

30° CNMI

Congresso Nacional de Medicina Interna

9° Congresso Ibérico de Medicina Interna

Centro de Congressos do Algarve, Vilamoura

23 – 26 Maio 2024

LIVRO DE RESUMOS *Abstract Book*

ÍNDICE DE AUTORES

- 101 CO-0001 - (2217) - FALÊNCIA HEPÁTICA AGUDA POR HERPES VÍRUS 6 NUM IMUNOCOMPETENTE
- 102 CO-0002 - (2069) - PNEUMOCOCCAL AND SEASONAL FLU VACCINATION ADHERENCE: A RETROSPECTIVE STUDY
- 103 CO-0003 - (2092) - BACTERIEMIA POR ENTEROCOCCUS FAECIUM: UM PONTO DE PARTIDA POUCO COMUM
- 104 CO-0004 - (2098) - DOENÇA DE WHIPPLE NUM CASO DE EMAGRECIMENTO INVOLUNTÁRIO EM ESTUDO
- 105 CO-0005 - (4091) - BOLHA ENFISEMATOSA PULMONAR
- 106 CO-0006 - (2185) - APUNHALADO PELO S. PYOGENES – UM CASO DE DOENÇA STREPTOCÓCICA INVASIVA COM PONTO DE PARTIDA EM ARTRITE DO PUNHO
- 107 CO-0007 - (2801) - SÍNDROME NEFRÓTICO COMO MANIFESTAÇÃO DE SÍFILIS SECUNDÁRIA
- 108 CO-0008 - (2422) - NEOPLASIA METASTIZADA OU TUBERCULOSE MILIAR? A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- 109 CO-0009 - (2047) - FEBRE DE ORIGEM CENTRAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 110 CO-0010 - (2128) - COMPLEXIDADE NEUROINFECCIOSA: CASO CLÍNICO DE OTOMASTOIDITE ASSOCIADA A TROMBOSE VENOSA CEREBRAL E MENINGITE
- 111 CO-0011 - (2131) - WAKE-UP SPEAKING ANOTHER LANGUAGE - A RARE CASE OF APHASIA
- 112 CO-0012 - (2143) - NEUROMIELITE ÓTICA UM CASO CLINICO
- 113 CO-0013 - (2197) - MEMORY IMPAIRMENT WITH SYMMETRICAL HIPPOCAMPAL LESIONS FOLLOWING ACUTE GLUFOSINATE-AMMONIUM INTOXICATION
- 114 CO-0014 - (2895) - A IMPORTÂNCIA DO OZONO
- 115 CO-0015 - (4925) - ENFARTE MEDULAR: UMA COMPLICAÇÃO RARA DE EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL BRÔNQUICA
- 116 CO-0016 - (2276) - GENTAMICINA – PONDEREMOS OS RISCOS
- 117 CO-0017 - (2080) - QUANDO O RARO VEM EM PARES – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS DE VASCULITE ANCA
- 118 CO-0018 - (2177) - ARTRALGIAS INFLAMATÓRIAS SOB DUPILUMAB - QUAL A CAUSA?
- 119 CO-0019 - (2210) - ENCEFALITE LÍMBICA AUTOIMUNE A ANTI-LGI1: NEM TUDO É ANSIEDADE!
- 120 CO-0020 - (2342) - SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE TIPO III COM MANIFESTAÇÃO OCULAR
- 121 CO-0021 - (2376) - PNEUMONIA EOSINOFÍLICA - QUANDO A CAUSA ESTÁ NO MEDICAMENTO
- 122 CO-0022 - (2385) - PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA ADQUIRIDA: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DE UM CASO CLÍNICO COMPLEXO”
- 123 CO-0023 - (2727) - PÚRPURA HIPERGAMAGLOBULINEMICA DE WALDENSTROM

- 124 CO-0024 - (2766) - ANTES QUE A ISQUEMIA PASSE A NECROSE: UM CASO DE OVERLAP
- 125 CO-0025 - (2518) - ENDOCARDITE INFECIOSA: QUANDO A EMBOLIZAÇÃO É A PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO
- 126 CO-0026 - (2550) - DOENÇA DE CHAGAS
- 127 CO-0027 - (2583) - PRURIDO: NEM TUDO É ESCABIOSE.
- 128 CO-0028 - (2659) - UM CASO RARO DE ESPONDILODISCITE A STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS
- 129 CO-0029 - (2677) - A DANÇA DOS PARASITAS
- 130 CO-0030 - (2636) - ADENOPATIAS EM ESTUDO – UM MUNDO DE POSSIBILIDADES
- 131 CO-0031 - (2270) - DESAFIOS DIAGNÓSTICOS EM PACIENTES IMUNOSSUPRIMIDOS: CASO DE ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA
- 132 CO-0032 - (4595) - COLANGITE ESCLEROSANTE SECUNDÁRIA A ASCARIS LUMBRICOIDES
- 133 CO-0033 - (2091) - CARDIOMIOPATIA PERIPARTO: GESTÃO PARTICULAR
- 134 CO-0034 - (2331) - UM CORAÇÃO PARTIDO
- 135 CO-0035 - (2336) - FÍSTULA AURÍCULO-ESOFÁGICA – UMA COMPLICAÇÃO RARA DA ABLAÇÃO DA FIBRILHAÇÃO AURICULAR POR CATETER.
- 136 CO-0036 - (2394) - DEPRESSION AND HEART FAILURE - THE INCIDENCE OF DEPRESSIVE SYMPTOMS ASSESSED BY THE PHQ9 AND THEIR ASSOCIATION WITH HF OUTCOMES
- 137 CO-0037 - (2438) - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA E DOENÇA DE GRAVES – UMA COMBINAÇÃO RARA
- 138 CO-0038 - (2630) - PULMONARY EMBOLISM AS A CONSEQUENCE OF PELVIC CONGESTION SYNDROME
- 139 CO-0039 - (2598) - ASSOCIAÇÃO ENTRE O TEMPO EM SALA DE OBSERVAÇÃO E OUTCOMES DO INTERNAMENTO
- 140 CO-0040 - (4412) - DISSEÇÃO AÓRTICA – A OPORTUNIDADE DIAGNÓSTICA PELA ECOGRAFIA POINT-OF-CARE
- 141 CO-0041 - (2891) - ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE LINFOMA DO MANTO
- 142 CO-0042 - (2913) - DA MASTOCITOSE CUTÂNEA À SISTÊMICA - CASO CLÍNICO
- 143 CO-0043 - (3973) - NOT EVERYTHING IS AS IT SEEMS ! – A CASE OF ACUTE ANAEMIA.
- 144 CO-0044 - (2858) - UM CASO RARO DE GONORREIA DISSEMINADA
- 145 CO-0045 - (4931) - UM CASO CLÍNICO DE ENCEFALITE PARANEoplásica
- 146 CO-0046 - (4364) - LINFOMA NODAL DE CÉLULAS T-HELPER ASSOCIADO A CRIOGLOBULINEMIA TIPO III
- 147 CO-0047 - (4165) - O VÍRUS EPSTEIN-BARR E A SUA CAIXA DE PANDORA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA
- 148 CO-0048 - (4786) - UM CASO RARO DE ANEMIA HEMOLÍTICA COMO APRESENTAÇÃO DE ANEMIA PERNICIOSA

- 149 CO-0049 - (2079) - ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DA SÍNDROME DE FRAGILIDADE – CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE DO DOENTE FRÁGIL
- 150 CO-0050 - (4118) - RECOGNIZING FRAILTY AND COMPLEXITY IN HIP FRACTURE PATIENTS: THE ESSENTIAL ROLE OF ORTHOGERIATRIC UNITS
- 151 CO-0051 - (4440) - OPORTUNIDADES PERDIDAS NO TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE NUMA UNIDADE DE ORTOGERIATRIA
- 152 CO-0052 - (4470) - FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DELIRIUM NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA
- 153 CO-0053 - (4490) - ANTICHOLINERGIC BURDEN OF ELDERLY PATIENTS HOSPITALIZED DUE TO HIP FRACTURE AT ADMISSION AND DISCHARGE
- 154 CO-0054 - (4966) - NUTRITIONAL STATUS OF ELDERLY PATIENTS WITH HIP FRACTURE - HIGH PREVALENCE OF MALNUTRITION AND VITAMIN DEFICIENCIES IN ELDERLY PATIENTS WITH HIP FRACTURES: A RETROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY
- 155 CO-0055 - (4991) - RASTREIO DA FRAGILIDADE, SARCOPENIA E MALNUTRIÇÃO NUM EVENTO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
- 156 CO-0056 - (4792) - RASTREIO DA SARCOPENIA – O RETRATO DE UM DIA NA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA
- 157 CO-0057 - (2863) - LOMBALGIA... PARA ALÉM DO ÓBVIO
- 158 CO-0058 - (2865) - DESAFIOS NO TRATAMENTO DE ESPONDILODISCITE E BACTERIÊMIA POR MSSA
- 159 CO-0059 - (2911) - FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 160 CO-0060 - (2935) - DOENÇA DE HANSEN - UMA ENTIDADE RARA
- 161 CO-0061 - (2940) - NEM TUDO É O QUE PARECE
- 162 CO-0062 - (4147) - MIOCARDITE A CMV
- 163 CO-0063 - (4046) - ANTIBIOTERAPIA ORAL NO TRATAMENTO DE ESPONDILODISCITE: UM EXEMPLO A SEGUIR?
- 164 CO-0064 - (4231) - QUANDO UMA CONVULSÃO NÃO É O QUE PARECE: UM CASO CLÍNICO
- 165 CO-0065 - (1035) - INCLUSÃO DO PAINEL DE BIOMARCADORES NO DIAGNÓSTICO DE LESÕES CEREBRAIS TRAUMÁTICAS LIGEIRAS
- 166 CO-0066 - (2363) - DA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA À MUTAÇÃO DE C9ORF72: SOBRE A SOBREPOSIÇÃO DIAGNÓSTICA
- 167 CO-0067 - (2420) - HAT-TRICK NA TROMBECTOMIA
- 168 CO-0068 - (2526) - UMA CAUSA NEUROLÓGICA DE BLOQUEIO AURICULOVENTRICULAR
- 169 CO-0069 - (2618) - SÍNDROME DE TAKOTSUBO APÓS CRISE EPILÉPTICA
- 170 CO-0070 - (2577) - SÍNDROME DE ROUBO DA SUBCLÁVIA: UMA PERSEGUIÇÃO NECESSÁRIA.
- 171 CO-0071 - (4661) - DESAFIOS DIAGNÓSTICOS: QUANDO DUAS DOENÇAS RARAS COEXISTEM

