se os achados analíticos com esta mutação, foi possível estabelecer o diagnóstico de HH. O Ecocardiograma que não revelou alterações e RMN hepática confirmou a elevada deposição de ferro neste órgão (110 umol/g, normal ‹36 umol/g). Detectada esta deposição aliada a valores de ferritina >500 ng/mL, em doente com mutação no gene HFE, optou-se por iniciar programa de flebotomias.

Conclusão: A HH pode estar presente em doentes sem alterações das enzimas de citólise hepática, já que a deposição de ferro nos hepatócitos não causa inflamação, podendo haver fibrose sem alterações destas enzimas. Perante citólise hepática, devemos excluir condições concomitantes, como etilismo, esteatose e infeção pelos vírus da hepatite B e C. O tratamento precoce permite a reversibilidade da lesão hepática. Mesmo em indivíduos com cirrose e varizes esofágicas, a remoção do ferro em excesso pode conduzir à regressão da fibrose.

Nº 13 A importância da integração no diagnóstico: um caso de Hiperparatiroidismo Primário

Diana Ferreira Lopes(1); Rui Domingues(1); André Santa Cruz(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: O hiperparatiroidismo primário (HPP) é uma patologia endócrina comum, definida pela hiperfunção das glândulas paratiroides, com habitual elevação da concentração plasmática de paratormona (PTH) e de cálcio. O seu diagnóstico pode ser incidental ou surgir tardiamente em contexto de queixas inespecíficas e prolongadas, pelo que o reconhecimento desta patologia pode ser verdadeiramente desafiante.

Caso Clínico: Mulher de 58 anos, com antecedentes de asma, hipertensão arterial e depressão, é referenciada à consulta de Medicina Interna por trombocitopenia. Na consulta, referiu hematomas esporádicos nos membros inferiores, sem associação traumática. Acrescentou ainda queixas de astenia, dor osteo-articular de predomínio axial e obstipação de longa evolução. Ao exame físico, apresentava pequenos hematomas ao longo do território venoso da face interna da coxa esquerda, sem outras alterações. Fez estudo analítico que não confirmou a trombocitopenia e excluiu alterações da coagulação, mostrando ferropenia sem anemia, cálcio total corrigido de 10,9 mg/dL, PTH de 176,99 pg/mL, com calciúria de 494 mg/24h e normal função tiroideia. A doente manteve as queixas apesar da terapêutica com ferro oral. Realizou ecografia cervical e cintigrafia das paratiroides que indicaram provável adenoma da paratiroide, confirmado após biopsia aspirativa por agulha fina. Já a densitometria óssea revelou osteoporose. Assumiu-se assim o diagnóstico de HPP sintomático por adenoma da paratiróide. Foi proposta cirurgia que a doente aceitou.

Discussão: Como se observa neste caso, as manifestações do HPP podem ser de longa evolução, muito inespecíficas, e, por isso, com potencial para serem confundidas com as de outras patologias. A suspeição e o diagnóstico diferencial são essenciais para a orientação terapêutica destes doentes, evitando-se consequências que se traduzem em pior outcome.

Nº 14 Cetoacidose diabética euglicémica e SGLT2i: uma realidade crescente?

Mariana Silva de Sousa(1); José Vicente Rocha(1); Sofia Romão(1); Tiago Sepúlveda Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A cetoacidose diabética euglicémica (CAD-E) é uma condição clínica pouco comum mas potencialmente fatal, definida por acidémia metabólica, anion gap aumentado, glicémia <250 mg/dL e cetonemia sem cetonúria. Os benefícios dos inibidores do co-transportador sódio-glicose 2 (SGLT2i) têm sido amplamente estudados, incluindo no controlo glicémico, perda de peso, protecção renal e cardiovascular, levando ao seu uso cada vez mais frequente. A promoção da glicosúria e lipólise aumenta o risco de cetoacidose, e em particular, de CAD-E, tornando premente o diagnóstico e tratamento adequados. Outros factores precipitantes são jejum prolongado, doença aguda, gravidez e ingestão de álcool.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 86 anos, com diabetes tipo 2, hipertensão arterial e dislipidémia, medicada com metformina/vildagliptina e empagliflozina 10mg. Recorreu ao serviço de urgência por cansaço, anorexia, náuseas, vómitos alimentares e confusão mental com (1) semana de evolução. Do exame físico a salientar febre. Analiticamente com elevação dos marcadores de fase aguda, hiponatrémia, hipocaliémia, acidémia metabólica sem hiperlactacidémia, cetonemia 5 mmol/L e glicémia 214mg/dL. Tomografia computorizada abdominal e pélvica com dilatação duodenal importante e pielonefrite do rim direito. Assumida CAD-E em contexto de infecção aguda, e iniciada fluidoterapia intensiva, perfusão de insulina e antibioterapia com piperacilina/tazobactam e metronidazol por elevada suspeição de pielonefrite aguda, não se podendo excluir translocação bacteriana. Observada melhoria clínica progressiva do quadro clínico, tendo tido alta estabilizada com indicação para suspender empagliflozina.

A forma de apresentação da CAD-E induzida por SGLT2i torna o seu reconhecimento e tratamento difíceis e desafiantes, sendo frequentemente subdiagnosticada, dada a ausência de hiperglicemia significativa. É importante a elevada suspeição para este diagnóstico nos doentes diabéticos medicados com SGLT2i. A sua reintrodução deve ser considerada individualmente para cada doente.

Nº 15 Do Edema Periférico ao encontro da Doença de Crohn - Uma apresentação atípica

Catarina Pinto Silva(1); Flávia Fundora Ramos(1); Rita Sevivas(1); Dany Cruz(1); Flávia Freitas(1); João Pedro Abreu(1); Carlos S. Oliveira(1)

(1) Hospital Barcelos

Introdução: A Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória crónica do trato gastrointestinal, sendo que pode resultar de uma interação complexa entre suscetibilidade genética, fatores ambientais e microbiota intestinal alterada, levando a respostas imunes inatas e adaptativas desreguladas. O cenário clínico típico é um paciente jovem apresentando dor abdominal, diarreia crónica, perda ponderal e fadiga. Existem formas atípicas de apresentação da doença que devemos estar alerta.

Caso clínico: Homem de 25 anos, com antecedentes de asma desde a infância, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por início desde há 3 meses de edema periférico nos membros inferiores e anorexia. Associadamente referia, desde há (1) mês, queixa de enfartamento e distensão abdominal pós-prandial, com persistência do quadro clínico e agravamento do edema periférico até a raíz da coxa na semana prévia à vinda

ao SU. Negava diarreia, ou alternância entre diarreia-obstipação ou qualquer alteração de trânsito intestinal. De antecedentes familiares de relevo, mãe com Doença de Crohn. Ao exame objetivo de valorizar doente muito emagrecido, com sinal de onda ascítica positivo e circulação colateral na região abdominal, com edema dos membros inferiores, incluindo zona perineal. Analiticamente, anemia microcítica hipocrómica ferropriva com Hb 9.5 g/dL, com esfregaço de sangue periférico a demonstrar anisocitose acentuada, predomínio microcítico; hipogamaglobulinemia, hipoalbuminemia, défice de ácido fólico e vitamina D. A TC Toraco-Abdomino-Pélvica valorizava fina lâmina de derrame pleural à esquerda; presença de ascite de grande volume, hepatomegalia e esplenomegalia, bem como, espessamento parietal inespecífico do hemicólon direito, particularmente do cólon ascendente. Realizou RM-abdominal para melhor esclarecimento revelando e espessamento parietal e híper-realce mucoso de segmento intestinal, aparentemente de delgado mais significativo no flanco esquerdo. Foi ainda abordado o líquido ascítico, com um gradiente albumina-sero ascítica de 1.7, amicrobiano com citologia negativa para células malignas. Imunoeletroforese sérica e urinária sem alterações. Do restante estudo valorizar, calprotectina fecal >2000 e Anti-S.cerevisiae IgA/IgG positivo. Realizou endoscopia digestiva alta e baixa, pelo que obteve diagnóstico de Doença de Crohn ileo-cólica (L3+L4) inaugural, pelo que iniciou terapêutica imunossupressora com Infliximab.

Discussão: O presente caso clínico pretende demonstrar o desafio diagnóstico, tendo em conta que a clínica do doente permite uma panóplia de diagnósticos diferenciais e que constitui uma apresentação atípica da Doença de Crohn. Assim, realça-se a imperativa necessidade da colheita de história clínica pormenorizada, com valoração de antecedentes familiares a fim de melhor conseguir prever o diagnóstico para a atitude terapêutica ser o mais eficaz possível

Nº 16 Défice de glucose-6-fosfato desidrogenase - uma doença hereditária diagnosticada num idoso

Joana Moutinho Lopes Martins(1); Frederico Silva(1); João Aurélio(1); Maria Inês Simões(1); Manuela Brochado(1)

(1) Hospital Portimao

Introdução: O défice de glucose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) é um doença hereditária causada por um defeito genético na enzima G6PD que tem actividade protectora dos glóbulos vermelhos contra o stress oxidativo. O défice desta enzima induz um tipo de anemia hemolítica intracorpuscular intravascular hereditária, na maioria dos casos na presença de um factor que leve a stress oxidativo, sendo os factores de risco mais comum as infecções, alguns fármacos e o consumo de favas. As manifestações clínicas e a severidade das crises de hemólise dependem do grau de deficiência da enzima, podendo variar desde ausência de sintomas a crises hemolíticas agudas ou hemólise crónica.

Caso: Homem 7(1) anos, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual, encaminhado ao serviço de urgência por quadro de astenia com 2 dias de evolução. À admissão, objectivada palidez cutânea, mucosas descoradas e icterícia das esclróticas. Analiticamente com anemia aguda (Hemoglobina 8.7 g/dL, queda de cerca de 5 g/dL relativamente a um mês antes), com hiperbilirrubinemia total por aumento da bilirrubina indirecta, aumento de desidrogenase láctica e redução marcada de haptoglobina. Teste de Coombs directo negativo e esfregaço de sangue periférico com policromasia. Em estudo da anemia, excluídas hemoglobinopatias, deficiências vitamínicas e serologias víricas negativas. Ecografia abdominal superior também sem alterações relevantes. Pedido doseamento enzimático de glucose-6-fosfato desidrogenase cerca de (1) mês após episódio de hemólise, após recuperação de níveis de hemoglobina, tendo sido diagnosticado défice enzimático. Assim, foi feita educação do doente quanto aos estímulos e

fármacos a evitar.

Conclusão: O défice de G6PD é uma entidade que deve ser considerada como diagnóstico diferencial em todos os casos de anemia hemolítica, mesmo em idades mais avançadas. No entanto, e apesar de se tratar do défice enzimático mais comum no ser humano, continua a ser um diagnóstico pouco frequente. A apresentação inicial e consequente diagnóstico no idoso é ainda mais rara, uma vez que as crises de hemólise aguda são clinicamente evidentes e desencadeadas por factores de stress oxidativo frequentes e constantes ao longo da vida. Deste modo, os autores apresentam este caso pela raridade e pelo interesse académico do caso.

Nº 17 Linfoma primário da medula óssea: um diagnóstico desafiante

Marta C Machado(1); Margarida Mourato(1); João Tiago Serra(1); Miguel Achega(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O envolvimento da medula óssea (MO) pela doença linfoproliferativa está usualmente associada à disseminação a partir de outros locais. Existem casos raros com origem na MO e designa-se Linfoma Primário da Medula Óssea (LPMO).

Os critérios de diagnóstico de LPMO são: evidência de infiltração MO; ausência de envolvimento ganglionar, esplénico, hepático, osso ou outras localizações (através de PET ou Tomografia Computorizada); exclusão de leucemia ou linfoma com características de envolvimento primário de MO (leucemia linfocítica crónica, linfoma do manto, linfoma esplénico da zona marginal, leucemia promielocítica, linfoma linfoplasmocítico, linfoma de *Burkitt* ou leucemia linfoblástica aguda).

Caso clínico: Mulher, 72 anos, natural da Guiné, sem antecedentes relevantes. Trazida ao Serviço de Urgência por 4 dias de astenia e confusão mental. Ao exame objetivo destacava-se confusão.

Analiticamente, anemia (Hb 11g/dL), leucocitose (12.9x109/L) com linfocitose (7.1x109/L), trombocitopenia 80000/L, hipercalcémia 19.8 mg/dL, electroforese proteínas e imunofixação com componente monoclonal IgM kappa, aumento da LDH 775 U/L e beta2-microglobulina 6.86 mg/L.

Ficou internada por hipercalcémia grave com disfunção neurológica tendo realizado hemodiálise. Realizou tomografia computorizada do corpo sem evidência de organomegálias ou adenopatias.

Perante estes dados, colocou-se como hipóteses diagnósticas: mieloma múltiplo ou outra doença linfoproliferativa. Para esclarecimento realizou biópsia osteomedular que foi compatível com linfoma difuso de grandes células B. Iniciou quimioterapia com esquema R-CHOP tendo evoluído favoravelmente com recuperação do estado de consciência.

Discussão: Perante a ausência de envolvimento extramedular, trata-se de um caso raro de LPMO. A histologia é fundamental na distinção de outros linfomas com atingimento da MO. Dada a raridade, o diagnóstico é mais desafiante e o melhor regime terapêutico é desconhecido tendo um prognóstico pior em comparação com outros linfomas.

Nº 18 Vicia Faba

Teresa Costa e Silva(1); André Bargas(1); Susana Franco(1); Célia Machado(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Homem, 40 anos, natural da Síria e costureiro.

Recorreu ao Serviço de Urgência por icterícia, colúria, náuseas e vómitos com três dias de evolução. Também com cansaço fácil com 2 semanas de evolução.

À observação, destaca-se: hemodinamicamente estável, pele e escleróticas ictéricas, sem cadeias ganglionares periféricas palpáveis e abdómen indolor sem organomegálias palpáveis.

Analiticamente: Hb 5,9g/dL (teria 12,3g/dL no mês anterior), VGM 106fL, HGM 33pg, RDW 14,6%, reticulócitos 9,6%, bilirrubina total 4,03mg/dL e conjugada 0,69mg/dL, AST 23UI/L, ALT 15UI/L, FA 69UI/L, GGT 16UI/L, LDH 432UI/L, Proteína C reativa 3,85mg/dL.

Ecografia abdominal: lama biliar, sem outras alterações de relevo.

Urina II: vestígios de Hb e urobilinogénio.

Assumiu-se o diagnóstico de anemia hemolítica e realizou suporte transfusional com baixo rendimento (Hb 6,7g/dL). Solicitado estudo adicional e admitido em internamento.

Do estudo complementar realizado: Haptoglobina 3mg/dL; Esfregaço de sangue periférico: anisocitose com predomínio macrocítico, policromatofilia; Teste de Coombs e anticorpos eritrocitários negativos.

Detalhando a anamnese, ingestão recente de favas e feijões, referindo ausência de qualquer restrição alimentar, com quadro clínico prévio similar na infância. História familiar de Favismo no tio materno e sobrinho.

Realizou doseamento da enzima glicose-6-fosfato desidrogenase que se apresentou diminuído (1,8UI/g Hb) admitindo-se diagnóstico definitivo de Favismo.

Evoluiu com resolução dos sintomas, normalização dos parâmetros de hemólise e estabilização da anemia.

À alta, recomendada restrição do consumo de favas e leguminosas similares.

Pretende-se com este caso realçar a importância da anamnese no diagnóstico diferencial da anemia hemolítica e salientar o comportamento imprevisível do Favismo num doente que não realizava restrições alimentares até então e com apenas um episódio prévio de hemólise aguda.

Nº 19 Acrocianose e isquemia digital - uma gamapatia monoclonal não tão inocente

Patricia Manuela Fernandes(1); Sandra Cunha(1); Nádia Santos(1); Raquel Silva(1); Benham Moradi(1); Renato Saraiva(1)

(1) CHLP - HOSPITAL SANTO ANDRÉ EPE - LEIRIA

Os autores apresentam o caso de um homem de 6(1) anos, com história de acrocianose com um ano de evolução, sem sintomas constitucionais, sem estudo deste achado pela médica assistente. Após traumatismo do pé direito o doente recorre ao serviço de urgência por alteração da cor, frio e dor associada ao terceiro dedo do pé. Sem outros antecedentes de relevo para além de hábitos tabágicos prévios (aproximadamente 20 unidades maço-ano).

À admissão o doente apresentava acrocianose bilateral, com sinais de necrose seca do terceiro dedo à direita, bem como dedos mais frios e dolorosos à palpação (nomeadamente o dedo supracitado), com pulsos pedioso e tibial posterior posterior presentes

bilateralmente. O doente foi também observado pela equipa de Cirurgia Vascular que excluiu obstrução arterial via doppler, sendo posteriormente o doente internado para estudo (e controlo da dor).

Do estudo realizado, analiticamente a destacar aumento dos parâmetros inflamatórios, pesquisa de crioglobulinas positiva (sem caracterização do subtipo por falta de meios do laboratório), e um pico monoclonal na electroforese de proteínas séricas (imunofixação sérica a identificar proteína monoclonal IgG kappa, sem aumento de beta 2 microglobulina, sem anemia, sem lesão renal); as serologias virais revelaram-se negativas; do painel auto-imune, ANA 1/160, restantes negativos, sem consumo de complemento.

Tendo em conta a ausência de infiltração medular por plasmócitos, bem como a ausência de lesões osteoliticas, colocou-se como principal hipótese diagnóstica a de acrocianose e isquemia digital secundárias a uma crioglobulinemia (provavelmente tipo I), induzida por uma gamapatia monoclonal (MGUS) IgG kappa.

De notar também que em paralelo com o estudo o doente realizou capilaroscopia, não sugestiva de patologia do tecido conjuntivo, e tomografia cervico-toraco-abdomino-pélvica, sem evidência de lesões suspeitas, e por isso ainda mais a favor do diagnóstico hematológico supracitado, acabando o doente por ser transferido para um hospital terciário onde iniciou quimioterapia dirigida.

Os autores querem colocar em evidência que as manifestações dermatovasculares associadas ao MGUS são incomuns, mas ainda assim tratam-se de complicações bem estabelecidas neste contexto, devendo, por isso, motivar um estudo minucioso da causa subjacente (para a qual se dirige o tratamento, sendo a terapêutica imunossupressora e a plasmaferese indicadas em casos refractários).

Nº 20 Envolvimento do Sistema Nervoso Central por Leucemia Linfocítica Crónica

Marta C Machado(1); Margarida Mourato(1); Paulo Ramos(1); João Tiago Serra(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A incidência do envolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC) em doentes com Leucemia Linfocítica Crónica (LLC) varia entre 0,8 e 2%. É uma condição rara e subdiagnosticada, que se associa a diminuição da sobrevida. As características radiológicas do envolvimento do SNC podem variar entre a invasão meníngea ou a infiltração do parênquima cerebral.

Caso clínico: Homem, 77 anos de idade, com de LLC diagnosticada há 10 anos, sem terapêutica dirigida. Trazido ao Serviço de Urgência por tonturas e queda com traumatismo crânioencefálico. Analiticamente a realçar apenas anemia (Hb 12g/dL), leucopenia (Gb 3.6x109/L) com inversão da fórmula e trombocitopenia (64x109/L). Submetido a tomografia axial computorizada de crânio (TC-CE) que revelou: "volumosa lesão expansiva centrada na base do crânio à direita com envolvimento do espaço mastigador e músculos pterigoides, extensão aos seios maxilar e esfenoidal, ao espaço extra-axial da fossa média da base do crânio e intra-orbitária (...). Há destruição óssea da base do crânio (...) Há ainda envolvimento do canal carotídeo e discreta extensão ao ouvido médio direito. Hiperdensidade linear frontal anterior inter-hemisférica, podendo corresponder a infiltração meníngea neoplásica." Iniciada terapêutica com Dexametasona 8mg/dia. A biópsia da lesão que foi compatível com infiltração por LLC. Repetiu TC-CE ao 15º dia que revelou resolução completa das lesões expansivas e infiltrativas do parênquima e meníngeas. Teve alta assintomático sob corticoterapia em desmame.

Discussão: Trata-se de um caso raro de envolvimento do SNC por infiltração meníngea e parenquimatosa de LLC. Apesar da extensão do envolvimento neoplásico,

a terapêutica com corticoterapia permitiu a resolução completa das lesões num curto espaço de tempo. Realça-se a importância deste caso no diagnóstico diferencial de lesões ocupantes de espaço intracerebrais.

Nº 21 Miíase nasal - um caso incomum e fora de época

Dra. Cristiane Macedo(1); Rita Reigota(1); Patrícia Afonso Mendes(1); Rui Pina(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A miíase nasal é uma infeção oportunista parasitária rara, típica das zonas rurais e tropicais. Tem como fatores de risco a imunossupressão, diabetes *mellitus* (DM), défices nutricionais, má higiene, doenças da cavidade oral como neoplasias ou outras. Apresenta-se um caso de miíase nasal e oral que ocorreu durante o inverno.

Caso clínico: Homem de 69 anos, com DM com mau controlo metabólico, estava desaparecido há 2 dias. Foi encontrado, caído na via pública, com alteração do estado de consciência e vómitos. No Serviço de Urgência apresentou-se febril, normocárdico e normotenso, com flutuação do estado de consciência. Apresentava roncos bilaterais à auscultação pulmonar com insuficiência respiratória hipoxémica associada. Verificada acidémia metabólica sem hiperlactacidémia, ionograma normal, hiperglicémia com cetonémia e elevação de parâmetros inflamatórios.

Foi feito o diagnóstico de cetoacidose diabética em contexto infecioso e iniciou terapêutica com perfusão de insulina. Foi realizada punção lombar, hemo e uroculturas para estudo microbiológico e iniciada Amoxicilina-Clavulanato. A tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica excluiu lesões ocupantes de espaço e eventos vasculares. Não apresentava intoxicação etílica aguda ou por outros tóxicos. Pelo agravamento do estado de consciência, com Escala de Coma de Glasgow de 7 (O3M4V2), foi realizada entubação orotraqueal. Realizou electroencefalografia que revelou encefalopatia metabólica, tendo sido internado em unidade de cuidados intermédios. Após 72h foram observadas larvas na cavidade nasal e oral, o que levou ao diagnóstico de miíase oral e nasal. Foi observado por otorrinolaringologia que, após administração de lidocaína, procedeu à aspiração das larvas. Em TC não foi encontrado outro local de infeção por larvas, tendo iniciado ivermectina.

Discussão: Existem poucos casos descritos na literatura, sendo que a maioria ocorre em países em desenvolvimento, com climas tropicais. A alteração do estado de consciência associado à hiperglicémia predispuseram à infeção. O diagnóstico de miíase é feito pela história clínica e observação das larvas.

Nº 22 Infecção a Clostridium perfringens: Um Problema Que Não Ficou No Século Passado

Sofia Miranda(1); Joana Almeida Calvão(2); Romeu Pires(2); Mónica Mesquita(2); Rita Carneiro Silva(2); Renata Silva(2); Fernando Salvador(2)

(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

A gangrena gasosa ou mionecrose é uma infecção causada por Clostridium spp, sendo o Clostridium perfringens o agente mais frequente. Uma infecção comum nas grandes guerras do século XX, é agora cada vez mais rara atendendo ao progresso da Medicina.

Homem de 44 anos, com antecedentes de cirrose de etiologia alcóolica e défice de alfa-(1) antitripsina. Recorre ao Serviço de Urgência por febre e dor na face interna da

coxa direita. Objectivamente, com perfil hipotensivo, taquicardia sinusal, ascite de grau 2 e escoriação com empastamento na face interna da coxa direita. Analiticamente, com elevação dos parâmetros inflamatórios. Radiografia torácica sem alterações. É realizada paracentese diagnóstica, sem critérios de peritonite bacteriana espontânea. Atendendo a que a única focalização referida pelo doente se restringia à coxa, foi realizada tomografia computarizada (TC) que revelou

heterogeneidade com aumento da densidade do músculo ilíaco direito, com bolhas gasosas no seu interior e conteúdo espontaneamente denso, compatível com provável hematoma intra-muscular, com possível sobreinfecção. Iniciou empiricamente piperacilina/tazobactam e foi admitido em internamento por sépsis com ponto de partida em hematoma sobreinfectado. Isolamento posterior de Clostridium perfringens multissensível em hemoculturas e TC de reavaliação com lesão de dimensões sobreponíveis, mas com maior conteúdo gasoso. Optou-se por modificar antibioterapia para clindamicina e penicilina e realizar drenagem percutânea, tendo-se isolado Clostridium perfringens na cultura do líquido de drenagem. Boa resposta clínica e analítica à terapêutica instituída, com remoção de dreno em 10 dias (reavaliação imagiológica com colecção residual) e negativação de hemoculturas de controlo. Após cumprir 2(1) dias de antibioterapia, tem alta com indicação para completar 6 semanas de terapêutica.

Embora rara, a infecção por Clostridium perfringens deve ser considerada em indivíduos imunocomprometidos que apresentam lesões de tecidos moles. A sua rápida identificação e tratamento é vital, pois trata-se de uma infecção rapidamente progressiva associada a taxas de mortalidade que podem alcançar os 60%.

Nº 23 Sida e derrames quilosos- dilemas diagnósticos

Juliana Andrade(1); Diana Ferreira Lopes(1); Francisco de Oliveira Simões(1); Filipa Iglésias(1); Rita Matos Sousa(1); Inês Gonçalves(1); André Santa Cruz(1); Paula Ferreira(1); Sara Marques(1); Cristina Ângela(1); Alexandre Carvalho(1)

(1) Hospital Braga

A ascite quilosa em 90% dos casos é secundária a linfomas, carcinomas abdominais, cirrose e trauma pós-cirurgico.

Doente de 32 anos, com SIDA (CD4<50), má adesão terapêutica a antiretrovirais (TARv). Diagnóstico prévio de micobacteriose disseminada por Mycobacterium genavense (MG), confirmado em biópsia ganglionar em 2018, com terapêutica interrompida no Brasil antes de (1) ano. Retornou em agosto 2022, assintomático, mas com agravamento imunológico. Retomou TARv e em Outubro é diagnosticada ascite de pequeno volume durante herniorrafia inguinal. Recorreu à consulta em Janeiro de 2023, com dispneia para médios esforços e aumento do volume abdominal. Sem febre ou alterações analiticas sugestivas de infecção. Na Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica apresentava derrame pleural à direita e ascite de moderado volume, com diminuição das adenopatias retroaórticas prévias. Tomografia de emissão de pósitrons (PET) sem captação anómala, excepto nas adenopatias referidas infradiafragmaticas. A análise de ambos os fluidos mostrou tratar-se de derrame quiloso transudativo. Submetidos a drenagem, iniciou dieta entérica dirigida e reiniciou esquema antibacilar com etambutol, rifabutina e azitromicina. PCR de micobactérias/rastreio bacteriano nas serosas e citologia negativos para neoplasia. À data de alta, já sem ascite perceptível, derrame pleual de pequeno volume. Aguarda linfangiografia.

Este caso foi trazido pela discussão que provocou, não só referente ao diagnóstico, sendo que a hipótese de doença linfoproliferativa sempre pareceu mais provável versus micobacteriose disseminada, em doente com imunossupressão avançada. As

próprias opções terapêuticas de antibacilares para um MG e de terapêutica antiretrovírica neste contexto serão explanadas e motivam a escolha deste caso pelos autores.

Nº 24 Pneumonia por Varicela em doente imunocompetente

Nereida Fernandes Monteiro(1); Elsa Araújo(1); Bárbara Sousa(1); Inês Araújo Ferreira(1); Patrícia Sobrosa(2); Rafael Lopes Freitas(1); Raquel Afonso(2); Paula Brandão(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima (2) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital Santa Luzia

Introdução: A varicela é altamente contagiosa, com um período de incubação médio de 14-16 dias. Em adultos, a apresentação é mais severa, sendo a pneumonia uma complicação comum, sobretudo em imunodeprimidos, homens, fumadores e com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica(DPOC). Esta associa-se a uma morbimortalidade elevada, pelo que o reconhecimento precoce e tratamento atempado tornam-se cruciais.

Caso clínico: Homem de 6(1) anos, com história de tabagismo (40 UMA) e DPOC. Sem vacinação nem primoinfeção por Varicela na infância. Admitido por febre, dispneia, tosse produtiva, odinofagia, erupção cutânea pruriginosa, mialgias e astenia com cerca de 2 dias de evolução. Há 15 dias, terá estado em contacto com neto de 6 anos, com alterações cutâneas semelhantes. Encontrava-se febril, polipneico, com pieira e, à auscultação, com roncos e sibilos dispersos bilateralmente. Apresentava, ainda, hiperemia conjuntival e exantema generalizado severo maculopapulovesicular, em diferentes fases de evolução, sem atingimento palmoplantar nem da mucosa oral. Com Insuficiência respiratória tipo II aguda, com hipoxemia ligeira, sem acidemia respiratória. Analiticamente com trombocitopenia moderada, citocolestase, proteina C reativa de 4,35mg/dL e VIH negativo. Realizou radiografia torácica com hipotransparências reticulonodulares difusas e TC torácico com infiltrado pulmonar em vidro despolido bilateral, com micronódulos peribroncovasculares. Efetuado, assim, diagnóstico clínico de Varicela severa complicada por pneumonia. Iniciou oxigenoterapia, broncodilatação, corticoterapia sistémica e Aciclovir 10mg/kg de 8/8 horas por 8 dias, com evolução clínica, analítica e imagiológica favorável.

Discussão: Perante o diagnóstico de Pneumonia por Varicela, é imprescindível o tratamento precoce, estando preconizado Aciclovir nas primeiras 72h de clínica, durante 7-10 dias. Embora o uso de corticoterapia sistémica seja controverso, parece associar-se a um menor tempo de internamento e menor mortalidade.

Nº 25 Micobacteriose disseminada por Mycobacterium celatum: Um caso de persistência diagnóstica

Diana Ferreira Lopes(1); Francisco de Oliveira Simões(1); Juliana Andrade(1); Rita Matos Sousa(1); Filipa Iglesias(1); Inês Gonçalves(1); Cristina Ângela(1); Rita Matos(1); Paula Ferreira(1); Gonçalo Santos(1); Sara Marques(1); Isabel Apolinário(1); André Santa Cruz(1); Alexandre Carvalho(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: A infeção por *Mycobacterium celatum* é uma doença rara que está mais associada a doentes imunocomprometidos. A maioria dos casos tem manifestação pulmonar, sendo rara a infeção disseminada.

Caso Clínico: Uma mulher de 60 anos foi internada por pielonefrite aguda. Tinha antecedentes de doença de Behçet e de pneumonia organizativa. Era medicada com prednisolona e micofenolato de mofetil (MMF), tendo este último sido suspenso 3 dias antes da admissão hospitalar, após 2 meses de toma, por toxicidade hematológica (pancitopenia, estudada em ambulatório com biópsia óssea). Verificou-se um agravamento progressivo nos primeiros dias de internamento, com instabilidade hemodinâmica e exacerbação da pancitopenia. Colheu hemoculturas, positivas para *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (MSSA), e realizou ecocardiograma que permitiu o diagnóstico de endocardite de válvula aórtica nativa. Iniciou antibioterapia dirigida, que foi necessário alterar por má evolução (insuficiência cardíaca e embolização cerebral). Foi recusada cirurgia pela gravidade da pancitopenia com necessidade de frequente suporte transfusional. Ultrapassado o tempo médio de recuperação de toxicidade de MMF, repetiu-se estudo medular, com crescimento de *Mycobacterium celatum* nas mieloculturas. Assumiu-se o diagnóstico de micobacteriose disseminada e iniciou-se terapêutica com ciprofloxacina, azitromicina e pirazinamida, com recuperação assinalável das linhas hematológicas. Foi considerada curada da endocardite ao fim de 95 dias de tratamento e teve alta ao 5º mês, com terapêutica para a micobacteriose e plano de reabilitação.

Discussão: Este caso ilustra como uma infeção rara, no contexto de imunossupressão crónica, pode, por invasão medular, levar a pancitopenia condicionando a resposta e o tratamento de outras infeções graves. Reforça ainda a necessidade de persistência no esclarecimento diagnóstico.

Nº 26 Hipereosinofilia Paraneoplásica - A primeira manifestação de um Adenocarcinoma do Pulmão

Joana Silvério Simões(1); Miguel Rodrigues(1); Carolina Carrilho Palma(1); Mariana Marçal(1); David Noivo(1); Mafalda Corrêa Figueira(1); Diana Pedreira(1); Bárbara Lobão(1); Beatriz Navarro(1); Ermelinda Pedroso(1)

(1) Centro Hospitalar de Setubal

Introdução: A hipereosinofilia define-se por uma contagem absoluta de eosinófilos superior a 1,5 x 109/L no sangue periférico em 2 avaliações separadas por pelo menos (1) mês. Pode estar associada a diversas etiologias, nomeadamente infeções, hipersensibilidade a fármacos, doenças mieloproliferativas e autoimunes, estando raramente associada a neoplasias sólidas.

Caso Clínico: Homem de 7(1) anos, com antecedentes de doença renal crónica sob diálise peritoneal, doença coronária, hipertensão arterial e dislipidemia, sem exposição ocupacional, contexto epidemiológico relevante ou introdução de novos fármacos no

último ano. Recorreu à urgência por dor torácica pleurítica à direita, astenia e anorexia com 2 semanas de evolução. Ao exame objetivo apresentava abolição do murmúrio vesicular na base pulmonar direita e ausência de edema periférico. Analiticamente destacava-se hipereosinofilia (2053 eosinófilos) já observada em consulta há 3 meses. Foi excluída doença infeciosa, mieloproliferativa e autoimune. Na TC torácica observou-se derrame pleural direito e alteração sugestiva de neoproliferação no lobo inferior direito, tendo realizado toracocentese com saída de líquido pleural compatível com exsudado, embora com exame histológico negativo. Realizou broncofibroscopia que mostrou sinais indiretos de neoplasia, mas a biópsia foi negativa para células neoplásicas. Houve recorrência do derrame com necessidade de realização de nova toracocentese e biópsia pleural, tendo-se observado raras células epitelioides com atipia com CK7 e TTF(1) positivos, fazendo o diagnóstico de Adenocarcinoma do Pulmão. O doente apresentou um rápido agravamento clínico, optando-se por realizar apenas terapêutica paliativa.

Discussão: A hipereosinofilia paraneoplásica associada ao adenocarcinoma do pulmão é uma manifestação rara, sendo um diagnóstico de exclusão. Não há tratamento específico para além da terapêutica da neoplasia subjacente, constituindo um fator de mau prognóstico.

Nº 27 Lombociatalgia incapacitante: a propósito de um caso clínico

Beatriz Andrade(1); Viktor Baiherych(1); Carlos Nancassa(1); Adelaide Figueiredo(1); Cristina Esteves(1); Luís Siopa(1)

(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A lombociatalgia afeta pessoas de todas as idades, sendo frequentemente incapacitante. Em cerca de 90% dos casos é causada por herniação de um disco intervertebral com compressão nervosa, mas estenose lombar ou (em menor frequência) tumores perivertebrais, são causas possíveis.

Caso Clínico: Reporta-se o caso de um homem de 83 anos que recorreu ao serviço de urgência por lombalgia de agravamento recente que incapacitava a marcha. Sem trauma recente. Sem alterações autonómicas. Realizou tomografia (TC) da coluna lombar que revelou múltiplas lesões líticas da coluna lombo-sagrada e massa paravertebral com extensão intracanalar, ficando internado para estudo etiológico e controlo álgico. Da avaliação analítica realizada, destacou-se anemia ligeira e hiperproteinémia com normoalbuminémia. Função renal, calcémia e ionograma normais. Realizou TC tóraco-abdómino-pélvica que evidenciou volumosa lesão lítica do manúbrio esternal com invasão da gordura mediastínica, sem outras alterações de relevo. A eletroforese das proteínas séricas evidenciou um pico monoclonal gama e o doseamento das imunoglobulinas (Ig) séricas mostrou elevação moderada dos níveis de IgG e cadeias kappa. Beta2-microglobulina elevada; restantes marcadores tumorais negativos. No mielograma apresentava infiltração por 25% de plasmócitos e a biópsia de medula óssea mostrou infiltração maciça (95%) por plasmócitos imaturos, confirmando o diagnóstico de mieloma múltiplo (MM). Iniciou-se terapêutica com bortezomib e dexametasona, com franca melhoria das queixas álgicas e o doente teve alta, mantendo seguimento em consulta de Hematologia.

Discussão: Descreve-se um caso de MM IgGKappa inaugural com componente monoclonal de moderada dimensão que se destaca pela extensão da doença óssea inicial. Destaca-se a apresentação clínica com lombociatalgia incapacitante e realça-se a forma como o diagnóstico célere permitiu a administração precoce de terapêutica apropriada, contribuindo para um melhor prognóstico.

Nº 28 Letálides, metástases em "máscara" ou metástases cutâneas com mau prognostico – letais.

José Joaquim(1); Rosa Suarez(2); Antonieta Faia(2); José Mineiro(2); António Mendes(2)

(1) Hospital Beatriz Ângelo (2) Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas

Introdução: As *letálides* são metástases cutâneas de prognóstico reservado, ocorrem em 24% dos casos de cancro da mama. A imunohistoquimica permite estabelecer relação com o tumor primário. Apesar dos métodos de rastreio imagiológico, a incidência de cancro da mama metastizado não está a diminuir, sugerindo que os cancros de mama letais não estão a ser detetados precocemente.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 74 anos, autónoma. História de hipertensão arterial essencial, hipercolesterolemia e hipoacusia. Recorre à consulta por lesões nodulares. Ao exame objetivo apresenta lesões nodulares na região cervical e torácica anterior axilar e da mama esquerda com 4 meses de evolução. Apresenta dispneia, edema, cianose do membro superior esquerdo e perda ponderal. Para o diagnóstico realizou-se TC da coluna vertebral que revela metastização óssea cervico-dorso-lombar e sagrada, TC toraco-abdomenopélvica revelando linfangite carcinomatosa local e cervical esquerda com edema locoregional, com extensão à parede costal e vertebral para mamaria esquerda de natureza metastática. Derrame pleural, nodulação metastática intraparenquimatosa pulmonar esquerda. Formações quísticas renais inocentes.

A imuno-histoquímica deteta caderina E+, RE+, RP: marcação heterógena, HER2 com heterogeneidade tumoral, Ki67: 50-60%, cromogranina A -, sinaptofisina +. diagnóstico anatomo-patológico **é** carcinoma invasor NST G2, com diferenciação neuroendócrina, clinicamente classificada como neoplasia da mama estadio IV. Ao fim de 16 dias após o diagnóstico a doente recorreu SU, por dor não controlada, tendo como desfecho o óbito da doente nesse mesmo dia.

Conclusão: A presença de metástases cutâneas provenientes do cancro da mama têm prognostico reservado com mortalidade superior a 70% no primeiro ano após o diagnóstico. A suspeita clínica de metástases cutâneas baseia-se no antecedente de tumor maligno primário, embora um terço das mortes sejam descobertas antes do tumor primário. É importante na prática clinica estar especialmente atento a lesões cutâneas em doentes com cancro da mama prévio. A biópsia, com estudo histológico e imunocitoquímico permitem caracterizar as células da lesão a nível molecular e identificar alvos terapêuticos.

Nº 29 Comum, mas nem tanto

Miguel Rodrigues(1); Beatriz Mendes(1); Diana Pedreira(1); Pedro Freitas(1); Pedro Carreira(1); Susana Marques(1); Ermelinda Pedroso(1)

(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

A imunodeficiência comum variável é uma imunodeficiência primária caraterizada pela diminuição da produção imunoglobulina G (IgG), com células B com fenótipo normal. Apesar de ser a imunodeficiência mais frequente, com uma prevalência de cerca de 1:25000, exige especial atenção na prática clínica para o seu diagnóstico.

Apresenta-se o caso de um doente de 26 anos de idade com história de psoríase, tabagismo e otites de repetição na infância. Recorreu ao Serviço de Urgência por mal-estar, tosse, febre (temperatura máxima de 39ºC) e expetoração com 7 dias de evolução. A tomografia computorizada pulmonar mostrou infiltrado nodular centrilobar, coexistindo formações nodulares com áreas de cavitação no segmento superior do lobo inferior

esquerdo e derrame pleural à direitacom atelectasia passiva do lobo inferior homolateral. Realizada drenagem torácica com saída de 1000mL de líquido amarelado e espesso, sugestivo macroscopicamente de empiema, com exame citoquímico sugestivo de exsudado. Iniciada antibioterapia com piperacilina-tazobactam tendo internado na Unidade de Cuidados Intermédios para continuação dos cuidados. Em internamento foi objetivada em controlo analítico uma concentração indoseável de Imunoglobulina G, A e M. Em colaboração com Imunoalergologia decidiu-se efetuar uma reposição de imunoglobulinas, com excelente resposta tendo o doente tido atingindo a IgG no intervalo desejável.

O caso exemplifica a importância da colheita da história completa do doente e do enquadramento desta com a história da doença atual e com os achados laboratoriais. As manifestações de imunodeficiência de causa comum variável podem ser facilmente confundidas com infeções respiratórias mais comuns e o internista deve estar atento a uma história prolongada no tempo, especialmente de infeções recorrentes, para atingir o diagnóstico correto.

Nº 30 Estenose traqueal pós intubação prolongada: Uma complicação potencialmente fatal

Diana Ferreira Lopes(1); Rui Domingues(1); André Santa Cruz(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: A estenose traqueal é a uma complicação pouco frequente, com elevada morbimortalidade, associada à intubação prolongada. Habitualmente, as suas manifestações são tardias, inespecíficas e surgem apenas nas estenoses graves, tornando o diagnóstico precoce fundamental.

Caso Clínico: Homem de 67 anos, com antecedentes de depressão, ex-fumador de 30 unidades maço/ano, foi internado por pneumonia grave COVID-19, com necessidade de ventilação mecânica invasiva durante 56 dias: nos primeiros 15 dias por tubo endotraqueal e no tempo restante por traqueostomia. Após descanulação, cumpriu 5 semanas de reabilitação motora e respiratória, e teve alta sem oxigenoterapia. Um mês depois, foi avaliado em Consulta Externa de Medicina Interna onde referiu alteração recente da qualidade da voz e dispneia para médios esforços. Ao exame físico, não apresentava sinais de dificuldade respiratória nem alterações na auscultação pulmonar. Foi pedido estudo analítico (sem anemia ou elevação dos parâmetros inflamatórios) bem como consulta prioritária de otorrinolaringologia (ORL) e TC tórax Em consulta de ORL, apresentava já queixas de dispneia em repouso e estridor. Foi realizada laringoscopia que documentou estenose no terço medio da traqueia, com redução de 75% do lúmen. Fez broncoscopia rígida que mostrou estenose a 4 cm das cordas vocais, associada a malacia. Foi submetido a dilatação mecânica, com patência final de 90% e resolução dos sintomas. Nos dois meses seguintes teve duas recidivas, com intervenção e resultados semelhantes. Mantém-se assintomático, em vigilância em consulta de pneumologia e ORL.

Discussão: O caso clínico reforça a importância da suspeição diagnostica de estenose traqueal pós intubação, em doente com internamento prolongado, uma complicação tardia de elevada morbimortalidade. O diagnóstico precoce e o acompanhamento multidisciplinar são essenciais para a sobrevida destes doentes.

Nº 31 Sarcoidose Cavitária complicada com Aspergiloma

Mariana Nunes(1); Pedro Almeida(1); Beatriz Riquito(1); Elisabete Cerqueira(1); Olívia Cardoso(1); Fernando Salvador(1)

(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Introdução: A sarcoidose é uma doença sistémica caracterizada por infiltração tecidual com granulomas não caseosos. Os locais mais afetados são: pulmão, gânglios, pele e fígado. O diagnóstico requer manifestações clínicas e imagiológicas compatíveis; exclusão de outras doenças com apresentação semelhante e histologia com granulomas não caseosos. A sarcoidose pulmonar está ocasionalmente associada a complicações como o desenvolvimento de aspergiloma, principalmente em doentes com sarcoidose cavitária. A aspergilose surge mais frequentemente nos espaços quísticos dos lobos superiores e pode ser assintomática ou pode ter um desfecho fatal quando há invasão vascular, originando hemorragia maciça. Os micetomas por Aspergillus, são uma complicação infeciosa em doentes com sarcoidose em estádios radiológicos avançados III ou IV.

Caso Clínico: Homem, 59 anos, trabalhou na construção civil. Diagnostico de Sarcoidose em 2015 por Biopsia pulmonar por VATS pulmão direito: parênquima pulmonar com processo inflamatório crónico granulomatoso, compatível com Sarcoidose. Em 2018 PET mostrou doença inflamatória crónica em atividade nos pulmões, baço e gânglios. Fez tentativa de tratamento com corticoide sem resposta e posteriormente metotrexato que suspendeu por intolerância. Evoluiu com necessidade de oxigenioterapia que não cumpria. Em 2019 TAC tóráx com imagem sugestiva de Aspergiloma em cavitação no lobo superior direito. Indicação para iniciar Itraconazol que o doente não cumpriu. Em Agosto de 2022 deu entrada na Sala de Emergência em paragem cardiorespiratória por hemoptise maciça.

Discussão: As lesões cavitárias geralmente ocorrem na Sarcoidose ativa e grave, a sua evolução é imprevisível e complicações podem surgir. Relatamos um caso de Sarcoidose crónica em estadio avançado com lesão cavitária pulmonar onde ocorreu a formação de um aspergiloma que evoluiu com hemorragia maciça. Este caso alerta para uma grave e infrequente complicação evolutiva da Sarcoidose.

Nº 32 Um Coração em Apuros

Teresa Costa e Silva(1); Susana Franco(1); Célia Machado(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Mulher, 32 anos, natural de São Tomé e Príncipe.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia para pequenos esforços, dispneia paroxística noturna e ortopneia com uma semana de evolução. Referiu também dor torácica de caráter intermitente. Negou febre e outros sintomas associados.

História de hipertensão arterial mal controlada por incumprimento terapêutico. Cesariana 2 meses antes da admissão com nascimento de trigémeos, encontrando-se, à data de ida ao SU, a amamentar.

À observação, destaca-se: TA 156/113mmHg, FC 94bpm, SpO2 97% (ar ambiente), T 36,1ºC, auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações de relevo e edema até ao terço inferior das pernas, Godet ++.

Analiticamente: Hemoglobina (Hb) 11,6g/dL, Troponina I negativa, NTproBNP 1881pg/mL, D-dímeros 2,67mg/L, proteína C reativa (PCR) 0,47mg/dL; eletrocardiograma: ritmo sinusal sem alterações da repolarização ventricular; angio-tomografia computorizada

torácica: sem achados compatíveis com tromboembolismo pulmonar, cavidades cardíacas esquerdas dilatadas e ligeiro derrame pleural bilateral.

Dado contexto clínico, analítico e imagiológico admitido como diagnóstico mais provável o de Cardiomiopatia periparto. Iniciada terapêutica diurética endovenosa.

Em internamento, realizou ecocardiograma transtorácico que corroborou achados prévios com função sistólica global deprimida (fração de ejeção 39%), tendo sido introduzida terapêutica modificadora de prognóstico com dapagliflozina, beta-bloqueante, perindopril e espironolactona.

Apesar de por si só ser uma entidade rara, a cardiomiopatia periparto é também uma causa rara de insuficiência cardíaca e a sua suspeição deve ser levantada em doentes jovens, em gestação mas também em contexto de pós-parto, havendo uma maior predisposição aquando da existência de gravidez gemelar, como no caso desta doente.

Nº 001 Aplasia medular pós auto-transplante: "quando não se morre da doença e morre-se da cura"

Ana Carolina Monteiro(1); Martim Trovão Bastos(1); Carolina Chumbo(1); Filipa Figueiredo(1); Teresa Valido(1); Maria Clara Matos(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O risco de aplasia medular pós transplante e a imunodeficiência associada criam uma susceptibilidade significativa para infeções, predominantemente bacterianas, sendo esta uma importante causa de morbi-mortalidade apesar dos avanços na terapêutica de suporte, de antimicrobianos mais potentes, uso de fatores de crescimento, estratégias de profilaxia e das novas técnicas de diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 62 anos com história de gastrite e duodenite erosivas, diverticulose sigmóide e linfoma não Hodgkin B difuso de grandes células com envolvimento medular, submetida a quimioterapia e proposta para auto-transplante de medula. Cerca de 10 dias após o auto-transplante, inicia quadro de prostração, febre, hipotensão e oligúria.

Dos exames efetuados, destacam-se: Analiticamente: hemoglobina 10g/dl, leucócitos 0.1x109/L, neutrófilos 3%, plaquetas 35.000x109/L, creatinina 2.25mg/dl, ureia 152mg/dl, INR 1.7seg, aPTT 44seg, bilirrubina total 3.0mg/dl, PCR 44mg/dl, PCT 15ng/ml; Gasimetria arterial com acidemia metabólica e hiperlactacidémia (2.70); Hemoculturas com isolamento de Enterococcus Faecium; TAC abdomino-pélvica com edema parietal difuso do intestino delgado, cólon e recto sugestivo de enterocolite.

Admitido choque séptico com disfunção multiorgânica com ponto de partida em enterocolite com bacteriemia. Evolução com discrasia hemorrágica, hemorragia gastrointestinal, hemorragia massiva brônquica e óbito. Verificou-se posteriormente isolamento de Herpesvirus HHV6 no sangue (781copias/ml).

Conclusão:

Este caso evidencia duas possíveis complicações em contexto pós-transplante. A primeira é a enterocolite neutropénica que tem como fatores de risco a neutropenia, mucosite e patologias prévias do foro gastrointestinal, e que tem uma taxa de mortalidade superior a 50%. A segunda é a reactivação do Herpesvirus HHV-6, não só por estar associada a casos de encefalite, hepatite e pneumonite mas por prolongar o tempo ou até mesmo inibir o processo de enxerto do transplante, potenciando deste modo o tempo de mielossupressão, como ocorreu no caso apresentado.

Nº 002 Pneumonia bilateral nem sempre é vírica

Bernardo Silvério(1); Margarida Araújo(2); Marta Silva(2); Luís Lencastre(3)

(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Hospital Conde São Bento (2) Hospital Braga (3) Hospital de Braga

O *Mycoplasma pneumoniae* é um dos principais agentes causadores de infeção do trato respiratório. Embora seja mais frequente enquanto agente etiológico de infeções do trato respiratório alto, tendo sido mais frequente como etiologia de pneumonia adquirida na comunidade (PAC). A PAC por *Mycoplasma* é mais frequente em adolescentes e adultos jovens, no entanto, existe também um pico de infeção acima dos 60 anos. A apresentação típica é a tosse geralmente não produtiva, podendo ou não ter infiltrados na radiografia de tórax. As manifestações extra-pulmonares são mais raras, sendo a mais comum a cutânea.

Apresenta-se o caso de um homem de 66 anos, autónomo. Com antecedentes de doença renal crónica estadio 5 em programa regular de hemodiálise, fibrilação auricular e cardiopatia dilatada. Recorre ao Serviço de Urgência por tosse, dispneia e prostração com uma semana de evolução. Cumpriu Amoxicilina/Ácido Clavulânico e Azitromicina sem melhoria. À admissão, constada insuficiência respiratória hipoxémica grave. TAC torácica com extensas opacidades em vidro despolido, envolvendo cerca de 90% do parênquima pulmonar com áreas de consolidação pulmonar. Foi interpretado em contexto de provável pneumonia de etiologia vírica sobreinfetada e foi internado na Unidade de Cuidados Intermédios sob ventilação não invasiva (VNI). Iniciou empiricamente Piperacilina/Tazobactam.

Do estudo inicial efetuado, pesquisa de *Influenza* A e B, VSR e SARS-CoV2 negativas, antigenúrias de *Legionella* e Pneumococo negativas, hemoculturas sem isolamentos. Tendo em conta a fraca resposta à antibioterapia, em 3º dia de internamento, verificou-se serologia positiva para *Mycoplasma pneumoniae* e alterou-se antibioterapia para Doxiciclina.

Apesar dos esforços, verificou-se uma evolução desfavorável, com necessidade de VNI contínua com FiO2 crescentes. Realizou nova TAC torácica a mostrar extensas áreas de fibrose bilateral. Tendo em conta as comorbilidades, não foi candidato a ventilação mecânica invasiva e foram privilegiadas medidas de conforto. Acabou por falecer em 9º dia de internamento.

Serve o presente caso para relembrar que existem PAC causadas por agentes atípicos em pessoas de maior idade e que podem ser apresentações graves ameaçadoras de vida. É importante a elevada suspeição para a procura destes agentes e correto tratamento.

Nº 003 Anticoagulação em doentes obesos: always the same?

Beatriz Vargas Andrade(1); Bruno Castilho(1); Luís Morais(2); Catarina Gonçalves Coelho(1); Nuno Cotrim(1); Ana Rita Veiga(1); Ana Rita Moura(1); Kevin Domingues(1); Mariana Saraiva(1); Vítor Martins(1)

(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: A obesidade é uma epidemia global e a cirurgia bariátrica é cada vez mais uma opção. A extensão em que ambas alteram a eficácia dos anticoagulantes não é menosprezável e deve ser apreciada.

Caso Clínico: Reporta-se o caso de uma mulher, 55 anos, obesa, submetida a bypass

gástrico 6 dias antes da admissão. Recorreu ao serviço de urgência por quadro psicótico, ficando internada na Psiquiatria sob enoxaparina 40mg id, que mantinha desde a cirurgia. Ao 6º dia de internamento, desenvolveu quadro de diaforese, hipotensão, cianose labial e síncope. Encontrava-se pálida, suada, hipotensa (pressão arterial sistólica 85mmHg) e taquicárdica (135bpm), com saturação periférica de oxigénio 96% com oxigénio a 3L/min. Analiticamente com D-dímeros 11372ng/mL e Troponina de alta sensibilidade 182ng/L. O eletrocardiograma mostrou taquicardia sinusal e padrão S1Q3T3. A angiotomografia torácica revelou tromboembolismo pulmonar (TEP) maciço e apresentava disfunção do ventrículo direito no ecocardiograma sumário. Assumiu-se TEP de risco intermédio-alto e, após discussão multidisciplinar, foi submetida a fibrinólise in situ, mantendo terapêutica com heparina não fracionada durante 48h. Foi dada indicação para iniciar posteriormente rivaroxabano, contudo, dada a cirurgia bariátrica recente e os consequentes défices absortivos, optou-se por iniciar tinzaparina 175UI/Kg durante 3 meses. A doente realizou posteriormente cateterismo do coração direito, que não revelou sinais de hipertensão pulmonar.

Discussão: Este caso evidencia as alterações farmacocinéticas dos anticoagulantes em doentes obesos, bem como no contexto pós-cirurgia bariátrica. Enquanto a dose convencional de enoxaparina profilática é 40mg id, em doentes com índice de massa corporal >40Kg/m2 esta deve ser ajustada para 0.5mg/kg (1) ou 2id, consoante o risco trombótico. Entre os anticoagulantes orais diretos, o rivaroxabano e apixabano estão aconselhados no tratamento e profilaxia trombótica destes doentes. Já no pós-cirurgia bariátrica, o apixabano parece sofrer menores alterações farmacocinéticas, embora se deva evitar na fase aguda.

Nº 004 Miopericardite, a grande simuladora: a propósito de um caso clínico

Joana Sousa Varela(1); Joana Correia Lopes(1); Miguel Simões Rodrigues(1); Patrícia Ramos Dos Santos(1); Joana Araújo Correia(1); Mário Amaro(1); Francisca Delerue(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A miopericardite caracteriza-se pela extensão da inflamação do pericárdio ao miocárdio. Implica a presença de elevação dos valores de troponina mas com ausência de disfunção ventricular sistólica. O pilar é a exclusão da presença de síndrome coronário agudo (SCA) ou miocardite, uma vez que as abordagens destas são distintas. A principal etiologia é idiopática e viral.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 26 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares, recorre ao serviço de urgência por dor torácica, tipo opressão, com irradiação para os membros superiores com 4 dias de evolução. Nos 10 dias anteriores presença de febre, mialgias e tosse seca. Não apresentava alterações ao exame objetivo. Nos exames complementares a destacar ECG com supradesnivelamento de ST (SST) > 2 mm nas derivações inferiores e precordiais, troponina T hs 865 ng/L e ecocardiograma com boa função sistólica biventricular. Apresentava pesquisa de SARS-COV positiva. Dado a presença de dor contínua e subida de troponina (934ng/L), justificou-se a exclusão de SCA, não revelando a coronariografia emergente alterações. A ressonância miocárdica foi compatível com a hipótese de miopericardite no contexto de SARS-COV por presença de inflamação e edema do pericárdio e miocárdio. Foi medicado com colchicina e ibuprofeno com melhoria da sintomatologia e descida de troponina (778ng/L).

Discussão: A miopericardite ocorre sobretudo em jovens do sexo masculino após um síndrome viral. Por vezes pode mimetizar um SCA por se manifestar por dor contínua dado o envolvimento miocárdico, associado a SST e elevação da troponina, podendo ser necessário realizar coronariografia. Por outro lado, é necessário diferenciar de miocardite,

uma vez que, enquanto na miopericardite é recomendado terapêutica com anti-inflamatório não esteróide (AINE), na miocardite não há indicação, podendo este agravar o quadro. É, assim, essencial o reconhecer as especificidades do diagnóstico diferencial destas entidades.

Nº 005 Febre, mialgias e rash – qual o diagnóstico?

Ana Catarina Lopes Elias(1); Rita Gouveia(1); Helena Rocha(1); Ana Neves(1); Mariana Matos(1); João Rocha(1); Sérgio Madureira(1); Jorge Oliveira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Hospital S. Joao

Introdução: O estudo de febre compreende a avaliação de causa infeciosa, inflamatória e neoplásica. A história clínica é sobejamente importante, permitindo direcionar uma suspeita inicial e mantê-la, mesmo na presença de exames potencialmente menos corroborantes.

Caso Clínico: Uma mulher de 40 anos recorreu ao Serviço de Urgência por febre, mialgias na face anterior das coxas e rash no tórax anterior. Tinha história de lesões cutâneas nas articulações interfalângicas, dorso e palmas das mãos e face com (1) mês de evolução, medicada previamente com ciclo de 5 dias de corticóide com resolução. Não apresentava clínica focalizadora de infeção. Analiticamente com proteína C reativa de 150 mg/L e anemia normocítica normocrómica (Hb 10.(1) g/dL), sem outras alterações. Foi admitida na enfermaria de Medicina Interna para estudo. Manteve picos febris diários. O doseamento de creatinina quínase (CK) e mioglobina foi normal. Colheu hemoculturas seriadas e serologias *Coxiella, Borrelia, Rickettsia*, sífilis e víricas, que foram negativas. Realizou Tomografia Computorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica - sem lesões suspeitas ou focos de infecção - e exames endoscópicos - sem alterações. Doseamento de ANAs > 1/1000 com anticorpos anti-Jo(1) e Mi2 positivos (restante estudo imunológico negativo). Por suspeita clínica de miopatia inflamatória procedeu-se a Ressonância Magnética (RM) das coxas - padrão sugestivo de miosite, com envolvimento bilateral e edema. A biópsia muscular foi inconclusiva. As provas de função respiratória mostraram diminuição da capacidade de difusão de monóxido de carbono. Iniciou prednisolona (1) mg/Kg/dia com resposta clínica e analítica.

Discussão: Apresentamos um caso de estudo de febre com um diagnóstico final em construção. O atingimento cutâneo é sugestivo de Dermatomiosite, porém, o atingimento pulmonar incipiente e perfil de anticorpos poderá vir a determinar a presença de um Síndrome Anti-síntetase.

Nº 006 Não é sempre um AVC

Ana Catarina Lopes Elias(1); João Rocha(1); Sérgio Madureira(1); Helena Rocha(1); Mariana Matos(1); Ana Neves(1); Rita Gouveia(1); Jorge Oliveira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Hospital S. Joao

Introdução: As alterações neurológicas agudas são frequentes no Serviço de Urgência (SU), sendo o Acidente Vascular Cerebral (AVC) o diagnóstico mais comum. Apresentamos um caso clínico que pretende alertar para a importância do estudo destes doentes, mantendo presente os vários diagnósticos diferenciais.

Caso Clínico: Uma mulher de 73 anos recorreu ao SU por perda de força no membro inferior esquerdo (MIE) com mais de (1) semana de evolução.

A doente tinha história de Hipertensão Arterial de causa renovascular, Dislipidemia e AVC sem sequelas, secundário a doença aterosclerótica de pequenos vasos.

O exame neurológico demonstrou queda do membro superior esquerdo (MSE) na prova dos braços estendidos, plegia do MIE e reflexo cutâneo plantar indiferente à esquerda. Não tinha alterações analíticas relevants e a tomografia computorizada (TC) cerebral não mostrou imagem isquémica/hemorrágica aguda. Foi admitida na enfermaria de Medicina Interna por possível AVC isquémico.

Evoluiu com estabilidade neurológica, acrescentando-se reflexos osteotendinosos pouco vivos no MIE. Prosseguido estudo com Ressonância Magnética (RM) cerebral, que não mostrou lesões isquémicas ou de outra etiologia, e RM da coluna, igualmente sem alterações. Realizou então Eletromiografia – estudos de condução motora com sinais de lesão neurogénica em diferentes fases de evolução muito grave nos músculos do MIE e de gravidade moderada no MID, retos abdominais bilateralmente e MSE, achados que traduziam processo lesional difuso do neurónio motor inferior e corroboraram o diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica.

Discussão: Apresentamos um caso de suspeita de AVC cujo diagnóstico final foi Esclerose Lateral Amiotrófica. O AVC apresenta vários mimetizadores que são o diagnóstico final em até 50% admitidos no hospital com essa suspeita. Apresentações clínicas atípicas e exame neurológico não completamente congruente podem alertar para outros diagnósticos.

Nº 007 Lesao ocupando espaço - diagnostico diferencial

Marta Rosário(1); Luis Forte(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Os quistos neuroepiteliais, grupo heterogéneo de lesões, são colecções de fluido semelhante ao liquor revestidas por epitélio, frequentemente encontrados nos ventrículos laterais e fenda coroidea, sendo a localização intra-parenquimatosa relativamente rara.

Podem ocorrer em qualquer idade, mas são mais frequentes nos adultos/idosos.

Os quistos NE intra-parenquimatosos localizam-se mais frequentemente nos lobos frontais, em topografia cortical, limites bem definidos, homogéneos, sem efeito de massa e sem edema perilesional, podem variar de mm a vários cm.

Os quistos intra parenquimatosos podem estar associados a cefaleias, convulsões e raramente a distúrbios do movimento (tremor, hemibalismo).

Nas lesões sintomáticas, em especial nas que têm efeito de massa, coloca-se habitualmente indicação cirúrgica

No diagnóstico diferencial destas lesões devem ser consideradas outras lesões quísticas, nomeadamente quistos porencefálicos, dilatações dos espaços peri-vasculares, quistos aracnóideos e epidermóides, e quistos infecciosos.

Os autores apresentam o caso clinico de uma doente de 67 anos que se apresenta no serviço de urgência com o quadro clinico de desorientação, lentificação e lapsos de memória. Sem antecedentes pessoais relevantes. Fez TC que revelou lesão ocupando espaço de etiologia a esclarecer com necessidade de realização de RMN que revelou quisto neuroepitelial volumoso intraparenquimatoso parieto... Pedida observação por neurocirurgia.

O padrão imagiológico destas lesões é bastante típico, sendo relativamente limitado o seu diagnóstico diferencial. Embora raros e frequentemente assintomáticos (diagnosticados acidentalmente em exames de imagem), os quistos NE intra-parenquimatosos devem ser considerados no diagnóstico diferencial de lesões quísticas parenquimatosas. A RM-CE é o estudo fundamental para estabelecer o diagnóstico.

Os autores demonstram a importância do diagnóstico diferencial das lesões ocupando espaço cerebrais e o seu tratamento diferencial.

Nº 008 Vasculite granulomatosa necrotizante associada ao uso de cocaína – a propósito de um caso clínico

Rafael Marques(1); Paulo Gonçalves(1); Mafalda Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: O uso crónico de cocaína é um problema de saúde pública conhecido, sobretudo o potencial de necrose pela isquemia secundária à vasoconstrição, culminando em diversas complicações.

Caso clínico: Mulher de 37 anos, seguida em consulta externa (CE) de Otorrinolaringologia por obstrução nasal crónica. Referenciada à CE de doenças auto-imunes por suspeita de vasculite necrotizante com atingimento do septo nasal (SN). História de obstrução, dor e crostas nasais com (1) ano de evolução associado a agravamento do olfato e paladar. Assume consumo nasal crónico de cocaína desde os 23 anos. Ao exame objetivo verifica-se perfuração do SN, sem nariz em sela, sem adenopatias palpáveis, sem alterações cutâneas e auscultação pulmonar sem ruídos adventícios. Do estudo realça-se VS 54 mm e elevação dos parâmetros inflamatórios, função renal normal, ANA, ANCA e anticorpo HIV negativo; espirometria e capacidade de transferência alveolo-capilar do CO normais; pesquisa de drogas na urina positiva para benzodiazepinas e cocaína. TC dos seios nasais com destruição parcial do SN, palato e esqueleto ósseo dos cornetos inferiores; TC toraco-abdomino-pélvico sem alterações. Realizada biópsia nasal a descrever proliferação vascular arteriolar, paredes espessadas com necrose e granulomas. Assumido diagnostico de vasculite granulomatosa necrotizante, localizada, precipitada pelo uso nasal crónico de cocaína. Explicada importância de abstinência sustentada do estímulo e, pela inflamação e lesões destrutivas, iniciou ciclo de prednisolona oral 1mg/Kg/dia durante (1) mês e metotrexato semanal com antibioterapia profilática, com resposta clínica. Continua sem evidência de doença sistémica.

Discussão: Este caso ilustra uma das complicações do abuso crónico nasal de cocaína, muitas vezes com quadros clínicos semelhantes às vasculites ANCA+ ou precipitando-as. A sua cessação é essencial. Contudo, pode ser necessária terapêutica médica individualizada para controlo da inflamação.

Nº 009 Trombocitopenia grave no carcinoma da mama metastizado

Ana Carlota Caetano(1); Marisa Rosete(1); Alda Tavares(1); Marta Amaral(1); Rui Silva(1); Gabriela Sousa(1)

(1) IPO Coimbra

Introdução: O carcinoma da mama é a segunda causa de morte por cancro na mulher e, no contexto de doença metastizada, constitui uma causa importante de morbilidade e de internamento hospitalar.

Caso clínico: Mulher de 4(1) anos, com carcinoma da mama esquerda luminal B-like HER2 positivo diagnosticado em 2014 em estadio IB. Realizou quimioterapia neoadjuvante,

mastectomia total, radioterapia adjuvante e hormonoterapia adjuvante. Desde Agosto de 202(1) que se encontrava em controlo clínico. Em Agosto de 2022 a doente referiu em consulta dorsolombalgia com 2 meses de evolução. Ficou internada no Serviço de Oncologia Médica (OM) para controlo sintomático e estudo. O estudo analítico revelou anemia microcítica hipocrómica (Hb 7.4 g/dL), trombocitopenia (24000/uL) e elevação do CEA e CA15.3. Realizou exames de imagem que revelaram metastização ganglionar e óssea maciça. Ao longo do internamento verificou-se agravamento da trombocitopenia (mínimo 6000/uL) com anticorpos antiplaquetares positivos, sem rendimento transfusional e sem resposta a corticoterapia. Dada a trombocitopenia grave, não seria possível fazer quimioterapia. A doente foi avaliada pela Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos. Os principais focos de intervenção foram o risco elevado de hemorragia catastrófica e o sofrimento emocional reativo à doença oncológica. Foi elaborada directiva antecipada de vontade, aceitando a doente sedação paliativa em caso de hemorragia grave. A equipa prestou apoio psicológico à doente, filho de 1(1) anos e pai. O caso foi discutido em reunião de OM e, tendo a doente bom estado geral, apesar da escassez de evidência clínica, decidiu-se fazer trastuzumab em associação com hormonoterapia. Após apenas (1) ciclo verificou-se redução dos marcadores tumorais e subida das plaquetas para 27000/uL. A doente mantém tratamento sistémico e seguimento partilhado nos Cuidados Paliativos, já sendo autónoma.

Discussão: A infiltração medular óssea com trombocitopenia grave é um evento muito raro nos doentes com cancro da mama e metastização óssea. Pretende-se chamar a atenção para a necessidade de intervenção multidisciplinar e introdução precoce dos cuidados paliativos, com benefício na melhoria da qualidade de vida.

Nº 010 Enteropatia associada ao VIH como apresentação inaugural da infeção

Maria Margarida Rosado(1); Mikael Xufre(1); Marta Segurado Duarte(1); Raquel Pinho(1); Nuno Bernardino Vieira(1); Luísa Arez(1)

(1) Hospital do Barlavento Algarvio

Introdução: A diarreia é uma complicação da infeção por VIH, sendo a etiologia infeciosa a mais comum. Com o advento da terapêutica antirretroviral (TARV), as causas não infeciosas aumentaram, sendo a enteropatia associada ao VIH uma destas etiologias.

Caso Clínico: Homem, 4(1) anos, paquistanês, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor abdominal, diarreia com sangue e febre com 5 dias de evolução. Efetuou sigmoidoscopia com congestão mucosa grave, sugestiva de colite infeciosa, tendo sido medicado com Metronidazol e Ciprofloxacina. Após 15 dias, retorna ao SU por manutenção do quadro. Ao exame objetivo, hipotenso, febril e desidratado. Analiticamente, elevação dos parâmetros inflamatórios e teste rápido VIH positivo. Ficou internado por suspeita de colite infeciosa em doente com diagnóstico inaugural de VIH (contagem CD4+ 192 cél/mm3 e carga viral 260 cópias/mL), tendo mantido antibioterapia (AB) empírica e iniciado TARV. 2 hemoculturas, urocultura, 3 coproculturas com pesquisa de ovos e parasitas e pesquisa de BK, antigénio *Cryptosporidium* e pesquisa toxina *C. difficile* negativos, IGRA, ANCAs e ASMA negativos, TC abdominopélvica com espessamento parietal cólico e colonoscopia com hiperemia da mucosa e úlceras profundas com exsudado branco. Manutenção do quadro após 5 dias de AB, tendo, por IgG CMV positiva, iniciado terapêutica com Ganciclovir. Biópsia com sinais de inflamação aguda e crónica inespecífica e CMV negativo, tendo sido suspenso Ganciclovir e mantida terapêutica de suporte e TARV, com resolução do quadro. Dada a exclusão de todas as etiologias alternativas, conclui tratar-se de enteropatia associada ao HIV.

Discussão e Conclusão: A enteropatia associada ao VIH pode ocorrer em qualquer fase da infeção, tendo, no caso apresentado, sido a manifestação inicial. O diagnóstico é

de exclusão, sendo necessário estudo microbiológico e endoscópico para excluir outras causas de diarreia. O tratamento consiste na TARV e terapêutica de suporte que, neste caso, culminou na resolução da diarreia.

Nº 011 Uma doença da criança no adulto

Sara Frazão de Brito(1); João Horta Antunes(1); Rafaela Gonçalves(1); Bárbara Picado(1); Célia Machado(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A maioria dos casos de vasculite a imunoglobulina A (IgA), previamente designada púrpura de Henoch-Schonlein, ocorre em crianças sendo rara em adultos.(1) Este caso demonstra a importância do estudo completo da vasculite para permitir o correto diagnóstico.

Caso clínico: Homem, 82 anos, autónomo. História de doença do interstício pulmonar, provável pneumonite de hipersensibilidade, a fazer prednisolona 5mg e brometo de umeclidínio/vilanterol 55/22µg. Recorre ao Serviço de Urgência por aparecimento de lesões cutâneas arroxeadas, predominantemente nos membros inferiores, confluentes. Concomitantemente, episódio de diarreia e tosse pouco produtiva, bem como início recente de omeprazol. Da observação destacava-se polipneia, crepitações na metade inferior dos hemitóraces e extensa e exuberante púrpura palpável predominando nos membros inferiores. Analiticamente com leucocitose de 14.300, neutrofilia 86%, plaquetas 480.000, TP e aPTT normais, d-dímeros 7,12 mg/dL, ureia 4(1) mg/dL, creatinina 0,7(1) mg/dL, proteína C reativa 13,86 mg/dL, Urina II com vestígios de proteínas, hemoglobina 1+. Radiografia de tórax com infiltrado algodonoso bilateral. Assumido diagnóstico de púrpura palpável, em provável contexto pós-infecioso ou toma de novo fármaco, e traqueobronquite aguda com hipoxemia. Do estudo auto-imune a destacar aumento da IgA 922 mg/dL, proteinúria de 368mg/24 horas. Realizou biópsia cutânea por microscopia ótica (impossibilidade de realizar imunofluorescência) que revelou vasculite leucocitoclástica. Deste modo, assumiu-se provável vasculite a IgA.

Discussão: Frequentemente a vasculite a IgA ocorre após infeção viral ou bacteriana, culminando com a deposição de complexos imunes em pequenos vasos; na população adulta/idosa está associada a pior prognóstico, pelo risco a longo prazo de evolução para doença renal crónica por glomerulonefrite, sendo por isso essencial o seguimento regular destes doentes por longos períodos.

1. Gouveia AI, Lopes L, Freitas JP. Púrpura de Henoch-Schönlein (vasculite por iga) no adulto. Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology. 2016;74(3):265–71.

Nº 012 Não é Varicela, é doença de Behçet

Rui Lourenço Gonçalves Fernandes(1); Ana Carolina Henriques(1); Francisco Barreto(1); Maria Inês Correia(1); Teresa Faria(1)

(1) Hospital Nélio Mendonça

Introdução: A doença de Behçet é uma perturbação inflamatória sistémica, crónica, e tipicamente caracterizada pela presença de úlceras orais, genitais, uveíte e lesões cutâneas. Descrevemos o caso de uma mulher de 40 anos, sem antecedentes de úlceras recorrentes, admitida por suspeita de Varicela no adulto mas cujo internamento culminou com o diagnostico de Doença de Behçet (DB).

Caso clínico: Mulher caucasiana de 40 anos é admitida no SU por quadro febril com 7 dias de evolução, seguido de uma erupção acneiforme dolorosa e não pruriginosa, úlceras orais e vaginais, artrite tibio-társica e visão turva. Ao exame objetivo, para além das alterações mucocutâneas, salientava-se a presença de ptose palpebral esquerda e anisocoria. Analiticamente, 20,4×10^3µL leucócitos com 87% de neutrófilos e PCR 47(1) mg/L. Ainda no SU, punção lombar, TC-CE e RM-CE foram realizadas, ambas sem alterações relevantes neste contexto. Apesar destes resutados iniciou Aciclovir e Ceftriaxone por suspeita de Varicela no adulto complicada de meningoencefalite, e foi internada no serviço de Infeciologia. Por manutenção do quadro de admissão e após exclusão de infeção ativa, colocou-se a hipótese doença de Behçet, apoiada posteriormente pelo teste de patergia e positividade para HLA-B51. A suspeita de uveite não foi confirmada pela oftlamológia. O início de corticoterapia, Prednisolona 30mg/dia, aliada à colchicina, conduziu a resolução do quadro febril e cicatrização das lesões mucocutâneas.

Discussão: A doença de Behçet é uma vasculite capaz de envolver qualquer tipo de vaso sanguíneo e de apresentação potencialmente sistémica. O caso acima descrito revela uma apresentação atípica da doença de Behçet numa doente sem qualquer antecedente prévio. Tal, vem reforçar a necessidade de um elevado grau de suspeição para um diagnóstico atempado.

Nº 013 Doença de Cushing com hiperplasia das suprarrenais e hiperparatiroidismo secundário síncrono

Rui Lourenço Gonçalves Fernandes(1); Ana Carolina Henriques(1); Francisco Barreto(1); Maria Inês Correia(1); Teresa Faria(1)

(1) Hospital Nélio Mendonça

Introdução: A doença de Cushing (DC) é uma disfunção endócrina que resulta de um estado de hipercortisolismo crónico. A maioria dos casos de DC resultam da produção anormal da hormona ACTH e consequente hiperestimulação adrenal. Descrevemos um caso de hipocaliemia refratária cuja o internamento culminou com o diagnóstico de DC de origem hipofisária com hiperplasia bilateral das suprarrenais, e um diagnóstico simultâneo de hiperparatiroidismo secundário.

Caso clínico: Mulher de 52 anos com antecedentes de osteoporose (T-score < 2.5), recorreu ao SU por quadro progressivo de adinamia, astenia e náuseas. Ao exame objetivo, excesso de peso e hipertensão grau I. Analiticamente, hipocaliemia grave (K+1.9mEq/L) com alcalémia metabólica e achatamento das ondas T no eletrocardiograma. Foi admitida para correção e estudo da hipocaliemia. Da evolução do internamento a destacar, hipocaliemia refratária, hipertensão grau I resistente, *flushing* e fragilidade cutânea. Do estudo hormonal, elevação do cortisol urinário (2248ug/24), da ACTH (122pg/mL) e da PTH (232pg/ml), e níveis diminuídos de cálcio (7.18mg/dL) e vitamina D (5ng/ml). TC mostrava hiperplasia bilateral das glândulas suprarrenais e adenoma da hipófise, posteriormente confirmado por RM. Após equilíbrio iónico e controlo tensional, a doente foi submetida a adenomectomia trans-naso-esfenoidal. No imediato, foi possível atingir controlo da hipertensão e da hipocaliémia, assim como, normalização dos níveis de cortisol e ACTH no pós-operatório. Aos 6 meses de follow-up a doente encontra-se dependente de substituição hormonal.

Discussão: No caso aqui apresentado foi possível constatar um conjunto de sinais e sintomas típicos de hipercortisolimo, entretanto corroborados pela elevação do cortisol urinário e da ACTH. Os níveis normalizados de cortisol com baixos níveis de ACTH após a tumorectomia, permite-nos deduzir uma DC ACTH-dependente de

origem hipofisária. A hiperplasia das suprarrenais deve-se à estimulação continuada pela ACTH. Simultaneamente, apresentava um diagnóstico laboratorial de hiperparatiroidismo secundário ao défice de vitamina D, contribuindo também para uma osteoporose precoce.

Nº 014 Tuberculose disseminada em tempos de COVID-19: Importância de vigilância em doentes imunossuprimidos

Sara Mateus Mahomed(1); Paula Rocha(1); António Pais Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução Apesar dos casos de tuberculose (TB) terem vindo a diminuir, Portugal continua a ser o país da Europa Ocidental com as taxas de incidência mais elevadas. Ademais, desde a pandemia da COVID-19, que a mediana de dias até ao diagnóstico de TB tem vindo a aumentar.

Caso Clínico No pico da incidência da pandemia por SARS-CoV-2, um homem de 67 anos, capelão hospitalar, com adenocarcinoma da próstata e doença de Crohn, recorreu ao SU por quadro de febre, mal-estar geral, anorexia, astenia e perda de peso não valorizável nos últimos meses. Associa início de quadro a terapêutica com Adalimumab 5 meses antes, referindo quadro ligeiro com agravamento progressivo. O estudo pré-biológico tinha sido negativo. Analiticamente, sem leucocitose, com linfopenia (390), PCR 8.50 mg/dL, VS 37 mm, D-dímeros 18.30 mg/dL. Angio-TC revelando áreas pulmonares em vidro despolido, derrame pleural mais evidente à direita, derrame pericárdico ligeiro, ascite moderada de novo e adenomegalias mediastínicas. Realizou pesquisa de BAAR negativa na expetoração. Colocou-se como hipóteses diagnósticas: TB ou outro quadro infecioso, doença autoimune paradoxal associada a Adalimumab ou doença neoplásica. No estudo etiológico, realizou: hemoculturas, urocultura, antigenurias, serologias, pesquisa de autoanticorpos, imunofixação e cintigrafia óssea cujos resultados foram negativos. Realizou broncofibroscopia com PCR positiva para *M. tuberculosis* em secreções brônquicas e lavado broncoalveolar. Ao 16º dia de internamento, foi diagnosticado com TB disseminada, tendo iniciado terapêutica antituberculosa com HRZE, com melhoria clínica alta ao 37º dia de internamento.

Conclusão: O doente apresentava fatores de risco para o desenvolvimento de TB, nomeadamente o contacto com doentes de alto risco (capelão hospitalar) e tratamento imunossupressor. Durante a pandemia, outras infeções para além da COVID-19 sofreram um atraso no seu diagnóstico. Este caso reforça a importância da vigilância ativa em indivíduos imunossuprimidos com exposição de alto risco e da investigação diagnóstica precoce de tuberculose nestes casos.

Nº 015 Hipercalcémia como manifestação inicial de Linfoma de células B

Constantin Sitari(1); Paulo Augusto Alano(1); João Pires Santos(1); Nina Den Boer(1); Luis Gonçalves Vicente(1); José Manuel Ferreira(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introdução: A hipercalcémia (HCa) é a síndrome paraneoplásica mais comum, afetando 20-30% dos doentes com neoplasias sólidas e hematológicas. Destas o Mieloma Múltiplo é a que apresenta maior frequência, entre 10 e 60% dos casos. No entanto, no linfoma de células B, a presença de hipercalcemia é rara (7-8% dos casos).

Caso clínico: Mulher de 69 anos com antecedentes de hipotiroidismo. Recorreu ao serviço de urgência por confusão mental, dor abdominal difusa e náuseas com 3 dias de evolução. Refere ainda quadro inespecífico de anorexia e astenia desde há 4-5 meses, que não valorizou. À admissão no SU identificada HCa grave (Ca ionizado 2.57 mmol/L, Ca sérico 20.(1) mg/dL). Iniciou fluidoterapia agressiva e acido zolendrónico. Apesar de diurese adequada e melhoria inicial verificou-se novo aumento da calcémia pelo que foi necessário hemodialise com boa resposta e sem intercorrências. Do estudo efetuado salienta-se Paratormona, função tiroideia e Fosfatase Alcalina normal, LDH 1200 U/L, VitD 28 ng/mL, B2microglobulina 5.35 mg/L, cadeias leves kapa 190 mg/dL, cadeis leves lambda 67 mg/dL. Eletroforese de proteínas sem alterações de relevo. Imagiologicamente evidência de adenopatias de tipo linfomatoso ao nível axilar bilateral e supraclaviculares, sem outras alterações. Realizada bíopsia medular e óssea que confirmou diagnóstico de Linfoma B. Durante a permanência no internamento houve agravamento clínico, com várias complicações hemorrágicas e analiticamente com pancitopenia. Realizou suporte transfusional, iniciou ciclo de QT, tendo evoluído para neutropenia febril com choque séptico, com necessidade de admissão em UCI, onde faleceu.

Discussão: A hipercalcemia é relativamente comum em doentes com neoplasias, contudo é rara em doentes com Linfoma B. O diagnóstico etiológico precoce é essencial para desfecho e prognóstico, e deve ser realizado concomitante com o tratamento da hipercalcémia.

Nº 016 Todos os caminhos levam à Hipertensão Pulmonar - Um caso de Esclerose Sistémica

Mafalda Vasconcelos(1); Patrícia Moreira(1); Catarina Relvas(1); João Espírito Santo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A esclerose sistémica é uma doença inflamatória sistémica caracterizada por esclerodermia e envolvimento multiorgânico, sendo a hipertensão pulmonar a complicação mais associada a mortalidade.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 65 anos, com hábitos tabágicos pregressos, apresentou-se com dificuldade respiratória, que já tinha motivado múltiplas admissões hospitalares no ano anterior. Apresentava também perda ponderal, esclerodermia que se estendia até às articulações metacarpofalângicas, fenómeno de Raynaud com úlceras digitais e telangiectasias da face e do tronco. Do estudo auto-imune, destacava-se positividade dos anticorpos anti-nucleares e anti-centrómero. Estes são sinais característicos da esclerose sistémica cutânea limitada, anteriormente conhecida como síndrome de CREST. Foi realizada capilaroscopia, que mostrou megacapilares e microhemorragias, um padrão consistente com fenómeno de Raynaud secundário. O ecocardiograma transtorácico revelou sinais de sobrecarga das cavidades direitas e hipertensão pulmonar

moderada, que foi confirmada com cateterismo cardíaco direito. A TC torácica mostrou opacidades bilaterais em vidro despolido. Durante o seguimento em consulta, apresentou outras complicações da evolução da esclerose sistémica, nomeadamente dilatação e aperistalse esofágica e tromboembolismo pulmonar com trombo em sela. Apesar da terapêutica com corticoide, bloqueador dos canais de cálcio, inibidor da fosfodiesterase, antagonista do recetor da endotelina e, numa fase posterior, metotrexato, a capacidade pulmonar do doente continuou a deteriorar-se, culminando no óbito.

Conclusão: Este doente foi diagnosticado numa idade relativamente avançada e num estadio tardio da doença, o que condicionou uma capacidade funcional baixa e um prognóstico desfavorável. O presente caso ilustra as múltiplas causas de hipertensão pulmonar na esclerose sistémica, nomeadamente lesão endotelial, fibrose pulmonar e eventos tromboembólicos.

Nº 017 Líquen plano após infeção por COVID-19: a propósito de um caso.

Luzia Salome Afonso Amaro Bismarck(1); Catarina Correia(2); L. Soares-De-Almeida(2); Paulo Filipe(2)

(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: O líquen plano (LP) é uma dermatose inflamatória mucocutânea, que afeta 1-2% da população e é mais prevalente nas mulheres. A sua etiopatogenia ainda não está totalmente esclarecida. Apesar da maioria dos casos serem idiopáticos, determinados *triggers,* como infeções, medicamentos ou vacinas, podem desencadear o seu aparecimento.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino de 45 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorreu ao Serviço de Urgência de Dermatologia por pápulas pruriginosas violáceas descamativas, planas e poligonais, localizadas nos antebraços, punhos, pernas e tornozelos, com início 2 dias após infeção por SARS-CoV-2. Realizada biópsia cutânea que confirmou o diagnóstico de líquen plano. Realizou 3 doses da vacina Cominarty-Pfizer sem aparecimento de lesões nem agravamento das lesões pré-existentes.

Discussão: No caso reportado, o intervalo temporal entre a infeção por SARS-CoV-2 e o aparecimento do LP, sugere que esta dermatose possa ter sido desencadeada por esta infeção. As alterações imunológicas induzidas pela infeção por COVID-19 podem explicar a tendência para o aparecimento de LP nestes doentes, assim como as alterações associadas ao LP são similares às despoletadas pela infeção COVID -19. Apesar de já existirem alguns casos descritos, ainda são necessários estudos que incluam uma amostra populacional significativa para validar esta associação.

Nº 018 Envolvimento gastrointestinal no lúpus eritematoso sistémico: um caso raro

Mafalda Silva Dias(1); Gonçalo Ruas(1); Isabel Costa(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença inflamatória sistémica que afeta frequentemente a pele e articulações, podendo afetar outros órgãos. O presente caso relata a afeção do sistema gastrointestinal que, por ser raro, foi um desafio diagnóstico.

Caso clínico: Mulher, 54 anos, natural de Cabo Verde, antecedentes de LES, diagnosticado há 10 anos. Medicada com hidroxicloroquina, 400 mg e prednisolona, 20 mg (desde 2010). Internamento em Junho de 2022 por parasitose intestinal a *Blastocystis* e pneumatose intestinal. Internada de novo, eletivamente, em Agosto por náuseas, vómitos e distensão abdominal com (1) mês de evolução. Referia (1) a 2 vómitos por semana, apesar de medicada com domperidona em esquema. Analiticamente com anemia ferropénica, leucopénia e hipoalbuminémia. A TC-abdominopélvica apresentava distensão de todo o trato gastrointestinal - íleus mas sem sinais de oclusão mecânica. No internamento, realizou estudo etiológico extenso: trânsito esofágico sem obstrução, manometria esofágica que confirmou a ausência total de peristalse, exame bacteriológico das fezes negativo, imunoglobulina E (IgE) negativa, *Interferon Gamma Release Assay* (IGRA) negativo. O caso foi discutido com Reumatologia e Gastroenterologia e, por estarem excluídas outras possíveis causas para este quadro, nomeadamente persistência da infeção a *Blastocystis* ou de pneumatose intestinal, assumiu-se uma paresia intestinal secundária a LES. A apoiar esta hipótese, apresentavam-se alterações analíticas compatíveis com *flare* lúpico (bicitopénia, elevação da velocidade de sedimentação, consumo do complemento e elevação dos anticorpos anti-dsDNA). Neste contexto, a doente realizou prova terapêutica com prednisolona e imunoglobulina endovenosa com melhoria clínica e analítica.

Discussão: O LES é uma doença sistémica e as suas exacerbações podem assumir inúmeras formas. O envolvimento gastrointestinal é raro e o seu diagnóstico foi desafiante.

Nº 019 Os olhos: a janela da alma e do diagnóstico

Joana Pereira de Melo(1); Hugo Ventura(2); Carla Matias(1); Joana Marques(2); Ana Gomes(2); Edite Nascimento(2)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE (2) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A Síndrome de Locked-in (SLI) é um estado de vigília que cursa com tetraplegia, incapacidade de falar ou deglutir, mas consciência preservada, pestanejo e movimentos oculares verticais intactos. Trata-se de um quadro catastrófico, frequentemente causado por acidentes vasculares cerebrais (AVC), da artéria basilar ou região pontina.

Mulher, 66 anos, autónoma, recorre ao serviço de urgência por parestesias da língua e hemiface direita, autolimitadas, tonturas agravadas pelo movimento cefálico e incapacidade para marcha. Apresentava oftalmoparésia, sugestivo de oftalmoplegia internuclear (OIN) bilateral, nistagmo evocado vertical superior e inferior. Eletrocardiograma em fibrilhação auricular. Tomografia computorizada crânio-encefálica (TC-CE) com hipodensidade ténue protuberancial parassagital esquerda, sendo internada.

Do estudo analítico, a destacar colesterol total 202 mg/dL, lipoproteínas de baixa

densidade 12(1) mg/dL, triglicerídeos 167 mg/dL. Doente apresentou agravamento neurológico progressivo com tetraplegia, afasia global e disfagia grave, culminando num quadro de SLI, apenas reagindo com movimentos oculares verticais e pestanejo. Repetiu TC-CE com lesões isquémicas agudas extensas, envolvendo a protuberância, ambos os hemisférios cerebelosos e o parênquima corticossubcortical temporal basal posterior direito, refletindo enfartes agudos em território vertebro-basilar.

Este caso alerta para AVC isquémicos no território vertebro-basilar, com clínica inicial fruste, mas evolução desfavorável para SLI, tendo como sinal de alarme OIN bilateral. A SLI é uma entidade com mau prognóstico, associada a mortalidade precoce e na maioria das vezes considerada irreversível. Para estabelecer este diagnóstico é imperativo demonstrar preservação de consciência, vigília e função cognitiva. No entanto existem casos raros de recuperação de algumas funções aquando da reperfusão precoce da artéria basilar, que melhora consideravelmente o prognóstico.

Nº 020 Acidente vascular cerebral como manifestação de neurossífilis

Catarina Carreira Costa(1); Motasem Shamasna(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

A neurossífilis corresponde à invasão do Sistema Nervoso Central (SNC) pelo *Treponema pallidum*. A persistência da infeção no SNC é responsável por manifestações neurológicas precoces, como disfunção dos nervos cranianos, meningite, acidente vascular cerebral (AVC), alterações agudas do estado mental, alterações auditivas ou oftalmológicas.

Homem de 29 anos, leucodérmico, saudável, deu entrada no serviço de urgência por instalação súbita de disartria e parestesias no hemicorpo esquerdo, e um mês de evolução de cefaleia bifrontal persistente associada a náuseas e vómitos. À observação, sem alterações ao exame neurológico ou sinais meníngeos. A Tomografia Computorizada crânio-encefálica (TC-CE) mostrou hipodensidade no braço anterior da cápsula interna direita, admitindo-se lesão vascular isquémica recente, depois confirmada por Ressonância Magnética (RM). A Angio-RM cerebral evidenciou ainda estenoses severas segmentares da artéria carótida interna direita. O doente foi internado com o diagnóstico de AVC isquémico no território da artéria cerebral média direita e iniciou antiagregação plaquetária. No decurso da investigação etiológica, revelaram-se positivas as serologias de VIH (1) e 2, anticorpo anti *Treponema pallidum*, e *Rapid Plasma Reagin* com titulação de 1/256. Foi colocada a hipótese de neurossífilis. O exame do líquor evidenciou pleocitose linfocitária (8(1) células/mm3), proteinoráquia (143 mg/dL) e VDRL 1/16. Iniciou benzilpenincilina com melhoria da cefaleia, para além de terapêutica anti-retrovirica, tendo sido referenciado a consulta de doenças infeciosas após alta.

Uma das manifestações mais comuns da neurossífilis, o AVC, enquadra-se na sífilis meningovascular, que é responsável por cerca de 30% de todos os casos. Neste caso, para além de se ter apresentado como complicação vascular, foi precedida de meningite sifilítica. As apresentações atípicas, subtis com um diagnóstico nem sempre linear, faz com que seja necessário uma suspeita e investigação ativa.

Nº 021 Uma causa menos frequente de colite isquémica no idoso

Mariana Fernandes(1); Francisca Leitão(1); Mafalda Sequeira(1); Bruno Sousa(1); Catarina Araújo(1); Tiago Judas(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A isquemia intestinal, pode afetar qualquer segmento do intestino, resultando de qualquer processo que reduza o fluxo sanguíneo intestinal, incluindo mecanismos embólico arterial, aterosclerótico, trombótico venoso ou hipoperfusão. Pode ser classificada em aguda ou crónica, de acordo com o tempo de evolução, sendo mais frequentes os eventos agudos. A incidência tem vindo a aumentar, provavelmente como consequência do envelhecimento populacional com elevada incidência de fatores de risco cardiovasculares.

Caso cínico: Doente do sexo feminino, 87 anos, com antecedentes pessoais de lúpus eritematoso sistémico (LES), insuficiência valvular aórtica e mitral, hipertensão arterial, dislipidemia e patologia osteodegenerativa. Admitida no serviço de urgência por queixas de dor abdominal tipo cólica nos quadrantes inferiores e diarreia sanguinolenta, iniciados na véspera. Ao exame objetivo, à admissão, apresentava-se hemodinamicamente estável, apresentando palpação abdominal dolorosa nos quadrantes inferiores, sem massas palpáveis e sem sinais de irritação peritoneal; exame ano-retal evidenciando dedo de luva com sangue. Analiticamente de referir leucocitose e elevação de proteína c reativa ligeiras. Radiograma abdominal com evidencia de aerocolia difusa. Colonoscopia evidenciando dos 40-60 cm, mucosa eritmatosa com erosões superficiais. Biópsias cólicas compatíveis com colite isquémica. Iniciou fluidoterapia, analgesia e antibioterapia de largo espectro assim como anticoagulação profilática. Realizou-se investigação etiológica, tendo sido despistada etiologia embólica. Na avaliação analítica complementar de salientar título anticoagulante lúpico positivo. Admitiu-se evento isquémico relacionado com síndrome do anticorpo antifosfolipídico (SAFL) secundário, em provável contexto de LES conhecido. A doente iniciou anticoagulação terapêutica, tendo-se verificado resolução do quadro. Reavaliada em consulta, sem intercorrências, tendo-se confirmado o diagnóstico de SAFL.

Conclusão: Com o presente caso os autores pretendem salientar a importância da investigação etiológica de colite isquémica e que deve incluir, para além das causas mais frequentes já descritas, o estudo de trombofilias (nomeadamente SAFL) no contexto apropriado, tal como no caso descrito.

Nº 022 Neurotoxicidade do Baclofeno na doença renal crónica: um caso clínico

Tiago Jorge Costa(1); Fabiana Pimentel(2); Francisco Millet Barros(2); Joana Cascais Costa(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

O baclofeno é um agonista do ácido gama-aminobutírico (GABA-B) que se utiliza como relaxante muscular de ação central em patologias caracterizadas por espasticidade. Tem, também, indicação *off-label* para dor músculo-esquelética, espasmos musculares e singultos. Apesar de ser um fármaco relativamente seguro, requer ajuste à função renal, sendo que em doentes em estádios avançados de doença renal crónica, nomeadamente sob hemodiálise, deve ser evitado pelos efeitos adversos.

Descreve-se o caso clínico de um homem de 59 anos, autónomo para as atividades de vida diária, com antecedentes de doença renal crónica sob hemodiálise. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por alteração do estado de consciência e vómitos persistentes. Tinha recorrido 3 dias antes ao mesmo SU por singultos persistentes com 10 dias de evolução, para o que foi medicado com baclofeno 25mg, 2 vezes por dia, tendo realizado 2 tomas.

Ao exame objetivo, apresentava-se estuporado (9 pontos na Escala de Coma de Glasgow), hemodinamicamente estável, com ventilação espontânea, com *fluttering* palpebral constante e movimentos rítmicos dos dedos de ambos os pés. Analiticamente, apresentava anemia de 8.2 mg/dL macrocítica, creatinina de 5.67 mg/dl (TFG estimada de 11ml/min/1.73m2) e elevação da GGT. Realizou tomografia computorizada crânio-encefálica e punção lombar que não apresentaram alterações. Apresentava, também, doseamentos negativos de álcool e drogas.

Assumiu-se como hipótese mais provável neurotoxicidade por baclofeno, tendo sido proposta a antecipação da sessão de hemodiálise. Após (1) sessão, o doente apresentou melhoria parcial, estando consciente e colaborante, apesar de manter alguma desorientação temporo-espacial. Após 2 sessões, apresentou melhoria franca, com discurso fluente e coerente, orientado e sem outras alterações de relevo, tendo tido alta com indicação de suspender o baclofeno e manter a terapêutica previamente instituída.

Conclui-se com este caso que a prescrição medicamentosa de baclofeno deve ser cuidadosa pelos efeitos adversos graves e raros que decorrem das doses tóxicas que este fármaco pode atingir, nomeadamente em doentes com insuficiência renal com necessidade de terapêutica de substituição da função renal.

Nº 023 A profissão conta?

Raquel Borrego(1); Sandra André(1); Fernando Nogueira(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A exposição ocupacional a poluentes e poeiras pode levar ao aparecimento de diversas alterações pulmonares e pleurais, assim como envolver outros órgãos. O aparecimento de sinais e sintomas associados a exposição ocupacional pode ocorrer após vários anos dificultando muitas vezes a sua associação.

Caso Clínico: Trata-se de um doente do sexo masculino, 5(1) anos de idade, ex-trabalhador numa pedreira de granito, com hábitos tabágicos pregressos (30UMA), que cessou há 5 anos. Com antecedentes médicos patológicos de *diabetes mellitus* tipo II, dislipidémia, obesidade, síndroma de apneia obstrutiva do sono e carcinoma de células renais (submetido a nefrectomia). Recorreu aos cuidados de saúde por queixas de cansaço e edema dos membros inferiores, com 2 meses de evolução, quadro compatível com insuficiência cardíaca inaugural. Após avaliação pela Cardiologia, o doente realizou ecocardiograma transtorácico com achados sugestivos de pericardite constritiva, mostrando espessamento e calcificação pericárdica. Estes achados foram corroborados por tomografia computorizada torácica que, adicionalmente, objetivou espessamento e calcificações pleurais, bem como alterações do parênquima pulmonar com alguns traços lineares fibróticos residuais e discretas bronquiectasias de tração. Após observação pela Pneumologia e realização de provas de função respiratória, foi documentado um padrão respiratório restritivo grave. Assim, tratando-se de alterações cálcicas pleuro-pericárdicas, e existindo várias etiologias possíveis, o caso foi discutido em reunião multidisciplinar. Foi proposta a realização de pericardiectomia, a qual se encontra a aguardar, com subsequente reavaliação clínica para eventual pleurectomia.

Conclusões: O envolvimento pleuro-pericárdico restritivo pode resultar de várias etiologias, entre as quais a exposição ocupacional e causas infeciosas, colocando um

desafio na abordagem diagnóstica e terapêutica destes doentes. A associação de insuficiência cardíaca com um padrão respiratório restritivo condiciona grande morbilidade e limitação funcional importante. Os autores apresentam este caso clínico para salientar a importância de uma anamnese e história clínica detalhadas para pesquisa de possíveis agentes causais, como a exposição ocupacional.

Nº 024 Endocardite Infeciosa com culturas negativas

Gonçalo Varela Cunha(1); Ana Filipa Fernandes(1); José Abreu Fernandes(1); Ana Rita Ramalho(1); António Aragão(1); José Pereira de Moura(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A Endocardite Infeciosa corresponde à infeção do endocárdio sendo o diagnóstico baseado nos critérios de Duke Modificados.

Existindo normas de orientação para o diagnóstico seria de esperar que este fosse simples e rápido, porém a apresentação de uma endocardite nem sempre é linear como no caso das endocardites com culturas negativas.

Caso Clínico: Doente, sexo feminino, 77 anos, autónoma, portadora de prótese valvular aórtica biológica, admitida por astenia e edemas dos membros inferiores com duas semanas de evolução. À admissão apresentava sopro sistólico panfocal e edemas discretos dos membros inferiores. Analiticamente tinha Anemia Normocítica e Normocrómica (Hb 7,6 g/dL), sem outras alterações.

Internada para estudo, admitida a hipótese de Endocardite Infeciosa de válvula protésica dada presença de sopro sistólico e exclusão de causas neoplásicas e autoimunes. Assim, realizou PET-18-FDG que sustentou a hipótese estabelecida por captação de contraste em prótese valvular. Para confirmação de achados realizou Ecocardiograma Transesofágico (ETE) no qual se objetivou vegetação de grandes dimensões associada a válvula protésica bem como alterações estruturais a condicionar alterações do fluxo transvalvular.

Paralelamente, e embora sem elevação de parâmetros inflamatórios, colheu hemoculturas, em diferentes momentos, todas elas negativas. Na avaliação complementar identificou-se positividade para Bartonella Henselae com dupla confirmação ao fim de 20 dias.

Assim, foi assumida Endocardite Infeciosa, subaguda, de prótese valvular aórtica biológica por Bartonella Henselae, em doente com contacto com gatos. Atualmente na 9ª semana de Doxiciclina e tendo cumprido 2 semanas de rifampicina, aguarda substituição valvular.

Discussão: A Endocardite Infeciosa com culturas negativas, tendo como agente etiológico Bartonella Henselae é pouco frequente. Assim, o caso apresentado é de particular interesse alertando para a necessidade de avaliação de fatores de risco e contexto epidemiológico.

Nº 025 Derrame Pericárdico secundário a infeção por Epstein–Barr, um relato de caso

Gonçalo Varela Cunha(1); Ana Filipa Fernandes(1); Andreia Rita Henriques(1); José Abreu Fernandes(1); Maria João Rocha(1); Pedro Amorim Machado(1); António Aragão(1); José Pereira de Moura(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O vírus *Epstein-Barr (EBV)* apresenta uma elevada prevalência a nível mundial, estimando-se que 90% da população adulta tenha anticorpos para este agente.

Este vírus é comumente associado a Mononucleose Infeciosa, não obstante o *EBV* pode estar associado a patologia do pericárdio, nomeadamente, derrame pericárdico, embora tal seja pouco frequente.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino com 87 anos e antecedentes de Hipertensão Arterial e Insuficiência Cardíaca que recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia, ortopneia e edemas dos membros inferiores. Ao exame objetivo apresentava diminuição do murmúrio vesicular nas bases com crepitações. Analiticamente evidenciava anemia normocítica e normocrómica (Hb 11.6 g/dL), linfopenia (0.90x10^9/L), Proteína C Reativa de 4.66 mg/dL, Procalcitonina de 0.08 ng/mL e NT-proBNP de 6416 pg/mL.

Foi internado com diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada e realizou TC de Tórax que objetivou derrame pericárdico o qual foi confirmado por ecocardiograma transtorácico. No estudo etiológico realizado destacava-se IGRA negativo, autoimunidade negativa e serologia para *EBV positiva*: EBV-VCA IgM – 1.3; EBV-VCA IgG – 35; EBV-EBNA - 13.7. Neste contexto foi assumida infeção ativa por EBV, considerando-se este o agente etiológico do derrame.

O internamento decorreu sem intercorrências com resolução do quadro clínico sob terapêutica otimizada.

Discussão: A ocorrência de derrame pericárdico associada a infeção por *EBV* é um acontecimento pouco comum embora tal possa apenas estar associado à baixa investigação da etiologia de derrame pericárdico.

Este caso tem como objetivo alertar para a investigação etiológica de derrame pericárdico uma vez que, diferentes agentes, mesmo que pouco frequentes, podem requerer diferentes abordagens e intervenções a nível cardíaco

Nº 026 Urticária crónica espontânea e auto-imunidade: que relação?

Sérgio Costa Monteiro(1); Leonor Rodrigues(1); Teresa Azevedo(1); João Pedro Fonseca(1); Jorge Henriques(1); Susana Cavadas(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: As doenças autoimunes são mais prevalentes em doentes com urticária crónica espontânea (UCE) nomeadamente alterações tiroideias, doena celíaca, Sjorgen, lúpus, artrite reumatóide e diabetes mellitus do tipo 1. Nos casos refratários ao tratamento inicial, estas devem ser excluídas.

Caso Clínico: Jovem de 25 anos, fumadora, sem histórias de alergéneos, sem outros antecedentes pessoais ou familiares, referenciada por quadro de astenia, artralgias, mialgias e cefaleias associado a episódios de *rash* cutâneo. Na avaliação inicial apresentava-se apirética, com *rash* cutâneo maculopapular descamativo, pruriginoso, episódico, recorrente, de predomínio no tronco, região dorsal e membros associado a edema bilateral dos membros inferiores, sem sinais inflamatórios. Sem adenopatias. Negava episódios de angioedema, fenómeno de *Raynaud*, queixas de fotossensibilidade, xeroftalmia ou xerostomia, ulceração oral/genital, artralgias, sem eventos trombóticos ou obstétricos prévios. Analiticamente a destacar eosinopenia, proteína C reativa e velocidade de sedimentação normais, alteração da função tiroideia (anti-TG 80.66UI/mL, anti-TPO 990.35U/mL, T4L 0.39ng/dL, TSH 7.16mU/L), IgE negativa, C3 e C4 normais, crioglobulinas negativas, ANA e ANCA negativos. Sem alterações na urina. Ecografia da tiróide com 2 formações heterogéneas no lobo direito (~7 e 4mm). Dadas as características clínicas do *rash* e as alterações tiroideias, assumido o diagnóstico presuntivo de UCE, confirmado com biópsia cutânea. Neste contexto iniciou levotiroxina 88 mcg (aumentada para 100 mcg) e desloratadina 5 mg. Em consulta posterior, normalização da função tiroideia (T4L 1.27ng/dL e TSH 3.90mU/L, anti-TG <1.3UI/mL e anti-TPO 575U/mL). Clinicamente sem edema

dos membros inferiores, referindo franca melhoria a nível da recorrência do *rash*, atualmente despoletado apenas por situações de *stress*.

Conclusões: Na avaliação das mulheres jovens com urticária crónica refratária deve ser doseada a TSH e a anti-TGO, esta patologia cutânea muito associada à positividade de anti-TGO. Nos doentes com hipotiroidismo autoimune, a substituição hormonal permite controlar as alterações cutâneas de forma mais rápida e evitar o agravamento do quadro urticariforme, bem como diminuir as taxas recorrência clínica.

Nº 027 Febre e convulsões no Serviço de Urgência

Mónica Ferro da Silva(1); Inês Martins(1); Valentyn Roshkulets(1); Diana Marreiros(1); Pedro Laranjo(1); Filipe Dias(1); Monika Dvorakova(1); Ana Santos e Silva(1); Margarida Santos(1); Sara Rodrigues Silva(1); Leonor Neves da Gama(1); Cátia Albino(1); Henrique Rita(1)

(1) Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

Introdução: A mortalidade por doença pneumocócica invasiva (DPI) é elevada, sendo que a existência de meningite se associa a maior morbimortalidade, podendo ser reduzida recorrendo a corticoterapia.

Caso: Homem, 69 anos, autónomo, com história de hipertensão, diabetes tipo 2, doença renal crónica e AVC hemorrágico sem sequelas, admitido no Serviço de Urgência (SU) por convulsão, hipotensão e febre com 24h de evolução. À admissão: vígil, orientado e colaborante, febril, hipotenso, polipneico e dessaturado em ar ambiente, sem alterações ao exame neurológico sumário. Contudo, assistiu-se a evolução negativa que culminou em estado de mal epilético.

Do estudo destacava-se: gasimetria com hipoxemia e hiperlactacidemia; leucocitose com neutrofilia, PCR 28 mg/dl, trombocitopenia, coagulopatia (INR 2.33), rabdomiólise (CK total 9797 UI/L); TC-CE sem lesões agudas; antigenúria positiva para Pneumococos e TC-Tórax com condensações bilaterais. Foi realizada punção lombar com saída de líquido cefalorraquidiano (LCR) xantocrómico, cujo exame citoquímico revelou predomínio de polimorfonucleares. Assumiu-se provável DPI condicionante de choque séptico e o doente foi admitido em Unidade de Cuidados Intensivos após ser garantida via aérea segura. Foi iniciada terapêutica empírica com ceftriaxone e ampicilina, tendo a mesma sido alterada para penicilina (dirigida), por isolamento do mesmo agente no LCR e sangue. O doente cumpriu 8 dias de penicilina com resolução do estado de mal epilético, tendo, contudo, sido objetivada hemiparesia direita, com lenta recuperação da força muscular, sem evidência de lesões agudas em imagem.

Discussão: A abordagem do doente com febre e sintomas neurológicos de novo, no SU deve levantar precocemente a suspeita de infeção do sistema nervoso central. O objetivo é o inicio precoce de antibioterapia empírica e corticoterapia com vista a prevenir sequelas neurológicas.

Nº 028 Hepatite a Estatinas: uma pista para algo mais?

Mafalda Duarte(1); Vasco Tiago(1); Leonor Neves(1); Vasco Tiago(1); Paulo B. Ramos(1); Raquel Sousa(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Amadora Sintra

A cirrose biliar primária (CBP) é uma doença rara caracterizada pela destruição autoimune dos ductos biliares intra-hepáticos, muito mais prevalente no sexo feminino, que pode ser assintomática ou caracterizar-se por cansaço, icterícia e padrão de colestase com predomínio de elevação da fosfatase alcalina (FA).

Apresentamos o caso de uma mulher de 77 anos com diagnóstico de gamopatia monoclonal de significado indeterminado, hipercolesterolemia e padrão de citocolestase, com vários anos de evolução, cujo estudo etiológico prévio apenas tinha revelado a presença de esteatose hepática. No contexto de hipercolesterolemia e presença de fígado gordo foi otimizada terapêutica para atorvastatina 40mg e ezetimibe 10mg. Cerca de 48 horas após o início da terapêutica, a doente iniciou um quadro de mau estar geral, náuseas, vómitos e icterícia tendo recorrido ao hospital com evidência de agravamento da citocolestase e hiperbilirrubinémia. Após ter cessado a terapêutica com estatina o quadro resolveu per si, com regresso aos valores habituais de citocolestase, mantendo sempre FA 1,5 vezes acima do limite superior do normal, e resolução da hiperbilirrubinémia, admitindo-se como diagnóstico hepatite a estatinas. Após resolução do quadro agudo foi realizado novo estudo etiológico com exclusão sido novamente excluídas causas infeciosas, obstrutivas, infiltrativas e neoplásicas, tendo sido realizada pesquisa de autoimunidade hepatobiliopancreática que revelou anticorpos antinucleares com padrão nuclear mosqueado fino e citoplasmático reticular e positividade para anticorpo anti-mitocôndria e anticorpo anti-antigénio solúvel do fígado, levando ao diagnóstico de CBP. O caso foi discutido com Gastroenterologia que deu indicação para referenciação para seguimento na sua especialidade com o objetivo de iniciar terapêutica com ácido ursodesoxicólico.

Este caso alerta-nos para a importância do diagnóstico diferencial em doentes com múltiplas patologias, que muitas vezes se podem apresentar de forma semelhante, mas têm tratamentos e prognósticos diferentes.

Nº 029 Tumor neuro-endócrino do colo do útero com metastização múltipla

Daniela Silvano Maurício(1); João Costelha(1); Adélia Simão(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Os tumores neuroendócrinos são raros, agressivos, e normalmente estão associados às células neuroendócrinas do trato gastrointestinal mas que podem ocorrer em qualquer tecido. Os neuroendócrinos do colo do útero são responsáveis por menos de 2% dos tumores cervicais.

Apresentamos o caso de uma mulher de 4(1) anos que recorreu ao Serviço de Urgência com um quadro de perda ponderal (25%) com 4 meses de evolução, fadiga para pequenos esforços, náuseas e amenorreia. Concomitantemente apresentava uma lesão no couro cabeludo parietal esquerda, de consistência duro-elástica, com 2 cm de diâmetro. Não tinha seguimento junto do médico assistente, nem cumpria rastreios oncológicos.

Para o estudo etiológico, foi realizada radiografia do tórax que demonstrou um padrão de largada de balões, estudo analítico com anemia microcítica e hipocrómica e elevação da enzimiologia hepática com predomínio colestático. Foi realizada biópsia da lesão ulcerada do couro cabeludo com a histologia de "carcinoma pouco diferenciado, morfologia

de pequenas células e diferenciação neuroendócrina".

Pela amenorreia, foi observada por Ginecologia que detetou uma massa exofítica do colo do útero, da qual também foi realizada biópsia que foi compatível com um tumor neuroendócrinio.

No estudo para estadiamento, foram detetadas múltiplas lesões compatíveis com metastização cerebral, pulmonar, óssea, hepática, renal e ganglionar.

A doente apresentou grave declínio funcional, com progressão do derrame pleural e da astenia; e dado o estadio avançado da doença foi proposta, após reunião multidisciplinar, para *best-supportive care*.

Relativamente ao tratamento há consenso na realização de histerectomia radical e quimioterapia adjuvante em fases iniciais, quimiorradioterapia e quimioterapia para doença localmente avançada e quimioterapia paliativa para doença metastizada. Apesar de mau prognóstico mesmo quando atempadamente detetado, este caso a demonstra importância do diagnóstico precoce.

Nº 030 Hemorragia Oculta

Ana Catarina Emidio(1); Milda Saldanha(1); Bruno Santos(1); João Rato(1); José Nuno Raposo(1)

(1) Hospital da Luz Setúbal / Hospital de Santiago

Introdução: A hemorragia gastrointestinal é uma causa frequente de anemia ferropénica. O diagnóstico etiológico nem sempre é fácil, sendo que em 5-10% dos casos não é identificada causa após realização de exames endoscópicos e radiológicos. Em cerca de 75% dos doentes, a causa encontra-se no intestino delgado. As etiologias variam com a idade, sendo que em indivíduos mais velhos predominam as lesões vasculares, ulcerosas ou neoplásicas.

Os GISTs (*Gastrointestinal stromal tumors*) têm uma incidência de 10-20/M/ano. A maioria ocorre no estômago, seguido do intestino delgado e, menos frequentemente, no cólon/recto e esófago. Os GISTs duodenais representam <5% dos casos, mas constituem cerca de 30% dos tumores duodenais primários. A apresentação clínica depende da localização. Podem ser assintomáticos ou apresentarem-se sob a forma de dor abdominal e/ou hemorragia. O tratamento é frequentemente cirúrgico. O prognóstico depende de fatores como: o local da lesão, o tamanho e a taxa de mitoses.

Caso Clínico: Homem de 7(1) anos, sem antecedentes pessoais de relevo, seguido em consulta desde 202(1) para estudo etiológico de anemia ferropénica. Tinha endoscopia digestiva alta sem alterações e colonoscopia com presença de sangue, mas sem hemorragia ativa ou lesões potencialmente sangrantes. Em abril de 2022, foi internado por quadro de melenas com repercussão hemodinâmica. Repetiu exames endoscópicos (sem alterações de novo); realizou angio-TC abdominal com provável angiectasia fina do jejuno. Em dezembro de 2022, por novo quadro de melenas, foi internado e efetuou entero-TC (sem alterações) e videocápsula endoscópica (lesão compatível com GIST com vestígios hemáticos). Foi submetido a enterectomia segmentar, tendo a biópsia confirmado o diagnóstico de GIST duodenal.

Conclusão: Com a apresentação deste caso, os autores pretendem demonstrar o desafio inerente ao diagnóstico da hemorragia do intestino delgado. O elevado grau de suspeição permitiu o diagnóstico e terapêutica adequada.

Nº 031 Desafio diagnóstico e terapêutico de uma febre Q aguda com apresentação atípica

Isabel Marques Correia(1); Tiago Costa(1); Ana Luísa Silva(1); Sónia Moreira(1); Isabel Fonseca(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

A febre Q é uma zoonose de distribuição mundial, provocada por *Coxiella burnetii*. A infeção primária é assintomática em cerca de 60% dos casos1, mas pode manifestar-se mais frequentemente com síndrome febril, pneumonia, hepatite, ou mais raramente com envolvimento cardíaco (1-24%), neurológico (1%), cutâneo (1-9%), linfadenite aguda (casos esporádicos), entre outras. Descrevemos uma apresentação atípica, rara e multissistémica.

Caso clínico: Doente do género masculino, 63 anos, apresentou-se com febre, mialgias, cefaleias, tosse seca, desconforto abdominal e lesões cutâneas com 1(1) dias de evolução. Do contexto epidemiológico destaca-se habitação em meio rural e contacto regular com gado.

Objetivamente identificámos febre, lesões maculopapulares e purpúricas maleolares e adenopatias supraclaviculares direitas, tendo-se equacionado etiologia infeciosa, autoimune ou neoplásica. Analiticamente tinha citocolestase hepática (5-7x LSN), lesão renal aguda (AKIN 1) e aumento de parâmetros inflamatórios (PCR 23mg/dl, leucócitos 12.7G/L, VS 68mm/h). O estudo de autoimunidade foi negativo, mas obtivemos evidência serológica de infeção por *Coxiella burnetii*. Solicitado ecocardiograma para exclusão de endocardite, que revelou derrame pericárdico muito ligeiro. A TC toracoabdominal identificou múltiplas adenomegalias supraclaviculares direitas, mediastínicas e peri-hepáticas, consolidação no lobo médio do pulmão direito, espessamento de septos interlobulares, alguns de morfologia nodular, pequeno derrame pleural direito, hepatoesplenomegalia e zona de enfarte esplénico.

Perante estes achados, foi feita biópsia de gânglio supraclavicular, com recolha de material insuficiente para diagnóstico, mas com imunofenotipagem de células normal. Prosseguiu-se para biópsia hepática que relatou hepatite portal e lobular aguda com microgranulomas, embora sem morfologia em anel de fibrina, a sugerir febre Q aguda.

Discussão: Este caso de febre Q aguda é ilustrativo do amplo espectro de apresentação clínica da doença e do seu potencial envolvimento multissistémico. Apresentações atípicas devem ser consideradas para instituição de terapêutica dirigida de forma atempada. Reforçamos a pertinência da integração da febre Q no diagnóstico diferencial de uma síndrome febril de causa indeterminada.

Nº 032 Granulomatose com poliangeíte: diagnóstico após embolia pulmonar e suspeita de neoplasia

Isabel Marques Correia(1); Catarina Reigota(1); Alexandra Esteves(1); Filipe Vilão(1); Isabel Fonseca(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

A granulomatose com poliangeíte é uma vasculite sistémica de pequenos e médios vasos, rara, sem predominância de género e com pico de incidência na 7ª década. Carateriza-se por inflamação granulomatosa necrotizante multifocal, com atingimento preferencial do trato respiratório superior e inferior e dos rins. O risco associado de tromboembolismo venoso é superior, sobretudo na fase ativa da doença.

Caso clínico: Doente do género feminino, 70 anos, internada por astenia, anorexia, perda ponderal, tonturas, acufenos, dor dorsal, dispneia e tosse com expetoração

hemoptoica. Objetivou-se febre, hiperemia conjuntival e roncos à auscultação pulmonar. Na gasometria apresentava insuficiência respiratória, acidose metabólica e hipercaliemia. A radiografia de tórax mostrou nódulos e a angio-TC torácica identificou uma embolia pulmonar segmentar e massas dispersas, uma das quais com foco gasoso, a envolver a aorta.

Apresentou agravamento clínico com insuficiência respiratória e necessidade crescente de oxigenoterapia, anemia com fraca resposta ao suporte transfusional e lesão renal aguda com necessidade de terapêutica dialítica. O estudo por TC identificou as lesões ovoides dispersas sugestivas de neoplasia, áreas de densificação do parênquima pulmonar inflamatórias, derrame pleural, rins de aspeto normal e alterações inflamatórias sinusais e otomastoideias. A broncofibroscopia permitiu colheita de amostras sem evidência de neoplasia.

Perante estes dados, fez estudo de autoimunidade, positivo para cANCA com especificidade anti-proteinase 3 (PR3, título 11U/ml). Instituiu-se terapêutica com corticoterapia, programa de plasmaferese e ciclofosfamida. Teve intercorrência com síndrome de encefalopatia posterior reversível, a motivar admissão em UCI, com resolução. Apresentou melhoria clínica e analítica, com recuperação da função renal e diminuição do título PR3.

Discussão: O episódio de embolia pulmonar, com maior risco de ocorrência nos diagnósticos diferenciais em causa, motivou o estudo etiológico dos nódulos. Este caso é relevante pela simulação inicial de neoplasia do pulmão que, face ao agravamento clínico, fez suspeitar de granulomatose com poliangeíte. O seu reconhecimento foi fundamental para a instituição atempada da terapêutica, alterando favoravelmente o prognóstico.

Nº 033 Vasculites associadas a anticorpo anticitoplasma de neutrófilos:heterogeneidade na afetação pulmonar

Duarte Augusto(1); António Pedro Pissarra(1); Nadejda Potlog(1); João Correia(1)

(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: As vasculites sistémicas são um grupo heterogéneo de doenças caracterizadas por inflamação e necrose dos vasos sanguíneos. O atingimento pulmonar nas vasculites associadas aos anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) é frequente e diverso. Apresentamos a diversidade radiológica destas entidades em 3 casos clínicos distintos.

Caso clínico 1: Homem de 56 anos apresenta-se no serviço de urgência (SU) com hemoptises e dor pleurítica com evidência, na radiografia de tórax, de opacidade pulmonar esquerda, sugerindo pneumonia. Após observação pela Medicina Interna, pela suspeita de doença sistémica inflamatória, realiza tomografia (TC) de tórax, com alterações sugestivas de hemorragia alveolar. Seguido atualmente em consulta externa (CE) de Medicina por vasculite MPO- ANCA.

Caso clínico 2: Homem de 53 anos apresenta-se no SU com quadro com (1) mês de evolução de febre e poliartralgias, associado a perda ponderal significativa. A TC de tórax descreve nódulos pulmonares dispersos, sugestivos de metástases pulmonares. A insuficiência renal aguda, hematúria e proteinuria conduziram ao diagnóstico histológico de glomerulonefrite crescêntica pauci-imune. Em TC de tórax de controlo, desaparecimento dos nódulos de natureza inflamatória. Seguido atualmente em CE de Medicina por vasculite PR3-ANCA.

Caso clínico 3: Homem de 76 anos referenciado a consulta por positividade de MPO-ANCA pedido no estudo etiológico de citólise hepática. Em TC de tórax, descrito padrão

de vidro despolido difuso com focos de fibrose pulmonar. Evoluiu para glomerulonefrite por vasculite MPO-ANCA. Seguido atualmente em consulta de Medicina por vasculite MPO-ANCA.

Conclusão: Na suspeita de uma doença sistémica, devemos valorizar as diferentes apresentações clínicas e imagiológicas para perceber de que forma o sistema respiratório está envolvido.

Nº 034 O desafio diagnóstico de uma tuberculose peritoneal

Isabel Marques Correia(1); Andreia Henriques(1); Regina Costa(1); Isabel Fonseca(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

A tuberculose peritoneal corresponde a infeção extrapulmonar rara. Isoladamente, é um desafio diagnóstico, pela apresentação inespecífica e baixa sensibilidade dos métodos *gold standard*: cultura de líquido ascítico e biópsia peritoneal (45-69%). A elevação da ADA no líquido ascítico foi proposta como tendo alta sensibilidade (93%) e especificidade (94%)1.

Caso clínico: Doente de 54 anos, angolana, apresentou-se com febre, dor e noção de aumento do perímetro abdominal, vómitos, anorexia e perda ponderal com (1) semana de evolução. Objetivamente, com murmúrio vesicular diminuído na base direita e ascite.

Nas análises, tinha elevação de marcadores inflamatórios (VS 64mm/h), anemia e IGRA positivo. Serologias negativas e culturas de sangue e urina sem isolamento de agente, incluindo micobactérias. A TC mostrou volumoso derrame peritoneal livre, espessamento e hiperrealce dos folhetos peritoneais, densificação da gordura mesentérica e aspeto de *omental cake,* derrame pleural direito e adenopatias mediastínicas, a sugerir peritonite infeciosa, possível tuberculose. A análise dos líquidos peritoneal e pleural revelou caraterísticas de exsudato e predomínio de linfócitos. A pesquisa de BK por exame direto e PCR foi negativa, ficando as culturas pendentes. O líquido ascítico tinha ADA elevada (144.8U/L), consumo de glicose e ausência de células neoplásicas. Fez biópsia peritoneal, cuja histologia relatou peritonite granulomatosa com necrose focal, de natureza infeciosa mais provável, sem agente identificado. A biópsia pleural foi indeterminada. A PET descreveu extenso espessamento peritoneal hipermetabólico com derrame, sugerindo-se eventual mesotelioma ou tuberculose. Dada a elevada suspeita desta última, iniciou tuberculostáticos, com franca melhoria, redução expressiva da polisserosite e marcadores inflamatórios (VS 36mm/h). Após 6 semanas, foi isolado *Mycobacterium tuberculosis* na cultura de líquido peritoneal.

Discussão: O diagnóstico diferencial inicial incluiu tuberculose peritoneal, sarcoidose e neoplasia. Dada a dificuldade na confirmação diagnóstica, o alto índice de suspeição numa doente proveniente de área endémica, motivou a introdução atempada de tuberculostáticos, com boa resposta, o que apoiou o diagnóstico presuntivo, reduzindo o risco de morbimortalidade.

Nº 035 Em busca do primário

Bruna Mota(1); Mariana Cascais(1); Marta Valentim(1); Renato Rodrigues(1); Francisca Almeida(1); André Castro(1); Catarina Costa(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A neoplasia primária oculta é uma entidade rara que, pela sua heterogeneidade, representa um desafio na abordagem diagnóstica. O prognóstico é reservado, sendo que a esperança média de vida ronda os 3 a 6 meses após a apresentação inicial. Os adenocarcinomas constituem aproximadamente 70% de todas as neoplasias primárias ocultas e têm como origem, na maioria dos casos, o pulmão, pâncreas e as vias biliares. No sexo feminino, a apresentação inicial por ascite de novo está frequentemente associada a adenocarcinoma do ovário.

Caso Clínico: Mulher de 78 anos com antecedentes de sindrome metabólico, colecistectomia e anexectomia esquerda. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal, vómitos, diarreia, anorexia, perda ponderal e aumento de perímetro abdominal com (1) mês de evolução. Presença de ascite no exame objetivo. Na abordagem inicial foi realizada ecografia abdominal e paracentese que revelaram uma massa anexial direita, que foi posteriormente avaliada por ecografia tranvaginal com parecer inconclusivo. Presença de líquido ascítico compatível com exsudado (gradiente albumina soro-ascite < 1,1g/dL, amicrobino) e com atipia citológica na avaliação histológica. Progrediu-se no estudo em internamento incluindo avaliação por ginecologia, tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica, ressonância magnética pélvica e tomografia por emissão de protões que demonstrou lesões sugestivas de metastização pulmonar, hepática, pancreática, carcinomatose peritoneal, implantes no ovário direito e uma lesão gástrica hipercaptante. Na endoscopia digestiva alta identificou-se macroscopicamente uma lesão infiltrativa no estômago suspeita de envolvimento neoplásico, contudo sem alterações ao exame anatomopatológico. Posteriormente foi efetuada biópsia de nódulo pulmonar que revelou tratar-se de um adenocarcinoma de padrão tubular, com estudo imunohistoquímico a sugerir de origem biliopancreática. A doente faleceu durante o estudo.

Conclusão: Este caso ilustra a dificuldade da abordagem diagnóstica da neoplasia primária oculta, realçada pela presença de achados inconclusivos, bem como pela presença de resultados não expectáveis nos exames anatomopatológicos, sem se conseguir estabelecer um diagnóstico final.

Nº 036 Por detrás da trombose venosa - Relato de Caso Clínico

João Ricardo Faia(1); Clara Pinto(1); Inês Pintor(1); Ana Paiva(1); Ana Sofia Martins(1); Beatriz Pinheiro(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga

As tromboses venosas (TV) resultam do efeito conjugado de estase venosa, hipercoagulabilidade e lesão endotelial, apresentando um rol de causas extenso e diversificado.

Doente 30 anos, sexo feminino, quadro de edema e dor do membro inferior (MI) direito. Antecedentes de apendicectomia laparoscópica recente e evidência na cirurgia de varicocelos nas trompas de falópio. Pai com antecedentes de TV profunda associada a neoplasia pulmonar. Sem medicação habitual. Exame objetivo com edema do MI direito e sinal de homans positivo. Análises com anemia, elevação dos parâmetros inflamatórios e D-dímeros. Ecodoppler venoso com trombose das veias ilíacas externas, femorais comuns e superficiais, poplíteas e cava inferior.

Iniciada enoxaparina, internada para estabilização e estudo do quadro clínico. Colocadas como suspeitas iniciais trombofilia hereditária ou TV secundária a status pós-cirúrgico.

Durante o internamento constatados eritema nodoso nos MIs e aftas orais, ambas recorrentes de acordo com a doente. Dos exames complementares a destacar anemia das doenças crónicas, positividade para anticoagulante lúpico (aPL), já sobre anticoagulação, e HLA-B51. Níveis de proteína C, S e antitrombina III normais. Sem mutações para fator V de Leiden e protrombina G20210A. Restante autoimunidade e serologias víricas negativas. Estabelecido como hipótese principal Doença de Behçet (DB), não se descartando síndrome antifosfolipídico. Mantida anticoagulação com varfarina durante 6 meses e doseamento posterior de aPL, este negativo. Assumida DB e iniciada terapêutica com colchicina, prednisolona e posteriormente azatioprina. Boa resposta clínica e analítica às medidas preconizadas.

A DB é uma patologia rara caracterizada por úlceras orais recorrentes e manifestações sistémicas diversificadas, cujo diagnóstico é desafiante, obrigando à exclusão de uma panóplia de outras condições. Destaca-se a importância de uma anamnese e semiologia detalhadas, fulcrais na marcha diagnóstica.

Nº 037 Nem tudo é o que parece

Rui Jorge Sousa da Silva(1); Carla Margarida Carvalho(1); Eulália Antunes(1); Joana Rita Lopes(1); Isabel Silva(1); Sofia Caridade(1)

(1) Hospital Braga

Existem múltiplas causas possíveis para a presença de adenopatias, sendo que as suas características nos podem apontar para uma etiologia mais benigna ou maligna.

Mulher de 58 anos, antecedentes de dislipidemia, hipertensão arterial, depressão e insuficiência cardíaca. Recorreu ao SU por dor torácica anterior, com 6 horas de evolução, sem irradiação. Apresentava ainda uma história de 2 meses de astenia, sem outros sintomas. Nesse contexto é realizada TC do tórax, que revelou "múltiplas adenopatias mediastino-hilares bilaterais, adenomegalias supraclaviculares à direita e axilares bilaterais" e "múltiplos micronódulos pulmonares" bilaterais. É internada para estudo por suspeita de doença linfoproliferativa. O estudo do caso revelou IGRA negativo, ECA dentro dos valores de referência, IgA ligeiramente aumentada e VS aumentada (37mm/h). As serologias infeciosas e estudos microbiológicos e micobacteriológicos foram todos negativos. A PET revelou "envolvimento hipermetabólico de múltiplas adenopatias supra e infradiafragmáticas, a carecer caracterização histopatológica, sendo que a hipótese de doença linfoproliferativa deve ser considerada". A TC abdomino-pélvica mostrou ainda "incontáveis nódulos hipodensos milimétricos" no baço e "múltiplas adenomegalias no hilo hepático, peri-tronco celíaco, latero-aórticas esquerdas, hilos renais, ilíacas externas e inguinais bilaterais". Foi realizada biópsia ganglionar inguinal, que evidenciou "inflamação granulomatosa". Repetida biópsia de gânglio supraclavicular: "achados compatíveis com diagnóstico de linfadenite granulomatosa não necrotizante de causa sarcoidótica". Realizada ainda amigdalectomia, que mostrou "hiperplasia folicular linfóide reativa com marcada reação granulomatosa não necrótica de tipo sarcoidose". Assumido, assim, o diagnóstico de sarcoidose.

A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistémica, de etiologia desconhecida, caracterizada pela presença de granulomas não caseosos nos órgãos envolvidos. Tipicamente apresenta-se com adenopatias hilares bilaterais, opacidades reticulares pulmonares e/ou lesões da pele, articulações e/ou do olho. Apresentamos este caso pela variedade de achados que a doente apresentava, que neste caso faria pensar numa doença linfoproliferativa.

Nº 038 Causa rara de cefaleia

Patrícia Lima(1); Beatriz Castanheira(1); Erica Barata(1); Mariana Isabel Santiago(1); Elena Pirtac(1); Francisca Delerue(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A apoplexia hipofisária tem como etiologia o enfarte ou hemorragia súbita da hipófise. Pode ter origem num adenoma hipofisário pré-existente ou numa glândula de estrutura normal. A apresentação clínica varia entre cefaleia, oftalmoplegia, défices neurológicos, coma e morte.

Caso clínico: Mulher de 48 anos com antecedentes pessoais de catarata do olho esquerdo intervencionada há 3 anos recorreu ao serviço de urgência (SU) por agravamento progressivo de cefaleia crónica, tipo pressão, bilateral, de ocorrência semanal. De momento referia intensidade 10/10, com parca cedência a analgesia e irradiação cervical que agravava em decúbito. Adicionalmente, mencionava insónia inicial, episódios de epistaxis matinal e diplopia. Negava sintomas constitucionais. Exame objetivo e neurológico sem alterações. Analiticamente sem alterações. Realizou tomografia crânio-encefálica que revelou adenohipófise com altura no limite superior e convexidade superior com densidade homogénea mais elevada que o habitual. Para estudo dirigido, realizou ressonância magnética da sela turca que documentou lesão expansiva intraselar, com características sugestivas de apoplexia de adenoma pituitário. Doente avaliada por Neurocirurgia e Endocrinologia em reunião multidisciplinar, tendo apenas indicação para reavaliação imagiológica dentro de um ano e seguimento em consulta externa por estas especialidades.

Conclusão: Este caso exemplifica uma causa de cefaleia pouco comum, porém de extrema relevância tendo em conta o potencial de conversão numa emergência neuroendócrina, que nesta doente foi evitada devido a um diagnóstico precoce, frequentemente obscurecido pela inespecificidade dos sintomas.

Nº 039 A mesma doença, duas formas de apresentação

Eulália Antunes(1); Joana Lopes(1); Rui Jorge Silva(1); Carla Margarida Carvalho(1); Isabel Silva(1)

(1) Hospital Braga

A Síndrome de *Osler-Weber-Rendu*, também conhecida como Telangiectasia Hereditária Hemorrágica (THH), é uma doença autossómica dominante rara, acometendo aproximadamente 85 000 indivíduos na Europa. Caracteriza-se pela presença de telangiectasias e malformações arteriovenosas que podem envolver qualquer órgão, sendo a epistáxis recorrente a manifestação clínica mais frequente.

Relatam-se os casos de dois doentes com esta patologia, mas com apresentação clínica distinta. O primeiro diz respeito a um homem de 50 anos, com antecedentes de SAOS, HTA e dislipidemia, que foi enviado para a consulta de Medicina Interna por epistáxis frequentes, associadas a telangiectasias da mucosa nasal. Dado a hipótese de estarmos perante THH, foi realizado angio-TC TAP e cerebral que excluiu presença de outras malformações arteriovenosas. O doente também negava familiares com a mesma clínica. O estudo genético revelou mutação no gene ACVRL1, confirmando o diagnóstico de THH tipo 2. O segundo caso relata uma mulher de 58 anos a quem, no decorrer de uma trombose da veia porta, se identificaram múltiplas lesões focais hipervasculares no fígado, assim como um shunt intra-hepático arterioportal. Os achados observados, juntamente

com a história de epistáxis e presença de telangiectasias da mucosa nasal, permitiram o diagnóstico de THH – cumprindo 3 dos 4 critérios de Curaçao. A corroborar o diagnóstico, tinha uma filha com história de epistáxis também em estudo. Neste caso o teste genético não identificou mutação no gene ACVRL 1, nem no gene ENG. De facto, alguns estudos mostraram a presença de THH, sem as mutações conhecidas associadas, pelo que se pensa que existirão outros genes associados a esta patologia.

Nº 040 "Formigueiros" - Primeiro evento ou evento único?

João Faustino(1); Raquel Vieira(1); Eva Brandão(2); Cláudia Rosado(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

Introdução: O surgimento de parestesias a nível dos membros pode advir de compressão nervosa local após posicionamento prolongado, compressão radicular por discopatia cervico-dorso-lombar, polineuropatia metabólica (diabetes mellitus (DM))/ tóxica (etilismo crónico)/ infeciosa ou então culminar num diagnóstico mais complexo e de exclusão – doença desmielinizante do sistema nervoso central.

Case Report: Mulher, 4(1) anos, com antecedentes de DM tipo 2 e obesidade. Medicada com metformina 700mg id. Recorre ao serviço de urgência por parestesias no antebraço esquerdo desde há 3 dias que foram progredindo para ombro e região nadegueira ipsilaterais. Exame neurológico com funções superiores preservadas, sem alterações da força muscular e diminuição ligeira da sensibilidade nas regiões referidas. Estudo com tomografia computorizada craneoencefálica com lacunas isquémicas dispersas. Analiticamente sem aumento parâmetros inflamatórios, HIV negativo, anticorpo anti-treponema pallidum negativo, estudo autoimune negativo, radiografia torácica sem nodulos peri-hilares. Líquido cefalorraquidiano com ligeira linfocitose e proteinorráquia, ausência de bandas oligoclonais e anticorpos anti-MOG e Aquoporina 4 negativos. Ressonância magnética craneoencefálica e cervical (RMN) mostrou múltiplas lesões focais hiperintensas em T2 e T2-FLAIR, na substância branca subcortical e periventricular de ambos os hemisférios cerebrais, sugerindo doença desmielinizante.

Cumpriu ciclo de corticoterapia com recuperação dos défices. Iniciou betaferon, tendo-se mantido sem surtos e com RMN com disseminação no espaço, mas não no tempo. Assumido diagnostico de síndrome clínico isolado (SCI)

Discussão: SCI apresenta risco de evolução para esclerose múltipla com indicação para imunomodulador e controlo por RMN a cada 6 meses. Surto único ou primeiro surto, disseminação no tempo é a chave.

Nº 041 Febre sem foco: O início de um desafio diagnóstico

Diogo Macedo(1); Mariana Baptista(1); Filipa Duarte-Ribeiro(1); Carina Silva(1); Catarina Pereira(1)

(1) CHVN Gaia

Introdução: A investigação de febre de etiologia indeterminada é complexa. As doenças linfoproliferativas figuram sempre como uma das etiologias possíveis.

Caso Clínico: Homem de 45 anos com antecedentes de Hepatite C curada e

alcoolismo foi encaminhado ao SU por episódios de febre durante 3 meses com temperatura máxima de 39ºC, duração 4-5 dias, de 3 em 3 semanas; associada a hipersudorese e presença de adenopatias cervicais. Negava perda ponderal e astenia. No exame objetivo destacavam-se adenopatias cervicais e hepatomegalia. Analiticamente apresentava anemia de 11,6 g/dL, hiponatremia de 130 mmol/L e proteína C reativa de 24.08 mg/dL. Realizou biópsia aspirativa das adenopatias cervicais que revelou linfadenite reativa inespecífica. Sem isolamentos microbiológicos. Estudo serológico e imunológico negativos. A TC cervico-abdomino-pélvico demonstrou: múltiplas pequenas adenopatias torácicas e abdominais de natureza inespecífica, associadas a hepatomegalia ligeira/moderada. Realizou PET F-18-FDG que revelou captação aumentada nos gânglios latero-cervicais, axilares, mediastínicos, hilo hepático, ilíacos e inguinais, no esqueleto axial e apendicular e baço. Pedida biópsia excisional de adenopatia que foi adiada por diagnóstico de Covid-19, complicada com síndrome hemofagocitico, tendo sido admitido em unidade intermédia. Entretanto foi realizada uma biópsia da medula óssea que permitiu o diagnóstico de Linfoma de Hodgkin estádio IV B. Iniciou posteriormente quimioterapia com adriamicina, bleomicina, vimblastina e dacarbazina encontrando-se no 5º ciclo e apresentando-se em remissão completa após PET F-18-FDG de reavaliação.

Discussão: Os linfomas de Hodgkin representam cerca de 0.5% das neoplasias diagnosticadas nos países desenvolvidos. Têm uma apresentação variável e inespecífica, podendo apresentar-se inicialmente apenas com sintomas B como febre, sem nenhuma outra sintomatologia acompanhante. Este caso permite demonstrar a importância de uma pesquisa exaustiva de um sintoma inespecífico, e como um diagnóstico atempado permitiu realizar um tratamento eficaz.

Nº 042 Bacteriémias de repetição e a importância do controlo de foco

Inês Filipa Silva(1); Ana Filipa Silva(1); Mafalda Ferreira(1); Lindora Pires(1)

(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: Sépsis define-se como resposta desregulada à infeção com disfunção de órgão. Nos casos com apresentações frustes acresce o desafio da determinação e controlo do foco já que a sua identificação e tratamento precoces permitem minimizar a sua elevada morbimortalidade.

Caso clínico: Homem de 76 anos que recorre ao serviço de urgência por quadro inespecífico de lombalgia e febre há 4 dias. Sem outros sintomas associados. Objetivamente apresentava-se em choque sético com disfunção multiorgânica. Estudo complementar com aumento dos parâmetros inflamatórios e TC toracoabdominopélvica com aerobilia, divertículo da 2ª porção do duodeno e cólicos. Isolado microorganismo gram negativo em hemoculturas. Após resolução apresentou novos episódios de sépsis por bacteriémia a diferentes microorganismos gram negativos com boa resposta terapêutica e hemoculturas negativas entre episódios. Feita pesquisa exaustiva de foco. Sedimento urinário e ecografia prostática sem alterações, estudo ecocardiografico excluiu vegetações, endoscopia digestiva baixa sem alterações e alta confirma orifício diverticular. 18FDG-PET-CT com hipercaptação focal na porção proximal das vias biliares intra-hepáticas direitas. O isolamento de múltiplos microorganismos gram negativos coloca a translocação bacteriana desde o trato gastrointestinal como o foco mais provável. A existência de um local de fragilidade da parede duodenal que incluía a ampola de Vater e a confirmação através de CPRE de papila intradiverticular "rasgada", aerobilia na via biliar principal e cálculo no colédoco fortaleceu a hipótese de comunicação enterobiliar como etiologia responsável. Cálculo removido por CPRE. Sem novos episódios 2 meses após o internamento e proposto para colecistectomia.

Discussão: Este caso demonstra que nem sempre a clínica do doente é evidente e quando paucisintomáticos o desafio diagnóstico é maior. Lembra a importância do controlo de foco para resolução definitiva do quadro séptico.

Nº 043 Angiectasias refratárias à terapêutica endoscópica – um desafio terapêutico

Daniela Cruz(1); Inês Pintassilgo(1)

(1) HOSP. GARCIA DE ORTA

As angiectasias são uma causa rara, mas importante, de hemorragia gastrointestinal. Ocorrem tipicamente em doentes com mais de 60 anos e a sua frequência está aumentada em indivíduos com doença renal crónica. Embora o tratamento endoscópico seja a primeira linha, a multiplicidade e inacessibilidade das lesões, o elevado risco de recorrência e os riscos associados aos exames endoscópicos podem inviabilizar esta forma de tratamento. Como tal, têm sido realizados alguns estudos com agentes farmacológicos, como o octreótido e a talidomida.

Os autores apresentam um caso de um homem de 77 anos, com antecedentes pessoais relevantes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular, doença renal crónica, hipertensão pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crónica, cirrose hepática alcóolica e anemia multifatorial, por doença renal crónica, hiperesplenismo e ferropénia por angiectasias gástricas, duodenais e do cólon, diagnosticadas há cinco anos, com realização de mais de 20 tratamentos endoscópicos e realização de inúmeras unidades de concentrado eritrocitário (UCE). Optou-se por iniciar octreótido, com melhoria significativa da hemorragia gastrointestinal, contudo com necessidade de suspensão do fármaco por síndrome confusional agudo, associado a hipocaliémia de difícil controlo. Após suspensão do octreótido assistiu-se a agravamento marcado da anemia, tendo sido iniciada talidomida, com ótima tolerância, sem evidência de hemorragia gastrointestinal ou necessidade de UCE nos três meses seguintes, e com melhoria e estabilidade dos valores de hemoglobina.

A hemorragia gastrointestinal por angiectasias pode configurar um desafio terapêutico, devido à falta de eficácia do tratamento endoscópico associado à escassez de ensaios clínicos e aos efeitos adversos do tratamento farmacológico. As múltiplas comorbilidades podem limitar o tratamento desta patologia, tanto pela menor tolerabilidade aos tratamentos endoscópicos como pela presença de efeitos adversos da terapêutica farmacológica. Os autores apresentam um caso representativo deste desafio.

Nº 044 Um caso de Pseudo-obstrução cólica com 14 meses de evolução

Maria de Meneses Rebelo(1); João Teixeira(1); Inês Urmal(1); Manuel Albuquerque(1); Carlota Lalanda(1); Jorge Frade(1); Catarina Pereira(1); Mafalda Leal(1); Catarina Guimarães(1); Luís Santos(1); Catarina Costa(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

A pseudo-obstrução cólica (POC) é uma dilatação do cólon na ausência de obstrução mecânica/megacólon tóxico. Diagnóstico de exclusão, raro, que se associa a doentes médicos/pós-cirúrgicos graves, secundário a desequilíbrio metabólico/eletrolítico ou iatrogenia medicamentosa. Manifesta-se com distensão abdominal, náuseas, vómitos e

obstipação (20-40% poderão apresentar diarreia secretória). Apresenta-se caso de POC com 14 meses de evolução que se tornou um desafio diagnóstico.

Sexo feminino, 95 anos, com história relevante de cardiopatia isquémica e fibrilhação auricular anticoagulada. Em Novembro de 202(1) inicia de distensão abdominal e diarreia, seguida nos cuidados primários com implementação de medidas dietéticas até Agosto. Desde então 2 internamentos por agudização do quadro com hipocaliémia grave. Primeiro com exclusão de perdas renais, doença inflamatória intestinal, etiologia infeciosa, má absorção ao glúten e lactose, síndrome de Cushing iatrogénico, feocromocitoma, hiperaldosteronismo e iatrogenia medicamentosa. As tentativas de colonoscopia foram impossíveis por fezes diarreicas. Assumida insuficiência pancreática (elastase fecal 5ug/g) tendo alta sob pancreatina. No segundo internamento realiza TC abdomino-pélvica com conteúdo líquido em todo o cólon sugerindo diarreia secretória num ileus intestinal. Realizada PET que excluiu neoplasia e tumores neuroendócrinos. Analiticamente com gastrina e VIP normais, função tiroideia com défice de T3, sendo o hipotiroidismo uma causa rara de POC.

Assumida POC, com melhoria da clínica e da caliémia, com instituição de terapêutica procinética. Após a alta, melhoria significativa do quadro de distensão abdominal - dejeções diarreicas esporádicas sem hipocaliémia.

É importante considerar a POC pelas implicações graves: perfuração intestinal, desidratação grave e potencial arritmogénico em contexto da hipocaliémia, sendo esta tanto fator etiológico, como consequência da POC que pode levar a agravamento da distensão abdominal.

Nº 045 Síndrome anti-sintetase: Um diagnóstico raro na consulta de medicina interna

Raquel Flores(1); Laura Gago(1); Graça Lérias(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

A síndrome anti-sintetase (SAS) é uma patologia auto-imune rara, de etiologia e incidência desconhecida com uma prevalência superior no género feminino. Integra um subgrupo das miopatias inflamatórias, podendo-se manifestar com miosite, alterações cutâneas (rash orbitário, mãos de mecânico, pápulas de *gottron*), artrite, doença intersticial pulmonar e fenómeno de Raynaud. A gravidade e o tipo de envolvimento pulmonar determinam o prognóstico da doença.

Apresentamos o caso de uma jovem de 22 anos, estudante, que iniciou seguimento em consulta de medicina interna para estudo de anemia microcítica, hipocrómica. Na primeira avaliação apurou-se diminuição da força muscular proximal, simétrica de agravamento progressivo associada a tumefação articular das interfalângicas proximais, edema periorbitário, sudorese noturna e sensação febril (não quantificada). Referia ainda sensação de disestesias nas polpas digitais de ambas as mãos, associadas a coloração cinzenta, em relação com o frio, descamação cutânea dos dedos bilateralmente, sem úlceras associadas e anorexia com perda de peso não intencional de 3kgs.

Perante a suspeição diagnóstica, foi realizado estudo complementar que evidenciou: aumento dos parâmetros inflamatórios, anemia microcítica/hipocromica, trombocitose, anticorpos: antiPL12 e antiRo52 positivos forte, ANAs positivo fraco. Assumido o diagnóstico de SAS com envolvimento muscular, vascular e cutâneo, foi referenciada a consulta de reumatologia.

Do estudo complementar, a referir: Capilaroscopia com padrão esclerodérmico-like; Tomografia axial computorizada toraco-abdomino-pélvica: "hepatoesplenomegália"; Provas de função respiratória: "padrão restritivo e diminuição DLCO"; Eletromiograma compatível com padrão miopático e ecocardiograma transtorácico: "PSAP estimada

23mmHg. Fração de ejeção preservada." Iniciou tratamento com prednisolona, metotrexato, cálcio, vitamina D, Nitroglicerina transdérmica (nas mãos) e profilaxia para pneumocistose, protelando-se a progressão na imunossupressão até exclusão de patologia infeciosa e linfoproliferativa.

O caso apresentado evidencia a relevância de uma história clínica detalhada e um exame objetivo minucioso associado a elevado grau de suspeição, com impacto direto no tratamento precoce e morbilidade.

Nº 046 Um estranho caso de Esplenomegália

André Filipe Conchinha(1); Inês Neves(1); Sofia Cunha(1); Sofia Eusébio(1); Ana Raquel Soares(1); Pedro Fiúza(1); Tiago Pack(1); António Mário Santos(1); Afonso Rodrigues(1)

(1) Hospital Stª Marta

Introdução: O estudo etiológico da esplenomegália pode ser desafiante pela multiplicidade de diagnósticos diferenciais, podendo estar associada a patologia infecciosa, hemolítica, infiltrativa, congestiva ou neoplásica. Reportamos um caso incomum de esplenomegália, provavelmente reativa a infeção intestinal, em doente com diagnóstico presuntivo de linfoma de tecido linfóide associado à mucosa (MALT).

Caso Clínico: Homem, 59 anos, sem antecedentes. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 4 semanas de evolução de anorexia e dor abdominal. Nos 5 dias anteriores com diarreia incoercível (> 10 episódios/dia) com muco. Do exame físico, a enaltecer esplenomegalia palpável 6cm abaixo do rebordo costal. Do estudo complementar, a destacar: trombocitopénia (39 x10^9/L) e PCR 193mg/L; TC abdomino-pélvica a revelar "no hipogastro direito segmento do delgado com espessamento parietal concêntrico... exuberante esplenomegalia homogênea com 27cm de diâmetro longitudinal." Internado em enfermaria de Medicina Interna (MI) para estudo. Assumindo quadro de infecção com ponto de partida abdominal, iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam. Ao 3º dia de internamento, por isolamento de *Campylobacter jejuni* na coprocultura, iniciou antibioterapia dirigida com azitromicina que cumpriu por 5 dias, verificando-se melhoria clínica e analítica. O caso foi discutido com Hematologia, que sugeriu tratar-se de uma resposta inflamatória à infeção intestinal e um diagnóstico presuntivo de Linfoma MALT, inacessível a biópsia. Teve alta ao 9º dia de internamento referenciado a consulta de MI para vigilância.

Conclusão: Os autores enaltecem este caso pela esplenomegália significativa, provavelmente secundária a quadro infeccioso em doente com linfoma MALT de localização infrequente. O envolvimento do intestino delgado representa apenas cerca de 3% dos linfomas MALT, existindo evidência de que a infecção por *Campylobacter jejuni* está implicada na sua patogênese.

Nº 047 A idade é apenas um número - disse o Lúpus Eritematoso Sistémico

Martim Caldeira Henriques(1); Olga Capontes(1); Pedro Leal(1); Teresa Moitinho Almeida(1); Mariana Constante(1); Margarida R Fonseca(1); Rita Reis(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: Um homem de 80 anos foi enviado à consulta de Medicina Interna para investigação de febre com 4 meses de evolução. A marcha diagnóstica de um quadro febril arrastado é sempre um desafio para o médico internista.

Caso Clínico: O doente de 80 anos referia antecedentes de hipertensão arterial, fibrilação auricular, tabagismo, consumo regular de álcool e internamento há 5 anos para estudo de derrame pleural unilateral, que fora inconclusivo.

Refere início deste quadro 4 meses antes, com febre baixa vespertina e poliartralgias. Os sintomas melhoraram com AINEs e prednisolona prescritos em consulta particular, mas regressaram após suspensão da medicação. Dois meses depois mantinha febre e referia ainda perda ponderal 3Kg, anorexia, cansaço, dispneia, dor torácica retroesternal. Analiticamente apresentava anemia ligeira e elevação da PCR 165mg/L. Foi realizado angioTC torácico que excluiu tromboembolismo pulmonar mas revelou derrame pericárdico e derrame pleural esquerdo ligeiros. Foi medicado com colchicina e furosemida. Um mês depois é enviado à consulta por persistência do quadro, apesar da terapêutica, e é internado no serviço de Medicina Interna para investigação.

Perante quadro constitucional com febre arrastada, foi levantada a hipótese de uma patologia do foro infecioso, oncológico ou imunológico.

Do estudo analítico, as serologias infeciosas foram todas negativas, e do estudo imunológico, apresentava enzima conversora da angiotensina elevada, ANAs positivos 1/1280 com mitoses positivas, dsDNA intermédio e anti nuclesossomas positivo fraco. O ecocardiograma confirmou derrame pericárdico sugestivo de pericardite e a TC de tórax, abdómen e pelve excluiu adenopatias suspeitas e lesões neoplásicas.

Foi estabelecido o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) do Idoso e o doente foi medicado com hidroxicloroquina e prednisolona, com melhoria sintomática.

Discussão: Pela sua variabilidade de apresentação clínica, um diagnóstico de LES não é sempre evidente, sobretudo quando o quadro de apresentção inicial é um síndrome febril. Apesar de muito mais frequente em doentes mais jovens e do sexo feminino, pode ter apresentações menos típicas, tal como neste caso clínico.

Nº 048 Sarcoidose Extrapulmonar – Um Desafio Clínico

Catarina Santos Reis(1); Paula Ferraz(1); Carolina Monteiro(1); Ana Margarida Fonseca(1); Rodrigo Mota(1); Isabel Camões(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A Sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica de causa indeterminada, caraterizada pela presença de granulomas não caseosos. O envolvimento extrapulmonar exclusivo é raro na literatura, ocorrendo em menos de 10% dos casos.

Caso Clínico: Homem de 60 anos, ex-fumador, diabético tipo 2 com doença renal crónica estadio G4A3 (KDIGO). Referenciado ao Serviço de Urgência após deteção de hipercalcemia em estudo analítico. Referia astenia progressiva desde há 15 dias. Sem alterações ao exame objetivo. Analiticamente com hipercalcemia (cálcio ionizado 4,0 mEq/L), sem agravamento de função renal, função tiroideia e hepática normais. Eletrocardiograma sem alterações da condução. Sem medicação hipercalcemiante. Realizou fluidoterapia e ácido zolendrónico, com boa resposta. Do restante estudo, hormona paratiroideia (PTH), PTHrp, calcitonina e enzima conversora da angiotensina normais, vitamina D de 20 ng/mL; sem hipocalciúria em urina de 24 horas. Proteinograma sem pico monoclonal, sendo o doseamento de imunoglobulinas e cadeias leves séricas normais. Sem isolamentos microbiológicos. Radiografia do esqueleto sem lesões líticas. Tomografia computadorizada (TC) demonstrou extensas adenomegalias em todos os compartimentos do retroperitoneu. Submetido a biópsia que evidenciou linfadenite granulomatosa do tipo sarcoidótico. Estudo micobacteriológico e micológico da amostra negativas. Pelo desenvolvimento de anorexia e vómitos alimentares, realizou estudos endoscópicos cuja histologia comprovou atingimento gastrointestinal. Excluiu-se envolvimento pulmonar (TC pulmonar e

provas de função respiratórias), cardíaco (ecocardiograma transtorácico) e ocular (por Oftalmologia).

Conclusão: A sarcoidose tem uma apresentação clínica heterogénea, sendo o seu diagnóstico desafiador e parte da combinação entre achados clínicos, radiológicos e histológicos, bem como, exclusão de outras causas de inflamação granulomatosa.

Nº 049 Acidose lática associada à metformina - a importância da identificação precoce

Maria Alexandra Martingo(1); Marta Sofia Oliveira(1); Francisca Tato Fernandes(1); Francisca Carmo(1)

(1) CHVN Gaia

Introdução: A metformina é uma das terapêuticas de eleição no tratamento da Diabetes Mellitus tipo 2. Um dos efeitos adversos mais graves é a acidose lática a ela associada, ("*Metformine Associated Lactic Acidosis*" - MALA), uma entidade rara que pode advir de um excesso de dose ou da diminuição da sua excreção renal. A identificação e tratamento precoces são fundamentais para um desfecho favorável.

Caso Clínico: Mulher de 47 anos, diabética e hipertensa, com carcinoma da mama sob quimioterapia, recorreu ao serviço de urgência por astenia, náuseas e vómitos com duas semanas de evolução. Medicada com dois antihipertensores, metformina 2g/dia e insulina glargina. À admissão, apresentava-se desidratada e hipotensa, mas sem sinais de má perfusão e sem hipoxemia. Do estudo efetuado, destaca-se: acidemia metabólica com hiperlactacidemia (lactatos de 26 mmol/L), creatinina de 5.58 mg/dL e ureia de 204 mg/dL. Sem disfunção hepática nem elevação dos parâmetros inflamatórios. Iniciou fluidoterapia, correção dos distúrbios hidroeletrolíticos e controlo sintomático. Foi admitida no Serviço de Medicina Intensiva e submetida a hemodiálise, com necessidade de aminas para suporte cardiovascular. Após resolução da hiperlactacidemia e melhoria da função renal, foi transferida para a enfermaria de Medicina Interna.

Discussão: O caso ilustra a importância da identificação e tratamento precoces da MALA. Apresentou-se com acidemia e hiperlactacidemia, mas apesar da hipotensão e de se tratar de uma doente oncológica, a toma regular de metformina e a exuberância da hiperlactacidemia direcionaram o diagnóstico. Com lactatos superiores a 25mg/dL, a doente tinha critérios de mau prognóstico; o tratamento instituído de imediato assumiu-se fulcral para a boa evolução. Dessa forma, com este caso, procura-se realçar a importância da identificação rápida e eficaz desta entidade.

Nº 050 Trombose Venosa Profunda e Doença Celíaca: Uma Associação a Não Esquecer

Sofia Miranda(1); Patrícia Clara(2); Joana Rua(2); Rita Queirós(2); Andreia Rocha Costa(2); Nuno Ferreira Silva(2); Joana Vaz Cunha(2); Elisa Serradeiro(2); Fernando Salvador(2)

(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

A doença celíaca é uma doença autoimune sistémica, que classicamente se manifesta como uma síndrome de má absorção. Contudo, manifestações extra-intestinais como alterações hematológicas podem constituir a forma predominante de apresentação.

Homem de 45 anos, com antecedentes de epilepsia e de 2 internamentos por sépsis com ponto de partida em infeções cutâneas. Seguido desde 202(1) em consulta de Cirurgia Vascular por trombose venosa profunda (TVP) do membro inferior direito (MID), com estudo pró-trombótico negativo. Em 2022, recorre ao serviço de urgência por febre e sinais inflamatórios do MID, destacando-se analiticamente elevação dos parâmetros inflamatórios, citólise hepática e hipoalbuminémia. Assumido diagnóstico de celulite e iniciada levofloxacina empírica (hemoculturas negativas). Levantada a hipótese de síndrome nefrótico por hipoalbuminémia, cuja ausência de alterações em urina de 24h e no perfil lipídico não confirmaram. Posteriormente, estudo etiológico foi dirigido à possibilidade duma enteropatia perdedora de proteínas, do qual se destacou hipogamaglobulinémia de IgG e IgM, ASCAS IgA positiva e endoscopia digestiva alta com mucosa em D2 com aspeto nodular, com pontuado esbranquiçado e fissurações. Apesar de citólise hepática ter sido auto-limitada, foi realizado estudo etiológico que não revelou alterações. Por suspeita de imunodeficiência comum variável, foram solicitadas subpopulações linfocitárias e resposta vacinal (ambas sem alterações) e realizada toma de imunoglobulina 0.4g/kg. Teve alta para consulta de Medicina Interna, tendo posteriormente as biópsias intestinais revelado duodenite com aspetos morfológicos e imunofenotípicos compatíveis com doença celíaca (Marsh 3A). Atendendo a serologia negativa, foi solicitada genotipagem HLA-DQ2 e DQ8, que foram ambas positivas. Assim, assumido diagnóstico de doença celíaca e iniciada dieta com evicção de glúten. De momento, assintomático e já sem anticoagulação, estando agendada nova endoscopia 12 meses após início de dieta.

Embora a TVP seja uma manifestação rara de doença celíaca, múltiplos fatores podem levar à sua ocorrência. O seu diagnóstico implica um elevado grau de suspeição, principalmente na ausência de sintomatologia clássica, não se devendo descurar a pesquisa de outras causas.

Nº 051 O que esconde a ascite – Relato de Caso Clínico

João Ricardo Faia(1); Clara Pinto(1); Inês Pinheiro(1); Miguel Martins(1); Ana Sofia Martins(1); Beatriz Pinheiro(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga

A ascite corresponde a acumulação de fluido dentro da cavidade peritoneal, normalmente associada à cirrose hepática. No entanto, a etiologia pode ser vasta englobando outras entidades como a insuficiência cardíaca e as neoplasias.

Doente de 76 anos, sexo feminino, autónoma. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e cardiopatia isquémica. Medicada com insulina, bisoprolol, ácido acetilsalicílico, atorvastatina e olmesartan + hidroclorotiazida. Sem alergias nem história de viagens prévias. Quadro de aumento do perímetro abdominal, anorexia, obstipação e tenesmo retal com (1) mês de evolução. Exame objetivo com ascite sem tensão e discreto edema dos membros inferiores. Estudo analítico sem alterações. Ecografia abdominal com evidência de derrame peritoneal e espessamento da gordura abdominal. Líquido ascítico com evidência de gradiente albumina soro-ascite de 0,5 e presença de numerosas células nucleadas (2788 mg/dL) com predomínio de linfócitos (69%). Citologia do líquido negativa para células neoplásicas.

Internada para estudo da ascite em provável contexto neoplásico, não se excluindo tuberculose peritoneal.

Durante o internamento realizou tomografia computadorizada com implantes peritoneais e massa de maiores dimensões na pélvis. Endoscopia, colonoscopia, ecografia mamária e mamografia sem alterações. Ecografia transvaginal a destacar volumosa formação tumoral heterogénea e sólida, superior e posterior ao útero. Realizada laparoscopia exploradora e biópsia da lesão intraperitoneal, com histologia compatível com carcinoma

seroso de alto grau do ovário. Atualmente sob quimioterapia paliativa.

O cancro do ovário é das neoplasias com maior mortalidade no sexo feminino, apresentando uma variedade de apresentações clínicas, tendo em conta a sua evolução temporal. Trata-se de uma patologia que obriga à exploração cirúrgica com biópsia para o correto diagnóstico e posterior orientação do doente.

Nº 052 GLOBALIZAÇÃO E PERDA DAS BARREIRAS DE ENDEMICIDADE: A PROPÓSITO DE UM CASO DE SALMONELLOSE

Marta Monteiro(1); Inês Miranda(1); Sofia Ramalho(2); Raquel Domingos(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Fundação Champalimaud

Introdução: A doença invasiva a salmonela entérica é típica de países subdesenvolvidos, onde existe ausência de saneamento básico e higiene na produção e armazenamento de comida.

A principal forma de contágio é através do contacto com água ou comida contaminada com fezes, sendo a febre e a clínica gastrointestinal dominantes, apesar de a clínica respiratória ser frequente.

Não existe uma clara associação com imunossupressão.

Caso Clínico: Homem, 56 anos, hipertenso, com refluxo gastroesofágico e hábitos alcoólicos pregressos, medicado com omeprazol 20mg.

Apresenta-se com dor abdominal, náusea, vómitos, diarreia aquosa e intolerância alimentar com 4 dias de evolução.

Ao exame objetivo, desidratação importante, com oligúria, e abdómen difusamente doloroso à palpação, sem reação peritoneal.

Do estudo complementar, poliglobulia (Hb 17.2 g/dL), lesão renal aguda AKIN III (Ureia 227 mg/dL, creatinina 4.28 mg/dL), rabdomiólise (CK 714 U/L) e subida de parâmetros inflamatórios analíticos (PCR 14 mg/dL e pró-calcitonina 10.3 mg/dL).

Isolamento em hemoculturas de *Salmonella entérica spp.*

Instituída hidratação endovenosa vigorosa e antibioterapia. Inicialmente iniciada ciprofloxacina, com troca para ampicilina dirigida, que cumpriu durante 14 dias.

Verificou-se evolução favorável, com normalização da função renal e diurese, bem como remissão da clínica gastrointestinal e alterações analíticas.

Discussão: A facilidade de circulação de pessoas e bens, impõe perda de rigidez ao encarar o carácter endémico de certas doenças infeciosas. A circulação de vetores pode atingir um alcance outrora impensável e como clínicos temos de estar alerta para esse fato.

Este doente não tinha fatores de risco óbvios, nomeadamente viagens para regiões endémicas, contacto com água ou comida contaminada, no entanto apresenta-se com uma doença invasiva, com repercussão orgânica importante.

No entanto, a toma de omeprazol, pela redução de ácido gástrico, pode favorecer a entrada do microorganismo em circulação.

Nº 053 O perigo dos suplementos alimentares

Rita Pinto Araujo(1); Gisela Vasconcelos(1); Andreia Tavares(1); Penélope Almeida(1); João Gonçalves(1); Rita Costa(1); Teresa Pereira(1); Mónica Brinquinho(1)

(1) Hospital Feira

Introdução: A cetoacidose diabética euglicémica (CDE) é uma emergência metabólica incomum, que pode ocorrer em qualquer tipo de diabetes mellitus. A ausência de hiperglicemia pode atrasar o diagnóstico culminando em pior prognóstico. Associa-se a jejum, infeção, ingestão alcoólica, dieta cetogénica e uso de inibidor do cotransportador sódio-glicose 2 (iSGLT2). O tratamento inclui fluidoterapia, insulina e tratamento da etiologia subjacente.

Caso Clínico: Sexo feminino, 47 anos, com diabetes autoimune latente do adulto mal controlada, medicada com insulinoterapia e antidiabéticos orais, incluindo um iSGLT2. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal, náuseas e vómito de conteúdo alimentar. Referia erros alimentares e incumprimento terapêutico recente, mas negava introdução de novos fármacos. Sem clínica ou foco infecioso aparente. Ao exame objetivo sem alterações. Analiticamente destacava-se acidose metabólica com *anion gap* aumentado, cetonemia elevada e glicemia <250mg/dL. Assumiu-se uma CDE e iniciou terapêutica dirigida, mantendo difícil gestão por recorrência com a simplificação terapêutica, após apresentar critérios formais de resolução da CDE. Ao rever a história clínica, a doente admitiu a toma de suplemento alimentar cetogénico para perda de peso. Manteve necessidade de perfusão de insulina durante 72 horas, tendo, posteriormente, apresentado evolução favorável.

Discussão: A doente tinha um seguimento errático e historial de incumprimento terapêutico, pelo que se assumiu esta causa como principal motivo de descompensação. No domicílio estava sob iSGLT2, o que poderia justificar a CDE. No entanto, pela evolução atípica, e após revisão da história, o fator subjacente tornou-se evidente: o suplemento alimentar contribuiu para a persistência mais prolongada da CDE. Como evidenciado neste caso, especialmente na população diabética, o uso de suplementos alimentares cetogénicos, raramente regulados pelo INFARMED, deve ser investigado dada a sua popularidade atual.

Nº 054 Intoxicação a metotrexato-a importância da comunicação médico-doente

Joana Alves Luís(1); André Resendes Sousa(1); João Carvalho(1); Joana Afonso Pinto(1); Mário Barbosa(1); Helena Cantante(1)

(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Introdução: A transmissão de informação é um pilar fundamental na relação médico-doente. A garantia da compreensão das indicações médicas é essencial ao sucesso terapêutico, principalmente no que diz respeito a fármacos que exijam maior segurança. O metotrexato (MTX) é um antimetabolito antagonista do ácido fólico e a base do tratamento de doenças reumatológicas, nomeadamente da artrite reumatóide, associado a elevada toxicidade.

Caso clínico: Doente de 83 anos, recorreu ao serviço de urgência por quadro de odinofagia, disfagia para sólidos, lesões eritematosas na região do tronco, pescoço e pregas cutâneas e edema dos lábios e da língua. Após revisão terapêutica, constatou-se que a doente estaria a fazer 25 mg de MTX diariamente ao invés de semanalmente por má

interpretação das indicações dadas pelo reumatologista assistente.

Discussão: A maioria dos casos de intoxicação a MTX correlaciona-se com erros de interpretação na posologia levando à sobredosagem acidental e consequentemente a efeitos secundários graves, por vezes fatais. É importante refletir sobre a importância na comunicação com o doente e assegurar a segurança na toma deste tipo de fármacos.

Nº 055 Carcinoma de pequenas células da bexiga – uma entidade rara e agressiva

Sofia Ramalho(1); Marta Monteiro(2); Inês de Sousa Miranda(2); Teresa Bruno(3); Mariana Casqueiro(2)

(1) Fundação Champalimaud (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (3) IPO Lisboa

Introdução: O carcinoma de pequenas células da bexiga é raro, correspondendo a menos de 1% dos tumores da bexiga. Afeta principalmente homens entre 50 e 80 anos, associa-se a cistites recorrentes, litíase urinária e tabagismo e apresenta-se frequentemente com hematúria. É caracterizado por elevada agressividade e potencial metastático, com mau prognóstico, sendo habitualmente diagnosticado em fases avançadas.

Caso clínico: Mulher, 63 anos, autónoma, fumadora de 45 unidades-maço-ano. Identificada lesão vesical em ecografia após episódio de hematúria. Submetida a ressecção transuretral em fevereiro de 2020, com identificação de carcinoma invasivo de alto grau predominantemente neuroendócrino de pequenas células. Estadiamento pós-operatório sem evidência de metastização, pelo que realizou cistectomia radical com derivação de Bricker e linfadenectomia (1) mês depois, sem evidência de neoplasia - pT0N0. Cerca de 16 meses depois, identificada em TC lesão jejunal, submetida a enterectomia segmentar, cuja histopatologia revelou infiltração por carcinoma neuroendócrino, cumprindo depois 7 ciclos de cisplatina e etoposido. Novamente 16 meses depois, inicia quadro de diminuição da força no hemicorpo esquerdo, identificando-se 2 lesões cerebrais. A doente é internada e, por agravamento das queixas com hemorragia e edema, é submetida a excisão urgente das mesmas, confirmando-se metástases de carcinoma neuroendócrino. Apesar da cirurgia manteve os défices e verificou-se agravamento gradual, estando a doente à data da alta totalmente dependente, sem vida de relação e sem status funcional para qualquer terapêutica, tendo sido encaminhada para Medicina Paliativa.

Discussão: Este caso retrata um tumor raro e agressivo diagnosticado em fases iniciais com progressão lenta de doença, mantendo-se viva 35 meses após o diagnóstico. Dada a sua raridade são poucos os estudos para definição da melhor abordagem terapêutica, sendo necessária uma abordagem multimodal.

Nº 056 Doença pneumocócica invasiva - um olhar atento

Ines Sousa Miranda Mendes Silva(1); Frederica Ferreira(2); João Fustiga(3); Guilherme Sacramento(1); Guilherme Miranda(2); Jéssica Fidalgo(4); João Tavares(5); Patrícia Moniz(3); David Nora(3); Bernardino Valério(3); Vítor Mendes(3); Pedro Póvoa(3)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Hospital Distrital de Santarém, EPE (3) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (4) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins (5) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: O *Streptococcus pneumoniae* é uma causa conhecida de bacteriemia em doentes imunocompetentes e imunodeprimidos. A presença de bacteriemia pode resultar em complicações secundárias, como artrite, meningite e/ou endocardite.

Caso clínico: Homem de 58 anos, lúcido e autónomo. Antecedentes pessoais de VIH com bom controlo virológico e imunológico, doença hepática crónica de etiologia etanólica e viral (hepatite C não tratada), enfisema pulmonar e esplenectomia em contexto de trauma abdominal. Não vacinado para a pneumonia pneumocócica, COVID-19 e Gripe.

Recorre ao Serviço de Urgência por quadro agudo de febre, tosse produtiva, toracalgia e prostração.

Admitido na Unidade de Cuidados Intensivos por choque séptico de ponto de partida em pneumonia adquirida na comunidade do lobo superior direito. Evolução em choque refractário, com necessidade de ventilação mecânica invasiva.

Antigenúrias e hemoculturas positivas para *Streptococcus pneumoniae* sensível à Benzilpenicilina. Exsudado nasofaríngeo positivo para vírus sincicial respiratório (VSR).

TAC de tórax a evidenciar consolidação com broncograma aéreo do lobo superior direito e derrame pleural bilateral. Toracocentese diagnóstica com derrame pleural tipo transudado.

Realizado ecocardiograma TT que excluiu vegetações. Realizada punção lombar com líquor sem alterações, antigénio *S. pneumoniae* negativo.

Cumpriu no total 7 dias de antibioterapia, inicialmente sob Ceftriaxone e Claritromicina, dirigida posteriormente para Penicilina.

O doente evoluiu favoravelmente, com suspensão do suporte vasopressor, extubação após 10 dias de ventilação mecânica invasiva e negativação de hemoculturas.

Realizou vacinação pneumocócica e meningocócica B, tendo sido requisitada a vacinação Haemophillus influenza B e meningocócica A, C, Y e W-135.

Discussão: O risco de doença pneumocócica invasiva é maior em doentes imunodeprimidos e naqueles que apresentam coinfeccão viral a Influenza e VSR. A taxa de mortalidade dos doentes com bacteriemia a *S. pneumoniae* é de cerca de 15-20%. A vacinação pneumocócica está recomendada nos grupos de alto risco.

Nº 057 Quando o tratamento causa doença - Doença invasiva por CMV em doente imunodeprimido

Carolina Guimaraes(1); José Pedro Pinto(1); Salomé Moreira(1); Filipa Gomes(1); Ana Toste(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O espectro da doença por CMV em indivíduos imunocomprometidos é vasto. No que concerne à doença gastrointestinal por CMV não existem achados patognomónicos pelo que o diagnóstico depende dos achados histopatológicos e imunohistoquímicos nos contextos sugestivos.

Caso Clínico: Homem, 8(1) anos. Com antecedentes de DRC de etiologia indeterminada sob hemodiálise, linfoma não-Hodgkin B periférico de células pequenas (mantém seguimento, sem evidência de recidiva), hipogamaglobulinémia multifatorial, proctite ulcerosa, pneumonia SarsCov2 com evolução para pneumonia organizativa (ainda sob CCT alta dose). Levado ao SU por retorragias após sessão de hemodiálise. Associadamente com úlceras orais e genitais com cerca de 2 semanas de evolução, sob antifúngico tópico sem melhoria clínica. Hemodinamicamente estável à admissão, pálido. Analiticamente com anemia normocítica normocrómica (Hb 4.7g/dL) com bom recobro transfusional. Serologias e biologia molecular positivas para CMV e EBV. Estudos endoscópicos digestivos alto e baixo com extensa ulceração de todo o tracto gastrointestinal com biópsias das lesões cujo estudo de biologia molecular apresentou positividade para CMV, EBV, HSV (1) e 2 e estudo imunohistoquímico tinha evidência de corpos de inclusão de CMV.

Assumida como mais provável doença por CMV com atingimento mucocutâneo em doente imunodeprimido. Decidido iniciar empiricamente ganciclovir que manteve após confirmação histológica com boa resposta clínica (cicatrização úlceras GI e orais) e analítica (com diminuição da virémia por CMV).

Conclusão: Nos doentes imunossuprimidos, a colite por CMV é quase sempre secundária a reativação de infeção latente e pode condicionar morbimortalidade significativa. Neste caso em particular, a corticoterapia usada para o tratamento de pneumonia organizativa parece ter sido o trigger para esta reactivação.

Nº 058 É uma dor de cabeça

Carolina Anjo(1); Francisco Gonçalves(1); Ana Abreu Nunes(1); Gabriel Atanásio(1); Joana Capelo(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite de vasos de médio-grande calibre. Deve ser sempre considerada no estudo etiológico de uma cefaleia. O seu diagnóstico tardio, com consequente atraso terapêutico, pode ter consequências irreversíveis para o doente, tais como a perda de visão.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de um homem de 67 anos, autónomo, com antecedentes de macroprolactinoma, SAOS, obesidade e HBP que recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia temporal esquerda com um ano de evolução, já com múltiplos recursos a serviços de saúde e múltiplos cursos de analgesia. Esta era contínua, agravava com o decúbito lateral esquerdo e com movimento mandibular e raramente cedia por completo com analgesia. Sem fono ou fotofobia. Associadamente referia cansaço fácil, anorexia, sudorese, tonturas, diminuição da acuidade visual à direita e dores articulares de ritmo inflamatório nas mãos. À observação apresentava espessamento da artéria temporal esquerda, que era visível, palpável, endurecida e tortuosa.

Analiticamente apresentava anemia normocítica e normocrómica, leucocitose com neutrofilia, aumento da Proteína C Reativa e da Velocidade de Sedimentação (58mm/h). Neurocirurgia considerou que os sintomas não eram justificados pelo prolactinoma.

Foi internado com a suspeita de ACG, tendo iniciado corticoterapia. Realizou Ecodoppler das artérias temporais que revelou redução do fluxo vascular e halo hipoecogénico, achados compatíveis com o diagnóstico presuntivo. Associou-se metotrexato com intuito de poupar corticóide. Oftalmologia excluiu nevrite óptica. O doente teve boa evolução clínica.

Discussão: Neste caso em concreto, a anamnese cuidada e a observação atenta do doente permitiram a suspeição da ACG e seu adequado, embora tardio, tratamento.

Nº 059 Síndrome de Heyde: um caso clínico

Mafalda Leal(1); Beatriz Sampaio(1); Jorge Frade(1); Ana Catarina Pina Pereira(1); Maria Rebelo(1); Inês Urmal(1); João Teixeira(1); Catarina Silva(1); Sofia Salvo(1); Felisbela Gomes(1); Madalena Lisboa(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

A síndrome de Heyde é uma doença rara, caracterizada pela presença concomitante de estenose aórtica e hemorragia digestiva, habitualmente associada a uma forma de angiodisplasia. Em 90% dos casos está presente a associação entre estenose aortica grave e angiectasias a nível do delgado, havendo, na maioria dos casos, um único foco de hemorragia, sendo mais rara a presença de múltiplos focos (>2) hemorrágicos em simultâneo. Apesar de terapêutica local poder ser utilizada para controlo da hemorragia, o tratamento definitivo passa pela substituição da válvula aórtica.

Mulher de 75 anos, com estenose aórtica grave, recorreu ao serviço de urgência por agravamento do cansaço e angina de esforço no último mês. Nas últimas 2 semanas com fezes sugestivas de melenas. À observação apresentava-se pálida, hipotensa e com sopro sistólico III/VI audível em todo o precórdio. Toque rectal com melenas. Análises com hemoglobina de 7.1mg/dL (3 meses antes com 13 mg/dL) e ferropénia. Fez carboximaltose férrica e 2 unidades de concentrado eritrocitário, com bom rendimento. Realizou endoscopia digestiva alta que mostrou presença de hemorragia ativa no segmento duodenal D2 distal e presença de angiectasias puntiformes sem hemorragia ativa no segmento D3. Feito controlo hemorrágico local, sem novas perdas ou descida da hemoglobina. Assumiu-se provável síndrome de Heyde, tendo a doente ficado internada para estudo e substituição valvular.