- 172 CO-0072 - (2138) - SINDROME CENTRAL MEDULAR: A NECESSIDADE DE OLHAR ALÉM DO ÓBVIO
- 173 CO-0073 - (2651) - ENIGMAS CARDÍACOS: O CASO DA ENDOCARDITE DE LIBMAN-SACKS EM DOENTE COM LÚPES ERITEMATOSO SISTÊMICO
- 174 CO-0074 - (2871) - UM DIAGNÓSTICO RARO E UM EFEITO ADVERSO INESPERADO
- 175 CO-0075 - (2927) - DOENÇA RELACIONADA COM IGG4 – O GRANDE IMITADOR
- 176 CO-0076 - (4083) - FENOTIPOS DE UMA COORTE DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDEO
- 177 CO-0077 - (4129) - MONOCLONAL GAMMOPATHY OF RENAL SIGNIFICANCE-ASSOCIATED CRYOGLOBULINEMIC VASCULITIS: A CASE REPORT HIGHLIGHTING TREATMENT STRATEGIES
- 178 CO-0078 - (4148) - TROMBOSE ARTERIAL EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN E DOENÇA DE BUERGER: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO
- 179 CO-0079 - (4157) - UM CASO DE AORTITE: IATROGENIA RARA AO BEVACIZUMAB
- 180 CO-0080 - (4183) - ARTRITE POR DEPOSIÇÃO DE PIROFOSFATO DE CÁLCIO – UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM DE FEBRE SEM FOCO
- 181 CO-0081 - (4211) - DE NEOPLASIA METASTIZADA AOS ANTIBACILARES – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 182 CO-0082 - (4238) - ANÁLISE DO RETRATAMENTO DA HEPATITE C NUMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
- 183 CO-0083 - (4291) - O MISTÉRIO DA RINORREIA: UM CASO DE MENINGITE ASSOCIADA A FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUIANO
- 184 CO-0084 - (4331) - TUBERCULOSE DISSEMINADA: CASO CLÍNICO
- 185 CO-0085 - (2209) - “COM O CORAÇÃO NAS PARÓTIDAS”: UM PONTO DE PARTIDA RARO DE ENDOCARDITE
- 186 CO-0086 - (2202) - SEPSIS A SEPTICUM
- 187 CO-0087 - (5000) - IMPACTO DA INFEÇÃO POR VSR NA POPULAÇÃO ADULTA
- 188 CO-0088 - (2448) - AMILOIDOSE NODULAR PULMONAR: UM CASO ATÍPICO QUE APARENTAVA SER UMA “LARGADA DE BALÕES”
- 189 CO-0089 - (2048) - HIPERSENSIBILIDADE CORONÁRIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 190 CO-0090 - (2805) - TROMBOEMBOLISMO VENOSO E EMBOLIA PARADOXAL SÍNCRONAS, NUM DOENTE COM FORAMEN OVALE PATENTE - A PROPÓSITO DE UM CASO.
- 191 CO-0091 - (2843) - O PAPEL DA GENÉTICA NA ETIOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.
- 192 CO-0092 - (4218) - PERICARDITE RECORRENTE: UM AGENTE ENCOBERTO
- 193 CO-0093 - (4268) - UM PUERPÉRIO ATRIBULADO
- 194 CO-0094 - (4388) - REINTERNAMENTO E MORTALIDADE NUMA POPULAÇÃO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO VENTRICULAR ESQUERDA PRESERVADA - RESULTADOS PRELIMINARES DO ESTUDO ROAD-HF

- 196 CO-0095 - (4000) - EVOLUÇÃO CLÍNICA E ANALÍTICA EM DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE FRAÇÃO DE EJEÇÃO LEVEMENTE REDUZIDA E REDUZIDA QUE INICIARAM TERAPÊUTICA COM RECETOR DE ANGIOTENSINA-INIBIDOR DA NEPRILISINA EM SEGUIMENTO NUMA UNIDADE MÉDICA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE AMBULATÓRIO – UM ESTUDO OBSERVACIONAL LONGITUDINAL
- 197 CO-0096 - (4705) - HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA REFRACTÁRIA - ABORDAGEM E TRATAMENTO
- 198 CO-0097 - (2222) - MISTÉRIOS MONOCLONAIS: UM CASO DE MIELOMA MÚLTIPLO IGM
- 199 CO-0098 - (2362) - UMA ASCITE DE CAUSA IMPROVÁVEL
- 200 CO-0099 - (2406) - PECULIAR APRESENTAÇÃO INICIAL: SARCOMA DE KAPOSI DISSEMINADO ASSOCIADO AO HIV
- 201 CO-0100 - (2774) - DIARREIA CRÓNICA COM MAL ABSORÇÃO POR NEOPLASIA PANCREÁTICA – UM RELATO DE CASO
- 202 CO-0101 - (4040) - ENTRE TROMBOS E TUMORES: LEIOMIOMA DESMASCARADO COMO LEIOMIOSSARCOMA APÓS EVENTO TROMBÓTICO
- 203 CO-0102 - (2559) - SÍNDROME DE MEIGS: UMA ETIOLOGIA RARA DE ASCITE E DERRAME PLEURAL
- 204 CO-0103 - (2450) - SÍNDROME DE DOEGE-POTTER
- 205 CO-0104 - (4764) - ENIGMA OCULTO..ACERCA DE UM CARCINOMA TÍMICO METASTIZADO
- 206 CO-0105 - (2055) - RETRATO DA CONSULTA DE OBESIDADE 2021: A EXPERIÊNCIA COM AGLP1
- 207 CO-0106 - (2476) - UM CASO RARO DE RABDOMIÓLISE
- 208 CO-0107 - (2846) - NUTRIÇÃO ARTIFICIAL EM AMBULATÓRIO: ESTUDO RETROSPETIVO DOS DOENTES SEGUIDOS NUM HOSPITAL PERIFÉRICO.
- 209 CO-0108 - (4068) - PORFIRIA CUTÂNEA TARDA E HIPERFERRITINEMIA – UMA DUALIDADE DE DIAGNÓSTICOS?
- 210 CO-0109 - (4107) - RELEMBRAR A GRAVIDEZ NA SÍNCOPE: UM CASO CLÍNICO DE TEMPESTADE TIROIDEIA
- 211 CO-0110 - (4259) - ANOREXIA NERVOSA – UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER
- 212 CO-0111 - (2238) - ACIDOSE LÁTICA ASSOCIADA À METFORMINA (MALA) – CASUÍSTICA DE 4 ANOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
- 213 CO-0112 - (2842) - AGONISTAS DOS RECETORES DE GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-1 (ARGLP-1): UMA CLASSE EM RUPTURA
- 214 CO-0113 - (2081) - SINERGIA FISIOPATOLÓGICA: UM CASO RARO DE PLATIPNEIA-ORTODEOXIA
- 215 CO-0114 - (2207) - DESVENDANDO A INCERTEZA: UM CASO CLÍNICO DE LINFEDEMA DO MEMBRO SUPERIOR
- 216 CO-0115 - (2229) - RHABDOMYOLYSIS: A RARE MANIFESTATION OF ANOCTAMIN-5 MUSCULAR DYSTROPHY
- 217 CO-0116 - (2299) - NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA INDUZIDA POR COTRIMOXAZOLE: UM CASO CLÍNICO.

- 218 CO-0117 - (2322) - MUTAÇÃO RARA EM PROTEÍNA SARCOMÉRICA ASSOCIADA A RABDOMIÓLISE
- 219 CO-0118 - (2466) - DOENÇA DE ERDHEIM CHESTER – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 220 CO-0119 - (2488) - DOENÇA DE KIKUCHI-FUJIMOTO EXTRA-CERVICAL
- 221 CO-0120 - (2449) - MUJER VEXAS: DESAFIANDO EL GUIÓN TRADICIONAL DE UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE
- 222 CO-0121 - (4021) - COGNIÇÃO EM “MARCHA-ATRÁS”
- 223 CO-0122 - (4247) - QUANDO A HEMORRAGIA É AFINAL ÓLEO DE SILICONE
- 224 CO-0123 - (4334) - UM ESTADO DE MAL HIPONATRÉMICO - UM CASO RARO
- 225 CO-0124 - (4568) - NEUROLEPTOSPIROSE: DOENÇA RARA OU SUBDIAGNOSTICADA?
- 226 CO-0125 - (4618) - ROTURA ANEURISMÁTICA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE DRPAD EM JOVEM DE 23 ANOS
- 227 CO-0126 - (2404) - UM DIAGNÓSTICO TARDIO DE CADASIL
- 228 CO-0127 - (2584) - SÍNDROME SEROTONINÉRGICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 229 CO-0128 - (2475) - SÍNDROME MALIGNO DOS NEUROLÉPTICOS - SUSPEITAR PARA DIAGNOSTICAR
- 230 CO-0129 - (2848) - SÍNDROME RS3PE EM DOENTE COM CARCINOMA EPIDERMÓIDE DO PULMÃO
- 231 CO-0130 - (3998) - NEURO-SJÖGREN: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO
- 232 CO-0131 - (4213) - MIOSITE POR CORPOS DE INCLUSÃO SEROPOSITIVA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 233 CO-0132 - (4869) - COMPLICAÇÃO TROMBÓTICA DO SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO: UM DESAFIO CLÍNICO
- 234 CO-0133 - (4713) - MIOPATIA NECROTIZANTE IMUNOMEDIADA COM ANTICORPOS ANTI-HMGCR EM DOENTE COM DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO
- 235 CO-0134 - (4822) - OVERLAP VASCULITE ANCA NEGATIVA / DOENÇA RELACIONADA COM IGG4 - UMA ETIOLOGIA INESPERADA DE DOENÇA RENAL CRÓNICA
- 236 CO-0135 - (4841) - HTA EM IDADE JOVEM: 1ª MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA AUTOIMUNE SISTÉMICA
- 237 CO-0136 - (4998) - ARTERITE TEMPORAL E NÓDULOS PULMONARES - VALOR DA BIÓPSIA DA ARTÉRIA TEMPORAL NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM DOENÇA RELACIONADA COM IGG4
- 238 CO-0138 - (2680) - SÍNDROME OSTEOPOROSE-PSEUDOGLIOMA: RELATO DE NOVA VARIANTE GENÉTICA EM DOIS IRMÃOS
- 239 CO-0139 - (2744) - UM CASO DE SÍNDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL TRATADO COM INFLIXIMAB
- 240 CO-0140 - (2884) - DIAGNÓSTICO SÍNDROME DE SCHMIDT, UM “INCIDENTALOMA”
- 241 CO-0141 - (2917) - SEM BIÓPSIA NÃO HÁ SOLUÇÃO
- 242 CO-0142 - (3955) - UMA CAUSA RARA DE MIOPATIA