Com este caso pretendemos alertar para uma entidade rara e com elevado grau de morbimortalidade pela dificuldade de diagnóstico. A maioria dos doentes apresenta hemorragia digestiva massiva e muitas vezes oculta, dado que a maior parte das angiectasias se desenvolve no delgado, não sendo frequentemente diagnosticadas pelos exames endoscopicos de primeira linha. Assim é necessário um alto grau de suspeição para um diagnostico célere, devendo ser considerada sempre que estamos perante um doente com estenose aórtica e suspeita de hemorragia digestiva.

Nº 060 Lúpus de início tardio

Tiago Castro Pinto(1); João Pedro Pereira(2); Inês Carqueja(3); Sandra Silva(4); Orlando Pedro(5); Alexandre Vasconcelos(1)

(1) Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos (2) Serviço de Gastrenterologia, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos (3) Serviço de Medicina Intensiva, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos (4) Serviço de Nefrologia, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos (5) Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Pedro Hispano.

Introdução: O lúpus de início tardio está descrito como uma entidade com actividade ligeira com serosite e envolvimento pulmonar como principais manifestações clínicas.

Caso Clínico: Homem 69 anos, autónomo, ex-fumador, com antecedentes de hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva. Admitido por anasarca com 2 semanas e quadro constitucional(com perda de 10 kg) com (1) ano de evolução. Negava alterações das características da urina, artralgias, fenómenos de artrite, rash/exantema ou outras queixas. Objectivamente com HTA, edema dos membros inferiores e superiores, sem outras alterações. Analiticamente destacava-se creatinina de 3mg/dL para um basal de 0,9 mg/dL, proteína C reactiva 35mg/L com anemia normocítica/normocrómica ligeira e

hematoproteinuria (7 eritrócitos/campo) e RPC de 4.4. Internado para estudo. Tinha estudos endoscópicos com 6 meses, sem evidência de neoplasia do tracto gastrointestinal.

Fez tomografia toracoabdominopélvica com densificações fibrorreticulares nos ápices, lobo superior direito e língula, bem como elementos reticulares nas bases pulmonares, derrame pleural, ascite e múltiplas adenopatias supra- e infradiafragmáticas. Estudo de etiologia autoimune com anticorpos antinucleares de 1/1280, antidsDNA positivos (198) e hipocomplementémia. Assumida nefrite lúpica (NL) tendo iniciado pulsos de metilprednisolona seguido de ciclofosfamida. Histologia compatível na biopsia renal com NL classe IV. Foi necessária hemodiálise(HD) transitória para suporte da função renal com melhoria progressiva. Teve alta orientado para a consulta externa de Nefrologia mantendo seguimento actual, e em remissão completa após esquema EUROLupus

Conclusão: Este caso alerta para a necessidade de equacionar o diagnóstico de LES mesmo em pessoas de género masculino e de idade avançada. Adicionalmente, ilustra manifestações radicalmente diferentes das descritas na literatura mais recente neste grupo etário

Nº 061 Meningite tuberculosa: a importância do diagnóstico diferencial da cefaleia.

Catarina Negrão(1); Rita Sismeiro(1); Marta Machado(1); Catarina Garcia(1); Margarida Mourato(1); Paulo Ramos(1); Marta Jonet(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A meningite tuberculosa é uma forma rara de tuberculose extrapulmonar, sendo responsável por apenas 6% das meningites, em países desenvolvidos. O seu curso indolente associado à apresentação inespecífica, caracterizada por febre, cefaleia e alterações neurológicas, dificulta o diagnóstico e atrasa o início do tratamento; o que contribui para a elevada morbimortalidade desta doença.

Caso: Homem de 5(1) anos, natural do Senegal, em Portugal há 12 anos, recorreu por três vezes ao serviço de urgência, no intervalo de dois meses, por queixas de cefaleia e astenia. Numa das vindas referiu febre e da avaliação analítica destacava-se anemia e hiponatremia. Teve sempre alta. Foi trazido novamente, em finais de Dezembro, por agravamento do quadro com alteração do estado de consciência, desorientação e discurso disártrico.

Na observação: doente emagrecido, suado, febril, com discurso confuso e pouco percetível, marcada rigidez da nuca e sinal de Brudzinski positivo.

Analiticamente com discreta leucocitose, proteína C reativa 4mg/dL e hiponatremia (131mmol/L). Na tomografia computorizada (TC) de crâneo evidência de edema cerebral difuso e hiperdensidade linear inter-hemisférica e da tenda do cerebelo, traduzindo espessamento meníngeo. A punção lombar com pressão de abertura não aumentada, com saída de líquor não hemático, apresentou pesquisa positiva de PCR *Mycobacterium tuberculosis*, corroborando o diagnóstico de meningite tuberculosa. Iniciou terapêutica tuberculostática quadrupla e corticoterapia. Por flutuação do estado de consciência durante o tratamento realizou eletroencefalograma que excluiu atividade epileptiforme; e repetiu várias vezes TC crâneo sem alterações de novo, até ao 30º dia de tratamento em que se documentou hidrocefalia.

Neste contexto foi discutido com neurocirurgia e transferido para a colocação de derivação ventricular externa. Por complicação cirúrgica o doente acabou por falecer.

Conclusão: A meningite tuberculosa apesar de ser uma manifestação pouco frequente, é importante ser considerada no diagnóstico diferencial de quadros indolentes caracterizados por febre e cefaleia, uma vez que o atraso no diagnóstico, e consequentemente no início de tuberculostáticos, são condições que agravam o risco de complicações, nomeadamente a hidrocefalia.

Nº 062 Linfoma manifestado por Sindroma Inflamatória Sistémica

Joana Formiga Viegas(1); Catarina Sena Silva(1); Kevin Rocha(1); Ana Paula Vilas(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

I: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) representa 30% dos linfomas e evolui habitualmente de forma agressiva. Surge usualmente como uma massa de crescimento rápido em órgãos (medula óssea, baço, fígado, trato gastrintestinal, ossos, cérebro) ou nos linfonodos (cervicais, axilares, inguinais e femorais). A localização retroperitoneal é rara e o seu diagnóstico geralmente tardio, apresentando os doentes massas de grande dimensão na altura do diagnóstico. A hipercalcémia (HCa) pode ser uma manifestação do linfoma, consequência da hipervitaminose D; numa minoria de casos resulta da produção de *paratormona related protein* (PTHrp).

CC: Mulher, 59 anos, autónoma, oligofrénica, obesa mórbida, levada ao S. Urgência por recusa alimentar. Apresentava-se prostrada, febril, hipotensa, taquicárdica, polipneica, com dessaturação periférica e murmúrio vesicular diminuído nas bases. Analiticamente, leucócitos 13300/uL, PCR 12.2mg/dL, ferritina 4940ng/mL, LDH 3593U/L, ácido úrico 15mg/dL e triglicéridos 335mg/dL, sugerindo síndroma hemagofagocítico; porém, com hipofosfatémia, normocaliémia e HCa (11.3mg/dL). Admitiu-se Síndroma da Resposta Inflamatória Sistémica (SIRS). A PTH e vitamina D séricas eram baixas, sugerindo HCa maligna (por metastização óssea ou por produção de PTHrp). A investigação complementar apurou massa retroperitoneal com 20cm, com infiltração das massas musculares adjacentes, do fígado, pâncreas, estômago, rim e suprarrenal esquerdos e com linfonodos intratorácicos e intra-abdominais; foi excluída metastização óssea. A biopsia da massa retroperitoneal diagnosticou LDGCB reativo para CD20, bcl-6, bcl-2 e MUM-1.

D: No presente caso, a primeira impressão diagnóstica foi SIRS 2ria a infeção. A HCa, contudo, obrigou a ponderar neoplasia, diagnosticando-se LDGCB e HCa 2ria. Admitiu-se que a HCa fosse por produção de PTHrp, dado não existir hipervitaminose D. A HCa 2ria à produção de PTHrp é rara nos LDGCB, mas está descrita na doença de alto grau.

Nº 063 Hipotensão Pós-Prandial: Etiologia De Síncope

Andreia Amaral(1); Cláudia Pratas(1); Diogo Ferreira da Silva(1); Pedro Mesquita(1); Íris Galvão(1); Maria Inês Candeias(1); Catarina Salvado(1)

(1) CHULC – H Capuchos

Introdução: A síncope pós-prandial é maioritariamente causada por hipotensão pós-prandial, apesar de existirem outros diagnósticos a considerar como a hipoglicemia pós-prandial e tumores gástricos, devendo este ser assim um diagnóstico de exclusão. Este fenómeno é mais prevalente em doentes com doença de Parkinson, diabetes mellitus, hipertensão arterial, idade avançada, polimedicados e institucionalizados.

Apresentamos um caso de um doente com síncope pós-prandial. Pretendemos com este caso discutir a abordagem e orientação clínica, salientando a marcha diagnóstica e importância de uma abordagem multidisciplinar e revisão terapêutica e hábitos de vida.

Caso Clínico: Sexo masculino, 89 anos, antecedentes pessoais de doença de Parkinson, estenose carotídea com colocação de stent e doença cerebrovascular crónica com enfartes lacunares núcleo-capsulares bilaterais. Recorreu ao serviço de urgência por sincope. Doente refere múltiplos episódio nos últimos dois anos, descrevendo que estes acontecem sempre após as refeições, de curta duração, despertando posteriormente

confuso. À admissão no serviço de urgência encontrava-se consciente, orientado, hemodinamicamente estável, com bradicinesia e tremores generalizados. Do estudo realizado a referir eletrocardiograma com bradicardia sinusal (56 bpm), sem outras alterações. Internado para continuação do estudo. Durante o internamento sem novos episódios, excluído etiologia cardíaca, oclusão carotídea de novo, patologia neurológica de novo ou causas metabólicas. Discutido ajuste terapêutico de doença de Parkinson com neurologia, tendo tido alta com indicação para dieta polifraccionada e repouso após a alimentação. Reavaliado em consulta sem novos episódios.

Conclusão: A hipotensão arterial aumenta o risco de eventos cardiovasculares e mortalidade por todas as causas, pois pequenos eventos assintomáticos podem levar a declínio cognitivo e estão associados a AVC sendo por isso importante o seu diagnóstico e prevenção principalmente na população com idade avançada.

Nº 064 "O trombo antes da tempestade" - uma complicação incomum na Miocardiopatia de Takotsubo

Sandra Oliveira Mendes(1); Ricardo Jorge Sousa(1); Henrique Guedes(1); Ivo Cunha(1)

(1) Hospital Pedro Hispano

A miocardiopatia de Takotsubo (MT) é reversível e geralmente associa-se a bom prognóstico. No entanto, estudos recentes reportam taxas de complicações altas na fase aguda/subaguda, incluindo a formação de trombos. Descrevemos um caso de MT seguida de fenómenos tromboembólicos graves.

Senhora de 70 anos apresenta-se com dor torácica com 12 horas de evolução e dispneia. À avaliação, eletrocardiograma (ECG) mostrou elevação ST nas derivações anteriores e ondas Q em V2; ecocardiograma (EcoTT) revelou acinésia dos segmentos médio-apical do ventrículo esquerdo (VE), hipocontractilidade dos segmentos basais e trombo apical. Sem doença coronária no cateterismo cardíaco (CATc). Foi iniciada hipocoagulação. 72 horas depois, presenciada paragem cardiorrespiratória (PCR) em fibrilhação ventricular (FV). Iniciadas manobras de suporte avançado de vida, com recuperação da circulação espontânea após 4 minutos. Identificada hemiparésia de novo, elevação ST em V2-V6 no ECG e EcoTT sem trombo visível. Tomografia axial computorizada (TC) e angioTC cranioencefálicas não identificaram lesões isquémicas agudas ou oclusão vascular. CATc mostrou oclusão da artéria descendente anterior (DA), cujo fluxo foi reestabelecido. Ressonância magnética cardíaca apresentou achados compatíveis com MT e cicatriz de enfarte no território médio-distal da DA. Iniciada terapêutica modificadora de prognóstico e aos 6 meses documentada resolução das alterações segmentares no EcoTT.

Foi estabelecido o diagnóstico de MT com trombo do VE. É recomendada hipocoagulação com antagonista da vitamina K geralmente até cerca de 3 meses ou até resolução das alterações segmentares, sendo importante a monitorização com EcoTT. Apesar disto, neste caso assistimos a duas consequências de tromboembolismo: enfarte agudo do miocárdio com elevação ST, subsequente FV e PCR, e acidente isquémico transitório. Embora a formação de trombos intraventriculares tenha uma baixa incidência em doentes com MT, esta situação pode ter complicações catastróficas. É necessária monitorização apertada na fase aguda para intervenção imediata em caso de embolização sistémica.

Nº 065 Um bem que veio por mal

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); Wendy Moniz(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

Introdução: A insuficiência renal aguda (IRA) é uma patologia comum nas enfermarias de Medicina Interna. Em termos de diagnóstico diferencial, a nefrite intersticial aguda (NIA) é uma das possibilidades que pode ser frequentemente esquecida, especialmente na presença de várias co-morbilidades e doentes polimedicados, tornando difícil a identificação do fármaco responsável.

Caso clínico: Mulher, 84 anos, leucodérmica, autónoma, história médica conhecida de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência por infeção do trato urinário não complicada, medicada com amoxicilina-ácido clavulânico e teve alta para domicílio. Nas 48h seguintes, por persistência de febre e tonturas recorreu novamente ao serviço de urgência. Objetivamente hipotensa. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios e ligeira lesão renal aguda assumida em contexto de hipoperfusão por sépsis, sem alterações na ecografia renal. Resposta eficaz à fluidoterapia. Iniciado empiricamente Piperacilina-Tazobactam (PTZ) e foi internada. Após 48h constatou-se disfunção renal de agravamento rápido (ureia 149 mg/dL, creatinina 5,62 mg/dL), oligúria e sobrecarga hídrica com necessidade de indução dialítica. O sedimento urinário revelou leuco-eritrocitúria isomórfica (1021/uL e 463/uL, respetivamente) e proteinúria na faixa nefrótica. Sem consumo de complemento. Sem eosinofilia periférica, rash ou artralgias. Nova ecografia renal sem alterações. Não se considerou biopsia renal por infeção urinaria ativa. Dada não melhoria de função renal e de suspeita de nefrite intersticial a PTZ feito switch antibiótico para meropenem e iniciada prednisolona per os com franca melhoria da função renal e independência de hemodiálise, confirmando-se suspeita clínica. À data de alta, sem evidência de infeção, creatinina 1,5 mg/dL, euvolémia e diurese preservadas.

Discussão: A Piperacillin-tazobactam é um dos antibióticos mais utilizados no ambiente hospitalar. Tem sido raramente associado a nefrite intersticial aguda, existindo escassos casos relatados como monoterapia. O elevado índice de suspeição, a interrupção imediata do fármaco e a introdução de corticoterapia numa fase inicial do processo patológico possibilitaram a evolução clínica favorável apresentada pela doente.

Nº 066 Mais um caso de Tromboembolia?

Beatriz Pedro Fernandes(1); Beatriz Cortez Ferreira(1); Ana Magalhães(1); Ana Linda Borges(1); Isabel Fonseca(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

O tromboembolismo pulmonar é uma oclusão súbita de parte da vasculatura arterial pulmonar comumente associado à embolização de trombos com origem nos membros inferiores ou pélvica(1). A associação entre doença oncológica e o desenvolvimento de trombose venosa que conduz a TEP foi já demonstrada(2).

Estudos mostram que 20-30% dos eventos tromboembólicos inaugurais estão associados a neoplasias (2) e são a segunda causa de morte em doentes oncológicos (3).O uso de anticoagulantes é determinante nestes doentes com a particularidade de que o risco de recorrência e o risco hemorrágico associado aos mesmos é diferente face a doentes sem patologia oncológica(3).

Homem de 62 anos, internado recentemente por TEP bilateral e TVP poplítea e femoral direitas. Estudo prévio de trombofilias negativo. Teve alta hipocoagulado. Recorre ao Serviço de Urgência 5 dias depois por dispneia, toracalgia e dorsalgia direita. Objetivou-se hepatoesplenomegalia. Apresentava insuficiência respiratória tendo sido internado com o diagnóstico de sépsis com ponto de partida respiratório. Analiticamente com parâmetros inflamatórios aumentados, alteração da bioquímica hepática com padrão colestático, trombocitopenia e anemia microcítica; serologias de vírus hepatotrópicos negativas. Ecocardiograma transtorácico identifica prováveis vegetações nas válvulas aórtica e mitral. A TC toracacoabdominopélvica revelou lesão hepática sugestiva de processo expansivo infiltrativo e múltiplos nódulos sugestivos de lesões secundárias. A biópsia hepática confirmou o diagnóstico de colangiocarcinoma. No 37º dia de internamento apresentou episódio de hematemeses, com disfunção cardiorrespiratória grave tendo o doente vindo a falecer.

Com este caso pretende-se mostrar a relevância da marcha diagnóstica na TEP e simultaneamente evidenciar a linha ténue entre risco trombótico/hemorrágico nestes doentes.

A ocorrência de eventos trombóticos venosos em doentes com patologia neoplásica está associada a um pior prognóstico e menor sobrevivência. Além disso, estes doentes têm um risco hemorrágico superior, como complicação da terapêutica anticoagulante, do que doentes sem doença oncológica(2).

Nº 067 Artrite séptica do joelho complicada de choque hemorrágico

Andreia Paulos(1); Joana Simões(1); Pedro Freitas(1); Pedro Carreira(1); Susana Marques(1); Ermelinda Pedroso(1)

(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: Os autores apresentam um caso de artrite séptica do joelho esquerdo a *Pseudomonas aeruginosa* após infiltração por patologia osteoarticular degenerativa.

Caso clínico: Homem de 76 anos, internado na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (UCIM) por choque hemorrágico após epistaxis massiva.

Trata-se de um doente com antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica, diabetes tipo 2, hipertensão arterial, flutter auricular sob anticoagulação e internamento recente por infeção SARS CoV2.

Acompanhado por Ortopedia por gonalgia esquerda com necessidade de infiltração cerca de (1) mês antes do atual internamento. Uma semana após o procedimento recorreu ao serviço de urgência por agravamento do quadro clínico com incapacidade de marcha. Ao exame objetivo: joelho esquerdo doloroso à palpação, com edema, calor, rubor e incapacidade funcional. Foi realizada artrocentese com colheita de líquido sinovial para exame citoquímico e microbiológico. Iniciou empiricamente ceftriaxone e vancomicina. Após o isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* o doente iniciou antibioticoterapia dirigida com piperacilina+tazobactam. As hemoculturas realizadas confirmaram bacteriémia ao mesmo agente.

Foi transferido para a Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) para cumprimento de antibioticoterapia dirigida durante 6 semanas.

Ao 23º dia de internamento na UHD foi transferido para a enfermaria do Serviço de Medicina Interna por episódio súbito de epistaxis massiva acompanhado de febre, expetoração mucopurulenta e dispneia. Por instabilidade hemodinâmica foi transferido para a UCIM onde realizou suporte hemodinâmico e posteriormente cauterização de ectasias vasculares na fossa nasal esquerda com estabilização clínica e analítica.

A avaliação do quadro respiratório permitiu ainda o diagnóstico de infeção a vírus sincicial respiratório.

Conclusão: Os autores apresentam este caso pela situação infeciosa pouco frequente e pela complicação inesperada durante o internamento.

Nº 068 Um caso de doença insidiosa mas agressiva

Pedro Moules(1); Rita Palma Féria(1); Joana Filipa Oliveira(1); Ana Grilo(1); Fernando Martos Gonçalves(1); José Lomelino Araújo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

O quadro constitucional continua a ser um desafio clínico com elevada morbilidade e mortalidade. Pela elevada frequência de estarmos perante um diagnóstico grave, devemos ter em conta várias etiologias possíveis.

Homem, de 55 anos, autónomo, hipertenso, dislipidémico e com história de tabagismo crónico, enfarte agudo do miocárdio e síndrome depressivo.

Enviado ao serviço de urgência por cansaço fácil, dispneia paroxística noturna, perda ponderal e enfartamento precoce com 6 meses de evolução. Negado febre e suores noturnos.

À admissão emagrecido e hipotenso. À auscultação com sons rítmicos e sopro sistólico panfocal, grau III/VI. Abdómen com empastamento no epigastro. Sem alterações mucocutâneas. Analiticamente sem elevação de parâmetros inflamatórios. Sem alterações mucocutâneas.

Na suspeita inicial de neoplasia, realizada tomografia computorizada, destacando-se derrame pleural bilateral, e endoscopia digestiva alta sem alterações.

Realizou ecocardiograma transtorácico com descrição de vegetações na válvula mitral e aórtica, com regurgitação mitral grave. Pedidas hemoculturas e iniciada antibioterapia assumindo endocardite de válvula nativa. Ecocardiograma transesofágico com caracterização de perfuração do folheto anterior da base mitro-aórtico condicionando regurgitação mitral grave. Por isolamento de streptococcus galolyticcus em hemoculturas, alterada antibioterapia para ceftriaxone segundo antibiograma. Evolução rapidamente desfavorável com evolução para insuficiência cardíaca aguda tendo o doente sido transferido para cirurgia cardiotorácica e submetido a cirurgia de substituição valvular.

Apesar da melhoria na obtenção diagnóstica e do tratamento cirúrgico, a endocardite continua a ser uma patologia com elevada morbilidade e mortalidade. Apresentamos este caso pela escassa sintomatologia infeciosa, nomeadamente ausência de febre ou elevação de parâmetros inflamatórios, apesar da gravidade e extensão da doença, tendo sido a elevada suspeição fundamental para o diagnóstico.

Nº 069 Abcesso hepático: importância da clínica na marcha diagnóstica

Ana Luís Ferreira(1); Daniela Casanova(1); Ana Correia de Sá(1); Francisca Abreu(1); Cristina Cunha(1); Sandra Barbosa(1); Maria Elisa Torres(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

A evolução da Medicina e da tecnologia permitiu o avanço de métodos de diagnóstico, cada vez mais fiáveis, sensíveis e rápidos, contribuindo para a eficiência médica. No entanto, a história clínica deve permanecer no centro da abordagem do doente de forma a definir a melhor estratégia terapêutica.

Mulher, 8(1) anos, com quadro de dor abdominal nos quadrantes direitos, mialgias, astenia e desorientação 24h após toma de vacina da gripe e COVID. Por manutenção da sintomatologia durante 2 dias, recorreu ao SU. Encontrava-se febril, polipneica, com dor à palpação do hipocondrio direito. Analiticamente, com elevação de parâmetros inflamatórios, disfunção hepatocelular com hiperbilirrubinemia direta. Realizou TC abdomino-pélvico que revelou lesão hipodensa no lobo hepático direito, subcapsular com 5.5cm, e duvidoso espessamento do antro gástrico. Internada para estudo, tendo sido requisitados estudos endoscópicos e estudo analítico alargado. Ao quarto dia de internamento, por agravamento do padrão de citocolestase, manutenção de febre, associada a dispneia, realizou angioTC tórax e ecografia abdominal que revelaram TEP segmentar e massa hepática sólida de aspeto suspeito, heterogénea e com diâmetro 8.4cm. Iniciada hipocoagulação e antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol. Nos dias seguintes, com isolamento de *S. intermedius* multissensível em hemoculturas – realizou ecocardiograma transesofágico que revelou massa apensa à parede da veia cava inferior, com extensão à aurícula direita, com 3.4cm, de natureza provável tumoral ou trombótica. Realizou RMN abdominal com melhor caracterização de massa hepática na altura com 9.2cm de diâmetro e características mais compatíveis com abcesso hepático – procedeu-se a colocação de *pigtail* ecoguiado no serviço de Medicina Interna, com drenagem total de 180cc de pus ao longo de 7 dias, sem isolamento de agente (doente já sob antibiótico há mais de 5 dias). Em reavaliação imagiológica após 6 semanas de antibioterapia, a massa hepática encontrava-se reduzida a 3cm e a cardíaca completamente resolvida.

Apesar de todos os exames sugerirem características neoplásicas da lesão hepática, a clínica aguda, com febre e dor abdominal, motivou o início de tratamento adequado antes do isolamento de agente ou mesmo da corroboração de hipótese diagnóstica em outro exame de imagem.

Nº 070 Tuberculose: uma doença antiga, um diagnóstico difícil

Francisca Silva Carmo(1); Sandra Silva(1); João Miranda(1); Raquel Moura(1); Sara Pinto(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: Em Portugal, a tuberculose (TB) constitui ainda um problema grave, apesar de existir uma diminuição gradual da incidência no país. O diagnóstico da TB implica a identificação laboratorial de Mycobacterium tuberculosis (bacilo de Koch - BK) em produtos orgânicos, através de testes microbiológicos e de biologia molecular (PCR).

Caso Clínico: Homem, 74 anos, mRankin 1, encaminhado para a consulta por tumefação cervical esquerda, sem outra sintomatologia. Realizou biópsia excisional que demonstrou alterações sugestivas de infeção por Mycobacterium (presença de granulomas epiteloides com células gigantes do tipo Langhans, com necrose central e raros bacilos álcool-acido (BAAR)), no entanto, com micobacteriológico e PCR negativos. Dos exames que realizou, a destacar: baciloscopias com exame direto negativo e cultural a identificar BAAR com contaminação; micobacteriológico e PCR do lavado brônquico e broncoalveolar negativos; IGRA indeterminado; TC toraco-abdomino-pélvico com pequenas formações ganglionares mediastínicas e hilares. Faz nova biópsia excisional de adenopatia cervical que volta a descrever linfadenite granulomatosa, com PCR de BK negativa. Durante seguimento, doente inicia sintomatologia com febre diária, sem predomínio durante o dia, hipersudorese noturna, astenia e perda de peso. Perante agravamento clínico, é internado eletivamente para estudo etiológico. Repetido todo o estudo, inclusive biópsia incisional de adenopatia, sendo enviadas lâminas também para o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge de forma a pesquisar outras micobactérias. Dos resultados obtidos, a salientar: IGRA positivo, micobacteriologico expetoração positivo para Mycobacterium

gordonae e PCR de BK do gânglio positiva para Mycobacterium tuberculosis. Posto isto, assumido diagnóstico de TB ganglionar e iniciado tratamento.

Conclusão: Na TB, dado o tratamento prolongado, é fundamental a confirmação do diagnóstico. No entanto, os exames auxiliares de diagnóstico têm sensibilidades e especificidades, devendo ser enquadrados no contexto clínico e epidemiológico. Se alta suspeita clínica, poderá ser necessário a repetição dos mesmos para alcançar o diagnóstico.

Nº 071 Síndrome de DRESS: a importância de um diagnóstico e tratamento precoce

Isabel Viana Novo(1); Pedro Araújo Rodrigues(1); Glória Gonçalves(1); Filipa Guedes(1); Carla Melo(1); Mário Esteves(1)

(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: A Síndrome de DRESS é uma reação adversa rara e potencialmente fatal, causada por hipersensibilidade tardia a fármacos. O início dos sintomas ocorre 2-8 semanas após a exposição. Caracteriza-se por envolvimento sistémico heterogéneo, podendo ser confundido com outros quadros clínicos de etiologia infeciosa ou hematológica. O score RegiSCAR é essencial para determinar a probabilidade do diagnóstico.

Caso Clínico: Homem, 6(1) anos, com fatores de risco vascular e internamento recente por Pancreatite Aguda complicada, tendo realizado drenagem transgástrica por coleção pancreática e cumprido 20 dias de Piperacilina/Tazobactam, com melhoria clínica e analítica à data de alta. Vem ao Serviço de Urgência por rash pruriginoso disperso por todo o corpo com (1) dia de evolução. Ao exame objetivo apresenta-se consciente, colaborante, orientado e com bom estado geral. Apresenta um exantema maculopapular morbiliforme generalizado e exuberante envolvendo a face, tronco e membros, hipotensão de 80/56mmHg, taquicardia de 115bpm e febre de 38,7ºC. Analiticamente, destacava-se Hemoglobina de 11,3 g/dL, 14000 leucócitos com predomínio neutrofilico de 88%, linfopenia de 3,9% e esfregaço sanguíneo a evidenciar linfócitos atípicos com hiperbasofilia citoplasmática. A acrescentar uma GGT 154 U/L, FA 100 UI/L, PCR 26,38 mg/dL e lactacidemia de 2.9 mmol/L. Função renal, coagulação, sedimento urinário, marcadores víricos e estudo autoimune inalterados. Decidido internamento por Síndrome de DRESS (RegiSCAR 4), tendo iniciado corticoterapia e fluidoterapia com melhoria clínica e analítica.

Conclusão: A síndrome de DRESS é um diagnóstico desafiante com evolução clínica atípica. A sua identificação precoce, associada à suspensão imediata do fármaco e outras medidas de suporte, é essencial para evitar a progressão da doença, complicações e mortalidade. De modo a que isto seja exequível, é imprescindível que toda a comunidade médica esteja sensibilizada para este diagnóstico diferencial.

Nº 072 Quando a clínica não é sugestiva

Sandra Catarina Neto da Cunha(1); Luís Luz(1); Maria João Costeira(1); Soraia Pinho(1); Bárbara Lemos(1); Patrícia Fernandes(1); Behnam Moradi(1); Renato Saraiva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A dissecção da aorta é uma patologia com baixa incidência, mas com uma mortalidade elevada, pelo que é uma emergência médica. É caracterizada por uma rutura da camada íntima da aorta, que se dissocia da camada média, dando origem a um lúmen falso onde é armazenado o sangue. Clinicamente, é típico o aparecimento de uma

dor torácica muito intensa/dilacerante, por vezes acompanhada de hipotensão. A hipertensão arterial (HTA) e os fatores genéticos são fatores de risco preponderantes.

Caso Clínico: Homem de 58 anos com antecedentes de HTA, dislipidemia e excesso de peso. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por um quadro, com (1) dia de evolução, de precordialgia no hemitórax esquerdo, de intensidade 2/10, sem irradiação e que agravava com a inspiração. Negava outra sintomatologia associada. Durante a permanência no SU, manteve-se sempre hemodinamicamente estável, mantendo dor torácica de características pleuríticas de baixa intensidade, refratária à terapêutica analgésica realizada, e pulsos palpáveis. Do estudo complementar realizado, destacava-se uma alcalose respiratória, discreta elevação dos D - dímeros e da proteína C reativa, com troponina I de alta sensibilidade e CK normais; raio X do tórax com infiltrados difusos bilateralmente. Por manutenção da clínica, assim como pelas alterações analíticas supracitadas, foi pedida uma angioTC que evidenciou uma disseção da aorta ascendente (tipo A de Stanford). Foi transferido para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra onde foi submetido a intervenção cirúrgica com sucesso.

Discussão: A disseção da aorta ascendente (tipo A) é uma emergência médica. Apesar de maioritariamente, os doentes apresentarem uma dor torácica, de início abrupto, muito intensa (descrita como dilacerante) em algumas situações isso não acontece, sendo o diagnóstico um desafio maior. Estão descritos casos semelhantes, embora raros, sendo os indivíduos afetados de idade avançada e já com algumas comorbilidades.

Nº 073 Rabdomiólise: Doença Profissional?

Paula Mesquita(1); Raquel M. Vieira(1); Daniela Ribeiro Alves(1); João Diogo Faustino(1); Mónica Mata(1); Sérgio Costa Monteiro(1)

(1) Hospital de Aveiro

Introdução: Rabdomiólise: síndrome caraterizada por necrose muscular e libertação sistémica de constituintes musculares intracelulares com níveis de creatina-fosfoquinase (CPK) acentuadamente elevados. Dor muscular e mioglobinúria podem estar presentes. A gravidade da doença varia de elevação assintomática da CPK a doenças potencialmente fatais associadas a elevação extrema de enzimas, desequilíbrios eletrolíticos e lesão renal aguda.

A interna apresenta um caso de rabdomiólise com etiologia incomum.

Caso Clínico: Homem de 52 anos, autónomo, pasteleiro, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e hiperparatiroidismo secundário a défice de vitamina D. Encaminhado pela médica assistente para a consulta externa de Medicina Interna por quadro de dor muscular nos membros inferiores, sem noção de diminuição da força, com aumento persistente da CPK. Referia caminhadas de 7km/dia desde há (1) ano, sem fármacos precipitantes ou produtos de ervanária. Pela suspeita de síndrome paraneoplásico, solicitada TC tóraco-abdomino-pélvica e doseamento de anticorpos antineuronais séricos, que não revelaram alterações. Dada manutenção da rabdomiólise marcada, apesar da abstinência de exercício físico e reforço da hidratação oral, solicitado estudo de polimiosite/dermatomiosite com anticorpos negativos.

Como prova diagnóstica foi solicitado estudo laboratorial com CPK previamente e consecutivamente a pausa laboral por férias, sendo mantidas as caminhadas ao longo deste período, apresentado uma diminuição marcada da CPK.

Discussão: Admitida rabdomiólise em contexto de esforço físico laboral exuberante. Este caso demonstra a importância de uma anamnese cuidada na avaliação do doente.

Nº 074 Um caso de Leptospirose

de apresentação incomum

Joana Batista Paulo(1); Filipa Nunes(1); Maria João Fernandes(1); Mariana Oliveira Costa(1); Rita Dutschmann(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A leptospirose é uma das zoonoses mais frequentes a nível global com mais de um milhão de casos anuais. Os humanos são hospedeiros acidentais sendo a exposição a fluidos de animais infetados em contexto profissional um dos fatores de risco mais comum. O período de incubação vai de 2 a 30 dias, iniciando-se os sintomas 5 a 14 dias após a exposição. As manifestações clínicas vão desde formas ligeiras e auto-limitadas até falência renal e hepática. Febre alta, mialgias, icterícia, náuseas e conjuntivite são os sintomas mais frequentes.

Apresentamos o caso de um homem de 60 anos, trabalhador de empresa de eletrodomésticos, com hipertensão, carcinoma papilar da tiroide e hiperparatiroidismo secundário conhecidos. Um dia após contacto com urina de rato em contexto profissional inicia quadro de artralgias localizadas aos joelhos e tornozelos, calafrio, febre, dor abdominal e vómitos. Negava mialgias, conjuntivite ou cefaleia.

Recorre à urgência 7 dias após o inicio de sintomas onde se constata icterícia, citocolestase hepática, aumento da PCR e hipocaliemia. Apresentava imagiologicamente hepatomegalia ligeira e dilatação das vias biliares. A pesquisa de leptospira na urina colhida à admissão foi inconclusiva, pelo que se admitiu a hipótese de colangite. Durante todo o internamento apresentou hipocaliemia, hipocalcemia e hipomagnesémia de difícil correção, sem alteração da função renal. 17 dias de doença após a exposição ocupacional, a pesquisa de Leptospira na urina positivou. As hemoculturas foram negativas.

Apresentamos o caso pelo seu curso atípico, tendo o início dos sintomas ocorrido no dia seguinte a exposição e evoluindo sem o típico quadro clínico de mialgias, cefaleia, conjuntivite ou alterações de função renal, tendo predominado as alterações hepáticas. A história clínica de exposição de urina de rato foi determinante para o diagnóstico.

Nº 075 Hiperparatiroidismo– uma causa invulgar de hemorragia digestiva alta

Liliana Sofia Gil Fernandes(1); Maria João Baptista(1); Nuno Ferreira(1); Ana Lourenço(1); Fátima Grenho(1)

(1) CUF Tejo

A associação da hipercalcémica (hiperCa) com sintomas neuropsiquiátricos e doença ulcerosa péptica (DUP) está bem estabelecida. Todavia, a doença ulcerosa péptica (DUP) complicada como primeira manifestação de hiperparatiroidismo primário é rara. Relata-se o caso de uma doente do sexo feminino, 80 anos, autónoma, com história de microlitiase renal, antiagregada, que é internada por melenas e sincope. À admissão encontrava-se prostrada, hemodinamicamente estável e com epigastralgia, sem abdómen agudo. Laboratorialmente destacava-se anemia ferropénica grave (Hg 5g/dL), sem outras alterações. A endoscopia digestiva alta revelou volumosa úlcera duodenal (UD), com eventual penetração a orgão adjacente. A Cirurgia determinou abordagem conservadora com inibidor bomba de protões, antibiótico empírico e suporte transfusional. Foi consultada a Medicina Interna(MI) por síndrome depressivo, adinamia e anorexia graves subagudas, tendo-se documentado hiperCa (cálcio corrigido de 14 mg/dL) e elevação da PTH (208). A ecografia do pescoço e a cintigrafia das paratiroides documentaram adenoma paratiroideu. Após terapêutica com zolendronato e hidratação com NaCl 0,9% assistiu-se a

uma normalização calcémica e melhoria dos sintomas neuropsiquiátricos e digestivos. Pelo hiperparatiroidismo primário foi submetida a paratiroidectomia, que proporcionou a resolução do hiperparatiroidismo. A histologia foi compatível com adenoma da paratiroide. Os autores pretendem ilustrar, com este caso de rotura contida de UD sangrante e sintomas neuropsiquiátricos em contexto de hiperCa grave, a importância da avaliação holística por MI na tentativa de integrar todos os problemas ativos num diagnóstico final, por vezes improvável, e subsequentemente almejar um tratamento definitivo.

Nº 076 A Importância da Vigilância do Tratamento com Metformina

Ana Paula Rezende(1); André Mendes(1); Jerina Nogueira(1); Emanuel Fernandes(1); Nídia Calado(1); Armando Cruz Nodarse(1); Isabel Lavadinho(1)

(1) Hospital Distrital de Portalegre

A metformina é um fármaco de primeira linha no tratamento da diabetes mellitus tipo 2, sendo um anti-diabético oraL a demonstrar redução da morbimortalidade cardiovascular, uma das principais causas de morte nesta população de risco. Está demonstrado como efeito secundário deste medicamento que o seu uso prolongado provoca uma má absorção de vitamina B12.

Doente do sexo feminino, de 88 anos, dependente para as atividades de vida diárias. Trazida ao serviço de urgência por quadro de anorexia associada a perda ponderal com cerca de 2 meses de evolução. Nega perdas hemáticas visíveis. Tem como antecedentes pessoais: HTA, Diabetes mellitus tipo 2 e trombocitopenia essencial, como medicação habitual toma: Meformina + vildagliptina 1000/50mg e Olmesartam 20mg. Ao exame objetivo a doente encontrava-se hipotensa e taquicardica (TA: 80/50mmHg; FC 105bpm), pele e mucosas descoradas mas hidratadas, auscultação cardíaca: taquicardica, rítmica sem sopros e toque rectal sem vestigios de sangue. Analiticamente, a doente apresentava uma anemia macrocítica (Hb 3,8g/dl VCM 114,4fL HCM 39,2pg) E trombocitopenia (Plaquetas 18 000). Foi pedida transfusão de 2 unidades de concentrado eritrocitário após nova colheita analítica com estudo da cinética do ferro, doseamento de vitamina B12 e ácido fólico. Ao avaliarmos as análises, verificamos que se trata de uma anemia megalobástica por défice de vitamina B12 e ácido fólico (Vitamina B12 134ng/mL Ácido fólico 2,03ng/mL). Ficou internada no serviço de Medicina Interna, iniciou suplementação com cianocobalamina e ácido fólico, com melhoria dos valores de Hemoglobina.

O tratamento de longa duração com biguanidas aumenta o risco de défice de vitamina B12, que pode levar a situações clínicas graves (anemia perniciosas, neuropatia). Sendo o défice de vitamina B12 uma situação facilmente tratável, devemos considerar a realização de medição periódica dos níveis desta vitamina nos diabéticos submetidos a este fármaco.

Nº 077 Quando somos pressionados pelo tempo

Ana Paula Rezende(1); André Mendes(1); Jerina Nogueira(1); Emanuel Fernandes(1); Nídia Calado(1); Armando Cruz Nodarse(1); Isabel Lavadinho(1)

(1) Hospital Distrital de Portalegre

A hemorragia cerebral (HCE) é uma forma frequente de Acidente Vascular Cerebral, sendo uma das mais graves apresentações desta patologia. A hipertensão arterial é um dos maiores fatores de risco para HCE, principalmente em idosos. Os hematomas cerebelosos correspondem a 5-10% dos hematomas cerebrais e têm como principais sintomatologia as náuseas, os vómitos e o desequilibro motor. Estes hematomas podem provocar uma compressão direta sobre o tronco cerebral e causar uma paragem cardiorrespiratória súbita.

Doente de 89 anos, do sexo feminino, autónoma, recorreu ao serviço de urgência por quadro de hemiparesia esquerda com 1:30h de evolução. Antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo 2 e bloqueio completo do ramo direito, como medicação habitual faz: AAS 100mg, Metformina 850mg. À avaliação inicial, a doente encontrava-se hipertensa (230/98mmHg). Ao exame objetivo, a doente encontrava-se sonolenta, mas despertável, orientada, discurso lentificado, paresia facial central esquerda, força muscular diminuida (3/5) no hemicorpo esquerdo. NYHSS de 7 pontos. Realizou uma tomografia computorizada crâneo-encefálica que mostrou "hematoma agudo intra-axial cerebeloso, com aparente origem no hemisfério cerebeloso esquerdo, estendendo-se ao vérmis e hemisfério contralateral com dimensões de 45x39x26mm; com efeito de massa moderado, compressão posterior do tronco cerebral e posicionamento baixo das amígdalas cerebelosas sugerindo herniação amigdalina." Foi contactada a Neurocirurgia do Hospital Central para a transferência da doente. Foi operada e verificou-se que o hematoma cerebeloso foi provocado por rotura de uma malfomação arteriovenosa.

Estando num Hospital periférico a mais de 2 horas de distância para o Hospital central, destaca-se a importância de um alto nível de suspeição em pacientes sintomáticos para garantir-se um diagnostico precoce de forma à transferência ser o mais breve possível, uma vez que o quadro clínico pode agravar-se num período de tempo reduzido.

Nº 078 Apoplexia Pituitária

Ana David do Carmo(1); Bebiana Gonçalves(1); Alexandra Bayão Horta(1)

(1) Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A apoplexia pituitária é uma entidade rara que decorre de uma hemorragia súbita da glândula, geralmente na presença de um adenoma. O aumento de volume repentino da glândula, traduz-se clinicamente com compressão das estruturas adjacentes e/ou disfunção hipofisária.

Caso Clínico: Homem de 62 anos com história de hipertensão arterial, que recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia holocraniana intensa (8/10), fotofobia, sonofobia e vómitos com 72h de evolução.

À entrada não tinha alterações no exame físico e laboratorialmente apresentava apenas leucocitose com neutrofília.

A Tomografia Computorizada Cranioencefálica mostrou lesão ocupante de espaço selar e supra-selar, com conteúdo espontaneamente hiperdenso, com contacto e modulação do quiasma ótico, traduzindo apoplexia pituitária em contexto de macroadenoma hipofisário.

Por evolução com febre, agravamento da cefaleia (10/10), diplopia binocular horizontal e hemianópsia bitemporal, iniciou hidrocortisona endovenosa e foi submetido a cirurgia

descompressiva de urgência com excisão parcial do macroadenoma hipofisário por via endoscópica transnasal.

O pós-operatório foi marcado por um período de diabetes insipida central seguido de secreção inadequada de hormona anti-diurética, para além de insuficiência suprarrenal e hipotiroidismo secundário. Como complicação mais significativa refere-se uma fístula de liquor que foi operada e uma meningite sem agente etiológico isolado e para a qual cumpriu 2(1) dias de antibioterapia empírica com vancomicina e ceftazidima.

Teve alta ao 30º dia de internamento, mantendo diplopia binocular e hemianópsia bitemporal.

Conclusão: Perante um quadro de estabelecimento abrupto de cefaleia muito intensa mesmo na ausência de alterações visuais, devemos considerar a apoplexia pituitária como uma explicação possível.

O tratamento cirúrgico está reservado, para os casos em que existem alterações visuais e nem sempre conduz à reversão das mesmas como aconteceu com o nosso doente.

Nº 079 Púrpura de Henoch Schönlein no Adulto: Descrição de Caso

Valter Duarte(1); Jéssica Krowicki(1); Gisela Gonçalves(1); Laura Baptista(1); Tiago Valente(1); Gorete Jesus(1)

(1) CH Baixo Vouga – Aveiro

Introdução: A vasculite por IgA ou Púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é a vasculite mais comum nas crianças (cerca de 90% dos casos), sendo rara nos adultos. Caracteriza-se por púrpura palpável sem trombocitopenia ou coagulopatia, artralgias e dor abdominal, sendo a hemorragia gastrointestinal e a glomerulonefrite as principais complicações. Nos adultos existe um maior risco de evolução para doença renal crónica (DRC) (8-68%).

Caso clínico: Mulher de 40 anos sem história pessoal ou familiar de relevo. Internada para estudo de lesões purpúricas pruriginosas dos membros inferiores e superiores com 10 dias de evolução, associadas a artralgias migratórias de rimo misto e edemas bimaleolares com limitação funcional. Referia astenia, dor abdominal e diarreia com sangue nos últimos 5 dias. Negava febre, odinofagia, episódios de olho vermelho, cefaleias, queixas respiratórias ou genitourinárias. Ao exame objetivo, à exceção de púrpura palpável nos 4 membros. O estudo analítico revelou elevação da VS (46 mm/h) e da PCR (11.6 mg/dL), calprotectina fecal positiva e urina sem proteinuria ou eritrocituria. A TAC-TAP demonstrou espessamento de ansa intestinal e o estudo endoscópico evidenciou duodenite erosiva ligeira e ileocolite ulcerada, cuja biópsia sugeria ser de etiologia isquémica. Iniciou corticoterapia, tendo realizado biópsia prévia das lesões cutâneas que confirmou o diagnóstico de vasculite compatível com PHS. Iniciou azatioprina e desmame de corticoterapia (CCT) com melhoria analítica e resolução total das lesões cutâneas.

Conclusão: O prognóstico da PHS depende principalmente da evolução para DRC. Em cerca de 89% dos adultos, a PHS tem um curso benigno com resolução espontânea com recidivas que atingem os 43%. O tratamento deve ser dirigido ao fenótipo: tratamento sintomático, CCT e/ou imunossupressores. Existe uma dissociação entre as manifestações iniciais e o prognóstico renal, sendo importante avaliar os fatores de prognóstico e ser realizado um follow-up apropriado.

Nº 080 Rápida instalação e lente

resolução da meningoencefalite

Rita Sevivas(1); Catarina Pinto Silva(1); Flávia Fundora Ramos(1); Cristiana Fernandes(1); Ana Sofia Barroso(1); Elsa Gonçalves(1); Carlos S. Oliveira(1)

(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

A infeção por Listeria ocorre principalmente em doentes idosos e/ou imunodeprimidos. O espectro clínico é vasto e variável, sendo a apresentação mais comum a meningoencefalite. A Listeria é uma bactéria não tuberculosa que pode causar aumento substancial dos linfócitos no líquido cefalorraquidiano, levando a dúvidas diagnósticas.

Mulher de 67 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e obesidade; medicada habitualmente com metformina, rosuvastatina e amlodipina. Admitida no SU por início de discurso arrastado e falta de força generalizada associada a pico febril de 39ºC com 8 horas de evolução. Ao exame objetivo: normotensa, normocárdica e febril, com rigidez da nuca, desorientada, não colaborante, agitada e afásica. Dos exames realizados não apresentava alterações analíticas ou imagiológicas (TC de crânio e TC torácico abdomino pélvica). Realizada punção lombar com saída de líquido turvo, 1166 leucócitos com 94% de mononucleares e baixa glicose, tendo sido iniciada antibioterapia empírica com Ceftriaxone e Ampicilina pelos fatores de risco, concomitante ao início de corticoterapia. Melhoria clínica ligeira, contudo a manter picos febris durante o internamento. Em microbiologia de LCR com isolamento de Listeria monocytogenes, mantendo antibioterapia dirigida com ampicilina que cumpriu 2(1) dias. Para exclusão de complicações, foi reavaliada com RM CE com achados sugestivos de ventriculite pelo que se prolongou antibioterapia até aos 42 dias. Nessa altura, com reavaliação imagiológica e do LCR ainda com 26(1) leucócitos e predomínio de mononucleares (83%), pelo que manteve antibioterapia até completar 6 semanas. Durante o internamento apresentou melhoria lenta e progressiva dos défices neurológicos, apresentando-se recuperada à data de alta.

Os autores destacam este caso, uma vez que o LCR em casos de infeção por Listeria, ao contrário de outras causas de meningite bacteriana, pode apresentar tanto um predomínio de polimorfonucleares como de mononucleares - fator confundidor na abordagem etiológica -, e atrasar o tratamento atempado, agravando o prognóstico.

Nº 081 Vasculite de pequenos vasos: uma marcha diagnóstica arrastada

Rita Sevivas(1); Catarina Pinto Silva(1); Flávia Fundora Ramos(1); Cristiana Fernandes(1); Ana Sofia Barroso(1); Elsa Gonçalves(1); Carlos S. Oliveira(1)

(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

As vasculites de pequenos vasos são doenças multissistémicas que se manifestam habitualmente com sintomas constitucionais envolvendo frequentemente o pulmão e o rim, sendo que deste último a forma mais comum de apresentação é por hematúria, proteinuria e agregados glóbulos vermelhos com deterioração rápida da função renal.

Mulher de 75 anos, parcialmente dependente por patologia osteoarticular, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre com (1) semana de evolução associada a otalgia, tendo sido medicada com amoxicilina/ác. clavulânico por otite média aguda. Regressou 20 dias depois por manter febre associada a astenia, sem queixas genito-urinárias. Sem alterações ao exame objetivo, e perfil tensional normal. Analiticamente com creatinina 1.36mg/dL para uma função renal prévia normal, anemia aguda Hb 12.1g/dL e exame de urina com leucoeritrocitúria. Teve

alta medicada com cefuroxima por cistite aguda. Readmitida passados 35 dias após o início do quadro por manutenção da clínica, sem novas alterações ao exame objetivo; analiticamente com agravamento da anemia (Hb 11.5g/dL), da função renal (Cf 4.85mg/dL), e exame de urina a manter leucoeritrocitúria e 900mg/dL de proteinúria diária; ecografia reno-vesical sem alterações. Internada para estudo de doença renal aguda e febre persistente. Do estudo etiológico: hemoculturas em aerobiose seriadas e urocultura negativas, imunoglobulinas e complemento normais, C-ANCA 1/160, ANCA MPO 143 RU/mL e anticorpo anti-MBG negativo; ecocardiograma transtorácico sem vegetações. Diagnosticada com Vasculite C-ANCA MPO com atingimento renal, tendo iniciado corticoterapia e ciclo de ciclofosfamida. Durante o internamento, por se aliarem à ausência de recuperação da função renal os sintomas urémicos, iniciou hemodiálise com melhoria progressiva do quadro clínico e resolução da febre.

A clínica inicial das vasculites de pequenos vasos é, muitas vezes, inespecífica o que pode condicionar um atraso significativo no diagnóstico e, consequentemente, ter implicações negativas no prognóstico da doença

Nº 082 O raro tumor neuroendócrino: Insulinoma – a propósito de um caso clínico

Ines Guimarães Rento(1); Inês Almeida(1); Andreia Lopes(1); Critina Andrade(1); João Tavares(1); Joana Andrade(1); Ricardo Lavajo(1); Adelino Carragoso(1); Miguel Sequeira(1); Ana Lograd(1); Júlio Constantino(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: O insulinoma é um tumor das células ß pancreáticas raro, que se caracteriza por uma segregação ectópica de insulina, e manifesta-se habitualmente pela tríade de Whipple: hipoglicemia importante (<45mg/dL) induzida pelo jejum, com sintomatologia neuroglicopénica e com reversão rápida com administração de glicose.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 37 anos admitida na sala de emergência do Serviço de Urgência por hipoglicemia (26mg/dL) e alteração do estado de consciência. Apresentava amnésia circunstancial para o episódio mas referia episódios ocasionais de tremores em repouso, palpitações, astenia e mal estar geral que relacionava com a amamentação, e que resolviam com a ingestão de açúcares de absorção rápida, com ganho ponderal não quantificado.

Dos antecedentes pessoais (AP) destaca-se tiroidite pós parto em 2017, sem outros AP de relevo.

À admissão no SU fez glicose hipertónica com recuperação e ficou sob monitorização.

Foi posteriormente admitida em internamento para estudo etiológico de hipoglicemias, realizou prova de jejum com doseamento de insulina, peptídeo C, ß-hidroxibutirato em hipoglicemia, que revelou hiperinsulinismo endógeno (glicemia 47mg/dL, insulina 21.8 uU/mL, peptídeo C 2.23ng/mL e ß-hidroxibutirato 0,2(1) mmol/L).

Efetuou TC abdominal que revelou "formação nodular hipervascular em fase arterial, medindo 17x15mm de diâmetros axiais e 16mm de diâmetro longitudinal, em provável relação com tumor neuroendócrino" na vertente posterior da cabeça do pâncreas. Foi avaliada por Cirurgia Geral, realizou PET-TC para estadiamento que confirmou captação confinada à cabeça do pâncreas e foi intervencionada eletivamente para enucleação da mesma, não tendo tido intercorrências. O estudo anatomopatológico confirmou o diagnóstico de tumor neuroendócrino bem diferenciado, sem invasão de estruturas.

Discussão: Este caso alerta-nos para uma entidade rara, que deve ser suspeitada quando se manifestem os sintomas clássicos da tríade de Whipple.

Nº 083 Tuberculose meníngea: rara e indolente mas incapacitante e potencialmente letal

Ana Carolina Monteiro(1); Martim Trovão Bastos(1); Carolina Chumbo(1); Teresa Valido(1); Filipa Figueiredo(1); Maria Clara Matos(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A tuberculose meníngea (TBM) é uma das formas mais raras de tuberculose mas constitui a forma mais incapacitante e letal. Apresenta uma evolução clínica insidiosa mas a progressão dos sintomas pode culminar no coma, sendo a pesquisa de PCR de Mycobacterium tuberculosis (MB) no liquor é o método mais rápido de diagnóstico. O início célere de terapêutica antibacilar e o uso de corticoterapia contribuem para menos sequelas neurológicas e melhor sobrevida.

Caso clínico: Mulher de 38 anos admitida por quadro de 9 meses de lombalgia mecânica, astenia, anorexia, perda ponderal de 15Kg em 2 meses, tosse seca, febre com calafrio e sudorese.

Dos exames efectuados, destacam-se: Analiticamente: PCR 0.67mg/dl, PCT 0.16ng/ml, VS 26mm/h, Na 125mmol/L, GGT 144U/L, FA 188U/L, LDH 215 U/L; TAC tórax: incontáveis imagens micronodulares em todo o parênquima pulmonar, sugestivo de tuberculose miliar; TAC abdomino-pélvica: multiplas adenomegalias no pequeno epiploon, adjacentes ao tronco celiaco e no hilo hepático; RMN coluna lombar: Alterações D12-L(1) sugestivas de espondilodiscite com abcessos epidural e pré-vertebral; Serologias virais negativas, Hemoculturas em Bactec negativas; Aspirado traqueal: PCR MB positivo mas BAAR negativo.

Evolução com deterioração neurológica (escala de coma Glasgow 9 e rigidez da nuca). TAC crânio-encefálica com hidrocefalia com sinais de actividade e tensão intraventricular. Colocada derivação ventriculo-peritoneal. PCR MB positivo no LCR.

Admitido diagnóstico de tuberculose miliar disseminada com envolvimento pulmonar, ganglionar, ósseo e meningo-encefalítico. Iniciada terapêutica antibacilar e dexametasona com melhoria.

Conclusão: A TBM é uma doença neurológica grave, sendo que a hidrocefalia traduz um estadio avançado da doença, com morbi-mortalidade significativas. Estas devem-se ao desafio diagnóstico imposto pela apresentação clínica indolente e inespecifica. Devem ser excluídos estados de imunossupressão que tenham predisposto para a infecção e é premente efectuar o diagnóstico diferencial com outras etiologias infecciosas. Um alto nível de suspeição clínica exige o inicio imediato de terapêutica antibacilar, mesmo que não haja ainda achados confirmatórios, dado que o tratamento atempado tem significativo impacto no prognóstico vital.

Nº 084 Pancreatite crónica: um autêntico desafio diagnóstico

Ana Carolina Monteiro(1); Inês Miranda(1); Martim Trovão Bastos(1); Carolina Chumbo(1); Filipa Figueiredo(1); Teresa Valido(1); Maria Clara Matos(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A pancreatite crónica tem como sintomas cardinais a dor epigástrica com irradiação em cinturão, vómitos, esteatorreia, anorexia, perda ponderal e diabetes "de novo". Apresenta diversas complicações como a formação de pseudoquistos, ascite, derrame pleural, obstrução do ducto biliar e trombose da veia esplénica.

Caso clínico: Homem de 64 anos, com etilismo crónico. Admitido por quadro de (1) mês de diarreia, anorexia e perda ponderal. Apresentava-se hipotenso, taquicárdico, apirético, abdómen doloroso à palpação mas sem defesa.

Dos exames efectuados, destacam-se: Analiticamente: PCR 25mg/dl, PCT 1.97ng/ml, VS 110mm/h, Cr 5.9mg/dl, AST 66 U/L, Bilirrubina total 1.8mg/dl, GGT 600U/L, FA 136U/L, LDH 312 U/L, amilase 99U/L; lactatos 2.0; AngioTAC: derrame pleural bilateral; inflamação parietal do cólon direito, ascite; trombose da veia esplénica. Serologias virais negativas, função tiroideia normal, Ac anti-gliadina e anti transglutaminase negativos, IgG4 normal, hemoculturas e coproculturas negativas.

Admitido diagnóstico de colite e iniciada antibioterapia empírica e hipocoagulação terapêutica. Por agravamento dos parâmetros inflamatórios e febre, fez-se laparoscopia exploradora: constatada ascite e nódulos por todo o epíploon, sem isquemia intestinal. A biópsia do peritoneu revelou esteatonecrose extensa; exame microbiológico negativo (incluindo PCR para Mycobacterium tuberculosis).

Por persistência de febre, dor abdominal e melenas de novo, foi repetida TAC ao D15 de internamento que revelou necrose peripancreática com evolução para pseudoquisto. Admitido diagnóstico de pancreatite crónica etanólica agudizada, sendo a colite parte do quadro inflamatório reaccional.

Conclusão: A pancreatite crónica pode constituir um autêntico desafio diagnóstico pelas manifestações atípicas que apresenta. Apesar da dor abdominal ser o sintoma mais comum, pode estar ausente numa minoria dos doentes, o que conduz ao atraso diagnóstico e progressão da doença, com evolução para insuficiência pancreática exócrina, episódios de agudização e a sua recorrência. A amilase e lipase séricas não têm valor diagnóstico dado que são frequentemente normais, em correlação com a insuficiência exócrina, e o diagnóstico não deve ser excluído se os exames de imagem forem inconclusivos.

Nº 085 Uma Causa Perigosa de Síndrome Febril Indeterminado

Martim Trovão Bastos(1); Ana Carolina Monteiro(1); Filipa Nunes(1); Filipa Figueiredo(1); Joana Paulo(1); Ana Órfão(1); Jéssica Oliveira(1); Maria João Fernandes(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: Os abcessos hepáticos têm incidência baixa na população geral, apresentando, porém, elevada mortalidade, em parte devida ao atraso no diagnóstico. Historicamente relacionados com infeções intra-abdominais, a evolução da antibioterapia tornou a patologia neoplásica (hepatobiliar e cólon) no grupo mais prevalente. Apresentamos um caso que ilustra a apresentação inespecífica desta patologia, com uma evolução arrastada, necessitando múltiplos contatos com os serviços de saúde até ao diagnóstico.

Caso clínico: Homem, 50 anos sem doenças conhecidas, medicação habitual ou viagens recentes. Recorreu à urgência por febre, sudorese noturna e artralgias com 4 meses de evolução. Referia um internamento recente por síndrome febril prolongado, de causa não esclarecida. À admissão, encontrava-se hipotenso (PA 90/57 mmHg) com dor abdominal na região peri-umbilical, sem defesa ou sinais de reação peritoneal. Analiticamente a destacar leucocitose e neutrofilia, PCR 21.8(1) mg/dL, PCT 7,47 ug/L, VS 80 mm/h, Ferritina 109(1) ug. INR 1.3, TGO 73 UI/L, TGP 70 UI/L, G-GT 177 UI/L. Hemoculturas e urocultura negativas. Foram realizadas uma radiografia do tórax, ecografia renal e abdominal sem alterações. Assim, foi requerida uma TAC abdominal que revelou uma coleção hepática líquida subcapsular multiloculada com realce marginal, medindo cerca de 70 x 45 x 54 mm e excluiu processo inflamatório/infecioso intestinal ou colecistite/colangite. Foi assumido o diagnóstico de abcesso hepático, pelo que se iniciou antibioterapia empírica com

Ceftriaxone e Metronidazol. Foi submetido a drenagem percutânea, com saída de líquido purulento, que evidenciou mais tarde crescimento polibacteriano. Foram excluídas serologicamente e culturalmente infeções parasitárias (por amibas, schistosoma ou fascíola hepática). Verificou-se boa evolução do quadro, com resolução sintomática.

Conclusão: Os abcessos hepáticos são uma causa relevante de síndrome febril arrastado, em que o prognóstico é afetado pela demora no diagnóstico. A suspeita clínica e a instituição precoce de antibioterapia empírica, em dose adequada, são cruciais. A eventual necessidade de controlo de foco (por drenagem percutânea ou cirúrgica), ocorrente no presente caso, reforça a importância da celeridade da marcha diagnóstica.

Nº 086 Neurossarcoidose com atingimento hipofisário

Olga Neves Capontes(1); Maria Manuel Guerra(1); Inês Esteves Cruz(1); Francisco da Silva(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica, cujo diagnóstico definitivo requer a identificação de granulomas não caseosos bem como a exclusão de outras causas de doença granulomatosa sistémica.

Caso Clínico: Homem de 60 anos, com história de sarcoidose com envolvimento cutâneo e músculo-esquelético com 10 anos de evolução, sob corticoterapia sistémica em baixa dose e diabetes mellitus insulinotratado. Admitido no Serviço de Urgência (SU) por hipoglicémia com prostração. Evoluiu com hipotensão tendo sido assumido choque distributivo em contexto de provável pancreatite aguda edematosa, com melhoria após terapêutica dirigida, nessa altura foi realizado hidrocortisona em dose de stress. Após melhoria, desenvolveu quadro de poliúria e hipernatremia de novo (valor máximo 167 mmol/L). Perante a baixa osmolaridade urinaria (89 mosmol/L) foi assumida diabetes insipidus central e iniciada desmopressina com melhoria. Desenvolveu ainda uma hemianopsia bitemporal. Foi realizada RM-CE que revelou múltiplos focos de captação confluente nodular na região hipotalamo-hipofisária a envolver adicionalmente a região do quiasma óptico e estruturas adjacentes, compatíveis com neurossarcoidose. Analiticamente com alterações compatíveis com panhipopituitarismo (insuficiência suprarrenal secundária, hipogonadismo hipogonadotrófico, défice de hormona de crescimento, hipotiroidismo central). Adicionalmente apresentava pancitopenia pelo que realizou biópsia óssea medular que excluiu envolvimento pela sarcoidose e revelou síndrome mielodisplásico. A TC-Tórax revelou formações ganglionares a nível hilar, mediastínica paratraqueal e subcarinal. Admitido o diagnóstico de sarcoidose com envolvimento multissistémico (neurológico, ganglionar, cutâneo e musculoesquelético).

Discussão: O envolvimento neurológico pela sarcoidose é uma complicação rara e que acomete cerca de 5-10% dos doentes, sendo que o atingimento hipofisário ocorre numa minoria dos doentes. Deve ser levantada esta hipótese em doentes com sintomatologia e alterações sugestivas de disfunção do eixo hipotálamo-hipófise e o tratamento deve ser instituído com brevidade. É uma situação desafiante, envolvendo o trabalho em equipa multidisciplinar.

Nº 087 Mais do que uma Mera Diabetes Descompensada

Martim Trovão Bastos(1); Carolina Monteiro(1); Carolina Chumbo(1); Filipa Nunes(1); Joana Paulo(1); Jéssica Oliveira(1); Maria João Fernandes(1); Mariana Costa(1); Rita Dutschmann(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A descompensação da Diabetes *Mellitus* é um problema ubíquo no serviço de urgência e enfermaria de medicina interna. A perda súbita de controlo metabólico é frequentemente devida a incumprimento terapêutico ou início de corticoterapia, devendo, não obstante, alertar o clínico para uma doença pancreática subjacente. O presente caso ilustra a importância de um olhar sempre atento na abordagem dos doentes com descompensação da diabetes.

Caso Clínico: Homem, 85 anos, autónomo, com Diabetes Mellitus tipo 2, cumprindo três antidiabéticos orais, e fibrilhação auricular hipocoagulada. Tinha história de início recente de insulinoterapia por descompensação da diabetes, com duplicação da HbA1c de 6 para 12 % nas últimas duas avaliações. Recorre à urgência por prostração, associada a hipoglicémia (glicémia capilar de 40 mg/dl), que reverteram após administração de glicose hipertónica. Por intercorrência febre, com aumento das secreções e insuficiência respiratória, foi admitida pneumonia de aspiração, pelo que ficou internado e iniciou amoxicilina e ácido clavulânico. Apesar da terapêutica, verificou-se uma evolução desfavorável, com manutenção de picos febris diários (~38,5 ºC), após 7 dias de antibioterapia e descida de parâmetros inflamatórios, bem como distensão abdominal e perfil hipotensivo. Foi realizada TAC Abdómino-Pélvica evidenciando uma massa pancreática (3x3 cm), suspeita de neoplasia, e ascite em moderada quantidade com realce de contraste, sugerindo peritonite bacteriana espontânea ou carcinomatose peritoneal. Realizou uma paracentese diagnóstica, com líquido evidenciando neutrofilia acentuada (~ 700 células/mm3). Apesar de início pronto de antibioterapia com piperacilina-tazobactam, evoluiu em choque séptico com disfunção neurológica importante. Foi decidida a não progressão para medidas invasivas, pelo provável diagnóstico de doença neoplásica extensa, tendo o doente vindo a falecer ao décimo dia de internamento.

Conclusão: A descompensação ou surgimento de Diabetes Mellitus pode ser a única manifestação de uma neoplasia pancreática. O descontrolo metabólico súbito, num doente que cumpre a terapêutica e sem outras causas aparentes, tal como ilustrado neste caso, é um sinal de alerta major para esta possibilidade, requerendo investigação clínica urgente.

Nº 088 Policitemia vera: uma causa rara de estado pró-trombótico.

Bárbara Fontes Oliveira(1); Sara Mendes Costa(2); Marta Braga(1); Margarida Correia(1); Luís Dias(1); Vânia Gomes(1); Céu Rodrigues(1); Guilherme Castro Gomes(1)

(1) Hospital de Braga (2) Hospital S. Joao

Introdução: A Policitemia Vera (PV) faz parte dos síndromes mieloproliferativos BCR-ABL(1) negativos, e carateriza-se por uma produção anormal e acentuada de eritrócitos. Os eventos trombóticos são sintoma de apresentação em 20% dos doentes.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 57 anos, antecedentes de trombose venosa profunda em 2009 e trombose da veia mesentérica em 2015, motivo pelo qual se encontrava hipocoagulado com varfarina.

Admitido na enfermaria de Medicina Interna (MI) para estudo etiológico de lesão

ocupante de espaço cerebral, chegando-se à conclusão que se tratava de lesão primária do SNC. Por apresentar poliglobulia (hemoglobina > 18 g/dL e hematócrito de 53%) associada a esplenomegalia, e tendo em conta os antecedentes de fenómenos trombóticos, ficou com estudo de causas pró-trombóticas em curso, incluindo pesquisa de mutação JAK2. Foi transferido para Neurocirurgia e submetido a exérese da lesão do SNC, cuja histologia revelou tratar-se de meningioma. Teve alta com indicação para retomar varfarina e com sobreposição com enoxaparina 40mg/dia.

Recorre ao serviço de urgência 3 dias depois por dor abdominal intensa, tendo sido diagnosticada trombose da veia porta, mesentérica e esplénica. Admitido na Unidade de Cuidados Intensivos e posteriormente transferido para MI, apresentando evolução favorável, com dor controlada e estabilidade hemodinâmica. De notar que do estudo pedido aquando do internamento prévio, identificada mutação JAK2 (V617F) positiva, culminando no diagnóstico de PV.

Conclusão: O estado de hipercoagulabilidade da PV está associado não só à hiperviscosidade condicionada pela elevação do hematócrito mas também pelo efeito direto da mutação JAK2. A ocorrência de tromboses na PV pode ocorrer ainda antes de haver alterações no hemograma, como é o caso do doente acima descrito, que apresentava hemograma normal aquando da ocorrência dos primeiros fenómenos trombóticos. Nestes casos, é necessário elevado nível de suspeição para o diagnóstico.

Nº 089 Um diagnóstico inesperado de hiperbilirrubinemia.

André Bargas(1); Teresa Costa e Silva(1); Mafalda Santos Filipe(1); Diana Belchior Raimundo(1); Catarina Nascimento(1); Ana Catrina Bravo(1); Barbara Morão(1); Susana Franco(1); Carolina Palmela(1); Célia Machado(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Apresenta-se um caso clínico incomum, uma apresentação inaugural rara, grave e com necessidade de suspeição e raciocínio aprimorado.

Caso clinico: Homem, 53 anos, antecedentes de consumo alcoólico. Recorreu ao serviço de urgência por dor epigástrica com irradiação dorsal e vómitos com 2 dias de evolução. Referia astenia e anorexia no último mês. Negou febre, alterações cutâneas, artralgias, mialgias ou alterações gastro-intestinais. Negou consumo de xenobioticos ou drogas. Trabalhava como guardador de vacas, havendo contacto diário com cães. Ao exame objetivo apresentava-se ictérico e com abdomen indolor. Do estudo complementar destacava-se aumento dos parâmetros de citocolestase (AST 131UI/L; ALT 391UI/L; gGT 2303UI/L; FA 515UI/L), Bil. T 13.84mg/dl; Bil.C 9.06mg/dl; Ureia 106mg/dl; Crt 1.26mg/dl; Amilase 99UI/L; PCR 2.93mg/dL; Ecografia abdominal sem alterações. No serviço de urgência o doente evolui para choque cardiogénico com necessidade de suporte inotrópico e vasopressor.

Do estudo etiológico destaca-se: Serologias HBV, HCV, HAV, HIV negativas, CMV e EBV IgG+/IgM-; Ac anti-leptospira e Ac-anti Borrelia IgG+/IgM-;Ac anti-rickettsia conorii IgM+/IgG+; TC-AP com sinais sugestivos de doença hepática crónica, sem outras alterações. Ecocardiograma com cavidades cardíacas dilatadas e Fej 25%.

Assumindo choque cardiogénico precipitado por rickettsiose iniciou tratamento com ceftriaxone e doxiciclina com diminuição da citocolestase (AST 35UI/L; ALT 79UI/L; GGT 704UI/L; FA 202UI/L; BilT 8.63mg/dl; Bilconj 5.96mg/dl) e estabilização clínica e hemodinâmica.

Discussão: Os autores apresentam um caso de zoonose com apresentação inaugural de sintomas não clássicos, graves, e resolvidos com tratamento dirigido para a mesma. Salienta-se a importância da integração da história epidemiológica detalhada no diagnóstico diferencial da hiperbilirrubinémia.

Nº 090 "Heyde" in Plain Sight: Uma Causa Incomum de Retorragias

João Barbosa Barroso(1); Bruno Gomes Rodrigues(1); Luís Cotrim(1); Carolina Gomes(1); Pedro Madeira Marques(1); Andreia Machado Ribeiro(1); Fernando Matias(1); Carlos Rabaçal(1)

(1) Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: O síndrome de Heyde consiste numa tríade composta por estenose aórtica, angiodisplasia com hemorragia do sistema digestivo e síndrome do factor de von Villebrand (fvW) adquirido.

A sua fisiopatologia assenta no aumento de proteólise de segmentos do fvW, induzida por alterações estruturais resultantes de forças de cisalhamento aquando passagem pela válvula aórtica estenótica, com consequente redução da actividade homeostática plaquetária regulada por este factor.

Na maior parte dos casos, por natureza da sintomatologia inicial, a medicina Interna desempenha um papel fundamental a nível diagnóstico, sendo que a abordagem terapêutica envolve uma equipa multidisciplinar composta por cardiologia, gastroenterologia e cirurgia cardíaca.

Caso Clínico: Doente com 83 anos de idade e história de estenose aórtica grave sintomática a aguardar angio-tomografia computorizada torácica de protocolo para implantação percutânea de válvula aórtica (TAVI), recorre ao serviço de urgência por rectorragias abundantes, dor abdominal e vómitos alimentares com 3 dias de evolução.

À observação inicial, encontrava-se hipotensa (96/25mmHg), normocárdica, com sopro sistólico de grau IV/VI à auscultação cardíaca. Realizado toque retal, com saída de sangue vivo e fezes.

Foi internada com valor de hemoglobina de 5.1g/dL com necessidade de um total de 4 unidades de concentrado eritrocitário para estabilização em 9g/dL, previamente à realização de colonoscopia que demonstrou a presença de angiodisplasia cólica, hemorroidas e pólipo colorretal.

Por presença de angiodisplasia e estenose aórtica, assumiu-se diagnóstico presuntivo de síndrome de Heyde.

Posteriormente, não se evidenciaram novas perdas hemáticas visíveis, com manutenção de valores de hemoglobina entre 8.7 e 9.5g/dL, sem necessidade de aporte transfusional adicional.

Por estabilidade clínica e analítica, doente teve alta após garantia de data de marcação de exames necessários à realização de TAVI, para posterior articulação com cirurgia cardíaca de centro de referência.

Discussão: Apesar da sua raridade, o síndrome de Heyde deve ser tido em conta na presença de perdas hemáticas digestivas e estenose aórtica grave. Um bom prognóstico está intrinsecamente relacionado com sincronismo, coordenação e colaboração de múltiplas equipas de especialidade.

Nº 091 Doença de Graves e tempestade tiroideia – Um caso clínico

Ana Carolina António Santos(1); João Luís Cavaco(1); Filipe Silva Monteiro(1); Filipa Vassalo(1); João Fernandes Pedro(1); Frederico Trigueiros(1); Ana Júlia Pedro(1); João Martim Martins(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A miocardiopatia dilatada associada ao hipertiroidismo é rara. Caracteriza-se por insuficiência cardíaca de alto débito, com falência biventricular e presença de taquidisrritmias auriculares que contribuem para o seu agravamento. O tratamento do distúrbio metabólico leva a uma melhoria e resolução da disfunção cardiovascular.

Caso clínico: Homem de 55 anos, natural da Guiné-Bissau, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorreu ao Serviço de Urgência, por perda ponderal com (1) ano de evolução, astenia e anasarca. À admissão apresentava-se hipertenso, taquicárdico, com ingurgitamento venoso jugular, aumento do perímetro abdominal com sinal de onda líquida e edema periférico. Laboratorialmente, detectou-se anemia normocítica e normocrómica (Hb 4.1g/dL) com doseamento de fatores hematínicos a sugerir anemia de doença crónica, hiperbilirrubinémia (13.84mg/dL), hipoalbuminémia 2.3g/dL, NTproBNP 10236pg/mL (R:<450), TSH 0.001uU/mL (R0.3-4.2), fT3 10.30pg/mL (R:2.0-4.4), fT4 7.27ng/dL (R:0.85-1.70), antiTPO 103U/mL (R <37) e antiTG 21U/mL (R <115), Tiroglobulina 726ng/mL (R:3.5-77), anticorpos anti-receptores TSH 160U/L (R <1.22 U/L). O ecocardiograma revelou ventrículo esquerdo dilatado, hipocinésia difusa e compromisso de função sistólica biventricular e grave dilatação bi-auricular. Diagnosticou-se doença de Graves com critérios de "tempestade tiroideia". Iniciou terapêutica dirigida para o hipertiroidismo, com resolução do quadro cardiológico com a normalização endocrinológica.

Discussão: Doentes com insuficiência cardíaca e miocardiopatia dilatada poderão apresentar hipertiroidismo como causa. Os mecanismos propostos incluem ação direita pelas hormonas tiroideias na frequência e débito cardíacos, com alterações hemodinâmicas secundárias múltiplas. O tratamento da tireotoxicose pode melhorar a função biventricular. O conhecimento desta forma rara de apresentação de hipertiroidismo pode ajudar a identificar doentes com miocardiopatia dilatada reversível.

Nº 092 Abcedação Hepática Múltipla por Kleb. Pneumoniae

Cátia Cunha Ribeiro(1); Monique Alves(1); Raquel Moniz(1); Diana Mimoso(1); Paulo de Castro(2); Diana Carmo(2); Marta Barrigas(1); André Ribeiro(1); Catarina Coelho(1); João Enes Silva(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

Introdução: a Kleb. pneumoniae é um GRAM negativa, adaptável a meios aeróbios e anaeróbios e c/ tropia para múltiplos tecidos. É mais comum em infeções nosocomiais e em doentes c/ comorbilidades (alcoolismo, DM, imunossupressão).

Caso Clínico: mulher, 77 anos. Antecedentes: HTA, DM insulinotratada, dislipidemia e s. vertiginoso. Admissão em serviço de urgência (SU) por febre (máx. 39ºC, 3 picos/dia), s/ foco identificado na abordagem inicial em SU. Do exame objetivo - desconforto à palpação do hipocôndrio direito. Analiticamente - citocolestase c/ AST/ALT de aprox. 200 UI/L, GGT e FA de 139 e 260, UI/L, respetivamente. Sem hiperbilirrubinémia.

Face à clínica sugestiva de febre de infeciosa, colhidas hemoculturas (HCs) e cultura de urina e iniciada antibioterapia empírica c/ ceftriaxona. Como a única focalização abdominal, realizada TC-abdominal, a mostrar pequenas imagens nodulares múltiplas em ambos os lobos hepáticos – realizada RMN abdominal para esclarecimento dos achados – múltiplas lesões (>10) nodulares hepáticas, a maior de 15mm c/ hipersinal em T2 e captação periférica sugestivas de abcessos.

Complementado estudo c/ serologias víricas e painel de zoonoses, ambos negativos. Isolamento em HCs de Kleb. Pneumoniae, sensível a ceftriaxona. Ao fim de 4 semanas c/ boa evolução clínica e analítica, realizado TC-abdominal, com informação incongruente com a restante evolução – aumento das lesões hepáticos, sobretudo no lobo esquerdo. Face a estes achados realizada biópsia hepática e cultural do material – s/ crescimentos microbiológicos, biópsia c/ abcesso hepático em fase supurativa.

Mantida ceftriaxona até às 6 semanas de tratamento. Repetida RMN-abdominal a mostrar resolução completa e sem sequelas dos abcessos hepáticos.

Discussão: a infeção por Kleb. pneumoniae pode evoluir de forma heterogénea em função das comorbilidades do doente; a apresentação com abcedação hepática múltipla é rara, mas descrita na literatura em relação com o início tardio de antibioterapia.

Nº 093 Hiperaldosteronismo primário: uma causa de hipertensão a suspeitar

Rita Valadas(1); Rita Tinoco Magalhães(1); Maria Margarida Andrade(1); Jana Zelinová(1); Diogo Cruz(1)

(1) Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: O hiperaldosteronismo primário (HAP) representa uma das principais causas de hipertensão (HTA) secundária, frequentemente subdiagnosticada. Consiste na produção excessiva de aldosterona pela glândula suprarrenal, maioritariamente por hiperplasia bilateral ou adenoma produtor de aldosterona. O seu reconhecimento é fundamental, não só pelo seu potencial tratamento, mas também pelo risco aumentado de eventos cardiovasculares e lesão de órgão alvo verificado em doentes com HAP, face a doentes com HTA essencial.

Caso clínico: Mulher de 33 anos com antecedentes de excesso de peso e enxaqueca, portadora de dispositivo intrauterino de cobre há 5 anos. Recorre ao Serviço de Urgência após início súbito de cefaleia intensa (9/10), constante, periorbitária, associada a fotofobia, calafrios, mialgias, sudorese e astenia com um dia de evolução, com alívio parcial após medicação analgésica. À admissão, encontrava-se hipertensa (pressão arterial 194/12(1) mmHg), sem outras alterações ao exame objetivo. Gasimetricamente com alcalose metabólica e hipocaliemia grave (K+ 2.(1) mmol/L). Ficou internada por urgência hipertensiva associada a hipocaliemia. Procedeu-se à reposição de K+ e ajuste de terapêutica antihipertensora. Do estudo etiológico, destaca-se analiticamente um aumento dos níveis séricos de aldosterona (3(1) ng/dL), atividade da renina inferior a 0.20 ng/mL/h e aumento da relação aldosterona/renina (4340 pmol/L/ng/mL/h). Realizou tomografia computorizada abdominal com evidência de um nódulo na glândula suprarrenal esquerda compatível com adenoma. Com base nos resultados e história clínica, assumiu-se a hipótese diagnóstica de HAP, após exclusão de outras causas de HTA secundária, e iniciou espironolactona, tendo alta referenciada para consulta. Atualmente encontra-se com perfil tensional controlado sob espironolactona 50 mg, candesartan 32 mg e nifedipina 30 mg (2 vezes ao dia). Proposta para adrenalectomia esquerda.

Discussão: A prevalência do HAP tem vindo a aumentar derivado do aprimorar das técnicas de diagnóstico e implementação de rastreios. Apesar disso, esta entidade permanece subdiagnosticada. Este caso clínico alerta para a importância do reconhecimento

de causas secundárias de HTA, potencialmente curáveis, principalmente em doentes jovens com HTA grau 3.

Nº 094 Agranulocitose secundária a Metimazol: um caso de Neutropenia Febril por Amigdalite Infeciosa

Daniela Luz Rodrigues(1); João Tiago Felgueiras(1); Marta Carinhas(1); Inês P. Carvalho(1); Patricia Ferreira(1); Rodrigo Rufino(1); Fgomes(1); António Cardoso(1); Martinho Fernandes(1)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: O tratamento do Hipertiroidismo com fármacos antitiroideus pode provocar agranulocitose em até 0,3% dos casos. As complicações infeciosas que podem ocorrer afetam principalmente a orofaringe, sendo a amigdalite uma das manifestações mais frequentes.

Caso clínico: Mulher de 6(1) anos, com antecedentes pessoais de Doença de Graves, Hipertensão arterial, Diabetes *mellitus* tipo 2, Anemia Perniciosa e Vitiligo. Apresentou-se com quadro de odinofagia, disfagia ligeira e febre com 2 dias de evolução. Teria iniciado Metimazol 90mg/dia há 6 semanas por Hipertiroidismo clínico de etiologia auto-imune. À observação destacava-se hiperemia da orofaringe compatível com Amigdalite infeciosa. Analiticamente com leucopenia de 1400 células/mm3 com neutropenia absoluta de 0 células/mm3 e PCR de 201.3 mg/L. Ficou internada sob isolamento protetor e com suspensão imediata do Tiamazol.

Realizou tomografia cervical e torácica para exclusão de complicações locais, que revelou alteração inflamatória difusa do tecido linfoide da base da língula à direita, coexistindo discreta obliteração da valécula e seio piriforme direito, sem abcessos regionais.

Por suspeita de Neutropenia Febril secundária ao Metimazol, cumpriu ciclo de 5 dias de Filgastrim e antibioterapia de largo espectro com Piperacilina-Tazobactam durante (1) semana. Para diagnóstico diferencial foram solicitadas serologias para o Vírus da Imunodeficiência Humana, Hepatites B e C, Mononucleose infeciosa e Rickettsioses, as quais foram negativas. Realizou ainda tomografia computorizada tóraco-abdomino-pélvica que excluiu doenças neoplásicas imagiologicamente evidentes, bem como medulograma para investigação de eventuais doenças linfoproliferativas, excluídas após o resultado anatomopatológico.

A doente evoluiu favoravelmente, com apirexia mantida e normalização da contagem de granulócitos após (1) semana de internamento.

Discussão: Este caso clínico realça a importância do conhecimento dos efeitos adversos medicamentosos quando se inicia um fármaco *de novo*, uma vez que a agranulocitose é um efeito adverso muito pouco frequente nos doentes medicados com Metimazol. O tratamento passa pela suspensão do fármaco e uso de estimuladores de colónias de granulócitos, corticosteróides e antibióticos no caso de infeção concomitante.

Nº 095 Abcesso abdominal atípico - a propósito de um caso

Carolina Gomes(1); João Barbosa Barroso(1); Daniela Barbosa Mateus(1); Joana Tavares Pereira(1); Sofia Guerreiro Cruz(1); Bruno Guilherme Ferreira(1)

(1) Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: O abcesso esplénico é uma entidade rara (0.05-0.7%) e manifesta-se maioritariamente com febre, dor abdominal, náuseas e vómitos; tendo como causas mais frequentes a endocardite, pneumonia, perfuração gastrointestinal ou malformação arteriovenosa. O tratamento consiste em antibioterapia de largo espectro com eventual drenagem ecoguiada adjuvante. Nos casos refratários poderá ter indicação cirúrgica para esplenectomia.

Caso clínico: Os autores reportam o caso de uma doente de 63 anos com antecedentes pessoais conhecidos de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, doença renal crónica, obesidade e sem intervenção cirúrgica prévia. Admitida por dor no hipocôndrio esquerdo e diminuição do débito urinário com 3 dias de evolução. Encontrava-se prostrada, hipotensa, pálida e polipneica à admissão. Analiticamente salientava-se: hemoglobina 9.6g/dL; leucócitos 11,9x10E9/L; creatinina 1.99mg/dL; proteína C reativa 14.51mg/dL; e tomografia computadorizada (TC) abdominal com abcesso esplénico de contorno irregular (8,5x5,6x8cm). Admitiu-se choque sético com disfunção cardiovascular e renal, em provável contexto de abcesso esplénico; inicialmente admitida na unidade de cuidados intensivos, com necessidade de suporte vasopressor com melhoria tensional. Iniciou antibioterapia empírica com Piperacilina/Tazobactam, posteriormente descalada para Cefuroxima de acordo com isolamento de Klebsiella pneumoniae após drenagem ecoguiada. Verificou-se melhoria analítica e imagiológica (reavaliação com abcesso esplénico de 4 cm de maior eixo). Teve alta, referenciada à consulta e mantendo antibioterapia de longa duração.

Discussão: Embora o abcesso esplénico seja raro, apresenta um alto risco de incidência na presença de imunossupressão. Neste caso, em que foram excluídas as causas e iatrogenias mais frequentes, pretende-se questionar o papel da diabetes mellitus com mau controlo metabólico na fisiopatologia desta entidade.

Nº 096 Parésia do vi par craniano como apresentação inicial de Adenocarcinoma Gástrico Metastizado

Tatiana Pacheco(1); Mafalda Ferreira(1); Lindora Pires(1); Ana Pacheco(1)

(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Cerca de 5-10% dos AVC criptogénicos têm uma neoplasia subjacente. A parésia do nervo abducente no doente oncológico está habitualmente relacionada com compressão tumoral, hipertensão intracraniana ou metastização.

Homem, 65 anos, antecedentes de hipertensão e hipotiroidismo, recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia, diplopia e desequilíbrio com 4 dias de evolução tendo já sido observado 3 vezes no último mês por sintomas constitucionais. Objetivou-se parésia do VI par craniano direito. Analiticamente, pancitopenia com anemia normocítica normocrómica, prolongamento do INR e elevação da PCR. TC-CE sem alterações, mas RMN cerebral mostrou múltiplas lesões isquémicas. Internado para estudo etiológico. Excluído fenómeno embólico com ecocardiograma transtorácico e transesofágico, ecodoppler dos vasos do pescoço e Holter 24h. Serologias e autoimunidade negativas, função tiroideia, PSA e proteinograma sem alterações. TC toracoabdominopélvico sem alterações

estruturais. 18F-FDG PET mostrou envolvimento hipermetabólico medular/ósseo; captação gástrica e em adenopatias na pequena curvatura gástrica, hilo hepático, cadeia intercavoaórtica e região supraclavicular esquerda. Endoscopia alta com extensa lesão infiltrativa na pequena curvatura gástrica, cuja histologia confirmou carcinoma pouco diferenciado e realizada biópsia óssea que veio a revelar infiltração medular extensa por adenocarcinoma.

Evolução desfavorável por multienfartes cerebrais, agravamento da pancitopenia e hemorragia digestiva, vindo a falecer.

Admitiu-se o diagnóstico de carcinoma gástrico com metastização medular e múltiplos AVCs isquémicos devido ao estado de hipercoagulabilidade da malignidade.

Os autores apresentam o primeiro caso de parésia do abducente de etiologia tromboembólica relacionada com a malignidade. No cancro gástrico, a medula óssea é um local raro de metastização e a sua coocorrência com fenómenos embólicos paraneoplásicos na sua apresentação inicial é ainda mais raro.

Nº 097 Síndrome RS3PE – um desafio diagnóstico

Rui Jorge Escaleira(1); Rita Quaresma Ferreira(1); Mariana Alves Gaspar(1); Marta Maria Seladas(1); Miguel F. Martins(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

A síndrome RS3PE (*Remitting Seronegative Sinovitis with Pitting Edema)* é uma doença reumatológica rara, mais frequente em idosos, caracterizada por mono ou oligoartrite com edema depressível das mãos e pés. Cursa com ausência de autoanticorpos e com boa resposta a doses baixas de corticóides. Pode estar associada a outras doenças do foro reumatológico ou neoplásico, apresentando-se nesses casos como síndrome paraneoplásico.

Apresentamos um doente do sexo masculino, 8(1) anos, com antecedentes de mielopatia espondilótica cervical com mielomalácia e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Recorreu ao serviço de urgência por quadro com quatro dias de evolução de dor e edema do punho e articulações metacarpofalângicas bilateralmente. Associadamente, refere perda ponderal (10kg), cansaço e omalgia bilateral há 3 meses. À observação com edema e eritema ligeiro mãos e punhos bilateralmente, com limitação funcional. Analiticamente a destacar anemia normocítica-normocrómica (Hb 11mg/dL), proteína C reativa (PCR) 170mg/dL, velocidade de sedimentação (VS) de 81mm/h e painel autoimune negativo (anticorpos antinucleares, fator reumatóide e anticorpos anti-citrulina). Realizou colonoscopia total e endoscopia digestiva alta, sem alterações. Foi iniciada prednisolona oral, com melhoria clínica significativa e com normalização da PCR e VS. O doente mantém seguimento em consulta, sem nunca ter sido possível o desmame completo de corticoterapia por recidiva sintomática. Tem cumprido rastreios oncológicos apropriados à idade, até ao momento sem evidência de neoplasia.

O diagnóstico da síndrome RS3PE é desafiador, tendo em conta a sobreposição de sintomas com múltiplos outros síndromes reumáticos e osteoarticulares. Contudo, é importante alertar para a exclusão de neoplasias, uma vez que podem estar associadas ao RS3PE. Este caso sublinha a importância do reconhecimento do RS3PE e das suas características clínicas distintivas.

Nº 098 Doença de Lyme, nem tudo é o que parece

Sara Silva(1); Daniela Barros(1); David Paiva(1); Glória Alves(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira

A doença de Lyme é uma infeção por espiroquetas transmitida pela picada de carraças infetadas. Dado que este parasita se encontra frequentemente em jardins e espaços recreativos, deve ser mantido elevado grau de suspeição perante casos sugestivos de doença.

Mulher, 49 anos. Recorreu ao serviço de urgência por lesões nos membros inferiores, dolorosas ao toque e com rubor associado com 5 dias de evolução, associadas a astenia e artralgias dos membros inferiores. À admissão com febre (38ºC) e erupções tipo nodulares nos 4 membros, com rubor, dolorosas ao toque e artralgias inflamatórias dos membros superiores e inferiores. Estudo analítico com leucocitose (12600 cel/ml) com neutrofilia (77.1%), VS: 63 mm (N: 0-12 mm) e PCR: 65 mg/L (N: <3 mg/L). Internada por eritema nodoso, iniciado tratamento com ácido acetilsalicílico 4 g de 6/6 horas. No segundo dia de internamento com parca melhoria das queixas de artralgias e mialgias, febre sustentada e aumento do número de lesões nos membros superiores e inferiores. Analiticamente anticorpos anti-Borrelia-IgG negativos, anticorpos anti-Borrelia-IgM: 52.2 (N: < 18). Assumido diagnóstico de Doença de Lyme e iniciada terapêutica com doxiciclina 100 mg de 12/12 horas. No 5º dia de internamento, dia 3 de doxiciclina, com melhoria clínica e analítica, sem novas lesões de eritema, parâmetros inflamatórios em perfil descendente e apirexia sustentada. Alta clínica com indicação de manutenção de antibioterapia para um total de 2(1) dias de tratamento.

O eritema migrans é a manifestação primária de doença de Lyme em fase precoce. Nesta fase o diagnóstico pode ser confirmado através da pesquisa de anticorpos para B. burgdorferi. O principal objetivo do tratamento precoce é diminuir a duração de sintomas e prevenir a progressão da doença. Um dos esquemas preconizados em fases iniciais da doença é administração de doxiciclina 100 mg 12/12 horas, 14-2(1) dias, sendo esperado resolução total de sintomas 20 dias pós início de antibioterapia.

Nº 099 Diarreia crónica no idoso: o desafio do diagnóstico

Mariana Gomes Xavier(1); Maria Guilherme Muchata(1); Rita Pinto(1); Maria Inês Risto(1); Mafalda Machado de Gouveia(1); Patrícia Sobrosa(1); Ana Catarina Carvoeiro(1); Isabel Tarrio(1); Joana Couto(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

A doença inflamatória intestinal (DII) é mais prevalente nos jovens, mas pode ter um segundo pico de incidência nos idosos, com manifestações clínicas que podem ser ligeiras, levando a diagnóstico e início de tratamento tardios.

Mulher, 80 anos, antecedentes de diabetes tipo 2 e adenocarcinoma do sigmoide (sigmoidectomia em 2011). Admitida no Serviço de Urgência (SU) por diarreia aquosa com muco (>10 dejeções/dia, incluindo noturnas), com 5 semanas de evolução, perda ponderal >10% e incontinência fecal. Várias vindas ao SU neste contexto, medicada com probióticos, antibióticos e loperamida, sem melhoria. Episódio de gastroenterite aguda 4 meses antes. Do estudo inicial: lesão renal aguda pré-renal e sinais de processo inflamatório/colite no cólon transverso em tomografia computorizada. Internada para estudo de diarreia crónica com sinais de alarme (80 anos, diarreia noturna, perda ponderal >10%, neoplasia do cólon). Colocaram-se as hipóteses diagnósticas de recidiva de neoplasia, síndrome de má absorção, DII, iatrogenia (metformina e pantoprazol). Constatou-se anemia inflamatória, proteína C-reativa elevada, velocidade de sedimentação 94mm/h, calprotectina fecal 2128mg/kg, hipoalbuminémia (2.8g/dL), ASCA 34U/mL, serologias virais e microbiologia de fezes negativas. Em endoscopia digestiva alta, gastropatia atrófica, na colonoscopia: mucosa edemaciada e numerosas erosões aftoides, sugestivo de Doença

de Crohn (DC), confirmada em histologia. Iniciou hidrocortisona 100mg 3id, com melhoria.

Salienta-se que nos idosos a DC pode ter uma apresentação atípica, com ausência dos sintomas característicos e uma progressão insidiosa. A presença de várias comorbilidades nesta população torna o diagnóstico mais desafiante, requerendo uma elevada suspeita. Este caso demonstra a importância da abordagem da diarreia no idoso e da integração do estudo complementar, reconhecendo a distribuição bimodal da DII. Esta é uma patologia subdiagnosticada nos idosos, com impacto no prognóstico.

Nº 100 Glomerulonefrite crescêntica Pauci-Imune: uma vasculite associada ao ANCA

Joana Da Silva Costa(1); Cristiana Fernandes(1); Beatriz Gomes Rosa(1); Carlos Oliveira(1)

(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

A glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP) é uma síndrome caraterizada por perda rápida de função renal, associada à presença de mais de 50% dos glomérulos com crescentes epiteliais na biópsia renal. A variante pauci-imune é a forma mais comum da GNRP primária (80% dos casos). A patologia é definida por ampla inflamação glomerular com pouco ou nenhum depósito imune, geralmente concomitante a vasculite de pequenos vasos.

Homem, 62 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, silicose e DPOC. Enviado ao SU pelo seu médico assistente por lesão renal aguda, em estudo de rotina. Foram identificadas alterações da função renal com 3 meses de evolução, assumindo-se lesão renal rapidamente progressiva. Apresentava sedimento urinário ativo, proteinúria nefrótica e rins imagiologicamente normais. Iniciou corticoterapia por diagnóstico presuntivo de vasculite. No estudo imunológico com título elevado de ANCA MPO+, e anti-GMB negativo; na biópsia renal com alterações compatíveis com glomerulonefrite crescêntica pauci-imune. Por tuberculose latente, foi protelado o início de Rituximab.

A glomerulonefrite com vasculite ANCA positiva é a forma mais comum de glomerulonefrite de novo em adultos com mais de 50 anos. Um diagnóstico atempado e o início de terapêutica imunossupressora apropriada é essencial para um bom prognóstico. O diagnóstico definitivo é confirmado por biópsia, no entanto é lícito fazer um diagnóstico presuntivo baseado na clínica, num teste positivo para ANCA e na baixa probabilidade de outra etiologia, de forma a iniciar precocemente o tratamento e diminuir a sua morbimortalidade. Sem tratamento a GNRP pauci-imune tem uma mortalidade a (1) ano de 80%. Apesar de ser possível induzir remissão na maioria dos doentes, cerca de 40% apresentam recidiva.

Nº 101 Síndrome de Tolosa-Hunt como apresentação de meningioma

Ana Simas(1); Ricardo Veloso(1); Nuno Amorim(1); Rui Suzano(1); Catarina Medeiros(1); Joana Cardoso(1); Juvenal Morais(1); Ana Silveira(1); Mariela Rodrigues(1); Joana Decq Mota(1); Fátima Pinto(1)

(1) Hospital da Horta

Introdução: A síndrome de Tolosa-Hunt (STH) consiste em oftalmoplegia dolorosa relacionada com processo inflamatório granulomatoso no seio cavernoso e que apresenta boa resposta a terapêutica com corticoesteroides. Várias patologias têm sido descritas com sintomas semelhantes a STH, nomeadamente tumores, traumatismos e aneurismas. Assim, o diagnóstico desta entidade é de exclusão, obrigando a descartar outras potenciais causas da sintomatologia. A literatura refere também que o meningioma é a causa de oftalmoplegia em 4 a 9% dos pacientes.

Caso Clínico: Aqui apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, de 65 anos de idade, sem antecedentes patológicos de relevo. O doente recorreu ao Serviço de Urgência por quadro clínico, com cerca de 3 dias de evolução, de diplopia associada a cefaleia frontal de difícil caracterização, náuseas e vómitos, em agravamento progressivo, assim como disestesia da região periorbitária. Ao exame objetivo, apresentava parésia do sexto par craniano, com incapacidade de abdução do olho direito, sem outras alterações de relevo. Realizou tomografia computadorizada do crânio, sem achados de relevo. Após discussão com a Especialidade de Neurologia, suspeitando-se de STH, realizou ressonância magnética (RM), para exclusão de outros diagnósticos diferenciais, que revelou uma massa envolvendo o seio cavernoso à direita, fortemente sugestiva de meningioma. O doente foi encaminhado para a Especialidade de Neurocirurgia, encontrando-se à data da realização deste resumo a aguardar decisão clínica.

Discussão: O caso clínico descrito enfatiza o fato de a STH ser um diagnóstico de exclusão, sendo que diversos exames como RM e o exame histopatológico são de extrema importância quando não existe certeza quanto a este diagnóstico. Mostra-se assim necessária uma ampla investigação complementar aquando da suspeita.

Nº 102 Diabetes mal controlada como manifestação inicial de neoplasia pancreática

Ana Simas(1); Ricardo Veloso(1); Nuno Amorim(1); Catarina Medeiros(1); Joana Cardoso(1); Juvenal Morais(1); Ana Silveira(1); Mariela Rodrigues(1); Joana Decq Mota(1); Rui Suzano(1); Fátima Pinto(1)

(1) Hospital da Horta

Introdução: A neoplasia do pâncreas é extremamente letal, em parte pelo diagnóstico geralmente tardio, dada a inexistência de testes de rastreio que permitam deteção mais precoce. Ao longo dos últimos anos as evidências têm relacionado, em cerca de 1% dos casos, o início da diabetes com esta neoplasia, reforçando a importância de investigar a etiologia quando surge um paciente com uma diabetes inaugural, excluindo assim diagnósticos graves como a neoplasia do pâncreas.

Caso Clínico: Neste caso clínico apresentamos uma doente do sexo feminino, 78 anos de idade, com diagnóstico recente de Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) pelo seu médico assistente, medicada com antidiabéticos orais desde então e mantendo valores de glicémia elevados. A doente recorreu ao Serviço de Urgência por quadro clínico de astenia marcada, referindo também poliúria e pirose mantida com cerca de 6 semanas

de evolução. Ao exame objetivo destacava-se apenas um abdómen mais globoso/volumoso ao previamente conhecido, sem outras alterações relevantes para o caso. Foi encaminhada para consulta de Diabetes onde lhe foi pedida ecografia abdominal que revelou aumento da área pancreática, especialmente da porção cefálica, a esclarecer por tomografia computadorizada (TAC). A TAC confirmou a existência de uma massa sólida heterogénea localizada no corpo pancreático, fortemente sugestiva de neoplasia do pâncreas.

Discussão: A neoplasia pancreática é das mais letais pela sua apresentação com sintomas inespecíficos que levam à baixa suspeição da mesma e, geralmente, a um diagnóstico tardio. Na tentativa de obter um diagnóstico mais precoce, tem sido estudada uma possível ligação entre a neoplasia pancreática e o surgimento de DM2, embora não se saiba qual das entidades surja primeiro. Neste caso clínico apresentamos um caso em que a diabetes inaugural permitiu o diagnóstico com a precocidade possível, de uma neoplasia pancreática.

Nº 103 Um Exuberante Caso de Pênfigo Bolhoso

Patrícia Tinoco Araújo(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 – Hospital Santa Luzia

Introdução: O pênfigo bolhoso (PB), mais comum entre 60-80 anos, é uma doença autoimune cutânea por deposição subepitelial de anticorpos contra os queratinócitos (BP 180 e 230), culminando na formação de vesículas ou bolhas (tensas, por vezes hemorrágicas), sob um fundo de pele eritematoso e pruriginoso.

Caso Clínico: Mulher, 64 anos. Hipertensa e diabética. Desde julho/2022 com lesões eritematosas, pruriginosas, com bolhas associadas, inicialmente nos membros superiores e inferiores, pruriginosas, com progressão para o abdómen, dorso e tórax. Avaliada em várias ocasiões no centro de saúde - equacionada infeção bacteriana, fúngica, alérgica ou escabiose e medicada com amoxiclav, fluconazol, deflazacorte, bilastina, benzoato de benzilo e diferentes tópicos, sem melhoria. A 16/12 é encaminhada pelo médico assistente ao SU por agravamento progressivo das lesões cutâneas, algumas hemorrágicas, e suspeita de sobreinfeção bacteriana. À observação: febril, lesões eritematosas exuberantes, com bolhas e flictenas, dispersas pelo membros, abdómen, tórax e dorso. Mucosas, couro cabeludo, palmas e plantas poupadas. Analiticamente: anemia N/N (Hb 10,9g/dL), ferropenia relativa, LDH 205UI/L, VS 77mm, PCR 9.23mg/dL e serologias negativas. Iniciou cefazolina, prednisolona 40mg/dia e foi internada. Observada por Dermatologia: confirmada suspeita de PB, adicionada betametasona e ácido fusídico tópicos. Do estudo: ANA e ANCA negativos; ac. Anti-BP180 positivo (++), anti-BP230 negativo; eletroforese, imunofixação de proteínas e TC TAP sem alterações de relevo. Melhoria progressiva sob terapêutica, com apirexia sustentada e diminuição dos parâmetros inflamatórios. Alta orientada para consulta de Dermatologia e Medicina Interna, em desmame de corticoterapia. Reavaliada a 2/Fev: resolução do prurido, pontuais lesões em atividade nos membros. Aguarda realização de estudo endoscópico digestivo.

Discussão: O PB é uma doença crónica, associada a recidivas, sobretudo se títulos elevados de ac. anti-BP180 e clínica exuberante à apresentação. Pode ser despoletada por fármacos (AINEs, furosemida, amoxicilina, etc) ou surgir como síndrome paraneoplásico, pelo que uma história clínica minuciosa e investigação etiológica dirigida são fundamentais na sua abordagem.

Nº 104 Overlap Colangite Biliar Primária-

Hepatite autoimune -Um caso clínico

Edgar Amaro(1); Rita Relvas(1); Luís Miguel Pereira(1); Vander Sabino(1); Diogo Cruz(1)

(1) Hospital Cascais

Introdução: A Colangite Biliar Primária (CBP) é uma doença autoimune que resulta da destruição dos ductos biliares intrahepáticos levada a cabo por linfócitos T.

Tem uma incidência anual de 2.7/100 000, 90 a 95% dos doentes são do sexo feminino e o pico de incidência é entre os 30 e os 65 anos de idade.

Os achados clínicos mais frequentes são fadiga, prurido, icterícia, xerose, xantomas xantelasmas, hiperpigmentação e hepatoesplenomegalia. Por vezes verificam-se sinais clínicos de doenças autoimunes (nomeadamente tiroideia e hepática) associadas. As complicações incluem cirrose hepática, carcinoma hepatocelular e doença metabólica óssea.

Caso clínico: Uma mulher de 47 anos, sem antecedente pessoais ou familiares relevantes, recorreu ao serviço de urgência (SU) por prurido, colúria e acolia com 3 dias de evolução. Referia ainda xantelasmas com 6 meses de evolução, não investigados. Analiticamente apresentava citocolestase com AST 194 UI/L, ALT 214 UI/L, GGT 1159 UI/L, FA 579 UI/L, LDH 159 UI/L, bilirrubina total 7.77mg/dL, bilirrubina direta 6.45mg/dL, LDL 923mg/dL, HDL 31mg/dL, colesterol total 970mg/dL e triglicéridos 78mg/dL.

Foi feito estudo etiológico de icterícia citocolestática. Analiticamente, a destacar anticorpos antimitocondriais (AMA) positivos (+), anticorpos anti músculo liso (ASMA) + e anticorpos antinucleares (ANA) +. Realizou ecografia abdominal e ressonância magnética abdominal que revelaram somente hepatomegalia. A biópsia hepática revelou achados compatíveis com CBP em estadio 2 associada a hepatite autoimune.

A Hipercolesterolemia está relacionada com elevação da lipoproteína X que não aumenta o risco de aterosclerose, e que leva a doseamentos falsamente elevados das outras lipopreteínas, o que se demonstrou pelo doseamento de apolipoproteína B normal (140mg/dL).

A doente iniciou ácido ursodesoxicólico, colestiramina e prednisolona, com melhoria de icterícia e dos valores analíticos (Parâmetros de citocolestase à data de entrada vs data de alta: AST 194->109 UI/L, ALT 214->155 UI/L, GGT 1159->515UI/L, FA 579->496 UI/L, BT 7.77->3.95mg/dL).

Foi referenciada a consulta pré-transplante hepático.

Conclusão: A CBP é uma entidade rara cuja suspeita perante caso clínico sugestivo é fundamental para diagnóstico precoce tratamento de forma a retardar complicações graves.

Nº 105 Lesão ocupando espaço cerebral

Joana Tavares Pereira(1); Andreia Machado Ribeiro(1); Carla Tonel(1)

(1) HVFXira

Introdução: As lesões ocupando espaço cerebral (LOEC) insinuam um diagnóstico diferencial muito vasto, particularmente em doentes imunodeprimidos.

Caso clínico: Doente de 56 anos, do sexo masculino, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por síncope e alterações da visão. Apresentava-se desorientado e hipertenso, sem outras alterações. Internado por suspeita de acidente vascular cerebral. Analiticamente: serologia para Vírus da Imunodeficiência Humana positiva, carga viral 327300, CD4 143; IgG positiva, IgM negativa para *Toxoplasma*; líquor cefaloraquidiano (LCR) com 26 células mononucleares. Fez Tomografia Computorizada (TC) crânio com evidência de:

"hipodensidade (sub)cortical na transição temporo-occipital direita-lesão isquémica" e Ressonância Magnética (RMN): "formação expansiva cortical temporal direita, contornos regulares, edema vasogénico-neoformação expansiva cortical". Teve alta para estudo em consulta. Recorre de novo ao SU por alterações da visão, cefaleia e hemiparesia esquerda. Microbiologia, serologias virais e agentes oportunistas negativos no LCR. Repete TC crânio: "hipodensidade digitiforme periventricular e subcortical temporal, occipital e parietal direita-lesão infiltrativa" e RMN: "lesão temporo-occipito-basal a lateral direita, componente quístico-necrótica, nódulo mural e espessamento paquimeníngeo, contornos multilobulados, edema vasogénico", a favor de linfoma do sistema nervoso central, mas na biópsia cerebral "sem evidência de neoplasia-processo inflamatório não específico". Iniciou antiretrovíricos e Cotrimoxazol profilático, e manteve seguimento em consulta. Nas RMN de controlo descrita: "diminuição das dimensões da lesão e do edema vasogénico...lesão única de neurotoxoplasmose" e "dada a evolução imagiológica da lesão, coloca-se como hipótese de diagnóstico mais provável a toxoplasmose".

Discussão: O diagnóstico da neurotoxoplasmose requer elevada suspeição clínica e deve ser sempre incluído no diagnóstico diferencial das LOEC, particularmente em doentes imunodeprimidos.

Nº 106 Choque hipovolémico em doente com tromboembolismo pulmonar

Catarina Cabral(1); Mariana Constante(1); Inês Santos(1); Andrea Castanheira(1); Francisco Silva(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma patologia potencialmente fatal, devendo ser abordado consoante o risco associado com anticoagulação e/ou trombolectomia. Os riscos hemorrágicos estão bem documentados, podendo limitar a terapêutica necessária.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 69 anos, autónoma. Antecedentes pessoais de adenocarcinoma do recto com lesão metastática pulmonar única. Transportada ao Serviço de Urgência (SU) por alteração do estado de consciência no domicílio, com posterior paragem cardio-respiratória (PCR) durante o transporte. Submetida a 25 minutos de suporte avançado de vida (SAV). Realizou ecocardiograma que revelou ventrículo direito de dimensão no limite superior com VD/VE >(1); TAPSE= 10mm; PSAP 36 mmHg. Pela suspeita TEP realizou tomografia computorizada torácica (angio-TC) mostrando múltiplos defeitos de preenchimento compatíveis com TEP bilateral. Por instabilidade hemodinâmica após trombólise, foi realizada trombolectomia, complicada por nova PCR com recuperação após 10 minutos de SAV. Por queda de hemoglobina (13>8>5.5g/dl), assumido choque misto (hemorrágico e obstrutivo), tendo realizado 7 unidades de concentrado eritrocitário (UCE). Como complicações hemorrágicas a doente apresentou hematoma pré-vertebral D(1); hematomas dos tecidos anteriores moles cervicais e torácicos; Hematomas intra-parenquimatosos e subcapsulares do fígado; pseudo-aneurisma da artéria femoral direita, realizando mais 4 UCE. Pela presença de hemorragia activa e pelos hematomas hepáticos, não foi iniciada anticoagulação. No entanto, a doente manteve taquicardia sinusal e necessidade de oxigenoterapia, tendo-se repetido nova angio-TC que revelou extenso tromboembolismo pulmonar bilateral de novo, com também trombose da veia cava inferior. Decidido iniciar anticoagulação terapêutica pelo maior risco trombótico. Não se verificaram novas iatrogenias hemorrágicas e a doente teve alta para instituição de reabilitação.

Conclusão: este caso remonta-nos para os riscos inerentes a certos tratamentos, embora seja necessário pesar sempre os riscos e benefícios dos tratamentos instituídos,

tendo sempre em mente o mais adequado para cada doente.

Nº 107 Linfoma de grandes células B primário do mediastino

Marta C Machado(1); Catarina Negrão(1); João Tiago Serra(1); Paulo Ramos(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O Linfoma de grandes células B primário do mediastino é um tipo raro e agressivo de Linfoma Não-Hodgkin, constituindo 2 a 3% de todos os casos destes linfomas. Estima-se uma incidência anual de 0,4 casos por milhão, afetando predominantemente o sexo feminino com uma idade média de apresentação entre os 30-39 anos. Não foram identificados fatores de risco específicos, sendo a apresentação clínica variável e dependente das estruturas sujeitas à compressão pelo tumor.

Caso clínico: Homem, 36 anos, caucasiano, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia anterior de características pleuríticas, com agravamento em decúbito dorsal, associada a tosse seca e sudorese noturna, com 3 semanas de evolução. Analiticamente a realçar apenas aumento da LDH 28(1) U/L e VS 86 mm. Realizada Tomografia Computorizada (TC) de tórax com evidência de massa sólida heterogénea com áreas de necrose (14 x 10cm) no mediastino anterior, indissociável da parede do arco da aorta e do tronco pulmonar, sem claros sinais de invasão destas estruturas vasculares. A TC cervical, abdominal e pélvica não revelaram adenomegálias, organomegálias ou outros achados patológicos. Submetido a biópsia transtorácica guiada por TC cuja histologia foi compatível com Linfoma Não-Hodgkin de grandes células B mediastínico. Iniciou quimioterapia com Rituximab, Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina e Prednisolona com boa resposta clínica.

Discussão: O diagnóstico diferencial de massas mediastínicas anteriores no adulto jovem compreende o timoma, o teratoma, o linfoma e o tecido tiroideu. A biópsia é fundamental para a distinção entre outros tipos de linfoma, nomeadamente o Linfoma de células B difuso ou o Linfoma de Hodgkin. Neste caso o diagnóstico foi feito em estadio I, sendo o prognóstico de sobrevida a 10 anos de 92%.

Nº 108 Carcinoma da próstata metastizado – um caso onde o PSA é discordante da clínica.

Daniela Baptista(1); Joana Ferreira(1); Joana Monteiro(1); Sofia Ramalho(2); Vikesch Samji(1); Rita Mendes(1); Francisco Silva(1); Isabel Madruga(1); Marta C Monteiro(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Fundação Champalimaud

Homem de 7(1) anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, HTA e dislipidemia.

Recorreu ao SU por lombalgia de caracter inflamatório com irradiação bilateral para os membros inferiores, associada a anorexia e perda ponderal de 14Kgs com 2 meses de evolução. Tinha análises recentes com PSA: 5.34ng/mL, Hb 10.8g/dL e plaquetas 50x109/L.

Ao EO com palidez, febre 38ºC, dor à mobilização dos MIs e sinal de lasegue bilateral sem défices neurológicos.

Analiticamente com: Hb 9.2g/dL, Plaquetas 45x109/L, Reticulócitos 4.5%, U 95mg/dL; Cr 1.43mg/dL; PCR 11.9mg/dL.

Realizou TC coluna dorso-lombar que revelou fraturas agudas em T7, T12 e L(1) com colapso das plataformas vertebrais, sugestivas de envolvimento secundário por doença de base.

Internado para estudo de neoplasia metastizada e bicitopenia. Manteve febre, com alguns períodos confusão mental, restante exame sobreponivel.

Em reavaliação analítica: Hb 8.4g/dL, Plaquetas 31x109/L, Acido Úrico 13.3mg/dL, K 4.5mEq/L, Ca 10mg/dL, P 2.9mg/dL, FA 1791U/L, CK 1040U/L, LDH 5719U/L, PSA 15ng/mL.

Em TC TAP observaram-se adenopatias nas cadeias ilíacas e obturadoras internas e retrocrurais e, ainda, aspetos de secundarização óssea, com padrão misto, de predomínio blástico envolvendo praticamente todos os elementos ósseos englobados, com fraturas patológicas, colocando-se como principal hipótese diagnóstica a de lesão primária prostática. RM coluna reforçou esta hipótese.

Colheu culturas e iniciou piperacilina/tazobactam por possivel prostatite em doente com neoplasia metastizada em estudo. Por elevado risco de evolução para sindrome de lise tumoral, fez fluidoterapia, alcalinização urinária e alopurinol. Iniciou ainda tratamento presuntivo para neoplasia da próstata com bicalutamida. Verificou-se melhoria clínica e analítica com subida progressiva de plaquetas, estabilização de Hb e descida de PSA para 3.83.

A evolução favorável possibilitou biópsia óssea que confirmou a suspeita diagnóstica. Posteriormente, já com plaquetas >150000 realizou biópsia prostática que revelou adenocarcinoma acinar da próstata, gleason 8, tendo alta referenciado a consulta de urologia oncológica.

Este caso demonstra uma apresentação atípica de cancro da próstata com evolução rápida e invasão medular e alerta para a baixa sensibilidade do PSA para detetar doença avançada.

Nº 109 O Eritema Nodoso e a tríade do Síndrome de Löfgren – a propósito de um caso clínico

Khrystyna Fedak(1); Maria João Rocha(1); Ana Filipa Fernandes(1); Ana Rita Ramalho(1); Inês Gonçalves(1); Maria Castellano(1); Pereira de Moura(1); Lélita Santos(1)

(1) CHUC – HUC

Introdução: O Eritema Nodoso é uma forma de paniculite com características de uma reação de hipersensibilidade do tipo tardio. Ocorre mais frequentemente em mulheres entre a 2ª a 4ª décadas de vida (1). A etiologia é variada, entre elas a causa infecciosa, exposição a fármacos, sarcoidose, doença inflamatória intestinal, gravidez e neoplasias. Muitos casos são idiopáticos (2).

Caso clínico: Doente do género feminino de 58 anos, com quadro febril, olho seco e doloroso, e poliartralgias simétricas e extra axiais, dos membros superiores e mais marcado dos inferiores, com 10 dias de evolução. Ao exame objetivo, identificou-se lesão nodular eritematosa, endurecida e dolorosa à palpação, de aproximadamente 3 cm de diâmetro, na região crural posterior externa do membro inferior esquerdo, sugestiva de eritema nodoso. Tinha também hiperémia conjuntival. Foi identificada ainda insuficiência respiratória hipoxémica de novo. Nas análises apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios, nomeadamente PCR 20.86 mg/dL e Velocidade de Sedimentação 57mm/h. Estudo sético negativo. O estudo de autoimunidade e as serologias infeciosas foram negativas. *Interferon gama* negativo. Enzima conversora da angiotensina negativa. Foi excluída uveíte após observação pela Oftalmologia.

Realizou Tomografia computorizada por nódulos hilares bilaterais suspeitos em radiografia torácica que revelou múltiplas adenomegalias mediastino-hilares, não calcificadas,

correspondentes a sarcoidose estadio IV. Após iniciar terapêutica com corticoide e anti-inflamatórios não esteroides, a doente apresentou melhoria significativa das queixas álgicas articulares.

Discussão: Perante a presença de tríade clínica apresentada, nomeadamente poliartrite aguda, eritema nodoso e adenopatias hilares, destaca-se o diagnóstico, de natureza clínica, de Síndrome de Löfgren (3).

1. Requena L, Requena C. Erythema nodosum. Dermatol Online J 2002; 8:4.

2. Mert, Ali; Ozaras, Resat; Tabak, Fehmi; Pekmezci, Salih; Demirkesen, Cuyan; Ozturk, Recep (2009). "Erythema Nodosum: An Experience of 10 Years". Scandinavian Journal of Infectious Diseases. 36 (6–7): 424–7. doi:10.1080/00365540410027184

3. Visser H, Vos K, Zanelli E, et al. Sarcoid arthritis: clinical characteristics, diagnostic aspects, and risk factors. Ann Rheum Dis 2002; 61:499

Nº 110 Quando a epidemiologia não bate certo com o diagnóstico – Adenocarcinoma do pulmão no jovem

Ana Filipa Martins(1); Carla Ferreira(1); Mónica Dias(1); Olga Pires(1); Rita Matos Sousa(1); Joana Sousa Morais(1); Maria João Regadas(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: Na nossa atividade diária, é frequente o uso da epidemiologia como ferramenta para esquematização do raciocínio clínico e ponderação de diagnósticos diferenciais, podendo alterar a marcha diagnóstica, dependendo de fatores como idade, sexo ou antecedentes familiares.

Caso clínico: Jovem de 25 anos, sedentário e obeso, dirige-se ao serviço de urgência por manutenção de dispneia para médios esforços e dor pleurítica à direita após diagnóstico prévio de Pneumonia da comunidade. Estudo de imagem revela Tromboembolismo pulmonar bilateral com área de enfarte pulmonar à direita e trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo. Foi internado para estudo etiológico, a destacar ANA positivos e AC anti-cardiolipina IgG aumentado. Ao segundo dia de internamento doente testa positivo para Sars-CoV-2. Este evento trombótico foi interpretado no contexto de fatores de risco intrinsecos do doente e infeção vírica e eventual doença imune. Três semanas após alta clínica, regressa ao SU com dor lombar direita, realiza TC abdomino-pélvico onde foram objetivadas múltiplas adenopatias dispersas. Foi descartada causa infecciosa e ponderada possibilidade de doença linfoproliferativa. Realizou biópsia ganglionar, resultados foram discutido com anatomopatologiasta, que refere positividade para marcadores que levatavam hipótese de primário pulmonar de mau prognóstico mas ainda sem possibilidade de diagnóstico definitivo. Dada pouca probabilidade pré teste deste diagnóstico foi repetida biópsia que confirmou Adenocarcinoma com fenótipo pulmonar e foi excluida possibilidade de doença linfoproliferativa. Doente é encaminhado para consulta de grupo oncológica e inicia quimioterapia, mas acaba por falecer em menos de um ano.

Discussão: Aqui estávamos perante um evento trombótico sem indicação para estudo neoplásico, baseando-nos na epidemiologia e rentabilidade deste estudo. Quando deparados com as novas alterações imagiológicas, foi ponderada a possibilidade de doença linfoproliferativa, com base na apresentação e faixa etária do doente. Contrariamente ao expectável, é diagnosticado Adenocarcinoma de pulmão. Este caso clínico pretende alertar que apesar de ser uma ferramenta fulcral para a atividade clínica, nem sempre a epidemiologia bate certo com o diagnóstico final.

Nº 111 Síndrome de Charles-Bonnet: um diagnóstico diferencial de alucinações visuais

Mariana Lobo Oliveira(1); Filipa Silva(1); Bernardo Cruz(1); Ana Luísa Maceda Rodrigues(1); Sofia Cunha(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A síndrome de Charles Bonnet (CBS) define-se por alucinações visuais complexas em doentes com baixa acuidade visual, em que foram excluídas etiologias infecciosas, metabólicas, neurológicas ou psiquiátricas, sendo um diagnóstico de exclusão. O quadro alucinatório é distinto do existente em contexto de doença psiquiátrica, por o doente ser capaz de reconhecer a irrealidade das alucinações e não experimentar alterações cinestésicas. Défices em qualquer parte da via óptica podem causar o CBS, mas o mecanismo subjacente às alucinações ainda é desconhecido. A explicação mais consensual é que há uma perda de neurónios aferentes responsáveis pela transdução visual, condicionando hiperexcitabilidade a nível do córtex visual.

Caso clínico: Homem de 72 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doença coronária e doença arterial periférica, que é trazido ao Serviço de Urgência por atividade alucinatória complexa associada a agitação psicomotora. Apresentava-se apirético, sem alterações de relevo ao exame objectivo. Analiticamente sem anemia, subida dos parâmetros inflamatórios, disfunção renal, hepática ou distúrbios hidroeletrolíticos. GSA sem insuficiência respiratória ou hiperlactacidemia. TC cerebral sem lesões isquémicas ou hemorrágicas recentes ou lesões ocupantes de espaço. TTPA sérico reativo, VDRL negativo e FTA-abs positivo. Liquor cefalorraquidiano sem pleocitose, proteinorraquia ou consumo de glicose, bacteriológico, Herpes (1) e 2, Listeria, Borrelia e VDRL negativos, com pesquisa de Beta-amilóide e fosfo-TAU em curso. Eletroencefalograma sem atividade epileptiforme. Foi medicado com quetiapina 50mg/dia e clonazepam 2mg com resolução da atividade alucinatória.

Discussão: A CBS é uma patologia subdiagnosticada com impacto significativo na qualidade de vida do doente idoso. Com este caso pretende-se alertar para esta entidade salientando a relevância de um diagnóstico precoce e o carácter benigno da doença.

Nº 112 Hipertiroidismo, hipotiroidismo ou ambos?

Dra. Ana Luís Vasconcelos(1); Luís Neves da Silva(1); Margarida Monteiro(1); Rosário Araújo(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: As alterações da função tiroideia podem mimetizar quadros de origem infeciosa, neoplásica ou auto-imune. Os doseamentos hormonais devem ser contextualizados com a clínica.

Caso Clínico: Sexo feminino, 22 anos, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por anorexia e perda de peso não-intencional (2-3kg) com (1) mês de evolução. Sensação de calor desproporcional ao ambiente e hipersudorese, mas sem febre. No início do quadro teve rinorreia, odinofagia, tosse e diarreia, que resolveram espontaneamente. Ao exame físico a destacar dor à palpação do epigastro e gânglios cervicais móveis, elásticos e não-dolorosos. Analiticamente com leucocitose e neutrofilia, elevação da PCR (28,7 mg/dL) e elevação marcada da TSH (17,88 mIU/L) com T4 livre normal (1,06 ng/dL). Função hepática e renal sem alterações, serologias víricas para HIV, HCV, HBV, HAV, EBV, CMV e adenovírus negativas. Ecografia cervical a confirmar gânglios cervicais, infra-centimétricos, de conotação reativa. Ecografia tiroideia com textura

heterogénea e áreas hipoecogéneas evocando tiroidite. TAC-TAP com hepatomegalia homogénea.

Estudo complementar da tiróide com T3 livre normal, anticorpos anti tireoglobulina, peroxidase e recetor da TSH negativos. Reavaliada após 3 meses com resolução do hipotiroidismo subclínico (TSH, T4 livre e T3 livre normais).

Discussão: A história clínica é compatível com infeção vírica recente e os sintomas constitucionais podem ser explicados por hipertiroidismo transitório. A apresentação com hipotiroidismo e evolução para estado eutiroideu sugerem uma tiroidite subaguda. É mais comum no sexo feminino e tem 4 fases: hipertiroideia, eutiroideia, hipotiroideia e eutiroideia. Resulta da ativação de linfócitos T citotóxicos contra as células foliculares da tiróide. Durante a tiroidite há libertação de grandes quantidades de T4 e T3, o que resulta em hipertiroidismo. Evolui para uma fase rápida eutiroideia, seguida pela fase hipotiroideia, até recuperação da síntese hormonal.

Nº 113 Manifestações de vasculite: O desafio terapêutico

Joana Isabel Neto Gomes(1); Sara Durães(1); Vítor Fagundes(1); Ana Raposo(1); Rita Cunha(1); Lindora Pires(1)

(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: A vasculite de IgA é uma doença de pequenos vasos, mais comum nas crianças. A apresentação em adultos é rara e associada a pior prognóstico. Caracteriza-se por púrpura palpável, artralgias e atingimento de órgãos para além da pele como é exemplo o trato gastrointestinal (GI). A sintomatologia é maioritariamente autolimitada, no entanto, nos adultos é mais frequente a ocorrência de complicações multissistémicas tendo impacto na morbi-mortalidade.

Caso Clínico: Homem, 35 anos, antecedentes de "púrpura" na infância, sem medicação habitual, apresentava lesões petequiais e purpúricas, de predomínio dos membros inferiores, e poliartralgias inflamatórias (joelhos, tibiotársicas e 1ª/2ª metacarpofalângicas da mão direita) com uma semana de evolução. Referia clínica de rinorreia e pico febril isolado prévia a este quadro.

À admissão de salientar um ligeiro aumento dos parâmetros inflamatórios, sem consumo de complemento, sem alterações da função renal ou da radiografia torácica ou do sedimento urinário, com ligeiro aumento da IgA sem alteração do restante estudo imunológico. Realizou biópsia de pele para confirmação do possível diagnóstico de Vasculite de IgA.

Ao terceiro dia de internamento iniciou quadro de dor abdominal aguda difusa concomitante com perdas hemáticas GI (melenas e hematoquézias). Analiticamente com subida dos parâmetros inflamatórios. Realizou tomografia abdominal que mostrou espessamento jejunal e estudo endoscópico com sinais de hemorragia proximal, sem afetação da mucosa do cólon. Optou-se pelo início de corticoterapia dado o quadro de vasculite complicada com jejunite provocando dor abdominal difusa de características isquémicas e de difícil controlo. Realizou angio-RM para exclusão de trombos em vascularização abdominal.

Após 7 dias de corticoterapia revelou melhoria franca da dor abdominal, artralgias e lesões da pele assim como descida dos parâmetros inflamatórios. Biópsia de pele a confirmar padrão histopatológico leucocitoclástico.

Discussão: Este caso é de elevada importância alertando para as possíveis complicações na apresentação da vasculite de IgA num adulto, mesmo sendo esta caracterizada pela sintomatologia auto-limitada

Nº 114 Uma associação auto-imune – a propósito de um síndrome de sobreposição

FABIO PE D ARCA BARBOSA(1); Francisco Vara Luiz(1); Ana Antunes Albuquerque(1); Patricia Ramos Dos Santos(1); Ana Valada Marques(1); Vanda Spencer(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A colangite biliar primária (CBP) é uma doença rara com uma apresentação variável, que se pode associar a hepatite auto-imune. Esta associação pode estar presente no diagnóstico ou desenvolver-se durante a o seguimento. O seu reconhecimento é dificultado pela apresentação variável, mas é essencial para uma correta orientação. Apresentamos um caso de CBP com achados concomitantes de hepatite auto-imune, exemplificando a dificuldade no diagnóstico nestes doentes.

Caso clínico: Mulher de 65 anos com padrão colestático laboratorial com mais de 10 anos de evolução, associado nos últimos 3 anos a prurido generalizado. Da investigação realizada a destacar padrão laboratorial de citólise hepática ligeira e colestase com hiperbilirrubinemia conjugada. Imagiologicamente sem causa obstrutiva mas com alterações sugestivas de cirrose hepática micronodular. Presença de varizes esofágicas neste contexto. A restante investigação identificou elevação dos níveis séricos de IgG e anticorpos anti-mitocondriais. Atendendo ao quadro clínico-laboratorial e diagnóstico diferencial entre síndrome de sobreposição e CBP, foi realizada biopsia hepática que confirmou suspeita de CBP com cirrose, não sendo conclusiva para hepatite auto-imune. Iniciada terapêutica com acido ursodesoxicolico e colestiramina com melhoria da sintomatologia, bem como beta-bloqueante para prevenção de rotura de varizes esofágicas.

Discussão: O caso apresentado exemplifica a apresentação tardia de CBP sob a forma de cirrose, bem como a dificuldade no diagnóstico de síndromes de sobreposição uma vez que nem todas as alterações podem estar presentes no mesmo momento, exigindo um seguimento para aferir evolução temporal. O tratamento permite uma melhoria substancial da qualidade de vida e aumenta a sobrevida. O transplante hepático é considerado consoante a fase de evolução da doença e sintomatologia presente.

Nº 115 Mieloma Múltiplo ou Plasmocitoma: origem desconhecida

Marta C Machado(1); Sofia Prada(1); Catarina Negrão(1); João Tiago Serra(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: As neoplasias das células plasmáticas caracterizam-se pela proliferação monoclonal de componentes dos plasmócitos (imunoglobulinas ou cadeias leves). Estas neoplasias dividem-se em mieloma múltiplo (proliferação ocorre na medula óssea) ou plasmocitoma (proliferação pode ocorrer no osso ou outro órgão). Pode ocorrer disseminação do mieloma múltiplo em plasmocitomas ou vice-versa, sendo este acontecimento raro.

Caso clínico: Homem, 56 anos, sem antecedentes relevantes.

Recorreu ao Serviço de Urgência por dorsalgia esquerda de características pleuríticas e perda ponderal com (1) mês de evolução.

Analiticamente destaque para anemia (Hb 8g/dL) microcítica hipocrómica, VS 120

mm, défice grave de ácido fólico (<0.3 mg/mL), beta2-microglobulina (6g/dL), electroforese de proteínas com pico na região gama com IgA aumentada (>40000 mg/dL) e proteína de Bence Jones positiva.

Realizou TC torácica com evidência de lesão óssea expansiva no segmento anterior do 4º arco costal direito com destruição focal da cortical óssea (64X33mm) e lesões líticas na maioria dos elementos ósseas abrangidos (arcos costais, vértebras).

Realizou RM coluna cervical e dorsal tendo mostrado moldagem das vertentes laterais da medula dorsal condicionada por componente de partes moles posterior e componente lesional com protusão para o espaço epidural em C6. Neste contexto foi realizada laminectomia com remoção parcial da lesão cujo exame anatomopatológico foi compatível com infiltração plasmocitária e, biópsia osteomedular que documentou extensa infiltração por células plasmocitárias (75-80%).

Foi realizado o diagnóstico de mieloma múltiplo com possível origem em plasmocitoma extramedular ou vice-versa em estadio III, segundo os critérios RISS. Iniciou quimioterapia com VRD (bortezomib, lenalidomida e dexametasona).

Discussão: Trata-se de um caso raro de Mieloma Múltiplo com evidência de doença extramedular na altura do diagnóstico de MM, isto em menos de 5% dos doentes com MM.

Por se tratar de um MM estadio 3, tem uma mortalidade estimada de 60% em 5 anos.

Nº 116 Sarcoidose Multissistémica: da inespecificidade sintomática ao diagnóstico

Sofia Andraz(1); Teresa Abegão(1); Fátima Cereja(1); Mariana Antão(1); Fábio Emídio(1); Pedro Azevedo(1); Mariana Figueiras(1); Ana Ribeiro(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Introdução: A sarcoidose é uma patologia granulomatosa multissistémica, de etiologia desconhecida, caracterizada pela presença de granulomas não caseosos nos órgãos afetados. A maioria dos doentes tem atingimento pulmonar importante, e até 30% têm também manifestações extrapulmonares. Não existe um exame que permita um diagnóstico definitivo. O diagnóstico depende da existência de manifestações clínicas e achados radiográficos compatíveis, exclusão de outras patologias e, na maioria dos doentes, deteção histopatológica de granulomas não caseosos.

Caso clínico: Mulher de 27 anos, sem antecedentes pessoais relevantes.

Em Outubro de 2021, iniciou queixas de distensão abdominal, adenopatias pré-auriculares, anorexia e perda de peso. Em Dezembro do mesmo ano, iniciou queixas de palpitações paroxísticas.

Nos exames requisitados pelo médico assistente, destacou-se hepatoesplenomegália, um nódulo esplénico e adenopatias retroperitoneais.

Recorreu ao Serviço de Urgência em Fevereiro de 2022 por palpitações com horas de evolução, sem precordialgia nem síncope. Constatou-se taquicardia regular, de complexos largos, com frequência cardíaca de 235/min, com conversão a ritmo sinusal após amiodarona endovenosa.

Apresentava ainda anemia microcítica hipocrómica, elevação da Troponina-T (1374 pg/mL), da creatinina e transaminases.

Realizou ressonância magnética cardíaca, com inflamação miocárdica exuberante, sugestiva de perimiocardite.

Após estudo exaustivo, foram descartadas causas infeciosas, autoimunes e linfoproliferativas. Por suspeita de doença infiltrativa, solicitou-se doseamento da enzima conversora de angiotensina, com resultado 4 vezes o limite superior do normal.

Por queixa de novo de olho vermelho, realizou exame oftalmológico, que objetivou

Uveíte Granulomatosa. Foi colocada a hipótese diagnóstica de sarcoidose multissistémica, com atingimento cardíaco, renal, hepático, esplénico, ganglionar e intra e extra-ocular.

Melhoria clínica sob corticoterapia oral.

Discussão: A sarcoidose é uma doença com baixa incidência e de diagnóstico difícil. Este caso clínico realça a importância da necessidade de suspeita clínica, mesmo em doentes cujas manifestações clínicas iniciais sejam extrapulmonares, e que a biópsia, apesar de útil, não é indispensável para o diagnóstico.

Nº 117 Hipertiroidismo na gravidez: uma condição transitória mas potencialmente grave

FABIO PE D ARCA BARBOSA(1); Ana Antunes Albuquerque(1); Patricia Ramos Dos Santos(1); Ana Valada Marques(1); Vanda Spencer(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A apresentação típica de hipertiroidismo inclui sintomas como ansiedade, labilidade emocional, fraqueza muscular, tremor, palpitações, intolerância ao calor, perda de peso, diarreia e vómitos. Durante a gravidez estes sintomas podem ser atribuídos a outras alterações hormonais, atrasando o diagnóstico e potenciando consequências deletérias para a grávida e feto. O facto da gonadotrofina coriónica humana (hGC) poder ter um efeito análogo ao da hormona estimulante da tiroide (TSH) assume particular importância nesta população como potencial causa de hipertiroidismo sintomático, que tem como particularidade a resolução no decorrer da gravidez. É apesar de tudo importante o tratamento desta condição durante o período de hipertiroidismo e o seguimento no pós-parto para confirmar o curso benigno.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma doente de 28 anos, que durante o primeiro trimestre de gravidez se apresentou no serviço de urgência por quadro de náuseas e vómitos com (1) mês de evolução. Inicialmente constatada taquicardia sinusal com alcalemia respiratória, hipocaliemia, hiponatremia e lesão renal aguda pré-renal, a condicionar internamento. Da investigação realizada a salientar presença de T4-livre indoseável (superior a 7.75ng/dL), T3-livre 31.9mpg/mL e TSH indoseável (inferior a 0.0(1) um/L). Do estudo etiológico realizado, apenas a destacar presença de beta-HCG três vezes o limite superior da normalidade para a idade gestacional, sem outra causa identificável. A doente iniciou terapêutica com propranolol e propitiluracil, bem como hidratação endovenosa e correção iónica, com melhoria sintomática e analítica. Do seguimento a referir normalização da função tiroideia com possibilidade de suspensão do beta-bloqueante e tionamida.

Discussão: O caso descrito demonstra a importância da identificação de hipertiroidismo na mulher gravida com sintomas não totalmente explicados ou graves, bem como a eficácia do tratamento para controlo sintomático. O seguimento destes doentes é essencial para confirmar a transitoriedade da condição, que deverá resolver no decurso da gravidez.

Nº 118 Endocardite infecciosa e as suas complicações – a propósito de um caso clínico

Adriana Henriques Silva(1); Daniel Botelho(1); Alexandra Alburquerque(1); Martinho Fernandes(1)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: A endocardite infecciosa consiste na inflamação do endocárdio por microorganismos, mais frequentemente ao nível das válvulas cardíacas. A endocardite subaguda carateriza-se por quadro de febre baixa, cansaço, suores noturnos e perda de peso. A progressão é indolente, o que pode dificultar o diagnóstico, excepto se complicada por eventos embólicos ou ruptura de aneurisma micótico. O agente mais frequente é o *Streptococcus Viridans*.

Caso clínico: Homem de 7(1) anos com várias vindas prévias ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de cansaço, cefaleias e perda de peso (10 kg em 2 meses), volta novamente ao SU por quadro de parésia do membro superior esquerdo e dificuldade na articulação verbal de início súbito. Analiticamente, apresentava anemia (Hb 9.6 g/dL) e ligeira subida dos parâmetros inflamatórios (Leucocitose 12 500/L e Proteína C reativa 90.9 mg/L). À observação, apresentava-se emagrecido, com mucosas pálidas, sopro sistólico grau III/VI mais audível no foco mitral, parésia grau 4 do membro superior esquerdo e disartria. Tomografia computorizada (TC) cranioencefálica sem alterações. Da TC tórax-abdómen-pélvis destacava-se enfarte esplénico. Isolou-se *Streptococcus Viridans* em 2 hemoculturas e *Klebsiella Pneumoniae* numa das hemoculturas. A ressonância magnética cranioencefálica mostrou vários focos isquémicos de provável origem cardioembólica. A ecocardiografia torácica identificou "estrutura apensa ao folheto posterior da válvula mitral, (...), 13.5 X 12.8mm. Insuficiência mitral grave". Realizou ecocardiografia transesofágica que confirmou o diagnóstico de endocardite infecciosa. Foi iniciada antibioterapia endovenosa com gentamicina e ceftriaxone.

Discussão: A alta suspeição clínica é fundamental para o diagnóstico precoce de endocardite subaguda. O tratamento atempado pode evitar potenciais complicações, tais como eventos embólicos como acidentes vasculares cerebrais e enfarte esplénico.

Nº 119 Uma causa inesperada de artralgias

FABIO PE D ARCA BARBOSA(1); Ana Antunes Albuquerque(1); Patricia Ramos Dos Santos(1); Ana Valada Marques(1); Vanda Spencer(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) está associada a múltiplas manifestações articulares, podendo estas estar diretamente relacionadas com a infeção ou relacionadas com patologia reumática de base mas com alteração do seu curso natural pela sobreposição da infeção VIH. Apresentamos o caso de uma doente com poliartralgias, inicialmente diagnosticada com artrite reumatoide (AR) seronegativa e que após diagnóstico de infeção por VIH e tratamento antirretroviral resolveu o quadro articular.

Caso clínico: Doente de 52 anos do sexo feminino, com queixas com cerca de (1) ano de evolução de poliartralgias envolvendo grandes e pequenas articulações. Inicialmente observada em consulta e do estudo realizado apenas a destacar presença de HLA-B27 positivo (não tendo sido pesquisada infeção VIH). Diagnosticada inicialmente com AR seronegativa, tendo sido medicada com metotrexato e prednisolona. Posteriormente na sequência de internamento por empiema pulmonar esquerdo diagnosticou-se infeção

VIH(1) com contagem reduzida de CD4. O tratamento da infeção viral possibilitou o desmame de fármacos imunossupressores.

Discussão: Com este caso realçamos como a infeção VIH pode mimetizar ou influenciar outras doenças reumatológicas. Nesta doente o diagnóstico de VIH pode explicar o quadro de artrite, não se podendo excluir completamente uma interferência da infeção viral naquilo que é o curso natural da AR. No diagnóstico diferencial de AR devem ser excluídas outras causas de artrite, nomeadamente virais, até porque o tratamento imunossupressor pode potenciar uma maior vulnerabilidade a infeções oportunistas.

Nº 120 Um caso inesperado de neutropenia grave

Maria Manuel Pereira(1); Catarina Oliveira Silva(1); Catarina Ferreira(1); Ana Ramôa(1); Eduardo Macedo(1); Johanna Viana(1); Diana Silva Fernandes(1); Ana Rita Marques(1); Ilídio Brandão(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: O albendazol é um carbamato benzimidazólico com atividade anti-helmíntica. Dentro dos efeitos adversos mais comuns destaca-se a dor abdominal, náuseas e citólise.

Caso clínico: Homem de 56 anos com antecedendes de doença renal crónica estadio V por uma glomeruloesclerose segmentar focal secundária a hipertensão renoparenquimatosa. Sob diálise peritoneal. Nas duas semanas anteriores iniciou albendazol por suspeita de quisto hidático, após o que reportou queixas de anorexia, astenia e náuseas. Ao exame físico não apresentava alterações com exceção de um abdómen distendido, indolor à palpação. Analiticamente, com uma anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 7,2mg/dL), leucócitos 2.700/uL, neutrófilos 1.000/uL, plaquetas 181.000/uL, bilirrubina total 2,98mg/dL, bilirrubina direta 2.20mg/dL, AST/ALT 119/83 U/L, FA 61(1) U/L, LDH 286 mg/dL. Restante estudo analítico normal. Realizou tomografia abdominal que evidenciou quisto hepático. Colheu líquido peritoneal que exclui infeção. Realizou duas unidades de glóbulos rubos e ficou internado para estudo.

Durante o internamento a anemia manteve-se estável (Hb~8,5mg/dL) com etiologia de doenças crónicas. Desenvolveu uma neutropenia grave (neutrófilos 100/uL) na ausência de febre ou foco infecioso suspeito. Realizou uma ressonância abdominal que caracterizou o quisto com natureza biliar. Foi suspendido o albendazol. Após suspensão houve melhoria clínica e analítica com resolução de leucopenia e neutropenia. Foi discutido com a especialidade de Hematologia que considerou tratar-se de iatrogenia ao albendazol.

Conclusão: A toxicidade medular associada ao albendazol é rara e ocorre em menos de 1% dos casos. Na literatura estão descritas pelo menos três mortes consequentes a neutropenia severa com sépsis associada. Com este caso clínico destaca-se a importância da vigilância do hemograma nestes doentes, assim como, a necessidade da suspensão do fármaco, sempre que houver evidência de mielossupressão.

Nº 121 Anemia hemolítica aguda secundária a infeção por CMV em adulto imunocomprometido

Rita Sevivas(1); Catarina Pinto Silva(1); Flávia Fundora Ramos(1); Cristiana Fernandes(1); Ana Sofia Barroso(1); Elsa Gonçalves(1); Carlos S. Oliveira(1)

(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

A doença da aglutinina ao frio trata-se de uma anemia hemolítica auto-imune mais frequente no doente idosos e uma das causas secundárias mais frequentes é a infeção, nomeadamente ao CMV, mycoplasma ou Epstein.Barr.

Homem de 85 anos de idade com antecedentes de HTA, DM tipo 2, insuficiência cardíaca de etiologia valvular classe II de NYHA, DPOC GOLD B. Destaca-se da medicação habitual, prednisolona 2,5mg id. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia súbita e tosse seca com (1) dia de evolução, sem febre ou dor torácica. Ao exame objetivo com taquicardia, taquipneia com saturações periféricas de 90% (FiO2 21%), palidez cutânea e edema bimaleolar. Dos exames complementares destacam-se: derrame pleural bilateral ligeiro e sinais de congestão bilateralmente em raio-x tórax; insuficiência respiratória tipo (1) na gasometria; anemia (Hb 8,7g/dL), hiperbilirrubinemia à custa da indireta e aumento da lactato desidrogenase, pró-BNP e diminuição da haptoglobina. Diagnosticado com insuficiência cardíaca agudizada em perfil B no contexto provável de anemia hemolítica aguda de etiologia a esclarecer. Durante o internamento, apresentou valores de hemoglobina em agravamento. Do estudo realizado, a destacar: prova de Coombs direta negativa, anticorpos anti-CMV IgG 240 UA/mL e IgM reativo, tendo sido diagnosticado presuntivamente com anemia hemolítica secundária a infeção aguda a CMV em doente imunocomprometido. Foram excluídas outras causas de hemólise.

Em cerca de 10% dos casos de anemia hemolítica auto-imune, a prova de Coombs pode ser negativa, o que torna difícil o diagnóstico de confirmação. O doente apresentou melhoria progressiva da anemia com tratamento de suporte

Nº 122 GOTA: uma apresentação atípica

Maria Manuel Pereira(1); Catarina Oliveira Silva(1); Catarina Ferreira(1); Eduardo Macedo(1); Johanna Viana(1); Ana Ramôa(1); Marta Mendes(1); Diana Silva Fernandes(1); Ana Rita Marques(1); Ilídio Brandão(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: A gota é uma doença inflamatória por deposição de cristais de urato monossódico nos tecidos e articulações. A apresentação mais comum é a monoartrite aguda da primeira metatarso-falângica.

Caso clínico: Homem, 65 anos com antecedentes de psoríase, dislipidemia e episódios de podagra e monoartrite do cotovelo. Sem terapêutica hipouricemiante. Admitido no serviço de urgência por dejeções diarreicas com dois dias de evolução e poliartralgias há 10 anos com envolvimento pequenas e grandes articulações. Sem queixas sistémicas ou surgimento de lesões cutâneas. Ficou internado por gastroenterite aguda e consequente lesão renal aguda. Não foram isolados agentes etiológicos e o quadro de dejeções resolveu espontaneamente. Houve manutenção de poliartralgias generalizadas. Ao exame físico, apresentava dor em pequenas e grandes articulações, principalmente ao nível dos joelho. Artrite do cotovelo direito, edema bilateral dos punhos e de articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais. Artrite bilateral dos joelhos. Do estudo realizado, verificou-se anemia normocítica monocrómica, elevação da PCR (200 mg/L) e velocidade de sedimentação (70mm/s). A´cido u´rico aumentado. Foi realizado um

estudo de alargado com serologias infeciosas, auto-imundade e rastreio séptico negativo. Dado os antecedentes de gota e ausência de lesões psoriáticas, assumiu-se uma provável artropatia gotosa, tendo iniciado prednisolona 40mg/dia, após o que apresentou uma melhoria marcada das queixas. Foi orientado para consulta, tendo iniciado desmame da corticoterapia e febuxostat.

Conclusão: O envolvimento poliartricular na gota ocorre no decurso tardio da doença não tratada, com múltiplas recorrências com intervalos livres de sintomas curtos ou ausentes. A apresentação poliarticular dificultou o reconhecimento desta entidade. Os autores realçam a importância do controlo da hiperuricemia pelo seu impacto na qualidade de vida e pelo seu papel como fator de risco vascular modificável.

Nº 123 Hipertensão arterial secundária a nefropatia de IgA

Paula F. Matias(1); Joana Tender Vieira(1); Rui Ribeiro(1); Luís Flores(1); Jorge Almeida(1); Pedro S. Marques(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A nefropatia de IgA é a glomerulonefrite mais comum nos países desenvolvidos. Uma das manifestações clínicas possíveis é a hipertensão arterial (HTA).

Caso clínico: Mulher, 40 anos, diagnóstico de HTA há (1) ano, medicada com associação de inibidor da enzima de conversão da angiotensina (iECA), diurético tiazídico e beta-bloqueador, sem controlo tensional em medições ambulatórias. Sem outros antecedentes de relevo e sem toma de outros fármacos ou produtos sem receita médica. Encaminhada para consulta de Medicina Interna após idas recorrentes ao serviço de urgência por quadro de urgência hipertensiva. Do estudo realizado com creatinina plasmática de 1.8mg/dL (normal <0.95mg/dL), sedimento urinário ativo (proteinúria e eritrócitos não dimórficos) e proteinúria em urina de 24h de 1.69g. Doseamentos hormonais realizados sob terapêutica neutra, (amlodipina 10mg) com renina, aldosterona, metanefrinas urinárias e cortisolúria de 24horas sem alterações. Realizada angioTC abdominal s/ alterações das suprarrenais, rins ou artérias renais. Sem evidência de lesão de órgão alvo em eletro ou ecocardiograma. Dada a evidência de lesão renal, sedimento ativo e proteinúria realizado estudo complementar com estudo auto-imune negativo, sem consumo de complemento, elevação da Imunoglobulina A sérica (528mg/dL, normal <373mg/dL), sem outras alterações. Orientada para realização de biópsia renal com alterações sugestivas de Nefropatia de IgA. Atualmente com controlo tensional sob terapêutica com iECA, diurético tiazídico e bloqueador dos canais de cálcio e associação com inibidor do co-transportador sódio-glicose tipo 2. A avaliar a resposta à terapêutica para decisão de início de imunossupressão.

Discussão: Na avaliação do doente hipertenso jovem ou com HTA resistente está indicado o estudo de causas secundárias. Para além das causas endócrinas e vasculares, as doenças parenquimatosas renais são uma causa importante de HTA secundária. A presença de disfunção renal desproporcional ao atingimento de outros órgãos alvo, sobretudo na presença de sedimento urinário ativo, deve levar a uma investigação cuidada destas causas. A nefropatia de IgA pode ter um curso indolente ou condicionar disfunção renal terminal pelo que o seu diagnóstico atempado é fundamental.

Nº 124 Derrame Pleural Recidivante - da suspeita ao diagnóstico

Ana Maria Baltazar(1); Liliia Savka(1); Carolina Brandão Monteiro(1); Raquel Mendes Boto(1); Carolina Carreiro(1); Catarina Sousa Gonçalves(1); Alexandra Wahnon(1); Maria José Pires(1); Marisa Teixeira Silva(1); António Pais de Lacerda(1); Nuno Reis Carreira(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A ocorrência simultânea de duas neoplasias malignas primárias é uma condição pouco frequente, predisposta por fatores ambientais e genéticos. Sabe-se que 15% dos doentes com cancro desenvolvem derrame pleural (DP). O DP é um achado frequente nos doentes internados, a sua etiologia é variada e a marcha diagnóstica pode ser morosa e desafiante.

Caso Clínico: Mulher, 65 anos, antecedentes de leucemia mielóide aguda (LMA) submetida a transplante de medula óssea (TMO) em 2019, com mielograma recente sem documentação de recidiva, fumadora. Admitida por tosse produtiva e dispneia, insuficiência respiratória, pancitopénia e elevação de parâmetros inflamatórios. Imagiologicamente com DP esquerdo de novo. Antigenúria positiva para *Pneumococcus*. Por pneumonia pneumocócica hipoxemiante com derrame parapneumónico iniciou antibioterapia. Por agravamento clínico e do DP, realizada toracocentese: líquido pleural compatível com exsudado. Realizada broncofibroscopia, sem alterações. TC-TAP de reavaliação a sugerir de novo tumor pulmonar com invasão pleural. Lavado broncoalveolar e líquido pleural negativo para células neoplásicas. Pela persistência de pancitopenia não explicada foi realizada biópsia óssea (3 semanas depois do mielograma anteriormente descrito), que documentou recidiva de LMA. Atendendo a DP recidivante, realizada biópsia pleural. Intercorre com infeção do DP com empiema. Histologia de biópsia pleural compatível com metástase de adenocarcinoma do pulmão. Agravamento clínico e degradação do estado funcional, à data do diagnóstico sem condições para terapêutica dirigida, pelo que se optou por medidas de conforto, culminando no óbito.

Discussão: Este é o caso de uma doente com antecedentes de neoplasia hematológica, submetida previamente a quimioterapia (QT) e TMO, com recidiva da doença hematológica e diagnóstico simultâneo de tumor de órgão sólido. A QT seguida de TMO cursa com risco aumentado para uma segunda neoplasia, nomeadamente de órgão sólido. Este caso confirma que o *follow-up* dos doentes com neoplasias hematológicas deve contemplar a procura de tumor sólido, o diagnóstico é demorado e dificultado tendo em conta os factores confundentes implicados por um primeiro diagnóstico de tumor hematológico, sendo de extrema importância dado o impacto na sobrevida dos doentes.

Nº 125 Diplopia – muito mais que visão dupla

Francisco Barreto(1); Sofia Nóbrega(1); Carolina Henriques(1); Rui Fernandes(1); Carolina Carvalhinha(1); Maria da Luz Brazão(1); Rafael Freitas(1)

(1) CH FUNCHAL - MARMELEIROS

Os adenomas pituitários correspondem a tumores relativamente comuns, benignos, com uma incidência maior apos a 3º década de vida, e cujo efeito de massa subjacente pode levar a manifestações neuro-oftalmológicas, sendo as alterações dos campos visuais a clínica ocular mais comummente descrita. O diagnóstico e tratamento precoces são cruciais na minimização de possíveis complicações ameaçadoras de vida. Os autores descrevem um caso de diplopia avaliado na urgência.

Homem 55 anos anos, antecedentes de hipertensão arterial essencial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e enfarte agudo do miocárdio, encaminhado pela oftalmologia à urgência por quadro de diplopia binocular flutuante com 5 dias de evolução, sem fotofobia, cefaleias, diminuição da força muscular ou sensibilidade, náuseas, vómitos, tonturas ou desequilíbrio da marcha associados. Ao exame objetivo apresentava campimetria por confrontação sem alterações, sem ptose, com movimentos oculares com diplopia horizontal na dextroversão condicionada por discreta abdução do olho direito, sem alterações noutros pares craneanos, prova de braços estendidos e prova de mingazinni sem quedas, com força muscular mantida em todos os segmentos, sem fatigabilidade, sem ataxia da marcha e sem rigidez da nuca. Sem alterações da sensibilidade. Realizou TC-craneoencefálica com evidencia de lesão selar e supraselar compatível com macroadenoma hipofisário com aparente compressão do quiasma óptico. Nesse contexto ficou orientado para a neurocirurgia.

Os autores pretendem enfatizar a importância da suspeição clinica e diagnóstico precoce dos macroadenomas da hipófise perante manifestações oftalmológicas como diplopia de novo, mesmo que flutuante, de forma a minimizar complicações e melhorar o prognóstico

Nº 126 Fast Sharp

Diana Belchior Raimundo(1); André Bargas(1); Mafalda Santos Filipe(1); Hugo Jorge Alves(1); Carla Pereira(1); Carla Noronha(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A doença mista do tecido conjuntivo (DMTC) ou Doença de Sharp caracteriza-se por uma miríade sintomática de doenças diferenciadas do tecido conjuntivo distintas, na presença de anticorpo (Ac) anti-ribonucleossoma (anti-RNP). Pela variedade de manifestações e evolução imprevisível, torna-se um diagnóstico desafiante.

Caso clínico: Mulher, 56 anos, caucasiana, admitida por poliartrite e mialgias proximais. À observação: artrite das articulações interfalângicas proximais, punhos e joelho esquerdo. Analiticamente: anemia normocítica e normocrómica, discreta leucopénia, elevação da velocidade de sedimentação e proteína C reativa, creatina-cinase 2962U/L, Ac anti-nucleares 1/1280, Ac anti-RNP fortemente positivo, fator reumatoide elevado. Realizou TC toracoabdominopélvica, com alterações compatíveis com pneumonia intersticial inespecífica (NSIP) e ecografia tiroideia sugestiva de tiroidite. Assumido diagnóstico de DMTC teve alta com prednisolona e azatioprina, com *switch* para metotrexato por intolerância gastrointestinal e aftose oral. Nos 2 anos seguintes, teve episódios de artrite das pequenas articulações das mãos, fenómeno de Raynaud *de novo*, onicólise, acroesclerose até ao 1⁄3 distal dos antebraços e, desde há (1) mês, disfagia para sólidos. Imagiologicamente, agravamento do padrão NSIP e ectasia difusa do esófago; capilaroscopia com densidade capilar reduzida, múltiplas hemorragias em diferentes fases e *cherry spots* - compatível com padrão esclerodérmico-like em fase ativa/tardia. Por progressão da doença, com esclerose sistémica predominante, e clínica esofágica importante, decidida escalada terapêutica para ciclofosfamida.

Discussão: A DMTC é um diagnóstico dinâmico e, já que um grupo significativo de doentes evolui para uma doença diferenciada, um acompanhamento próximo, senso clinico e multidisciplinariedade são essenciais para otimizar as atitudes clínicas à fase em que o doente se encontra.

Nº 127 Tuberculose – Uma patologia a não esquecer

Inês Monteiro Araújo(1); Marta Viana Pereira(1); Miguel Ribeiro(1); Inês Silveira(1); Martinha Vale(1); Sofia Esperança(1); Carla Maravilha(1); Paulo Gouveia(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: Pela sua prevalência e elevada taxa de mortalidade, a tuberculose mantém-se como uma patologia merecedora de atenção em Portugal. O envolvimento linfático constitui a forma extrapulmonar mais frequente, seguindo-se o envolvimento pleural.

Caso clínico: Mulher de 87 anos, com quadro de dispneia em agravamento progressivo, sem tosse ou febre. Perda ponderal de 10kg em 5 meses. Evidência de adenopatias supraclaviculares e cervicais. Diminuição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores do hemitórax direito. Tomografia computadorizada do tórax confirmou derrame pleural direito de moderado volume e múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares, sem alterações do parênquima. Sem viagens recentes, contacto com animais ou contexto epidemiológico. Análise de líquido pleural compatível com exsudado segundo os critérios de Light, com predomínio de linfócitos e elevação da adenosina desaminase (ADA), sendo a citologia negativa para células malignas. Enzima de conversão de angiotensina, serologias víricas, fator reumatoide e autoanticorpos contra peptídeo citrulinado cíclico negativos. Tomografia por emissão de pósitrons com hipercaptação nas adenopatias acima mencionadas. Broncofibroscopia sem alterações, com mico/microbacterilógico do aspirado brônquico negativo. Interferon Gamma Release Assay positivo. A biópsia de adenopatia supraclavicular revelou histologia compatível com linfadenite granulomatosa, sendo identificado *Mycobacterium Tuberculosis Complex* na análise micobacteriológica do produto da biópsia, confirmando o diagnóstico de tuberculose ganglionar (sendo muito provável o envolvimento pleural), pelo que foi iniciada terapêutica antibacilar.

Discussão: O diagnóstico de tuberculose extrapulmonar é complexo não só pela diversidade de diagnósticos diferenciais associados, mas sobretudo pela variedade de apresentações clínicas, implicando um elevado grau de suspeição. As amostras obtidas são muitas vezes panbacilares, diminuído a sensibilidade dos exames culturais. De realçar que a elevação da ADA no líquido pleural tem um valor preditivo positivo de 98% em regiões endémicas. Este caso reforça a ideia de que este deve ser um diagnóstico a ter em mente mesmo em indivíduos imunocompetentes, sobretudo em áreas com elevada prevalência desta patologia.

Nº 128 Uma complicação rara na dermatomiosite

Mariana Belo Nobre(1); Miguel Carrilho(1); Bárbara Queiroz(1); Marta Vilela(1); Ryan Costa Silva(1); Sandra Carmo Pereira(1); Joana Rosa Martins(1)

(1) Hospital de Santa Maria

A dermatomiosite (DM) é uma doença autoimune sistémica, caracterizada por manifestações cutâneas e miosite. A miosite hemorrágica espontânea nas miopatias inflamatórias é uma complicação rara, mas potencialmente fatal, com fisiopatologia desconhecida.

Sexo feminino, 60 anos, com antecedentes de DM e trombose venosa profunda, medicada com prednisolona, azatioprina e varfarina. Foi admitida por artralgias, mialgias e fraqueza muscular proximal, com evidência de lesões cutâneas típicas de DM. A avaliação laboratorial revelou INR prolongado e elevação marcada da CK, aldolase e mioglobina. Perante intoxicação dicumarínica, foi realizada fitomenadiona, assumindo-se *flare* de DM com miosite extensa e rabdomiólise, pelo que foi iniciada terapêutica com pulsos de metilprednisolona e imunoglobulina, com melhoria clínica e analítica. Após melhoria inicial, apresentou hipotensão, anemia aguda e quadro álgico intenso na coxa direita, com

aumento marcado do volume do membro. A angio-TC revelou hematoma do músculo ilíaco, psoas, grupos anterior e interno da coxa direita e retroperitoneal, com hemorragia activa em localizações múltiplas, na dependência de pequenos ramos intramusculares. Foi realizado suporte transfusional, suspensa anticoagulação (enoxaparina) e aplicada compressão mecânica do membro, não existindo indicação para terapêutica endovascular/cirúrgica. Após regressão do quadro, foi reintroduzida anticoagulação sem intercorrências. Por apresentar corticodependencia e *flare* grave, foi realizado rituximab *a posteriori*, com boa resposta.

Neste caso clínico, a miosite hemorrágica parece ter sido precipitada por *flare* de DM com miosite activa e fragilidade vascular, associada à utilização de anticoagulação e corticoterapia em alta dose. Destaca-se que a terapêutica endovascular/cirúrgica é pouco benéfica nestes doentes, dado o envolvimento típico de múltiplos e pequenos ramos vasos intramusculares, devendo a terapêutica ser de suporte e dirigida à doença de base.

Nº 129 Quando o músculo rompe ...

Letícia Marques Leite(1); Isabel Mendes Bessa(1); André Pereira(1); Ana Teresa Gonçalves(1); Sara Freitas(1); Jorge Cotter(1)

(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Introdução: As vantagens do exercício físico têm sido fortemente difundidas nos últimos anos, com vantagens sobre a perda de peso, redução da tensão arterial e da insulinorresistência, prevenção de eventos cardiovasculares e melhoria da saúde mental. No entanto, os benefícios são alcançados quando existe um equilíbrio entre a capacidade do atleta e o esforço realizado. De outra forma, com um esforço intenso podem ocorrer complicações como a rabdomiólise.

Caso clínico: Mulher de 27 anos, costureira, recorreu ao Serviço de Urgência por astenia, mialgias nos membros superiores e inferiores, com incapacidade na marcha e com urina acastanhada, 3 dias após início de programa de exercício no ginásio; Praticou (1) hora de atividade aeróbica com corrida na passadeira seguida de (1) hora de atividade isométrica em dois dias consecutivos, apesar de mialgias nos membros inferiores. O estudo analítico mostrou rabdomiólise com creatinafosfocinase de 62188 UI/L, mioglobina 564(1) ng/mL, citólise hepática com TGO de 686 UI/L, TGP 189 UI/L. Sem alterações da função renal ou distúrbios iónicos. Foi admitida na Unidade de Hospitalização Domiciliária onde cumpriu fluidoterapia e repouso, com melhoria gradual das mialgias e normalização analíticas.

Discussão: A rabdomiólise corresponde a uma lesão do tecido muscular estriado com libertação dos componentes intracelulares para a corrente sanguínea, como a creatinafosfocinase e a mioglobina. Estes produtos em circulação podem causar alterações como lesão renal aguda, distúrbios iónicos e eletrocardiográficos, potencialmente fatais.

Neste caso, a etiologia para a rabdomiólise foi evidente, com as queixas supracitadas compatíveis com lesão muscular. No entanto, cirurgias prolongadas, imobilização prolongada, queimaduras, infeções, alcoolismo, miopatias metabólicas são algumas das patologias que exigem pesquisa da rabdomiólise, monitorização e tratamento da mesma.

O caso clínico apresentado visa promover a reflexão acerca da forma como o exercício físico é publicitado na comunidade. Diariamente há referência às vantagens do exercício físico e do impacto que tem na saúde dos indivíduos mas é imperativo realizar campanhas de saúde que ressalvem a importância do exercício físico realizado de forma equilibrada não descurando a hidratação e alimentação apropriadas.

Nº 130 Um caso de polisserosite

Mariana Belo Nobre(1); Miguel Carrilho(1); Inês Júlio(1); Madalena Costa Santos(1); Teresa Gouveia(1); Joana Rosa Martins(1)

(1) Hospital de Santa Maria

A Síndroma pós-pericardiotomia (SPP) resulta de uma reação inflamatória da pleura e do pericárdio, habitualmente uma a quatro semanas após cirurgia cardíaca. Manifesta-se frequentemente por febre, dispneia e toracalgia, sendo o diagnóstico baseado em critérios clínicos.

Doente do sexo feminino, 67 anos, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica, submetida no mês anterior a substituição da aorta ascendente por prótese tubular em contexto de aneurisma da aorta, admitida no serviço de urgência por cansaço para pequenos esforços, toracalgia pleurítica e febre, referindo ainda tosse produtiva mucosa. Destacava-se elevação de parâmetros inflamatórios, derrame pericárdico volumoso e derrame pleural bilateral a condicionar insuficiência respiratória global. Por suspeita de síndroma pós-pericardiotomia, foi iniciada colquicina e ibuprofeno com melhoria clínica. Foi realizado estudo etiológico, nomeadamente exclusão de neoplasia, doença autoimune e doença infecciosa. Após redução de colquicina (por diarreia), verificou-se novo agravamento clínico com polisserosite recidivante com derrame pleural com características de exsudado (sem evidência de empiema), febre e elevação de parâmetros inflamatórios. Assim, optou-se por aumentar a dose de colquicina e realizar pulsos de metilprednisolona durante 3 dias, com posterior desmame, tendo-se observado resolução do quadro.

Atendendo à presença de febre e elevação de parâmetros inflamatórios, o diagnóstico diferencial de síndroma pós-pericardiotomia pode ser difícil, nomeadamente na presença de quadros infeciosos concomitantes. Apesar da maioria dos casos serem tratados em ambulatório com anti-inflamatórios não esteroides e colquicina, a serosite recidivante pode implicar a utilização de corticoterapia e/ou imunoglobulina. O diagnóstico e a abordagem precoce da SPP é essencial para possibilitar uma terapêutica dirigida, evitando ciclos de antibioterapia desnecessários e complicações como o tamponamento cardíaco.

Nº 131 Anemia perniciosa um diagnóstico com sintomatologia inespecífica

Adriana Pereira Guedes(1); João Miranda(1); Ana Sofia Reis(1); Ana Sofia Silva(1); Catarina Salvado(1); Rui Salvador(1); Miguel Ângelo Sousa(1); Andreia Freitas(1); Maria Inês Soares(1); Mariana Baptista(1)

(1) CH VN GAIA UNID (1) - SANTOS SILVA

Introdução: A anemia perniciosa é um tipo de anemia megaloblástica com deficiência de vitamina B12 imuno-mediada. Os anticorpos anti fator intrínseco inibem a absorção de vitamina B12 no íleo terminal e os anticorpos anti célula parietal também podem estar presentes e causam gastrite atrófica.

Caso clínico: Mulher de 48 anos observada no Serviço de Urgência (SU) por tosse seca e astenia para pequenos esforços com meses de evolução, agravada após COVID-19 no mês anterior. Ao exame objetivo destacava-se palidez mucocutânea. O estudo realizado durante a permanência no SU relevou pancitopenia (Hemoglobina 5.3g/dL, com macrocitose; 2450/uL leucócitos - 1030/uL neutrófilos e 100/uL promielócitos; e 160000/uL plaquetas) e LDH 3946U/L. O estudo da anemia disponível ainda no SU revelou défice franco de vitamina B12 (<100pg/mL). A ecografia abdominal exibia hepatoesplenomegalia. A doente teve alta medicada com cianocobalamina intramuscular, orientada para consulta externa de Medicina Interna. Na consulta, objetivou-se positividade para anticorpo anti-fator intrínseco (121.0 RU/mL). A endoscopia digestiva alta revelou aspeto atrófico do

corpo e fundo gástricos, com histologia a mostrar gastrite atrófica sem sinais de malignidade. Com a terapêutica continuada com cianocobalamina observou-se melhoria clínica franca e normalização do hemograma e da LDH.

Discussão: O presente caso clínico ilustra como uma clínica inicialmente inespecífica se justifica com um diagnóstico com apresentação analítica tão clara. A apresentação da anemia perniciosa pode, contudo, não ser sempre tão inequívoca - existem casos com níveis normais ou elevados de Vitamina B12, anemia hemolítica autoimune ou manifestações neurológicas sem anemia ou macrocitose. A importância do diagnóstico célere e adequado prende-se com a associação a outras patologias autoimunes, ao risco aumentado de neoplasia gastrointestinal, e sequelas neurológicas e hematológicas irreversíveis na ausência de tratamento atempado.

Nº 132 Cetoacidose Diabética Euglicémica - quando parar os iSGLT2?

Francisca Tato Fernandes(1); Francisca Carmo(1); Raquel Moura(1); Marta Oliveira(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: Os inibidores do cotransportador de sódio-glicose do tipo 2 (iSGLT2) são largamente utilizados no tratamento da Diabetes Mellitus (DM) e, recentemente, em doentes também não diabéticos pelo seu efeito cardio e renoprotetor. Um dos efeitos laterais mais grave é a cetoacidose diabética euglicémica (CADEu). Aumentam a excreção de glicose ao bloquearem a sua reabsorção renal. Isto diminui a produção de insulina que, por sua vez, reduz a degradação de ácidos gordos que se convertem em corpos cetónicos.

Caso Clínico: Mulher, 74 anos, com DM tipo 2, Insuficiência Cardíaca e Fibrilhação Auricular, medicada com empagliflozina, metformina e dulaglutido. Diagnóstico prévio de pneumonia, medicada com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por palpitações, agravamento da dispneia, ortopneia e dispneia paroxística noturna. Referiu também diminuição do débito urinário. No dia anterior, teria sido diagnosticada com uma pneumonia, estando medicada com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. À admissão, encontrava-se vigil, desidratada, polipneica e taquicárdica. A gasimetria arterial revelou uma acidose metabólica (pH 7.248, bicarbonatos 15.8 mmol/L, Anion Gap 21.2), hipocalémia (K 3.4 mmol/L) e glicose normal (186 mg/dL), sem hiperlactacidemia. Efetuou-se pesquisa de cetonemia, com o resultado de "*high*". Por suspeita de cetoacidose diabética euglicémica, iniciou perfusão de insulina e fluidoterapia, com reposição de potássio. Foi transferida para a Unidade Médica Intermédia onde evoluiu favoravelmente: cetonemia em perfil decrescente e correção da acidemia metabólica.

Discussão: A CADEu como efeito lateral do uso de iSGLT2 é considerada uma emergência médica. Pelo facto de não ter uma hiperglicemia acentuada, esta entidade pode ser esquecida trazendo graves complicações, pelo que é fundamental considerar esse diagnóstico diferencial. Múltiplos estudos associam a ocorrência da CADEu a um evento desencadeante: cirurgias, infeções graves, desidratação, entre outros, pelo que se coloca a questão da eventual suspensão destes fármacos mesmo em doentes sem indicação de internamento.

Nº 133 Diagnóstico diferencial de Lesão renal rapidamente progressiva

Adriana Pereira Guedes(1); Andreia Freitas(1); Ana Sofia Reis(1); Ana Sofia Silva(1); Catarina Salvado(1); Miguel Ângelo Sousa(1); Rui Salvador(1); Ana Sofia Silva(1); Maria Inês Soares(1); Maria Baptista(1)

(1) CH VN GAIA UNID (1) - SANTOS SILVA

Introdução: As vasculites definem-se pela presença de células inflamatórias nas paredes dos vasos e pelo dano reativo associado. As vasculites associadas a anticorpo anti-citoplasma do neutrófilo (ANCA) são vasculites necrotizante sistémicas que afetam vasos de pequeno calibre.

Caso clínico: Mulher de 75 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, admitida por quadro com (1) mês de evolução de febre, otalgia direita, astenia, anorexia e noção de diminuição progressiva do débito urinário, com múltiplas idas ao serviço de urgência nesse contexto.

Objetivamente a destacar palidez mucocutânea, temperatura auricular subfebril (37,7ºC), com hiperemia ocular bilateral e na auscultação com crepitações em ambas as bases pulmonares.

Analiticamente apresentava hemoglobina 8,8 g/dL, leucocitose ligeira com neutrofilia, creatinina 4,85 mg/dL, ureia 135 mg/dL, PCR 18,65 mg/dL e velocidade de sedimentação 84 mm/Hr. Na análise de urina apresentava nitritúria, eritrócitos 112,5/campo, leucócitos 47,0/campo, 31,9/campo cilindros granulosos, com um rácio urinário de Proteína/Creatinina 1,17 (74,4/63,7 mg/dL). Previamente teria função renal normal.

Do estudo realizado apresentava ANCA positivo (1/640), com padrão c-ANCA e com anti-MPO positivo (143,0 RU/mL).

Iniciou Metilprednisolona e Ciclofosfamida. Apesar de manter aparente estabilidade clínica, não houve melhoria da função renal, pelo que iniciou Hemodiálise.

Discussão: A febre, anorexia, astenia são queixas muito frequentes na população idosa que recorre ao serviço de urgência. Devemos considerar as vasculites ANCA como diagnóstico diferencial a ter em consideração, especialmente na presença de lesão renal rapidamente progressiva, de forma a não atrasar a marcha diagnóstica e atempadamente introduzir terapêutica modificadora de prognóstico para impedir complicações e retardar a progressão da doença para doença renal crónica em estadio terminal.

Nº 134 Cistite enfisematosa, uma causa infrequente de choque séptico

Paula Nogueira(1); Pedro Gomes Santos(1); Ana Morgado(1); Joana Lopo(1); Mihail Mogildea(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Introdução: A cistite enfisematosa é uma infeção do trato urinário (ITU) complicada e rara, causada por bactérias produtoras de gás, como a *E.coli* e *K.pneumoniae*. É mais frequente em mulheres com idade superior a 60 anos e em doentes com Diabetes mellitus com mau controlo, manifestando-se de forma semelhantes a outras ITUs.

Caso clínico: Homem de 86 anos, cognitivamente íntegro. Recorreu ao Serviço de Urgência por hematúria com (1) dia de evolução. Dos antecedentes pessoais salienta-se, Diabetes mellitus tipo 2 com mau controlo metabólico, insuficiência cardíaca de etiologia valvular com fração de ejeção preservada e doença renal crónica estadio 3b. À admissão apresentava-se obnubilado, hipotenso, polipneico, com sinais de insuficiência cardíaca

descompensada e fácies de dor à palpação profunda dos quadrantes abdominais inferiores. Analiticamente de referir hipoglicemia severa, acidose láctica, aumento dos parâmetros inflamatórios e dos biomarcadores cardíacos. Iniciou-se ressuscitação volémica, no entanto manteve hipotensão e hiperlactacidemia, assumindo-se choque séptico de etiologia a esclarecer. A radiografia torácica apresentou um discreto derrame pleural direito, sem outras alterações de relevo. Na ecografia abdominal visualizou-se uma estrutura com componente gasoso a nível do hipogastro, que após melhor caraterização por tomografia computadorizada revelou ser um enfisema intra-mural a nível da bexiga. Assumiu-se o diagnóstico de choque séptico de ponto de partida em cistite enfisematosa e transferiu-se o doente para a Unidade de Cuidados Intermédios.

Discussão: Estabelecer o diagnóstico atempado de um doente em choque séptico é essencial para o tratamento precoce, com impacto na mortalidade. Pela baixa incidência de cistite enfisematosa, principalmente em homens, é necessário um elevado grau de suspeição. Com este caso, os autores pretendem realçar a importância de uma abordagem exaustiva para diagnósticos menos frequentes e com apresentações atípicas.

Nº 135 Qual o efeito da canábis no pâncreas?

Adriana Pereira Guedes(1); Mariana Baptista(1); Marta Monteiro(1); Ana Sofia Reis(1); Catarina Salvado(1); Rui Salvador(1); Miguel Ângelo Sousa(1); Ana Sofia Silva(1); Maria Inês Soares(1); Rosélia Lima(1); Guilherme Jesus(1)

(1) CH VN GAIA UNID (1) - SANTOS SILVA

Introdução: A canábis é uma planta amplamente usada na sociedade como droga recreativa, pelos seus efeitos psicotrópicos. Hoje em dia estuda-se cada vez mais o uso desta substância, nomeadamente do canabidiol (CBD) em contexto medicinal e terapêutico, especialmente no tratamento sintomático de doentes oncológicos ou na gestão da dor crónica.

Caso clínico: Homem de 50 anos, avaliado em consulta externa de Medicina Interna por leucocitose ligeira persistente (11000 a 15000/µL leucócitos), sem alteração de outras linhagens no hemograma e sem clínica associada. Como antecedentes pessoais de Hipertensão arterial, Dislipidemia, Diabetes Mellitus tipo 2, hábitos tabágicos pesados (20 cigarros/dia) e consumo diário de canábis fumado.

Do estudo realizado, a destacar apenas Amilase e Lipase pancreática sustentadamente aumentadas, com valores entre 170 e 250 U/L, que variam ao longo do tempo com base no aumento ou diminuição do consumo de canábis, apesar de o doente se manter apenas com ligeira dor abdominal esporádica, sem náuseas ou vómitos. Do vasto estudo realizado, excluiu-se causa imunológica ou infeciosa e o TC não apresenta alterações no pâncreas.

Conclusão: Na literatura, vários autores tentam demonstrar os efeitos do sistema endocanabinóide e do consumo de canábis no pâncreas. É relatada elevação das enzimas pancreáticas, aumento da resistência à insulina/diminuição da tolerância à glicose e até casos de pancreatite aguda.

Neste caso o doente apresenta valores de Amilase e Lipase constantemente alterados, que oscilam com a intensidade e frequência dos consumos, e diabetes mellitus com diagnóstico recente, coincidente com as demais alterações. Importa ressalvar a pertinência de uma boa anamnese e ter presente que estes consumos podem ter implicações, ainda que não totalmente clarificadas, na função pancreática e eventualmente até aumentar o risco de pancreatite.

Nº 136 Disseção aórtica tipo I de DeBakey/tipo A de Stanford – uma emergência cirúrgica

Bruna Rodrigues Barbosa(1); Laurinda Pereira(1); Teresinha Ponte(1); Martinho Fernandes(1); Inês de Gouveia Bonito(1); Carolina Xavier de Sousa(1); Andreia Meseiro(1); Alexandra Roque(1)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: A dissecção aórtica aguda tipo A é uma emergência cirúrgica, com elevado risco de complicações nomeadamente: tamponamento cardíaco, regurgitação aórtica, acidente vascular cerebral ou ruptura aórtica. Sem intervenção cirúrgica, as taxas de mortalidade chegam a (1) a 2 % por hora após o início dos sintomas.