- 243 CO-0143 - (2536) - DOENÇA DE CASTLEMAN EM PORTUGAL.
- 244 CO-0144 - (4198) - PAPEL DE UMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR NA GESTÃO DE UMA SÉRIE DE DOENTES COM DOENÇA RARA
- 245 CO-0145 - (3958) - NT-PROBNP COMO PREDITOR DE MORBIMORTALIDADE EM DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
- 246 CO-0146 - (4534) - QUALIDADE DO SONO NOS DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
- 247 CO-0147 - (4593) - O GENE DA SUBUNIDADE $\beta 3$ DA PROTEÍNA G C825T E A HIPERTENSÃO ARTERIAL (HTA) NOS INDIVÍDUOS COM HISTÓRIA FAMILIAR DE HTA
- 248 CO-0148 - (4765) - AMAUROSE SÚBITA: DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 249 CO-0149 - (4899) - DETERMINANTS OF B-TYPE NATRIURETIC PEPTIDE ARE DIFFERENT IN HEART FAILURE PATIENTS WITH REDUCED AND MILDLY REDUCED EJECTION FRACTION
- 250 CO-0150 - (4926) - ENDOCARDITE MARÂNTICA, MÚLTIPLOS AVCS E A SOMBRA DA NEOPLASIA - UM DESAFIO CLÍNICO COMPLEXO
- 251 CO-0151 - (2474) - ECOGRAFIA POINT-OF-CARE NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: O SOM DA PRECISÃO À BEIRA DO LEITO
- 252 CO-0152 - (2269) - BEYOND NT-PROBNP: CA-125'S DISTINCTIVE ROLE IN HEART FAILURE - INSIGHTS INTO RIGHT VENTRICULAR PREDOMINANCE AND TRICUSPID REGURGITATION
- 253 CO-0153 - (4801) - ROTH SPOTS COMO PRIMEIRA APRESENTAÇÃO DE LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA
- 254 CO-0154 - (4880) - DA LLC AO SÍNDROME DE RICHTER: UM RELATO DE CASO
- 255 CO-0155 - (4909) - UMA ASCITE MAIS COMPLICADA DO QUE PARECE: DOENÇA DE CASTLEMAN!
- 256 CO-0156 - (4913) - SARCOMA DE KAPOSÍ: UMA MANIFESTAÇÃO DE LINFOPENIA T CD4+ IDIOPÁTICA
- 257 CO-0157 - (4992) - UMA APRESENTAÇÃO PRIMÁRIA DE UMA LEUCEMIA DE CÉLULAS PLASMÓCITOS
- 258 CO-0158 - (2753) - QUANDO A MEDULA VAI À NEVE!
- 259 CO-0159 - (4435) - ALÉM DO COMUM - UM CASO RARO DE LINFOMA PRIMÁRIO DO MEDIASTINO
- 260 CO-0160 - (4619) - PADRÃO DE CRAZY PAVING - ENVOLVIMENTO PULMONAR POR LINFOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS T
- 261 CO-0161 - (5023) - GERMINAÇÃO RETROPERITONEAL DE UMA SEMENTE INDESEJADA
- 262 CO-0162 - (4621) - FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA: O DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 263 CO-0163 - (4519) - AFINAL ERA LINFOMA?
- 264 CO-0164 - (4481) - DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA RARA: ANGIOSSARCOMA METASTIZADO
- 265 CO-0165 - (4028) - BEYOND THE BRAIN: METASTATIC ASTROCYTOMA

- 266 CO-0166 - (4029) - CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS CRÓMOFOBOS: UMA RARIDADE CLÍNICA
- 267 CO-0167 - (4260) - QUANDO O TRATAMENTO SE TORNA A PIOR DOENÇA
- 268 CO-0168 - (2898) - LINFOMA DA ZONA CINZENTA MEDIASTÍNICO COM COMPRESSÃO AÓRTICA: RELATO DE CASO CLÍNICO.
- 269 CO-0169 - (4961) - LOE EM DOENTE VIH: O DESAFIO DA APRESENTAÇÃO TARDIA
- 270 CO-0170 - (4865) - O RETORNO DE UMA DOENÇA HANSESTRAL COMO FENÓMENO DE LÚCIO
- 271 CO-0171 - (4780) - NEM TUDO O QUE PARECE DOENÇA DE WHIPPLE SERÁ DOENÇA DE WHIPPLE.
- 272 CO-0172 - (4898) - ALÉM DA COINCIDÊNCIA: DOENÇA DE CASTLEMAN EM PACIENTE VIH-POSITIVO
- 273 CO-0173 - (2446) - DOENÇA RARA, TRATAMENTO EFICAZ: PNEUMONIA POR HHV-6B EM DOENTE IMUNOSSUPRIMIDO
- 274 CO-0174 - (2679) - ENDOCARDITE DE VÁLVULA NATIVA A CATETER ALOJADO EM CAVIDADE CARDÍACA
- 275 CO-0175 - (2050) - EXPLOSÃO TERAPÊUTICA
- 276 CO-0176 - (4530) - UM CASO RARO DE INFEÇÃO POR SPOROPACHYDERMIA CEREA
- 277 CO-0177 - (4798) - ABSTINÊNCIA À DERIVA
- 278 CO-0178 - (4753) - MORTALIDADE E FATORES DE RISCO PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NUMA POPULAÇÃO DE DOENTES EM HEMODIÁLISE
- 279 CO-0179 - (4743) - SÍNDROME SEROTONINÉRGICA: UMA LONGA LISTA DE AGENTES CAUSAIS
- 280 CO-0180 - (2782) - ESTADO DE MAL FOCAL MALIGNO
- 281 CO-0181 - (2776) - QUEM VÊ FEBRES NÃO VÊ MIELOMALÁCIAS!
- 282 CO-0182 - (2360) - EDEMA AGUDO DO PULMÃO APÓS TERAPÊUTICA COM ATIVADOR RECOMBINANTE DO PLASMINOGÉNIO TECIDUAL (R-TPA): A PROPÓSITO DE UM CASO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
- 283 CO-0183 - (4904) - DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E GESTÃO DA HIDROCEFALIA DE PRESSÃO NORMAL IDIOPÁTICA NO IDOSO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 284 CO-0185 - (4417) - DESAFIOS DO PUERPÉRIO: SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO
- 285 CO-0186 - (4203) - OSTEOPOROSE E RISCO DE FRATURA - REALIDADE DE UMA ENFERMARIA DE MEDICINA
- 286 CO-0187 - (4683) - DOENÇA DE FORESTIER E DIABETES MELLITUS – UMA LIGAÇÃO PERIGOSA
- 287 CO-0188 - (4787) - DISPNEIA: UMA QUEIXA A SER SEMPRE VALORIZADA
- 288 CO-0189 - (4697) - DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR ASSOCIADA A ARTRITE REUMATÓIDE: UMA APRESENTAÇÃO RARA
- 289 CO-0190 - (2637) - DESVENDANDO A SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA: DIAGNÓSTICO DESAFIANTE, TRATAMENTO CRUCIAL

- 290 CO-0191 - (4447) - GRUPO DE TRABALHO DE IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO SÍNDROMA HEMOFAGOCÍTICO DO ADULTO - RESULTADOS COMPARATIVOS DA COORTE PRÉ E PÓS INSTITUIÇÃO DO PROTOCOLO DE ATUAÇÃO
- 292 CO-0193 - (2721) - TUBERCULOSE ABDOMINAL - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 293 CO-0194 - (3994) - GASTROENTERITE AGUDA POR AEROMONAS SOBRIA – UM CASO RARO EM PORTUGAL
- 294 CO-0195 - (4505) - ACTINOMICOSE ESOFÁGICA: UM CASO RARO DE DISFAGIA
- 295 CO-0196 - (2334) - HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA – UMA COMPLICAÇÃO RARA DE ENDOCARDITE INFECIOSA
- 296 CO-0197 - (2717) - INFEÇÕES NOSOCOMIAIS E ANTIBIOTERAPIA NO INTERNAMENTO: UM ESTUDO RETROSPETIVO
- 297 CO-0198 - (4336) - UM ESTRANHO CASO DE DOR NO PESCOÇO
- 298 CO-0199 - (4723) - HEMOFILIA A ADQUIRIDA
- 299 CO-0200 - (4365) - POLICITEMIA VERA “MASCARADA” - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 300 CO-0201 - (2939) - TERAPIA DIURÉTICA E DESEQUILÍBRIOS ELETROLÍTICOS NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA GERIDA EM AMBULATÓRIO
- 301 CO-0202 - (5070) - LEVOSIMENDAM EM PULSOS NA GESTÃO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AVANÇADA EM AMBULATÓRIO – A REALIDADE DE UM HOSPITAL DE DIA
- 302 CO-0203 - (4579) - ISGLT-2 – UMA CLASSE MULTIFACETADA
- 303 CO-0204 - (4414) - UMA QUEDA DE PARTIR O CORAÇÃO
- 304 CO-0205 - (2702) - REFINING CARDIOVASCULAR RISK ASSESSMENT IN TYPE 2 DIABETES: SCORE2-DIABETES PERSPECTIVE
- 305 CO-0206 - (2633) - ANÁLISE RETROSPETIVA DE UTILIZAÇÃO DE ISGLT2 PARA TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
- 306 CO-0207 - (4169) - DIRECT-ACTING ANTIVIRAL THERAPY FOR HEPATITIS C VIRUS HCV INFECTION IS ASSOCIATED WITH BETTER VALUE OF CARDIOVASCULAR PARAMETERS (CVP)
- 307 CO-0209 - (4640) - SOB O VÉU DA ATAXIA
- 308 CO-0210 - (2775) - MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DO SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ
- 309 CO-0211 - (2282) - DOENÇA DE HUNTINGTON: A BUSCA PELA CAUSA
- 310 CO-0212 - (2262) - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL CARDIOEMBOLICO E TERAPÉUTICA ANTICOAGULANTE EM DOENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
- 311 CO-0217 - (2246) - PROJECTO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO: RESULTADOS PRELIMINARES
- 312 CO-0218 - (2339) - ASSESSMENT OF POINT-OF-CARE REAGENT-LESS HEMOGRAM ANALYSIS IN THE EMERGENCY ROOM USING A DROP OF BLOOD – THE PREMIER STUDY
- 313 CO-0219 - (2690) - A PERTINÊNCIA DAS UNIDADES DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO - ANÁLISE RETROSPETIVA DOS INTERNAMENTOS PARA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