Caso Clínico: Mulher de 73 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e depressão. Admitida por síncope com incontinência de esfíncter vesical, sudorese profusa, vómito alimentar e dor precordial com irradiação para a mandíbula com 2h30 de evolução. Doente prostrada, mas reativa à estimulação; hipotensa e taquicárdica. Discretamente polipneica em repouso, bem saturada em ar ambiente. Sem outras alterações no exame objetivo. Do estudo efetuado, ECG – taquicardia, sem isquémia aguda, complexos de baixa voltagem e gasimetria – alcalose respiratória com hiperlactacidémia. Iniciou fluidoterapia vigorosa, sem resposta, evoluindo para choque cardiogénico, com instabilidade hemodinâmica por tamponamento cardíaco, confirmado por ecocardiograma transtorácico (ETT). Procedeu-se a pericardiocentese de emergência: drenado 250cc de líquido hemático, com melhoria imediata do perfil hemodinâmico. ETT de reavaliação com imagem compatível com flap na porção tubular da aorta ascendente. Por suspeita de disseção da aorta realizou angio-TC tóraco-abdomino-pélvica, confirmando-se disseção aórtica do tipo A de *Stanford* desde o segmento ascendente até à bifurcação da artéria ilíaca primitiva direita, envolvendo também o tronco braquiocefálico. Contactada a Cirurgia Cardiotorácica para transferência emergente. A doente entrou em paragem cardio-respiratória mantendo atividade elétrica sem pulso, sem resposta às manobras de reanimação.

Discussão: A dissecção aórtica tipo A aguda e a sua extensão são confirmadas por meio de imagem cardiovascular; para doentes hemodinamicamente instáveis, o ETT pode ser utilizado com alta sensibilidade. É uma emergência que exige um elevado grau de suspeição clínica e de atuação imediata.

Nº 137 Herpes zoster oftálmico e lesão renal aguda

Carlos Grijó(1); Beatriz Simão Parreira(1); Maria Inês Matos(1); Marta Patacho(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Existem diversas etiologias para a lesão renal aguda (LRA). Tipicamente dividida em pré-renal, renal intrínseca e pós-renal, a causa mais frequente é a necrose tubular aguda (NTA), com a hipoperfusão renal como a principal causa de NTA. No entanto, este caso destaca o papel dos nefrotóxicos na etiologia da NTA. Homem de 59 anos com antecedentes de doença de Chron, sob tratamento com azatioprina e infliximab, recorre ao Serviço de Urgência (SU) com queixas de alterações da visão e surgimento de lesões vesiculares frontais à direita. Observado por Oftalmologia, tendo tido alta com diagnóstico de zona oftálmica e indicação para tratamento com aciclovir 800mg cinco vezes por dia e anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) para controlo da dor. Três dias depois é encaminhado ao SU por constatação de agravamento da função renal em análises.

Analiticamente com LRA AKIN (1) (creatinina 2.90mg/dL, com basal de 1.60mg/dL) e hiponatrémia hiposmolar, sem eosinofilia. Ecografia renal com rins normodimensionados e boa diferenciação córtico-medular, sem sinais de obstrução. Inicialmente suspensa terapêutica com aciclovir e iniciada fluidoterapia por suspeita de LRA pré-renal por desidratação em associação a terapêutica antiviral e toma de AINEs. Evolução favorável, com possibilidade de reintrodução de aciclovir após melhoria da função renal, sem novo agravamento, tendo o doente tido alta após nove dias de internamento. A LRA é um achado frequente na prática hospitalar que deve sempre levantar suspeita, especialmente no contexto de introdução de novos fármacos ou em doentes imunodeprimidos. Este caso destaca uma possível causa de LRA que por vezes pode passar despercebida. O aciclovir, antiviral usado no tratamento da zona, tem elevada toxicidade renal, associando-se a nefrite intersticial ou necrose tubular aguda por deposição de cristais nos túbulos renais, sendo o efeito de instalação rápida (tipicamente em cerca de 48h) e dose-dependente.

Nº 138 Um caso de Rebound após suspensão de agonista alfa2

Patrícia Cláudio Ferreira(1); Ana Luís Vasconcelos(1); Luís Neves da Silva(1); Rita Ribeiro(1); Margarida Monteiro(1); Rosário Araújo(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: A prevalência de HTA resistente é 2 a 3 vezes maior em pacientes com DRC e a terapêutica médica anti-hipertensora nestes doentes é difícil e desafiadora. Recentes estudos demonstram o perfil de eficácia e maior tolerabilidade da Rilmenidina, RIL, face a outros anti-hipertensores e outros agonistas alfa2. Este caso clínico demonstra o desafio do controlo tensional num doente com DRC e uma complicação (edema agudo do pulmão,EAP) posterior em internamento.

Caso clínico: Sexo masculino, 8(1) anos, autónomo, com antecedentes de relevo DRC estadio 4/5 multifatorial e HTA de longa data de difícil controlo. Realizava como terapêutica anti-hipertensora: BEC, ARA, diurético e rilmenidina 1mg bid.

Internado em medicina interna por anemia agravada (Hemoglobina 5,9 g/dL) com necessidade de suporte transfusional, infeção respiratória e LRA em DRC (pCreat 4.8, basal 4).

No internamento, foi necessário ajuste de terapêutica, tendo reduzido para metade a dose de ARA (pela LRA) e iniciou carvedilol 6.25mg bid. No primeiro dia de internamento, registo de EAP hipertensivo (TAS ~200mmHg) em DRC, muito provavelmente associado à carga de fluidos pois realizou transfusão com 2U de GR + fluidoterapia, associado ao não cumprimento da toma habitual de agonista alfa2 durante observação no SU.

Realizou VNI e clonidina com resolução do quadro. Controlo tensional posterior após retoma de rilmenidina no internamento.

Discussão: A RIL atua como vasodilatador ao diminuir a resistência vascular periférica através da inibição do sistema nervoso adrenérgico. Estudos mostram uma manutenção de efeito até 24h após a dose. Em suma, este caso pretende apresentar um caso de efeito rebound associado à suspensão de RIL num doente com DRC sujeito a maior sobrecarga de fluidos.

Nº 139 Um caso atípico de artrite psoriática

Patrícia Cláudio Ferreira(1); Luís Neves da Silva(1); Maria João Vilela(1); Margarida Monteiro(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: A artrite psoriática (AP) é uma doença autoimune (DAI) com um pico de incidência entre os 40 e 50 anos, representando cerca de 20% dos casos de artrite inflamatória. O diagnóstico é dificultado devido à presença de uma diversa variabilidade clínica e radiológica de apresentação nomeadamente: envolvimento articular periférico ou axial, psoríase cutânea ou ungueal, entesite e dactilite, sendo necessário um elevado nível de suspeição.

Caso clínico: Sexo masculino, 4(1) anos, autónomo. Antecedentes de esferocitose hereditária, submetido a esplenectomia, e hepatite B crónica, após transfusão de sangue contaminada aos 7 anos, medicado com Tenofovir. Doente sem antecedentes familiares de DAI ou doença inflamatória intestinal, DII.

Apresenta-se com quadro infecioso, com edema e exsudado, no 4ºdedo do pé direito, provável sobreinfecção bacteriana com origem em fissura de lesão micótica interdigital. Fez tratamento anti-fúngico e vários ciclos de antibioterapia com melhoria inicial, mas transitória com recidiva dos sinais inflamatórios e dor. Dois meses depois, aparecimento de novo, para além de dactilite do 4ºdedo, dor e edema do maléolo interno do pé direito com claudicação. Realizou ecografia e TAC com registo de tenossinovite do tendão tibial posterior e RMN com tendinopatia, pelo que foi medicado com corticoterapia, CCT, pela refratariedade ao tratamento com AINE´s. Registo de franca melhoria com ciclo de CCT e agravamento após suspensão. Sem outras queixas sugestivas de DAI. Avaliação posterior por aparecimento de lesões ungueais nos pés com diagnóstico de psoríase ungueal pelo que iniciou tratamento dirigido com resolução.

Sete meses depois, pela necessidade de tratamento contínuo com AINE's e persistência de sintomatologia, iniciou tratamento com metotrexato para atrite psoriática.

Discussão: O presente caso demonstra o desafio diagnóstico desta entidade, em que inicialmente houve aparecimento de artrite monoarticular e distal e só posteriormente o aparecimento de psoríase. Segundo a literatura, em 70% dos casos os doentes que se apresentam com artrite têm antecedente anterior de psoríase. Desta forma, este caso clínico pretende notificar uma apresentação atípica de AP.

Nº 140 Hipertensão arterial em idade jovem: diagnóstico raro de feocromocitoma

Ana Luísa Maceda Rodrigues(1); Marina Mendes(1); Mariana Matos(1); Claudemira Pinto(1); Mariana Martins(1); Pedro Moura(1); Marta Martins(1); Catarina Elias(1); Emanuel Oliveira(1); Pedro Rodrigues(1); Jorge Almeida(1); Fernando Friões(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O feocromocitoma é um tumor com origem nas células cromafins adrenais, produtor de catecolaminas. Tem uma prevalência estimada <0.2% em doentes com hipertensão arterial (HTA). Manifesta-se tipicamente por paroxismos hiperadrenérgicos. O diagnóstico assenta no elevado índice de suspeição. Recomenda-se o rastreio sistemático em situações como HTA em idade jovem e incidentalomas adrenais.

Caso Clínico: Homem de 29 anos, diagnosticado com HTA há (1) ano. Medicado com Losartan 50mg, sem controlo tensional adequado. Sem estudo de HTA realizado. Recorreu ao serviço de urgência por tosse produtiva, toracalgia pleurítica, febre e palpitações com

24h de evolução. Estabelecido o diagnóstico de pneumonia pneumocócica com insuficiência respiratória tipo 1, foi medicado com antibioterapia dirigida. Desde a admissão com HTA, taquicardia e diaforese. Angio-TC tórax com incidentaloma adrenal direita com 83x36mm.

Ao 3º dia apresentou agravamento da hipoxemia, com evolução para edema agudo de pulmão. Troponina I 645 e Ecocardiograma TT a evidenciar hipocontratilidade dos segmentos basais do ventrículo esquerdo, compatível com cardiomiopatia induzida por catecolaminas (Takotsubo invertido). O doseamento de metanefrinas urinárias (18095 µg/24h) confirmou o diagnóstico de feocromocitoma. Iniciado bloqueio α-adrenérgico com fenoxibenzamina e posteriormente β-adrenérgico com metoprolol. Boa evolução clínica e normalização do padrão ecocardiográfico. Realizou cintigrafia MIBG para estadiamento e foi orientado para tratamento cirúrgico.

Discussão: O feocromocitoma pode apresentar-se com manifestações cardíacas, como síndrome coronária aguda (SCA), cardiomiopatia induzida por catecolaminas com insuficiência cardíaca aguda (ICA) ou taquicardia ventricular monomórfica (TVM), que podem ocorrer em até 12% dos casos. É imperativo considerar o diagnóstico de feocromocitoma, na ausência de etiologia alternativa, nos doentes com ICA, SCA ou TVM, em particular naqueles com incidentalomas adrenais.

Nº 141 "A Gravidez não é doença, mas..."

Francisca Fonseca(1); António Pessoa(1); Daniela Félix Brigas(1); Eugénio Dias(1); Ermelinda Pedroso(1)

(1) Centro Hospitalar de Setubal

A gravidez constitui um período particular da vida das mulheres, sendo a otimização das suas patologias crónicas mandatória para a prestação de cuidados materno- fetais adequados.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 25 anos com história de obesidade e hipertensão arterial, seguida em consulta de Nefrologia desde 2017 por proteinúria de 3g/24h associada a queixas de cansaço. Realizou biópsia renal, cujo diagnóstico histológico revelou glomerulonefrite membranosa com anticorpo anti-recetor de Fosfolipase A2 (PLA2R) positivo, restante estudo etiológico sem alterações relevantes. Iniciou tratamento antiproteinúrico com inibidor da enzima de convertase da angiotensina (IECA) com boa resposta clínica e analítica, posteriormente, substituído por antagonista dos recetores da angiotensina (ARA) por queixas de tosse.

Em 2022, a doente revelou pretender engravidar, motivo pela qual foi encaminhada para a consulta de Medicina Obstétrica. Neste contexto, alterou-se a terapêutica anti hipertensora para um antagonista dos canais de cálcio. Durante a gravidez, foi iniciado ácido acetilsalicílico para profilaxia de pré-eclâmpsia. Por apresentar um risco trombótico de 5 pontos, iniciou enoxaparina 60mg/dia, segundo as recomendações da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-fetal. Adicionalmente, foi diagnosticada Diabetes Gestacional, com mau controlo metabólico apenas com medidas não farmacológicas, pelo que foi proposto o início de terapêutica com metformina.

A doente manteve acompanhamento regular por Medicina Interna durante toda a gravidez, com boa evolução clínica materno-fetal.

Neste caso, a associação da nefropatia membranosa, obesidade, hipertensão arterial e diabetes gestacional conferia um alto risco obstétrico, constituindo um autêntico desafio de abordagem terapêutica. Pretende-se assim alertar para as particularidades da gestão de patologias crónicas na gravidez, o foco de uma área emergente na Medicina Interna: a Medicina Obstétrica.

Nº 142 Um caso de apresentação de Neurosífilis como Acidente Vascular Cerebral

Inês Ferreira(1); Nereida Monteiro(1); Rafael Freitas(1); Sara Pereira(1); Sofia Ferreira(1); Paula Cerqueira(1); Lucas Torres(1); Amanda Rey(1); Paula Brandão(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima

Introdução: A sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada pela bactéria Treponema pallidum. Se não diagnosticada e tratada evolui para sífilis terciária podendo se manifestar como Neurosífilis. A apresentação clínica varia desde infeção do Sistema Nervoso Central a Acidente Vascular Cerebral, como o caso clínico a seguir reportado.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 67 anos, hipertenso, sem medicação habitual. Admitido no Serviço de Urgência por desorientação e alteração da fala com dois dias de evolução. Ao exame objetivo com neglect sensitivo à esquerda, sem outras alterações neurológicas. Realizou tomografia computorizada crânio-encefálica que revelou hipodensidade isquémica recente em território da artéria cerebral média (ACM) direita. Internado na Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC) com o diagnóstico de AVC. Estudo cardiovascular realizado sem alterações de relevo. Diagnosticada Sífilis Terciária Latente por titulação sérica VDRL 1:2 confirmada com teste não treponémico sérico TPHA reativo. Serologia para o Vírus da Imunodeficiência Humana e hepatite B negativas. Sem clínica no passado de sífilis primária, com historial de comportamento sexual de risco há 40 anos. Efetuada punção lombar que revelou proteinorráquia, sem pleocitose, VDRL no líquor negativo e FTA-ABS no líquor positivo, achados a favor da suspeita de Neurosífilis como etiologia para o AVC. Durante o internamento permaneceu estável e sem défices neurológicos. Iniciou tratamento para a Neurosífilis conforme protocolo com Penicilina Benzatínica endovenosa.

Discussão: A Neurosífilis raramente se apresenta como AVC, contudo, o território da ACM é o mais comummente afetado, precedida de sintomas entre dias ou semanas. A Penicilina Benzatínica continua a ser o tratamento de primeira linha, tornando importante a suspeita diagnóstica desta doença facilmente curável.

Nº 143 Vasculite de Pequenos Vasos, uma doença silenciosa e com diagnóstico sinuoso.

Diogo Duarte Lopes(1); Luisa Dornelas(1); Ana Sá(1); Maria João Vilela(1); Helena Machado(1); Bárbara Campos(1); Vanessa Palha(1); Vânia Teixeira(1); Narciso Oliveira(1); Teresa Pimentel(1)

(1) Hospital Braga

As vasculites são um grupo de doenças sistêmicas caracterizadas por inflamação e necrose das paredes dos vasos. A etiologia da grande maioria das vasculites ainda se encontra desconhecida. Podem ser classificadas como Vasculites de Grandes, Médios e Pequenos Vasos (VPV), mediante o calibre dos vasos afetados, não sendo uma classificação estanque. No caso das VPV apresentam especial atração para as vias aéreas superiores (VAS), pulmão e rim.

Homem de 8(1) anos com antecedentes de Doença Renal Crónica (DRC) estadio 3b e nódulo pulmonar em estudo. Referia astenia, dor abdominal e tonturas com 5 dias de evolução e, associadamente epistáxis e expectoração hemoptóica. Do estudo realizado, a salientar anemia ferropriva e LRA (pCr 10.7mg/dL), com eritrocitúria (>50/campo) e proteinúria (1.84g/24h). Rins de dimensões preservadas na ecografia renal. Acentuação com espessamento do interstício pulmonar bilateral, de predomínio periférico, esboçando

padrão em favo de mel à periferia de ambos os pulmões na TC-Torácica. Lavado broncoalveolar compatível com hemorragia alveolar. Estudo imunológico negativo, incluindo ANCA e anti-MBG; serologias infeciosas negativas. Biópsia renal com 4 crescentes fibrosos e aspetos sugestivos vasculite de pequenos vasos com envolvimento renal e com acentuados sinais de cronicidade.

Iniciou hemodiálise (HD) e bólus de metilprednisolona (500mg, 3 dias), seguidos de prednisolona (1mg/Kg/d).

Evoluiu sem recorrência de hemoptises, mantendo necessidade de HD e acompanhamento em consulta de doenças autoimunes.

Este é um caso paradigmático do modo como uma VPV se pode apresentar. Tanto o envolvimento renal (comprovado em biópsia), como o envolvimento pulmonar através de HIA, são cruciais na suspeição e diagnóstico destas patologias, principalmente quando surgem em simultâneo. Apesar de estarem intimamente ligadas aos ANCA, a sua ausência não anula o diagnóstico. Por último, a terapêutica consiste na indução de imunossupressão.

Nº 144 Hipertensão arterial refratária: quando hipocaliémia desvenda a causa

Mariana Gomes Xavier(1); Maria Guilherme Muchata(1); Rita Pinto(1); Maria Inês Risto(1); Mafalda Machado de Gouveia(1); Patrícia Sobrosa(1); Ana Catarina Carvoeiro(1); Joana Couto(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

A hipertensão arterial (HTA) pode ser primária ou secundária. Devemos suspeitar de causas secundárias quando HTA refratária, súbita elevação da tensão arterial (TA), idade <30 anos sem fatores de risco para HTA, HTA maligna e associação a distúrbios iónicos. O hiperaldosteronismo primário (HP) é uma das causas de HTA secundária e a hiperplasia adrenal idiopática é responsável por 75% dos casos, sendo o tratamento farmacológico na maioria deles.

Mulher, 40 anos, antecedentes de HTA com 20 anos de evolução (sob perindopril 10mg, indapamida 1.25mg e amlodipina 10mg) e história familiar de HTA primária. Avaliada no Serviço de Urgência por hipocaliémia (2.1mmol/L) detetada em controlo analítico, refratária a suplementação oral (1800mg/dia) e endovenosa (80mEq/dia), e associada a alcalose metabólica (pH 7.51, HCO3- 31.9mmol/L). Destacava-se introdução recente de clorotalidona 25mg por HTA não controlada, sendo os distúrbios iónicos inicialmente enquadrados neste contexto. Por persistência das alterações, realizou estudo que mostrou perda renal de potássio (razão K+/creatinina urinária >15) em doente hipertensa sem outros distúrbios iónicos – colocou-se hipótese de HP. Após suspensão de anti-hipertensores, detetou-se aldosterona sérica elevada (29.8ng/dL) e relação concentração sérica de aldosterona/atividade da renina sérica >20 (24.2). Restante estudo de HTA secundária normal. Realizado teste de sobrecarga salina que confirmou HP. Foram excluídas alterações imagiológicas nas glândulas suprarrenais. Iniciou espironolactona 100mg id, com boa resposta, necessitando, aos 6 meses, apenas de perindopril 5mg para controlo de TA.

Este caso reforça a relevância do estudo da HTA refratária e em idade jovem, pela possibilidade de controlo precoce e prevenção de complicações. É essencial considerar a hipótese de HP se presente HTA, alcalose metabólica e hipocaliémia, associação que, nesta doente com HTA conhecida e refratária, se manifestou após iniciar uma dose baixa de diurético.

Nº 145 Quando nem todos os défices neurológicos são Acidente Vascular Cerebral – O caso de um Glioblastoma

Catarina Santos Reis(1); Paula Ferraz(1); Carlos Grijó(1); Rodrigo Mota(1); Isabel Camões(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O glioblastoma IDH (isocitrato desidrogenase) *wildtype* constitui uma neoplasia cerebral primária agressiva, que se manifesta como um desafio diagnóstico face a outras alterações neurológicas mais comuns como o acidente vascular cerebral.

Caso Clínico: Homem de 73 anos, com adenocarcinoma da próstata diagnosticado há (1) ano, Gleason 7, estadio III, submetido a braquiterapia e sob hormonoterapia atual. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de disartria moderada, hemianestesia esquerda e paresia facial central esquerda (NIHSS 5) ao acordar. Dois dias antes iniciou quadro de desorientação e episódios recorrentes de incontinência urinária. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, sem alterações no estudo analítico. Realizou tomografia computadorizada (TC) seguida de ressonância magnética cerebral que revelou lesão de aspeto infiltrativo bi-hemisférica, de predomínio direito na região parieto--fronto-opercular, acompanhado de halo de edema e efeito de massa, com desvio lateral esquerda das estruturas da linha média até 8mm, achados sugestivos de glioma difuso. Progrediu estudo com TC de corpo que não revelou lesões suspeitas e antigénio prostático específico dentro da normalidade. Iniciou esquema de corticoterapia, com recuperação parcial dos défices. A biópsia estereotáxica foi sugestiva de glioblastoma, IDH–*wildtype* (grau 4, OMS 2021). Após discussão multidisciplinar, proposto para início de radioterapia e quimioterapia que doente e familiares recusaram, sendo encaminhado para Cuidados Paliativos.

Conclusão: O glioblastoma IDH-*wildtype* apresenta uma sobrevida mediana de 2(1) meses quando tratado com as opções terapêuticas disponíveis (cirurgia, quimioterapia, radioterapia), que possuem um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes não desprezível. Na decisão terapêutica o doente desempenha um papel ativo, prevalecendo a sua autonomia individual.

Nº 146 Síndrome de Löfgren: uma entidade a não esquecer na abordagem do eritema nodoso

Mariana Gomes Xavier(1); Maria Guilherme Muchata(1); Rita Pinto(1); Maria Inês Risto(1); Mafalda Machado de Gouveia(1); Patrícia Sobrosa(1); Ana Catarina Carvoeiro(1); Joana Couto(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

O eritema nodoso (EN) é uma manifestação clínica de várias patologias, como tuberculose, infeção estreptocócica, doença inflamatória intestinal e sarcoidose. Se associado a febre e adenopatias hilares bilaterais, devemos suspeitar de Síndrome de Löfgren (SL), uma apresentação clínica aguda de sarcoidose com bom prognóstico e que atinge sobretudo mulheres.

Mulher, 48 anos, antecedentes de hipertensão arterial e fissura anal. Avaliada no Serviço de Urgência (SU) por EN com 2 meses de evolução, refratário a 4 ciclos de anti--inflamatórios não-esteróides (AINEs), e febre. Mencionava diarreia muco-sanguinolenta intermitente nos 8 meses prévios. Em radiografia torácica, ingurgitamento hilar bilateral.

Considerado EN refratário a AINEs e teve alta sob prednisolona 20mg id 7 dias. À reavaliação em consulta externa (CE) verificou-se melhoria transitória sob corticoterapia, com recrudescimento das lesões de EN e febre após suspensão; objetivou-se ainda artrite do tornozelo direito. Analiticamente, cálcio sérico e urinário e enzima conversora da angiotensina normais, interferon gamma release assay, serologias, anti-estreptolisina O e estudo imunológico negativos, sem hematoproteinúria, 1.25-dihidroxivitamina D elevada e velocidade de sedimentação 66mm/h. Em tomografia computorizada torácica com adenopatias hilares e mediastínicas bilaterais. Foi excluída patologia inflamatória intestinal em colonoscopia. Assumiu-se SL e iniciou prednisolona 20mg id 4 semanas e posterior esquema de desmame lento, com evolução clínica favorável. Na CE realizou-se biópsia de lesão de EN ativa que mostrou granulomas não-caseosos de acordo com o diagnóstico.

Pretendemos realçar a importância da abordagem sistemática do EN, frequentemente avaliado pelo internista, e a necessidade de exclusão dos diagnósticos diferenciais pela diferente abordagem terapêutica associada. Destacamos a possibilidade de confirmação diagnóstica por biópsia de lesão de EN, apesar da baixa rentabilidade descrita na literatura.

Nº 147 O papel da imunoglobulina endovenosa num distúrbio hemorrágico

Ana Isabel Ferreira Brochado(1); Lúcia Vieira(2); David Ferreira(2)

(1) Hospital Beatriz Ângelo (2) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

A doença de Von Willebrand adquirida (DVWA) é um distúrbio hemorrágico raro, sendo o primeiro passo na marcha diagnóstica de distúrbios concomitantes ocultos, de foro auto-imune, doenças mielo/linfoproliferativas, ou até, discrasia de células plasmocitárias.

Homem de 50 anos é referenciado pelo médico assistente por epistáxis frequentes desde 2020, prolongamento do tempo de tromboplastina parcial activado (41,3 seg) e anemia grave (Hemoglobina (Hb) 6,4 g/dL). O tempo de protrombina e a contagem de plaquetas eram normais. Sem evidência de outros sintomas hemorrágicos ou complicações dentárias/cirúrgicas prévias. Do estudo laboratorial verificou-se défice de ferro grave por perdas crónicas, défice de Factor VIII (FVIII) (22%) e de antigénio:Factor de von Willebrand (FvW:Ag) (17%). Sem história de sintomas na infância nem em familiares.

Realizou tomografia computorizada, estudo auto-imune e marcadores tumorais, sem alterações, contudo eletroforese de proteínas séricas com pico monoclonal na região gama e imunofixação sérica sugestiva de gamapatia monoclonal do tipo IgG. Cadeias leves kappa séricas e ratio kappa/lambda diminuídos, sem disfunção renal e/ou hipercalcémia. Realizado ainda mielograma e biópsia óssea, normocelular, sem infiltração neoplásica.

Assumida DVWA em contexto de gamapatia monoclonal de significado indeterminado (MGUS), iniciando reposição endovenosa de ferro e desmopressina (DDAVP), com elevação parcial de Hb mas sem melhoria clínica. É conhecido o potencial da imunoglobulina endovenosa (IgIV) na presença de autoanticorpos dirigidos a factor anti-VW, como no MGUS, especialmente quando do tipo IgG. A dosagem utilizada é semelhante à dos distúrbios auto-imunes e pode ser repetida em intervalos de 3 semanas, se necessário. Após 2 dias de IgIV, o doente atingiu valores de FVIII e FvW:Ag >200% e com resolução completa da epistáxis após (1) semana. No seguimento de 3 meses, manteve resposta sustentada e epistáxis mínimas esporádicas.

Este caso clínico demonstra como sintomas hemorrágicos *minor*, muitas vezes subvalorizados, podem reflectir um distúrbio hemorrágico raro, assim como a importância

da IgIV como tratamento alternativo e complementar da DVWA, com excelente resultado laboratorial e clínico, potencialmente melhor que a utilização habitual de concentrados de FVW ou DDAVP.

Nº 148 Ascite Inaugural – um diagnóstico pouco comum

Catarina Rute Rodrigues Silva(1); Francisco Gonçalves(1); Dora Gomes(1); João Lázaro(1); Maria do Céu Coelho(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A ascite trata uma acumulação de líquido no espaço peritoneal, cuja etiologia abrange hipertensão portal, neoplasias e infeções entre as causas mais comuns. Serve o presente caso clínico para abordar um caso de ascite inaugural para estudo com um diagnóstico pouco comum.

Doente do sexo masculino, 37 anos, sem antecedentes de relevo, inicia aumento do volume abdominal com 2 semanas de evolução. Ao exame objetivo com abdómen em batráquio e sinal de onda líquida positivo. Ecografia abdominal com volumosa ascite, espessamento irregular omental, possível carcinomatose. O doente foi internado para estudo de ascite inaugural. Analiticamente com aumento dos marcadores tumorais, nomeadamente CEA e CA 125, e quantiferon positivo. TC-TAP com moderada-severa ascite, com imagem de infiltração carcinomatosa do grande epíploon, calcificações concêntricas no apêndice vermiforme. Endoscopia sem alterações, colonoscopia com pólo cecal não passível de distensão luminal por parede endurecida e edemaciada, sem observação do óstio apendicular. Paracentese com saída de líquido alaranjado turvo, analiticamente com gradiente de albumina de 1,4 g/dL, ADA e cultura de BK negativas, e mais de 250 polimorfonucleares, tendo iniciado antibioterapia durante 7 dias, sem isolamento de agente em exame cultural. O exame citológico evidenciou pseudomixoma peritoneal por neoplasia mucinosa de baixo grau, provável origem apendicular.

As neoplasias mucinosas do apêndice são raras, podendo ser benignas- mucoceles- ou malignas -pólipos serrados, neoplasias mucinosas de baixo e alto graus, e adenocarcinomas- por vezes associadas a pseudomixoma peritoneal, que resulta da perfuração e difusão neoplásica para a cavidade peritoneal com elevada produção de mucina. O prognóstico é variável de acordo com o estadio da doença e o tratamento implica referenciação para Centros de Cirurgia Peritoneal. Serve este caso clínico para dar a conhecer uma neoplasia rara que poderá estar na origem de uma ascite para estudo.

Nº 149 Interação potencialmente fatal - 5-Fluorouracilo (5-FU) e a Brivudina

Patricia Brito(1); Daniela Neto(1); Tânia Pereira da Silva(1); Rui Fernandes(1); Fernando Esculcas(1); Helena Sarmento(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira

Introdução: A interação fluorouracilo (5-FU) e Brivudina leva a um aumento dos níveis séricos do 5-FU. Em concentrações elevadas, o 5-FU é tóxico levando a várias reações adversas, algumas delas fatais, nomeadamente do foro hematológico e digestivo.

Caso Clínico: Homem, 62 anos, autónomo. Como antecedentes apresenta um Adenocarcinoma Gástrico com células em anel de sinete com metastização peritoneal

diagnosticado em Setembro 2020 sob quimioterapia com 5-FU.

Recorreu ao SU por aparecimento de lesões dolorosas e pruriginosas em várias fases de evolução com vesículas na região dorsal acompanhando dermátomos tendo tido alta medicado com Brivudina por Herpes Zóster. Após 4 dias do término de Brivudina fez nova sessão de quimioterapia com 5-FU.

Regressa ao SU 10 dias depois da sessão por mucosite grau IV, rash facial descamativo e alopecia, sem febre. Analticamente com bicitopenia grave (leucopenia com 1 200 uL e trombocitopenia 10 000) e extrema neutropenia (abaixo do limite de deteção laboratorial).

Fica internado para isolamento protetor por neutropenia grave em contexto de toxicidade grau 4 à quimioterapia potenciada pela Brivudina sob terapêutica com meropenem (8 dias), filgastrim (7 dias) e fluconazol.

Durante o internamento sem intercorrências infeciosas, a partir do 4º dia com aumento gradual da contagem de neutrófilos e plaquetas. Clinicamente com evolução favorável da alopécia e resolução do rash. À data de alta (14º dia) com mucosite grau II e analiticamente sem leucopenia e com neutrófilos 2 200 uL e 252 000 uL de plaquetas.

Discussão: Este caso clínico pretende alertar para a interação potencialmente fatal entre a 5-FU e a Brivudina, sendo que na grande maioria dos casos descritos os doentes acabaram por morrer. De acordo com o Boletim de Farmacovigilância do Infarmed após última toma de 5-FU deve aguardar-se 24 horas até iniciar Brivudina e num doente que já se encontre sob Brivudina deve aguardar-se 4 semanas entre a última toma e o início do 5-FU.

Nº 150 Síndrome constitucional – um desafio diagnóstico

Maria João Oura(1); João P. Rocha(1); Helena de Oliveira(1); Carla Andrade(1); A. Vieira Lopes(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: As síndromes constitucionais são inespecíficas e são frequentemente um desafio diagnóstico, dada a sua associação a diversas patologias orgânicas e funcionais.

Caso clínico: Homem, 72 anos, com história de carcinoma epidermóide da laringe submetido a faringolaringectomia total com esvaziamento ganglionar em 2017 e realização de traqueostomia com colocação de prótese fonatória. Admitido por anorexia, perda ponderal involuntária (>10% do peso corporal) e disfagia para sólidos desde há 3 meses. Analiticamente com hipoalbuminemia, hipofosfatémia e anemia ferropénica. Realizou endoscopia digestiva alta e tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, sem evidência de lesões neoplásicas. Durante internamento, com episódios de aspiração e necessidade de colocação de dispositivos para alimentação oral. Por suspeita de disfunção de prótese fonatória, pedida avaliação por Otorrinolaringologia (ORL), com documentação de fuga transprotésica. Após troca de prótese, com resolução dos episódios de aspiração. Foi orientado para consulta de ORL e Nutrição, com melhoria progressiva do peso corporal (9Kg em 2 meses), resolução de queixas constitucionais e resolução de alterações analíticas relacionadas com desnutrição.

Discussão: Apesar das várias patologias orgânicas e funcionais que podem associar-se à síndrome constitucional, muitas vezes exigindo a realização de vários exames complementares, a história clínica detalhada, uma perceção global do contexto clínico do doente e a abordagem multidisciplinar são fundamentais para o correto diagnóstico.

Nº 151 Desafio diagnóstico – um caso de encefalite autoimune com anticorpos anti LGI1

Constantin Sitari(1); Luis Gonçalves Vicente(1); Paulo Augusto Alano(1); Nina Den Boer(1); João Pires Santos(1); José Manuel Ferreira(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Introdução: A encefalite com anticorpos anti LGI(1) é uma encefalite autoimune límbica associada aos anticorpos do complexo dos canais de potássio voltagem-dependentes. Apresentação clínica inclui alterações cognitivas, convulsões, distúrbios psiquiátricos, movimentos distónicos facio-braquiais e hiponatrémia refratária (SIADH, decorrente provavelmente de processo inflamatório no hipotálamo). Ao contrário de outras encefalites límbicas, raramente é acompanhada por tumores e mostra uma boa resposta à imunoterapia. **Caso clínico:** Mulher, 62 anos com antecedentes de depressão e HTA. Várias vindas no último ano ao SU por quedas relacionadas com perda de força abrupta nos membros, uma dos quais resultou em fratura vertebral com necessidade de intervenção cirúrgica. Numa vinda ao SU, analiticamente apresentava hiponatremia (Na 114 mEq/L) inicialmente assumiu-se iatrogenia ao diurético tiazídico que suspendeu. Posteriormente, por persistência de quedas, hiponatremia e alterações cognitivo-comportamentais ficou internada. Estudo da hiponatrémia foi compatível com diagnostico de SIADH, controlado com dieta hipersalina e restrição hídrica. EEG e RM cerebral – sem alterações de relevo. Por suspeita de encefalite autoimune realizou estudo que revelou anticorpos anti LGI(1) positivos (título 40) e positividade para anticorpos anti canais de potássio. Fez ciclo de 5 dias de imunoterapia (IG e/v 0.4g/Kg/dia) com melhoria clínica e resolução dos sintomas psiquiátricos. O rastreio tumoral foi negativo. Reavaliada periodicamente em consulta externa, doente não apresentou novos episódios de movimentos distónicos facio-braquiais, sódio sérico estável. **Discussão:** A encefalite autoimune com anticorpos anti LGI(1) e uma doença rara, cujo diagnóstico necessita uma forte suspeição clínica. Muitas vezes fica subdiagnosticada, os sintomas são associados erradamente com patologia psiquiátrica e iatrogenia. O pronóstico e bom devido a boa resposta à imunoterapia.

Nº 151 Cansaço em doente com fibrilhação auricular: um caso de hipertensão pulmonar de etiologia inesperada

Catarina Pestana Santos(1); Mafalda Sequeira(1); Bruno Sousa(1); Filipa Ferreira(1); Tiago Judas(1)

(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A comunicação interauricular (CIA) é a lesão cardíaca congénita mais comum em adultos e muitas vezes é assintomática até a idade adulta. A sobrecarga de volume das câmaras direitas é geralmente bem tolerada, surgindo os primeiros sintomas habitualmente por volta dos 40 anos de idade e em alguns doentes apenas mais tarde. As complicações incluem as arritmias auriculares, a hipertensão pulmonar (HTP), cianose e embolia paradoxal.

Caso Clínico: Mulher, 6(1) anos, com antecedentes pessoais relevantes de hipertensão arterial e dislipidemia. Iniciou seguimento em consulta de Medicina Interna na sequência do diagnóstico de fibrilhação auricular inaugural. Foi decidida estratégia de controlo de frequência cardíaca e anticoagulação oral por elevado risco cardioembólico. Obteve-se bom controlo da frequência cardíaca, no entanto a doente manteve

queixas de cansaço com importante limitação funcional. Analiticamente de referir elevação persistente de NT pro-BNP. O ecocardiograma basal mostrou sinais sugestivos de HTP, confirmada por cateterismo cardíaco direito que foi compatível com HTP pós-capilar isolada e estado de alto débito. Foi feita investigação etiológica de HTP, tendo sido excluídas nomeadamente doença tromboembólica crónica e doença pulmonar crónica. Foi ainda despistado hipertiroidismo. Na sequência do resultado do cateterismo direito a doente foi submetida a ecocardiograma transesofágico que evidenciou a presença de CIA do tipo ostium secundum, com presença de fluxo espontâneo esquerdo-direito. Nesta sequência a doente foi submetida a encerramento cirúrgico da CIA. Reavaliada após cirurgia a doente apresenta franca melhoria clínica, atualmente sem evidência de HTP pós-capilar em avaliação hemodinâmica.

Conclusão: Com o presente caso os autores pretendem salientar a importância da investigação etiológica exaustiva nos casos de cansaço persistente. Também se destaca a importância do cateterismo direito não só para confirmação do diagnóstico de HTP como também para caracterização da mesma, informação esta que pode ser fundamental para o diagnóstico etiológico primário, como se verificou no caso presente.

Nº 152 De Síndrome Vertiginoso a Síndrome Locked-In

Joana Araújo Correia(1); Melanie Ferreira(1); Sílvia Pereira(1); Tatiana Soares Correia(1); Joana Sousa Varela(1); Joana Rodrigues(1); Érica Barata(1); Francisca Delerue(1)

(1) HOSP. GARCIA DE ORTA

Mulher de 67 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, dá entrada no Serviço de Urgência por quadro com (1) hora de evolução de disartria, diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo e queda com traumatismo crânio-encefálico. Terá recorrido ao Centro de Saúde há 2 dias por quadro de cefaleia, vertigem e desequilíbrio na marcha com 3 dias de evolução, tendo sido diagnosticada com síndrome vertiginoso e medicada com beta-histina.

À observação na sala de reanimação, a doente encontrava-se consciente, colaborante e orientada. Compreendia e cumpria ordens simples. Do exame neurológico, destacava-se uma disartria grave, ausência de reflexo de ameaça visual bilateralmente, nistagmo horizonto rotatório para a direita, parésia facial direita com atingimento do andar superior, hemiparésia esquerda com força muscular grau 3 e reflexo cutâneo plantar extensor à esquerda.

Realizou TC e angio-TC cerebral que revelaram uma lesão isquémica corticossubcortical cerebelosa inferior medial direita e lesão pouco extensa na substância branca do hemisfério cerebeloso esquerdo. Por se encontrar fora da janela temporal e por não apresentar oclusão de grandes vasos na Angio-TC, não foi submetida a trombólise nem a trombectomia. Ficou internada para vigilância, terapêutica médica e estudo etiológico.

Passadas 12 horas da admissão, verificou-se uma deterioração clínica com prostração e afasia de novo. Repetiu-se a TC cerebral que evidenciou agravamento das lesões isquémicas, com acometimento da totalidade do hemisfério cerebeloso direito e envolvimento do tronco cerebral.

Uma hora depois, verificou-se novo agravamento do quadro: a doente apresentava tetraplegia de novo. Tinha abertura ocular espontânea com ausência de reflexo córneo. Compreendia questões porém apenas conseguia responder através do piscar de olhos. Admitiu-se o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico extenso do tronco cerebral, a condicionar Síndrome de Locked-in.

Remeto este caso pela sua gravidade e rápida evolução. Os sintomas vertiginosos constituem uma das manifestações iniciais de AVC na população idosa e, neste caso, a sua incorreta avaliação resultou num diagnóstico tardio com desfecho fatal.

Nº 153 Distrofia Miotónica tipo 1, da diminuição da acuidade visual ao diagnóstico

João Poço Gonçalves(1); Anita Cunha(1); Mafalda Machado de Gouveia(1); António Fernandes(1); Fernando Lemos(1); Ana Catarina Carvoeiro(1); Miguel Costa(1); Alexandra Esteves(1); Diana Guerra(1); Carmélia Rodrigues(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital Santa Luzia

Introdução: A distrofia miotónica (DM) é uma miopatia miotónica autossómica dominante rara, progressiva e multissistémica afetando principalmente o sistema músculo-esquelético.

Afeta aproximadamente (1) em cada 8.000 pessoas, tornando-se a distrofia muscular mais comum de início na idade adulta. No entanto, por apresentarem frequentemente desenvolvimento neurocognitivo praticamente normal, é comum o diagnóstico numa fase inicial da doença ser feito durante a abordagem de alterações da condução cardíaca e ou cataratas primárias de apresentação em idade jovem, sendo comum a história familiar de morte súbita em idade jovem.

Caso clínico: Mulher de 44 anos, abandonou estudos e trabalho como auxiliar de ação educativa por diminuição da acuidade visual e astenia intensa com limitação das AVDs. Avaliada inicialmente em consulta de Oftalmologia com diagnóstico de catarata em idade jovem e ptose palpebral bilateral. Na suspeita de miopatia encaminhada para a consulta de Medicina Interna (MI). Na consulta, notado fácies característico e após revisão da história familiar, com pai da doente com diagnóstico recente de insuficiência cardíaca por envolvimento cardíaco de uma miopatia de etiologia ainda em estudo à data da consulta inicial, levantada a suspeita de distrofia muscular de etiologia genética.O estudo eletromiográfico revelou um padrão miopático crónico, com compromisso global e significativo (grau moderado) de todos os grupos musculares e fenómenos de miotonia generalizada, tendo o estudo genético confirmado o diagnóstico de DM tipo (1) pela expansão anormal da repetição CTG na região não codificante do gene DMPK. O estudo complementar confirmou o envolvimento multissistémico da doença com, com exame Holter a revelar extrassístoles supraventriculares frequentes e um atraso da condução intraventricular e espirometria com sìndrome ventilatória restritiva ligeira.

Discussão: Atendendo à etiopatogenia da doença ainda não estar claramente estabelecida, o tratamento disponível é dirigido ao controlo da sintomatologia sistémica. No entanto, a intervenção precoce permite a abordagem e prevenção das complicações pulmonares e cardíacas, principais causas de morte destes doentes.

Nº 154 Pericardite constritiva e tamponamento cardíaco secundário a tuberculose – ainda uma realidade

Daniela Barbosa Mateus(1); Jéssica S. Krowicki(2); Vasco Gaspar(3); Sara Magalhães(4); Ana Raquel Pinto(4); Stepanka Betková(4); Sara Lino(4); Maria José Manata(4); Fernando Maltez(4)

(1) Hospital de Vila Franca de Xira (2) Centro Hospitalar do Baixo Vouga (3) Hospital Distrital de Santarém, EPE (4) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Introdução: A pericardite constritiva caracteriza-se pela perda de distensibilidade do pericárdio, secundária a processo inflamatório. A tuberculose é a principal causa de

pericardite constritiva nos países em vias de desenvolvimento e nos doentes imunodeprimidos, nomeadamente, com infeção por VIH.

Os autores relatam um caso de pericardite tuberculosa que complicou de tamponamento cardíaco e pericardite constritiva.

Caso Clínico: Homem, 24 anos, natural do Brasil, em Portugal há cinco meses, com diagnóstico recente de infeção por VIH ainda sem terapêutica instituída. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de tosse seca, mialgias, fadiga, astenia, anorexia e perda ponderal não quantificada, hipersudorese noturna e febre de predomínio vespertino com duas semanas de evolução. Da avaliação efetuada, concluiu-se derrame pericárdico com sinais de tamponamento cardíaco, submetido a pericardiocentese com drenagem de 800cc de líquido hemático com TAAN e cultura de micobactérias no líquido pericárdico positivo para Mycobacterium tuberculosis complex. Da restante avaliação imagiológica, concluiu-se tuberculose disseminada com envolvimento pericárdico, pulmonar, esplénico e ganglionar. Iniciou terapêutica de primeira linha com isoniazida, rifampicina, etambutol e pirizinamida, sem evidência de toxicidade medicamentosa e corticoterapia.

Durante a permanência no internamento, evoluiu com taquicardia associada a dor retroesternal e reinício de febre diária. Repetiu ecocardiograma com evidência de pericárdio espessado, aumento do derrame pericárdico com achados sugestivos de pericardite constritiva. Para complementar estudo, realizou RM cardíaca que revelou espessamento pericárdico muito marcado com evidência de inflamação ativa e fisiologia constritiva – compatível com pericardite tuberculosa.

Submetido a pericardiectomia, sem intercorrências imediatas, mantendo-se conservada a função bi-ventricular.

Conclusão: Apesar de ser uma entidade rara, a pericardite constritiva secundária a tuberculose é uma realidade, nomeadamente nos doentes provenientes de países em vias de desenvolvimento e com infeção VIH.

Nº 155 Herpes Disseminado

Ana Isabel Bezerra Machado(1); Isabel Fernandes(1); Margarida Araújo(1); Helena Barroso(1); Francisco Gonçalves(1); Luísa Pinto(1); Paulo Gouveia(1)

(1) Hospital Braga

O vírus varicela zoster é responsável por infeção que pode ter várias apresentações, desde vesículas que atingem apenas um dermátomo, até formas mais graves, como disseminação sistémica e encefalite herpética.

Apresenta-se o caso de um homem de 86 anos, parcialmente dependente mas cognitivamente íntegro, com antecedentes de hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crónica e fibrilhação auricular, hipocoagulado. Medicado cronicamente com prednisolona 10 mg/dia, sem motivo identificado.

Recorreu ao serviço de urgência por vesículas na região abdominal com cerca de uma semana de evolução, dor abdominal e vómitos. Diagnosticado herpes zoster com sobreinfeção bacteriana e foi medicado com valaciclovir e antibioterapia empírica.

Regressa ao hospital cerca de 4 dias depois, por alteração do estado de consciência, com maior prostração, febre e vesículas dispersas por todo o corpo, em vários estágios de cicatrização.

É internado no serviço de Medicina Interna para tratamento de Varicela zoster disseminado, com suspeita de encefalite herpética. Fez punção lombar, que confirmou esta suspeita, com pesquisa do vírus varicela zoster positiva no liquor.

Iniciou aciclovir em altas doses durante 14 dias, com melhoria substancial do quadro clínico incluindo do estado de consciência. Realizado desmame da corticoterapia uma vez que continuava a não ser encontrada indicação médica para a realização da mesma.

Este caso deve alertar não só para os perigos da corticoterapia, mas também para as várias apresentações clínicas do herpes zoster. Este vírus pode ter consequências graves, com atingimento do sistema nervoso central, pelo que a comunidade médica deve estar alerta para reconhecer sintomas precocemente e para identificar indivíduos em risco que possam beneficiar da imunização pela vacina para este microorganismo.

Nº 156 Dor Lombar recorrente: como a clínica continua a ser basilar para um diagnóstico.

Juliana Andrade(1); Francisco de Oliveira Simões(1); Diana Ferreira Lopes(1); Filipa Iglésias(1); Rita Matos Sousa(1); Inês Gonçalves(1); Cristina Ângela(1); Rita Matos(1); Paula Ferreira(1); Sara Marques(1); André Santa Cruz(1); Alexandre Carvalho(1)

(1) Hospital Braga

As complicações infecciosas de próteses endovasculares são extremamente raras. Os principais factores de risco são diabetes mellitus, obesidade e dispositivos anteriores.

Homem, 68 anos, portador de endoprotese aorto-bi-iliaca e stenting da artéria renal esquerda desde 2014, além de revascularização cardíaca e colocação de válvula aórtica biológica em 2017. Sob programa de diálise peritoneal. Internamento recente em 12/2022 por peritonite associada a diálise peritoneal, sem isolamento de agente. Nesse internamento referiu dor lombar, em moedeira com prodromos de exacerbação álgica, com semanas de evolução. Sem febre, resolução da infecção descrita, assumiu-se ser por causa óssea degenerativa, após exclusão de espondilodiscite e endocardite. Um dia depois da alta, retornou à urgência por reiniciar febre e intensificação da dor lombar, com irradiação inguinal bilateralmente. Na admissão tinha febre, taquipneia, hipersudorese, abdomen distendido e maciço, sem sinais inflamatórios na região do cateter peritoneal. Analiticamente, havia anemia crónica agravada, elevação dos parâmetros inflamatórios e citólise moderada. Fica internado para estudo. A fim de excluir focos sépticos, realizou Ressonância magnética da coluna lombo-sagrada, sem alterações relevantes. Fez ecocardiograma transesofágico que excluiu vegetações mas revelou presença de disfunção protésica, com estenose aórtica severa e disfunção sistólica biventricular ligeira. A tomografia por emissão de positrões (PET) demonstrou captação local e leak protésico. Portanto, assumiu-se diagnóstico de infecção da endoprótese vascular aórtica, sem isolamento de agente. Iniciada terapêutica com meropenem, linezolida e anidulafungina com melhoria do quadro. Na avaliação da cirurgia vascular, decidiu-se manter terapêutica antimicrobiana prolongada com eventual intervenção cirúrgica após resolução do quadro agudo (pelo risco cirúrgico associado).

Este caso sobressai pelo desafio diagnóstico deste tipo incomum de infeções, em um doente com muitos potenciais focos, e pela melhoria clínica do doente com terapêutica conservadora, que é uma alternativa em doentes com elevado risco cirúrgico.

Nº 157 Derrame pleural recidivante - um diagnóstico a considerar

Raquel Oliveira(1); Andreia Mandim(1); Mariana Maia(1); Sara Pinto(1); Catarina Trigo(1); Beatriz Passos(1)

(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Introdução: O derrame pleural é uma forma de apresentação de várias patologias, entre as as quais as neoplasias. Este é o relato de um caso de uma neoplasia que tem como apresentação inicial o derrame pleural e alterações cutâneas inespecíficas.

Caso clínico: Mulher, 62 anos, sem antecedentes de relevo, recorre ao serviço de urgência com quadro com 2 meses de evolução de dispneia para pequenos esforços, associado a dor torácica de característica pleuríticas, tosse seca, astenia e anorexia e perda ponderal significativa . Ao exame objetivo, polipneica em repouso, na auscultação pulmonar com sons respiratórios praticamente inaudíveis nos 2/3 inferiores do hemitórax direito. Múltiplas lesões cutâneas maculo-nodulares arroxeadas, com relevo, dispersas pelo corpo, e gânglios palpáveis, supraclavicular esquerdo e axilar esquerdo, com cerca de (1) cm, não dolorosos, móveis e elásticos.

Dos MCDTS realizados destaca-se: rx torax com derrame pleural à direita, TC TAP a documentar Adenopatias mediastínicas paratraqueais e infracarinais inespecíficas, Gânglios aumentados a nível axilar bilateral + supraclaviculares; Líquido pleural exsudado com predomínio de linfócitos. Biópsia de pele: com processo linfoproliferativo de tipo linfoma T cutâneo. Biópsia gânglio cervical esquerdo: linfoma de cells T. Biópsia medular com infiltração. Imunofenotipagem a documentar Linfoma de célula T linfoblástico. Doente encaminhada para o IPO do Porto onde se encontra a realizar tratamento dirigido.

Conclusão: Linfoma de célula T linfoblástico é responsável por 1% de todos os linfomas. Pode ser considerado tanto linfoma como leucemia, dependendo do envolvimento da medula óssea. Podem ter atingimento de vários órgãos, desde pele, osso, pulmão, medula óssea e fígado. Tem várias formas de apresentação, podendo causar desde problemas respiratórios até alterações cutaneas. É de crescimento rápido o seu tratamento passa por quimioterapia.

Nº 158 Síndrome febril de novo em doente com Febre Q

Helena M. Barroso(1); Ana Isabel Bezerra Machado(1); Isabel Vieira Fernandes(1); Francisco Nunes Gonçalves(1); Maria Luísa Pinto(1)

(1) Hospital Braga

Apresenta-se um caso de um doente com Febre Q crónica sob tratamento eficaz, que desenvolve quadro febril sem foco, sendo diagnosticado com endocardite infecciosa por novo agente.

Homem de 68 anos, com antecedentes de Insuficiência Cardíaca Valvular com Fracção de Ejecção preservada, próteses mecânicas (mitral e aórtica) desde há 24 anos, com substituição da prótese aórtica para bioprótese em 2020; HTA; HTP; múltiplas cáries dentárias e Febre Q crónica, sob tratamento com Hidroxicloroquina + Doxiciclina desde há 2 meses, sem atingimento cardíaco documentado à data da alta. Apresenta-se no serviço de urgência por tremores generalizados, dispneia e febre (39ºC). Polipneico, com insuficiência respiratória. Laboratorialmente com proteína C reactiva aumentada, sem leucocitose. Sem alterações na telerradiografia de tórax. Durante o internamento manteve febre,

com hemoculturas positivas para *Staphylococcus Epidermidis*, iniciando Daptomicina. Realizou ecocardiograma transtorácico evidenciando vegetação (13x4 mm) na prótese mitral com insuficiência ligeira e fez tomografia computorizada por dor abdominal com identificação de enfarte esplénico. Realizou ainda exodontias. Manteve-se febril até ao 12º dia de internamento, com hemoculturas negativas após 6 dias de Daptomicina. No ecocardiograma transesofágico ao 25º dia de internamento mantinha vegetação de 10x2 mm. Embora com indicação formal para cirurgia cardíaca esta, atendendo às intervenções prévias, foi protelada optando-se por manutenção de terapêutica médica.

A Febre Q pode complicar-se com endocardite infecciosa, sendo importante a sua suspeita no doente com factores de risco cardíacos, nomeadamente válvulas protésicas. A exclusão de endocardite infecciosa secundária ao diagnóstico mais recente do doente não pode pôr de parte outras possíveis causas para o seu desenvolvimento, implicando elevada suspeição para um diagnóstico e tratamento atempado.

Nº 159 Inibidores adquiridos da coagulação – uma causa rara de discrasia hemorrágica

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

Introdução: Os inibidores adquiridos da coagulação levam à inibição da atividade ou aumento da depuração de fatores da coagulação, conduzindo a discrasias hemorrágicas.

Caso clínico: Doente, 87 anos, história de cardiopatia isquémica, valvular (prótese mecânica aórtica) e hipertensiva, fibrilhação auricular hipocoagulada (acenocumarol), estenose carotídea, hipertensão arterial e hipertrofia benigna da próstata. Admitido no Serviço de Medicina (SU) por hematu´ria, inicialmente assumida no contexto de infeção do trato urinário (ITU). No entanto, recorreu ao SU por hematoma cervical com queda de hemoglobina e necessidade de suporte transfusional. Uma semana após a alta, regressou ao SU por ressurgimento da hematu´ria, associada a náuseas, sem vómitos. A` observação: extensos hematomas nos membros superiores em reabsorção e edema das extremidades distais. Analiticamente: anemia normocítica normocrómica (7 g/dl), aPTT >120.0s, INR 4.7, hiponatremia (120mmol/L); ecograficamente sem alterações renais ou vesicais valorizáveis. Foi assumida intoxicação dicumarínica com discrasia hemorrágica e foi medicado com vitamina K per os e suporte transfusional com fraco rendimento. Foi transferido para o serviço de Medicina Interna. Após reintrodução de anticoagulação verificou-se recorrência da hematu´ria e aparecimento de hematomas extensos, o maior em toda a região toracoabdominal direita. A referir ainda prováveis hemartromas, uma vez que apresentava artralgias, sobretudo no membro superior esquerdo, sem alterações no estudo da autoimunidade. Pela discrasia hemorrágica, em doente com hematu´ria e hematomas dispersos e aumento persistente do valor de aPTT, foi pedido o doseamento de fator VIII (diminuído), associado a deteção de inibidores do fator VIII, permitindo o diagnóstico de hemofilia adquirida. No entanto, não foi detetada a etiologia (excluídas causas iatrogénicas, autoimunes, infeciosas e tumorais). Foi iniciada corticoterapia e, posteriormente, rituximab, com melhoria.

Discussão: Apesar de raro, as hemofilias adquiridas devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de discrasia hemorrágica e aumento dos tempos de coagulação, sendo importante a sua identificação para um tratamento atempado.

Nº 160 Esferocitose Hereditária –

hemólise de causa inesperada

Catarina Maia Ferreira(1); Catarina Oliveira Silva(1); Maria Manuel Pereira(1); Ana Ramôa(1); Eduardo Macedo(1); Diana Silva Fernandes(1); Ana Rita Marques(1); Ilídio Brandão(1)

(1) Hospital de Braga

Introdução: A esferocitose hereditária (EH) é uma doença congénita causada por anomalias da membrana do eritrócito, cursando com anemia hemolítica. Trata-se de uma condição rara, com exacerbações associadas a processos infeciosos.

Caso clínico: Mulher de 34 anos, antecedentes de esferocitose hereditária e litíase vesicular, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal, vómitos, náuseas, febre e icterícia com 3 dias de evolução. Sem outras queixas, sem contexto epidemiológico. Apresentava-se ictérica, com dor à palpação abdominal do quadrante superior direito e epigastro, sem defesa. Analiticamente com anemia (Hb 10,8g/dL), sem leucocitose, reticulocitose (11,2%), hiperbilirrubinemia (bilirrubina total 6,06mg/dL e direta 0,60mg/dL), haptoglobina diminuída (<1mg/dL), elevação de desidrogenase láctica (553UI/L) e proteína C reativa (108mg/dL), sem alterações da coagulação. Sem insuficiência respiratória ou hiperlactacidemia em gasimetria arterial. Esfregaço de sangue periférico com anisocitose eritrocitária e esferócitos. Realizou ecografia abdominal que demonstrou colelitíase com vesícula biliar moderadamente distendida de paredes regulares e não espessadas, sem dilatação das vias biliares ou sinais de colecistite aguda, e esplenomegalia. A angiotomografia abdominopélvica excluiu presença de trombos. Foi internada para continuação de cuidados. No primeiro dia de internamento, perante um pico febril (38,5ºC) e agravamento da anemia, foi realizado rastreio séptico e pesquisa de vírus respiratórios, positiva para SARS-CoV-2. Apresentou evolução favorável, com melhoria clínica, diminuição progressiva dos parâmetros de hemólise e estabilização da anemia (Hb 8,9g/dL).

Conclusão: O prognóstico da EH é habitualmente favorável, embora dependa da gravidade da apresentação. Frequentemente exacerbada em contexto de infeção vírica, são raros os casos descritos de doentes com EH agudizada por SARS-CoV-2, embora no contexto atual seja de considerar.

Nº 161 De leptospirose a doença de Weil

Beatriz Sá Pereira(1); Zsofia Santos(1); Teresa Costa Pereira(1); Rita Penaforte(1); Maria Leonor Neves(1); Patrícia Fragata(2); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE (2) Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira

Introdução: A Leptospirose é uma zoonose causada por espiroquetas *Leptospira*. É uma infeção subdiagnosticada, sendo mais prevalente em regiões tropicais. Mamíferos, mais especificamente pequenos roedores, atuam como reservatório primário para a *Leptospira*, podendo infetar outras espécies através de urina contaminada.

Caso clínico: Mulher de 48 anos, autónoma, bióloga de profissão, a viver na ilha Terceira, sem antecedentes pessoais de relevo ou toma de medicação habitual.

Recorre ao serviço de urgência por quadro de febre, cefaleia, mialgias e artralgias com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo encontrava-se eupneica, com sufusão conjuntival, normotensa, taquicárdica, com Tª 37.9ºC. Apresentou síncope vasovagal com perda de continência de esfíncteres.

Analiticamente com linfopenia, proteína C reativa 23.8mg/dL e procalcitonina elevada, sem alterações da função renal, hepática ou coagulação. Urina II com leucocitúria e abundante eritrocitúria, de difícil valorização por estar menstruada. Raio-X tórax sem alterações e vírus respiratórios negativos.

Inicialmente admitida sépsis com ponto de partida indeterminado, tendo iniciado ceftriaxone empiricamente. Hemoculturas e urocultura negativas. Quadro evoluiu desfavoravelmente com disfunção renal, insuficiência respiratória, trombocitopénia e icterícia. A TC tórax revelou alterações sugestivas de hemorragia alveolar.

A PCR de *Leptospira* colhida à admissão acabou por se revelar positiva. Foi possível apurar história de mordedura de rato no mês anterior ao início dos sintomas.

Discussão: Apesar do contexto epidemiológico ser muitas vezes esquecido, neste caso foi o que nos permitiu chegar ao diagnóstico. A maioria dos casos de Leptospira são autolimitados, com início dos sintomas 2 a 15 dias após infeção, no entanto o período de incubação pode ir até aos 30 dias. Em 5-10% dos casos pode evoluir para doença multissistémica rapidamente progressiva (Doença de Weil) com complicações graves e elevada taxa de mortalidade.

Nº 162 Arterite de células gigantes: a propósito de um caso clínico

Daniela Salgueiro(1); Ana Rita de Oliveira(1); Ângela Paredes Ferreira(1); Marta Batoca Sousa(1); Nuno Pardal(1); Ana Sofia Costa Matos(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

As vasculites são um grupo heterogéneo de entidades clínicas que mimetizam outras patologias sistémicas, apresentando-se sob a forma de sintomas inespecíficos. A arterite de células gigantes é uma vasculite de grandes vasos que tipicamente afeta os vasos da aorta com predileção para os ramos extracranianos da artéria carótida.

Mulher, 84 anos, antecedentes de síndrome depressivo, medicada com sertralina 50mg. Sem outros antecedentes pessoais de relevo. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por queixas de mal-estar inespecífico, astenia, dor abdominal, dejeções líquidas e vómito alimentar. Durante a permanência no SU objetivada febre. Do estudo realizado a destacar proteína C reativa (PCR) 15mg/dL; ecografia abdominal, tomografia computorizada (TC) crânioencefálica e de tórax sem alterações de relevo. Assumida gastroenterite aguda e medicada com ciprofloxacina. Por manter febre de predomínio vespertino, agravamento marcado da astenia, cefaleia frontotemporal esquerda e queixas compatíveis com claudicação da mandíbula, recorre novamente ao SU uma semana após a primeira avaliação. Negadas alterações visuais. Ao exame objetivo a destacar dor à palpação da região temporo-parietal esquerda. Do estudo realizado, com anemia (Hb 10.7 g/dL), velocidade de sedimentação 10(1) mm/h e PCR 17.27 mg/dL. Tendo em conta a suspeita de arterite temporal iniciada corticoterapia sistémica com prednisolona 60mg/dia. Realizou biópsia da artéria temporal esquerda que confirmou o diagnóstico e angio-TC da aorta torácica e abdominal que excluiu envolvimento de grandes vasos. Com a terapêutica instituída apresentou melhoria clínica e diminuição progressiva dos parâmetros inflamatórios.

A ausência de sintomatologia típica e o início insidioso torna o diagnóstico desafiante. Destaca-se deste caso a importância do início de terapêutica antes da confirmação histológica no sentido de prevenir complicações, nomeadamente perda visual, e reduzir a morbilidade inerente ao processo inflamatório sistémico.

Nº 163 Meningite a Haemophilus Influenza no adulto

Inês Amarante(1); Natacha Medeiros(1); António Prisca(1); Marlene Estácio(1); Luís Dias(1)

(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

O Haemohilus influenza (Hi) é uma bactéria comensal do trato respiratório superior e pode causar uma variedade de infecções localizadas e invasivas. A introdução da vacina contra o serotipo b (Hib) no Plano Nacional de Vacinação levou à redução significativa da doença invasiva nas crianças sendo, nesta era, mais frequente em idosos e imunodeprimidos. Outros fatores predisponentes são as otites, sinusites e fístulas de líquido cefalorraquidiano.

Caso 1: Homem de 72 anos com antecedentes de doença coronária, hipertensão arterial (HTA), doença hepática crónica e hipoacúsia. Admitido no Serviço de Urgência (SU) por alteração comportamental há cerca de 24 horas. À observação vigil, com discurso desadequado e febril. Análises com proteína C reactiva (PCR) de 4(1) mg/dL. Tomografia crânio-encefálica (TC CE) com otomastoidite crónica esquerda. Punção lombar com líquido cefalorraquidiano (LCR) límpido; 315 células, predomínio de polimorfonucleares. Hi detectado em FilmArray do LCR. Intercorrência de epilepsia secundária.

Caso 2: Mulher de 63 anos com antecedentes de insuficiência cardíaca, HTA, epilepsia e obesidade. Recorre ao SU por tosse, rinorreia, cervicalgia e vómitos. À observação vigil, desorientada e febril. Análises com elevação de PCR de 4.96 mg/dL; TC CE com preenchimento inflamatório otomastoideu à direita. Punção lombar com LCR turvo; incontáveis polimorfonucleares. Posterior detecção de Hi em FilmArray e em pesquisa molecular do LCR.

Em ambos os casos tinha sido iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxona antes da realização de punção lombar. Com melhoria clínica e analítica após 14 dias de antibioterapia dirigida; o caso (1) a necessitar de reabilitação motora à data de alta.

Documentamos assim dois casos de uma etiologia, actualmente rara, de meningite no adulto. O seu curso é relativamente benigno e com bom prognóstico e, em muitos casos, são identificados fatores de risco.

Nº 164 Doença Relacionada com IgG4

Sofia Esteves(1); Diogo Couto Sousa(1); João Luis Cavaco(1); Ana Furão Rodrigues(1); Marisa Anselmo(1); Sandra Baptista(1); Ana Oliveira Pedro(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A doença relacionada com IgG4 é uma entidade clínica rara, definida desde 2003 como doença autoimune caraterizada por formação de massas fibróticas em localizações diversas. Fisiopatolgicamente concorrem a ativação de macrófagos M2, plasmócitos e linfócitos TCD4+. A evolução clínica é indolente, manifestando-se com perda ponderal significativa e sintomas associados a lesão de órgãos afetados. Para o seu diagnóstico é necessária confirmação histológica (elevada contagem de plasmócitos IgG4+), requerendo o mesmo um elevado índice de suspeição. Apresentamos um caso clínico de doença relacionada com IgG4 pela especificidade das suas manifestações clínicas.

Caso Clínico: Mulher de 59 anos, autónoma, antecedentes de patologia osteoarticular degenerativa e gastrite atrófica, recorre à consulta de medicina interna por lombalgia e perda ponderal estimada em 10% do peso com cerca de 2 meses de evolução. Por esse motivo, realizada avaliação complementar com TC abdominal e pélvica que documentou lesão esclerótica no ramo isquiopúbico e conglomerado linfoproliferativo na porção média da aorta abdominal e adenopatias latero-aórticas esquerdas.

Pela clínica e achados radiológicos, realizada biópsia das adenopatias, que documentou fibrose, infiltrado linfoplasmocitário e mais de 10 células IgG4+/CGA. Assim, assumido o diagnóstico de doença relacionada com IgG4 e foram pesquisadas outras alterações associadas, nomeadamente das paquimeninges, órbitas, glândulas salivares, tiroide (TC CE), insuficiência pancreática. Estes estudos não revelaram insuficiência de órgão e a cintigrafia óssea não documentou tradução cintigráfica de lesão no ramo isquiopúbico. Adicionalmente, foi iniciada terapêutica com prednisolona, com melhoria dos sintomas.

Discussão: A doença relacionada com IgG4 é rara e deve ser tida em conta no diagnóstico diferencial de doenças linfoproliferativas, dado que o prognóstico é favorável e a terapêutica consiste em imunossupressão.

Nº 165 Vasculite associada à vancomicina - Uma reação adversa rara

Luísa Mendonça(1); Carlos Costa(1); Tânia Vassalo(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Todos os medicamentos têm efeitos secundários, sendo que alguns podem ser nocivos ou indesejáveis, mesmo quando administrados nas doses habitualmente recomendadas. A vasculite é uma inflamação dos vasos sanguíneos que, em alguns casos, pode ser desencadeada pela utilização de fármacos.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 70 anos, com antecedentes pessoais relevantes de doença renal crónica sob hemodiálise, hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatia isquémica, satus-pós AVC e alergia conhecida à penincilina. Recorreu ao SU por quadro de exantema com cerca de 20 dias de evolução, inicialmente nos membros inferiores que progrediu até aos membros superiores e face, poupando a região do tronco, sem outra sintomatologia associada. Tinha sido internada recentemente em Cirurgia Vascular (status pós laqueação de fístula arterio-venosa no membro superior direito), onde teria sido administrada vancomicina, não havendo outros registros de alterações à medicação habitual da doente, ou administração de outros fármacos. Ao exame objetivo objetivou-se púrpura palpável disseminada pelos membros superiores, inferiores e face, sem outras alterações de relevo. Analiticamente com anemia macrocítica hipocrômica (Hb 7.9g/dL; VGM 100.5; HGM 34), sem leucocitose, sem alterações plaquetárias, factor reumatóide 38.6UI/mL, ANA 1/320, serologias VIH, VHB, VHC, CMV e Epstein Barr negativas. Foram feitas biópsias das lesões cutâneas que revelaram vasculite leucocitoclásica do plexo vascular superficial da derme. Foi assumido o diagnóstico de Vasculite leucocitoclástica secundária a vancomicina, tendo a doente cumprido corticoterapia com prednisolona 40mg em desmame lento. Após 14 dias de internamento a doente teve alta, mantendo esquema de desmame, apresentado ao exame objetivo com apenas algumas máculas no dorso dos dedos e mãos e nos dedos dos pés, de coloração acastanhada, resolutivas, sem outras lesões. Duas semanas após alta clínica, foi observada em consulta de dermatologia, apresentando-se sem lesões cutâneas.

Discussão: Muitos medicamentos têm como reações adversas alterações cutâneas , no entanto a vasculite leucocitoclásica associada à vancomicina é uma reação rara. É importante, quando possível, isolar o fármaco responsável pela reação de forma a que este possa ser evitado.

Nº 166 Trombocitopenia Imune – O Desafio Terapêutico das Situações Refratárias

Patrícia Tinoco Araújo(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 – Hospital Santa Luzia

Introdução: Trombocitopenia imune (TI), é uma das principais causas de trombocitopenia em adultos assintomáticos. Classificada como trombocitopenia primária adquirida, deve-se à destruição plaquetária pela presença de anticorpos.

Caso Clínico: Mulher, 35 anos. Sem antecedentes. Encaminhada ao SU a 16/01/2020 por trombocitopenia (27 000) em estudo realizado por equimoses espontâneas nos membros e menorragias com 2 meses de evolução. Sem perda ponderal, hipersudorese ou início recente de fármacos, drogas, chás. Registos prévios – desde 2009 com 110-150 000 plaquetas. Exame físico: sem adenopatias palpáveis ou organomegalias, equimoses nos membros e abdómen com diferentes tamanhos e fases de absorção. Do estudo: trombocitopenia (15 000), sem agregados, anemia ou leucopenia, ferropenia ou défices vitamínicos; função renal, perfil hepático, LDH, VS e estudo da coagulação normais; serologias víricas negativas; esfregaço sangue periférico, Igs, eletroforese de proteínas e ecografia abdominal sem alterações. Orientada para consulta de Medicina Interna e iniciada prednisolona 70mg/dia por provável TI. Sem resposta aos 30 dias de corticoterapia (CCT). Restante estudo: ANA e antigénio H. Pylori negativos, imunofenotipagem sangue periférico sem clone HPN, cariótipo normal, TC TAP sem alterações e biópsia óssea sem sinais de processo neoplásico. Em 02/2020 iniciou imunoglobulina humana (IgIV) 70mg que teve de suspender após 1º ciclo por meningismo. Enviada a consulta de Hematologia por refratariedade terapêutica. Submetida a esplenectomia a 07/2020, com resposta temporária (313 000), mas posterior recaída (30 000), com reinício de CCT em 11/2020 e desmame lento progressivo até 05/2021, com plaquetas 90-180 000. Nova recaída em 11/202(1) (24 000 plaquetas), com hemoperitoneu por rotura de quisto ovárico. Reiniciou CCT 1mg/Kg/dia, com novo desmame lento até 10/2022 e estabilidade clínica desde então (~100 000 plaquetas), sem novos episódios de hemorragia

Discussão: O diagnóstico de TI é estabelecido após estudo exaustivo com exclusão de todas as possíveis causas de trombocitopenia (infeciosas, neoplásicas, farmacológico, autoimunes). Apesar de bom prognóstico, a resposta completa à 1ª linha de tratamento (CCT) é de apenas 20%, sendo a recorrência comum, com necessidade de recurso a outras opções terapêuticas

Nº 167 Abcesso cervical – quando a origem é a pista

Carla Pereira(1); , Rita Sérvio(1); Raquel Tavares(1); Ana Rita Silva(1); Paulo Rodrigues(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A tuberculose extrapulmonar representa 30% dos casos de tuberculose em Portugal, manifestando-se frequentemente por linfadenite cervical, com localização preferencial anterior na região submandibulares ou jugulo-digástrica.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 47 anos, natural do Paquistão, com diabetes tipo 2 não tratada. Negava história prévia de tuberculose. Recorreu ao serviço de urgência por dor na região cervical posterior associado a sinais inflamatórios com 4 dias de evolução, sem febre. Ao exame objetivo apresentava um fleimão cervical posterior sem flutuação, com pústulas. Analiticamente com leucocitose de 28,060/L, PCR 24,46mg/dL e IGRA positivo. TC cervical com abcesso multiloculado na região occipital e cervical

posterior, com extensão ao plano muscular, aspeto infiltrativo e mal delimitada de 7,5 x 9,5 x 4cm, com integridade mantida das vértebras cervicais. Colheu hemoculturas que foram negativas e iniciou piperacilina-tazobactam empírico. Foi submetido a drenagem do abcesso cuja pesquisa de DNA de M. tuberculosis no exsudado profundo foi positiva e o exame bacteriológico do exsudado isolou também S. aureus sensível à meticilina. As hemoculturas para micobactérias foram negativas e a TC de tórax excluiu envolvimento pulmonar ou mediastínico. Do estudo etiológico destaca-se ainda hepatite C não tratada e VIH negativo. Foi referenciado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico para início de terapêutica antibacilar.

Discussão: O presente caso pretende salientar que, apesar de a apresentação extrapulmonar ser frequente, os abcessos isolados da cabeça e pescoço podem ser uma apresentação menos comum de tuberculose, nomeadamente em localização posterior.

Nº 168 Quando o fungo nos ataca

João M. S. Pereira(1); Carla Gonçalves(1); Rita Elvas(1); Renato Gonçalves(1); Juliana Carneiro(1); Lúcia Jardim(1); Miguel Ângelo(1); Nuno Delgado(1); Leopoldina Vicente(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

» Apesar de poder colonizar o pulmão nos doentes imunocompetentes, a pneumocistose pulmonar é uma doença potencialmente fatal em doentes com condições que condicionam imunodepressão, como a toma de medicação imunossupressora, neoplasias ou infeções. Provocada pelo P. jirovecii, que infeta os pneumocitos tipo I, levando à formação de estruturas císticas e lesão alveolar pela ação do sistema imunitário, que nos doentes imunocomprometidos se pode apresentar de forma disseminada.

» Homem, 32 anos, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de cansaço fácil e sintomas constitucionais com alguns meses de evolução. Negou contactos com pessoas com sintomas semelhantes, referindo somente contacto próximo com galinhas. Foi internado para estudo com identificação de infeção por HIV tipo 1. Efetuado estudo serológico alargado a outros agentes comumente presentes em doentes imunossuprimidos, com resultado positivo para P. jirovecii e CMV. Iniciou tratamento com cotrimoxazol e valganciclovir com boa resposta e melhoria clínica associada. Após alta foi orientado para consulta de avaliação de imunodeficiência e iniciou terapêutica antirretroviral.

» Dada a ubiquidade de pneumocistose, a pesquisa de P. jirovecii deve ser efetuada em todos os doentes positivos para HIV. Os doentes devem ser reavaliados em consulta de seguimento de Infeciologia para avaliar possibilidade de sequelas, recidivas ou ausência resposta medicamentosa. Deve-se manter um nível adequado de linfócitos CD4+ e carga viral indetetável para controlo, não só de pneumocistose, como de outras infeções oportunistas.

Nº 169 Calcificação caseosa do anel mitral: uma causa rara de embolização sistémica.

Rita Amorim e Costa(1); Sara Carvalho(2); Daniel Seabra(1); Nídia Pereira(1)

(1) Hospital Pedro Hispano (2) IPO Porto

Introdução: A calcificação do anel mitral (CAM) é um processo degenerativo crónico comum, associado à idade avançada, género feminino, hipertensão e doença renal crónica. A calcificação caseosa do anel mitral (CCAM) é uma variante rara, subvalorizada, que pode associar-se a embolização sistémica. A abordagem passa por vigilância ou

cirurgia, em casos selecionados.

Caso clínico: Mulher de 84 anos, cognitivamente íntegra, hipertensa, trazida ao serviço de urgência por perda de consciência precedida por bizarrias súbitas do comportamento. Ao exame objetivo: taquicárdica, hipertensa, agitada, Glasgow de 10 (O3V2M5), sem outros défices neurológicos. Analiticamente, constatada elevação ligeira de parâmetros inflamatórios. ECG em ritmo sinusal. Excluídas drogas de abuso. TC cerebral documentou sequela de lesão vascular occipital esquerda. Efetuada punção lombar, com LCR normal e PCR de vírus com tropismo cerebral e cultural negativos. Sem outros isolamentos microbiológicos. EEG demonstrou atividade lenta descontínua nas regiões fronto-temporais. RM cerebral evidenciou múltiplos focos de microembolização. Do estudo etiológico, ecocardiograma transtorácico evidenciou "CAM, sobretudo na base do folheto posterior, com estrutura nodular de contornos regulares e conteúdo anecóico sugestiva de CCAM", achado corroborado por ecocardiograma transesofágico (que excluiu trombos intracardíacos) e TC cardíaco. Excluídos diagnósticos diferenciais, nomeadamente neoplásico, infeccioso e imunológico. Pela ausência de disfunção valvular, melhoria clínica e co-morbilidades, privilegiada vigilância face a intervenção cirúrgica.

Discussão: A CCAM é uma condição rara, subdiagnosticada, que pode associar-se a fenómenos de embolização sistémica. O diagnóstico precoce e vigilância apertada poderão reduzir os encargos financeiros e morbimortalidade inerentes.

Nº 170 Dispneia e citólise hepática, não era fígado nem pulmão... afinal era coração

Inês de Gouveia Bonito(1); Inês P. Carvalho(1); Mariana Caetano Coelho(1); Carolina Xavier de Sousa(1); Andreia Meseiro(1); Bruna Rodrigues Barbosa(1); Alexandra Coimbra(1); Teresinha Ponte(1); Martinho Fernandes(1)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: Exercer medicina no Serviço de Urgência (SU) acarreta uma dificuldade acrescida pela variabilidade de sinais, sintomas e alterações encontradas, bem como pelo reduzido tempo do qual dispomos para observar e raciocinar acerca de cada doente. Apresenta-se de seguida um caso que, apesar de simples, representou um desafio diagnóstico por estes motivos.

Caso clínico: Homem de 80 anos, autónomo, antecedente pessoal de neoplasia da bexiga em 2016. Recorreu ao SU por sensação de dispneia, tosse e cansaço fácil com uma semana de evolução e agravamento progressivo. Sem alterações de relevo ao exame objetivo excepto broncoespasmo bilateral. Realizou radiografia de tórax que revelou infiltrado pulmonar à direita, tendo tido alta medicado com antibioterapia. Por agravamento dos sintomas, regressa 4 dias depois, apresentando-se vigil, orientado auto e alopsiquicamente, polipneico, não conseguindo terminar uma frase. PA 128/95 mmHg. Sem outras alterações de relevo ao exame objetivo. Realizou gasimetria arterial que revelou acidose metabólica e insuficiência respiratória tipo 1, e analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, padrão de citólise (AST 1098 UI/L, ALT 624 UI/L), lesão renal aguda AKIN II e elevação dos D-Dimeros (18562 pg/mL). Foi pedida tomografia computorizada e, ao regressar da mesma, apresentava-se bradipneico, com evolução para paragem cardiorrespiratória, tendo sido reanimado ao fim de 5 ciclos de SAV. Observado em seguida por Cardiologia, tendo-se constatado em ecocardiograma volumoso derrame pericárdico com colapso das cavidades direitas. Realizada pericardiocentese, com saída de 500mL de líquido pericárdico hemático e melhoria imediata do perfil tensional.

Discussão: O tamponamento cardíaco, apesar de ser um diagnóstico amplamente presente no nosso estudo, apresentou-se como um desafio diagnóstico quase implacável. Com dispneia mas sem dor torácica, inicialmente hemodinamicamente estável, no

qual a manifestação de insuficiência cardíaca direita foi a alteração da enzimologia hepática, provavelmente no contexto de congestão hepática. Apesar de no fim ser possível conjugar as alterações apresentadas num único diagnóstico, este é um exercício cada vez mais difícil de concluir com as evidentes dificuldades acrescidas que se vivem nos serviços de urgência.

Nº 171 Um caso de cetoacidose diabética euglicémica

Tiago Pais(1); Bruno Campos(1); Joana Leite(1); Ana Rodrigues(1); Ricardo Ascenção(1); Carolina Fernandes(1); Daniela Antunes(1); Cláudia Diogo(1)

(1) CHLeiria St. André - Leiria

Os inibidores do cotransportador de sódio-glicose-2 (iSGLT2) são uma classe de anti-diabéticos orais com uso crescente dados os benefícios cardiovasculares e renais. Contudo, estão associados a um risco pequeno, mas significativamente aumentado, de cetoacidose diabética euglicémica (e por vezes hipoglicémica)

Uma doente de 64 anos com diabetes mellitus tipo 2 deu entrada no serviço de urgência por astenia com 4 dias de evolução, sem história de síndrome gripal, dispneia ou dores. Destaca-se a introdução à sua medicação habitual de dapagliflozina e suspensão da insulina glargina na consulta de medicina diabetes há cerca de um mês.

Analiticamente com acidose metabólica com um gap aniónica aumentado e a presença de acetonémia, associado a uma glicémia de 151mg/dL.

Assumiu-se cetoacidose euglicémica. Iniciou-se tratamento com uma perfusão endovenosa de insulina rápida com soro glicosado, com resolução sintomática 2 dias após. Suspendeu-se a dapaglifozina à data da alta clínica.

Muitos dos doentes que apresentam cetoacidose diabética associado ao uso de iSGLT2 raramente se apresentam com hiperglicemias superiores a 200mg/dL. Esta apresentação incomum é diagnosticamente desafiadora e com tendência crescente dado o uso aumentado desta classe de fármacos.

Nº 172 Onde há fumo, nem sempre há fogo

Ana Mafalda Abrantes(1); Sara Salema Travassos(1); Catarina Sousa Gonçalves(1); Maria Inês Parreira(1); Ana Alves Cardoso(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A sarcoidose é uma doença sistémica caracterizada pela formação de granulomas não caseosos imuno-mediados, sendo considerada um diagnóstico de exclusão. A apresentação subaguda é muitas vezes de natureza inespecífica, com maior risco de evolução para cronicidade.

Caso clínico: Homem de 45 anos, antecedentes de obesidade, dislipidemia e hábitos tabágicos, foi admitido por febre com (1) mês de evolução de predomínio vespertino, sudorese noturna, perda ponderal de 6kg (9.4%), astenia e tosse seca. À observação, temperatura timpânica de 38.4ºC, emagrecido, sem adenopatias palpáveis ou alterações cutâneas. Laboratorialmente, VS 52mm, PCR 8.9(1) mg/dL, ECA 39 U/L, beta2-microglobulina 1.69mg/L. Serologias infeciosas negativas e imunofenotipagem sem alterações. Radiografia do tórax com opacidades nodulares perihilares. TC tórax com adenopatias com necrose central pré-traqueais, pré-vasculares, hilares bilaterais e em janela aorto-pulmonar, sem alterações no parênquima pulmonar. Realizou videobroncofibrocoscopia e ecoendoscopia endobrônquica sem alterações macroscópicas, com imunofenotipagem

com rácio CD4+/CD8+ normal. Exame citológico, anatomopatológico e microbiológico do lavado broncoalveolar e biópsia brônquica sem alterações. Realizou cintigrafia com gálio 67 com captação aumentada do radiofármaco a nível ganglionar hilar e mediastínico, com o padrão "lambda", sugestivo de sarcoidose. A mediastinoscopia confirmou o diagnóstico revelando linfadenite granulomatosa com granulomas de tipo sarcóide. Provas de função respiratória, eletrocardiograma e exame oftalmológico sem alterações. Iniciada prednisolona 0.5mg/kg/dia com melhoria clínica e laboratorial.

Discussão: Este caso ilustra uma entidade incomum, cuja sintomatologia inicial num homem jovem apontaria para etiologias mais frequentes na clínica, designadamente doença linfoproliferativa ou infeção por micobactérias. A investigação exaustiva revelou-se fundamental para se alcançar o diagnóstico correto.

Nº 173 Falência de terapêutica com biossimilar: uma hipótese a lembrar

Diogo Alves Leal(1); Telma Alves(1); Tiago Jorge Costa(1); Joana Cascais Costa(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

O tratamento com agentes biológicos veio revolucionar a abordagem às doenças auto-imunessistémicas. O aparecimento de fármacos biossimilares veio acrescentar uma alternativa custo-efetiva aos biológicos de referência, sendo necessária a demonstração de eficácia, segurança e qualidade para sua aprovação. Apesar disto, podem existir casos de falência destes fármacos.

Doente de 40 anos, sexo masculino, com diagnóstico de artrite psoriática desde os 20. Cumpriu terapêutica biológica com adalimumab sem intercorrências durante 2 anos e com boa resposta clínica e analítica. Apresentou um agravamento clínico após alteração do fármaco pelo seu biossimilar: iniciou quadro de poliartralgias com sinovite, inicialmente nas articulações interfalângicas do 2º dedo da mão direita, mas que se estenderam a cada vez mais articulações com artrite e sinovite e agravamento da rigidez matinal. Em 3 meses, agravou a Visual Analogue Score (VAS) de 10 para 90/100 e o score DAPSA28, inicialmente compatível com doença em remissão passou a ser sugestivo de doença moderada. Após terem sido excluídos outros focos de infeção/inflamação, o doente foi chamado a Hospital de Dia de Medicina e foi avaliada a técnica de administração de fármaco em 2 oportunidades sucessivas. Foi objetivada por mais do que uma vez a evolução das queixas do doente, com concordância nesta avaliação por mais do que uma equipa médica. Por último, foi efetuado o doseamento de anticorpos anti-adalimumab em circulação que apresentavam níveis séricos indoseáveis. Foi alterada medicação biológica para secukinumab que o doente iniciou sem intercorrências apresentando melhoria clínica e analítica ao fim de 3 meses. A falência da terapêutica com biossimilar foi transmitida ao Infarmed.

Apesar de ser um cenário clínico pouco frequente, a falência de terapêutica com um agente biossimilar deve ser considerada em doente com agravamento das queixas quando excluídos outros fatores precipitantes.

Nº 174 Hipercalcemia: desafio diagnóstico?

Luísa Gomes Rocha(1); Ana Gomes Saraiva(1); Patrícia Carvalho(1); Rui Santos(1); Lèlita Santos(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução: A hipercalcemia é um distúrbio hidroeletrolítico comum, sendo o hiperparatiroidismo primário ou as neoplasias malignas a causa em mais de 90% dos casos. A hipercalcemia maligna cursa habitualmente com valores de cálcio mais elevados e sintomas mais exuberantes.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 74 anos, que foi trazida ao serviço de urgência após queda não presenciada no domicílio. À admissão apresentava alteração do estado de consciência, desorientação, discurso confuso e lentificado, desidratação e evidência de incontinência de esfíncteres. Do estudo analítico realça-se hipercalcemia de 17,6 mg/dL, hiperuricemia de 20,6 mg/dL, fosfato no limite inferior do normal (2,5 mg/dL), défice de vitamina D (9,8 ng/mL), hipomagnesemia de 1,8 mg/dL e lesão renal aguda (creatinina 2,33 mg/dL). Assim, pensou-se em doença neoplásica como diagnóstico mais provável, não descartando outros, como hiperparatiroidismo primário. Não tinha alterações relevantes na TC crânio-encefálica.

Já durante o internamento, realizou eletroencefalograma que evidenciou encefalopatia difusa (grau 2-3/5). Adicionalmente, o estudo hormonal mostrou paratormona (PTH) de 1040 pg/mL; a ecografia cervical e cintigrama com Tecnécio sestamibi mostraram aumento do volume e hipercaptação na topografia da paratiroide esquerda, respetivamente. Na suspeita de hiperplasia da paratiroide, foi submetida a paratiroidectomia esquerda. O estudo anatomopatológico foi compatível com hiperplasia desta glândula, confirmando o diagnóstico de hiperparatiroidismo primário.

Discussão: De facto, apenas uma minoria dos doentes com hipercalcemia se apresenta com clínica grave e rebate multissistémico. Considerando a literatura e o caso descrito, seria expectável o diagnóstico final de neoplasia maligna. No entanto, é de enfatizar o papel chave do doseamento da PTH nestes casos e também a necessidade de pensar em diagnósticos diferenciais, nunca considerando apenas a hipótese mais provável.

Nº 175 Enteropatia perdedora de proteínas - a propósito de um caso clínico

Patrícia Sôra Sobrosa(1); Luís Costeira Pereira(1); Marta Batoca Sousa(1); Ângela Ferreira(1); Nuno Pardal(1); Rita Vilar Mota(1); Irene Miranda(1); Diana Guerra(1)

(1) Centro Hospitalar Alto Minho - Viana do Castelo

Introdução: A enteropatia perdedora de proteínas (EPP) é uma entidade rara, caracterizada por perda excessiva de proteínas pelo trato gastrointestinal, traduzindo-se em hipoproteinemia, edema, e em alguns casos, derrame pleural, pericárdico e ascite.

A etiologia divide-se em 3 grupos: distúrbios grastrointestinais erosivos (doenças inflamatórias intestinais), não erosivos (doenças autoimunes e agentes infeciosos) e alterações linfáticas.

Caso Clínico: Mulher de 3(1) anos, após viagem a Cabo Verde, com queixas com 4 dias de evolução de dor abdominal difusa em cólica, vómitos, diarreia (10 dejeções liquidas por dia, com vestígios de sangue, sem muco), febre, astenia e anorexia. Ao exame objetivo palidez mucocutânea, hipotensão (83/46mmHg); abdómen mole e depressível, difusamente doloroso à palpação. Analiticamente aumento dos parâmetros inflamatórios, hipocaliemia, hipoalbuminemia e hipogamaglobulinemia. Evolui com distensão e desconforto

abdominal, macicez variável na percussão abdominal, edema periférico, dispneia e ortopneia, diminuição dos sons respiratórios nas bases. Estudo complementar confirma ascite de moderado volume e derrame pleural bilateral mais expressiva à direita (diâmetro ântero-posterior máximo 5,7cm). Serologias víricas, bateriológico e parasitológico de fezes negativas. Assumida diarreia do viajante sem agente identificado, tendo cumprido 3 dias de azitromicina, com melhoria do estado geral e do trânsito gastrointestinal. Reavaliação em consulta com correção de hipoalbuminemia, derrame pleural e ascite.

Conclusão: A diarreia do viajante é uma doença comum, apresentando maioritariamente um curso benigno e auto-limitado. Destaca-se o caso clínico pelo condicionamento de destruição entérica associada com consequente perda proteica, que se evidenciou num quadro de anasarca. Revela-se de extrema importância a correção precoce da etiologia da diarreia pelas consequências deletérias, mesmo em doentes jovens. Neste caso, assume-se um diagnóstico presuntivo de EEP em contexto infecioso.

Nº 176 Um caso de linfadenite necrotizante histiocítica ou doença de Kikuchi-Fujimoto

Ana Duarte Coimbra(1); Margarida Alves(1); Jandira Lima(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A doença de Kikuchi-Fujimoto (DKF), também denominada linfadenite necrosante histiocitária e descrita pela primeira vez em 1972, é uma doença de etiologia desconhecida e extremamente rara, mais típica em jovens na 2ª-3ª década de vida, nos países asiáticos e em mulheres numa proporção de 16:1. As manifestações clínicas mais frequentes são adenopatias cervicais ou axilares, febre e outros sintomas constitucionais. Pelas suas características, é conhecida por mimetizar diagnósticos mais sombrios como o linfoma, doença metastática ou tuberculose, estando descritos erros de diagnóstico em até 1/3 dos casos. O diagnóstico é histológico.

Caso Clínico: Homem de 49 anos recorre ao Serviço de Urgência por tumefacção axilar esquerda indolor com 3 semanas de evolução, em rápido crescimento, sem febre ou sintomas constitucionais. Não tinha antecedentes pessoais relevantes. Ao exame objetivo palpava-se uma lesão arredondada de consistência dura, indolor, com cerca de 4 cm, e uma segunda lesão adjacente com 2 cm, sem adenopatias cervicais ou na axila contralateral. Em ecografia de partes moles foram descritas várias adenopatias na região axilar direita, as duas maiores com 30x20mm e 22x16mm. Em estudo analítico apresentava PCR de 2 mg/dl, sem outras alterações. Foi orientado para consulta de Medicina Interna onde se solicitou imediatamente biópsia excisional do conglomerado adenopático e estudo dirigido para doenças infecciosas, auto-imunes e linfoproliferativas. A confirmação histológica chegou pouco depois para DKF. A evolução do quadro clínico foi excelente, tendo o doente ficado assintomático, sem recurso a qualquer terapêutica, um mês após a primeira consulta.

Conclusão: Este caso ilustra a importância de um história clínica e exame físico minuciosos na abordagem das adenopatias, mas também como a histopatologia é imprescindível para um esclarecimento rápido que permita evitar intervenções e atos médicos desnecessários bem como diminuir o impacto psicológico e emocional das hipóteses mais prováveis.

Nº 177 Endocardite infeciosa no leque de etiologias de insuficiência cardíaca

Francisco Gonçalves(1); Joana Fernandes(2); Francisco Esteves(2)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: Endocardite infeciosa representa infeção microbiana do endocárdio. As endocardites de válvula protésica correspondem a cerca de 20% dos casos.

Caso clínico: Homem de 83 anos com antecedentes de síndrome Parkinsónico e insuficiência cardíaca, com válvula protésica biológica em posição aórtica colocada em 2015. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia e dor pleurítica, tendo alta com antibioterapia para o domicílio. Após 3 dias recorre novamente ao SU por agravamento de dispneia com cansaço para pequenos esforços. Foi internado no Serviço de Medicina Interna por pneumonia bacteriana tendo cumprido 6 dias Ceftriaxone. Por agravamento de insuficiência respiratória o doente foi transferido para o Serviço de Medicina Intensiva. Ao exame objetivo o doente apresentava-se taquipneico, incapacidade em completar frases, auscultação pulmonar com murmúrio diminuído na base esquerda, crepitações no ápice direita e base esquerda, auscultação cardíaca sem sopros audíveis. Por insuficiência respiratória grave e persistência de marcadores inflamatórios elevados foram colhidas hemoculturas, escalada antibioterapia e iniciada oxigenoterapia de alta fluxo. TC torácico demonstrou derrame pleural bilateral, com áreas de hepatização. Realizada toracocentese evacuadora 1100 ml sero-hemático. À avaliação mais cuidada realçaram-se alterações cutâneas sugestivas de êmbolos sépticos presentes em ambos os pés (lesões de Janeway). Solicitado Ecocardiograma transtorácico que revelou falência protésica e regurgitação aórtica e mitral severas. Ajustada antibioterapia empírica com flucloxacilina e gentamicina e contactada Cirurgia Cardiotorácica para substituição valvular.

Conclusão: O exame objetivo detalhado e a realização de ecocardiograma transtorácico são pontos fulcrais na avaliação de doentes com insuficiência cardíaca e material protésico. Quadro de insuficiência cardíaca descompensada por endocardite de válvula aórtica biológica.

Nº 178 Hiperparatiroidismo primário - um caso clínico com anos de evolução

Ruben Rego Salgueiro(1); Sónia Canadas(1); Patricia Tenreiro(1); Miguel G. Pereira(1); Catarina Tavares Valente(1); João Correia(1)

(1) Hospital Dr. Sousa Martins - Guarda

Mulher de 73 anos, com antecedentes de patologia osteoarticular degenerativa, osteopenia e síndrome depressiva diagnosticada há 20 anos e medicada desde então com amitriptilina e moclobemida, seguida em consulta de Medicina Interna por fadiga acentuada e dores osteoarticulares generalizadas. Destaque para hipercalcemia, pelo desde 2015, sem estudo dirigido. Sem contexto de toma de medicação potenciadora de hipercalcemia.

A doente referia fadiga, astenia, adinamia e obstipação. Demonstrando declínio cognitivo ligeiro, alterações progressivas da marcha e história de quedas recorrentes nos últimos meses, as últimas das quais com fratura do rádio distal à esquerda e posteriormente à direita.

Analiticamente com uma função renal preservada com velocidade de sedimentação de 1mm/h. Cálcio total de 12,56 mg/dL e cálcio ionizado 6,1(1) mg/dL, fósforo 1,8 mg/dL

uma PTH de 329,4 pg/ml vitamina D 23 ng/mL, magnésio 2,19 mg/dL e albumina 4,53 g/dL. Sumario de urina com ligeira leucocitúria.

A doente realizou densitometria óssea com confirmação de osteopenia, Ecografia renal onde se identificam rins normais, sem obstrução bilateralmente, raros focos hiperreflectivos em ambos os seios renais, com microlitiase não obstrutiva (< 3mm). Posteriormente fez cintigrafia das paratiroides com estudo positivo para adenoma da paratiróide inferior esquerda, com alteração mais ligeira e duvidosa do mesmo tipo na paratiróide inferior direita.

Após exclusão de neoplasias, assumiu-se o diagnóstico de hiperparatiroidismo primário, sendo a doente referenciada a consulta de Endocrinologia para tratamento cirúrgico.

O hiperparatiroidismo primário apresenta prevalência de 5% em doentes com mais de 45 anos, representando hipersecreção de hormona paratiroidea com sintomas decorrentes de hipercalcemia e hiperuricemia. A sua possibilidade diagnóstica deve ser tida em conta uma vez que contribui para um geral deterioro do estado geral do doente e aumento de comorbilidades.

Nº 179 Sarcoma do estroma endometrial de alto grau – uma neoplasia rara

Joana Gouveia Santos(1); Carlos Grijó(1); Helena Reis(1); Paulo Almeida(1); Paula Dias(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O Sarcoma do estroma endometrial é uma neoplasia rara, que constitui apenas 0.2% dos tumores genitais femininos. A maioria dos sarcomas endometriais manifesta-se como sangramento uterino anormal e, menos frequentemente, com dor pélvica.

Casos clínico: Mulher, 43 anos, com antecedentes de carcinoma papilar da tiroide submetida a tiroidectomia total aos 18 anos. Recorreu à urgência por lombalgia intensa com irradiação para o membro inferior direito há 3 meses. Associadamente com hemorragia uterina anómala e dor pélvica há (1) ano, associada a mioma uterino. Tomografia computorizada (TC) lombar com área lítica em L1, sugestivo de metástase, tendo sido internada para estudo. Exame objetivo com aumento do perímetro abdominal, sem massas palpáveis ou sinais de ascite. Analiticamente a realçar anemia microcítica, TSH elevada, calcitonina baixa e proteinograma sem alterações. TC toraco-abdomino-pélvica com lesões osteolíticas múltiplas na coluna vertebral, arcos costais e crista ilíaca, lesão captante no pâncreas, múltiplos nódulos pulmonares dispersos, adenomegalias abdominopelvicas e volumosa massa pélvica com carcinomatose peritoneal. Mamografia e Ecografia mama BI-RADS 1. Culdocentese de líquido ascítico negativa para células malignas. Ressonância magnética pélvica mostrou massa uterina de tipo sarcomatoso, disseminação anexial e ascite com carcinomatose. Ecoendoscopia digestiva alta sem lesões focais do pâncreas. Biópsia uterina confirmou sarcoma do estroma endometrial de alto grau. PET com captação metastática a nível ósseo, pulmonar, peritoneal e útero. Foi orientada para consulta de Oncoginecologia e Cuidados Paliativos, tendo iniciado quimioterapia paliativa. Faleceu cerca de (1) mês após a alta.

Discussão: Os autores realçam a dificuldade na identificação do tumor primário associada às diversas alterações que foram reveladas nos exames solicitados. No caso descrito, o tumor primário correlacionou-se com o sintoma com mais tempo de evolução.

Nº 180 Poliglobulia: análises de rotina com um propósito.

Miguel Reis Costa(1); Ângela Paredes Ferreira(1); Marta Batoca Sousa(1); Nuno Pardal(1); Daniela Salgueiro(1); Ana Rita Oliveira(1); Irene Miranda(1); Diana Guerra(1)

(1) ULSAM VIANA DO CASTELO

Introdução: As alterações hematológicas são motivo frequente de consulta na Medicina Interna. Dos síndromes mieloproliferativos, um dos mais comuns é a Policitemia Vera (PV). Os sintomas de hiperviscosidade associados são inespecíficos e quando ligeiros são facilmente atribuíveis a outras causas; pelo que, a PV é frequentemente identificada acidentalmente em análises de rotina. A idade média ao diagnóstico é de 60 anos. A sobrevida média dos pacientes sintomáticos sem tratamento é de 6-18 meses, no entanto, superior a 10 anos na presença de tratamento adequado.

Caso Clínico: Mulher de 65 anos, com antecedentes de dislipidemia, tiroidite auto-mune com hipotiroidismo e diagnóstico de gastrite por Helicobacter pylori (HP), com tratamento recente. Medicada com levotiroxina e omeprazol. Com história de exposição a fumo de biomassa esporádica no inverno e sem hábitos tabágicos. Referenciada à consulta de Medicina Interna por poliglobulia. Queixas de tonturas, vertigem, cefaleia holocraneana, náusea e astenia com 6 meses de evolução. Negava parestesias e prurido. Exame físico sem alterações de relevo. A realçar no estudo analítico hemoglobina de 18.9g/dL, hematócrito de 58%, trombocitose (791 000/mm3), sem défice de ferro, eritropoietina diminuída e gasometria sem insuficiência respiratória, com carboxiheglobina dentro dos valores normais. Pesquisa mutação JACK2 positiva no sangue periférico. Ecografia abdominal sem organomegalias. Iniciou antiagregação simples e esquema de flebotomias em Hospital de Dia, com melhoria significativa da sintomatologia. Por suspeita de PV, realizada biópsia óssea e mielograma que confirmam diagnóstico. Tratando-se de doente de elevado risco de complicações, iniciou terapêutica citorredutora com hidroxiureia.

Discussão: A elevada suspeição de PV permite o diagnóstico precoce, de forma a atenuar a sintomatologia, complicações micro e macrovasculares e vigilância de possível evolução, embora rara, para mielofibrose primária ou transformação em leucemia aguda. Além disso, realça-se ainda a maior susceptibilidade para infeção por HP no doente com PV, que aumenta o risco de lesões gastrointestinais, já por si aumentado pela policitemia e hiperviscosidade associada.

Nº 181 Trombocitopenia autoimune, uma patologia de exclusão

Carla Oliveira Ferreira(1); Ana Filipa Martins(1); Maria João Regadas(1); Mónica Dias(1); Olga Pires(1); Rita Matos Sousa(1); Joana Morais(1)

(1) Hospital Braga

A trombocitopenia autoimune (TPI) é uma patologia causada pela produção errática de anticorpos contra glicoproteínas da membrana plaquetária. A sua incidência nos adultos aumenta com a idade e cerca de um terço dos doentes será assintomático à data de diagnóstico.

Mulher de 88 anos, autónoma. Encaminhada ao serviço de urgência por quadro de equimoses de novo com fragilidade cutânea. Associadamente com astenia ligeira e um evento único de hematoquezia. Ao exame objetivo com petéquias e púrpura em ambas as mãos e dispersas pelos membros inferiores. Tinha como antecedentes de relevo doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e insuficiência

cardíaca. Do estudo analítico realizado, a destacar trombocitopenia severa <10.000/uL e anemia normocrómica normocítica ligeira (11,3g/dL), sem leucocitose. A doente foi internada para estudo etiológico da trombocitopenia. Foram excluídas causas farmacológicas. Repetiram-se análises, sem défices nutricionais ou alterações no estudo da coagulação. Com pesquisa negativa de *Helicobacter pylori.* Realizou estudo endoscópico e imagiológico, sem evidência de neoplasias. Do estudo autoimune, a destacar a pesquisa positiva para anticorpos anti-plaquetários no eluado de plaquetas, com anticorpos antinucleares positivos (1/80 em padrão mosqueado fino). A doente iniciou corticoterapia ao longo do internamento. À data de alta com remissão da trombocitopenia (plaquetas 158.000/uL), a tolerar desmame progressivo do corticoide, pelo que foi protelado o estudo medular.

A TPI, sendo um diagnóstico de exclusão, deverá ser considerada após investigação etiológica cuidada dos doentes com trombocitopenia. Doentes com plaquetas <10.000/uL e idade superior a 60 anos encontram-se em grande risco hemorrágico, razão pela qual deverá ser iniciado tratamento com corticoterapia endovenosa o mais precocemente possível.

Nº 182 Sindrome de Sweet

Rita S Xavier(1); Pedro Araújo Rodrigues(1); Silvia Oliveira(1); Carla Peixoto(1); Mário Esteves(1)

(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Apresentamos o caso de um doente do género masculino de 73 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por lesões cutâneas dolorosas nos membros inferiores, bilateralmente, até ao joelho, com edema associado. Negava febre, trauma ou picada de inseto/outro animal. Além disso, sem antecedentes pessoais de relevo à exceção de suspeita de neoplasia da próstata (em estudo).

Lesoes morfologicas, condições infeciosas e leucemia cutânea devem ser consideradas hipóteses diagnósticas. A biópsia cutânea é essencial, revelando neste caso lesões de dermatosse leucocitoclástica neutrofílica (compatível com SIndrome de Sweet) Alterações laboratoriais foram também compativeis, demonstrando envolvimento renal (proteinúria).

Foi iniciado tratamento com corticóide oral na dose de 1mg/Kg/dia e antibioterapia (ceftriaxona) pelo risco de infeção sistémica. O diagnóstico foi assumido pela apresentação clínica (placas eritematosas dolorosas), evidência histológica, suspeita de neoplasia e excelente resposta à corticoterapia.

O Sindrome de Sweet é uma doença inflamatória rara, caracterizada pelo aparecimento súbito de pápulas, placas ou nódulos cutâneos dolorosos, edematosos e eritematosos. A sua etilogia permite a divisão em três subtipos: clássico, associado a malignidade e induzido por drogas. Neste caso em oarticular, estamos mais provavelmente perante um caso de Sindrome de Sweet associado a neoplasia, tendo em conta a suspeita de neoplasia prostática (apesar de este sindrome ser mais comum em associação a neoplasias hematológicas do que a tumores de órgão sólido).

O Sindrome de Sweet constitui uma entidade rara que importa ter presente como hipótese diagn´sotica em doentes com lesões cutaneas dolorosas, uma vez que é relativamente fácil confirmar o diagnóstico e iniciar tratamento com melhoria franca dos sintomas.

Nº 183 Sarcoidose e Mieloma Múltiplo - Uma associação a considerar

TATIANA OLIVEIRA(1); Luís Miguel Pereira(1); Carolina Sequeira(1); Rita Tinoco Magalhães(1); Rita Relvas(1); Edgar Amaro(1); Patrícia Cipriano(1); Diogo Cruz(1)

(1) Hospital de Cascais

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica. A relação entre sarcoidose e neoplasia linfoproliferativa é bem conhecida. O risco de doença linfoproliferativa em um doente com sarcoidose é 1(1) vezes superior à população geral. Acredita-se que esta relação se deve a uma desregulação do sistema imunitário induzida pela sarcoidose, levando a uma estimulação contínua de células B e aumento da semivida destas, havendo risco de eventos genéticos e transformação neoplásica.

A relação entre sarcoidose e mieloma múltiplo tem sido discutida. Uma revisão de literatura de 2019 reportou 33 casos de sarcoidose e mieloma múltiplo. A maioria dos casos eram em indivíduos do sexo feminino, com uma idade média de 46 anos. Em quase todos os casos o diagnóstico de sarcoidose precedeu o de mieloma múltiplo. Acredita-se que esta relação também esteja associada com a desregulação do sistema imunitário.

Caso Clínico: Homem de 45 anos, com antecedentes de sinusite e bronquite. Referenciado à consulta de Medicina Interna por adenopatias cervicais. A biópsia ganglionar mostrou tratar-se de linfadenite granulomatosa, sendo a sarcoidose a hipótese mais provável. Após uma anamnese detalhada foram apuradas tolerância diminuída a esforços físicos e opressão torácica. A TC torácica mostrou nodularidade parenquimatosa em dispersão miliar, sugestiva de sarcoidose pulmonar. O proteinograma mostrou um pico monoclonal na região gama e a imunofixação uma fração monoclonal IgA lambda. Foi documentado no mielograma infiltração intersticial por plasmócitos bem diferenciados, representando 20% da população nucleada total, compatível com mieloma múltiplo. O doente iniciou corticoterapia e foi referenciado às consultas de Pneumologia e Hematologia.

Discussão: Na abordagem de um doente com sarcoidose deve ser tida em consideração a possibilidade de existirem outras doenças associadas, nomeadamente a doença linfoproliferativa e o mieloma múltiplo. Contudo, por estarem poucos casos descritos na literatura, ainda não há dados epidemiológicos suficientes para suportar a hipótese de que o risco de mieloma múltiplo está aumentado em doentes com sarcoidose.

Nº 184 Tempestade tiroideia - caso clínico

Marta Batista(1); Teresa Medeiros(2); Elisabete Ribeiro(1); Daniela Casanova(1); Filipa Gonçalves(1); Magda Costa(1); Nuno Carvalho(1); Daniela Pinheiro(1); Ana Mendes Costa(1); Mariana Formigo(1); Inês Amaral Neves(1); Silvia Nunes(1); Liliana Oliveira(1); Rui Fernandes(1); Clarisse Neves(1); Helena Fernandes(1); Carlos Fernandes(1); Isabel Trindade(1); Sandra Barbosa(1); Sara Drumond Freitas(1); Pedro Guimarães Cunha(1); Helena Sarmento(1); Glória Alves(1); Jorge Cotter(1)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

A tempestade tiroideia é uma condição clínica grave e rara resultante da exacerbação abrupta e potencialmente fatal do hipertiroidismo, com repercussão sistémica e com uma taxa de mortalidade entre 10 a 30%. O diagnóstico é fundamentalmente clínico. Entre as manifestações clínicas destacam-se a febre, taquicardia, agitação, delírio e coma. Os autores descrevem um caso de tempestade tiroideia.

Mulher de 49 anos, autónoma, recorreu ao SU por dor torácica, palpitações e dispneia para médios esforços.

Tinha sido submetida a cardioversão elétrica por FA paroxística há cerca de 4 semanas e ficou medicada com amiodarona 200mg id e rivaroxabano 20mg id.

À admissão apresentava TA de 117/83 mmHg; FC entre 130 e 150bpm, SpO2 (FiO2 21%) 97-99%, sem outras alterações ao exame objetivo. A ecoscopia com função biventricular conservada, sem alterações da cinética segmentar. Analiticamente sem elevação significativa dos marcadores de necrose miocárdica, PBNP de 1968 pg/mL (VR<125), sem elevação dos parâmetros inflamatórios. Pontuava 50 na escala de *Burch-Wartofsky* (BWPS > 45 pontos).

Diagnosticado hipertiroidismo com tempestade tiroideia, com necessidade de internamento inicial em nível II (10 dias), tendo sido instituída terapêutica com propiltiouracilo, soluto de lugol, colestiramina, corticoterapia, propanolol e vitaminas complexo B. Como complicação, apresentou insuficiência cardíaca de novo despoletada por FA com resposta ventricular rápida.

Realizou ecografia tiroideia que descreveu uma glândula com dimensões no limite inferior do normal, com heterogeneidade difusa, notando-se apenas no lobo esquerdo no contorno posterior uma nodularidade de 3 mm. O doseamento de anticorpos anti-tiroideus foi normal.

Apresentou melhoria clínica, com estabilidade hemodinâmica e frequências cardíacas estabilizadas entre 78-97 bpm e com sintomatologia resolvida. Teve alta clínica orientada para consulta para seguimento.

Este caso ilustra a importância de reconhecer o quadro clínico e, se existir suspeição não se deve atrasar a sua abordagem e tratamento pois poderá ter complicações fatais.

Nº 185 BCGite após terapêutica intravesical

Bárbara A. M. Baptista(1); Sara Fontaínhas(1); Rui Nogueira(2); Ana Luísa Correia(2); Pedro Fragoso(2); Andreia Borges(2); Ana Belmira(2); Susana Travassos Cunha(1); Rui Alves(2)

(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução: A imunoterapia com instilação de Bacillus Calmette-Guerin (BCG), uma variante viva atenuada de*Mycobacterium bovis*, é utilizada frequentemente no tratamento de neoplasias vesicais sem invasão muscular. Associa-se, sobretudo, a efeitos adversos locais autolimitados (hematúria, infeção, calafrios, febre), mas, em raras situações pode associar-se a complicações sistémicas, entre as quais infeção disseminada, ou BCGite.

Caso clínico: Relata-se o caso de um homem de 49 anos, com antecedentes de doença renal crónica sob hemodiálise (HD) e de neoplasia vesical de alto grau (sob terapêutica com BCG) admitido no contexto de trombose da fístula arteriovenosa e choque sético de ponto de partida urinário. Foi medicado com Piperacilina + Tazobactam e Vancomicina com melhoria clínica e analítica parciais.

Permaneceu em internamento por infeção por SARS-CoV-2 assintomática, por necessidade de HD, com posterior recrudescimento da febre, com picos diários isolados, sem outra clínica associada. A pesquisa etiológica foi inconclusiva, até ao início de crescimento de bacilos álcool-ácido resistentes na hemocultura com pesquisa de micobactérias realizada à admissão. Foi isolada *Mycobacterium tuberculosis complex,* sem isolamento de espécie específica, tendo iniciado terapêutica com rifampicina, isoniazida, etambutol e pirazinamida durante 2 meses.

Discussão: As complicações sistémicas associadas à terapêutica com BCG ocorrem em <5% dos casos. A bacteriémica associada à instilação de BCG é rara e nem sempre existe associação temporal clara com a terapêutica o que pode atrasar o reconhecimento e tratamento da infeção com consequente pior prognóstico para o doente. O risco de

manifestações sistémicas é maior quando há imunossupressão, instilações traumáticas, infeções locais e tratamentos múltiplos. Os autores pretendem alertar para o risco de efeitos adversos sistémicos nestes doentes e a necessidade do seu reconhecimento precoce.

Nº 186 Meningoencefalite a Streptococcus pneumoniae: a propósito de uma caso clínico

Gabriela Costeira Paulo(1); Inês Monteiro Araújo(2); Marta Viana Pereira(2); Joana da Silva Costa(1); Susana Merim(1); Ilda Coelho(1); Carlos Oliveira(1)

(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos (2) Hospital Braga

Introdução: Streptococcus pneumoniae é o agente mais comum na meningite bacteriana. Porém, o envolvimento encefálico é mais comum nas infeções virais.

Descrição do caso: Mulher, 69 anos, autónoma. Antecedentes de Hipertensão arterial e Diabetes. Admitida por alterações do comportamento e discurso, cefaleias, dor abdominal, náuseas e vómitos e febre. Evolução com agravamento do estado de consciência, parésia facial esquerda e hemiparesia esquerda grave. TC-CE sem lesões agudas, com sinais de otomastoidite direita, confirmada em TC ouvido. Realizada punção lombar, com pleocitose (2688 células), com predomínino de mononucleados, hiperproteinorráquia e hipoglicorráquia. Assumido meningoencefalite e iniciado empiricamente vancomicina, ampicilina, ceftriaxone, aciclovir, e dexametasona. Internada em Unidade de Cuidados Intensivos, entubada e ventilada. Realizada miringotomia à direita, com saída abundante de exsudado purulento, sem isolamento de agente. Por isolamento de *Streptococcus pneumoniae* sensível a Penicilina no líquor, alterada antibioterapia para Benzilpenicilina. Pesquisa de vírus e *Cryptococcus neoformans* no LCR negativa. Serologias HIV, Hepatite B e C negativas. Transferida para o Serviço de Medicina Interna, tendo realizado RM-CE que excluiu hipótese de fístula de líquor e de abcesso cerebral. Cumpriu 14 dias de benzilpenicilina com apirexia sustentada e melhoria franca do quadro neurológico.

Conclusão: Este caso destaca-se pelo tipo de agente microbiano implicado e pela importância de instituição de tratamento precoce, com impacto positivo na sobrevivência e recuperação do doente.

Nº 187 Um Caso de Hipotiroidismo Severo

Mariana Paulos Carriço(1); Catarina Tavares Valente(1); Daniela Nascimento Silva(2); Rubén Rêgo Salgueiro(1); Patrícia Tenreiro(1); Alexandre Fontoura(1); Rita Fernandes(1)

(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins (2) Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - Hospital de Elvas

Introdução: o coma mixedematoso é uma manifestação rara do hipotiroidismo severo e é uma emergência médica. Pode surgir em doentes com hipotiroidismo severo de longa duração ou, em doentes com hipotiroidismo mal controlado, precipitado por um evento agudo. Esta patologia caracteriza-se por diminuição do estado de consciência e é, geralmente, precedida por sintomas de disfunção tiroideia. Os sintomas podem incluir hipotensão, bradicardia, hiponatremia, hipoglicemia, hipoventilação ou hipotermia. O tratamento consiste na administração de levotiroxina, hidrocortisona, até exclusão de insuficiência adrenal, e medidas de suporte

Caso clínico: doente do sexo feminino, 46 anos de idade, sem antecedentes de relevo. Dirigiu-se ao serviço de urgência em dezembro de 2019 com um quadro de edema

peri-orbitário e depressão da consciência. Apresentava ainda hipotensão arterial e bradicardia. Segundo os familiares, desde há algumas semanas, a doente apresentava queda de cabelo e letargia, não conseguindo realizar tarefas domésticas ou cuidar dos filhos. A tomografia computorizada não mostrava alterações. Analiticamente, apresentava TSH de 197. Cumpriu terapêutica com levotiroxina 200 mcg e hidrocortisona 100 mg, para além de medidas de suporte, como fluidoterapia.

Conclusão: este caso mostra a necessidade de estarmos alerta para a possibilidade do diagnóstico de coma mixedematoso em doentes com alteração do estado de consciência, sendo que o tratamento deve ser atempado e agressivo, uma vez a taxa de mortalidade é elevada.

Nº 188 Nem tudo o que parece é

Mónica Jardim(1); Sara Nunes Gomes(2); Ana Patrícia Nunes(1); Francisco Barreto(2); Adelaide Spínola(1); Teresa Faria(1)

(1) Hospital dos Marmeleiros (2) Hospital Dr. Nélio Mendonça

O conceito de abordagem holística, de que o todo e a cada uma das partes encontram-se ligados com interações constantes, tem adquirido uma importância crescente. Apresento um homem de 75 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e síndrome depressivo. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de astenia, anorexia e adinamia. Referia no último mês terem falecido três familiares próximos e mantido hábitos etílicos marcados, em abstinência há cerca de uma semana após intervenção familiar. Quando explorado, referiu diminuição da diurese, com dificuldade a iniciar a micção. Ao exame objetivo com humor deprimido, mau estado geral, mas hemodinamicamente estável, eupneico em ar ambiente, sem alterações à auscultação cardiopulmonar. Apresentava um abdómen globoso, difícil de avaliar, mas globalmente indolor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. A impressão diagnóstica à entrada seria de síndrome depressivo agravado no contexto de luto, mas tendo em conta a impressão clínica de que o doente não estaria bem, aliado às queixas urinárias foi pedido estudo analítico que revelou parâmetros de fase aguda aumentados, lesão renal aguda com ureia de 525mg/dL e creatinina de 22,8mg/dL. Fez-se gasimetria arterial que revelou uma acidemia metabólica com pH de 7,22. Foi algaliado tendo drenado de imediato 2 litros de urina. Fez estudo de imagem que confirmou causa pós-renal com próstata aumentada. Durante o internamento apresentou melenas e queda da hemoglobina, realizou endoscopia digestiva alta diagnóstica e terapêutica com ulceração gástrica com hemorragia ativa. Apresentou boa evolução, com alta para o domicílio. Apesar de não ser um caso inédito, ressalvo a importância da avaliação holística dos doentes e da exploração minuciosa de todos os órgãos e sistemas e de que o senso clínico é algo que nenhuma máquina poderá substituir. Facilmente poderemos subestimar as queixas de um doente, se não pensarmos que nem tudo o que parece é.

Nº 189 Trombocitopenia Imune na Sombra da Artrite Reumatóide

Ana Mafalda Abrantes(1); Sara Salema Travassos(1); Catarina Sousa Gonçalves(1); Maria Inês Parreira(1); Ana Alves Cardoso(1); António Pais Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A artrite reumatóide (AR) é uma doença autoimune com atingimento essencialmente articular. A trombocitopenia nesta patologia é rara (10-15%), sendo frequentemente um achado incidental. Pode dever-se a consumo plaquetário, destruição mediada por anticorpos ou supressão medular.

Caso Clínico: Mulher de 75 anos, antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Observada em consulta por trombocitopenia (121000/mm3), sem discrasia hemorrágica, introdução de fármacos, consumo de álcool ou tóxicos. Referia poliartralgias simétricas com ritmo inflamatório, rigidez matinal com duração de 30 minutos e perda ponderal de 15kg (16%) nos últimos 3 anos. Notava-se emagrecimento, discreto desvio ulnar, sem sinais de artrite. Laboratorialmente VS 18mm, PCR 0.43mg/dL, ANA 1:160, FR 26.6UI/mL, anti-CCP 123.8U/mL, anti-DS-DNA, antigénios extraíveis nucleares, anticoagulante lúpico, beta2-glicoproteína e anticardiolipina negativos e complemento sem alterações. Serologias infeciosas para VIH, hepatites B e C, vírus Epstein-Barr negativas. Os anticorpos antiplaquetários foram positivos para a glicoproteína GP Ia/IIa. O mielograma revelou uma medula óssea normocelular, com megacariócitos. TC toraco-abdomino-pélvica sem hepatoesplenomegália ou alterações sugestivas de lesão neoformativa. Nas radiografias das articulações afetadas destacava-se diminuição das interlinhas articulares e alterações degenerativas. Admitida AR seropositiva. Iniciada hidroxicloroquina 400mg/dia, metotrexato 7.5mg/semana titulado até 20mg/semana e ácido fólico 5mg/semana, com melhoria clínica e laboratorial, bem como normalização da contagem plaquetária. Verificou-se igualmente redução do valor do DAS-28 de 3.26 para 1.69.

Discussão: Este é um caso de trombocitopenia imune em doente com AR, na qual a introdução precoce de terapêutica dirigida permitiu o controlo da inflamação, redução da progressão da doença e reversão do quadro clínico hematológico, apesar do metotrexato poder induzir trombocitopenia.

Nº 190 Quando a dor não vem só

Patrícia Tenreiro(1); Ruben Rego Salgueiro(1); Catarina Tavares Valente(1); Maria Pacheco(1); Ana Teresa Moreira(1); Adriano Cardoso(1); João Correia(1)

(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: Os tumores tímicos são tumores raros que ocorrem no mediastino anterior. Dentro dos principais tumores inclui-se o timoma e o carcinoma tímico, sendo este último mais agressivo. A apresentação clínica pode incluir tosse, dor torácica, paralisia do nervo frénico e síndrome da veia cava superior. Nos casos de carcinoma podem observar-se metástases extra-torácicas, principalmente para o fígado e osso, sendo esta apresentação extremamente rara (<7%).

Caso Clínico: Homem de 69 anos, caucasiano. Admitido no serviço de urgência (SU) geral por mal-estar geral com 3 semanas de evolução, associado a dor intensa mais ao nível da região lombar, com irradiação para a região nadegueira e posterior dos membros inferiores, sendo mais acentuada à direita. Foi medicado com analgésicos, tendo tido alta. Voltou ao SU passados 5 dias, com um agravamento das queixas. Nesta nova admissão apresentou no exame físico um sinal de *Lasegue* positivo, sem outras alterações

relevantes. Referiu ainda, perda ponderal de 7Kg no espaço de (1) mês, sensação de fraqueza, mal-estar e sudorese noturna. Negou ter objetivado febre. No estudo analítico apresentou uma leucocitose com neutrofilia, elevação ligeira da PCR e da ferritina. Realizou angio-Tac com deteção de uma massa indeterminada no mediastino anterior com cerca de 60x34 mm, tendo sido internado para estudo.

Já no internamento, por apresentar dor de difícil controlo com múltiplos analgésicos, realizou ressonância magnética lombossagrada tendo sido observados focos lesionais sugestivos de infiltração tumoral no ráquis lombar, coluna sagrada e ilíacas. Entre outros exames, realizou uma biópsia transtorácica da lesão que mostrou tratar-se de um carcinoma tímico. Foi posteriormente encaminhado para a consulta de Pneumologia Oncológica.

Conclusão: Este caso clínico mostra que o carcinoma tímico pode exibir uma variedade de manifestações clínicas, sendo as queixas álgicas devido à metastização óssea uma apresentação rara, mas possível.

Nº 191 Febre de Origem Desconhecida: um caso de Vasculite de Grandes Vasos

Rui Soares Correia(1); Sar Costa(1); Ana Lemos(1); Marlene Delgado(1); Edite Nascimento(1)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A Febre de Origem Desconhecida (FOD) é um desafio diagnóstico. As doenças autoimunes correspondem a 22% dos casos, onde se incluem as Vasculites de Grandes Vasos (VGV). Estas manifestam-se por inflamação da aorta e seus ramos primários e compreendem duas condições distintas: Arterite de Células Gigantes (ACG) e Arterite de Takayasu (AT), as quais compartilham características clínicas e histológicas, sobretudo a ACG com fenótipo de envolvimento de grandes vasos (ACG-GV) e a AT. Os doentes podem apresentar inicialmente sintomas constitucionais antes de desenvolver sintomas associados a danos vasculares, responsáveis por elevada morbilidade.

Caso clínico: Mulher, 52 anos, asma na infância. Quadro de febre com 2 meses, associada a sudorese nocturna, astenia, anorexia e tosse seca sem resposta a vários fármacos. Ainda um mês antes, cefaleia autolimitada, sem alterações visuais e TC-CE normal. HTA no internamento. O estudo complementar mostrou: anemia normocitica, elevação de VS, PCR e ferritina, Autoimunidade negativa, Multiplex, Serologias e Culturas sangue, urina, LBA e aspirado brônquico negativas. TC-TAP: derrame pericárdico e espessamento regular da aorta infra-renal e eixos ilíacos. Ecocardiograma: pequeno derrame pericárdico. Broncofibroscopia: normal. Ecodoppler das artérias temporais: normal. PET-CT: hipermetabolismo parietal vascular a nível dos troncos supra-aórticos, toda a aorta e ilíacas comuns sugerindo vasculite de grandes vasos com inflamação activa. Biópsia da artéria temporal: escasso infiltrado inflamatório linfo-plasmocitário. Perante o diagnóstico de VGV, instituiu-se corticoterapia com apirexia.

Conclusão: Além do desafiador estudo da FOD, ainda neste caso a dificuldade de definir a qual das duas entidades de VGV corresponde, pois o crescente reconhecimento de características clínicas sobrepostas, e especialmente que a ACG pode envolver a aorta e seus principais ramos em 30% dos doentes, a diferenciação entre ACG e AT tornou-se mais difícil.

Nº 192 Hemorragia digestiva baixa como rara apresentação de Síndrome de Weil

Raquel Oliveira(1); David Furtado(1); Raquel Batista(1); Fátima Pimenta(1)

(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo

A Leptospirose é uma zoonose re-emergente, subdiagnosticada, causada por espiroquetas patogénicas do género *Leptospira spp* e transmite-se por contacto direto ou indireto com urina de roedores infetados. Possui um amplo espectro de apresentação desde moderada com sintomas *flu-like* e autolimitados, até severa com icterícia, lesão renal e hemorragias (Síndrome de Weil). Esta última ocorre em 5-10% dos sintomáticos e é potencialmente fatal.

Os autores descrevem o caso de um homem de 73 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de astenia com 2 semanas de evolução, associada a coloração amarela das escleróticas e pele, assim como hematoquézias com inicio no próprio dia. Trata-se de um doente com adenocarcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical e radioterapia pélvica em 2016. Não faz medicação habitual. Vive em zona rural com criação de coelhos e galinhas, e manipulação de ratos mortos. Objetivamente, apresentava-se febril, ictérico e o toque retal confirmou a presença de sangue vermelho vivo. Analiticamente, tinha trombocitopenia grave, elevação da bilirrubina direta, lesão renal aguda e rabdomiólise. A suspeita clinica de Leptospirose era elevada, pelo que iniciou antibioterapia empírica com Doxiciclina IV, com melhoria clinica e analítica paulatinas. Posteriormente, a serologia para Leptospira foi positiva, confirmando o diagnóstico.

As formas graves da doença possuem mortalidade de 5-15%. Assim, é necessário um elevado nível de suspeita, tornando-se fundamental a associação entre a epidemiologia e a clínica, de forma a inicar a terapêutica precocemente. Deste modo, desejamos destacar o processo diagnóstico seguido neste caso.

Nº 193 Linfoma do Manto, diagnóstico diferencial de Tuberculose.

João P. Santos(1); Isabel Malta(1); Rafaela Pereira(1); Rodrigo Rei(1); João Cunha(1); Constantin Sitari(1); Catarina Madeira(1); Joana Pestana(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Linfoma de células do manto (LCM) representa 6% de todos os linfomas não Hodgkin, sendo mais frequente em homens entre os 60-70 anos. Manifesta-se com esplenomegália e envolvimento da medula óssea, sangue periférico e outros órgãos. Cerca de 50 a 70% dos casos está presente a translocação t(11;14) (q13;q32) que leva à expressão da proteína ciclina D(1) – a demonstração desta proteína é praticamente diagnóstica de LCM.

Sexo masculino, 62 anos, Romeno, com insuficiência cardíaca não estratificada.

Recorre ao SU por quadro com 2 semanas de evolução caracterizado por astenia, dispneia a médios esforços, bendopneia, sensação subjetiva de febre não quantificada e perda ponderal de 5 kg em (1) mês.

Ao exame físico apresenta adenomegalias supraclaviculares palpáveis, distensão abdominal, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular rude sem ruídos adventícios. Sem edema de declive. Sem ingurgitamento jugular.

TC tórax evidencia conglomerados de adenomegalias supraclaviculares, axilares e mediastínicos; micronodulação em ambos os pulmões, padrão "tree-in-bud" com predomínio no lobo superior direito de natureza inflamatória/infeciosa sugerindo tuberculose. Efetuado lavado brônquico alveolar que excluiu tuberculose pulmonar. Posteriormente

desenvolve queixas dor abdominal, com agravamento da distensão abdominal. Neste contexto realiza TC abdomopelvica que revela esplenomegalia homogénea 21cm bipolar, conglomerados adenopáticos retroperitoneais e hilo hepático sugestivo de doença linfoproliferativa.

Efetuada biopsia ganglionar excisional com diagnostico de Linfoma do Manto.

A presente exposição de caso clínico reporta uma patologia menos comum, salientando a importância da tuberculose pulmonar enquanto diagnostico diferencial.

Nº 194 Varicella Zoster Virus Encephalitis In An Immunocompetent Adult - A Case Report

Diana Briosa Reis(1); Ana Sara Monteiro(1); Ignacio Moreno(1)

(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introduction: Herpes zoster infection is the reactivation of varicella-zoster virus (VZV) after its primary infection. Despite being typically associated with immunosuppression, this paper shows a clinical case of VZV infection in an elderly person with ophthalmic nerve involvement and meningoencephalitis.

Case Description: An 81-year-old man, bedridden, presented to the emergency department with a 24-hour history of progressive prostration, edema and erythematous lesions on the left side of his face, without fever. At physical examination the patient was hemodynamically stable with a temperature 37,8ºC. He had a rash on the left side of his face with erythematous papules and vesicles, restricted to the ophthalmic nerve area. Neurological examination showed a Glasgow Coma Score between 9 and 1(1) with fluctuation between agitation and prostration. There was no facial asymmetry or neck stiffness and Kerning and Brudzinski signs were negative. The remaining physical examination was unremarkable.

Diagnostic Pathways and Interventions: Complete blood count was unremarkable and reactive C-protein was 59 mg/L. A head computerized tomography scan showed no acute process, and a lumbar puncture was performed showing pleocytosis with a predominance of 96% mononuclear cells. Polymerase chain reaction testing of the spinal fluid confirmed VZV infection, and the patient was started on intravenous and ophthalmic acyclovir.

Clinical Evolution: The patient completed a 2(1) days acyclovir regime, with analytical resolution and clinical resolution of the skin lesions, however, due to poor cognitive recovery, it was not possible to assess the extent of ocular sequels.

Discussion: This case illustrate VZV infection as a disease of the elderly and it shows we should suspect VZV infection and even neurological complications in immunocompetent individuals. Although the presence of rash is not mandatory, its location in a cranial dermatome is a major risk factor for the development of encephalitis.

Nº 195 Pancreatite Aguda por Sars-Cov2 - Causa ou coincidência?

Jéssica Abreu(1); João Barroso(1); Daniela Mateus(1); Gilda Nunes(1)

(1) HOSP VILA FRANCA XIRA

A pancreatite aguda é uma doença com elevada morbimortalidade, causada predominantemente pelo álcool ou colelitíase; menos frequentemente por drogas, trauma,

hipertrigliceridémia ou causas infecciosas, nomeadamente virais. Desde o início da pandemia por SARS-CoV2 que se tem relatado um envolvimento extrapulmonar, pela ligação ao receptor da enzima conversora de angiotensina 2 (ECA-2) que se encontra em diversos tecidos, incluindo o pâncreas. Está histologicamente provado a lesão às células pancreáticas por endotelite e isquémia, ou indiretamente, pela tempestade de citocinas, com disfunção multiorgânica. Pelos casos descritos, doentes com pancreatite aguda e com PCR SARS-CoV2 positiva parecem ter um pior prognóstico, com maior risco de necrose pancreática e falência multiorgânica irreversível com maior admissão em unidades especializadas. Contudo, a identificação do SARS-CoV2 como fator causal de pancreatite aguda ainda não está estabelecida, pelo que este diagnóstico mantém-se pelos critérios atualmente utilizados; assumindo-se como uma concomitância de doenças.

Os autores reportam o caso de uma jovem, 2(1) anos, sem antecedentes pessoais, admitida por quadro com três dias de evolução de dor abdominal, em cinturão, sensação de mal-estar geral e náuseas. Apresentava abdómen doloroso na região epigástrica e analiticamente com proteína C reativa (PCR) 2.67mg/dL, amilase 220U/L, amilasúria 1446U/L, lipase 3114U/L, eletroforese de proteínas com pico inflamatório, colesterol total 213mg/dL, LDL 126mg/dL, triglicéridos 232mg/dL. PCR SARS-CoV-2 positivo. Ecografia abdominal com imagem nodular na porção cefálica do pâncreas de 35mm de maior eixo, limites mal definidos, a melhor caracterizar por ressonância, vesícula e vias biliares não dilatadas, sem sinais de litíase.

Admitindo-se pancreatite aguda (cumprindo 2/3 critérios de Atlanta, Ranson 0), ficou internada para optimização terapêutica e estudo etiológico. Realizou culturas, estudo autoimune (que foram negativos) e colangiorressonância que não apresentou alterações. Teve alta após melhoria sintomática e analítica (amilase e lipase normalizadas).

Este caso pretende reforçar a possível relação do SARS-CoV2 como agente etiológico de pancreatite aguda com possível impacto a nível de tratamento e prognóstico destes doentes.

Nº 196 Contracepção oral como causa de tromboembolismo pulmonar maciço?

Flávia Freitas(1); Catarina Pinto Silva(1); Flávia Fundora Ramos(1); Rita Sevivas(1); Carina Silva(1); João Mota(1); Carlos Oliveira(1)

(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Introdução: O tromboembolismo pulmonar pode apresentar-se de diferentes formas, podendo ser fatal. A etiologia do tromboembolismo pulmonar está muitas vezes associada à tríade de Virchow e aos mecanismos fisiopatológicos que a desencadeiam.

Caso Clínico: Mulher, 27 anos, antecedentes de hipertensão arterial e bicuspidia aórtica com insuficiência aórtica ligeira a moderada e coartação aórtica severa tendo sido submetida a angioplastia aórtica em 2014. Medicada com contraceptivo oral combinado. Era fumadora esporádica e mantinha um estilo de vida sedentário. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia em agravamento, dor retroesternal com irradiação para o membro superior direito e episódio de síncope com recuperação espontânea. Objetivamente, palidez e extremidades frias, hipotensão e taquicardia e insuficiência respiratória tipo (1) com hipocapnia. Eletrocardiograficamente, com padrão S1Q3T3, analiticamente com elevação de d-dímeros e troponina de alta sensibilidade. Na angiografia torácica apresentava tromboembolismo maciço bilateral. O ecocardiograma transtorácico revelou dilatação severa das cavidades direitas com compromisso moderado a severo da função sistólica do ventrículo direito com PSAP de 70mmHg. O cálculo do *Score* PESI foi de 117 pontos - Classe de risco IV (alto risco). Foi iniciada hipocoagulação, suspendeu contraceptivo oral e manteve-se internada para continuação de cuidados, tendo depois sido

orientada para consulta de Medicina e Imunohemoterapia. Do estudo realizado, não foi encontrada trombose venosa nos membros inferiores, alterações do estudo autoimune ou trombofilias. Manteve-se hipocoagulada com heparina de baixo peso molecular e, posteriormente rivaroxabano. Teve alta da consulta de Medicina ao fim de um ano, mantendo seguimento em consulta de Imunohemoterapia.

Discussão: Em doentes jovens, clínica de síncope, dispneia ou toracalgia devem levantar a suspeita de tromboembolismo venoso. Em mulheres em idade fértil, o uso de contracepção oral é uma causa a ter em conta.

Nº 197 Hungry Bone Syndrome - Um caso paradigmático

Marco Cristo Tomaz(1); Sara Salema Travassos(1); Ana Mafalda Abrantes(1); Ana Alves Cardoso(1); António Pais de Lacerda(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: O *Hungry Bone Syndrome* consiste no aumento do sequestro ósseo de cálcio e fósforo, resultando em hipocalcémia e hipofosfatémia. A paratiroidectomia é a causa mais frequente deste síndrome, contudo, a neoplasia da próstata com metastização osteoblástica poderá estar na sua etiologia, apesar de se tratar de uma causa rara.

Caso Clínico: Homem de 7(1) anos, antecedentes de adenocarcinoma da próstata estadio IV com metastização ganglionar e óssea extensa sob Abiraterona, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e status pós-tiroidectomia por bócio mergulhante. Admitido por edema dos membros inferiores e dispneia. Ao exame objetivo, diminuição do murmúrio vesicular nas bases pulmonares e edema dos membros inferiores. Laboratorialmente, com aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR 34.2mg/dL, PCT 2.92ng/mL), hipocalcémia corrigida de 6.6mg/dL, hipocaliémia de 2.0mmol/L e hipomagnesémia de 1.4mg/dL. Sem alteração da função tiroideia. A destacar, PTH 31.2 pg/ml e vitamina D 3.0 ng/mL. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, FC 81bpm, inversão da onda T e onda U em V2-V4. Foi internado para correção de alterações hidroeletrolíticas e otimização da insuficiência cardíaca. A hipocaliémia foi interpretada no contexto de terapêutica diurética de ambulatório e efeito adverso documentado da Abiraterona. A hipocalcémia foi estudada e, após exclusão de outras etiologias, definida como secundária a défice de vitamina D e *Hungry Bone Syndrome,* com boa resposta à terapêutica de suplementação.

Discussão: Relatamos um caso paradigmático de doente com metástases osteoblásticas e consequente hipocalcémia grave, em contexto de *Hungry Bone Syndrome*, que não apresentou os sintomas e sinais clássicos deste distúrbio iónico. Torna-se assim importante um alto índice de suspeita para início de terapêutica precocemente, de forma a prevenir uma evolução desfavorável.

Nº 198 Enfisema subcutâneo e pneumomediastino – uma complicação rara da extração dentária

Rui Pedro Ribeiro(1); Catarina Vale(1); Ana Faceira(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O enfisema subcutâneo, o pneumomediastino e o pneumotórax são possíveis complicações após um procedimento cirúrgico, nomeadamente em extrações dentárias, ainda que constituam condições clínicas raras.

Caso clínico: Sexo feminino, 27 anos. Recorreu ao médico dentista para excisão de 3º molar inferior esquerdo. Cerca de 10 minutos após o início do procedimento, apresentou quadro súbito de edema da hemiface e região cervical esquerda, tendo sido encaminha ao SU. Apresentava queixas de dor cervical esquerda e disfonia e, ao exame objetivo, foi objetivado enfisema subcutâneo desta região, sem sinais de dificuldade respiratória. Manteve estabilidade hemodinâmica. Realizou TC cervico-torácica que confirmou a presença de enfisema subcutâneo da hemiface esquerda, da região cervical e da vertente superior da parede torácica anterior, bem como presença de ar no espaço retrofaríngeo, retrosternal e mediastino. A doente apresentou evolução clínica favorável, com resolução espontânea do quadro.

Discussão: Apesar de constituir uma complicação rara, este diagnóstico deve ser considerado em doentes que se apresentam com edema da face e/ou região cervical após extração dentária uma vez que, embora sejam complicações na maioria das vezes benignas e autolimitadas, podem, em alguns casos, constituir risco de vida sendo, comummente, confundidas com reações alérgicas aos fármacos anestésicos.

Nº 199 PARAPARÉSIA COMO SINTOMA DE ALERTA NUM TUMOR DE PANCOAST

Soraia Proença e Silva(1); Guilherme Salavisa(1); Catarina Vasconcelos Forra(1); Diana Brites(1); Mª Eufémia Calmeiro(1); Isabel Antunes(1); Mª Eugénia André(1)

(1) Hospital Amato Lusitano

Introdução: A síndrome de Pancoast é definida por um conjunto de sintomas e sinais secundários ao comprometimento do ápex pulmonar e estruturas adjacentes por um tumor, normalmente de origem pulmonar. Na maioria dos casos, o doente apresenta-se clinicamente com dor no ombro, na região supraclavicular e na distribuição do nervo cubital. Contudo, queixas de dor dorso-lombar não são incomuns e em 5% dos doentes o tumor pode estender-se aos foramina intervertebrais causando compressão da medula espinhal e paraparésia/paraplegia dos membros superiores ou inferiores.

O diagnóstico etiológico é histológico através da realização de biópsia aspirativa transtorácica, sendo o carcinoma pulmonar de não pequenas células o mais comum (95% dos casos).

Caso Clínico: Relata-se o caso de uma mulher de 69 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência com quadro com 15 dias de evolução caracterizado por queixas de dor lombar seguida de diminuição de força dos membros inferiores. Analiticamente, apresentava leucocitose marcada e PCR aumentada. Realizou-se estudo tomográfico, que revelou: "tumor de Pancoast à esquerda com 60x60mm com invasão e destruição vertebrocostal posterior da 1ª à 4ª (...) fraturas patológicas em D2 e D3 associadas a lesões osteolíticas malformativas presumivelmente secundárias (...) conglomerado tecidular intracanalar central a determinar compressão da medula e das raízes nervosas dos foramina". Seguiu-se biópsia da lesão pulmonar, que foi compatível com carcinoma pulmonar de

não pequenas células.

Apesar de se ter realizado o diagnóstico etiológico, o quadro clínico da doente deteriorou-se rapidamente, tendo sido pedida colaboração a Medicina Paliativa para controlo de sintomas nos últimos dias de vida.

Discussão: Pretende-se com este caso realçar a paraparésia como sintoma incomum de um tumor de Pancoast, de modo a agilizar a marcha diagnóstica e iniciar a terapêutica adequada, visto que o prognóstico destes doentes é reservado.

Nº 200 Intoxicação digitálica aguda

Flávio Quadrado(1); Rita Duarte(1); Diogo Canudo(1); Inês Canha da Silva(1); Margarida Jacinto(1)

(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A intoxicação digitálica é uma situação grave com necessidade de tratamento emergente. A digoxina promove a inibição da bomba sódio-potássio-ATPase, tanto no coração como no músculo esquelético, levando a um aumento de potássio extracelular. Desta forma, a hipercaliemia é um importante marcador de toxicidade cardíaca aguda e um preditor de mortalidade.

Caso clínico: Mulher de 85 anos, com antecedentes de fibrilhação auricular (FA), insuficiência cardíaca (IC), patologia depressiva seguida na Psiquiatria, com episódio recente (há 4 meses) de tentativa de suicídio por ingestão voluntária medicamentosa. A doente é trazida ao Serviço de Urgência por quadro de (1) hora de evolução de ingestão voluntária medicamentosa de 80 comprimidos de Apixabano 2.5mg, 30 comprimidos de Irbesartan 300mg e 20 comprimidos de Digoxina 0.125mg. Encontrava-se prostrada, hipertensa e bradicárdica. Nas primeiras análises apresentava uma digoxinémia de 20.53ng/mL e uma caliémia de 4.7mEq/L, com um traçado no electrocardiograma (ECG) de bradiFA a 40 batimentos por minuto (bpm). Iniciou fluidoterapia e foi colocada sonda nasogástrica para lavagem com carvão activado, mas por apresentar frequências cardíacas de 25bpm com traçado com bloqueio completo e hipotensão associada, fez anticorpos anti-digoxina, com posterior toma de atropina, com boa resposta, ficando com frequências de 50bpm. Durante o internamento nunca apresentou hipercaliémia e sem novos episódios de bradicardia.

Discussão: A intoxicação aguda por digitálicos é uma entidade associada a uma mortalidade elevada, principalmente em doentes com hipercaliemia superior a 5.5mEq/L na admissão. Os níveis elevados de digoxina nem sempre são um bom indicador de toxicidade devido à sua lenta distribuição reforçando a importância dos níveis de potássio e da sintomatologia na gestão destes doentes de forma a detectar e controlar as arritmias que lhe estão associadas.

Nº 201 Ao que uma gasometria pode levar

Diana Crisitna Buendia Palacios(1); Jéssica Vasconcelos(1); João Freitas Silva(1); Joana Barbosa Rodrigues(1); Glória Nunes da Silva(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introdução: A gasometria arterial é uma análise do sangue arterial, que permite obter de uma forma célere informações vitais no seguimento e ajuste terapêutico dos doentes. Neste contexto, é um procedimento realizado frequentemente no dia-a-dia, por as Equipas Médicas.

Caso Clínico: Mulher de 84 anos, internada com o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar segmentar, hipocoagulada com enoxaparina. Após punção arterial para realização de gasometria, apresenta desenvolvimento de hematoma nesta localização, progredindo para choque hipovolémico, com queda de 5 g/dl de hemoglobina. Avaliada pela Cirurgia Vascular, com identificação de falso aneurisma da artéria umeral direita iatrogénico, com posterior dissecção e necessidade de intervenção cirúrgica. Após procedimento cirúrgico admitida na nossa Unidade de Cuidados Especiais de Medicina, com boa evolução clínica.

Discussão: A realização de gasometria arterial é um procedimento comum, tecnicamente simples, mas que exige alguns cuidados por forma a evitar complicações.

Apresenta como contraindicação absoluta a realização em locais infectados ou com queimaduras. Existem contraindicações relativas, relacionadas com o risco de complicações: doença vascular periférica grave; coagulopatias ou uso de hipocoagulantes ou fibrinolíticos.

A realização deste procedimento é muito frequente em doentes sob terapêutica hipocogulante, como no caso descrito, não sendo contra-indicado em absoluto, mas sendo necessária a adopção de medidas para diminuir o risco hemorrágico: escolha do local de punção mais facilmente abordável; correcto posicionamento do doente; imobilização do mesmo; realização de punção eco-guiada; aumento do tempo de compressão do vaso após a punção; vigilância frequente dos locais de punção.

A descrição do presente caso pretende relembrar que os procedimentos que realizamos diariamente, não estão isentos de complicações graves que podem pôr em risco a vida dos nossos doentes.

Nº 202 Leptospirose – Um diagnóstico a não esquecer

Marta Batoca Sousa(1); Carolina Carvalho(1); Ana Rita de Oliveira(1); Ângela Paredes Ferreira(1); Daniela Salgueiro(1); Miguel Reis Costa(1); Nuno Pardal(1); Ana Nascimento(1)

(1) Hospital Viana do Castelo

Introdução: As zoonoses são doenças dos animais transmissíveis ao ser humano por contato direto ou indireto. A apresentação clínica é muito variável, dificultando um diagnóstico definitivo, a menos que haja um alto índice de suspeição.

Caso Clínico: Homem de 62 anos, trabalhador rural, com animais domésticos e de quinta. Recorre ao serviço de urgência por desconforto abdominal difuso, mialgias, febre e oligúria com 2 a 3 dias de evolução. Objetivamente, febril, e abdómen com discreto rash eritematoso, mole e depressível, mas doloroso à palpação do hipocôndrio direito. Do estudo analítico realizado, com pancitopenia de novo e elevação de proteína C reativa; sem alterações no exame de urina e na radiografia do tórax. Ecograficamente com hepatoesplenomegalia. Medicado empiricamente com Ceftriaxone 1gr/dia e internado para estudo de febre sem foco. Evolução clínica e analítica favoráveis com 7 dias de antibioterapia. Serologicamente com deteção de anticorpos anti-leptospira IgG e IgM positivos. Como intercorrência, durante o internamento, apresentou crise convulsiva tonico-clónica generalizada única. Estudo de liquor e RM CE sem alterações. EEG sugestivo de epilepsia generalizada idiopática. Na alta, assintomático, medicado com Levetiracetam e orientado para consulta de reavaliação, encontrando-se sem intercorrências até à data.

Discussão: A leptospirose é uma doença zoonótica prevalente, mas sub-reportada. Trata-se de uma doença bifásica com um curso variável - formas ligeiras e auto-limitadas a severas e potencialmente fatais. O seu diagnóstico assenta na exposição epidemiológica e manifestações clínicas. Na presença de uma suspeita clínica alta para leptospirose e na ausência de diagnóstico laboratorial definitivo, deve-se administrar tratamento empírico para reduzir a duração da doença e o risco de complicações que poderão acarretar

morbi-mortalidade significativas.

Nº 203 DILI – um diagnóstico diferencial a ter em conta

Mariana Lopes Matos(1); Ana Raquel Neves(1); Ana Catarina Elias(1); Marta Patacho(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A lesão hepática induzida por fármacos (*Drug Induced Liver Injury* – DILI) é uma condição frequente, podendo ocorrer, potencialmente, com qualquer fármaco. O fármaco mais associado é o paracetamol, seguido dos antibióticos (principalmente amoxicilina/ácido clavulânico). Com exceção da DILI induzida por paracetamol, o tratamento é maioritariamente conservador, implicando a suspensão do fármaco, com resolução na maioria dos casos.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, de 8(1) anos, admitida no Serviço de Urgência por febre, dor abdominal e confusão mental com 2 dias de evolução. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, Acidente Vascular Cerebral isquémico, encontrando-se recentemente em estudo de síndrome demencial, tendo iniciado amissulprida 50mg/dia há cerca de 2 semanas. Do estudo efetuado na admissão apresentava citocolestase hepática de novo (AST 849 U/L, ALT 55(1) U/L, GGT 256 U/L, FA 750 U/L, Bilirrubina total 3.07mg/dL, Bilirrubina Direta 1.69 mg/dL), sem coagulopatia, elevação de PCR 101.9ml/L, ecografia abdominal com parênquima ligeiramente heterogéneo, sem dilatação das vias biliares. Foi então admitida na enfermaria de Medicina Interna para estudo de hepatite aguda. Durante o internamento foi realizado o estudo serológico de vírus hepatotrópicos (nomeadamente HCV, HBV, EBV, CMV e parvovirus) o qual foi negativo. Foi também excluída hepatite aguda auto-imune analiticamente (ANA's, imunoglobulinas e anticorpos anti-hepáticos). Durante o internamento, após uma subida inicial das enzimas de cito-colestase, verificou-se uma redução marcada e sustentada das mesmas. Após revisão terapêutica, o quadro foi interpretado como provável lesão hepática induzida por fármacos (amissulprida) dada relação temporal compatível com o seu início e melhoria com suspensão do medicamento.

Discussão: A DILI pode ocorrer secundariamente a qualquer fármaco, de forma preditiva ou idiossincrática. A maioria dos casos resolve espontaneamente com a suspensão do fármaco suspeito, estando a biópsia hepática reservada para quadros duvidosos, com evolução clínica não linear e quando a etiologia das alterações hepáticas não está esclarecida. Este caso pretende evidenciar uma causa frequente de hepatite aguda, subsequente à toma de um fármaco que não é frequentemente associado a este diagnóstico.

Nº 204 Púrpura de Henoch-Schönlein no adulto

Joana Silvério Simões(1); Miguel Rodrigues(1); Carolina Carrilho Palma(1); Mafalda Corrêa Figueira(1); Diana Pedreira(1); Bárbara Lobão(1); Beatriz Navarro(1); Ermelinda Pedroso(1)

(1) Centro Hospitalar de Setubal

Introdução: A Púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é uma vasculite de pequenos vasos que resulta da deposição de imunocomplexos IgA. Caracteriza-se por púrpura palpável localizada sobretudo nos membros inferiores, artralgias/artrite, envolvimento renal e abdominal. Embora a sua fisiopatologia não seja totalmente conhecida, fármacos, infeções e neoplasias são os principais *triggers* descritos. Apesar de comum em crianças, o diagnóstico em adultos é raro, estando associado a uma maior morbilidade.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 47 anos, saudável, sem alergias conhecidas, infeções prévias ou contexto epidemiológico relevante. Recorreu ao serviço de urgência por rash petequial coalescente com uma semana de evolução, iniciado nos membros inferiores com progressão ascendente. Como sintomas acompanhantes referia artralgias de ritmo inflamatório e dor abdominal, mas negava alterações do trânsito gastrointestinal, hematúria ou outros sintomas. Ao exame objetivo destacavam-se lesões purpúricas coalescentes nos membros inferiores e edema e rubor do joelho direito e articulações tibiotársicas. Analiticamente apresentava elevação da VS (60 mm/1h) e PCR (13,4 mg/dL) sem alterações no hemograma, função renal ou exame sumário de urina. Os exames culturais, serologias virais e marcadores de autoimunidade foram negativos. Realizou biópsia cutânea que revelou alterações sugestivas de vasculite leucocitoclástica. Assumiu-se o diagnóstico de PHS e o iniciou corticoterapia dado quadro articular. Apresentou resolução completa do quadro, mantendo vigilância em Consulta de Medicina Interna pela possibilidade de recidiva do mesmo.

Discussão: A PHS é geralmente autolimitada, por oposição a outras vasculites sistémicas, embora haja recorrência em cerca de um terço dos doentes. O seu diagnóstico é clínico, podendo a biópsia ser útil em casos de apresentações atípicas. Apesar de raro, é um diagnóstico a considerar na idade adulta, visto que a sua deteção precoce pode prevenir a morbilimortalidade a longo prazo.

Nº 205 Abordagem terapêutica da Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida num doente oncológico

Marco Aurélio Correia(1); Mariana S. Câmara(1); Alice Vicente(1); Francisco Soares Laranjeira(1); Bernardo Pimentel(1); Nuno Neves(1); Pedro Moraes Sarmento(1); Anabela Raimundo(1)

(1) Hospital da Luz Lisboa

A abordagem terapêutica da insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção reduzida (FEr) por cardiotoxicidade secundária à quimioterapia (QT) é, essencialmente, empírica. A doença oncológica e as complicações cardíacas do seu tratamento são, normalmente, critérios de exclusão dos ensaios clínicos (EC). Os autores apresentam um caso de ICFEr num doente com Leucemia Linfoblástica Aguda B (LLAB) sob QT.

Homem de 32 anos com trissomia 2(1) e diagnóstico LLAB em 2008, reinicia QT com vincristina e ciclofosfamida em 2020, por reincidência de doença. Em 2021, é internado por IC de novo: o ecocardiograma transtorácico (EcoTT) documentou fração de ejeção preservada. Manteve a QT e, em 2022, tem novo episódio de IC descompensada. Suspende a QT e inicia terapêutica diurética. Por progressão da IC em perfil clínico-hemodinâmico

tipo L (hipoperfusão com hipotensão sem congestão) é internado. Analiticamente apresentava NTproBNP de 5942 pg/mL e creatinina de 0.98 mg/dL. O EcoTT documentou cardiopatia dilatada com FEr (29-31%). A ressonância magnética cardíaca, sugestiva de cardiotoxicidade, excluiu isquemia. Evoluiu favoravelmente sob levosimendan e noradrenalina e, inicia sequencialmente terapêutica com valsartan (20 mg bid), espironolactona (25 mg qd), empagliflozina (10 mg qd) e bisoprolol (1,25 mg qd) com boa tolerância. Após a alta, evoluiu favoravelmente, sob a terapêutica modificadora de prognóstico otimizada com ivabradina (2,5 mg bid) e titulação do valsartan (40 mg bid), apesar de manter um perfil hipotensivo assintomático persistente. O EcoTT aos 3 meses mostrou recuperação da FE para 49%. Retomou QT, dexametasona e vincristina sem recorrência de sinais ou sintomas de IC (NTproBNP de 1326 pg/mL e creatinina de 1,1(1) mg/dL).

O presente caso documenta a utilização da terapêutica modificadora de prognóstico da ICFEr atual, num doente com cardiotoxicidade associada a QT, com boa tolerância e recuperação da FE, tal como o observado na população não oncológica incluída nos EC.

Nº 206 Doença de Crohn: um caso potencialmente fatal

Mariana Baptista(1); Mariana Estrela Santos(1); Ana Sofia Silva(1); Rosélia Lima(1); P. Salvador(1)

(1) CH VN GAIA UNID (1) - SANTOS SILVA

Introdução: O mesmo agente infeccioso pode ter diversas manifestações clínicas, estando a apresentação do quadro, muitas vezes, relacionada com as patologias e terapêuticas crónicas dos doentes.

Caso Clínico: Sexo feminino 43 anos, antecedentes de Doença de Crohn (DC), medicada com azatioprina. Quadro de febre (40ºC), odinofagia, astenia e diarreia com 8 dias de evolução, sem muco ou sangue. Medicada com amoxicilina/ácido clavulânico, com surgimento de exantema eritematoso, sem outras alterações ao exame objectivo. Do estudo realizado, apresentava pancitopenia (anemia de 8,4g/dL, leucopenia com neutropenia e linfopenia, plaquetas de 6(1) 000/uL), colestase e citólise hepática, sem disfunção. Admitida para vigilância e estudo, com agravamento clínico rápido, com necessidade de suporte aminérgico e ventilação mecânica invasiva e posterior adimissão no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente. Do estudo, a destacar infecção ativa por citomegalovírus (CMV), com carga vírica de 117,065 UI/mL, restante estudo virológico negativo. Assumido choque sético com ponto de partida em infeção por CMV em doente imunodeprimida, com disfunção cardiovascular, hematológica, hepática e respiratória (pneumonia por CMV, com tomografia computorizada (TC) a mostrar extensa pneumonia de características víricas e bacteriana). Iniciado tratamento com ganciclovir, até 2 cargas viricas negativas. Realizada vancomicina, meropenem e anidulafungina por sobreinfeção bacteriana/fúngica.

Melhoria clinica progressiva, sendo iniciada reabilitação por miopatia de desuso grave. Posteriormente, avaliada em consulta, com recuperação total, estando a trabalhar, sem medicação imunossupressora até ao momento.

Discussão: Até 1,8/1000 dos doentes hospitalizados com DC apresentam infecção por CMV, sendo que a utilização de terapêutica imunossupressora, aumenta a probabilidade de infecções graves por CMV. Assim, este caso mostra a importância de considerar sempre esta hipótese diagnóstica nos doentes com DC, com início de terapêutica precoce, aumentando a probabilidade de um desfecho clínico favorável. Mostra ainda a importância de investigação quanto à pertinência de realização de profilaxia de infecção por CMV em doentes com DC, dada a potencial gravidade do quadro infecioso.

Nº 207 Polimialgia Reumática – Diagnóstico de novo em contexto de Internamento

Maria Guilherme Muchata(1); Joana Urbano(1); Maria Inês Risto(1); Mafalda Machado de Gouveia(1); Mariana Gomes Xavier(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital Santa Luzia

Introdução: A polimialgia reumática trata-se de uma doença reumática inflamatória que surge tipicamente no adulto com idade acima dos 50 anos, cuja prevalência vai aumentado em idades mais avançadas, que se caracteriza por dor de ritmo inflamatório de início subagudo e acentuada rigidez ao nível das cinturas escapular e pélvica.

Caso clínico: Destaca-se o caso de um homem de 75 anos, parcialmente dependente por patologia osteoarticular degenerativa e com antecedentes de implantação de *pacemaker* por bloqueio auriculoventricular, cardiopatia isquémica, doença cerebrovascular, diabetes *mellitus* tipo 2 insulinotratada com complicações macro o microvasculares, hipertensão arterial e dislipidemia. Recorre ao serviço de urgência por um quadro de diminuição do débito urinário e dejeções diarreicas, após início de *Sodolac* para a sua patologia osteoarticular. Associadamente, tem história de dores osteoarticulares com 10 anos de evolução, com progressiva limitação da mobilidade, com agravamento franco nas últimas semanas, tornando-se totalmente dependente, com dores intensas e simétricas nas cinturas escapular e pélvica, associadas a rigidez articular de ritmo inflamatório. Concomitantemente, verificou-se febre baixa, proteína C reativa e velocidade de sedimentação elevadas, sem cefaleias, alterações visuais ou claudicação da marcha. No internamento, objetivou-se também anemia da doença inflamatória. Ecografia dos ombros mostrou bilateralmente achados compatíveis com bursite, ainda que pouco exuberante. Iniciou prednisolona que resultou numa melhoria franca da clínica de dor e rigidez articular, necessitando de apoio apenas para o banho e para se vestir, sendo capaz de deambular pela enfermaria sem qualquer apoio.

Discussão: Destacamos o caso para enaltecer a importância de avaliar o doente como um todo, método de trabalho do internista, pois para além de se abordar a clínica que levou o doente a procurar os cuidados de saúde, não se podem descorar oportunidades para fazer outros diagnósticos cuja abordagem será determinante para a melhoria da qualidade de vida do doente.

Nº 208 VIH e mieloma múltiplo – relação causal ou coincidência?

Beatriz Riquito(1); Marta Barrigas(1); Ana Maria Carvalho(1); Rui Carvalho(1); Patrícia Ferraz(1); Victor Paz(1)

(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Introdução: Desde a introdução da terapêutica anti-retrovírica (TARV) em 1996/1997, a sobrevida da população infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) aumentou drasticamente, levantando questões de saúde pública e obrigando a sensibilização dos profissionais de saúde para o risco de malignidade desta população. O caso que apresentamos é um exemplo de uma neoplasia hematológica num doente com VIH, com a particularidade de ambos os diagnósticos serem síncronos.

Caso clínico: Homem de 7(1) anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e hiperuricemia. No verão de 2022 recorre várias vezes ao serviço de urgência (SU) por quadro clínico de astenia, febre, hipersudorese noturna, perda ponderal, náuseas e vómitos. Numa dessas vindas ao SU acaba por ser internado por uma síndrome constitucional com pancitopenia, associada a candidíase esofágica e febre

recorrente. Ao exame físico era evidente um herpes labial, candidíase orofaríngea e lesões purpúricas dispersas alguns membros, sugestivas de Kaposi. O estudo inicial incluiu a serologia do VIH que se revelou positiva. No restante estudo alargado, era evidente um pico monoclonal do tipo IgG/Kappa, com 25% de plasmócitos no mielograma e ainda positividade para o anticorpo anti-HBc. Confirmou-se o diagnóstico de mieloma múltiplo (MM) após se terem detetado lesões líticas no crânio e na coluna cervical e dorsal, num doente com VIH estadio C3 (SIDA).

Após tratamento adequado de algumas intercorrências no internamento, o doente iniciou TARV com darunavir/colbicistate + emtricitabina + tenofovir-alafenamida, que cobria também o tratamento para o VHB. Sensivelmente 6 semanas após, iniciou tratamento para o MM com bortezomib (já estaria sob corticoterapia).

Discussão: As doenças dos plasmócitos em doentes VIH podem manifestar-se como hipergamaglobulinemia policlonal, gamapatia monoclonal ou MM. Apesar de poder ocorrer com alguma frequência, a literatura nestes casos é escassa, principalmente no que diz respeito ao tratamento. Deve iniciar-se a TARV o mais cedo possível, mas não há consenso quanto ao início do tratamento dirigido ao MM. Geralmente o prognóstico é pior do que na população geral. A existência de relação causal entre os dois diagnósticos mantem-se polémica entre a comunidade científica.

Nº 209 Quando o impensável bate à porta

Margarida Dias Agudo Gomes Neto(1); Francisca Saraiva Santos(1); Carolina Robalo(1); Ana Reis(1); António Pessoa(1); Sónia Serra(1); Ermelinda Pedroso(1)

(1) Centro Hospitalar de Setubal

Introdução: O Streptococcus Pneumoniae é responsável pela maioria das infecções bacterianas respiratórias. Nos casos mais graves, pode evoluir para bacteriémia e meningoencefalite. Estas são raras como apresentação inicial, afectando maioritariamente indivíduos imunodeprimidos. A antibioterapia dirigida e precoce é o tratamento de eleição, podendo, ainda assim, evoluir desfavoravelmente para morte.

Caso Clinico: Homem, 56 anos, fumador, obeso, admitido na Urgência por quadro de alteração do estado de comportamento com 12 h de evolução havendo referência pela esposa de cefaleia e febre associadas. Apresentava-se hemodinamicamente estável, saturações periféricas 96% e febre quantificada em 39ºC. Ao exame neurológico com agitação psicomotora, alterações de discurso, fotofobia, pupilas mióticas, sem outros achados no restante exame objectivo. Analiticamente verificou-se aumento dos parâmetros inflamatórios (leucocitose 17000 uL, PCR 8 mg/dL). Foi realizada TAC cranio que não mostrou alterações e punção lombar com saída de líquor turvo tendo sido isolado Streptococcus Pneumoniae. Foi iniciada antibioterapia com cefriaxone e o doente foi admitido em UCI. Durante a permanência na unidade verificou-se agravamento do quadro com necessidade de entubação orotraqueal e suporte vasopressor, tendo-se constatado bacteriémia com isolamento do mesmo agente nas hemoculturas colhidas a admissão bem como pneumonia extensa no Raio X de tórax a corroborar a evolução desfavorável. Após uma semana foi possível proceder a extubação e descalar restantes suportes de orgão tendo o doente sido transferido para a enfermaria de infecciologia para manutenção de antibioterapia e restantes cuidados.

Discussão: Este caso clinico ilustra que mesmo indivíduos sem imunossupressão conhecida podem desenvolver patologias habitualmente conotadas a indivíduos imunodeprimidos. Por outro lado, nem sempre a evolução natural se processa da mesma forma, o que torna cada caso mais desafiante. Neste sentido, este caso alerta-nos, igualmente, para a necessidade de conhecimento abrangente dos vários microorganismos e patologias associadas bem como senso clínico para o tratamento célere e adequado.

Nº 210 Diagnóstico inesperado de um adenocarcinoma do pulmão.

Ana Patrícia Nunes(1); Mónica Jardim(1); Andreia Pestana(1); Teresa Faria(1)

(1) CH FUNCHAL - MARMELEIROS

A pandemia por Covid19 dificultou muito o acesso da população aos serviços de saúde. Uma das manifestações deste problema tem sido o diagnóstico tardio de neoplasias. Apresentamos o caso de um doente em quem a ausência de sintomas respiratórios e o atraso no acesso aos serviços de saúde dificultou o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão.

Doente de 73 anos, sexo masculino, não fumador, recorre à consulta de Cirurgia Geral por aparecimento de massa dolorosa na face posterior da coxa esquerda. Realizou ressonância magnética da coxa, que caracterizou a lesão como provável sarcoma. Realizou posteriormente biópsia da lesão, cujo resultado anatomopatológico revelou adenocarcinoma. No seguimento do estudo foi pedida tomografia computorizada (TC) de corpo, cujo agendamento aguardava.

Cerca de 4 meses após a primeira consulta o doente recorre ao Serviço de Urgência por queixas de dor intensa ao nível da coxa esquerda e dificuldade na locomoção. Foi internado para controlo sintomático e para prosseguir estudo dirigido à lesão da coxa.

Ao 3º dia de internamento inicia quadro de dispneia. À avaliação a destacar sibilância bilateral à auscultação pulmonar, sem outras alterações de relevo. Foi pedida radiografia de tórax que revelou uma hipotransparência de bordos regulares no ápex pulmonar direito. Foi pedida TC de tórax, que descreveu "volumosa lesão expansiva envolvendo o vértice pulmonar direito com cerca de 6.7x6.9cm de maior eixo". Foi referenciado para broncofibroscopia, no entanto, apresentou agravamento clínico com estridor, e acabou por falecer ao 5º dia de internamento.

A ausência de sintomas respiratórios na apresentação inicial do doente levou a que não se ponderasse a possibilidade de neoplasia do pulmão, embora o diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma devesse fazer pensar neste diagnóstico. Procuramos assim relembrar a importância do estudo etiológico das lesões neoplásicas apesar das condicionantes pós-pandemia que ainda hoje vivemos.

Nº 211 Surdez Neurossensorial associada à COVID19

Ana Castro Barbosa(1); Ana Maria Baltazar(1); Fábia Cerqueira(1); Margarida Guiomar(1); Inês Matias Lopes(1); Ana Rita Ferreira(1); Raquel Diogo(1); António Moreno Marques(1); António Pais Lacerda(1); Francisco Santos Cunha(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A associação entre COVID19 e surdez súbita neurossensorial tem sido relatada em diversos estudos publicados na literatura, tendo sido reportados 27 casos. É importante identificar precocemente a COVID19 como etiologia da surdez neurossensorial súbita de modo a escolher um tratamento que maximize a recuperação clínica. Os corticóides são considerados a primeira linha no tratamento da surdez súbita neurossensorial.

Caso clínico: Sexo feminino, 59 anos, natural de Cabo Verde, sem antecedentes de relevo. Doente recorre ao serviço de urgência por quadro com três dias de evolução de dor abdominal difusa, vómitos alimentares, diarreia e anorexia; sem febre associada. Na admissão hipotensa, taquicárdica, com acidose metabólica, hiperlactacidémia, elevação dos parâmetros inflamatórios e lesão renal aguda. Pesquisa de SARS-COV2 por

PCR com resultado positivo, sem clínica de infeção respiratória. Foi admitida no Serviço de Medicina Intensiva por choque séptico de provável ponto de partida gastrointestinal, apresentou evolução favorável sob antibioterapia empírica, sem isolamentos bacteriológicos. Foi transferida para a enfermaria de Medicina, onde manteve picos febris diários e inicia quadro de hipoacusia súbita bilateral de agravamento progressivo, com exame objetivo e avaliação complementar a sugerir surdez neurossensorial, hipótese confirmada pela Otorrinolaringologia. Admitida surdez neurossensorial secundária à COVID19, após exclusão de outras causas. Foi iniciada corticoterapia na dose de 1mg/kg/dia. Após o início da corticoterapia com apirexia mantida, manteve hipoacusia marcada, tendo sido posteriormente submetida a colocação de implante coclear.

Conclusão: Este caso clínico espelha a importância da valorização da hipoacusia súbita numa doente com infeção por SARS-COV2, que ainda que tratada precocemente com a terapêutica admitida como sendo a indicada nestes casos, não apresentou melhoria ou resolução da hipoacusia. Trata-se, portanto, de um caso raro de ausência de melhoria da hipoacusia com a corticoterapia, sendo que a literatura descreve apenas um caso de ausência de melhoria, em que os corticóides foram administrados já três semanas após o início da surdez.

Nº 212 Carcinoma da paratiroide – uma causa rara de hipercalcémia

Inês Pinheiro(1); José Miguel Martins(1); Clara Pinto(1); João Faia(1); Ana Rita Barbosa(1); Beatriz Pinheiro(1); Susana Cavadas(1)

(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A hipercalcémia é um distúrbio comum, sendo o hiperparatiroidismo (HiperPTH) primário e o Mieloma Múltiplo (MM) as causas mais frequentes. Na abordagem inicial, o doseamento da hormona paratiroide (PTH) ajuda a distinguir estas duas entidades.

No caso apresentado, apesar dos valores de PTH sugerirem HiperPTH primário, o estudo levantava a hipótese de MM.

Caso clínico: Mulher, 77 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por perda de força generalizada. Queixas ainda de obstipação com (1) semana de evolução. Ao exame objetivo, com tetraparésia flácida, reflexos osteotendinosos diminuídos simetricamente e hipotonicidade. Nas análises, evidência de hipercalcémia com PTH elevada (Cálcio total 13.44 mg/dL, PTH 2426 pg/mL), lesão renal aguda e anemia normocítica/normocrómica. Assumido HiperPTH primário e iniciada terapêutica hipocalcemiante, mas mantendo níveis de Cálcio > 12 mg/dL.

No estudo, cálcio urinário aumentado e ecografia cervical sem alterações. No entanto, TC a mostrar múltiplas formações líticas ósseas, com sinal de *salt and pepper* e padrão de *rugger jersey spine* e lesão expansiva em localização posterior à glândula tiroideia, levantando como principais hipóteses de diagnóstico HiperPTH com ponto de partida em lesão das paratiroides ou MM. Realizado estudo medular, não compatível com doença hematológica.

Pela elevada suspeita de carcinoma da paratiroide, realizada cintigrafia e submetida a paratiroidectomia, com resolução gradual das alterações analíticas.

Discussão: No HiperPTH primário não é comum a presença de lesões líticas e a maioria dos doentes não desenvolve sintomas de hipercalcémia. No entanto, no caso descrito, a doente apresentava-se sintomática e com achados na TC que fizeram suspeitar de gamopatia monoclonal concomitante. Após exclusão, assumiu-se osteopenia no contexto do distúrbio metabólico.

Menos de 1% dos casos de HiperPTH primário são causados por carcinoma da

paratiroide. Os achados clínicos resultam da produção excessiva de PTH e, portanto, os sintomas predominantes são da hipercalcémia secundária. O desafio diagnóstico prende-se na distinção entre patologia benigna e neoplásica. O envolvimento esquelético e PTH muito aumentada são mais sugestivos de carcinoma da paratiroide. A anatomia patológica é, no entanto, crucial para o diagnóstico definitivo.

Nº 213 Diagnóstico de Mieloma múltiplo no estudo de uma Leucemia

Beatriz Riquito(1); Mariana Nunes(1); Elisabete Cerqueira(1); Pedro Sá Almeida(1); Patrícia Ferraz(1); Victor Paz(1)

(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Introdução: A leucemia linfocítica crónica e o mieloma múltiplo são ambas doenças linfoproliferativas que afetam os linfócitos B. A ocorrência simultânea de ambos no mesmo doente é rara e a literatura disponível sobre a sobrevida e *outcomes* clínicos é escassa.

Caso clínico: Mulher de 76 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial essencial e dislipidemia, medicada para ambos. Foi referenciada pelo médico assistente à consulta externa de Hematologia por leucocitose com linfocitose absoluta. Apresentava clínica de cansaço e hipersudorese noturna, sem outros sintomas B. Sem adenopatias ou organomegalias palpáveis ao exame físico. O estudo inicial confirmou a linfocitose, com esfregaço de sangue periférico (ESP) a mostrar pequenos linfócitos com cromatina nuclear mais laxa e imunofenotipagem do SP a evidenciar características fenotípicas de leucemia linfocítica crónica de células B (LLC-B). No restante estudo, destacou-se pico monoclonal (IgG aumentada associada a imunoparésia) com imunofixação a mostrar uma gamopatia monoclonal do tipo IgG/lambda. Colheu mielograma com 34% de linfócitos e 13,5% de plasmócitos. Confirmou-se o diagnóstico de mieloma múltiplo (MM) após terem-se objetivado lesões líticas no crânio e na coluna cervical e dorsal.

A doente foi então oficialmente diagnosticada sincronamente com LLC-B (Binet A, Rai 0) e MM IgG/Lambda (ISS 1), tendo sido proposta, em consulta de grupo, para iniciar tratamento com bortezomib, melfalano e prednisolona (VMP).

Discussão: Apesar de uma análise retrospectiva mostrar que a LLC-B é mais comum em doentes com MM do que na população geral, a coexistência de ambas as patologias é raro e o número de casos com os diagnósticos síncronos é ainda menor, como é o exemplo do caso que aqui apresentamos. O estadio precoce da LLC-B não obriga a tratamento, pelo que iniciou ciclo de VMP dirigido ao MM, embora alguns estudos confirmem alguma atividade destes fármacos também para o clone da LLC. Em conclusão, é importante saber identificar um componente monoclonal, se existente, em doentes com LLC-B, dado que a escolha do tratamento e o seu *outcome* poderão ser diferentes.

Nº 214 Um testemunho em cuidados paliativos

Cláudio Gouveia(1); Licínia Araújo(2); Susete Freitas(2); João Paulo Correia(2); Vilma Passos(2); Graciela Camacho(2); Helena Fragoeiro(2); Luísa Gomes(2)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (2) SESARAM

Introdução: Os Cuidados paliativos (CP) são cuidados de saúde holísticos e ativos disponibilizados, por uma equipa, a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento proveniente de doença grave e incurável, com prognóstico limitado especialmente aqueles que estão no final da vida. Fazem-no por meio da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos sintomas não só físicos, mas também dos problemas psicossociais e espirituais.

Objetivo: Determinar e caracterizar a população admitida numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), durante um período de 3 meses.

Métodos: Estudo retrospetivo dos doentes adultos admitidos numa UCP de Março a Maio de 2022. Procedeu-se à consulta dos processos clínicos. Dados analisados em Microsoft Excel.

Resultados: Durante o período de estudo, foram admitidos 76 doentes na UCP, o sexo feminino foi o mais prevalente (53%), com uma média de idades de 7(1) anos. A maior parte destes foi internada diretamente do domicílio (29%), seguindo-se depois as transferências do Serviço de Medicina Interna (20%) e do Serviço de Urgência (16%), sendo que apenas 46% destes doentes eram acompanhados previamente pela equipa de CP. Os principais motivos de internamento foram a descompensação de sintomas (53%), a necessidade de cuidados de fim de vida (20%) e o agravamento do estado geral (18%). À admissão apresentavam na *Palliative Performance Scale* (PPS) uma mediana de 30% e com base no *Confusion Assessment Method*, o delirium estava presente em 18% dos doentes. Verificou-se que a maior parte dos doentes (93%) apresentava um diagnóstico oncológico. As neoplasias do sistema digestivo foram as mais prevalentes (32%). Os doentes e familiares tinham conhecimento do diagnóstico e prognóstico, apurando-se conspirações do silêncio em apenas 8% dos casos. A duração média de internamento foi de 12 dias. Durante este período realizaram-se conferências familiares com as famílias de 61% dos doentes. No que diz respeito aos sintomas, os mais prevalentes foram dor (46%), dispneia (20%) e anorexia (13%). Constatou-se uma taxa de mortalidade de 71%, contudo 29% dos doentes tiveram alta, mantendo seguimento por esta equipa em ambulatório.

Conclusão: Com este trabalho conclui-se que uma parte importante dos doentes ainda é internada a partir do Serviço de Urgência, um ambiente altamente medicalizado e sobrelotado que compromete os cuidados prestados e a dignidade nesta fase da vida. Reforça também a maior necessidade de equipas domiciliárias com maior disponibilidade de resposta em termos de horário e de hospitalização domiciliária. Verificou-se também que o principal motivo de internamento foi a descompensação de sintomas e que a doença oncológica foi a mais prevalente. Chama-se atenção ainda para a percentagem de altas, reforçando a ideia de que CP não são apenas cuidados de fim de vida, devendo estar envolvidos o mais precocemente possível, com o intuito de manter os doentes no domicílio. Por fim, salienta-se que esta área é de particular interesse dado que doentes com necessidades paliativas ocupam uma percentagem significativa das enfermarias de Medicina Interna.

Nº 215 Endocardite subaguda: um desafio clínico em doentes idosos

Sofia Ribeiro de Almeida(1); Franscisco Neto Novela(1); João Neves Maia(1); Maria Duarte(1); Álvaro Ferreira(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A endocardite infecciosa subaguda pode desenvolver-se por um período de semanas a meses, de forma gradual, ainda que, mantendo elevado risco de mortalidade. Os sintomas podem ser subtis e ocorrer até que haja destruição das estruturas cardíacas, podendo incluir queixas e alterações inespecíficas tais como astenia, perda ponderal, hiperidrose, febrícula e anemia. Os doentes idosos e frágeis tornam o seu diagnóstico um desafio clínico.