- 314 CO-0220 - (2750) - PICTURE IM: PORTUGUESE INITIATIVE FOR CHARACTERIZING HOSPITALIZATION: A MULTICENTER RETROSPECTIVE REPORT OF INTERNAL MEDICINE
- 316 CO-0221 - (4053) - IMPACTO DA QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO NA ALTA
- 317 CO-0222 - (4136) - INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS NO INTERNAMENTO - UMA REALIDADE SUBVALORIZADA
- 318 CO-0223 - (2444) - HIPOCALEMIA: UMA CAUSA A NÃO ESQUECER
- 319 CO-0225 - (2719) - DENGUE OU LIMITAÇÃO DOS TESTES DIAGNÓSTICOS DISPONÍVEIS?
- 320 CO-0226 - (4208) - UMA ETIOLOGIA RARA DE ABCESSO HEPÁTICO
- 321 CO-0227 - (4160) - MENINGOENCEFALITE POR VÍRUS VARICELA-ZOSTER: UM CASO CLÍNICO DE REATIVAÇÃO EM DOENTE JOVEM IMUNOCOMPETENTE
- 322 CO-0228 - (4695) - DESVENDANDO A ASPERGILOSE INVASIVA: DE UM ACHADO IMAGIOLÓGICO AO DIAGNÓSTICO
- 323 CO-0229 - (4614) - DENGUE EM PORTUGAL
- 324 CO-0230 - (4920) - Q FEVER'S HEMATOLOGICAL SURPRISE
- 325 CO-0231 - (2653) - ENDOFTALMITE ENDÓGENA BACTERIANA - UMA ROTA HEMATOGENICA
- 326 CO-0232 - (2461) - PNEUMONIA ORGANIZATIVA CRIPTOGÉNICA: UM CASO CLÍNICO
- 327 CO-0233 - (2265) - ALÉM DAS ARTICULAÇÕES – ENVOLVIMENTO PULMONAR DA ARTRITE REUMATOIDE
- 328 CO-0234 - (2756) - SARCOIDOSE, ÀS VEZES É PRECISO TER SORTE
- 329 CO-0235 - (2760) - QUANDO TRABALHAR FAZ MAL À SAÚDE
- 330 CO-0236 - (2934) - UMA ETIOLOGIA SUBVALORIZADA DE HIPERTENSÃO PULMONAR: UM CASO CLÍNICO
- 331 CO-0237 - (4707) - PNEUMONIA ORGANIZATIVA POR METAPNEUMOVÍRUS HUMANO EM TRANSPLANTADO PULMONAR
- 332 CO-0238 - (4771) - ALÉM DA SARCOIDOSE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO.
- 333 CO-0239 - (4892) - UM CASO DE DERRAME PARAPNEUMÓNICO RAPIDAMENTE PROGRESSIVO
- 334 CO-0240 - (4327) - AUDITORIA À PRESCRIÇÃO DE TERAPÊUTICA DE SUBSTITUIÇÃO NICOTÍNICA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
- 335 CO-0241 - (4265) - A QUALIDADE DA MORTE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
- 336 CO-0242 - (20) - PALLIATIVE CARE AND ADVANCED CHRONIC LIVER DISEASE: A COHORT ANALYSIS OF PALLIATIVE CARE USE AND FACTORS ASSOCIATED WITH REFERRAL
- 337 CO-0243 - (2832) - MÃO DE FERRO
- 338 CO-0244 - (4324) - EFEITOS ADVERSOS DA TERAPÊUTICA COM INIBIDORES DO CHECKPOINT IMUNOLÓGICO: HEPATITE AGUDA A PEMBROLIZUMAB
- 339 CO-0246 - (4851) - PRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NO INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA – UM ESTUDO PROSPETIVO

- 340 CO-0247 - (4553) - ENTEROPATIA POR OLMESARTAN – UMA CAUSA RARA DE DIARREIA CRÔNICA
- 341 CO-0248 - (2490) - HEPATITE C E TOXICIDADE PELA ACETEMETACINA – ALGUMA RELAÇÃO?
- 342 CO-0249 - (2718) - SPLENOSIS AS A MALIGNANCY MIMICKER AND ITS DIAGNOSTIC CHALLENGE
- 343 CO-0250 - (4584) - ESPLENOMEGALIA DESDE A INFÂNCIA- UM DIAGNÓSTICO POR ESCLARECER
- 344 CO-0251 - (5059) - CASO ATÍPICO DE OCLUSÃO DAS ARTERIAS RETINIANAS BILATERALMENTE
- 345 CO-0252 - (4499) - UMA HERANÇA HEMORRÁGICA
- 346 CO-0253 - (4431) - PORFIRIA CUTÂNEA TARDA FAMILIAR: UM CASO CLÍNICO
- 347 CO-0254 - (2460) - DIAGNÓSTICO DE FRUTOSÉMIA EM IDADE ADULTA
- 348 CO-0255 - (2472) - GLICOGENOSES: CASUÍSTICA DA CONSULTA DE DOENÇAS HEREDITÁRIAS DO METABOLISMO
- 349 CO-0257 - (2427) - HIPOCALÉMIA E SURDEZ – PODERÁ HAVER ALGUMA RELAÇÃO?
- 350 CO-0258 - (4177) - PEMBROLIZUMAB – UMA CAUSA RARA DE ACIDOSE TUBULAR RENAL DISTAL
- 351 CO-0259 - (4285) - NEFRITE INTERSTICIAL AGUDA ASSOCIADA A PEMBROLIZUMAB
- 352 CO-0260 - (4407) - GLOMERULONEFRITE C3: UMA CAUSA RARA DE DOENÇA RENAL
- 353 CO-0261 - (4630) - GLOMERULONEFRITE PAUCI-IMUNE EM DOENTE IMUNOCOMPROMETIDO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 354 CO-0262 - (5024) - NEFRITE TÚBULO-INTERSTICIAL AGUDA ASSOCIADA A PEMBROLIZUMAB
- 355 CO-0265 - (4346) - INTERNAMENTO POR TROMBOEMBOLISMO VENOSO: PESQUISA DE NEOPLASIA OCULTA E PADRÃO DE ANTICOAGULAÇÃO PARA AMBULATÓRIO
- 356 CO-0266 - (3989) - IMPACTO DA DOR NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA
- 357 CO-0267 - (2529) - IMPACTO DO INTERNAMENTO NO STATUS FUNCIONAL DOS DOENTES DE UMA ENFERMARIA COVID-19 DE MEDICINA INTERNA AOS 3 MESES PÓS-ALTA
- 358 CO-0268 - (3992) - MARCADORES DE GRAVIDADE NA SÉPSIS
- 359 CO-0269 - (2036) - ESTUDO RETROSPECTIVO DA RESPOSTA MÉDICA NUM EVENTO MASS GATHERING PROLONGADO: CASO DAS JORNADAS MUNDIAIS DA JUVENTUDE DE 2023
- 360 CO-0270 - (2499) - O INVASOR SILENCIOSO
- 361 CO-0271 - (4721) - OLHO NO HEMOGRAMA
- 362 CO-0272 - (4520) - INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA HIPOXÉMICA REFRACTÁRIA CONDICIONADA POR FORAMEN OVAL PATENTE
- 363 CO-0273 - (4739) - OBESIDADE - O POTENCIAL DO TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO

- 364 CO-0274 - (4777) - LESÃO HEPÁTICA EM ANOREXIA NERVOSA
- 365 CO-0275 - (4783) - O DESMASCARAR DE UMA HIPOGLICEMIA – RELATO DE CASO DE UM INSULINOMA
- 366 CO-0276 - (4816) - DÉFICE DE VITAMINA B1 E ENCEFALOPATIA DE WERNICKE – UM CASO ALÉM FRONTEIRAS
- 367 CO-0277 - (4422) - DESAFIOS E DESCOBERTAS: SÍNDROME DE MAURIAC ASSOCIADA A DIABETES MELLITUS
- 368 CO-0278 - (4308) - QUEM TEM OLHO TEM MEDO
- 369 CO-0279 - (4397) - DIABETES SECUNDÁRIA A DOENÇAS DO PÂNCREAS EXÓCRINO
- 370 CO-0281 - (2803) - MIOPATIA NECROTIZANTE IMUNOMEDIADA ANTI-HMGR E PNEUMOMEDIASTINO: UMA NOVA ASSOCIAÇÃO?
- 371 CO-0282 - (2673) - ÚLCERAS DE CAMERON - UMA CAUSA ESQUECIDA DE ANEMIA FERROPÉNICA
- 372 CO - (2354) - FEBRE SEM FOCO – A COMPLEXIDADE DIAGNÓSTICA DA FEBRE Q
- 373 CO - (2412) - CRISE MIASTÉNICA DESPOLETADA POR COVID19
- 374 CO - (4551) - PSICOSE DE NOVO NO IDOSO E RIGIDEZ –PERTURBAÇÃO NEUROCOGNITIVA MAJOR APENAS?
- 375 CO - (4704) - SÍNDROME DE ANTON: O CEGO QUE AFIRMA VER
- 376 PO-0001 - (1026) - ENDOCARDITE INFECIOSA OU TROMBOS CARDÍACOS – COMPLEXIDADE DA GESTÃO DAS MÚLTIPLAS COMPLICAÇÕES
- 377 PO-0002 - (2045) - TUMEFACÇÃO INGUINAL NUM DOENTE HIV POSITIVO - HÉRNIA INGUINAL OU ALGO MAIS?
- 378 PO-0003 - (2084) - UM SOPRO QUE TARDOU A APARECER
- 379 PO-0004 - (2159) - UMA CAUSA RARA DE LESÃO RENAL AGUDA
- 380 PO-0005 - (2170) - MENINGOENCEFALITE POR HERPES 6: REATIVAÇÃO OU PRIMÓINFEÇÃO? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 381 PO-0006 - (2590) - O RISCO DA TERAPÊUTICA ANTI-TNF α : A PROPÓSITO DE UM CASO DE TUBERCULOSE GANGLIONAR ATÍPICA
- 382 PO-0007 - (2183) - NEVRALGIA DO TRIGÉMIO POR OSTEOMIELITE DA BASE DO CRÂNIO: DESAFIO DIAGNÓSTICO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS
- 383 PO-0008 - (2201) - ACTINOMICOSE PULMONAR NUM DOENTE COM DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA
- 384 PO-0009 - (4161) - PERANTE SURTO GRIPE A, NEM TUDO É SÓ GRIPE A
- 385 PO-0010 - (4737) - QUANDO A TUBERCULOSE NÃO É TODA PULMONAR NEM BACILÍFERA
- 386 PO-0011 - (2411) - DORSO-LOMBALGIA CRÓNICA POR OSTEOMIELITE E ESPONDILODISCITE BRUCÉLICA
- 387 PO-0012 - (2254) - PERICARDITE AGUDA DEVIDO A INFEÇÃO POR COXIELLA BURNETII – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 388 PO-0013 - (2310) - HEPATITE AGUDA NO IDOSO - UMA ETIOLOGIA ESQUECIDA

- 389 PO-0014 - (2343) - E QUANDO O FÍGADO FALA AMARELO?
- 390 PO-0015 - (2381) - QUANDO VIAJAR DE AVIÃO PODE EVIDENCIAR UMA DOENÇA METASTÁTICA A MSSA.
- 391 PO-0016 - (2389) - LYME NEUROBORRELIOSIS AS THE INITIAL EXPRESSION OF LYME DISEASE IN AN ELDERLY PATIENT
- 392 PO-0017 - (2393) - PADRÕES DE RESISTÊNCIA DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE: 5 ANOS DE PNEUMONIAS NUM HOSPITAL DISTRITAL
- 393 PO-0018 - (2451) - ENDOCARDITE INFECIOSA DE VÁLVULA NATIVA
- 394 PO-0019 - (2483) - NEUTROPENIA IATROGÉNICA SEVERA - UM CULPADO INCOMUM
- 395 PO-0020 - (2504) - PNEUMOCISTOSE EM DOENTES INFETADOS COM VIH – UMA EXPERIÊNCIA DE 6 ANOS
- 396 PO-0021 - (4963) - ENCEFALITE COMO APRESENTAÇÃO DE FEBRE Q CRÓNICA
- 397 PO-0022 - (2257) - A PROPÓSITO DE UMA CRISE CONVULSIVA
- 398 PO-0023 - (4084) - REAÇÕES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EM DOENTES SOB ANTIBIOTERAPIA NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA
- 399 PO-0025 - (2065) - HIPERVISCOSIDADE E AVC NA POLICITEMIA VERA: DESAFIOS E TRATAMENTO
- 400 PO-0026 - (4082) - HEMOFILIA A SECUNDÁRIA A MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM
- 401 PO-0027 - (2156) - ATINGIMENTO ÓSSEO COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA DE CÉLULAS T
- 402 PO-0028 - (2220) - MASSA ESPLÉNICA COMO CAUSA DE ANEMIA E TROMBOCITOPENIA
- 403 PO-0029 - (2288) - LINFOMA DE BURKITT: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA E POUCO FREQUENTE
- 404 PO-0030 - (2337) - PEELING BACK THE LAYERS: BEYOND THE SKIN IN PRURIGO NODULARIS AND WALDENSTROM'S MACROGLOBULINEMIA
- 405 PO-0031 - (2378) - PERICARDITE, UMA MANIFESTAÇÃO ATÍPICA
- 406 PO-0032 - (2395) - ANEMIA SEVERA
- 407 PO-0033 - (2498) - ANEMIA PERNICIOSA: UM DIAGNÓSTICO RARO MAS VITAL
- 408 PO-0034 - (2521) - UMA ANEMIA HEMOLÍTICA NUNCA VEM SÓ: UMA SÉRIE DE CASOS CLÍNICOS
- 409 PO-0036 - (2106) - PODE TER TUDO OU PODE NÃO TER NADA?
- 410 PO-0037 - (2628) - UM CASO DE ANEMIA HEMOLÍTICA SECUNDÁRIA
- 411 PO-0038 - (2642) - LESÕES LÍTICAS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 412 PO-0039 - (2732) - O MANTO À DESCOBERTA
- 413 PO-0040 - (4155) - LINFOMA NÃO HODGKIN CUTÂNEO CÉLULAS T – UM CASO-CLINICO DE SÍNDROME DE SÉZARY
- 414 PO-0041 - (2845) - DOENÇA DE CASTLEMAN - BOAS NOTÍCIAS NUMA SUSPEITA DE LINFOMA

- 415 PO-0042 - (2857) - NECROSE AVASCULAR ÓSSEA NO MIELOMA MÚLTIPLO ... PODE O TRAÇO TALASSÊMICO CONTRIBUIR?
- 416 PO-0043 - (2885) - DERRAME PLEURAL – ETIOLOGIA ATÍPICA
- 417 PO-0044 - (4052) - HIPERVISCOSIDADE AO LIMITE – QUANDO DEMASIADO SANGUE É... DEMASIADO
- 418 PO-0045 - (4119) - DA EPISTAXIS RECORRENTE À PLASMAFERESE EMERGENTE: UM CASO CLÍNICO DE MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM
- 419 PO-0046 - (4124) - SWEET SYNDROME
- 420 PO-0047 - (2813) - OPORTUNIDADES DIAGNÓSTICAS PERDIDAS AO LONGO DE UM TRAJETO COMPLEXO
- 421 PO-0048 - (2687) - CORTICOIDE E O RISCO DE MITIGAÇÃO DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA
- 422 PO-0049 - (2101) - ATÉ A CONGESTÃO NASAL PODE SER PERIGOSA
- 423 PO-0050 - (2135) - QUANDO UMA PARAPLEGIA É UMA NEOPLASIA MAMARIA
- 424 PO-0051 - (2172) - ADENOCARCINOMA GÁSTRICO INTRAMUCOSO - O PARADIGMA DA “PERSISTÊNCIA DIAGNÓSTICA”
- 425 PO-0052 - (4496) - NÃO HÁ DUAS SEM TRÊS
- 426 PO-0053 - (2320) - LESÃO INTRADIPLOICA EM DOENTE COM NEOPLASIA DA MAMA
- 427 PO-0054 - (2326) - MIELOMA MÚLTIPLO: O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO PRECOCE
- 428 PO-0055 - (2486) - QUANDO AS PONTAS DOS DEDOS REVELAM O SEGREDO: ISQUÊMIA DIGITAL UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE DOENÇA NEOPLÁSICA
- 429 PO-0056 - (2494) - O MISTÉRIO MEDIASTINAL
- 430 PO-0057 - (2607) - TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO
- 431 PO-0058 - (2725) - FIBRILHAÇÃO AURICULAR COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE NEOPLASIA PULMONAR
- 432 PO-0059 - (4255) - METÁSTASES DE TUMOR PRIMÁRIO DESCONHECIDO – ABORDAGEM DIAGNÓSTICA EM AMBULATÓRIO
- 433 PO-0060 - (5079) - SÍNDROME DE TROUSSEAU OU EFEITO ADVERSO DOS INIBIDORES DE PD-1?
- 434 PO-0061 - (2112) - CLINICAL SIGNIFICANCE OF EXTREME ELEVATION OF THE ERYTHROCYTE SEDIMENTATION RATE: DIAGNOSES AND SURVIVAL IN 681 PATIENTS IN A PORTUGUESE HOSPITAL
- 435 PO-0062 - (2180) - SARCOIDOSE PULMONAR – UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO
- 436 PO-0063 - (2200) - VASCULITE SISTÊMICA –UM ALERTA VERMELHO
- 437 PO-0065 - (2306) - EDEMA EM JOVENS: EXPLORANDO A RELAÇÃO COM PODOCITOPATIAS RENAIAS
- 438 PO-0066 - (2319) - CORAÇÃO NÃO SE SAFOU! ENFARTE MIOCÁRDIO EVOLUÍDO POR ESQUECIMENTO DA MEDICAÇÃO!
- 439 PO-0067 - (2416) - NEFRITE INTERSTICIAL AGUDA COM ACIDOSE TUBULAR RENAL DISTAL, EM CONTEXTO DE SÍNDROME DE SJOGREN

- 440 PO-0068 - (2481) - ARTERITE TEMPORAL E VASCULITE CEREBRAL APRESENTANDO-SE COM DIPLOPIA E PTOSE: UM CASO CLÍNICO RARO
- 441 PO-0069 - (2549) - UM CASO DE SÍNDROME PULMÃO-RIM POR VASCULITE ANCA MPO
- 442 PO-0070 - (2570) - A 30-YEAR EXPERIENCE IN NEURO-BEHÇET DISEASE
- 443 PO-0071 - (2684) - NOT EVERYTHING IS AS IT SEEMS: UNUSUAL INITIAL PRESENTATION OF SYSTEMIC SCLEROSIS
- 444 PO-0072 - (2700) - INSUFICIÊNCIA ADRENAL APÓS ENFARTE BILATERAL DAS GLÂNDULAS SUPRARRENAIS EM DOENTE COM SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDEO
- 445 PO-0073 - (2145) - QUANDO O EXECUTAR É MAIS RELEVANTE DO QUE O LEMBRAR - RELATO DE CASO DE DEMÊNCIA VASCULAR
- 446 PO-0074 - (2211) - DOENÇA VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICA SECUNDÁRIA A MENINGITE PNEUMOCÓCICA
- 447 PO-0075 - (2787) - SÍNDROME DE HORNER - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 448 PO-0076 - (2290) - PARÉSIA DO OCULOMOTOR, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 449 PO-0077 - (2294) - OFTALMOPARÉSIA INTERNUCLEAR: IDENTIFICANDO UMA RARA, MAS IMPORTANTE, APRESENTAÇÃO CLÍNICA
- 450 PO-0078 - (2314) - MIASTENIA GRAVIS COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE UM TIMOMA
- 451 PO-0079 - (2614) - UMA HISTÓRIA DIFÍCIL DE CONTAR
- 452 PO-0080 - (2624) - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E ESTUDO ETIOLÓGICO - MECANISMOS CONCORRENTES
- 453 PO-0081 - (2706) - DO DEPÓSITO AO DANO: ANGIOPATIA AMILÓIDE CEREBRAL
- 454 PO-0082 - (4152) - ARRIVING LATE TO THE PARTY – MOYA-MOYA ANGIOPATHY AS THE CAUSE OF HEMORRHAGIC STROKE IN AN ELDERLY PATIENT
- 455 PO-0083 - (2878) - MIELITE TRANSVERSA, UM DIAGNÓSTICO POUCO FREQUENTE A CONSIDERAR
- 456 PO-0084 - (4472) - IMPORTÂNCIA DO EXAME NEUROLÓGICO NA AVALIAÇÃO DO DÉFICE DE FORÇA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
- 457 PO-0085 - (2086) - REDUÇÃO DE INTERNAMENTOS POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA APÓS DOIS ANOS DE SEGUIMENTO
- 458 PO-0086 - (2273) - ENDOCARDITE OCULTA: LIÇÕES DIANTE DA APARENTE NORMALIDADE
- 459 PO-0087 - (2275) - HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA: NEM TUDO É ESSENCIAL
- 460 PO-0088 - (2377) - HIPERTENSÃO PULMONAR, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 461 PO-0089 - (2484) - PLATIPNEIA ORTODEOXIA
- 462 PO-0090 - (2520) - SÍNDROME DE ROUBO DA SUBCLÁVIA: A IMPORTÂNCIA DA SEMIOLOGIA MÉDICA
- 463 PO-0091 - (4099) - UM CASO DE CARDIOTOXICIDADE POR QUIMIOTERAPIA
- 464 PO-0092 - (2596) - DA DESCOMPENSAÇÃO À ETIOLOGIA, UM CASO DE AMILOIDOSE CARDÍACA

- 465 PO-0093 - (2695) - AN UNFORGETTABLE DIVE: A STRESSFUL EXPERIENCE LEADING TO STRESS CARDIOMYOPATHY
- 466 PO-0094 - (2737) - ANAMNESE, A PRINCIPAL ARMA DIAGNÓSTICA DO INTERNISTA
- 467 PO-0095 - (4001) - EVOLUÇÃO CLÍNICA E ANALÍTICA EM DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA QUE INICIARAM TERAPÊUTICA COM INIBIDOR DO COTRANSPORTADOR SÓDIO GLICOSE 2 EM SEGUIMENTO NUMA UNIDADE MÉDICA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE AMBULATÓRIO – UM ESTUDO OBSERVACIONAL LONGITUDINAL
- 468 PO-0096 - (2883) - AMILOIDOSE CARDÍACA: O CASO DE UMA DOENÇA SUBESTIMADA
- 469 PO-0097 - (4625) - HIPONATRÉMIA GRAVE SECUNDÁRIA À CIPROFLOXACINA
- 470 PO-0098 - (2066) - DIABETES MELLITUS TIPO 2 E DOENÇA HEPÁTICA
- 471 PO-0099 - (2099) - UM CASO DE OSTEOPOROSE SECUNDÁRIA A MUTAÇÃO DO GENE LRP5
- 472 PO-0100 - (2132) - PODES FUGIR MAS NÃO TE PODES ESCONDER
- 473 PO-0101 - (2158) - SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE TIPO III: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 474 PO-0102 - (2371) - DOENÇA DE GRAVES ASSOCIADA AO PEMBROLIZUMAB – RARA COMPLICAÇÃO
- 475 PO-0103 - (2409) - IMPACTO DA CIRURGIA BARIÁTRICA NOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES
- 476 PO-0104 - (2530) - HIPOGLICÉMIA E NEOPLASIA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 477 PO-0105 - (2195) - MAIS DO QUE UMA HIPERTENSÃO ARTERIAL
- 478 PO-0106 - (5097) - DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NÃO CLASSIFICADA - PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 479 PO-0109 - (12) - DO SEVOFLURANO AO MAL EPILÉTICO
- 480 PO-0110 - (1020) - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR - UM COCKTAIL DE PRECIPITANTES
- 481 PO-0111 - (2387) - SÍNDROME SEROTONINÉRGICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 482 PO-0112 - (2392) - DOENÇAS AUTOIMUNES NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA: UM ESTUDO DE COORTE DE 12 ANOS
- 483 PO-0113 - (2453) - COMA MIXEDEMATOSO
- 484 PO-0114 - (2587) - CHOQUE TÓXICO APÓS VACINAÇÃO
- 485 PO-0115 - (2922) - APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UMA DOENÇA FATAL: A DISSEÇÃO AÓRTICA
- 486 PO-0116 - (4016) - INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA POR QUETIAPINA - ALÉM DA ANAMNESE
- 487 PO-0117 - (4035) - EXUBERANTE HEMATOMA DA PAREDE ABDOMINAL SECUNDÁRIO À ADMINISTRAÇÃO DE ENOXAPARINA
- 488 PO-0118 - (4088) - INTOXICAÇÃO AGUDA POR METOTREXATO