Caso Clínico: Homem de 75 anos com quadro de anorexia, astenia e perda ponderal com 4 meses de evolução, a culminar em alectuamento e colocação de sonda nasogástrica. Estudo em ambulatório, com interpretação do quadro em contexto de síndrome depressiva major. Antecedente de cirurgia oftalmológica com necessidade de punção venosa previamente ao início do quadro.

Admitido em contexto hospitalar por infecção COVID-19 grave, com disfunção cardiovascular e respiratória, a motivar instituição de corticoterapia, com boa resposta clínica e analítica, a evoluir com resolução das disfunções pós corticoterapia.

Bacteriemia persistente a Streptococcus gordonii a motivar realização de ecocardiograma, com evidência de vegetação de grandes dimensões, associada a insuficiência mitral grave.

TAC toraco-abdomino-pélvica com sinais de embolização renal, esplénica e hepática.

Admitida endocardite infecciosa subaguda de válvula nativa, com valvulopatia sequelar, não tendo sido considerada cirurgia por fragilidade e caquexia.

Instituída antibioterapia dirigida, com persistência das vegetações e deterioração progressiva do estado funcional, assumindo-se irreversibilidade do quadro, a motivar alteração da estratégia terapêutica para controlo sintomático exclusivo, culminando no óbito do doente.

Discussão: Apresentamos um caso de endocardite bacteriana subaguda por agente comensal da pele, com clínica gradual e meses de evolução. A presença de sintomatologia inespecífica em doentes com comorbilidades, apresenta um desafio contribui para o atraso no diagnóstico com consequências potencialmente fatais.

Nº 216 Tuberculose do sistema nervoso central

Sofia Ramos (1); António Trigo(1); Adriana Watts Soares(1); José Ribeiro(1); Isabel Baptista(1)

(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Introdução: A afeção do sistema nervoso central é das mais graves apresentações da infeção por *Mycobacterium tuberculosis*. O seu diagnóstico não é linear e implica a conjugação de diferentes exames complementares e uma abordagem multidisciplinar.

Caso Clínico: Mulher de 62 anos, natural de Cabo Verde, com história conhecida de cirrose hepática criptogénica avançada, com pancitopénia crónica associada, hipertensão arterial, diabetes tipo 2 e doença renal crónica estadio IIIa. Foi admitida no serviço de urgência por quadro de cefaleia, cervicalgia, lombalgia e desequilíbrio com 2 semanas, ficando internada com o diagnóstico presuntivo de meningite e iniciada terapêutica antibiótica e antiviral empíricas. Evoluiu desfavoravelmente com o estabelecimento de quadro neurológico progressivamente agravado, dominado por prostração, paraplegia

dos membros inferiores, ataxia e retenção urinária recorrente, e acompanhado por subfebrilidade. A punção lombar evidenciou um líquor xantocrómico com leucorráquia e predomínio de mononucleares, glicose baixa e proteínas e adenosina deaminase elevadas. Realizou RM cranioencefálica e da coluna, revelando lesões nodulares cerebrais e no pedúnculo cerebeloso, exuberante reforço leptomeníngeo disperso e sinais de mielite. Colocou-se a hipótese diagnóstica de tuberculose do sistema nervoso central e, sob terapêutica antibacilar com isoniazida, rifampicina, etambutol e levofloxacina; corticoterapia; e programa de reabilitação motora, a doente veio a melhorar paulatinamente, clínica e radiologicamente.

Discussão: O caso apresentado revelou interesse pela clínica invulgar com síndrome da cauda equina, pelas manifestações analíticas e radiológicas múltiplas enquadradas na tuberculose do sistema nervoso central, incluindo hiponatrémia grave e processo meningovasculítico cerebral, e pelo desafio diagnóstico, que implica a conjunção de todos estes indícios, não se podendo apoiar assertivamente na cultura micobacteriológica do líquor pela sua baixa sensibilidade.

Nº 217 Síndrome Nefrítico - Afetação renal após intercorrência infeciosa

Mariana Lopes Matos(1); Claudemira Pinto(1); Rita Gouveia(1); Marta Patacho(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O síndrome nefrítico resulta de inflamação glomerular que cursa com hematúria, proteinúria em graus variáveis e leucocitúria na ausência de infeção do trato urinário. Alguns doentes podem apresentar hipertensão arterial, disfunção renal e envolvimento de outros órgãos. Todos os doentes com glomerulonefrite devem realizar biópsia renal para diagnóstico definitivo.

Caso Clínico: Sexo feminino, 23 anos, com quadro de edema dos membros inferiores e mal-estar geral com 3 dias de evolução (refere quadro de infeção respiratória alta nas duas semanas prévias). Não apresentava antecedentes pessoais de relevo nem medicação habitual. À admissão tinha perfil tensional elevado e edemas dos membros inferiores. Do estudo analítico inicial, a salientar anemia microcítica (Hb 9.3 mg/dL), pCreat 1.0 mg/dL, sedimento urinário com eritrocitúria (281.7 UL) e proteinúria 0.5g/L. Admitida no serviço de Medicina Interna por Síndrome Nefrítico. Do estudo efetuado no internamento: VS 59mm/1ªh, diminuição C3, ANA 1/100 (padrão mosqueado), anti-dsDNA, anti-membrana basal, ANCAs, anti-ENA negativos, imunocomplexos circulantes ligeiramente aumentados, serologias víricas (HIV, HCV, HBC) negativas. A colheita de urina de 24h apresentava proteínas 0.3 g/24h. Para estudo adicional realizou biópsia renal, que mostrou alterações compatíveis com glomerulonefrite membranoproliferativa (o estudo por imunofluorescência não foi realizado). A doente teve alta orientada para consulta de Nefrologia, mantendo melhoria progressiva e ausência de hematúria após (1) ano de vigilância sem terapêutica dirigida, tendo-se interpretado o quadro numa provável GN pós-infeciosa.

Discussão: A glomerulonefrite membranoproliferativa é um padrão de lesão glomerular objetivada em biópsia renal (lesão histológica, não entidade nosológica), pelo que se deve estabelecer o diagnóstico causal definitivo. As condições que subjacentes podem ser infeciosas (ex. hepatite B e C), autoimunes (ex. LES), gamopatias monoclonais, ou doenças genéticas. A presença de depósitos subepiteliais (identificados neste doente) e a resolução espontânea, favorece o diagnóstico provável de glomerulonefrite pós-infeciosa.

Nº 218 Um caso desafiante de bacterémia a Streptococcus dysgalactiae

Maria Teresa Brito(1); Rita Pinho(1); Bruno Besteiro(1); Maria Inês Matos(1); Nuno Melo(1); Margarida Silva(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

As infeções por Streptococcus grupo C e G são mais comuns em idosos com doenças crónicas, com várias manifestações clínicas, como a bacterémia A maioria das infeções focais associadas envolvem tecidos moles (principalmente se comprometimento vascular ou linfático), com complicações como endocardite e infeções osteoarticulares.

Mulher 84 anos, adenocarcinoma síncrono endométrio e ovário (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) com linfedema sequelar do membro inferior esquerdo (MIE), osteomielite crónica da anca direita e internamento recente por celulite do MIE e reação de hipersensibilidade à flucloxacilina. Internada por celulite recidivante da coxa esquerda, medicada inicialmente com ceftriaxone e vancomicina . Melhoria dos sinais inflamatórios e descida dos marcadores inflamatórios, mas com manutenção de pico febril diário nas primeiras 2 semanas. Isolado em hemocultura única da admissão *Streptococcus dysgalactiae*, o mesmo microorganismo do internamento prévio (3 sets hemoculturas posteriores negativas). Excluída endocardite infeciosa com ecocardiograma transesofágico, TC TAP sem sinais de embolização sistémica, serologia VIH negativa, imunoglobulinas normais e eletroforese de proteínas séricas sem pico monoclonal. Fez TC da coxa esquerda que mostrou celulite da parede abdominal, pelve e coxa esquerda, sem coleções e pequeno derrame heterogéneo coxofemoral direito, sem sinais de osteomielite (confirmado em ressonância). Pela possibilidade do derrame direito ser o foco primário da infeção, tentou-se colheita microbiológica do líquido, não possível por dificuldades técnicas. Descartada opção cirúrgica após discussão com Ortopedia. Cumpriu 6 semanas de ceftriaxone, com evolução clínica favorável.

Destaca-se neste caso a recorrência clínica e microbiológica, levantando a possibilidade de um foco não controlado, numa doente com fator predisponente para infeção de pele e tecidos moles, motivando uma investigação mais exaustiva e tratamento mais prolongado.

Nº 219 Dor lombar crónica: um sintoma comum com etiologia potencialmente grave

Mafalda Sousa(1); Marta Cerol(1); Marisa Brochado(1); Mariana Ramos Moniz(1); Paula Cerqueira(2); Tetiana Baiherych(1); Patrícia Macedo Simões(1); Nuno Cotrim(1); Inês Ambrioso(1)

(1) H D Santarém (2) Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Ponte de Lima

Introdução: Dor lombar é uma condição muito frequente e estima-se que cerca de 84% dos adultos têm dor lombar em algum momento da sua vida. A dor lombar define-se como crónica quando persiste por mais de 12 semanas e deve ser investigada. A maioria das dores lombares são secundárias a patologia pouco grave. Contudo, algumas patologias que se associam a dor lombar são condições clínicas graves, nomeadamente compressão medular, metástase óssea, abcesso epidural e osteomielite vertebral.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 83 anos e autónoma nas atividades de vida diária, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia, doença osteoarticular e fratura da rótula esquerda após queda em 2021, tendo realizado tratamento conservador. Desde essa altura com queixas de dor na região lombo-sagrada com irradiação ao joelho esquerdo,

sem alteração motora ou sensitiva. Por manter dor lombar apesar de analgesia, foi observada em consulta externa e realizou RMN da coluna lombar que revelou infiltração edematosa do osso esponjoso somático de L4 com conglomerado tecidular de partes moles intracanalar central, intraforaminal, paraverterbal à esquerda em L4-L5 e com envolvimento do músculo psoas. Analiticamente sem alterações de relevo. Foi encaminhada a consulta de Medicina Interna e realizou TAC toracoabdominopélvico, que não mostrou presença de metástases e que objetivou a massa descrita na RMN. Foi realizada biopsia guiada por TAC cuja histologia revelou infiltração por linfoma não Hodgkin B de células pequenas. A doente foi encaminhada para consulta de Hemato-oncologia.

Discussão: A dor lombar crónica pode ser a única manifestação de várias patologias graves e não deve ser ignorada quando mantida apesar de tratamento. O diagnóstico diferencial de massas que envolvem as partes moles perivertebrais é muitas vezes difícil, devido à falta de achados específicos. A biópsia guiada por TAC é, muitas vezes, a única forma de se obter um diagnóstico etiológico definitivo.

Nº 220 Meningoccocemia com meningite em doente jovem

João Magro(1); Pedro Mendonça(1); Pedro Martins Dos Santos(1); Cláudia Fitas(1); Margarida Portugal(1); Teresa Castro(1); João F Ferreira(1); Rita Neves(1)

(1) HOSPITAL FARO

Introdução: A meningococemia é causada por Neisseria meningitidis, um diplococos gram-negativo, presente na flora normal de cerca de 10% dos adultos. Descreve-se um caso de meningococemia com meningite associada em doente jovem imunocompetente.

Caso Clínico: Apresenta-se caso de uma doente do género feminino, de 2(1) anos de idade, com antecedentes pessoais de amigdalectomia. Recorre ao serviço de urgência com quadro de febre com evolução de 4 dias, cefaleia de predomínio frontal, fotofobia e mialgias. Referia também diarreia aquosa associado ao quadro. Ao exame objectivo, doente febril (38,1ºC) com rigidez da nuca, sinais de Brudzinski e kernig negativos. Sem outras alterações evidentes ao exame objetivo. Estudo analítico à admissão com aumento de parâmetros inflamatórios (leucocitose 28 x10^9/L, proteína creactiva de 286 mg/L), trombocitopenia (89x10^9/L), ureia (28 mg/dL), creatina 1,4 mg/dL, exame sumário de urina normal. Realizou TAC de crânio e raio-x de tórax sem alterações. Perante o quadro, optou-se por realização de punção lombar. O líquido cefalorraquidiano com aparência turva e hemática inviabilizou a contagem celular, glicémia 50 mg/dL e proteínas 37 mg/dL. Foram também requisitados os agentes de meningite/encefalite com resultado positivo para Neisseria meningitidis. Perante diagnóstico presuntivo de meningite meningocócica, iniciou antibioterapia com ceftriaxona em dose meningea e posterior internamento. Doente com evolução clínica favorável com melhoria da rigidez da nuca, cefaleia e fotofobia após 48 H de antibioterapia. Ao 5 dia, resultado de hemoculturas positivo para Neisseria meningitidis. Como intercorrências, agravamento de trombocitopenia e necessidade de transfusão de pool de plaquetas. Ao 7 dia de internamento, realizou ressonância magnética que revelou realce sugestivo de processo inflamatório de meningoencefalite. Realizou no total 7 dias de ceftriaxona com melhoria clínica e correcção de disfunção hematológica, neurológica e renal.

Discussão: A doença meningococica geralmente cursa com sintomas inespecíficos, progressivos e existe dificuldade no seu diagnóstico. O meningismo apresentado neste caso surge em fases mais tardias e tal como a ausência de sinais de Kernig e Brudzinki e o grupo etário da doente dificultaram a marcha diagnóstica.

Nº 221 Um estranho caso de tuberculose e as suas complicações

Gregória Maria Baió(1); Ana Realista Pedrosa(1); João Lavadinho Carapinha(1); Inês Rocha T Bastos(1); Claudiu Guz(1); Maria Luisa Corraliza(1); Tereza Veloso(1)

(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A Tuberculose, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, é a principal causa infecciosa de morbimortalidade. Apenas em 202(1) afectou 10.6 milhões de pessoas, a maioria imunocomprometidos e em países pouco desenvolvidos e em desenvolvimento.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 23 anos de idade, investigadora forense, admitida por toraco e dorsalgia e tosse não produtiva com (1) mês de evolução e febre persistente com 6 dias de evolução. Do estudo complementar destacava-se aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR 28.6 mg/dL sem leucocitose), derrame pleural direito de grande volume, com características de exsudado, predomínio linfocítico e ADA 43.5 U/L. O estudo microbiológico inicial não identificou qualquer agente etiológico. Por agravamento clínico foi submetida a toracocentese evacuadora, complicada de hidropneumotórax, e a *toillete* pleural com desbridamento e biópsia pleural, onde, posteriormente, foi isolado *M. tuberculosis complex* e objectivada histologia compatível com tuberculose pleural, assumindo-se já em ambulatório e após vários ciclos de antibioterapia empírica com aparente melhoria, Tuberculose, pelo que iniciou terapêutica com Rifampicina 370 mg/dia, Isoniazida 185 mg/dia Pirazinamida 925 mg/dia e Etambutol 740 mg/dia.

Conclusão: O diagnóstico e tratamento atempados da Tuberculose são cruciais, para o doente, mas também para a detecção e quebra das cadeias de transmissão. Apesar de geográfica e epidemiologicamente se tratar de uma realidade distante, perante a anamnese e os achados imagiológicos típicos, a suspeita deve ser levantada e a investigação microbiológica e anatomopatológica prosseguida apesar da aparente boa resposta às terapêuticas iniciais.

Nº 222 Micobacteriose não-tuberculosa em doente imunocompetente

Rui Pedro Ribeiro(1); Carolina V. Monteiro(1); Emanuel Fernando Matias(1); Rafael Amorim Rocha(1); Filipa Ceia(1); Ana Faceira(1); Lurdes Santos(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: As micobactérias não-tuberculosas constituem um grupo heterogéneo de microrganismos considerados agentes oportunistas. O complexo MAC, no qual se inclui o *Mycobacterium intracellulare*, atinge normalmente pulmão e gânglios, e tem papel patogénico sobretudo em doentes imunodeprimidos ou com determinadas patologias pulmonares (doença pulmonar obstrutiva crónica, bronquiectasias, fibrose quística).

Caso clínico: Sexo masculino, 55 anos, com antecedentes de perturbação de abuso do álcool, internado no Serviço de Medicina Interna por clínica prolongada de perda ponderal, tosse e febre. Do estudo realizado: TC TAP com micronódulos de distribuição centrilobular a sugerir processo infecioso de disseminação endobrônquica nos lobos superior e inferior direitos, e adenomegalias hilares, mediastínicas, axilares, no retroperitoneu superior e nas cadeias ilíacas externas; rastreio de VIH negativo; secreções brônquicas com bacteriológico negativo e pesquisa de BAAR, PCR *Mycobacterium tuberculosis* complex (MTc) negativa, e micobacteriológicos culturais negativos. Realizou EBUS com biópsia de gânglio subcarinal e lavado broncoalveolar. Em ambas as amostras foi isolado *Mycobacterium intracellulare,* PCR MTc negativa. Iniciou tratamento com claritromicina,

etambutol e rifampicina. Cumpriu 18 meses de tratamento, com evolução clínica e imagiológica favoráveis. Não foi identificado nenhum fator de imunossupressão.

Conclusão: Apesar de ser mais comum em doentes imunodeprimidos ou com patologia pulmonar estrutural, estas infeções podem atingir indivíduos saudáveis, envolvendo sobretudo gânglios da cabeça e pescoço. Neste caso, o atingimento ganglionar difuso alerta para a necessidade de exclusão de outras causas de imunossupressão. Alguns estudos apontam para que o consumo abusivo de álcool possa influenciar o prognóstico desta doença.

Nº 223 Síndrome de Löfgren- um caso clínico

Beatriz Tallon(1); Débora Sousa(1); Margarida Proença(1); Jorge Montês(1); Tiago Gonçalves(1); Inês Margarido(1); Manuel Durão(1); Natália Marto(1); Alexandra Bayão Horta(1)

(1) Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A síndrome de Löfgren é uma forma de apresentação clínica aguda de sarcoidose, na qual surgem em associação eritema nodoso, adenopatias hilares e poliartrite migratória simétrica de predomínio nos membros inferiores. Surge em 5-10% dos doentes e é mais frequente em mulheres, sendo a artrite bilateral das tibiotársicas o mais habitual nos homens.

Caso Clínico: Homem, 48 anos, saudável, avaliado em consulta por quadro com 3 semanas de evolução de febre e poliartralgias migratórias simétricas das tibiotársicas. Negava outros sintomas, em particular de foro respiratório. Tinha estado medicado com naproxeno, sem melhoria.

No exame objectivo, havia apenas de positivo sinais de artrite das articulações tibiotársicas.

Analiticamente: ausência de anemia e leucocitose; proteína C reactiva 8,52mg/dl, velocidade de sedimentação 30mm/h; serologias para vírus da imunodeficiência humana, Epstein-Barr e Citomegalovirus negativas**;** hemoculturas e urocultura negativas; doseamento da enzima conversora de angiotensina 34,2 U/L (VR: 35-114).

A tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica mostrou múltiplos nódulos parenquimatosos pulmonares, um foco de consolidação subpleural basal direito e exuberantes adenopatias mediastínicas e hilares bilaterais.

Por hipótese diagnóstica de sarcoidose, fez broncofibroscopia: biópsia de nódulo endobrônquico e de adenopatia peri-hilar revelaram linfadenite granulomatosa não necrotizante; lavado broncoalveolar mostrou linfocitose e aumento da razão CD4/CD8 compatível com sarcoidose.

Confirmado o diagnóstico de sarcoidose com apresentação com síndrome de Löfgren, foi medicado com prednisolona com resolução do quadro clínico.

Discussão: A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistémica que envolve o pulmão de forma mais frequente, mas em 30% dos casos também outros órgãos. O caso descrito relata uma apresentação aguda de sarcoidose (Síndrome de Löfgren) pouco frequente, mas com grande especificidade diagnóstica, motivo pelo qual se destaca este caso.

Nº 224 Utilização de perfusão de morfina numa enfermaria de Medicina Interna

Matilde Coimbra(1); Frederico Batista(1); Maria Carolina Carvalho(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A perfusão de morfina em fase terminal tem indicações específicas. Não é o fármaco de 1ª linha para a sedação paliativa. Deve ser utilizada para a dispneia, dor ou diarreia, e titulada conforme necessidade e tolerância. É prática corrente a sua utilização em meio hospitalar, nomeadamente nas enfermarias de medicina interna. No entanto, não existe nenhum estudo realizado em Portugal, nem em doentes não oncológicos sobre a sua utilização.

Objetivo: Descrição da utilização de perfusão de morfina em doentes em fase terminal numa enfermaria de medicina interna, sua adequação e comparação com doentes sob morfina em bólus.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo, com colheita de dados demográficos, clínicos (comorbilidades, motivos de admissão e de morte) e terapêuticos de óbitos expectáveis, sob medidas de conforto, de um serviço de medicina interna, durante 2 anos. Define-se como perfusão inadequada aquela que não foi devidamente justificada em doente descrito sem dor ou dispneia, ou aquela que não foi titulada, tendo iniciado perfusão sem recurso a bólus prévios. Análise estatística das diferenças entre doentes sob bólus e sob perfusão de morfina, e entre doentes com perfusão inadequada e adequada de morfina.

Resultados: Em 324 óbitos registados, 164 doentes estiveram sob terapêutica com morfina em fase terminal. Destes, 83 (50%) sob perfusão de morfina. Não existiram diferenças estatisticamente significativas em relação a características clínicas e demográficas dos doentes sob perfusão de morfina (vs. bólus exclusivo), à excepção da presença de mais doentes com insuficiência cardíaca em doentes sob bólus exclusivo (30% vs. 16%, p=0,03); nos doentes sob perfusão a simplificação terapêutica foi mais frequente (94% vs. 71%, p<0,01) e o tempo até à morte mais curto (1,4 vs. 3,3 dias, p<0,01). Dos doentes sob perfusão, a adequação terapêutica foi registada em 81% dos casos. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas em relação às características demográficas e clínicas, sendo importante referir que nos doentes com perfusão adequada, a intervenção da equipa de paliativos foi menos frequente (15% vs. 38%, p=0,04). De salientar que a prescrição da morfina foi realizada em 68,7% dos casos por dispneia, e em 27,7% foi por dor. Os fármacos mais habitualmente usados em conjunto com a terapêutica com opióides, laxantes e antipsicóticos, foram utilizados em apenas 20,4% e 34,9% dos doentes, respectivamente.

Conclusão: A perfusão de morfina em fase terminal é comumente utilizada na enfermaria de medicina interna. A sua utilização nem sempre é adequada ou devidamente justificada. É necessário sensibilizar e criar protocolos de utilização de opióides nas enfermarias.

Nº 225 Haemophilus influenzae no imunocomprometido

Lúcia Jardim(1); João Pereira(1); João Corrêa(1); Maria Inês Gonçalves(1); Miguel Angelo Gonçalves(1); Rita Elvas(1); Carla Gonçalves(1)

(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Introdução: O *H. influenzae* é um agente colonizador e infeccioso do trato respiratório, podendo também ser responsável por formas um invasivas, como meningite e bacteremia.

O serotipo b (Hib) é o mais virulento, no entanto, com a vacinação, tem-se assistido a uma diminuição da infeção pelo mesmo, em oposição ao aumento por estirpes não tipáveis.

Caso clínico: Homem de 69 anos, recorreu ao serviço de urgência (SU) por febre e confusão com 3 dias de evolução, sem outra sintomatologia associada. De realçar que, até há dois meses, se encontrava a realizar tratamento com lenalidomida por transplante autólogo em 2018, tendo completado esquema vacinal após o mesmo. Na avaliação no SU, verificou-se ligeira rigidez da nuca, e um discreto aumento dos parâmetros inflamatórios; sendo de salientar a realização de radiografia torácica com dúvida quanto à presença de consolidação na base pulmonar direita e de análise sumária de urina e sedimento que não demonstrou alterações.

Foi realizada punção lombar com líquido cefalorraquidiano (LCR) turvo, cuja análise citoquímica demonstrou hipercelularidade com predomínio de células polimorfonucleares, consumo de glicose e proteinorraquia. O exame bacteriológico do LCR identificou *H. influenzae*, como o agente responsável, que foi também identificado nas hemoculturas realizadas de forma síncrona.

Cumpriu antibioterapia com ceftriaxona, vancomicina e ampicilina, com evidência de resposta clínica e evolução favorável.

Discussão: Em países nos quais a vacinação Hib é feita em larga escala, tem-se verificado uma redução significativa dos casos de doença invasiva por *H. influenzae*, que ocorre principalmente em doentes com imunidade humoral diminuída. Serve, assim, este caso, para alertar para a possibilidade destas infeções sobretudo em doentes de risco e, talvez, atendendo à realização de vacinação Hib recente, seria pertinente a identificação da estirpe de *H. influenzae*.

Nº 226 Hipertensão arterial grave por hiperaldosteronismo primário : a importância do estudo etiológico

João Barata de Carvalho(1); André Resendes Sousa(1); Joana Alves Luís(1); Joana Afonso Pinto(1); Helena Vitorino(1); Rui Osório Valente(1); Helena Cantante(1)

(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Introdução: O hiperaldosteronismo primário é uma causa subdiagnosticada de hipertensão arterial cuja apresentação clínica típica se caracteriza pela presença de hipertensão arterial (*de novo* ou com agravamento do perfil tensional em doente previamente controlado), que pode ou não ser acompanhada de hipocaliemia.

Caso Clínico: Mulher, 82 anos, com história de hipertensão arterial com tempo de evolução superior a vinte anos, sob terapêutica com perindopril e amlodipina com perfil tensional controlado há vários anos. Recorre ao SU por quadro de tontura e perfil tensional

francamente elevado objetivado em domicílio sem outra sintomatologia acompanhante. À admissão apresentava-se com perfil tensional hipertensivo (TA 217/105 mmHg), normocárdica com FC 64 bpm, apirética, sem outras alterações de relevo ao exame objetivo. Do estudo inicial destacava-se creatinina 1.3mg/dl, ureia 5(1) mg/dl, hipocaliémia de 2.8 mEq/L, sem outros desequilíbrios electrolíticos. Dada hipocalémia refratária a reposição de potássio endovenoso e perfil hipertensivo de difícil controlo, a doente foi admitida em internamento, tendo sido admitida a hipótese diagnóstica de hiperaldosteronismo primário perante o quadro descrito. Foi realizado doseamento de aldosterona sérica que se revelou aumentado (39.0ng/dL) e de atividade plasmática que se demonstrou diminuído (0.2ng/mL/H). Foi então iniciada terapêutica com espironolactona e realizada reposição de potássio vigorosa, verificando-se melhoria do perfil tensional e normocalémia tendo a doente alta encaminhada para a consulta. Em ambulatório foi realizada TC-abdominopélvica que demonstrou a presença de hiperplasia da suprarrenal esquerda compatível com o quadro de hiperaldosteronismo primário.

Conclusão: O caso acima descrito recorda-nos a importância do estudo etiológico em doente com hipertensão arterial controlada que desenvolve agravamento do perfil tensional acompanhado de hipocalémia, sendo obrigatória a a exclusão de hiperaldosteronismo primário neste contexto. Tratando-se de uma causa potencialmente reversível, a sua identificação é de particular interesse quando pensamos que apresenta uma morbimortalidade cardiovascular aumentada quando comparada a doentes com hipertensão arterial primária com perfil tensional similar.

Nº 227 Um gigante difícil de diagnosticar

Inês Sousa Quinteiro(1); Maria João Barbosa(1); André Rebelo Matos(1); Rita Gameiro(1); Luísa Azevedo(1); Fátima Lampreia(1)

(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Introdução: A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite sistémica que afeta artérias de grande e médio calibre, envolvendo habitualmente um ou mais ramos da artéria carótida, em particular a artéria temporal.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 57 anos, com quadro com 3 meses de evolução caracterizado por cervicalgia com irradiação occipital de agravamento vespertino, epistáxis espontânea, dor na região frontal e peri-orbitária acompanhada de diplopia e diminuição da acuidade visual, tendo já sido observada na urgência e na sua médica assistente. Referência também a cansaço para médios esforços, mialgias e febre com padrão vespertino. Destacava-se nódulo no quadrante inferior direito da mama esquerda. Analiticamente com anemia com padrão inflamatório, hemoglobina em descida, trombocitose, VS francamente elevada, PCR aumentada, PCT baixa, estudo autoimune, serologias e hemoculturas negativas. TC crânio-encefálica (CE), RM-CE e TC dos seios perinasais com "emaranhado vascular" da artéria maxilar interna direita. Admitida síndrome febril indeterminada, sendo internada para investigação. Durante o internamento, confirmado padrão de febre. Do estudo realizado, excluída endocardite e outros focos infeciosos após realização de ecocardiograma e TC de corpo, tendo também realizado mamografia com BIRADS 2. Perante suspeita de ACG, realizou Doppler das artérias temporais que documentou "halo ecográfico" característico, sendo então submetida a biópsia de artéria temporal. Iniciou posteriormente corticoterapia, verificando-se apirexia sustentada. Apesar da biópsia não ter confirmado o diagnóstico, manteve-se a hipótese de ACG. Mantém-se em seguimento, assintomática, com descida de VS e PCR.

Discussão: O diagnóstico e tratamento precoce da ACG é de extrema importância, dado o seu papel na prevenção da perda progressiva da acuidade visual. Destacamos também o facto de a biópsia poder ter um falso negativo em até 44% dos doentes.

Nº 228 Oclusão venosa da retina em doente com lipoproteína (a) aumentada – será este um marcador de risco?

Joana Tender Vieira(1); Paula Matias(1); Pedro Marques(1); Jorge Almeida(1)

(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

A lipoproteína (a) [Lp(a)] é uma lipoproteína de baixa densidade cujo aumento tem sido recentemente associado a eventos trombóticos venosos.

Homem, 49 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Orientado para consulta externa de Medicina Interna para estudo complementar de causas sistémicas de oclusão venosa da retina (OVR) do olho direito. Foram excluídas causas relacionadas com fatores de risco como hipertensão arterial, diabetes mellitus, infeções víricas (HSV, CMV, VZV, HIV, HBV e HCV) ou estados de hipercoaguabilidade em contexto de mutação do fator V de Leiden e da protrombina, resistência à proteína C ativada, défice de anti-trombina III, proteína S e C funcionais. O estudo de imunologia e autoimunidade (proteinograma, imunoglobulinas, complemento, imunocomplexos circulantes, fator reumatóide, Anti-dsDNA, ANCA, Anti-MBG, anti-cardiolipinas, anti-CCP e anti-ENA) foi negativo, com exceção de anticorpos antinucleares positivos, com padrão nucleolar. Do restante estudo, perfil lipídico completo com doseamento de colesterol total de 203 mg/dl, HDL-C de 46 mg/dl, TG 260 mg/dl e LDL 105 mg/dL. Realizado ainda doseamento de apolipoproteína A e B que se encontrava dentro dos valores de referência. Destaca-se doseamento de Lp (a) elevado - 128 mg/dL num valor de referência < 30 mg/dL. Para complementar estudo vascular, foi realizada ecografia doppler dos vasos do pescoço que não documentou placas ateroscleróticas. Contudo, pela possível relação da elevação da Lp (a) com evento vascular em causa, foi iniciada terapêutica com estatina de alta potência. O doente manteve-se assintomático, sem novos eventos trombóticos no período de seguimento.

A Lp(a) pode ser um marcador útil na identificação de maior predisposição a eventos trombóticos como a OVR, podendo o seu doseamento contribuir para a prevenção dos mesmos.

Nº 229 Trombocitopenia por H. pylori

Emanuel Fernandes(1); Jerina Nogueira(1); André Mendes(1); Djenabu Cassama(1); Augusto Mendonça(1); Isabel Lavadinho(1)

(1) hospital Portalegre

Uma das causas frequentes de trombocitopenia é a ação de anticorpos sobre as plaquetas e os seus percussores levando à destruição aumentada ou produção diminuída, designando-se este processo patológico trombocitopenia imune (TI). Quando isolada, sem outra doença subjacente, designa-se como primária, mas frequentemente surge em contexto de patologia autoimune ou infeciosa prévia. Exemplos conhecidos são o lúpus eritematoso sistémico e as infeções virais por hepatite C e vírus de imunodeficiência humana. Relativamente ao envolvimento da *Helicobacter pylori (H.pylori)* no desenvolvimento de TI tem ocorrido um incremento do conhecimento nas últimas décadas confirmando o mesmo, embora ainda sem total esclarecimento do mecanismo subjacente. Até ao momento, a hipótese de desenvolvimento de anticorpos por fenómenos de molecular mimicry parece ser a mais fundamentada.

Apresenta-se o caso de uma doente de 48 anos que recorreu à consulta por dores articulares nos membros inferiores. Durante o processo de investigação etiológica da dor

verificou-se a presença de uma trombocitopenia com evolução gradual tendo atingido o valor mínimo de 40 000. Após exclusão de doenças autoimunes e infeções virais realizou-se despiste de *H. pylori* tendo-se identificado a presença da bactéria. Após início da erradicação da bactéria com tratamento triplo verificou-se o aumento paulatino dos valores de plaquetas até a normalização dos mesmos. Manteve-se o seguimento da doente em consulta externa sem se voltar a verificar a presença de trombocitopenia.

Este caso vem reforçar os já existentes relatos de relação entre *H. pylori* e trombocitopenia, assim como, procurar chamar a atenção para a importância de vigiar ocorrência de processos patológicos graves, embora menos frequentes, em infeções muito comuns.

Nº 230 Pericardite após Infeção a SARS-COV2

Diogo Dias Ramos(1); Ana Catarina Rodrigues(1); Rita Prayce(1)

(1) MEDICINA II - CHLC - HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS

Introdução: Dado o número elevado de pessoas que contraíram infeção a SARS-COV2 e recuperaram, estima-se que um número significativo apresente sintomas persistentes meses após a infeção. A "COVID longa" e as suas manifestações cardiovasculares, incluindo a pericardite, devem ser uma prioridade para os sistemas de saúde.

Caso Clínico: Sexo masculino, 37 anos, fumador, sem antecedentes de relevo. Infeção assintomática a SARS-COV2 em Janeiro. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) em Abril por dor precordial em pontada com irradiação ao dorso, com agravamento à inspiração e alívio com a dorsiflexão do tronco. Rx Tórax sem alterações. ECG a relatar desnivelamento de supra-ST ~1mm em DII, DIII e aVF com depressão ligeira de PR. Analiticamente sem tendência crescente dos marcadores de necrose miocárdica.

Ecografia à cabeceira do doente (POCUS) com imagem sugestiva de derrame pericárdico, adjacente à parede posterior do VE, com 1(1) mm de espessura, superior ao corte transversal da aorta; Sem colapso das cavidades direitas, com fina lamina de derrame adjacente à parede livre do VD; Sem derrame pleural bilateral.

Admitida Pericardite a SARS-COV2. Alta do SU com ibuprofeno 600mg 8/8h (2 semanas), colquicina 0.5mg 12/12h (3meses) e indicação para repouso. Após 2 semanas, em consulta de reavaliação em Hospital de Dia, com resolução completa de sintomatologia e Ecocardiograma Transtorácico sem derrame posterior, derrame anterior com 3mm e espessamento pericárdico. Cumpriu desmame de AINE sem recrudescência sintomática.

Discussão: No que respeita à Infeção por SARS-COV2, a pericardite aparenta ser comum na infeção aguda, mas rara no período após a mesma, ao passo que os derrames pericárdicos podem ser relativamente comuns no período pós-infeção.

Estudos sugerem que a pericardite pós-COVID pode estar associada à inflamação contínua sustentada pela persistência de ácido nucleico viral sem replicação do vírus no pericárdio.

Os AINEs e a colquicina mantêm-se como o principal tratamento da pericardite aguda.

Nº 231 Nefropatia IgA: uma causa rara de síndrome pulmão-rim

Carolina Maia Nogueira(1); Fábio Neves(1); Filipa Rodrigues(1); Maria João Vilela(1); André Santa Cruz(1); Cristina Ângela(1); Isabel Apolinário(1); Gonçalo Santos(1); Paula Ferreira(1); Ana Rita Matos(1); Sara Marques(1); Alexandre Carvalho(1)

(1) Hospital Braga

A nefropatia por IgA é a causa mais comum de glomerulonefrite em todo o mundo. Estes doentes raramente apresentam evidência de doença extra-renal. A hemorragia pulmonar como apresentação de nefropatia por IgA é distintamente rara com apenas alguns casos relatados até o momento.

Doente do sexo masculino de 33 anos, totalmente autónomo. Referia quadro de cansaço e astenia associado a palidez cutânea, com perda de capacidade para as atividades da vida diária. Realizou estudo em ambulatório que revelou anemia e lesão renal aguda. No SU apresentava-se pálido e cansado. Do estudo realizado destacava-se anemia normocítica normocrómica (Hb 5.8mg/dL), lesão renal aguda (TFG 35.8 ml/min) e urina tipo II com proteinúria. Fez estudo de imagem com tomografia toracoabdominopelvica que colocou a hipótese de processo infecioso bilateral *vs* hemorragia alveolar. Ficou internado na Medicina Interna por provável Síndrome Pulmão-Rim. Do estudo realizado no internamento destaca-se estudo auto-imune negativo e eletroforese sem pico monoclonal. Realizou broncofibroscopia que confirmou a existência de hemorragia alveolar. Iniciou nesta altura corticoterapia e realizou 3 sessões de plasmaferese. Posteriormente realizou biópsia renal que demonstrou 24 glomérulos, 3 com esclerose segmentar, (1) com crescente fibrocelular e os restantes com hipercelularidade mesangial; na imunofluorescência com depósitos de IgA, achados compatíveis com nefropatia a IgA. Após instituição da terapêutica o doente melhorou do ponto de vista sintomático e apresentou resolução progressiva da disfunção renal e melhoria da anemia. Teve alta, com seguimento em consulta de medicina interna.

Os doentes com nefropatia IgA e hemorragia pulmonar apresentam alta taxa de morbilidade e risco aumentado de mortalidade a menos que seja instituída uma terapia imunossupressora rápida. Este caso destaca-se pela ausência de sintomas sugestivos de hemorragia alveolar, mas a sua presença nos exames dirigidos, podem sugerir o sub-diagnóstico desta manifestação da nefropatia IgA e a necessidade da sua investigação para decisão terapêutica mais acertada.

Nº 232 Lúpus Eritematoso Sistémico – gestão da anemia aguda

Luísa Viveiros(1); Rita Ribeiro Dias(1); Penélope Almeida(1); António Marinho(1)

(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A anemia é uma alteração hematológica comum no Lúpus Eritematoso Sistémico (LES). Múltiplos mecanismos podem contribuir para o seu desenvolvimento, incluindo causas nutricionais, inflamação, hemólise autoimune e iatrogenia farmacológica. Apresenta-se um caso ilustrativo da plasticidade da fisiopatologia da anemia no LES.

Caso clínico: Mulher de 25 anos, admitida com diagnóstico de LES: pancitopenia com anemia hemolítica, nefrite com lesão renal aguda, sintomas articulares e constitucionais. Iniciada corticoterapia (1) mg/kg/peso, imunoglobulina intravenosa 0,4g/kg/peso 5 dias, rituximab 1g IV duas tomas, micofenolato de mofetil escalado até 3 g/dia (dose de indução de nefrite) e hidroxicloroquina. Foi associada profilaxia de pneumonia

a *Pneumocystis jirovecii* com cotrimoxazole. A utente teve boa resposta clínica do envolvimento multiorgânico, à exceção de anemia grave e sustentada. A hemólise autoimune refratária foi inicialmente o principal diagnóstico. Contudo, devido a boa resposta cínica de todas a restantes manifestações, foi revisto esse diagnóstico. O teste de Coombs tornou-se negativo e o índice reticulocitário corrigido revelou-se baixo; a haptoglobina, bilirrubina e parâmetros carenciais encontravam-se normais. Os resultados foram sugestivos de anemia não-hemolítica, hipoproliferativa. A hipótese de mielotoxicidade secundária à terapêutica foi colocada. A mielotoxicidade ao micofenolato de mofetilo, hidroxicloroquina ou cotrimoxazole foi considerada o mecanismo mais provável. Os fármacos foram suspensos e verificou-se elevação franca da hemoglobina em dias.

Discussão: Fármacos comumente implicados na anemia associada ao LES incluem o micofenolato de mofetilo, azatioprina e hidroxicloroquina, devido a toxicidade medular. A estes acresce o risco associado a outros fármacos utilizados nos doentes imunossuprimidos, como o cotrimoxazole.

Os envolvimentos do LES podem ser dinâmicos e multifatoriais. Este caso ilustra a importância de manter uma elevada suspeição para outras causas quando a evolução clínica não decorre como esperado.

Nº 233 Citomegalovírus em imunocomprometido: a propósito de um caso clínico

Sérgio Cabaço(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); Cláudia Maciel Perez(1); Wendy Moniz(1); Manuel Serrano(1); Conceição Loureiro(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

O espectro de patologia causada pelo citomegalovírus (CMV) é variado e depende essencialmente do hospedeiro. Ainda que em indivíduos imunocompetentes a infeção seja geralmente assintomática ou sob a forma de síndrome de mononucleose, por vezes, a infeção primária pode levar a lesão específica de orgão com morbi mortalidade significativa. Feminino, 78 anos, história médica de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial que recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro com 48 horas de febre, dor abdominal generalizada, náuseas e vómitos. À admissão com abdómen globoso e doloroso à palpação profunda. Laboratorialmente de destacar hiperbilirrubinémia de 1.9(1) mg/dL à custa da bilirrubina direta de 1.23 mg/dL com padrão de citocolestase com aspartato aminotransferase 5003 U/L, alanina aminotransferase 2796 U/L, gama glutamil transferase 225 U/L e fosfatase alcalina 430 U/L, lactato desidrogenasse 4168 U/L. Realizou ecografia e tomografia computadorizada abdominal que não revelaram alterações. Internada com a hipótese diagnóstica de citocolestase de novo de etiologia a esclarecer. No internamento com febre e padrão de citocolestase em agravamento, foi efectuado o estudo etiológico com serologias infecciosas tendo resultado positividade para imunoglobulina M (IgM) a CMV com IgG negativo. Admitiu-se hepatite a CMV e iniciou-se terapêutica com Valganciclovir que cumpriu durante quatro semanas com evolução clínica e laboratorial favorável. Reavaliada posteriormente em consulta ainda com citocolestase que manteve até à quarta semana pós terapêutica em cinética descendente progressiva. A infeção por CMV sintomática em adultos imunocompetentes é rara, ainda mais com lesão de orgão alvo. Pretende-se evidenciar a importância de uma investigação laboratorial detalhada, e que vá além dos exames de imagem ainda que num indivíduo sem compromisso do sistema imunitário.

Nº 234 Trombocitopenia imune por Covid19

Emanuel Fernandes(1); Jerina Nogueira(1); Joana Cochicho(1); Elisabete Mendes(1); Ana Neves(1); Augusto Mendonça(1); Isabel Lavadinho(1)

(1) hospital Portalegre

O coronavírus 19 e a sua doença associada (COVID-19) impôs à comunidade científica e à medicina a necessidade de estudar e compreender uma patologia nova, desde as sua patofisiologia até ao tratamento mais eficaz, no menor período temporal possível. Para além, da afeção do sistema respiratório, cedo ficou claro que a COVID-19 tinha um impacto multissistémico onde também se incluíam alterações hematológicas. A ocorrência de trombocitopenia imune, em doentes com COVID- 19 foi documentada várias vezes, mas não está completamente definida a patofisiologia da mesma. Ocorrendo mais em doentes com doença moderada a grave, frequentemente o aparecimento ocorre após cura clínica. A gravidade da trombocitopenia é variável sendo incomuns casos graves com hemorragia e morte decorrente da mesma.

Apresentamos o caso de uma doente de 45 anos, que recorreu ao serviço de urgência por metrorragias e hematomas dispersos com 4 dias de evolução. Após exclusão de patologia ginecológica e tendo-se identificado trombocitopenia de 16 000 plaquetas iniciou-se o estudo etiológico, excluindo-se infeções virais ativas e patologia autoimune. Apesar da administração dos hemoderivados e corticoterapia a trombocitopenia foi agravando registando-se valores mínimos de 9000 plaquetas. Ao 4º dia de internamento iniciou subitamente quadro de epistaxis e hematémeses abundantes e incoercíveis seguidos de afundamento do estado de consciência e crise hipertensiva. Realizou TAC onde se verificou uma hemorragia cerebral com efeito de massa e herniação. A doente faleceu poucas horas após.

Apesar do processo de aquisição de conhecimento sobre a COVID-19 ser ímpar na história da medicina em termos de rapidez e eficácia, mantém-se ainda muito por desvendar e compreender. A crescente compreensão das comorbilidades e complicações resultantes da COVID-19 são de extrema importância permitindo uma resposta cada vez mais eficaz e um melhor prognóstico, mesmo em situações menos comuns.

Nº 235 Complicações pós tratamento de fase aguda no AVC isquémico

João Aurélio(1); Francisco Antunes(2); Marta Duarte(1)

(1) Hospital Portimao (2) Hospital Garcia da Orta

Introdução: Os tratamentos de fase agudo do AVC isquémico agudo estão associados ao aumento de complicações vasculares, mas este risco é balanceado pelo claro benefício na redução dos défices neurológicos.

Objectivo: Identificar os casos de complicações pós terapêutica de fase aguda. Identificar possíveis variáveis estatisticamente relevantes de modo a notificar e alterar os procedimentos em vigor.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo e observacional. Identificados todos os utentes internados numa unidade AVC, nos períodos 01/10/2021- 31/11/202(1) e 01/10/2022- 31/11/2022, destes foram incluídos apenas os doentes com diagnostico de AVC submetidos a trombólise, Trombectomia ou angiografia diagnóstica. Foi realizada revisão dos processos clínicos e colhidos dados de caracterização demográfica, índex de comorbidade, grau de dependência, estado de anti coagulação, caracterização do episodio na admissão, realização de trombólise, trombectomia ou angiografia, caracterização dos procedimentos, registo de complicações e gravidade das mesmas.

Resultados: Foram inseridos 88 doentes (40 no período de 2021, e 48 em 2022), com idade média respectivamente 72,4 anos e 79,9 anos. No ano 202(1) a maioria (62,5%) do sexo masculino e em 2022 apenas 45,8%. Os dois grupos eram homogéneos, em termos de grau de dependência e índex de comorbidade, bem como na caracterização do episodio na admissão. Na caracterização dos casos de trombólise igualmente homogéneos incluindo no número de complicações. Na avaliação da trombectomia, foram realizadas 58 na amostra, sendo que a técnica foi sobreponível nos dois grupos, os resultados (TICI), apenas divergindo o mecanismo de enceramento vascular, em 202(1) predomínio para o AngioSeal (16 de 25) e em 2022 predomínio para o Mynx (23 de 33). Foram registadas 3 complicações nas trombectomias de 202(1) e 15 complicações, 4 delas graves em 2022. Quando realizada a analises do subgrupo das complicações, foram homogéneos para todas as vareáveis com excepção do tempo de procedimento 57 minutos(complicações) contra 26,5 minutos (sem complicações), sem relevância estatística. Na análise do subgrupo dispositivo de enceramento e complicações, o Mynx está associado a uma incidência de complicações de 56.5%, com relevância estatística (p=0,01).

Conclusão: Foi registado um aumento de 633% de complicações entre 202(1) e 2022, incluindo o registo de 4 complicações severas. Há uma prevalência de complicações nos casos submetidos a hemóstase com dispositivo Mynx, com significado estatístico. A introdução do dispositivo mynx ocorreu no início do período estudado de 2022, pelo que é expectável que exista um período de adaptação a este dispositivo. O estudo deve ser alargado, tanto o período pré implementação do novo dispositivo como o após, de modo a ser possível retirar conclusões pós o período de adaptação aos novos procedimentos. O estudo apresenta alguns vieses como amostra pequena, ausência de registo clínico completo.

Nº 236 Doença Óssea de Paget

Jerina Nogueira(1); Emanuel Fernandes(1); André Mendes(1); Ana Paula Resende(1); Maxim Suleac(1); Joana Gomes Cochicho(1); Ana Neves(1); Elisabete Mendes(1); Djenabu Cassama(1); Isabel Lavadinho(1)

(1) Hospital Portalegre

Em Portugal, a doença Óssea de Paget tem uma prevalência mais significativa na população alentejana havendo registos da existência desta doença nos ossários de Évora. A prevalência global varia entre os 2,5-9% nos doentes mais velhos e normalmente é assintomática.

Apresenta-se um caso de um doente com 82 anos, natural do alentejo, internado por descompensação cardiovascular. Ao exame objetivo evidencia-se uma deformação óssea exuberante do membro inferior direito, na sua região tibial média, associada ao aumento local da temperatura mas sem outros sinais inflamatórios associados. Após anamnese mais detalhada, percebe-se que o doente teria esta deformação óssea há cerca de 20 anos porém, nunca a terá valorizado visto que a sua mãe também teria algo semelhante.

Após esta descoberta, estudos analíticos prévios (até 2 anos retrospectivamente) foram re-avaliados e foi percebido o aumento consistente da fosfatase alcalina (FA) com valores a rondar 200 U/L.

Fez-se a radiografia óssea do membro afetado, verificando-se arqueamento típico da doença de Paget, perda da diferenciação cortico-medular e radiodensidades de aspecto algodonoso. Radiografia do craneo também revelou radiodensidade algodonosa na região parietal e espessamento ósseo-cortical. Analiticamente verificou-se aumento da fosfatase alcalina específica do osso, aumento do C-telopéptideo do colagénio tipo (1) – CTx , aumento do N-telopéptideo do colagénio tipo (1) – NTx, aumento da desoxipiridinolina na urina e hiperparatiroidismo secundário. Desta forma, foi confirmada a suspeita de Doença de Paget.

Este caso visa lembrar a importância de conhecer a prevalência das doenças da população que recorre aos cuidados de saúde onde exercemos, de modo a levantar as hipóteses diagnósticas mais prováveis.

Nº 237 Foramen ovale patente como causa de AVC – a propósito de um caso clínico

Sofia Ferreira Cunha(1); José Sousa(1); Lourenço Cruz(1); Sofia Eusébio(1); Raquel Soares(1); Pedro Fiúza(1); André Conchinha(1); Julien Lopes(1); Ana Teresa Ferreira(1); Ana Patrícia Cachado(1); Teresa Garcia(1); António Mário Santos(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: O foramen ovale patente corresponde a uma alteração cardíaca congénita que se mantém frequentemente na idade adulta, sendo que, a maioria dos doentes é assintomático. No entanto, a patência do foramen ovale pode ser causa de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 63 anos, autónoma. História médica de hipertensão arterial essencial, medicada com perindopril. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de alteração da linguagem, tonturas e desequilíbrio da marcha com 24 horas de evolução. Negava febre, cefaleia ou alteração do estado de consciência, perda de força ou sensibilidade. À observação apresentava-se hipertensa e neurologicamente com apagamento do sulco nasogeniano à direita e disartria. Realizada Angio- TC crânio-encefálica (CE) que mostrava pequenos enfartes antigos corticais na vertente superior do hemisfério cerebeloso direito e na vertente inferior do hemisfério cerebeloso esquerdo e, adicionalmente, lesão vascular isquémica aguda tálamo-capsular esquerda. Iniciada terapêutica antiagregante dupla e estatina em alta dose. Durante a permanência no SU, apresentou episódio de alteração do estado de consciência, acompanhado de bradicardia sinusal com posterior recuperação. À observação após o sucedido, sem alterações focais de novo. Realizou TC- CE que não mostrava alterações de novo. Durante o internamento, realizado estudo etiológico de AVC, sendo que dos exames realizados, destaca-se o ecocardiograma transtorácico que mostrava aneurisma do septo interauricular, com teste de infeção de solução salina negativo. Realizado ecocardiograma transesofágico, neste contexto, que identificava foramen ovale patente.

Discussão: O foramen ovale patente pode ser uma causa de AVC em doentes cujos exames realizados para excluir cardioembolismo e doença de grandes ou pequenos vasos se revelam negativos. A realização de ecocardiograma transtorácico pode ajudar a excluir ou evidênciar esta causa potencialmente corrigível.

Nº 238 Meningite criptocócica em doente sob micofenolato de mofetil e prednisolona

Luís Neves da Silva(1); Ana Luís Vasconcelos(1); Margarida Monteiro(1); Rosário Araújo(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: A meningite criptocócica é a forma mais frequente de criptococose. A maioria dos casos ocorre em doentes imunocomprometidos, classicamente com infeção por VIH. Tipicamente apresenta-se com um quadro subagudo/crónico de cefaleia, vómitos, letargia e alterações do comportamento, com febre a ocorrer em 50% dos casos.

Caso Clínico: Sexo feminino, 79 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e pneumonite de hipersensibilidade crónica, sob oxigenoterapia de longa duração a 1L/min, micofenolato de mofetil (MMF) e prednisolona.

Instalação progressiva, com um mês de evolução de letargia, incapacidade nas atividades de vida diária e, posteriormente, de cefaleia e vómitos. Por estes motivos veio ao serviço de urgência. Ao exame físico estava sonolenta mas colaborante para ordens simples. Realizou TC-CE, eletroencefalograma e estudo analítico que, para além de hiponatremia (126 mmol/L), não demonstrou outras alterações relevantes. Realizada punção lombar (PL) onde se verificou proteinorráquia e aumento de celularidade com positividade para antigénio de criptococcus. Iniciou anfotericina B lipossómica e flucitosina. Foi suspenso o MMF, mas, pelo risco de exacerbação respiratória, apenas se reduziu a dose habitual de prednisolona. A PL no dia seguinte não demonstrou pressão aumentada. Nos dias seguintes apresentou hemiplegia esquerda e maior depressão do estado de consciência. Realizou RMN-CE que demonstrou um enfarte do ramo posterior da cápsula interna direita (território da artéria coroideia anterior). Foi mantido o tratamento de indução para além dos 14 dias por ausência de melhoria do estado neurológico, mas, após esterilização do líquor e se ter confirmado ausência de pressão aumentada através das PL, suspendeu-se tratamento de indução e iniciou a consolidação com fluconazol 400mg bidiário. Apesar do tratamento dirigido, não houve melhoria neurológica, tendo a doente acabado por falecer dias depois.

Discussão: Este caso de meningite criptocócica alerta para a necessidade de uma abordagem diagnóstica agressiva em doentes imunodeprimidos, bem como a complexidade terapêutica desta infeção. Salienta-se a ocorrência de um enfarte lacunar, uma complicação típica desta infeção, que é mais um contributo para a elevada morbimortalidade da doença.

Nº 239 Hipocaliemia – 'How low can you go?'

Jerina Nogueira(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - Hospital de Portalegre

O potássio é um catião importante no nosso organismo, tendo um papel essencial na estabilidade celular. Encontra-se predominantemente (98%) no meio intracelular e a destabilização da sua concentração poderá ser nefasta para o organismo podendo, em última análise, causar a morte.

A hipocaliemia é um dos distúrbios eletrolíticos mais frequentes na prática clínica diária e são vários os sinais e sintomas que podem estar associados, tais como tonturas, fadiga e obstipação nos casos mais leves ou arritmias cardíacas, rabdomiólise e hipotonia nos casos mais graves. As arritmias cardíacas são uma das consequências mais graves da hipocaliemia e exigem uma correção rápida do distúrbio de forma a evitar eventos com risco de vida.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 84 anos internada no serviço de Medicina Interna por síndrome confusional agudo em contexto de pneumonia adquirida na comunidade e descompensação da insuficiência cardíaca de base. Durante o internamento, já com melhoria do quadro global, verificou-se um episódio de taquicardia (120bpm). Foi solicitado eletrocardiograma (ECG), e observaram-se as análises colhidas do dia verificando-se a presença de hipocaliemia de 1.5 mEq/L. O ECG apresentou alterações compatíveis com hipocaliemia grave: aplanamento das ondas P, depressão do segmento ST e infradesnivelamento do ponto J; ondas T aplanadas, alargadas e algumas até invertidas; ondas U proeminentes no final das ondas T, formando ondas T-U em algumas derivações.

Após correção endovenosa urgente a hipocaliemia foi revertida aos seus valores normais com resolução da sintomatologia descrita e dos achados eletrocardiográficos.

Apesar da hipocaliemia ser prevalente, valores de 1.5mEq/L são achados mais raros

mas, ainda assim, compatível com a vida desde que uma reposição de carácter emergente seja realizada.

Nº 240 Epigastralgia após dilatação endoscópica, nem tudo é perfuração

Mariana Pereira Marques(1); Ana Isabel Oliveira(1); Bárbara Silva(1); Matilde Couto(1); Luísa Gomes da Silva(1); Joana Milho(1); Pedro Madeira Marques(1); Mónica Reis(1)

(1) Hospital de Vila Franca de Xira

A acalásia é um distúrbio da motilidade esofágica caraterizado por peristaltismo anómalo e ausência de relaxamento do esfíncter esofágico inferior. Geralmente manifesta-se por disfagia de progressão lenta e regurgitação. A dor torácica é um sintoma incomum, mas pode ocorrer espontaneamente ou com a deglutição. O tratamento pode consistir na dilatação endoscópica, miotomia ou na administração de toxina botulínica.

Homem de 58 anos, antecedentes pessoais de hipertensão arterial; dislipidemia; hábitos tabágicos (66 UMA) e acalásia. Medicado habitualmente com perindopril + amoldipina; sinvastatina e esomeprazol. Admitido no serviço de urgência por quadro de dor epigástrica, intensa (8/10), com irradiação retroesternal e cervical, com início cerca de 6h após realização de dilatação endoscópica por acalásia. Não foram registadas complicações/intercorrências durante o procedimento. Negava febre, dispneia, perdas hemáticas ou vómitos alimentares. Ao exame objetivo encontrava-se consciente, orientado, hemodinamicamente estável (TA: 130/68 mmHg; FC: 85 bpm, SaO2 99% ar ambiente), apresentava dor à palpação da região epigástrica, sem outros achados a destacar. Radiografia de tórax sem derrame pleural ou pneumomediastino. Radiografia abdominal sem alterações. Tomografia computorizada (TC) de tórax sem alterações. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, FC 90 bpm, supradesnivelamento ST na parede inferior e lateral. Analiticamente Hb 15.9 g/dl, INR 1.0, função renal, ionograma, parâmetros hepáticos e enzimas pancreáticas sem alterações. Destaca-se troponina I 1657 pg/ml. Admitido diagnóstico de síndrome coronário agudo com supra ST, tendo sido submetido a cateterismo e angioplastia com sucesso da segunda marginal.

A dilatação endoscópica é uma das intervenções indicadas na acalásia. As complicações mais frequentes são hemorragia e perfuração esofágica. A presença de dor torácica intensa, dificuldade respiratória ou dor abdominal severa após o procedimento devem fazer suspeitar de complicação. No entanto, apesar do elevado grau de suspeição, as outras etiologias da dor torácica devem igualmente ser excluídas, particularmente num doente com importantes fatores de risco cardiovasculares.

Nº 241 Bacteriemia pneumocócica em doente esplenectomizado

Bárbara Fraga Campos(1); Maria João Vilela(1); Diogo Lopes(1); Vanessa Palha(1); Teresa Pimentel(1); Narciso Oliveira(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: O *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) é uma causa importante e conhecida de bacteriemia, podendo ocorrer tanto em indivíduos imunocompetentes, como imunocomprometidos. Em casos de bacteriemia por pneumococo, podem existir complicações secundárias como artrite, endocardite ou meningite.

Caso Clínico: Homem de 30 anos. Com antecedentes de asma e púrpura trombocitopénica idiopática com consequente esplenectomia, tendo realizado vacinação contra agentes encapsulados e administrada Pn 23 pré-esplenectomia, mas não administrada Pn 13. Recorre ao SU por 2 picos febris nos 5 dias anteriores à vinda ao SU, com cedência a paracetamol, associados as mialgias e quadro de poliartralgia assimétrica e migratória, com limitação funcional. Ao exame físico, apresentava articulações gleno-umeral, joelhos e tornozelo esquerdo ligeiramente edemaciados, com calor, dor e limitação funcional. Do estudo realizado, apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios no estudo analítico à admissão; Hemoculturas com isolamento de *S.pneumoniae.* Excluídas endocardite e espondilodiscite. Apresentava ainda, tenosinovite da bainha do tendão do bicipital e tendinose/ tendinopatia calcificante no supra e infraespinhoso. Durante o internamento cumpriu 14 dias de antibioterapia dirigida e ciclo de 7 dias de AINE fixo, com melhoria clinica significativa.

Discussão: O diagnóstico definitivo de bacteriemia pneumocócica requer isolamento de *S.pneumoniae* num local normalmente estéril, como o sangue. As manifestações clínicas da doença invasiva pneumocócica dependem do local primário de infeção e da existência ou não de bacteriemia. A meningite pneumocócica é a complicação mais grave e mais frequente da bacteriemia pneumocócica. Complicações como endocardite, pericardite, artrite ou ileíte eram mais frequentes na era pré-antibiótica. O tratamento passa por uma antibioterapia empírica dupla até serem obtidos os resultados da sensibilidade, devendo ser cumpridos 10 a 14 dias de antibioterapia.

Nº 242 Úlcera aórtica penetrante a mimetizar pancreatite aguda

Constantin Sitari(1); Luis Gonçalves Vicente(1); Sónia Barros(1); Paulo Augusto Alano(1); João Pires Santos(1); Bruno Peixe(1)

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Introdução: A úlcera aórtica penetrante é definida como a ulceração de uma placa aterosclerótica aórtica penetrante através da lâmina elástica interna para a camada média. A localização mais comum situa-se na zona central e inferior da aorta torácica descendente. A propagação do processo ulcerativo pode conduzir a condições graves como hematoma intra-mural, pseudoaneurisma, rotura aórtica ou dissecção aguda da aorta.

Caso clínico: Homem de 69 anos com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Recorre ao serviço de urgência (SU) por dor epigástrica com distribuição em cinturão e náuseas com 4 dias de evolução, sem vómitos. Analiticamente apresentava elevação da lipase e amilase (189 U/L e 198 U/L) e agudização da doença renal crónica. Ficou internado para estudo de dor abdominal, sem critérios formais de pancreatite aguda. Estudo imagiológico sem contraste não revelou sinais ou complicações de pancreatite. Durante o internamento apresentou quadro de hemorragia digestiva alta com necessidade de suporte transfusional. Endoscopia revela lesão de Dieulafoy, sem recidiva após tratamento. Posteriormente realizou estudo com contraste que revela pequena úlcera aórtica penetrante da curvatura maior logo após a emergência da artéria subclavia esquerda e hematoma intramural da artéria tóracica descendente com término acima da placa visceral. Transferido para serviço de cirurgia vascular onde repetiu exame imagiológico que mostra aumento da dimensão das úlceras. Nesse contexto é submetido a bypass carotido-subclavio esquerdo, complicado no pós-operatório imediato por acidente vascular cerebral isquémico vertebrobasilar. Posteriormente com recuperação quase completa dos défices neurológicos.

Discussão: A dor abdominal e um sintoma frequente no SU e pode ser associada a várias entidades nosológicas. O diagnóstico diferencial é essencial para excluir situações ameaçadores da vida que requerem tratamento emergente.

Nº 242 Emergências Médicas – Coagulação Intravascular Disseminada e Insuficiência da Suprarrenal

Célia Lourenço Tuna(1); Artur Costa(1); Paulo Simão(1); Inês Barata(1); Sara Barata(1); Céu Evangelista(1); Margarida Ascensão(1)

(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Introdução: A Coagulação Intravascular Disseminada (CID) é um processo sistémico que pode originar trombose ou hemorragia. Infeções graves, neoplasias e traumas são as principais causas de CID. A Insuficiência da Suprarrenal (ISR) requer um nível de suspeição; na presença de hipotensão e hipoglicemia deve ser considerada.

Caso Clínico: Senhor de 74 anos; autónomo; hábitos etílicos marcados, sem outros antecedentes conhecidos. Deu entrada no Serviço de Urgência (SU) após ter sido encontrado caído inconsciente no domicílio em hipoglicemia (44mg/dL) e hipotermia (low ºC), desconhecendo-se o tempo de evolução deste quadro. À admissão no SU continuava inconsciente e em hipotermia, glicemia de 160mg/dL (sob soro glicosado) com tensão arterial de 118/62mmHg e frequência cardíaca de 108bpm; apresentava cianose dos membros inferiores sem pulsos popliteos, pediosos e tibiais posteriores palpáveis. Foi submetido a aquecimento corporal e hidratação. Gasimetricamente com acidemia metabólica. Analiticamente com 34000 plaquetas, lesão renal aguda (LRA) com hiperkalémia, marcada rabdomiólise e alterações hepáticas (AST 600U/L, ALT 183U/L e hiperbilirrubinemia de 5.70mg/dL à custa da direta). Coagulação com tempos de coagulação incalculáveis, fibrinogénio muito baixo (<35mg/dL) e D-Dímeros elevados (18637ng/mL). Realizou ecografia abdominal sem alterações hepáticas. Rastreio séptico negativo. Foi resolvendo a hipotermia, obtendo melhoria da trombocitopenia, das transaminases hepáticas e da coagulação, mantendo D-Dímeros altos. O doppler mostrou trombose bilateral das veias popliteas; iniciou anticoagulação de difícil gestão pelo surgimento de epistaxis. No internamento desenvolveu isquemia crónica dos pés com indicação para amputação. Após vários dias internado, apresentou agravamento da LRA e episódio súbito de hipotensão, hipoglicemia, hiponatremia e hiperkalemia - suspeita de ISR, iniciou hidrocortisona sem resposta, acabando por falecer.

Discussão: A trombocitopenia, elevação dos D-Dímeros, consumo dos fatores de coagulação e de fibrinogénio e a trombose encaixam na CID que se associou à hipotermia. Não existiu contexto séptico nem trauma que justificasse a CID. Ficou a dúvida quanto ao diagnóstico de IRS, o desfecho clínico não permitiu a continuação do estudo.

Nº 243 Hipoglicemia no Doente não Diabético

Francisco Diogo de Oliveira Simões(1); Patrícia Brito(1); Eulália Antunes(1); Marina Alves(1); Olinda Caetano(1); Inês Gonçalves(1); Paulo Gouveia(1)

(1) Hospital Braga

Introdução: No doente com alterações do estado de consciência é fundamental a avaliação da glicemia capilar, uma vez que as hipoglicemias (HG) implicam correção rápida. A maioria das HG são de causa iatrogénica ou farmacológica, por sobredosagem ou má administração de fármacos hipoglicemiantes.

Caso clínico: Homem de 73 anos com HTA e dislipidemia vai ao SU com alteração do estado de consciência por HG grave. Recentemente, teria tido vários episódios de tonturas, associados a hipersudorese e fraqueza, com melhoria após ingestão de água com açúcar e que associou a perfil tensional baixo. Negou alterações do padrão alimentar,

antecedentes de diabetes e toma de medicação hipoglicemiante. Ao exame físico, após administração de soro glicosado, apresentou-se consciente, colaborante e orientado e hemodinamicamente estável. Analiticamente, no SU, sem alterações, destacando-se ionograma e função tiroideia normais e parâmetros inflamatórios negativos. É internado para investigação complementar. No internamento, em novo episódio de hipoglicemia, doseou peptídeo C e insulina, ambos aumentados, sugerindo hiperinsulinismo endógeno. Apresentou anticorpos anti-insulina negativos e excluíram-se outras endocrinopatias. Iniciou diazóxido, com melhoria do perfil glicémico e possibilidade de suspensão da perfusão de soro glicosado. Realizou RM abdominal que detetou área nodular de 10mm na região cefálica do pâncreas, compatível com tumor neuroendócrino. Tem alta orientado para consulta de tumores neuroendócrinos, onde é completado estudo com PET-CT com análogos da somatostatina marcados com Gálio-68, que mostrou captação pancreática cefálica, sugestivo de tumor neuroendócrino produtor, com aumento da expressão de receptores de somatostatina - insulinoma. Neste momento, encontra-se a aguardar ressecção cirúrgica.

Discussão: O insulinoma é uma causa rara (com prevalência de 4 casos por milhão de pessoas/ano), para um sintoma que é frequentemente observado na prática clínica. O seu diagnóstico, como neste caso, é difícil e exige a correlação entre dados clínico-laboratoriais e também exames imagiológicos, para localização do tumor.

Nº 244 Novas perspetivas na prevenção de crises na Porfiria Aguda Intermitente

Sofia Romão(1); Francisco Ribeiro(1); Telma Pais(1); Mariana Silva de Sousa(1); Ana de Matos Valadas(1); Tiago Sepúlveda Santos(1); Anabela Oliveira(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: As Porfirias Hepáticas Agudas são doenças raras caracterizadas por défice enzimático na via de biossíntese do heme, a nível hepático, que aquando da exposição a "triggers" pode expressar-se por crises neuroviscerais agudas por acumulação de ácido 5-aminolevulínico (ALA) e porfobilinogénio (PBG), que têm efeito neurotóxico. A dor abdominal é a manifestação mais frequente, que pode mimetizar situações mais comuns na prática clínica.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma doente de 4(1) anos, com confirmação genética de Porfiria Aguda Intermitente (PAI) desde a infância. Em Janeiro/2020 com hemorragia subaracnoideia no contexto de rutura de aneurisma secundário a emergência hipertensiva, enquadrada em crise inaugural de porfiria, que motivou internamento no Serviço de Medicina Intensiva e tratamento com hematina. Entre 2020 e 2022 com mais 3 episódios de crises neuroviscerais. Recorre ao serviço de urgência em Dezembro/2022 por dor abdominal intensa associada a náuseas, vómitos e mialgias dos membros inferiores. Fez teste de Hoesch, que foi positivo. Neste contexto foi novamente internada para tratamento com hematina 4mg/Kg durante 4 dias, com melhoria do quadro clínico apesar de reação local exuberante à administração da mesma. Na altura sem fator desencadeante evidente, foi colocada a hipótese de crise ser secundária a DIU, que foi retirado. Desde a alta com duas novas crises que motivaram internamento para tratamento com hematina.

Discussão: Perante doente com necessidade de tratamento com hematina de forma repetida nos últimos anos, e considerando os seus efeitos adversos - como tromboflebite e siderémia – pondera-se como alternativa terapêutica iRNA (Givosiran). Este fármaco, de administração mensal, após absorção pelos hepatócitos reduz a atividade da ALA sintase-1, levando a uma redução da concentração plasmática e urinária de ALA e PBG – traduzida em menor gravidade e frequência das crises, menor necessidade de terapêutica

de resgate com hematina, e melhor qualidade de vida para a doente. Realça-se o papel da Medicina Interna na gestão do doente complexo, assim como a importância de terapêutica inovadora nas doenças raras.

Nº 245 CDI infectado: causa ou consequencia?

Amanda Hirschfeld(1); Andre Valente(1); Claudia Perez(1); Diogo Ramos(1); Rita Bernardino(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: Os dispositivos cardíacos vêm sendo cada vez mais utilizados nas cardiopatias, pelo seu papel revolucionário na qualidade de vida e longevidade dos doentes. Porém, com o crescimento do uso destes aparelhos, observa-se aumento da taxa de complicações associadas, nomeadamente as infeções. O CDI é um dos dispositivos mais citados nestas infeções e as características dos doentes mais acometidos incluem idade, comorbidades (diabetes, doença renal cronica) e uso de medicamentos como anticoagulantes orais e corticoides.

Caso clínico: Masculino, 60 anos, com antecedentes de cardiopatia hipertensiva e isquémica, DM2, DRC e implantação de CDI em 2021. Destaca-se uso de rivaroxabano por TEP e corticoterapia em contexto de tireotoxicose por amiodarona. Internado em 2022 para investigação de febre e lombalgia sem trauma com 15 dias de evolução. Analises com parametros inflamatórios elevados e TAC coluna com imagem sugestiva de espondilodiscite D12-L4 +abcesso do psoas. Realizada drenagem e biopsia óssea e enviado material para microbiologia, assim como hemoculturas, porem sem isolamento microbiano nas amostras. Pesquisa Brucella também foi negativa. Na ausência de outro ponto de partida obvio para a espondilodiscite, foi realizado ecocardiograma transtoracico que não demonstrou vegetação ou trombo. Doente cumpriu antibioterapia durante 12 semanas. Readmitido em 2023, por sincope e calafrios, diagnosticando-se bacteriemia a *Staphylococcus aureus* MSSA. Iniciou Flucloxacilina EV e prosseguiu-se com ecocardiograma transesofágico, que evidenciou vegetação no eléctrocateter da auricula direita. Cumpriu 3 semanas de terapêutica EV e e recebeu alta com Flucloxacilina PO e programação de troca de CDI

Considerações: Na suspeita de infeção de um dispositivo cardíaco, o ecocardiograma transtoracico deve ser complementado com transesofagico, mesmo sem isolamento em culturas, especialmente quando acrescidos os fatores de risco

Nº 246 Doença de Kikuchi-Fujimoto – Abordagem & Dilemas

Nuno Delgado(1); Lúcia Jardim(1); João Correa(1); António Violante(1); Maria Inês Gonçalves(1); Ana Rita Elvas(1); Miguel Guerra(1); Carla Gonçalves(1)

(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Introdução: Adenopatias cervicais e síndrome febril são um desafio diagnóstico para qualquer clínico pelo alargado espetro de diagnósticos diferenciais desde patologias do foro imunológico, infecioso e linfoproliferativo a patologias mais raras como a linfadenite necrotizante (ou Doença de Kikuchi-Fujimoto).

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 25 anos, de nacionalidade chinesa, avaliado no serviço de urgência por quadro de febre, hipersudorese noturna e perda

ponderal (3kg) com (1) mês evolução. Objetivamente apresentava adenopatias cervicais bilaterais, aderentes ao plano profundo e de consistência duro-elástica, confirmada ecograficamente, demostrando ainda heterogeneidade estrutural. Do estudo analítico no serviço de urgência, destaca-se apenas leucopenia ligeira. Foi realizado estudo complementar que excluiu patologia do foro imunológico e infecioso. Realizou-se biópsia ganglionar que demonstrou áreas de necrose com detritos celulares e população linfóide polimórfica com algumas células de tipo imunoblasto, com o estudo imuno-histoquímico a confirmar a presença de população histiocitária abundante (CD163+) com expressão de mieloperoxidase; aspetos sugestivos de doença de Kikuchi-Fujimoto.

Discussão e Conclusão: A linfadenite necrotizante, ou doença de Kikuchi-Fujimoto, é uma entidade clínica rara, habitualmente autolimitada que mimetiza patologias como o Linfoma de Hodgkin ou a Tuberculose Ganglionar, com características clínicas similares, mas com abordagens e prognósticos diferentes. Este caso ilustra a marcha diagnóstica de um quadro de síndrome febril associado a adenopatias (frequentemente cervicais). Considerando as patologias diferenciais mais comuns, culminando numa avaliação sequencial até a avaliação anátomo-patológica ganglionar. Esta patologia acomete principalmente adultos jovens asiáticos e o diagnóstico baseia-se em achados anátomo-patológicos, após evocação desta hipótese diagnóstica.

Nº 247 Síndrome dos Anticorpos Antifosfolípidos - um caso clínico

Mariana Moniz Ramos(1); Luis Siopa(1)

(1) H D Santarém

Introdução: A Síndrome dos Anticorpos Antifosfolípidos é uma doença caracterizada pela ocorrência de trombos arteriais ou venosos e de abortos de repetição na presença de anticorpos antifosfolípidos no sangue. Ocorre tendencialmente em idades jovens e em ambos os sexos.

Caso clínico: Homem de 48 anos, internado por trombose venosa profunda femuro-popliteia do membro inferior direito complicada por embolia pulmonar. Na sua história pregressa salientava-se unicamente a existência de hipertensão arterial e de episódios de palpitações relacionados com extrassistolia supraventricular. Não se identificou na história da doença actual nenhum factor predisponente para o evento tromboembólico e o doente para além das queixas de dor e edema do membro inferior e de dispneia ligeira não apresentava qualquer outra sintomatologia. Dos resultados dos exames complementares de diagnóstico destacou-se o prolongamento do aPTT, que a revisão do registo de exames analíticos do doente feitos nos anos transactos, permitiu verificar ser uma constante dos resultados dos testes da coagulação. Este resultado, até não valorizado, conduziu à suspeita da presença de um anticoagulante lúpico, tendo a investigação subsequente confirmado a sua existência num contexto de uma síndrome dos anticorpos antifosfolípidos cursando com anticorpo anti DNA ds positivo. O doente encontra-se anticoagulado com varfarina e não voltou a ter nenhum evento tromboembólico.

Discussão: Este caso clínico, ilustrativo de uma forma clássica da Síndrome dos Anticorpos Antifosfolípidos, chama a atenção para a importância do conhecimento das etiologias possíveis para as anomalias dos resultados dos testes da coagulação em doentes assintomáticos e para a necessidade das mesmas serem correctamente valorizadas no sentido de serem diagnosticadas atempadamente doenças com elevado potencial de morbimortalidade.

Nº 248 Sedimento urinário ativo: pesquisar além da infeção urinaria

Daniela Salgueiro(1); Ana Rita de Oliveira(1); Ângela Paredes Ferreira(1); Marta Batoca Sousa(1); Miguel Reis Costa(1); Nuno Pardal(1); Ana Sofia Costa Matos(1); Diana Guerra(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

O exame de urina é um teste simples, não invasivo e de reduzido custo que permite identificar diferentes elementos com relevância diagnóstica, no entanto, a sua interpretação deve ter em conta a história clínica, o exame físico e outros exames complementares de diagnóstico.

Mulher, 72 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, hiperuricemia e excesso de peso, medicada com telmisartan e alopurinol. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por febre, astenia, anorexia, prostração e lipotimias com 2 semanas de evolução. Apresentava urina com 3(1) leucócitos/campo, tendo tido alta medicada com cefuroxima. Por desenvolvimento de diarreia ajustada antibioterapia para amoxicilina/clavulanato e posteriormente para ciprofloxacina. Apesar de terapêutica instituída, sem melhoria clínica e com astenia progressiva pelo que recorreu novamente ao SU. Do estudo realizado, com creatinina 1.35 mg/dL e sedimento urinário com eritroleucocitúria. Ecografia renovesical sem evidência de nefropatia obstrutiva ou outras alterações. Assumido quadro de pielonefrite aguda e admitida em internamento sob ceftriaxone e fluidoterapia. Durante o internamento, sem melhoria clínica e com agravamento progressivo da função renal. Do estudo adicional, com anemia normocítica normocrómica, VS 79 mm/h, proteína C reativa 9.0 mg/dL, proteinúria de 1.5g/dL em 24h e sedimento urinário com eritroleucocitúria e eosinofilúria. Neste contexto, pedido estudo alargado que mostrou anticorpo anticitoplasma do neutrófilo (ANCA) mieloperoxidase positivo. Realizou biópsia renal com achados compatíveis com vasculite pauci-imune, confirmando o diagnóstico de glomerulonefrite rapidamente progressiva ANCA positiva. Iniciou pulsos de metilprednisolona, seguidos de prednisolona 1mg/Kg/dia em esquema de desmame com melhoria clínica e analítica.

Salienta-se deste caso a importância da correta análise do sedimento urinário, que no caso das glomerulonefrites é muitas vezes erroneamente interpretado como infeção do trato urinário.

Nº 249 8 ou 80 - A propósito de 2 casos de Doença Pneumocócica Invasiva

Rita Palma Féria(1); Filipa de Oliveira Nunes(1); Carolina Cabrita Abreu(1); Joana Silva Marques(1); Ana Grilo(1); Fernando Martos GonçAlves((1); José Lomelino Arau´Jo(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

A infeção por Streptococcus pneumoniae (s.p.) apresenta um enorme espectro de manifestações clínicas e de gravidade, não limitado a fatores de risco do doente ou resistência bacteriana.

Descrevemos os casos de: Homem de 77 anos, autónomo, sem antecedentes de relevo, vacinação antipneumocócica incompleta, trazido ao serviço de urgência (SU) por cefaleia e prostração com 3 dias de evolução, sem febre, desorientado, sem outros défices neurológicos. TC torácica com vidro despolido e derrame pleural à direita. Antigenúria s.p. positiva e isolamento de s.p. multissensível em hemoculturas. Punção lombar com antigénio de s.p. positivo no líquor. Diagnóstico de doença pneumocócica invasiva (DPI) com pneumonia e meningite. Evolução desfavorável com necessidade de ventilação invasiva, complicações supurativas centrais com meningite, focos de cerebrite e pneumónicas com empiema com necessidade de drenagem. Internamento prolongado. Alta melhorado após 42 dias de antibioterapia com agravamento importante da dependência.

Homem de 6(1) anos, autónomo, sem antecedentes de relevo, sem

vacinacão antipneumocócica, recorreu ao SU por febre, diarreia, dispneia e tosse produtiva com 2 dias de evolução. Objetivamente vígil e orientado, polipneico com insuficiência respiratória parcial e abdómen doloroso à palpação. Antigenúria s.p. negativa. TC toraco-abdominal com densificações periféricas em vidro despolido com focos consolidativos bilaterais e sinais de colite inespecífica. Posterior isolamento de s.p. multissensível em hemoculturas a determinar diagnóstico de DPI. Evolução favorável com rápida regressão da sintomatologia sob antibioterapia, a permitir alta ao 5o dia de internamento, assintomático.

Estes casos exemplificam a afeção multissistémica e largo espetro de morbimortalidade associada à doença pneumocócica invasiva, bem como a ausência de ferramentas preditivas de gravidade que nos guiem a sua abordagem.

Nº 250 Vasculites - Um desafio diagnóstico na atualidade

Pedro Catarino Varandas(1); Margarida Sá Machado(1); Inês Sopa(1); Bianca Paulo Correia(1); Mariana de Griné Severino(1); Fernanda Mendes(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: As vasculites são um desafio diagnóstico. Sendo doenças de afeção multissistémica, podem apresentar-se através de uma grande variedade de quadros clínicos, pelo que se torna necessário um elevado índice de suspeição na jornada diagnóstica.

Caso Clínico: Mulher de 6(1) anos, com história pregressa de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico do hemisfério direito e claudicação intermitente nos membros inferiores (MIs), internada para estudo etiológico de síncopes de repetição. À observação destacava-se sopro diastólico grau III/VI mais audível no foco aórtico e um diferencial de mais de 10mmHg de pressão arterial sistólica entre os membros superiores. Durante o internamento apresenta queixas de claudicação dos MIs e picos febris vespertinos. Refere ainda perda de peso importante (6 kg em 3 meses). Analiticamente com anemia microcítica hipocrómica e velocidade de sedimentação muito elevada. Para estudo etiológico da anemia e exclusão de neoplasia realizou AngioTC toracoabdominopélvico que revelou espessamento parietal e densificação da gordura envolvente da aorta torácica ascendente, arco e descendente proximal, troncos supra-aórticos e aorta abdominal, compatível com vasculite de grandes vasos (VGV). De referir, Ecodoppler Vascular prévio no contexto de estudo etiológico de AVC com espessamento difuso do complexo íntima-média carotídeo. Posteriormente realizado Ecodoppler Carotídeo, Vertebral e Transcraniano, que mostrou espessamento concêntrico da parede da artéria carótida primitiva; marcada redução do calibre, aspeto filiforme e oclusão hemodinamicamente significativa da artéria carótida interna; exclusão de alterações das artérias temporais superficiais. Pela clínica, achados imagiológicos e analíticos, assumido diagnóstico de VGV. Realizou ainda Ecocardiograma Transesofágico que revelou endocardite das válvulas aórtica e mitral com regurgitação aórtica grave, tendo sido assumida Endocardite Marântica, pelo contexto clínico, Iniciou terapêutica anticoagulante, corticoterapia e metotrexato. Mantém atualmente seguimento em consulta de Reumatologia e Cardiologia.

Conclusão: As VGV afetam a aorta e os seus ramos principais. Este caso representa uma apresentação menos comum, ilustrando a dificuldade de chegar a um diagnóstico definitivo.

Nº 251 Polisserosite imunomediada: da vasculite ANCA ao lúpus

João de Menezes Aguiar(1); Filipa Sousa Gonçalves(1); José Duro(1); Nina Jancar(1); Inês Ferreira Pinto(1); Patrício Aguiar(1); Gonçalo Peres(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A polisserosite (PS) é uma inflamação com derrame das membranas serosas, está associada a múltiplas etiologias, apesar de ser frequentemente idiopática.

Caso clínico: Mulher, 68 anos, recorreu à urgência por quadro de cansaço, dispneia e calafrios com 15 dias de evolução. Realizou TC torácica: consolidações periféricas, opacidades em vidro despolido e derrames pleural bilateral e pericárdico, ambos de pequeno volume. A salientar anemia normocítica e elevação dos parâmetros inflamatórios. Teve alta medicada com amoxicilina + ácido clavulânico e azitromicina.

Após 20 dias é observada em consulta, mantendo febre, tosse com expetoração mucosa, dor pleurítica à esquerda e cansaço para pequenos esforços. Salientava-se: VS 116mm/s, Hb 9.3g/dL, antiMPO + 24(1) U/mL, antiPR3 1725 U/mL, C3 de 81mg/dL, FR 14 IU/mL.

Foi internada para estudo etiológico e tratamento de provável vasculite ANCA, com envolvimento pulmonar.

TC-Tórax que identificou inflamação do parênquima pulmonar, em provável contexto de vasculite, mas sem lesões nodulares típicas de vasculite granulomatosa ou hemorragia alveolar. Iniciou corticoterapia com melhoria clínica e do padrão analítico inflamatório.

Pesquisa de ANA, antiSSA, antiSM e antiRNP positivos. Por melhoria a nível clínico a doente teve alta com imunossupressão e indicação para seguimento em consulta.

Resultado anatomopatológico de biópsia pulmonar com infiltrado inflamatório inespecífico, sem confirmação histológica de vasculite, pelo que se assumiu como PS em mais provável contexto de lúpus eritematoso sistémico (LES) ou doença mista do tecido conjuntivo (DMTC).

Discussão: O diagnóstico das PS é desafiante, apesar de uma investigação aprofundada nem sempre é possível identificar uma etiologia. A positividade de ANA séricos e níveis aumentados de ADA no líquido pleural apontam para uma etiologia auto-imune. A DMTC difere da LES por ter manifestações comuns na Esclerodermia ou nas Polimiosites, associado a uma apresentação semelhante à LES.

Nº 252 Síndrome de Parinaud - A importância do diagnostico topográfico

João Aurélio(1); Teresa Barata(2); Marta Duarte(1)

(1) Hospital Portimao (2) Hospital Garcia da Orta

Introdução: O AVC hemorrágico é uma entidade neurovascular com apresentação clínica e gravidade diversa. O caso clínico em questão demonstra o anterior, a importância do exame neurológico e diagnóstico topográfico.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 45 anos, melanodérmica, dextra, autónoma com antecedentes de relevo de hipertensão arterial não medicada, diabetes mellitus tipo 2 e obesidade grau 2. No seu estado habitual até 3 dias antes do internamento quando iniciou, sem fator precipitante, quadro de cefaleia holocraniana e alteração da visão. Sem agravamento com manobras de valsalva, negando outros sintomas. Recorreu ao serviço de urgência neste contexto, abordada inicialmente como cefaleia com aura visual. Posteriormente houve agravamento do estado de consciência, que levou a retriagem e abordagem em contexto de Sala de reanimação. Nesta avaliação a utente encontrava-se hipertensa (194/69 mmHg), sem outras alterações de relevo no exame objectivo geral, no exame neurológico de relevo: sonolenta, desorientada (errava o mês e idade),

apresentando estrabismos convergente-divergente na posição primaria do olhar, parésia da supraversão ocular bilateral com movimentos horizontais conservados e retração palpebral bilateral, sem outras alterações no exame neurológico. Tendo em conta os antecedentes pessoais, a história clínica e o exame neurológico topográfico, colocado como hipótese diagnostica síndrome do mesencéfalo dorsal. Realizou TC-CE que documentou área nodular hemorrágica aguda a envolver a placa quadrigeminal, a que se associa inundação hemática tetraventricular, condicionando obstrução da drenagem do aqueduto mesencefálico, com dilatação hidrocefálica supratentorial moderada. Ficou internada em unidade de cuidados intermédios com o diagnóstico de AVC hemorrágico mesencefalico dorsal, etiologia hipertensiva, sem indicação cirúrgica. Realizado controlo tensional apertado, com evolução favorável imagiológica e clínica.

Discussão: O caso clínico demonstra uma etiologia frequente, com clínica atípica, em que o exame neurológico, permitiu o diagnostico topográfico célere, encaminhamento a exame de imagem dirigido e tratamento em tempo útil. Realçando a importância da identificação dos critérios de urgência da cefaleia.

Nº 253 Uma apresentação atípica de Arterite de Células Gigantes

Catarina Antunes Salvado(1); Ana Sofia Reis(1); Adriana Guedes(1); Rui Salvador(1); Miguel Ângelo Sousa(1); Paula Ferreira(1)

(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A arterite de células gigantes (ACG) é a vasculite mais comum em pessoas com idade superior a 50 anos. Na maioria dos doentes manifesta-se com cefaleia, claudicação mandibular e alterações visuais; em casos mais raros pode apresentar-se de forma atípica, com febre e alteração do comportamento.

Caso Clínico: Homem de 69 anos trazido ao Serviço de Urgência por febre e alteração do comportamento, com risos inapropriados e tentativa de ingestão de um guarda-napo. Antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão e dislipidemia, medicado com metformina 1000mg, ramipril 10mg e pitavastatina 2mg.

Exame objetivo: temperatura de 38,1ºC, sem outras alterações. Estudo analítico: plaquetas 117 000/uL, leucócitos 7,71x10E3/uL, Proteína C Reativa 4,(1) mg/dL e velocidade de sedimentação 59mm/hr. Exames de imagem sem alterações na telerradiografia de tórax, tomografia computorizada crâneoencefálica e ecografia abdominal. Foi internado para estudo e monitorização, tendo sido iniciado empiricamente ceftriaxona, após colheita de produtos microbiológicos (incluindo líquido cefalorraquidiano).

Durante o internamento, e após exclusão de foco infecioso, realizou ecoDoppler das artérias temporais, que evidenciou sinal de halo bilateral, compatível com ACG. Suspendeu antibioterapia e iniciou prednisolona 40mg/dia, tendo apresentado evolução clínica e analítica favorável.

Discussão: A abordagem da febre de etiologia indeterminada constitui um desafio na prática clínica. Em doentes com idade superior a 50 anos, e após exclusão de etiologia infeciosa ou neoplásica, deve ser sempre considerada a possibilidade de se tratar de ACG. O diagnóstico desta patologia é frequentemente tardio, com consequente atraso no início da corticoterapia sistémica e potenciais complicações graves e irreversíveis, como a perda de visão.