- 489 PO-0119 - (4141) - SÍNDROME DE LYELL: A PROPÓSITO DE UM CASO
- 490 PO-0120 - (4151) - UM CASO DE AMILOIDOSE INAUGURAL COM CHOQUE DISTRIBUTIVO
- 491 PO-0121 - (2093) - O QUE SE ESCONDE POR DETRÁS DO MANTO ROSA?
- 492 PO-0122 - (2571) - TOXICIDADE PULMONAR PELO RITUXIMAB: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE
- 493 PO-0123 - (2779) - HIPERTENSÃO PULMONAR
- 494 PO-0124 - (2838) - AFINAL NÃO FOI SÓ UMA QUEDA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 495 PO-0125 - (2930) - QUANDO O TRATAMENTO DESPOLETA A DOENÇA - UM CASO CLÍNICO
- 496 PO-0126 - (3983) - PNEUMONIA NECROTIZANTE, UMA COMPLICAÇÃO RARA
- 497 PO-0127 - (4172) - PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÓNICA - NEM TUDO É INFEÇÃO RESPIRATÓRIA
- 498 PO-0128 - (4221) - DERRAME COMPLICADO PERSISTENTE: UMA ESTRATÉGIA DIFERENTE MAS EFICAZ
- 499 PO-0129 - (4232) - QUANDO TUDO INDICAVA METASTIZAÇÃO PULMONAR – CASO CLÍNICO
- 500 PO-0130 - (4256) - PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO: UM DIAGNÓSTICO A TER EM CONTA
- 501 PO-0131 - (4293) - PNEUMONIA CAVITADA A MSSA EM DOENTE DIABÉTICO – UM CASO CLÍNICO
- 502 PO-0132 - (4479) - DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL – A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- 503 PO-0133 - (2063) - QUANDO UMA CONDIÇÃO BENIGNA TEM UM COMPORTAMENTO MALIGNO
- 504 PO-0134 - (2956) - A DECISION WITH AN EXPECTED OUTCOME – IMPORTANCE OF ANTIRETROVIRAL THERAPY
- 505 PO-0135 - (4110) - PÊNFIGO BOLHOSO: UMA MANIFESTAÇÃO CLÍNICA COMPLEXA - A ABORDAGEM NUM SERVIÇO DE MEDICINA PALIATIVA
- 506 PO-0136 - (4371) - DOENÇA DE MCARDLE: UM DESAFIO MULTIDISCIPLINAR
- 507 PO-0137 - (4747) - A VERY RARE CASE OF MEDULLARY INVASION IN ASTROCYTOMA – A SEIZED DAY WITH PALLIATIVE CARE.
- 508 PO-0138 - (2240) - SEDAÇÃO PALIATIVA – CASUÍSTICA DE 1 ANO NUMA EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS
- 509 PO-0139 - (4981) - REFLETINDO SOBRE OS CUIDADOS EM FIM DE VIDA: ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS PROCEDIMENTOS E TERAPÊUTICAS EM DOENTES INTERNADOS EM SERVIÇOS DE MEDICINA INTERNA
- 510 PO-0140 - (2854) - REGRESSÃO?? DE UMA NEOPLASIA DO PULMÃO EM ESTADIO IV
- 511 PO-0141 - (2676) - O CANCRO NÃO VÊM SÓ
- 512 PO-0142 - (4510) - DOR IRRUPTIVA – PREVALÊNCIA E ABORDAGEM NUMA POPULAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

- 513 PO-0145 - (2068) - NEM TUDO É O QUE PARECE – A PROPÓSITO DE UM CASO DE ENDOCARDITE SUBAGUDA
- 514 PO-0146 - (2175) - NEM TUDO O QUE PARECE É: ATINGIMENTO ARTICULAR NA DOENÇA DE LYME
- 515 PO-0147 - (2383) - BACTERIEMIA A RALSTONIA MANNITOLILYTICA EM DOENTE DIALISADO
- 516 PO-0148 - (2560) - TUBERCULOSE PULMONAR COMPLICADA DE PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO E DERRAME PLEURAL
- 517 PO-0149 - (2682) - UM ENFARTE E ABCESSO ESPLÉNICOS SECUNDÁRIOS A UMA QUEDA
- 518 PO-0150 - (2685) - SÍFILIS, “A GRANDE IMITADORA”
- 519 PO-0151 - (2692) - CARATERIZAÇÃO DE DOENTES COM MALÁRIA NO DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE HOSPITAL TERCIÁRIO
- 520 PO-0152 - (4838) - INFECÇÃO POR CITOMEGALOVÍRUS EM ADULTOS IMUNOCOMPETENTES: A OBSERVAÇÃO AINDA É A MELHOR ESTRATÉGIA?
- 521 PO-0153 - (2746) - ORIGEM IMPREVISÍVEL DE FASCÍTE NECROTIZANTE EM DOENTE IMUNOSSUPRIMIDA
- 522 PO-0154 - (2752) - SÍNDROME DE BANNWARTH
- 523 PO-0155 - (2615) - DESVENDANDO A COLITE A CITOMEGALOVÍRUS
- 524 PO-0156 - (2936) - ENDOCARDITE INFECIOSA: 10 ANOS EM REVISÃO NUM CENTRO HOSPITALAR
- 525 PO-0157 - (2804) - ENFARTE ESPLÉNICO POR MALÁRIA FALCIPARUM
- 526 PO-0158 - (2836) - DOENÇA DESCONHE(SIDA)
- 527 PO-0159 - (2925) - UM CASO DE FEBRE REUMÁTICA NO ADULTO
- 528 PO-0160 - (2953) - AORTITE SIFILITICA: APRESENTAÇÃO COMO ANEURIMA DA AORTA ABDOMINAL
- 529 PO-0161 - (3954) - FASCIOLA HEPATICA, UM AGENTE ESCONDIDO
- 530 PO-0162 - (2616) - UMA INFEÇÃO NUNCA VEM SÓ – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 531 PO-0163 - (3969) - UM CASO RARO DE MENINGITE POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE
- 532 PO-0164 - (3990) - INFEÇÕES E ANTIBIOTERAPIA NO INTERNAMENTO
- 533 PO-0165 - (3991) - INFEÇÕES ASSOCIADAS A PRÓTESES VASCULARES- A PROPÓSITO DE UM CASO
- 534 PO-0166 - (4015) - ANEMIA HEMOLÍTICA COMO MANIFESTAÇÃO DE INFEÇÃO PELO VÍRUS EPSTEIN-BARR
- 535 PO-0167 - (2228) - PEQUENA MAS POUCO – UM CASO DE BACTERIÉMIA A PARVIMONAS MICRA
- 536 PO-0168 - (3988) - DESAFIOS NA PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO DE BACTERIÉMIAS: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
- 537 PO-0169 - (2095) - ESFEROCITOSE HEREDITÁRIA: UM DIAGNÓSTICO TARDIO
- 538 PO-0170 - (2178) - A RARA E IMPREVISÍVEL SÍNDROME DE RITCHER

- 539 PO-0171 - (2391) - ANEMIA HEMOLÍTICA GRAVE EM DOENTE JOVEM
- 540 PO-0172 - (2730) - PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA RECIDIVANTE
- 541 PO-0173 - (2888) - A IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
- 542 PO-0174 - (4158) - LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA E ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO – UM DIAGNÓSTICO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA
- 543 PO-0175 - (4361) - SÍNDROME DE BUDD-CHIARI, UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM DE AMILOIDOSE AL
- 544 PO-0176 - (4367) - MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTROM; UM CASO CLÍNICO
- 545 PO-0177 - (4408) - DERRAME PLEURAL LINFOCÍTICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 546 PO-0178 - (4508) - ASCITE COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE LINFOMA DE BURKITT ESPORÁDICO
- 547 PO-0179 - (2250) - PANCITOPENIA EM DOENTE COM DÉFICE GRAVE DE ÁCIDO FÓLICO POR TERAPIA COM METOTREXATO
- 548 PO-0180 - (2071) - SÍNDROME DE HIPERVISCOSIDADE NUM DOENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO
- 549 PO-0181 - (15) - PARESTESIAS COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA PULMONAR – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 550 PO-0182 - (2173) - SINTOMAS NEUROLÓGICOS - UM ALERTA PULMONAR TARDIO
- 551 PO-0183 - (2252) - UM DERRAME PLEURAL COM 25 ANOS DE DOENÇA
- 552 PO-0184 - (2479) - SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO - QUANDO PENSAR NESTA ENTIDADE? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 553 PO-0185 - (2612) - UM CASO DE ANGIOSSARCOMA ESPLÉNICO
- 554 PO-0186 - (2743) - ALÉM DA DOR LOMBAR
- 555 PO-0187 - (2864) - TUMOR NEUROENDÓCRINO DO ILEON: UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL
- 556 PO-0188 - (2914) - NEOPLASIA DO PULMÃO E CHOQUE OBSTRUTIVO POR TAMPONAMENTO CARDÍACO
- 557 PO-0189 - (2399) - NEOPLASIA TESTICULAR: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA?
- 558 PO-0190 - (4943) - CARCINOMA PERITONEAL PRIMÁRIO E A NECESSIDADE DA AUTÓPSIA
- 559 PO-0191 - (2696) - SÍNDROME PARANEOPLÁSICO E NEOPLASIA DO OVÁRIO
- 560 PO-0192 - (4513) - MASSAS MEDIASTÍNICAS ANTERIORES: UM CASO DE LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B PRIMÁRIO DO MEDIASTINO
- 561 PO-0193 - (2129) - O PESO DA POSITIVIDADE DO ANTICORPO ANTI-TIF1-F
- 562 PO-0194 - (2308) - QUANDO AS MANIFESTAÇÕES SURPREENDEM: A NEOPLASIA SIMULA A DOENÇA AUTO-IMUNE
- 563 PO-0195 - (2364) - TROMBOCITOPENIA IMUNE SECUNDÁRIA A DOENÇA DE GRAVES
- 564 PO-0196 - (2641) - MICROSCOPIC COLLAGENOUS COLITIS – A CASE REPORT.

- 565 PO-0197 - (2703) - MIOPATIA NECROTIZANTE IMUNOMEDIADA
- 566 PO-0198 - (2726) - ERITEMA NODOSO - WHAT ELSE?
- 567 PO-0199 - (2749) - DOENÇA ANTIMEMBRANA BASAL GLOMERULAR – UMA CASO COMPLEXO
- 568 PO-0200 - (4005) - FEBRE PERSISTENTE DE ETIOLOGIA DESCONHECIDA, E AGORA?
- 569 PO-0201 - (4024) - O PUZZLE DA DOENÇA DE STILL DO ADULTO
- 570 PO-0202 - (4048) - SÍNDROME DE GOODPASTURE COM DESFECHO FAVORÁVEL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.
- 571 PO-0203 - (4071) - FEBRE SEM INFEÇÃO - DOENÇA DE STILL DO ADULTO
- 572 PO-0204 - (4074) - ERITEMA NODOSO – QUANDO SABEMOS O SEU PORQUÊ
- 573 PO-0205 - (2075) - BATIMENTOS CARDÍACOS: O PERIGO SILENCIOSO ESCONDIDO NO SISTEMA CIRCULATÓRIO
- 574 PO-0206 - (2258) - DISSECÇÃO DA ARTÉRIA VERTEBRAL POR MICROTRAUMATISMO COMO CAUSA DE AVC
- 575 PO-0207 - (2324) - FORAMEN OVALE PATENTE - A PREPONDERÂNCIA DO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO NO AVC EM IDADE JOVEM
- 576 PO-0208 - (2487) - AVC: E QUANDO A CAUSA É RARA?
- 577 PO-0209 - (2522) - UMA COMPLICAÇÃO RARA DE VASCULITE POR VÍRUS VARICELA ZOSTER
- 578 PO-0210 - (2715) - DOENÇA DE MOYAMOYA
- 579 PO-0211 - (2958) - AVALIAÇÃO DO DIFERENCIAL DE TENSÕES À ADMISSÃO NUMA UNIDADE AVC
- 580 PO-0212 - (3980) - UMA CAUSA RARA DE AVC
- 581 PO-0213 - (4002) - ADESÃO TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA ANTI-HIPERTENSORA APÓS-AVC, A REALIDADE NUMA UNIDADE DE AVC EM PORTUGAL
- 582 PO-0214 - (4072) - UMA CAUSA RARA DE RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA
- 583 PO-0215 - (4089) - PARA ALÉM DO DISTÚRBO FUNCIONAL - UM CASO DE PERDA TRANSITÓRIA DE CONSCIÊNCIA COM AFASIA
- 584 PO-0216 - (4128) - AVC ISQUÉMICO - UMA CAUSA MENOS FREQUENTE DE CARDIOEMBOLIA
- 585 PO-0217 - (2087) - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E A DOENÇA CELÍACA
- 586 PO-0218 - (2133) - A ECOCARDIOGRAFIA E A ENDOCARDITE - UM DESAFIO CLINICO.
- 587 PO-0219 - (2591) - O QUE SE VIRIA A DESVENDAR POR DETRÁS DE UMA OTITE ?
- 588 PO-0220 - (2701) - RECURRENT SYNCOPE IN THE YOUNG: AN UNEXPECTED FINDING
- 589 PO-0221 - (2890) - FV LEIDEN, CONTRACEPÇÃO ORAL E VÁRIAS MILHAS AÉREAS: UM COCKTAIL MOLOTOV PARA A OCORRÊNCIA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) GRAVE.

- 590 PO-0222 - (4031) - FEOCROMOCITOMA: RELATO DE UM CASO CLÍNICO COM ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR
- 591 PO-0223 - (4051) - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EM CONTEXTO PARANEOPLÁSICO
- 592 PO-0224 - (4097) - UM CASO ATÍPICO DE CARDITE DE LYME
- 593 PO-0225 - (4138) - DESVENDANDO A DOR TORÁCICA: A IMPORTÂNCIA DA ECOGRAFIA À CABECEIRA DO DOENTE
- 594 PO-0226 - (4182) - AVC ISQUÊMICO NO CONTEXTO DE SÍNDROME TAKOTSUBO, UMA HISTÓRIA INVULGAR
- 595 PO-0227 - (4223) - ENDOCARDITE INFECIOSA: UM CASO CLÍNICO DO DIAGNÓSTICO À INTERVENÇÃO
- 596 PO-0228 - (4224) - QUAL O MELHOR SCORE PREDITOR DE MORTALIDADE NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA? – ESTUDO RETROSPECTIVO
- 597 PO-0229 - (4828) - CUIDADO COM AS APARÊNCIAS – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COMO CAUSA DE DISFUNÇÃO HEPÁTICA
- 598 PO-0230 - (4975) - DEALING WITH CONGESTION: AN UNMET NEED IN HEART FAILURE MANAGEMENT.
- 599 PO-0231 - (2809) - PROTEÍNA DO CÁLCULO PANCREÁTICO: UMA NOVA PERSPECTIVA NA SEPSE
- 600 PO-0232 - (2844) - TIROIDITE DE QUERVAIN – UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR
- 601 PO-0233 - (2861) - HIPERTIROIDISMO INDUZIDO PELA AMIODARONA
- 602 PO-0234 - (4115) - INSULINOMA: DESVENDANDO OS DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO – UM CASO CLÍNICO REVELADOR
- 603 PO-0235 - (4262) - O ESTRANHO CASO DE UMA ANEMIA SIDEROPÉNICA
- 604 PO-0236 - (4301) - RABDOMIÓLISE GRAVE SECUNDÁRIA A INFECÇÃO POR INFLUENZA A
- 605 PO-0237 - (4475) - ÓXIDO NITROSO: RIR NEM SEMPRE É O MELHOR REMÉDIO.
- 606 PO-0238 - (4655) - UMA INSUFICIÊNCIA SUPRARRENAL MULTIFATORIAL?
- 607 PO-0239 - (4363) - “HIPOTIROIDISMO SEVERO: DA BRADICARDIA AO COMA MIXEDEMATOSO”
- 608 PO-0243 - (2057) - TRANSAMINASES ELEVADAS - ACASO OU PISTA PARA A AUTO-IMUNIDADE?
- 609 PO-0244 - (2140) - DISFAGIA: NEM TUDO É O QUE PARECE!
- 610 PO-0245 - (2169) - DIARREIA AGUDA GRAVE NO IDOSO - UM CASO ATÍPICO DE DOENÇA DE CROHN INAUGURAL
- 611 PO-0246 - (2281) - LIPOMATOSE PANCREÁTICA TIPO 1B - RELATO DE UM CASO CLÍNICO
- 612 PO-0247 - (2338) - HEPATITE ASSOCIADA AO ÁLCOOL, CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO
- 613 PO-0248 - (2340) - HIPERTENSÃO PORTAL NÃO CIRRÓTICA APÓS TRASTUZUMAB EMTANSINE

- 614 PO-0249 - (2459) - SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON: UM CASO CLÍNICO RARO, COM UMA APRESENTAÇÃO INAUGURAL DESAFIANTE
- 615 PO-0250 - (2500) - DOENÇA CELÍACA: COMPLEXIDADE PARA ALÉM DA INTOLERÂNCIA AO GLÚTEN
- 616 PO-0251 - (2593) - A PROPÓSITO DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA HEPATITE AGUDA
- 617 PO-0252 - (2647) - DOENÇA DE WHIPPLE – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO.
- 618 PO-0253 - (2707) - O CULPADO DISSIMULADO
- 619 PO-0254 - (2765) - METILDOPA ASSOCIADA A DOENÇA HEPÁTICA AUTOIMUNE INDUZIDA POR FÁRMACOS
- 620 PO-0255 - (2219) - CASUÍSTICA DA CRISE MIASTÉNICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS MÉDICOS
- 621 PO-0256 - (2403) - LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA: UM ESTUDO DE COORTE DE 12 ANOS
- 622 PO-0257 - (2594) - CHOQUE MISTO: O QUE TRATAR PRIMEIRO?
- 623 PO-0258 - (4181) - PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA PROLONGADA EM IDADE JOVEM
- 624 PO-0259 - (4370) - TIME WILL TEAR AORTA APART
- 625 PO-0260 - (4386) - CHOQUE CARDIOGÉNICO DURANTE A COLOCAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL, UMA COMPLICAÇÃO RARA. RELATO DE UM CASO CLÍNICO.
- 626 PO-0261 - (4445) - REAÇÃO ETANOL- DISSULFIRAM: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA ACIDEMIA METABÓLICA
- 627 PO-0262 - (4503) - DO FOGAREIRO À CÂMARA HIPERBÁRICA: UMA HISTÓRIA DE INTOXICAÇÃO
- 628 PO-0263 - (4564) - HEMOPTISES, UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE UM ANEURISMA ROTO.
- 629 PO-0264 - (4575) - BRADICININAS, TAMBÉM EXISTEM?
- 630 PO-0265 - (4693) - PREDISPOSIÇÕES PRECIPITANTES À FLOR DA PELE - UM CASO DE PRES
- 631 PO-0266 - (4877) - FEBRE, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 632 PO-0267 - (2103) - DRUG MISUSE: A RETROSPECTIVE STUDY FOCUSED ON PROTON-PUMP INHIBITORS AND ACETYLSALICYLIC ACID
- 633 PO-0268 - (4140) - NÓDULO SUPRACLAVICULAR: RELATO DE UM CASO COM DIAGNÓSTICO INESPERADO
- 634 PO-0269 - (4254) - UMA CAUSA DE FEBRE INVULGAR
- 635 PO-0270 - (4382) - DO DENTISTA AO SERVIÇO DE URGÊNCIA
- 636 PO-0271 - (4457) - VACINAÇÃO SAZONAL NOS MÉDICOS EM FORMAÇÃO: ADESÃO E FATORES DETERMINANTES
- 637 PO-0272 - (4498) - SÍNDROME DE LYELL – UM EFEITO ADVERSO RELEVANTE
- 638 PO-0273 - (4585) - NECROSE AVASCULAR DO FÉMUR, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