Nº 254 É DO LÚPUS...SERÁ?!

Hugo Alves(1); Teresa Costa e Silva(1); Diana Raimundo(1); Carla Pereira(1); Carla

Noronha(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é conhecido como um dos grandes imitadores da Medicina, tal é a variedade de sistemas afetados. De seguida, apresenta-se um caso em que a evolução da patologia auto-imune e o seu modo de apresentação se confunde com o surgimento duma nova doença, dificultando o seu diagnóstico.

Caso clínico: Mulher, 65 anos, caucasiana, com diagnóstico de LES com 30 anos de evolução com afeção multissistémica: (1) hematológica, com pancitopenia e anemia hemolítica; (2) dermatológica; (3) vascular; (4) serosite (5) livedo reticularis 6) positividade de ANA e hipocomplementémia.

Ao longo do tempo, com experiência em várias linhas terapêuticas, nomeadamente hidroxicloroquina, corticoterapia, Azatioprina, Micofenolato mofetil e Imunoglobulina. Nos últimos tempos, por bicitopénia refractária (anemia, neutropénia<100, trombocitopénia entre 80-10 0000), foi realizado mielograma, que não mostrou alterações relevantes, e medicada com Rituximab. Desde então negativação imunológica, mas mantendo citopénias graves.

Desde 2021, internamentos recorrentes (>6, com uso de antibioterapia múltipla) por sépsis por pielonefrite e abcessos cutâneos espontâneos, os últimos com consequente necrose do dedo (amputação) e da região lateral da coxa (com necessidade de enxerto cutâneo, vacuoterapia e medicina hiperbárica)

Por manter citopénia grave e pouco reversível, foi solicitada observação em Hematologia e repetido mielograma, mas com citometria de fluxo, que demonstrou a existência de um tipo raro de leucemia linfocítica crónica- Leucémia de células granulares TCD8+ (LGL TCD8+).

A infecção vigente tem obviado a instituição de terapêutica dirigida - ciclofosfamida ou ciclosporina A.

Discussão: A LGL TCD8+ é uma patologia rara e que tem como apresentação a neutropenia, anemia e trombocitopénia, isoladas ou em conjunto, condicionando o aparecimento de infeções bacterianas recorrentes. Com uma associação bem estabelecida com doença auto-imune (10-18% dos casos), as semelhanças com a afeção hematológica do LES, o surgimento de infeções de repetição e pancitopenia podem-se revelar pouco facilitadoras do diagnóstico. Este é um dos obstáculos originários da pluralidade de uma doença multissistémica como o LES, tudo lhe é atribuído!

Nº 255 A HISTÓRIA DE UM DERRAME PERICÁRDICO.

João Vitor Araújo(1); Henrique Sousa(1); Luzia Bismarck(1); Tiago Mascarenhas(1); Munica Costa(1); Fátima Monteiro(1); Ana Costa(1)

(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

O hipertiroidismo é uma condição caracterizada pela produção excessiva de hormonas da tiróide. Os sinais e sintomas variam e podem incluir irritabilidade, astenia, perturbações do sono, taquicardia, hipertermia, diarreia, aumento de volume da tiróide, perda de peso, entre outros.

Doente do sexo masculino de 47 anos, com antecedentes pessoais de tabagismo, cerca de 40 UMA, SAOS, com seguimento em consulta de Pneumologia, perturbação depressiva e da ansiedade generalizada, medicado com Umeclidínio 55 microgramas e Vilanterol 22 microgramas, Escitalopram 20mg id. Internado após referenciação do seu médico de família, por derrame pericárdico moderado, referindo dor torácica, cansaço para pequenos e médios esforços e acessos de tosse produtiva. Na admissão no SU e ao

exame objetivo, apenas a salientar aumento das dimensões do lobo esquerdo da tiróide, sem outras alterações relevantes. Fez TC Tórax que revelou derrame pericárdico em quantidade moderada a abundante e derrame pleural bilateral. Realizou Ecocardiograma que confirmou o achado e excluiu compromisso hemodinâmico. Analiticamente de salientar TSH < 0,0(1) mcgUI/mL e T4 livre 7,(1) ng/dL e sem outras alterações relevantes.

Decidiu-se o internamento com a consequente marcha diagnóstica, da qual se realça a realização de ecografia da tiróide que revelou aumento do volume do lobo esquerdo com identificação da presença de formação nodular no lobo esquerdo. Iniciou propiuracilo, e posteriormente metibazol sob a dose de 5mg id. Neste contexto verificou-se durante o internamento normalização do estado clínico, com a consequente alta hospitalar e subsequente seguimento em consulta externa de Endocrinologia e Medicina Interna, tendo o doente sido submetido a hemitiroidectomia.

O derrame pericárdico tem múltiplas etiologias, não sendo esta uma das mais comuns não podemos descurar as menos prováveis. Este é um exemplo da objetividade da Medicina Interna na observação do doente como "um todo"

Nº 256 Um Exantema Exuberante

Ricardo Mortágua Velho(1); Mónica Adelaide(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

Introdução: A febre escaro-nodular é uma rickettsiose humana que se apresenta habitualmente com febre associada a sintomas inespecíficos com surgimento de exantema maculo-papular com envolvimento palmo-plantar ao fim de alguns dias. Neste caso apresenta-se um doente com um exantema muito exuberante à admissão no Serviço de Urgência e com deterioração rápida do estado clínico.

Caso Clínico: Homem, 59 anos, diabético, obeso e hipertenso, residente em meio rural. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre, mialgias e lesões pruriginosas desde há (1) semana, inicialmente apenas na zona abdominal, com progressão para os membros inferiores e, posteriormente, todo o tegumento cutâneo. À observação apresentava exantema petequial muito exuberante nas zonas descritas, com lesões em diferentes estadios de evolução. Foi identificada carraça na região axilar direita e iniciou antibioterapia empírica com Ceftriaxone e Doxiciclina. Manteve estabilidade dos parâmetros hemodinâmicos, mas ao segundo dia de permanência iniciou quadro de choque séptico, com necessidade de suporte aminérgico, tendo sido internado na Unidade de Cuidados Intermédios Médicos. Após cinco dias de internamento nesta unidade, com progressiva melhoria clínica, foi transferido para a enfermaria para consolidação clínica e término de antibioterapia, tendo alta ao décimo primeiro dia de internamento com estabilidade hemodinâmica mantida.

Discussão: Neste caso clínico apresenta-se um doente com um exantema muito exuberante por infecção por *Rickettsia conorii*. Associada às manifestações cutâneas marcadas da febre escaro-nodular, assistiu-se a uma degradação progressiva da estabilidade hemodinâmica do doente, com choque séptico e necessidade de suporte aminérgico, chamando a atenção para a necessidade de ter em consideração as complicações eventualmente graves desta entidade.

Nº 257 Desafio diagnóstico nível avançado - mesotelioma sem associação com asbestos

Ana Catarina Pinto Carvoeiro(1); Patrícia Sobrosa(1); Miguel Costa(1); João Poço

Gonçalves(1); Alexandra Esteves(1); Augusta Silva(1); Paula Felgueiras(1); Diana Guerra(1)

(1) ULSAM VIANA DO CASTELO

Introdução: O mesotelioma pleural (MP) maligno é uma neoplasia rara, com uma evolução insidiosa, associado a prognóstico reservado. Apresenta-se mais frequentemente em homens, entre a quinta e a sétima década de vida. Em 70% dos casos, está descrita uma história ocupacional de exposição a asbestos, com um período de latência entre a exposição e o desenvolvimento do mesotelioma de 20 a 50 anos.

Caso Clínico: Mulher 84, com antecedentes de fatores de risco cardiovasculares e asma brônquica. Recorre ao serviço de urgência por queixas de toracalgia ao nível do hemitórax esquerdo, associada a dispneia para médios esforços e astenia, com 15 dias de evolução. Ao exame objetivo, subfebril (T axilar 37.7º), à auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular no 1/3 inferior do hemitórax esquerdo, compatível com derrame pleural de médio volume à esquerda aparente na radiografia de tórax. Realizada toracocentese diagnóstica com saída de líquido pleural com características compatíveis com exsudado de predomínio linfocítico e análise citopatológica sem representação de células neoplásicas. Do estudo realizado em internamento, TC de tórax que confirmou o derrame pleural, agora de grande volume à esquerda, e mostrou importante espessamento pleural multinodular ipsilateral. Ao exame complementar, excluídas causas infeciosas / autoimunes. Realizada biópsia pleural, com o estudo histológico a revelar achados morfológicos e imunohistoquímicos compatíveis com mesotelioma epitelióide. Orientada para o IPO do Porto.

Conclusão: Destaca-se a raridade do caso clinico de um MP em mulher de 84 anos, sem fatores de risco identificados e a precocidade no estabelecimento de diagnóstico definitivo. De facto, dada a inespecificidade do quadro clínico associado, geralmente decorre um intervalo de 3 a 6 meses entre o início dos sintomas e o diagnóstico de MP, muitas vezes, realizado num estadio avançado da doença

Nº 258 Pott de resistências

João Gabriel Ferreira Lobato de Rosa(1); Margarida Mourato(1); Miguel Achega(1); Rita Penaforte(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Fernando Da Fonseca

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo Mycobacterium tuberculosis (MT). Quando se verifica resistências à rifampicina e isoniazida, define TB multiressitente (TB-MR). Portugal é o país da Europa ocidental que regista maior incidência anual de TB, dos quais 2% são multiressitentes. A espondilite tuberculosa ou Mal de Pott é uma forma de tuberculose cada vez mais rara, nomeadamente em países desenvolvidos.

Homem, 30 anos, melanodérmico, natural da Guiné-Bissau. Recorreu ao serviço de urgência por dor lombar tipo queimadura, de agravamento progressivo há 7 meses, com irradiação à face posterior da coxa e, limitação da marcha. Refere febre vespertina intermitente. À observação destacava-se tumefacção dolorosa na região lombar esquerda com trajecto fistuloso visível na sua porção inferior. Palpavam-se múltiplas adenopatias com 2-3cm, de consistência elástica, não dolorosas, móveis e não aderentes aos planos adjacentes ao nível do triângulo posterior do pescoço. Sem alterações na avaliação analítica. Foi internado para estudo. Realizou ecografia com abcessos em ambos psoas, com fistulização à esquerda para a gordura subcutânea, onde há outro abcesso com fistulização para a epiderme. Realizou TC da coluna e RMN com características de Mal de Pott. Pesquisa de HIV e VHC negativos. Pesquisa de VHB com padrão de cronicidade. Fez colheita, guiada por ecografia, de líquido do abcesso para exame microbiológico,

pesquisa de BAAR e PCR para MT, tendo este último resultado positivo com gene de resistência à rifampicina e isoniazida através do método GeneXpert MTB. Iniciou terapêutica com etambutol, pirazinamida, cicloserina, clofazimina, levofloxacina, bedaquilina.

Apesar de a espondilite tuberculosa, apesar de muito rara nos países desenvolvidos, continua a existir nos países subdesenvolvidos, pelo que não há que manter alto grau de suspeição em doentes vindos de outros países. A TB-MR é um diagnóstico importante pelas particularidades do tratamento dirigido.

Nº 259 Adenocarcinoma gástrico indiferenciado com biópsias gástricas negativas

Rita Penaforte(1); Margarida Mourato(1); João Lobato da Rosa(1); Teresa Costa Pereira(1); Maria Leonor Neves(1); Miguel Achega(1); Fernando Aldomiro(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Indrodução: A neoplasia gástrica é a 4ª neoplasia mais comum a nível mundial e a 3ª mais letal em Portugal. O diagnóstico é geralmente efetuado através de endoscopia digestiva alta (EDA) e biópsia gástrica. No entanto, por vezes, a biópsia gástrica por EDA pode não revelar células neoplásicas, como ocorre no caso das neoplasias gástricas da submucosa.

Caso Clinico: Os autores descrevem um homem, 67 anos, recorreu ao serviço de urgência por epigastralgia, aumento progressivo do perímetro abdominal, anorexia e perda ponderal de 7kg com (1) mês de evolução. Clinicamente, destacava-se abdómen ascítico sob tensão. Internado por síndrome consumptivo e ascite de etiologia a esclarecer, realizou paracentese cujo gradiente sero-ascítico de albumina foi sugestivo de carcinomatose peritoneal. A citologia do líquido ascítico foi compatível com adenocarcinoma (ADC) com perfil imunocitoquímico inespecífico de órgão, sugerindo contudo eventual tumor primário do trato gastrointestinal ou pancreatobiliar. Imagiologicamente, espessamento parietal da região antropilórica do estômago, sem evidência de lesões a nível hepatobiliopancreático. A EDA não revelou lesões suspeitas, tendo sido colhidas biópsias cegas gástricas cujo resultado anatomopatológico foi negativo. Doseamento do marcador tumoral CA 19.9 aumentado. O doente foi avaliado pela Oncologia que assumiu tratar-se de um ADC estadio IV (carcinomatose peritoneal e metastização pulmonar) de muito provável origem num tumor gástrico submucoso. Proposto esquema de quimioterapia que não chegou a iniciar por agravamento do quadro clínico, tendo acabado por falecer.

Discussão: Este caso clínico faz referência a uma apresentação incomum de neoplasia gástrica, o ADC gástrico indiferenciado submucoso. O diagnóstico é um grande desafio, dado tratar-se de um tipo de ADC que infiltra difusamente a submucosa, poupando a mucosa, pelo que, muitas vezes, as biópsias colhidas por EDA são inconclusivas. Nestes casos, a ecoendoscopia pode ser a chave para o diagnóstico.

Nº 260 Tuberculose ganglionar: um diagnóstico a considerar

Filipe Pimenta Ribeiro(1); Mauro Gomes Marques(1); Bárbara Lemos(1); Soraia Pinho Duarte(1); Margarida Cerqueira(1); António Antunes(1); Renato Saraiva(1)

(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A Tuberculose (TB) ganglionar está entre as apresentações mais frequentes de TB extrapulmonar, refletindo cerca de 30 a 40% dos casos. Caracteriza-se, geralmente, por um comprometimento dos gânglios linfáticos cervicais ou supraclaviculares. Em 50% dos casos, pode ser acompanhado por sintomas sistémicos.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 53 anos, com antecedentes de artrite reumatoide, medicada com celecoxibe, enviada à consulta de Medicina Interna para estudo de adenopatias cervicais. À observação encontrava-se apirética, sem perda ponderal e com adenopatia cervical palpável, na região para-jugular esquerda, com 2 cm de diâmetro, indolor e móvel. Analiticamente: sem anemia; função renal e hepática normais; sem elevação dos parâmetros inflamatórios. Foram excluídas causas infeciosas (como VIH, EBV, CMV) e doenças autoimunes (anticorpo anti-CCP e ANCA negativo). A tomografia computadorizada (TC) apresentava algumas formações ganglionares principalmente à esquerda. A doente foi submetida a excisão ganglionar para melhor caracterização das adenopatias. O estudo histológico revelou evidência de processo inflamatório granulomatoso com focos de necrose, sem suspeita de malignidade. Durante esse período, a doente iniciou uma fase de regressão das adenopatias. No entanto, após 4 meses, apresentou uma recidiva com adenopatia cervical acompanhada por quadro de febre e suores noturnos. Realizou novamente TC toracoabdominal sem evidência de novas adenopatias. Realizou também IGRA com resultado positivo. Estabeleceu-se, assim, o diagnóstico de TB ganglionar e foi encaminhada para o Centro de Doenças Pulmonares, onde iniciou terapia direcionada e mantem seguimento.

Conclusão: Com este trabalho, os autores pretendem realçar a importância de se considerar a TB ganglionar no diagnóstico diferencial de adenopatias cervicais, uma vez que, continua a ser uma patologia frequente, especialmente em doentes na faixa etária de 40 anos, nos países desenvolvidos.

Nº 261 Uma cervicalgia potencialmente fatal

Martim Caldeira Henriques(1); Olga Capontes(1); Mariana Constante(1); Margarida R Fonsenca(1); Inês Cruz(1); Rita Reis(1); Isabel Madruga(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença que pode ter atingimento multiorgânico e, consequentemente, um espectro de apresentação diverso. Este caso pretende chamar a atenção para um diagnóstico que se revelou desafiante, numa doente que procurou os cuidados de saúde por cervicalgia, uma queixa frequentemente banalizada.

Caso Clínico: Mulher de 47 anos, com diagnóstico de LES desde os 19 anos, com atingimento articular e cutâneo, medicada com hidroxicloroquina, azatioprina, deflazacorte e pílula, seguida em consulta de Reumatologia. Do historial obstétrico, a destacar 1 aborto espontâneo às 6 semanas e 2 gravidezes sem intercorrências sob ácido acetilsalicílico.

A doente recorreu aos cuidados de saúde por cervicalgia de ritmo mecânico, com agravamento durante o dia, com (1) semana de evolução. Inicialmente foi medicada sintomaticamente, mas por ausência de melhoria, foi titulada a dose da corticoterapia habitual

até 24mg/dia, admitindo-se crise lúpica. Referia também palpitações e cansaço, mas negava outros sintomas. Entretanto, desenvolveu edema na região cervical, o que motivou a ida ao serviço de urgência. À avaliação inicial, destacava-se um exuberante edema cervical com extensão ao ombro esquerdo, doloroso ao toque, com aumento do deflúvio venoso na região torácica esquerda. A doente encontrava-se taquicárdica (FC 130bpm) e hipertensa (PA 179/89mmHg), mas sem outras alterações. Analiticamente apresentava ddímeros 1378ng/mL, sem outras alterações relevantes. Foi realizada uma angioTC do pescoço, que revelou "Defeito de preenchimento da Veia Jugular interna com extensão inferior a veia subclávia e tronco braquiocefálico traduzindo volumoso trombo." A doente foi internada no serviço de Medicina, tendo-se verificado evolução favorável. Foi medicada com varfarina, e foram realizados estudos para exclusão de doença oncológica. À data da alta, foi encaminhada à consulta para prosseguir o estudo etiológico.

Discussão: A doente foi referenciada à consulta de doenças tromboembólicas do serviço de Medicina, onde aguarda o estudo de SAAF e outras trombofilias. Este caso clínico ilustra um exemplo de um diagnóstico potencialmente fatal, se não for tratado atempadamente. Os doentes com patologias multissistémicas como o LES carecem de ainda mais atenção atendendo à sua complexidade.

Nº 262 Foramen oval patente: o desafio da uma abordagem precoce e multidisciplinar

José Eduardo Almeida Albuquerque e Sousa(1); Fabíola de Almeida Figueiredo(2); Paula Amorim(1); Ana Gomes(2); Edite Nascimento(3)

(1) CMRRC Rovisco Pais (2) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE (3) Centro Hospitalar Tondela-Viseu / Hospital de São Teotónio

A abordagem do acidente vascular cerebral (AVC) com etiologia por Foramen Oval Patente (FOP) constitui, apesar dos avanços recentes, um desafio multidisdisciplinar relevante.

Apresenta-se o caso de doente do sexo feminino, 53 anos, caucasiana, previamente cognitivamente íntegra e autónoma nas AVDs. Como antecedentes pessoais destaca-se tabagismo 37 UMA e toma de e pílula e anti-inflamatórios não esteróides em SOS como medicação habitual.

Doente foi admitida no serviço de Urgência de um hospital central em Junho 2022, por "dor constante na região temporal, afasia motora, alexia e sem queixas no que toca a défices de força ou alterações da sensibilidade", tendo início a sintomatologia às 8h40 desse dia e cerca de 2h antes da admissão hospitalar. Foi encaminhada para a área de Medicina Interna, tendo sido aqui caracterizada a afasia como transcortical motora e activada a Via Verde Intra-hospitalar, aproximadamente 3 horas após início dos sintomas. Exame neurológico sumário traduziu NIHSS=1. Dos exames realizados destacaram-se ECG, TC-CE e AngioTC supra-aórtica descritos como sem alterações. Pelas evidências de benefícios existentes neste contexto, optou-se por realizar fibrinólise, após 3h30 do início dos sintomas, com NIHSS=0 posterior.

Durante o internamento a doente manteve-se hemodinamicamente estável, com recuperação total de défices. TC-CE realizada às 24h revelou imagem sugestiva de enfarte recente no território cortical da ACM esquerda e Ecocardiograma transesofágico traduziu septo interauricular com grande aneurisma da fossa oval (aproximadamente 29x17 mm), com evidência de passagem de bolhas para as camaras esquerdas através desta localização, portanto compatível com o diagnóstico de FOP.

Optou-se como prevenção secundária de acordo com a etiologia, marcação de consulta prioritária de Cardiologia – para melhor orientação terapêutica e eventual encerramento de FOP e instituição de NOAC – Eliquis, dado FOP e AVC de grande vaso por

eventual embolização paradoxal, a par de marcação de consulta de Cessação Tabágica e de Doenças Cerebrovasculares

Conclui-se que, uma abordagem multidisciplinar e precoce do doente com AVC de etiologia primariamente desconhecida e posterior orientação na prevenção secundária após achados, pode constituir o maior passo de sucesso na sua recuperação e reabilitação.

Nº 263 Pancitopenia de causa incerta

Ricardo Manuel Pereira(1); Mariana Moreira Azevedo(1); Joana Rua(1); Filipa Rebelo(1); Fernando Salvador(1)

(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A duodenite linfocítica está muitas vezes associada a doença celíaca (DC), no entanto, pode resultar da resposta a múltiplos fatores, como a infeção por Helicobacter Pylori (HP). A infeção por HP é a infeção bacteriana crónica mais frequente e a longo prazo pode provocar gastrite crónica com alterações hematológicas como anemia por défice de ferro ou pancitopenia por défice de vitamina B12.

Caso: Mulher, 20 anos, com síndrome de microdeleção 15q13.3, enviada para consulta de medicina por anemia ferropénica. Estudo analítico com pancitopenia, com anemia microcítica/hipocrómica, leucopenia e trombocitopenia. Da investigação analítica apresentava anemia hipoproliferativa com ferropenia, esfregaço de sangue periférico coincidente com anemia microcitica. Sem outros défices vitamínicos. Sem consumo de fármacos ou álcool, sem infeções ou viagens recentes, perda de peso ou outros sintomas exceto enfartamento precoce. Exame físico sem alterações. Iniciou suplementação com ferro oral. Aos 2 meses apresenta agravamento da pancitopenia e da ferropenia, com necessidade de suplementação por via endovenosa, e estudo endoscópico (EDA) que revelou gastrite crónica por HP e duodenite compatível com DC. Restante estudo sem alterações de relevo inclusive rastreio de doenças autoimunes, função tiroideia, doenças infeciosas e serologias para doença celíaca. 2 meses após tratamento para erradicação HP e dieta sem restrição de glúten repetiu EDA que evidenciou melhoria gastrite, resolução duodenite e estudo analítico sem pancitopenia e correção do défice de ferro.

Discussão: Não estão descritos casos de pancitopenia nos doentes com infeção crónica por HP na ausência de défice de vitamina B12. Esta doente, após resolução da infeção, apresentou correção das alterações hematológicas levantando a questão se existe algum outro mecanismo ainda não descrito que explique a pancitopenia ou se foi apenas uma coincidência.

Nº 264 Um caso clínico de hiperparatiroidismo secundário

Monica Spencer Pereira(1); Catarina Pinto Marques(1); Domingas Pereira(1); José Vaz(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo - Beja

Introdução: Hiperparatiroidismo é uma doença associada a níveis elevados de hormona paratiroideia(PTH).Classificado como primário quando há alterações da glândula paratiroideia ou secundário quando inerente a outras causas como metabolismo do cálcio, défice vitamina D, cirrose hepática, doença renal crónica.

Caso clínico: Homem de 67 anos, antecedentes pessoais de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistémica, hiperuricémia, poliartrite gotosa tofácea, doença pulmonar

obstrutiva crónica. Medicado com alopurinol 300mg, colchicina (1) mg/dia, nega toma de bifosfonados. Admitido em internamento por quadro de sensação de astenia e fraqueza muscular generalizada e dispneia para pequenos esforços, e ainda queixas de dejecções pastosas. Ao exame objectivo sinais inflamatórios poliarticulares. Analiticamente anemia normocítica normocrómica hemoglobina 9.8g/dl, creatinina 0,7mg/dL, ureia 28mg/dL, potássio 3,5mg/L, sódio 142mmol/L, hipocalcélmia <5mg/dl, àcido urico 4,4mg/dL , magnésio 1,(1) mg/dl, gasimetria sem acidose metabólica com hipocalcémia grave com cálcio ionizado 0,6mmol,hipovitaminose D grave. Electrocardiograma com QTc 600 mseg sem desnivelamentos de ST. Perante os achados iniciou-se correção com gluconato de cálcio endovenoso e vitamina D.

Discussão: Em casos clínicos caracterizados por sintomas como astenia e fraqueza muscular, ter em conta que podem estar subjacentes alterações iónicas. Investigar as várias causas possíveis, neste caso descrito a mais provável seria por défice de vitamina D, dos oligoelementos e iónica. A hipótese mais plausível seria hiperparatiroidismo secundário que veio a confirmar após o resultado do doseamento. Um tratamento adequado e atempado pode reverter os sintomas e evitar a progressão para arritmia fatal. Deve ser iniciado o tratamento imediato com gluconato de cálcio endovenoso. O tratamento de manutenção com calcitriol e vitamina D é necessário para evolução mais favorável.

Nº 265 Da traumatologia à hematologia

Mariana Moniz Ramos(1); Mafalda Sousa(1); Luis Siopa(1)

(1) H D Santarém

Introdução: As massas mediastínicas são pouco frequentes e geralmente assintomáticas, sendo muitas vezes detectadas incidentalmente em radiografia torácica. Admitem em geral um diagnóstico diferencial extenso, em que a patologia hematológica está obrigatoriamente presente.

Caso Clínico: Mulher, 23 anos, enviada à consulta de Medicina Interna por apresentar há vários meses uma tumefacção dolorosa na parede torácica anterior, que recentemente aumentara de volume e que relacionava com traumatismo local ocorrido no seu local de trabalho. A radiografia de tórax evidenciou um alargamento do mediastino e a Tc de tórax mostrou a existência de massa na parede torácica anterior, aparentemente sólida, com ponto de origem ao nível esternal e extensão até a pele e para o mediastino, deslocando as estruturas mediastínicas anteriores, nomeadamente o timo. Existiam também adenomegalias em topografia supraclavicular direita e adenomegalias axilares bilaterais. O exame histopatológico do material de biopsia da massa torácica revelou tratar-se de um Linfoma de Hodgkin (LH) na variante de esclerose nodular em estadio IV pela classificação de Lungano. A doente foi referenciada para centro de referência de Hemato-Oncologia.

Discussão: Os linfomas de Hodgkin com origem presumível no esterno são raros e constituem um desafio diagnóstico. Podem ser assintomáticos ou dependendo da extensão da lesão, surgir sintomas como tosse, dispneia e dor torácica. A variante esclerose nodular abrange cerca de 70% de todos os casos de LH. O estadiamento é muito importante para a definição do tratamento, que é feito com base no nu´mero de áreas nodulares e órgãos envolvidos, e da presença ou ausência de sintomas B.

Nº 266 Apresentação Rara de um Feocromocitoma

Pedro Daniel Araújo Fernandes Rodrigues(1); Alexandra Azevedo(1); Margarida Arantes Silva(1); Patrícia Rocha(1); Jorge Salomão(1); Mário Esteves(1)

(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: Feocromocitoma é um tumor raro em que manifestação clínica mais comum é elevação da pressão arterial e estimava-se que cerca de (1) em cada 1000 pacientes hipertensos fosse portador de feocromocitoma, mas acredita-se que a prevalência seja maior por haver um subdiagnóstico. Cerca de 10 a 15% desses tumores são malignos e seu diagnóstico precoce é importante no sentido de se evitar evolução metastática.

Caso Clínico: Homem de 65 anos, antecedentes de HTA, pneumonite química, insuficiência cardíaca/miocardite secundária intoxicação após abertura e queda em fossa séptica. Admitido no SU por instalação súbita de hemiparesia, hipostesias e PFC esquerda enquanto trabalhava. Diagnosticado um AVC isquémico no tACM direita (LACI direito), tendo efetuado trombólise, sem reversão dos défices. Durante o internamento na UAVC o doente teve agravamento dos défices motores associado a cefaleias e hipertensão paroxística de difícil controlo. Repetiu TC-CE que mostrava duas hipodensidades no hemisfério direito, na região talâmica e com aspeto mais recente; coroa radiada e estriado com aspeto subagudo. Posteriormente iniciou quadro de insuficiência cardíaca de novo, com insuficiência respiratória tipo 1, sopro sistólico II/VI mais audível no foco mitral, cianose dos pés e hipersudorese. Realizou ecografia abdominal revela nódulo da supra-renal direita com 5 cm e em seguida TAC abdomino-pelvico que revelou nódulos sólidos bilaterais das glândulas suprarrenais com maiores eixos no plano axial, à direita de 5x3,7cm e à esquerda de 4,5x 3,2cm, com aspetos sugestivo de feocromocitomas bilaterais. No entanto, o diagnóstico de feocromocitoma foi confirmado com as catecolaminas, metanefrinas totais plasmáticas e urinárias, que se encontravam aumentadas. Após 7 dias na UAVC foi transferido para a UCIM por tensões arteriais incontroláveis tendo-se colocado linha arterial radial e iniciou fenoxibenzamina e após 3 dias na UCIM o doente acabou por falecer.

Discussão: A importância deste caso deve-se a ter-se apresentado sob a forma de AVC isquémico e de posteriormente ser possível observar grande parte das alterações de uma crise adrenérgica.

Nº 267 Rash e febre – etiologia animal ou vegetal?

Sabina Azevedo(1); Sara Pereira(1); Ana Sofia Ferreira(1); Rafael Lopes Freitas(1); Lucas Torres(1); Raquel Costa(1); Liliana Costa(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: Os doentes com febre e rash constituem um dos dilemas diagnostico e terapêutico mais comuns na urgência e enfermarias de medicina interna, sobretudo nos meses de primavera/verão. A não especificidade de muitas destas síndromes, obriga a uma abordagem diagnóstica sistemática, com a exclusão das zoonoses e dermatoses mais comuns.

Caso Clínico: Homem de 55anos, agricultor. Recorre às urgências por febre e erupções cutâneas pruriginosas. Referia episódios semelhantes há vários anos. No exame físico objetivada febre e placas eritematosas com erupções papulares e vesiculares no tórax e membros. Analiticamente apresentava aumento de parâmetros inflamatórios. Foi internado, sob antibioterapia. Do estudo etiológico foi realizado punção lombar, serologias víricas, estudo de zoonoses, hemoculturas e pesquisa de auto anticorpos, sem achados

positivo. O TC toracoabdominopelvico não evidenciava alterações. Iniciou corticoterapia tópica e apresentou boa evolução clínica, com apirexia, descida de parâmetros inflamatórios e resolução do rash. A biópsia cutânea evidenciou dermatite com edema exuberante, infiltrado inflamatório polimórfico e paraqueratose de epiderme, alterações sugestivas de fitofotodermatite e consistentes com a exposição ambiental do doente. Clinicamente bem, sem recorrência de febre ou eritema, apresentando áreas de pele hiperpigmentadas. Aconselhado a evitar atividades agricultura com pele exposta ao sol.

Discussão: A fitofotodermatite é uma reação cutânea inflamatória pelo contacto com substâncias vegetais fotossensibilizante seguido da exposição a radiação ultravioleta. Apresenta-se com quadros ligeiros e autolimitados, porém com exposições prolongadas pode desencadear respostas sistémicas graves. O tratamento é a evicção dos desencadeantes. Este caso destaca o papel da anamnese e exame físico aliado ao estudo etiológico nas apresentações de eritemas febris, permitindo uma correta abordagem terapêutica e a adoção de medidas preventivas adequadas.

Nº 268 Sarcoidose hepática - um desafio terapêutico

Carla Pereira(1); Rita Sérvio(1); Margarida Nunes(1); Ana Rita Silva(1); Raquel Tavares(1); Carla Noronha(1); Paulo Rodrigues(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A sarcoidose hepática está documentada em cerca de 50-80% dos doentes com afeção sistémica. Tende a ser uma doença silenciosa, com manifestações clínicas apenas em cerca de 20% dos doentes.

Caso Clínico: Mulher, 54 anos, natural de Angola com história de hipertensão arterial e diabetes tipo 2. Internada por quadro constitucional com perda ponderal de 20kg em 3 meses (30%), astenia e desconforto abdominal. Analiticamente com anemia e eosinofilia, hiperCa+, lesão renal (Cr 1.8mg/dL), VS 78mm/1ªh, padrão de colestase (FA 8xLSN e GGT 13x LSN) e documentação imagiológica de esplenomegalia homogénea (19cm) e adenopatias mediastínicas e abdominais. Do estudo realizado, apuradas parasitoses (Ac. Anti-Schistosoma, Strongyloides, Ascaris e Filaria positivos) submetidas a terapêutica dirigida com resolução da eosinofilia; excluídas neoplasias (exames endoscópicos e TC TAP sem lesões sugestivas; mielograma sem alterações e biópsias ósseas não viáveis; ecobroncoscopia com biópsia de gânglio mediastínico sem células neoplásicas). Do estudo auto-imune, ANA 1:160 (nucleolar), AMA negativo e ECA dentro dos valores de referência. As hemoculturas e mieloculturas foram negativas, incluindo para micobactérias assim como pesquisa de DNA de M. tuberculosis no sangue medular. Colocada hipótese de sarcoidose com envolvimento multiorgânico dada imunofenotipagem de lavado broncoalveolar com razão CD4/CD8 de 12.(1); biópsia hepática compatível com hepatite granulomatosa não caseosa e após exclusão de outras doenças granulomatosas. Pela sintomatologia, iniciou prednisolona (0,5mg/kg/d) com descompensação das patologias de base - diabetes descompensada e síndrome nefrótico de novo - tendo sido reinternada. Iniciados pulsos de metilprednisolona (1g/d) e posteriormente azatioprina (125mg/d) e ácido ursodesoxicólico com melhoria da enzimologia hepática.

Conclusão: O presente caso pretende salientar a sarcoidose no diagnóstico diferencial da esplenomegalia, a necessidade de instituição de terapêutica nos casos sintomáticos e o desafio na gestão da mesma.

Nº 269 Pneumocistose- red flag para reestadiamento imunologico

Amanda Hirschfeld(1); Andre Valente, Claudia Perez, Diogo Ramos, Rita Bernardino(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: A pneumocistose é uma infeção oportunista causada pelo fungo Pneumocystis jiroveci (PJ) que acomete indivíduos imunocomprometidos, classicamente os VIH positivos com contagem CD4 < 200 células/mm^3, e com crescente interesse em doentes não-VIH sob terapêuticas imunossupressoras.

Caso Clinico: Doente do sexo feminino, 43 anos, com antecedentes de DPOC GOLD 3A e VIH-(1) sob TARV, com carga viral não detetável e contagem CD4 adequados nos últimos 2 anos. Admitida na urgência com quadro de tosse seca, astenia e febre com 2 semanas de evolução. Referia anorexia e perda ponderal de 10kg nos últimos 6 meses, além de 4 episódios autolimitados de infeções respiratórias. À observação apresentava caquexia, dispneia, hipoxemia e auscultação pulmonar com roncos e sibilos dispersos. Analiticamente sem alterações no hemograma ou bioquímica, exceto por PCR 55. Rx torax com infiltrado bilateral e TAC torax com alterações padrão tree-in-bud em lobos inferiores. No rastreio infecioso inicial, não houve isolamento bacteriano nas hemoculturas nem na expetoração. A pesquisa para Tuberculose foi negativa. Apesar da baixa probabilidade e do status imunologico conhecido nas analises de há 6 meses (CV ND e CD4 600 células/mm^3), pediu-se pesquisa molecular para Pneumocystis jiroveci na expetoração, com resultado positivo. Novo estadiamento imunológico confirmou uma redução significativa dos valores de CD4 para < 200 células mas CV não detetável. Iniciado tratamento com corticoide e sulfametoxazol + trimetoprim (SMX-TMP) endovenoso. Doente evoluiu com franca melhoria respiratória apos 48 horas. No 7º dia recebeu alta com proposta de terapêutica oral até completar 2(1) dias de tratamento e reavaliação imagiológica em ambulatório, que em D14 de terapêutica evidenciava resolução completa das alterações brônquicas tree-in-bud anteriormente descritas.

Conclusão: Uma redução significativa da contagem de CD4 mesmo sem viremia CD4 aumenta o risco de infeções oportunistas e mortalidade. A frequência do controlo imunológico nos doentes VIH depende não só da carga viral e populações linfocitarias, mas também da situação clinica. Infeções de repetição podem justificar antecipação das analises e perante uma infeção oportunista como a Pneumocistose a reavaliação do status imunológico é mandatória.

Nº 270 Sinal do halo invertido – O problema do diagnóstico diferencial

Sabina Azevedo(1); Sara Pereira(1); Ana Sofia Ferreira(1); Paula Cerqueira(1); Rafael Lopes Freitas(1); Marta Pereira(1); Liliana Costa(1)

(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: A pneumonia organizativa (PO) traduz um padrão histológico de lesão pulmonar aguda ou subaguda, sendo o sinal do halo invertido caraterístico. Segundo a sua etiologia é classificada em secundária, quando provocada por uma intercorrência conhecida, ou criptogénica (POC).

Caso Clínico: Mulher de 67 anos, agricultora, recorre à urgência por tosse seca desde há um mês. É diagnosticada com infeção Covid ligeira e realiza TC tórax com densificações focais bilaterais em vidro despolido, densificação periférica em padrão alveolar e sinal do halo, levantando suspeita de PO e possivelmente infeção fúngica, sarcoidose ou neoplasia. Teve alta medicada com corticoide inalado e foi orientada para consulta externa (CE). Um mês depois, em CE, apresentava-se assintomática com resolução de tosse e repetiu TC sobreponível ao anterior. Foi então internada para estudo, mantendo-se sem terapêutica. Realizou inicialmente serologias víricas, autoimunidade sumária,

doseamento de ECA, hemoculturas e pesquisa micobactérias com resultado negativo. Prosseguiu estudo com biópsia pulmonar e broncofibroscopia. Manteve-se sempre assintomática, tendo tido alta sem terapêutica, a aguardar resultados de estudo realizado. Após um mês, com novo internamento por trombocitopenia induzida por fármacos, com TC à admissão revelando melhoria de lesões. Após alta sob corticoterapia, que mantém atualmente, após confirmação de resultados compatíveis com PO: histologia de pneumonia intersticial inespecífica e lavado com microbiologia e citologia negativas, com linfocitose intensa e predomínio de CD8+.

Discussão: O sinal do halo invertido, tipicamente associado à POC, pode ocorrer noutras patologias como infeções fúngicas ou neoplasias, cujo tratamento diverge significativamente. Este caso clínico traduz a não necessidade de tratamento emergente de todas as patologias, não havendo interferência no diagnóstico definitivo e exclusão de outros diferencias, com impacto posterior na abordagem terapêutica.

Nº 271 Um Casamento Expirado à Partida

Jorge Salsinha Frade(1); Ana Catarina Pina Pereira(1); Carlota Lalanda(1); Maria Meneses Rebelo(1); João Teixeira Alves(1); Mafalda Leal(1); Ana Bravo(1); Sofia Salvo(1); Madalena Lisboa(1)

(1) Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, E.P.E. - Hospital Santo António dos Capuchos

Introdução: A Leptospirose, também conhecida como Doença dos Arrozais ou Febre Canicola, é causada pela Leptospira, uma espiroqueta, e consiste numa zoonose cuja apresentação clínica é habitualmente multiforme e multissistémica. Embora endémica em países tropicais e subtropicais, em Portugal pode ser transmitida pelo contacto directo com fluidos biológicos de animais infectados com a bactéria ou pelo contacto indirecto com o solo e a água, onde esta consegue sobreviver durante semanas a meses. Assim, considerando os roedores como reservatório natural mais comum, embora canídeos, bovinos e suínos se constituam também como vectores, factores de risco incluem, actividades recreativas de lazer perto de água parada. Do ponto de vista clínico, a apresentação traduz-se num síndrome gripal-like, com sinais e sintomas inespecíficos, que pode incluir febre, mialgias, cefaleias e náuseas. Numa minoria dos casos, porém, a sua evolução pode abranger insuficiência renal, insuficiência hepática, meningite, insuficiência respiratória, diátese hemorrágica ou choque séptico. Estas alterações poderão ser fatais, conduzindo à importância do diagnóstico correcto atempadamente.

Caso clínico: Homem de 49 anos, sem história médica de relevo, recorre ao serviço de urgência por quadro com alguns dias de evolução caracterizado por odinofagia, febre [temperatura 39ºC], e calafrios. Após observação inicial e assumindo o diagnóstico de Faringite, teve alta medicado com amoxicilina/ácido clavulânico. Uma semana depois, regressa ao serviço de urgência por persistência dos sintomas, aos quais se associavam, então e após estudo complementar alargado, pancitopenia, aumento de parâmetros de citocolestase e lesão renal aguda, com elevação da proteína C reactiva. Assumindo-se Síndrome Febril Indeterminado, foi admitido em internamento para continuação do estudo e instituição de terapêutica adequada. Aqui desenvolve eritema cutâneo multiforme, com persistência da febre e agravamento da função renal. Dada a evolução desfavorável, foi transferido para unidade de cuidados intensivos, onde, após investigação dirigida, foi diagnosticado com Leptospirose. Desta investigação, destaque para a importância da minuciosa anamnese, que apurou, quer a sua presença num evento ocorrido numa quinta quer a prática habitual de pesca.

Nº 272 Carcinoma tímico em doente com infeção a HIV – A propósito dum caso clínico

Carlos M Nancassa(1); Adelaide Figueiredo(1); João Cruz Cardoso(1); Viktor Baiherych(1)

(1) HOSP DISTRITAL SANTAREM

Introdução: O carcinoma tímico é uma neoplasia rara do epitélio tímico, representando <1% das neoplasias malignas do timo, com comportamento agressivo, altas taxas de metástases e predisposições as recorrências conferindo o pior prognostico. Afeta mais homens, com a idade media entre 50 a 60 anos. Raramente associa-se as síndromes paratimicas (como a miastenia gravis e outras), apresentando ao momento diagnostico a doença avançada com invasão de estruturas mediastínicas contíguas com dor torácica, tosse, dispneia, menos comum paralisia do nervo frénico ou síndrome da veia cava superior. O diagnostico definitivo baseia-se em correlação clínica, radiológica e anatomopatológica cuidadosa uma vez que não existem características morfológicas e imunofenotípicas únicas. A abordagem multimodal envolvendo ressecção cirúrgica alargada, quimioterapia e radioterapia representam a abordagem terapêutica preferida.

Caso clínico: Masculino, 65 anos, caucasiano, com antecedentes pessoais de enfarte agudo do miocárdio inferior, infeção a HIV, medicado com aspirina, bisoprolol, ramipril, pravastatina e Bictarvy. Admitido na urgência por dor torácica e lombodorsal a esquerda tipo moinha que agrava em posição supina, não associada aos esforços físicos, com febre, sudorese noturna, anorexia, perda ponderal e dispneia há (1) mês. O exame objetivo febril sem outras alterações. Dos exames realizados (radiografia, tomografia e ressonância magnética) revelaram massa mediastínica anterior com envolvimento da aorta torácica, pericárdio, nódulos pleurais, adenopatias e doença metastática óssea da coluna dorsal. Os exames laboratoriais incluindo os marcadores tumorais normais. Foi submetida cirurgia torácica vídeo-assistida com biopsia pleural que mostrou aspectos morfológico e perfil imunofenotípico favorável ao diagnóstico de carcinoma de origem tímico. Nesse contexto foi referenciado ao IPO, onde cumpriu radioterapia paliativa antiálgica, iniciou quimioterapia com carboplatina e paclitaxel e follow-up.

Discussão: Dada a baixa incidência, ausência de biomarcadores, um sistema de estadiamento mais precisos e estudos prospetivos randomizados, faz com que esta neoplasia requer especial atenção. Este caso clínicodestaca-se pela sua raridade e, por isso, constitui um desafio diagnostico.

Nº 273 Ao ritmo da tempestade

Steeve Rosado(1); Bruno Bonito(2); Vânia Pereira(1); Carla Costa(1); Raquel Nazareth(1); Carlos Meneses Oliveira(1); Carlos Simões Pereira(1)

(1) Hospital Beatriz Ângelo (2) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: A fibrilhação auricular é uma comorbilidade frequente na nossa prática, e um motivo comum de descompensação e ida ao Serviço de urgência. A sua abordagem é habitualmente linear, devendo ser individualizada às outras comorbilidades do doente.

Caso clínico: Homem de 72 anos com diagnóstico recente de hipertiroidismo admitido como 2º a amiodarona (fT4 > 100, TSH <0.01) tendo iniciado metibazol, com queixas de astenia, apatia e anorexia e odinofagia intensa e disfonia. Na admissão em flutter auricular com FC 170bpm.

Iniciou impregnação com amiodarona previamente a conhecimento da história e antecedentes do doente, com refratariedade a terapêutica médica e cardioversão eléctrica.

Admitido na UCI para controlo FC com cetoacidose euglicemica e risco de tempestade titoideia, mantendo-se em fibrilhação com resposta ventircular rápida de díficil controlo (155-185 bpm).

Para controlo de hipertiroidismo inicialmente realizou tiamazol, seguido de iodo, colestiramina, lugol, beta-bloqueante mas com pouca resposta pelo que se fez switch para propiltiouracilo com melhoria paulatina. Realizou TC de pescoço sem alterações de relevo.

Para controlo de FC realizou múltiplos fármacos - propanolol, esmolol, bisoprolol, verapamil IV, diltiazem, bisoprolol, digoxina. Colocado PM provisorio transitoriamente dado risco de bradicardia com tentativas de cardioversão eléctrica, pelo que após início de terapêutica eficaz para o hipertiroidismo com sucesso reiniciou amiodarona endovenosa em dose elevada com sucesso, e posterior reversão do quadro.

Discussão: A fibrilhação auricular é uma comorbilidade cada vez mais frequente na população admitida no Serviço de Urgência, com uma abordagem que deve ser estratificada à causa, comorbilidades e contexto clínico e hemodinâmico do doente. A amiodarona, pela sua estabilidade e eficácia, é muitas vezes utilizada em contexto agudo de fibrilhação auricular com resposta ventircular rápida, tendo múltiplos efeitos secundários que devem ser considerados no momento da prescrição. Este caso ilustra as decisões complexas que se vivem no dia-a-dia do Serviço de Urgência, em que potenciais fármacos têm sempre riscos inerentes, neste caso específico de agravar a patologia tiroideia de base e assim a arritmia do doente, acabando posteriormente por ser o único tratamento eficaz.

Nº 274 Vasculite com manifestação cutânea – um caso de estudo

Sofia Almada(1); Duarte André Ferreira(1); Rui Fernandes(2); Sara Gomes(1); Mónica Jardim(1); Luz Reis Brazão(1); Teresa Faria(2)

(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça (2) Hospital dos Marmeleiros

A abordagem de um doente que se apresenta com lesão cutânea requer uma história clínica e um exame físico minuciosos. Apesar de na maioria dos casos ser suficiente para reconhecer uma patologia, noutras será necessário estudo adicional para um diagnóstico correto.

Homem de 73 anos recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por eritema não pruriginoso do membro inferior esquerdo com 2 dias de evolução. O doente negou qualquer sintomatologia associada, trauma, picadas de insectos, alteração dos hábitos alimentares ou medicamentosos. Destaca-se como antecedentes pessoais Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensão arterial e Policitémia Vera (PV) JAK2 positivo, já em seguimento pela Hematologia. No SU objectivou-se um exantema eritematoso, petequial e coalescente exuberante no MI esquerdo, desde o 1/3 inferior da coxa até o pé, e apenas escassas petéquias na região interna da coxa direita. Perante a suspeita de vasculite com atingimento cutâneo o doente foi medicado com prednisolona e orientado para a consulta de Medicina Interna de forma prosseguir o estudo etiológico. O estudo de autoimunidade, nomeadamente os Anticorpos Anti-Nucleares (ANA), Anti-dsDNA e Anti-citoplasma Neutrófilo (ANCA), foi negativo. As proteínas C3 e C4 eram normais, contudo o doseamento da IgA foi de 800 mg/dl, sendo o intervalo normal entre 70 e 400 mg/dL. O doente apresentou resolução completa das lesões ao fim de duas semanas, não se verificando atingimento de outros órgãos (como artrite, dor abdominal, hemorragia gastrointestinal ou doença renal) pelo que iniciou desmame da corticoterapia.

Este caso desperta a curiosidade dos autores já que vários casos de nefropatia por IgA foram associados a PV no passado. Contudo, o diagnóstico simultâneo de vasculite

por IgA e PV é extremamente raro. Não obstante, os autores alertam para a importância do diagnóstico precoce e do seguimento de vasculites por IgA de forma a diminuir o risco de envolvimento renal, a principal complicação associada nos adultos.

Nº 295 Metahemoglobinemia e Covid-19: um desafio diagnóstico

Thiago Horta Soares(1); Thaiane Rubioli Costa(1); Lucas Vieira Chagas(1); Julia Wanderley Drummond(1); Cecilia Almeida e Amaral Faria(1); Marianna Amorim Antunes(1); Mariana da Costa Portugal Duarte(1)

(1) Rede Mater Dei de Saude

Introdução: A metahemoglobinemia é uma síndrome rara, caracterizada por cianose central não responsiva à administração de oxigênio (O2). Sua presença concomitante à infecção por Covid-19 representa um desafio diagnóstico.

Caso-Clínico: MLRA, 65 anos, feminina, admitida com sintomas gripais, febre e dor torácica retroesternal há 3 dias. Realizado teste rápido para Covid 19, positivo. História prévia de dermatite atópica, em uso de dapsona há 2(1) dias e tromboflebite em coxa esquerda. Vacinada com duas doses de Pfizer BioNtech contra Covid-19. À admissão apresentava saturimetria de pulso (SpO2) de 87% em ar ambiente (aa), sem outras alterações ao exame clínico. Iniciado dexametasona 6mg/dia. Durante sua internação, observou-se discordância entre a SpO2 e pressão arterial de oxigênio (PaO2). Mantida com máscara facial a 10L/min, com SpO2 91% e PaO2 108mmHg. Realizada angiotomografia de tórax com menos de 25% de vidro fosco em parênquima pulmonar e descartado tromboembolismo pulmonar. Realizada então dosagem de metahemoglobina (MetHb), que revelou valor de 6,6% (VR: menor que 2%). Diante da discreta melhora clínica com a suspensão da dapsona, foi cogitado tratamento com azul de metileno. Porém, nos dias subsequentes, apresentou melhora clínica gradual e da SpO2, permitindo redução no fluxo de O2. Nova dosagem de MetHb mostrou queda do valor para 1,9%. Recebeu alta hospitalar após 8 dias, com SpO2 de 95% em aa.

Discussão: A metahemoglobinemia é uma síndrome clínica que pode ser congênita ou adquirida, e decorre do desequilíbrio entre a oxidação e a redução da hemoglobina com a sua conversão do estado ferroso para férrico e acúmulo de MetHb. A MetHb possui maior afinidade pelo O2, o que dificulta sua liberação tecidual e desvia a curva de dissociação para esquerda; causando uma discordância entre a SpO2 e a PaO2. É rara em adultos e o uso de agentes oxidantes, como a dapsona, deve aumentar a suspeição diagnóstica. O caso relatado reforça a importância de avaliar a MetHb em pacientes com hipoxemia refratária a oxigenioterapia e dissociação entre SpO2 e PaO2 na gasometria arterial.

Nº 534 Pneumonite a trastuzumab deruxtecano

Bruno Bonito(1); Vânia Pereira(2); Steeve Rosado(2); Carlos Menezes Oliveira(2); Carlos Simões Pereira(2)

(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário (2) Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O Trastuzumab deruxtecano (T-DXd) é um anticorpo conjugado, utilizado em doentes com neoplasia da mama em estadio avançado, que aparenta estar associado a um risco aumentado de toxicidade pulmonar.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 47 anos, portuguesa, leucodérmica, autónoma, com antecedentes de carcinoma invasivo da mama esquerda com

receptor hormonal positivo (RH+) e factor de crescimento epidermico humano 2 positivo (Her2+), com metastização pulmonar, óssea e hepática estáveis, sob terapêutica com T-DXd.

Encaminhada para o serviço de urgência (SU) por quadro de dispneia e cansaço de agravamento progressivo, inicialmente para esforços e posteriormente já com sintomas em repouso, o que motivou recurso ao SU. À admissão hospitalar encontrava-se taquipneica com dessaturação periférica e insuficiência respiratória parcial, com necessidade de ventilação não invasiva (VNI).

Analiticamente a destacar PCR de 40 mg/dL. Radiografia do tórax com evidência de infiltrado pulmonar intersticial difuso, tendo realizado estudo complementar por tomografia computadorizada pulmonar a destacar densificação difusa do parênquima em vidro despolido com padrão "*crazy paving*", enquadrável em toxicidade pulmonar por quimioterapia, tendo sido excluidos processo infeccioso agudo e agravamento/progressão das metástases pulmonares.

Admitida na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por agravamento do quadro com insuficiência respiratória global. Assumiu-se toxicidade pulmonar a trastuzumab e inciou corticoterapia.

Durante as primeiras 24 horas de UCI verificou-se agravamento progressivo com deterioração hemodinâmica e ventilatória culminando em necessidade de ventilação invasiva. Posicionada em decúbito ventral, procedimento que repetiu 4 vezes. Apesar das medidas instituidas, evoluiu de forma desfavorável e viria a falecer após 12 dias de internamento.

Discussão: A pneumonite associada à terapêutica com T-DXd é um efeito adverso que pode ser catastrófico. A patofisiologia não está esclarecida, pelo que são necessários mais estudos para adoção de estratégias de prevenção e tratamento. Neste caso discutimos o diagnóstico, abordagem e prognóstico da pneumonite associada ao T-DXd. Dada a evolução e a gravidade do caso, achamos interessante alertar os colegas para esta temática.

Listagem dos Revisores

A. Martins Baptista
A. Oliveira Silva
Abílio Gonçalves
Adelaide Belo
Aida Cordero
Alberto Fior
Alberto Mello E Silva
Alfredo Avelino Duarte Monteiro Leite
Alfredo Martins
Amélia Pereira
Ana Araujo Gomes
Ana Borges
Ana Campar
Ana Grilo
Ana Luísa Faceira
Ana Margarida Fernandes Ribeiro
Ana Paiva Nunes
Ana Pastor
Ana Patrícia Leite Martins Lourenço
Ana Paula Fidalgo
Ana Rita Cruz
Ana Sofia Marques Moreira Silva
Anabela Barros
Anabela Oliveira
Anabela Raimundo
André Gomes
Andreia Vilas Boas
Aníbal Marinho
António Carneiro
Armando Carvalho
Arsénio Santos
Bebiana Gonçalves
Bruno Grima
Cândida Fonseca
Carlos Capela
Carlos Manuel Alves Cabrita
Carlos Vasconcelos
Carmélia Rodrigues
Carolina Guedes
Catarina Pereira
Cátia Eliana Carvalho Barreiros
Cecília Vilaça
Celia Maria Maia Azevedo Cruz
Conceição Escarigo
Conceição Pires
Cristina Rosário
Cristina Teotónio
David Silva
Debora Sousa
Diogo Cruz
Edite Pereira
Edna Gonçalves
Eduardo Doutel Haghighi
Elsa Gaspar
Emília Louro
Ester Ferreira
Estevão Pape
Eugénio Dias
Fátima Campante
Fátima Guedes
Fatima Leal Seabra
Fatima Pinto
Fátima Silva
Faustino Ferreira
Fernando Ferraz E Sousa
Fernando Martos Gonçalves
Fernando Salvador
Filipa Gomes
Filipa Malheiro
Filipa Silva
Filipe Andrade
Filipe Breda
Filipe Gaio De Castro Nery
Filipe Gonçalo Leitão Marques Vilão
Francisca Delerue
Francisco Aguiar Vasques Novoa Faria
Francisco Araújo
Francisco Cunha
Francisco Parente
Gracinda Brasil
Guilherme Gama
Heidi Gruner
Helder Esperto
Helena Sarmento
Inês Albuquerque
Inês Chora
Inês Ferreira
Inês Furtado
Inês Palma Dos Reis
Irene Marques
Irene Miranda
Isabel Cristina Ensina Lavadinho
Isabel Esperança
Isabel Madruga
Isabel Neves
Ivone Ferreira
Joana Cochicho
Joana Mascarenhas Pinto
João Araujo Correia
João Correia
João Espírito Santo
João Gonçalves Pereira
João Maia
João Matos Costa
João Melo
João Neves
João Pacheco Pereira

João Porto
João Ribeiro
João Sá
João Sequeira
Jorge Crespo
Jorge Poço
José Barata
José Manuel Ferreira
José Manuel Pestana
José Mariz
José Meireles
José Pereira De Moura
José Presa Ramos
Júlio R Oliveira
Leila Amaro Cardoso
Lèlita Santos
Lia Marques
Luis António De Quadros Flores E Santos
Luís Brito Avô
Luis Duarte Costa
Luís Lopes
Luis Nogueira Silva
Luísa Eça Guimarães
Luisa Pereira
Luísa Rebocho
Mafalda Santos
Manuel Teixeira Veríssimo
Marco Fernandes
Margarida França
Margarida Freitas Silva
Margarida Maria Gomes Mota Carvalho
Margarida Oliveira
Margarida Proença
Mari Mesquita
Maria Céu Rocha
Maria Helena Brito
Maria João Lobão
Maria Luz Brazão
Maria Teresa Cardoso
Mariana Pintalhão
Marisa Mariano
Marta Ferreira Sá Patacho
Marta Soares Pinto Carreira
Melanie Ferreira
Narciso Oliveira
Nidia Pereira
Nuno Bernardino Vieira
Nuno Cardoso
Olga Gonçalves
Patrícia Dias
Paula Dias
Paulo Almeida
Paulo Castro Chaves
Paulo Gouveia
Pedro Caiano Gil
Pedro Correia Azevedo
Pedro Leuschner
Pedro Póvoa
Pedro Raimundo
Pedro Rodrigues
Pedro Von Hafe
Rafaela Veríssimo
Raquel Calisto
Raquel Faria
Ricardo Fernandes
Ricardo Louro
Ricardo Pereira
Rita Paulos
Rita Ribeiro Dias
Rui Carneiro
Sandra Morais
Sara Marques
Sérgio Baptista
Sofia Duque
Sofia Nobrega
Sofia Pinheiro
Sofia Silva
Sónia Chan
Susana Coelho
Susana Ferreira
Susana Nobrega Dias
Suzana Calretas
Teresa Branco
Teresa Fonseca
Tiago Almeida
Tiago Esteves Freitas
Tiago José Andrade Gregório
Tiago Tribolet De Abreu
Vanessa Chaves
Vanessa Novais De Carvalho
Vasco Barreto
Vítor Branco
Vitor Fagundes
Vitor Paixão Dias
Zélia Maria Castro Lopes Teixeira

Listagem de Autores

A. Beatriz Ferreira
Abel Branco
Adriana Basílio
Adriana Costa
Adriana Henriques
Adriana Henriques Silva
Adriana Luísa Costa
Adriana Pereira Almeida
Adriana Pereira Guedes
Adriana Watts Soares
Alexandra Machado
Alexandra Nascimento
Alexandra Silva Ramalho Azevedo
Alexandre Castro Lopes
Alice Figueiredo
Alice Fonseca Marques
Amanda Hirschfeld
Amanda Hirschfeld
Amélia Pereira
Ana A Albuquerque
Ana Amarante
Ana Andrade Almeida
Ana Carina Baldino
Ana Carlota Caetano
Ana Carolina António Santos
Ana Carolina Basílio Vieira Lemos
Ana Carolina Monteiro
Ana Castro Barbosa
Ana Catarina Emidio
Ana Catarina Garcia
Ana Catarina Lopes Elias
Ana Catarina Pina Pereira
Ana Catarina Pinto Carvoeiro
Ana Cláudia Furão Rodrigues
Ana David Do Carmo
Ana Duarte Coimbra
Ana Elisa Dias
Ana Ferreirinha
Ana Filipa Fernandes
Ana Filipa Ferreira (Filipa Iglésias)
Ana Filipa Martins
Ana Filipa Rodrigues
Ana Filipa Vassalo
Ana Francisca Azevedo Correia
Ana Gomes Saraiva
Ana Guilhermina Da Silva Varanda Melicio
Ana Isabel Bezerra Machado
Ana Isabel Bezerra Machado
Ana Isabel Brochado
Ana Isabel Ferreira Brochado
Ana Isabel Godinho Oliveira
Ana Isabel Oliveira
Ana Isabel Ribeiro
Ana Isabel Rodrigues
Ana João Carvalho
Ana Lúcia Do Rosário
Ana Lúcia Rebelo Do Rosário Lino
Ana Luís Ferreira
Ana Luísa Maceda Rodrigues
Ana Mafalda Abrantes
Ana Magalhães
Ana Margarida Coutinho
Ana Margarida Fonseca
Ana Margarida Sobral
Ana Maria Baltazar
Ana Maria Carvalho
Ana Martins Neves
Ana Pais Monteiro
Ana Paiva Santos
Ana Patricia Brito
Ana Patrícia Brito
Ana Patrícia Nunes
Ana Patrícia Silva
Ana Paula Rezende
Ana Raquel Fernandes Soares
Ana Raquel Fontes Figueiredo
Ana Raquel Fontes Figueiredo
Ana Raquel Soares
Ana Rita Ambrósio
Ana Rita Antunes
Ana Rita C. Silva
Ana Rita De Oliveira
Ana Rita Ferreira
Ana Rita Freire
Ana Rita Ramalho
Ana Rita Rocha
Ana Rocha Oliveira
Ana Rubim Correia
Ana Santos E Silva
Ana Sara Monteiro
Ana Simas
Ana Sofia Ferreira
Ana Sofia Ramôa
Ana Sofia Reis
Ana Sofia Silva
Ana Sofia Silva
Ana Teixeira Reis
Ana Teresa Guimarães Abreu Ferreira Da Rocha
Ana Teresa Vieira
Ana Toste
Ana Valada Marques
Anabela De Carvalho
André Alçada Fernandes
André Bargas

André Carmo
André Filipe Conchinha
André Mendes
André Rebelo Matos
André Resendes Sousa
André S. Carvalho
André Santos Silva
Andreia Amaral
Andreia Mandim
Andreia Paulos
Andreia Sá Lima
Andreia Salvado
Andreia Tavares
Angela Ghiletchi
Ângela Paredes Ferreira
Ângela S. Almeida
Angelica De Freitas E Lopes
Anita Trigueira
Antonio Cardoso Fernandes
Antonio Leao
António Lorena Pessoa
António Lorena Pessoa
António Mateus Pinheiro
António Moreno Marques
Aurora Gomes Zanga
Baltazar Gabriel Oliveira
Bárbara A. M. Baptista
Bárbara Esteves
Bárbara Ferreira Da Silva
Bárbara Fontes Oliveira
Bárbara Fraga Campos
Bárbara Jesus
Barbara Lemos
Bárbara Palos Saraiva
Bárbara Paracana
Bárbara Paracana Oliveira
Bárbara Pinto Martins
Bárbara Silva
Beatriz Andrade
Beatriz Castanheira
Beatriz Castro Silva
Beatriz Cêrca
Beatriz Cortez Ferreira
Beatriz Dias Silva
Beatriz Gamito Gonzaga
Beatriz Gaspar
Beatriz Gomes Rosa
Beatriz Gonzaga
Beatriz Marquês
Beatriz Parreira
Beatriz Passos
Beatriz Pedro Fernandes
Beatriz Ribeiro
Beatriz Riquito
Beatriz Sá Pereira
Beatriz Sá Pereira
Beatriz Sampaio
Beatriz Saraiva Ferreira
Beatriz Tallon
Beatriz Tavares Da Silva
Beatriz Teixeira Lima
Beatriz Teixeira Pinto
Beatriz Vargas Andrade
Bernardo Belchior
Bernardo Silvério
Bogdana Darmits
Bruna Mota
Bruna Pimentel
Bruna Rodrigues Barbosa
Bruno Bonito
Bruno Daniel Santos Besteiro
Bruno Freitas
Bruno Matos Soares
Bruno Sequeira Campos
Cândida Rocha
Carina Costa E Silva
Carina De Sousa
Carla Dias
Carla Margarida Carvalho
Carla Oliveira Ferreira
Carla Pereira
Carla Silva Gonçalves
Carla Silva Gonçalves
Carla Sofia Santos
Carlos Grijó
Carlos M Nancassa
Carlos Rego Gonçalves
Carlos Santos Moreira
Carlota Lalanda
Carolina Almeida Robalo
Carolina Amado
Carolina Anjo
Carolina Basílio Lemos
Carolina Chumbo
Carolina Filipa Branco Saca
Carolina Gomes
Carolina Guimaraes
Carolina Isabel Carvalhinha
Carolina Maia Nogueira
Carolina Marcos Queijo
Carolina Martins
Carolina Monteiro
Carolina Nunes Cardoso
Carolina Nunes Coelho
Carolina Roias
Carolina Roias
Carolina Saca
Carolina Sequeira

Carolina Silva Câmara
Carolina Silva Câmara
Carolina Soares Lopes
Catarina Alves Costa
Catarina Alves Costa
Catarina Antunes Salvado
Catarina Barbosa
Catarina Branco
Catarina Cabral
Catarina Carreira Costa
Catarina Faustino
Catarina Ferreira
Catarina Ferreira Duarte
Catarina Forra
Catarina Gonçalves Lopes
Catarina Guimarães Silva
Catarina Joana Azevedo Batista Coelho
Catarina Lopes
Catarina Lopes Almeida
Catarina Maia Ferreira
Catarina Melita
Catarina Negrão
Catarina Oliveira Silva
Catarina Pestana Santos
Catarina Pinto Silva
Catarina Reigota
Catarina Relvas
Catarina Relvas
Catarina Rodrigues Da Silva
Catarina Romero
Catarina Rute Rodrigues Silva
Catarina Santos Reis
Catarina Semedo Graça
Catarina Sena Silva
Catarina Silva
Catarina Silva Araújo
Catarina Tavares Valente
Catarina Távora
Catarina Vale
Cátia Cunha Ribeiro
Cátia Gorgulho
Cátia Henriques
Cecília De Almeida Moreira
Célia Lourenço Tuna
Christian Fernandes Neves
Christian Neves
Clara Pinto
Claudemira Pinto
Cláudia Andrade
Cláudia Batoque Fitas
Cláudia Gaspar
Cláudia Maciel Perez
Cláudia Queirós
Claudia Raquel Pratas
Claudia Viana
Cláudio Gouveia
Cnf1997123#Spmi
Constança Antunes
Constantin Sitari
Constantin Sitari
Cristiana Fernandes
Cristiana Ferreira Teles
Cristiano Gante
Danay Perez
Daniel Bandarra
Daniel Castanheira
Daniel Tomás Calado
Daniel Tomas Silva Conceiçao Calado
Daniel Veiga
Daniela Antunes
Daniela Augusto
Daniela Baptista
Daniela Barbosa Mateus
Daniela Casanova
Daniela Cruz
Daniela Da Costa Duarte
Daniela Luz Rodrigues
Daniela Marina Ribeiro Alves
Daniela Mateus
Daniela Meireles
Daniela Nascimento Silva
Daniela Olívia Gomes
Daniela Pinheiro
Daniela Ribeiro Alves
Daniela Salgueiro
Daniela Silvano Maurício
Daniela Silvano Maurício
Daniela Silvano Maurício
Daniela Soares
Daniela Soares
David Tomás
Débora Da Silva Correia
Débora Silveira
Diana Alves Do Carmo
Diana Belchior Raimundo
Diana Briosa Reis
Diana Briosa Reis
Diana Brites
Diana Crisitna Buendia Palacios
Diana Ferreira Lopes
Diana Gonçalo Mimoso Cardoso
Diana Leite Russo
Diane Pimenta
Diogo Alves Leal
Diogo Andrade Pereira
Diogo Brandão Neves
Diogo Couto Sousa
Diogo Dias Ramos

Diogo Duarte Lopes
Diogo Ferreira Da Silva
Diogo Macedo
Djenabu Cassama
Dora Catarina Dias Gomes
Dr. Fernando Lemos
Dr. Ricardo Miguel Costa
Dra. Alexandra Wahnon
Dra. Ana Luís Vasconcelos
Dra. Carolina Abreu
Dra. Cristiane Macedo
Dra. Mafalda Ferreira
Dra. Patricia Moreira
Duarte Augusto
Duarte Lima
Edgar Amaro
Eduardo Cunha De Macedo
Elisa Caldeira
Elisa Macedo Brás
Elisabete Mendes
Elisabete Ribeiro
Emanuel Fernandes
Emanuel Fernando Matias
Emídio Mata
Encantado Faria
Érica Mariano Barata
Estela Carvalho De Sousa
Eulália Antunes
Fábia Cerqueira
Fabia Muriel Santos C Carvalho Cerqueira
Fabiana Gouveia
Fábio Neves Correia
Fabio Pe D Arca Barbosa
Fabíola Maria De Almeida Figueiredo
Fabíola Maria De Almeida Figueiredo
Fátima Cereja
Fátima Cereja
Fátima Costa
Fausto Pinto
Fernando Rafael Carvalho Gonçalves
Filipa Abelha Pereira
Filipa David
Filipa De Oliveira Nunes
Filipa Duarte Ribeiro
Filipa Fernandes
Filipa Ferreira Rodrigues
Filipa Figueiredo
Filipa Macieira
Filipa Marques Rodrigues
Filipa Pinto
Filipa Pinto
Filipa Reis
Filipa Ribeiro Lucas
Filipa Ribeiro Lucas
Filipa Ribeiro Verdasca
Filipa Rodrigues Dos Reis
Filipa Sousa Gonçalves
Filipe Craveiro
Filipe Cunha Dias
Filipe Da Cunha Pinto
Filipe J. Pencas Alfaiate
Filipe Pimenta Ribeiro
Filipe Silva Monteiro
Filipe Silva Vilela
Filipe Veiga
Flávia Freitas
Flávia Fundora Ramos
Flávio Quadrado
Francisca Dâmaso
Francisca Ferraz De Liz
Francisca Fonseca
Francisca Lino
Francisca Lopes Martins
Francisca Lopes Martins
Francisca Silva Carmo
Francisca Tato Fernandes
Francisca Torres Sarmento
Francisco Barreto
Francisco Barreto
Francisco Costa Mendes
Francisco Diogo De Oliveira Simões
Francisco Gonçalves
Francisco Guimarães
Francisco Rodrigues Dos Santos
Francisco Santos Dias
Francisco Soares Laranjeira
Frederico Sarmento
Frederico Soares Da Silva
Gabriel De Carvalho Ferreira
Gabriela Costeira Paulo
Gabriela Maria Costeira Paulo
Garcieth Gomes
Gisela Brito Gonçalves
Glória Gonçalves
Gonçalo Carneiro
Gonçalo Durão-Carvalho
Gonçalo Martins E Pereira
Gonçalo Peres
Gonçalo R. Mesquita
Gonçalo Ruas
Gonçalo Torrinha
Gonçalo Varela Cunha
Gregória Maria Baió
Guilherme Freitas Camões
Guilherme Jesus
Guilherme Miranda
Guilherme Sacramento

Guilherme Salavisa
Gustavo Almeida Silva
Gustavo Silva
Hélder Gonçalves
Helena De Oliveira
Helena Hipólito Reis
Helena M. Barroso
Helena Margarida Silva
Helena Rodrigues
Hugo Alves
Hugo Mineiro Félix
Hugo Ventura
Inês Albernaz Moreira
Inês Almeida Pintor
Inês Almeida Pintor
Inês Amaral Pinto
Inês Amarante
Inês Baptista Freitas
Inês Benedito Martins
Inês Branco Carvalho
Inês Caldeira Araújo
Inês Carolino
Inês Clara
Inês Correia
Inês Cota Medeiros
Inês Couto Hilário Soldin Silva
Inês De Albuquerque Monteiro
Inês De Albuquerque Monteiro
Inês De Almeida Ambrioso
Inês De Amorim Pereira
Inês De Campos Pereira
Inês De Gouveia Bonito
Inês De Sá Martins
Inês De Sousa Martins
Inês Fernandes Santos
Inês Ferreira
Inês Ferreira Maia
Inês Filipa Silva
Inês Fiúza M. Rua
Ines Guimarães Rento
Inês Hilário Soldin
Inês Ladeira Figueiredo
Inês Margarido
Inês Marques Ferreira
Inês Matias Lopes
Inês Monteiro Araújo
Inês Moreira
Inês P. Carvalho
Inês Parreira
Inês Pinheiro
Inês R. Carvalho
Inês Salvado De Carvalho
Inês Santos Silva
Inês Silva
Inês Silveira
Inês Soares
Inês Sofia Ferreira Da Silva
Inês Sofia Gonçalves
Ines Sousa Miranda Mendes Silva
Inês Sousa Quinteiro
Inês Trabucho
Inês Urmal
Íris Simões Galvão
Isa Cerqueira
Isa Helena
Isabel Fonseca Silva
Isabel Malta Carvalho
Isabel Marques Correia
Isabel Mendes Bessa
Isabel Monteiro
Isabel Moreira
Isabel V. Rodrigues
Isabel Viana Novo
Isabel Viegas Rodrigues De Sousa
Isabel Vieira Fernandes
Iuliana Cusnir
Ivanna Ostapiuk
Ivo Mendes
Jerina Nogueira
Jerina Nogueira
Jéssica Abreu
Jessica Krowicki
Jéssica Oliveira
Jéssica S. Krowicki
Jéssica Vasconcelos
Joana Afonso Pinto
Joana Alves Luís
Joana Araújo Correia
Joana Basílio Leite
Joana Batista Paulo
Joana Cabral
Joana Camões Neves
Joana Cardoso
Joana Carneiro De Moura
Joana Carneiro De Moura
Joana Carneiro De Moura
Joana Carvalho De Sousa
Joana Castro Vieira
Joana Catarina Silva
Joana Certo Pereira
Joana Conde Gonçalves
Joana Correia Lopes
Joana Da Silva Costa
Joana Ferreira De Melo
Joana Ferro Jorge
Joana Filipa Freitas Ribeiro
Joana Formiga Viegas
Joana Freitas Ribeiro

Joana Gameiro Duarte
Joana Gouveia
Joana Gouveia Santos
Joana Isabel Neto Gomes
Joana Moutinho
Joana Moutinho Lopes Martins
Joana Oliveira
Joana Pereira De Melo
Joana Pereira Moniz
Joana Silva Costa
Joana Silvério Simões
Joana Sofia Rego
Joana Sousa Varela
Joana Tavares Pereira
Joana Tender Vieira
João Aurélio
João Barata De Carvalho
João Barbosa Barroso
João Bessa Martins
João Carlos Oliveira
João Casanova Pinto
João Coutinho De Sousa
João Cunha
João Da Silva Peixoto
João De Menezes Aguiar
Joao Diogo Rodrigues Barros
João Faustino
João Fernandes Cunha
João Fernandes Pedro
João Freitas Silva
João Gabriel Ferreira Lobato De Rosa
João Horta Antunes
João Horta Antunes
João Loja
João Loja
João Loja
João Luís Cavaco
João Luís Miranda
João M. S. Pereira
João Magro
João Morais Lopes
João P. Santos
João Paulo Nóvoa
Joao Pedro Costa Oliveira
João Pedro De Sousa Lima
João Poço Gonçalves
João Ricardo Faia
João Rocha
João Rodrigues Barros
João Vieira Afonso
João Vitor Araújo
Johanna Viana
Jorge Governa
Jorge Montês
Jorge Reis
Jorge Salsinha Frade
Jorgina Isaías
Jorgina Isaías
José Diogo Martins
José Duro
José Eduardo Almeida Albuquerque E Sousa
José Fragoso Duro
José Ganicho
José Ganicho
José Joaquim
José Laert
José Miguel Alvarenga
José Miguel Martins
José Nuno De Magalhães
José Pedro Pimenta
Juliana Andrade
Juliana Carneiro
Juliana Nogueira
Julien Lopes
Khrystyna Fedak
Laura Batista
Laura Guerreiro
Leda D´Almeida
Leila Duarte
Leonor Neves Da Gama
Leonor Neves Da Gama
Letícia Marques Leite
Leticia Santos
Lília Castelo Branco
Liliana Mota
Liliana Mota
Liliana Mota
Liliana R Santos
Liliana Sofia Gil Fernandes
Liliia Savka
Lorena Lozano Real
Lúcia Jardim
Luís Afonso Rocha
Luís Filipe Couto
Luís Miguel Pereira
Luís Neves Da Silva
Luís Veiga
Luísa Gomes Rocha
Luísa Mendonça
Luísa Sousa
Luísa Viveiros
Luzia Salome Afonso Amaro Bismarck
M. João Granjo Redondo
Mª Inês Risto
Madalena Pupo Correia
Madalena Santos
Mafalda Duarte

Mafalda Duarte
Mafalda Leal
Mafalda Machado
Mafalda Machado De Gouveia
Mafalda Rodrigues
Mafalda Santos
Mafalda Santos Filipe
Mafalda Silva Dias
Mafalda Sofia Batista Sequeira
Mafalda Sousa
Mafalda Vasconcelos
Manuel Calapez Xavier
Manuel Calapez Xavier
Manuel De Albuquerque
Manuel G. Costa
Manuel Pimentel Maia
Mara Sarmento
Márcia Machado
Marco Aurélio Correia
Marco Cristo Tomaz
Margarida Dias Agudo Gomes Neto
Margarida Fonseca
Margarida Fontelonga Bento
Margarida Guiomar
Margarida L. Nascimento
Margarida Martins Guerreiro
Margarida Mourato
Margarida Paraíso
Margarida Portugal
Margarida Ribeiro
Margarida Soares Resendes
Maria Alexandra Martingo
Maria Beatriz Santos
Maria Carolina Carvalho
Maria Cristina Fialho
Maria De Meneses Rebelo
Maria De Meneses Rebelo
Maria Dias Lopes
Maria Eduarda Leitão
Maria Eduarda Martins
Maria Eduarda Moniz
Maria Guilherme Muchata
Maria Inês Candeias
Maria Inês Matos
Maria Inês Parreira
Maria João Barbosa
Maria João Fernandes
Maria João Matos Rocha
Maria João Oura
Maria João Vilela
Maria José Marques Pires
Maria Leonor Neves
Maria Luís Santos
Maria Luisa
Maria Manuel Pereira
Maria Manuel Pereira
Maria Margarida Andrade
Maria Margarida Rosado
Maria Marta Quaresma
Maria Rita Giestas Lima
Maria Teresa Brito
Mariana Antão
Mariana Antão
Mariana Baptista
Mariana Belo Nobre
Mariana Bessa Quelhas
Mariana Branco Farinha
Mariana Campos Lobo
Mariana Cascais
Mariana Coelho
Mariana Dias
Mariana Dias Maia
Mariana Duarte Almeida
Mariana Fernandes
Mariana Fidalgo
Mariana Gaspar
Mariana Gomes Xavier
Mariana Guerra
Mariana Lobo Oliveira
Mariana Lopes Matos
Mariana Martins Esteves
Mariana Massa Oliveira
Mariana Moniz Ramos
Mariana Moura Portugal
Mariana Nunes
Mariana Nunes
Mariana Paulos Carriço
Mariana Pereira Marques
Mariana S. Câmara
Mariana S. R. Costa
Mariana S. R. Costa
Mariana Salvado De Morais
Mariana Silva De Sousa
Marina Coelho
Mário Bibi
Mário Ferreira
Mário Gil Fontoura
Marisa Araújo
Marta Anastácio
Marta Azevedo Ferreira
Marta Baião
Marta Batista
Marta Batoca Sousa
Marta Botelho De Sousa
Marta C Machado
Marta Catarina Almeida
Marta D'orey
Marta Freixa

Marta Henriques Monteiro
Marta Monteiro
Marta Noronha Carvalho
Marta Rosário
Marta Sanches
Marta Viana Pereira
Martim Caldeira Henriques
Martim Trovão Bastos
Matilde Coimbra
Matilde Couto
Matilde Couto
Matilde Couto
Matilde Drumond
Mauro Gomes Marques
Miguel Ângelo Santos Ribeiro
Miguel Ângelo Sousa
Miguel Carrilho
Miguel F. Oliveira
Miguel Lázaro Mendes
Miguel Reis Costa
Miguel Rodrigues
Miguel Santos Ribeiro
Miguel Simões Rodrigues
Mikael Tomás Xufre
Mónica Baptista Lopes
Mónica Ferro Da Silva
Mónica Fidalgo Silva
Mónica Jardim
Monica Spencer Pereira
Mónica Spencer Pereira
Monique Alves
Nadine Almeida
Natália Marchão
Nereida Fernandes Monteiro
Nuno Cardoso
Nuno Carvalho
Nuno De Barros Ferreira
Nuno Delgado
Nuno Ferreira
Nuno Magalhaes
Nuno Pardal
Nuno Ricardo Faria Oliveira
Nuno Ricardo Oliveira
Núria Condé Pinto
Odete Duarte
Olga Neves Capontes
Patrícia Alexandra Carrão Fernandes
Patrícia Bernardes
Patricia Brito
Patrícia Carrão
Patrícia Clara
Patrícia Cláudio Ferreira
Patrícia Lima
Patrícia Malhadas Ferreira
Patricia Manuela Fernandes
Patrícia Neves
Patrícia Neves
Patricia Santos
Patrícia Sôra Sobrosa
Patrícia Sôra Sobrosa
Patrícia Tenreiro
Patrícia Tinoco Araújo
Paula Cerqueira
Paula Cerqueira
Paula F. Matias
Paula Mesquita
Paula Nogueira
Paulo Augusto B Alano
Paulo Brites Ramos
Paulo De Castro
Paulo De Sousa Costa
Paulo Jorge Gomes Câmara
Paulo Jorge Tavares De Castro
Paulo Simão
Pedro Antunes
Pedro Caiado
Pedro Catarino Varandas
Pedro Correia Azevedo
Pedro Daniel Araújo Fernandes
Rodrigues
Pedro Dinis Avelar
Pedro Dos Santos
Pedro Fernandes Moura
Pedro Frazão
Pedro Gomes Santos
Pedro Joaquim
Pedro Manata
Pedro Martins Dos Santos
Pedro Menezes Cordeiro
Pedro Moules
Pedro Moura
Pedro Reboredo
Pedro Sá Almeida
Pedro Simões
Rafael Felamino Curto
Rafael Lopes Freitas
Rafael Marques
Rafael Viana
Rafaela Lopes
Rafaela Lopes Freitas
Rafaela M. Ribeiro
Raquel Borrego
Raquel Diogo
Raquel Flores
Raquel M. Vieira
Raquel Maria De Cerqueira Armindo
Raquel Mendes Boto
Raquel Oliveira

Raquel Oliveira
Renata Martinho
Renato Gonçalves
Renzo Mozzer
Ricardo Manuel Pereira
Ricardo Martins Da Ascenção
Ricardo Mortágua Velho
Ricardo Reis Veloso
Ricardo Silva Veiga
Rita Albergaria
Rita Amorim E Costa
Rita Barbosa Sousa
Rita Bernardino
Rita De Vasconcelos Pereira
Rita Diz
Rita Diz
Rita Esteves Ferreira
Rita Gano
Rita Gonçalves Pinto
Rita Gouveia
Rita Magalhães
Rita Matos Sousa
Rita Noversa De Sousa
Rita Palma Féria
Rita Penaforte
Rita Penaforte
Rita Penaforte
Rita Pinto Araujo
Rita Pinto Ribeiro
Rita Relvas
Rita Ribeirinho
Rita Rosa Domingos
Rita S Xavier
Rita Sevivas
Rita Soares Costa
Rita Sobral
Rita Sousa Figueira
Rita Tinoco Magalhães
Rita Valadas
Rita Vilar Da Mota
Rodrigo Duarte
Rodrigo Rei
Roman Khomynets
Rosário Eça
Rosário Eça
Rosélia Maria Da Silva Lima
Ruben Rego Salgueiro
Rui Filipe Lopes Carvalho
Rui Flores De Miranda Ribeiro
Rui Jorge Escaleira
Rui Jorge Sousa Da Silva
Rui Lourenço Gonçalves Fernandes
Rui Pedro Ribeiro
Rui Pedro Ribeiro
Rui Pedro Ribeiro
Rui Salvador
Rui Salvador
Rui Soares Correia
Rute Lopes Caçola
Sabina Azevedo
Samuel Azevedo
Sandra Catarina Neto Da Cunha
Sandra Ganchinho Lucas
Sandra Oliveira Mendes
Sandra Yaneth Suescun Sepulveda
Sandra Yaneth Suescun Sepulveda
Sara Aleixo Cabrita
Sara Durães
Sara Ferreira
Sara Frazão De Brito
Sara Isabel Vasconcelos
Sara Loureiro Melo
Sara M. Campos
Sara Maia Barbosa
Sara Marina Da Silva Santos
Sara Mateus Mahomed
Sara Moutinho-Pereira
Sara Nunes Gomes
Sara P. Bravo
Sara Pereira
Sara Pereira Henriques
Sara Salema Travassos
Sara Silva
Sara Silva Pereira
Sara Tereso
Sara Vasconcelos Teixeira
Sergey Zagidulin
Sérgio Azevedo
Sérgio Cabaço
Sérgio Costa Monteiro
Sérgio Gomes Ferreira
Sílvia Alão
Sofia Almada
Sofia Andraz
Sofia Carvalheiras
Sofia Duque
Sofia Esteves
Sofia Esteves
Sofia Ferreira Cunha
Sofia Gomes Rocha
Sofia Guerreiro Cruz
Sofia Miguelote
Sofia Miranda
Sofia Perestrelo Lima
Sofia Picão Eusébio
Sofia Ramalho
Sofia Ramos
Sofia Ribeiro De Almeida

Sofia Rodrigues De Carvalho
Sofia Romão
Sofia Santos Pereira
Sofia Sequeira
Sofia Sequeira
Sofia Ventura
Soraia Mendes
Soraia Pinho Duarte
Soraia Proença E Silva
Soraia Silva
Stanislav Tsisar
Steeve Rosado
Stefano Dias Pinto
Susana Viana
Tânia Faustino Mendes
Tânia Lopes
Tânia M. Lopes
Tânia Pereira Da Silva
Tatiana Louro
Tatiana Oliveira
Tatiana Oliveira
Tatiana Pacheco
Tatiana Soares Correia
Tatiana Soares Ferreira Gonçalves
Correia
Teresa Carolina Vieira De Gouveia
Teresa Costa E Silva
Teresa Costa Pereira
Teresa Gouveia Martins
Teresa Silva
Teresa Soares Costa
Teresa Sofia Abegão Valente Jesus
Teresa Valido
Tetiana Baiherych
Thiago Horta Soares
Tiago Castro Pinto
Tiago Castro Pinto
Tiago Castro Pinto
Tiago Dias Da Costa
Tiago Ferreira
Tiago Jorge Costa
Tiago José Guimarães Carvalho Costa
Tiago Neto Gonçalves
Tiago Pais
Tiago Valente
Tiago Vasconcelos
Valentim Meleiro Rodrigues
Valériya Zaruba
Valter Duarte
Vanessa Sofia Moreira Leite
Vânia Rodrigues Pereira
Vasco Tiago
Vera Figueiredo
Wendy Moniz

COMISSÕES

ÓRGÃOS SOCIAIS SPMI

DIREÇÃO

PRESIDENTE
Lèlita Santos

VICE-PRESIDENTE
Isabel Fonseca
Vasco Barreto
Luís Duarte Costa

SECRETÁRIO-GERAL
Catarina Canha

SECRETÁRIO-ADJUNTO
Fernando Salvador
Bruno Grima
Mafalda Santos

TESOUREIRO
Olga Gonçalves

ASSEMBLEIA-GERAL

PRESIDENTE
António Oliveira e Silva

VOGAL
Francisca Delerue
Edite Nascimento

CONSELHO FISCAL

PRESIDENTE
Nuno Bernardino

VOGAL
Diogo Cruz
Francisco Parente

COMISSÃO ORGANIZADORA

PRESIDENTE
Jorge Almeida

SECRETARIA-GERAL
Luísa Fonseca

TESOUREIRA
Maria João Lima

Ana Margarida Ribeiro
Edite Pereira
Fernando Friões
Filipa Gomes
Inês Furtado
Joana Pimenta
Marta Carreira
Patrícia Lourenço
Paula Dias
Pedro Ribeirinho Soares
Vasco Barreto

COMISSÃO CIENTÍFICA

PRESIDENTE
António Oliveira e Silva

MEMBROS DA COMISSÃO
Fernando Friões
Inês Chora
Joana Mascarenhas
José Mariz
Luís Nogueira Silva
Patrícia Lourenço
Paulo Castro Chaves
Paulo Paiva
Pedro Leuschner
Pedro Von Hafe
Raquel Calisto
Tiago Gregório

29º
CONGRESSO NACIONAL MEDICINA INTERNA

JURÍS

MELHORES IMAGENS EM MEDICINA
Paulo Castro Chaves
Tiago Gregório
Inês Chora
Paulo Paiva

MELHORES CASUÍSTICAS
Fernando Friões
José Mariz
Joana Mascarenhas
Pedro Leuschner

MELHORES CASOS CLÍNICOS
Pedro Von Hafe
Patrícia Lourenço
Luís Silva
Raquel Calisto

SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA (SPMI)

www.spmi.pt
E: secretariado@spmi.pt
T: +351 217 520 570

THE HOUSE OF EVENTS (THE)

www.the.pt
E: congresso29cnmi@the.pt
T: +351 228 348 940

29º

CONGRESSO NACIONAL MEDICINA INTERNA

PATROCINIOS:

1º

NOVARTIS · Boehringer Ingelheim · Lilly

2º

Pfizer · Bial Keeping life in mind. · AstraZeneca

3º

Daiichi-Sankyo · MSD · Bayer · GSK · sanofi · tecnimede · ferrer

4º

Alnylam Pharmaceuticals · Boehringer Ingelheim · Recordati · Viatris · Grünenthal · Servier moved by you · Angelini Pharma · novo nordisk · Air Liquide

5º

Bristol Myers Squibb · Nippon Gases Healthcare · ageas seguros · Acail Gás · Atral · CESPU Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário · Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson · ultragenyx · Vivisol Home Care Services · PADEP® · Lidel

6º

Arium · Speculum

SPMI Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Porto.