- 639 PO-0274 - (4611) - ANÁLISE DO IMPACTO DAS TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE POSITRÕES PARA DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
- 640 PO-0275 - (4649) - HÉRNIA DE BOCHDALEK: A IMPOSTORA
- 641 PO-0276 - (4668) - ERITRODERMIA – DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 642 PO-0277 - (5074) - TERAPÊUTICA BIOLÓGICA NA HIDRADENITE SUPURATIVA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 643 PO-0278 - (2661) - QUANDO UM SONO POUCO REPARADOR CONDICIONA POLICITEMIA
- 644 PO-0279 - (5036) - SÍNDROME DE YAMAGUCHI: CASO RARO EM MULHER NÃO-ASIÁTICA
- 645 PO-0280 - (2650) - UTILIZAÇÃO DE TAFAMIDIS NA AMILOIDOSE CARDÍACA TTR - EXPERIÊNCIA INICIAL DE UMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE MANEJO INTEGRADO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
- 646 PO-0281 - (2162) - SÍNDROME NEFRÓTICO – A IMPORTÂNCIA DA BIÓPSIA RENAL NO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO
- 647 PO-0282 - (2239) - SÍNDROME NEFRÓTICA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA MAMARIA
- 648 PO-0283 - (2279) - HIPONATREMIA MASCARADA – UM CASO DE CEREBRAL SALT WASTING SYNDROME
- 649 PO-0284 - (2287) - QUANDO NÃO ENCAIXA, PROCURAR NOS ANTECEDENTES - UM CASO DE ATEROESCLEROSE RENAL
- 650 PO-0285 - (2601) - ADVERSIDADES DO LÍTIO!
- 651 PO-0286 - (2819) - AKI BY NSAIDS OR RAPPIDLY PROGRESSIVE VASCULITIS?
- 652 PO-0287 - (4077) - NEFRITE TUBULO-INTERSTICIAL POR PEMBROLIZUMAB
- 653 PO-0288 - (4555) - GLOMERULONEFRITE MEMBRANOPROLIFERATIVA: QUANDO CONSIDERAR IDIOPÁTICA?
- 654 PO-0289 - (4656) - ADEUS, RIM: REACÇÃO PARADOXAL AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE DISSEMINADA
- 655 PO-0290 - (5091) - TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOL E DOENÇA RENAL – UMA RELAÇÃO DE ACIDOSE TUBULAR
- 656 PO-0291 - (2090) - HEPATITE AGUDA POR VHE – A PONTA DO ICEBERG
- 657 PO-0292 - (2710) - MENINGOENCEFALITE A VHS-7
- 658 PO-0293 - (2795) - DOR LOMBAR – UM CASO DE ENDOCARDITE INFECIOSA EM TAVI
- 659 PO-0294 - (2910) - DOENÇA DA ARRANHADURA DO GATO – DA REACÇÃO LOCAL AO ENVOLVIMENTO MULTIORGÂNICO
- 660 PO-0295 - (2954) - TUBERCULOSE MILIAR NA ATUALIDADE
- 661 PO-0296 - (3967) - CMV INFECTION IN AN IMMUNOCOMPETENT HOST: AN UNUSUAL PRESENTATION
- 662 PO-0297 - (4156) - ACTINOMYCES: UMA CAUSA RARA DE ENDOCARDITE COM DISFUNÇÃO MULTIORGÂNICA

- 663 PO-0298 - (5082) - IMPACTO DA INFEÇÃO POR VSR NOS ADULTOS COM DOENÇA RESPIRATÓRIA
- 664 PO-0299 - (2358) - CELULITES: OS AGENTES ETIOLÓGICOS MENOS PROVÁVEIS
- 665 PO-0300 - (2654) - UMA SITUAÇÃO DIFÍCIL COMPLICADA PELA LISTERIA MONOCYTOGENES
- 666 PO-0301 - (2538) - AMIGDALITE SIFILÍTICA – UM CASO CLÍNICO
- 667 PO-0302 - (4923) - INCIDÊNCIA DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS A CATÉTER URINÁRIO NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA DE UM HOSPITAL CENTRAL
- 668 PO-0303 - (4338) - DE MODIFICADOR DE PROGNÓSTICO A INDUTOR DE MORBILIDADE: GANGRENA DE FOURNIER SOB ISGLT2
- 669 PO-0304 - (4682) - DESAFIOS DIAGNÓSTICOS DA TUBERCULOSE PLEURAL COM APRESENTAÇÃO AGUDA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 670 PO-0305 - (4393) - SÍNDROME DE LEMIERRE: UM CASO CLÍNICO DE UMA PATOLOGIA RARA MAS POTENCIALMENTE FATAL
- 671 PO-0306 - (4398) - BACTERIEMIA POR SALMONELA - QUANDO NÃO SE TRATA DE UMA SIMPLES GASTROENTERITE
- 672 PO-0307 - (4639) - ENDOCARDITE INFECCIOSA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 673 PO-0308 - (4644) - DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DE LINFADENITE TUBERCULOSA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 674 PO-0309 - (4663) - INTERNAMENTO POR LEPTOSPIROSE NUM HOSPITAL PORTUGUÊS – O PANORAMA DESTA POPULAÇÃO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS
- 675 PO-0310 - (2267) - DESAFIOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS DE UM QUISTO RENAL COMPLICADO NO IDOSO: UM ESTUDO DE CASO
- 676 PO-0311 - (2951) - ALÉM DA DOR ARTICULAR: UM CASO DE RICKETTSIOSE E ARTRITE REATIVA
- 677 PO-0312 - (4121) - LISTERIOSE INVASIVA EM DOENTE COM ENDOPRÓTESE AÓRTICA: A PROCURA DA CAUSA
- 678 PO-0313 - (3942) - BACTERIEMIA OCULTA – A PROPÓSITO DE UM CASO DE DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA.
- 679 PO-0315 - (2176) - TROMBOCITOPENIA INDUZIDA POR HEPARINA - UMA ETIOLOGIA A NÃO ESQUECER!
- 680 PO-0316 - (2656) - UM CASO DE TUMOR NA REGIÃO CERVICAL E HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- 681 PO-0317 - (2841) - ENVOLVIMENTO GASTROINTESTINAL NA MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM
- 682 PO-0318 - (4320) - ANAMNESE: A PRINCIPAL ARMA DIAGNÓSTICA
- 683 PO-0319 - (4506) - HEMOFILIA A ADQUIRIDA: UMA APRESENTAÇÃO NEOPLÁSICA RARA
- 684 PO-0320 - (4578) - PANCITOPENIA DE CAUSA BENIGNA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 685 PO-0321 - (4600) - TROMBOCITOPENIA IMUNE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

- 686 PO-0322 - (4605) - ANEMIA FERROPÉNICA GRAVE POR DÉFICE NUTRICIONAL
- 687 PO-0323 - (2181) - CARECE DE CARNE - UM CASO POUCO FREQUENTE DE ANEMIA HEMOLÍTICA POR DÉFICE VITAMÍNICO
- 688 PO-0324 - (4111) - SKIN MANIFESTATIONS OF A SYSTEMIC DISEASE
- 689 PO-0325 - (2513) - QUANDO UMA LOMBALGIA É ALGO MAIS COMPLEXO – UM CASO DE MIELOMA MÚLTIPLO.
- 690 PO-0326 - (4867) - COVID-19, NEUTROPENIA E A SUA RELAÇÃO PÓS-VACINAÇÃO
- 691 PO-0327 - (4759) - UM CASO HEMATOLÓGICO DE ENDOMETRIOMA
- 692 PO-0328 - (4800) - POLISEROSITE IMUNOMEDIADA SECUNDÁRIA A INIBIDORES DO CHECKPOINT IMUNOLÓGICO
- 693 PO-0329 - (4872) - SARCOMA MIELOIDE
- 694 PO-0330 - (4878) - UM CASO DE ANEMIA POR DÉFICE DE ÁCIDO FÓLICO NÃO EXPLICADA POR DÉFICES NUTRICIONAIS
- 695 PO-0331 - (4887) - SINDROME HEMOLITICO URÉMICO ATÍPICO
- 696 PO-0332 - (5003) - ANEMIA HEMOLÍTICA INDUZIDA POR RASBURICASE EM DEFICIÊNCIA DE G6PD PREVIAMENTE NÃO DIAGNOSTICADA
- 697 PO-0333 - (5006) - AGRANULOCITOSE INDUZIDA POR FÁRMACOS - UMA ENTIDADE A NÃO ESQUECER
- 698 PO-0334 - (5025) - PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IMUNE: COM A PULGA ATRÁS DO ORELHA
- 699 PO-0335 - (4567) - AGRANULOCITOSE INDUZIDA POR MEDICAMENTOS: UM CASO SECUNDÁRIO AO TIAMAZOL
- 700 PO-0336 - (4836) - AFINAL DE ONDE VÊM ESTAS METASTASES ÓSSEAS?
- 701 PO-0337 - (4812) - O RARO ENVOLVIMENTO LEPTOMENÍNGEO DO MIELOMA MÚLTIPLO
- 702 PO-0338 - (2789) - LINFOMA DA ZONA CINZENTA
- 703 PO-0339 - (2648) - CID – UMA COMPLICAÇÃO PARANEOPLÁSICA RAPIDAMENTE FATAL
- 704 PO-0340 - (2712) - UMA NEOPLASIA RARA DIAGNOSTICADA POR ACASO, COM EVOLUÇÃO FAVORÁVEL MAS DESFECHO INEVITÁVEL
- 705 PO-0341 - (3982) - TUMOR PRIMÁRIO DE ORIGEM OCULTA, UM DESAFIO MÉDICO
- 706 PO-0342 - (4003) - UM CASO RARO DE GLOSSARCOMA COM ENVOLVIMENTO DA CALOTE CRANIANA
- 707 PO-0343 - (4011) - “REAL WORLD EVIDENCE”: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA NEOPLASIA OCULTA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - COORTE DE 12 MESES
- 708 PO-0344 - (4017) - SÍNDROME DE PANCOAST COM COMPRESSÃO ESOFÁGICA E TRAQUEAL: UM CASO CLÍNICO
- 709 PO-0345 - (4022) - ANGIOSSARCOMA HEPÁTICO – UM DIAGNÓSTICO RARO
- 710 PO-0346 - (4080) - DOENÇA ONCOLÓGICA: REALIDADE NA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

- 711 PO-0347 - (4087) - LESÃO EXPANSIVA NO PESCOÇO, UMA CAUSA INESPERADA DE SÍNCOPE
- 712 PO-0348 - (4092) - SERÁ INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?
- 713 PO-0349 - (4101) - ANEMIA LEUCOERITROBLÁSTICA E NEOPLASIA DA PRÓSTATA – UMA PISTA PARA O DIAGNÓSTICO
- 714 PO-0350 - (4184) - TUMOR PRIMÁRIO OCULTO: DOS ACHADOS INESPECÍFICOS AO DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
- 715 PO-0352 - (2847) - VER ALÉM DOS SINAIS DE CONGESTÃO.
- 716 PO-0353 - (2867) - MISTÉRIO DO PRURIDO
- 717 PO-0354 - (2933) - UM CASO DE GRANULOMATOSE COM POLIANGEÍTE APÓS COVID 19
- 718 PO-0355 - (4108) - GRANULOMATOSE COM POLIANGEÍTE - UM DIAGNÓSTICO QUE OBRIGA A SUSPEIÇÃO
- 719 PO-0356 - (4126) - O PIOR DOS CENÁRIOS - UM CASO DE ARTERITE CÉLULAS GIGANTES
- 720 PO-0357 - (4402) - DERMATOMIOSITE CLINICAMENTE AMIOPÁTICA POR MDA5 – CASO CLÍNICO
- 721 PO-0358 - (4515) - VASCULITE ANCA-MPO: MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS E RENAIS EM UM CASO CLÍNICO DE EVOLUÇÃO RÁPIDA
- 722 PO-0359 - (4576) - VASCULITE SISTÊMICA DE PEQUENOS VASOS ASSOCIADA A NORFLOXACINA: CASO CLÍNICO
- 723 PO-0360 - (4583) - DA LESÃO RENAL AGUDA À VASCULITE ANCA: UM CASO CLÍNICO
- 724 PO-0361 - (2295) - GLOMERULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE: A PROPÓSITO DE UM CASO
- 725 PO-0362 - (4343) - UMA JUNÇÃO NA COLUNA... E NO RITMO! - UM RELATO DE CASO DE ESPONDILITE ANQUILOSANTE COM ENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE CONDUÇÃO CARDÍACO
- 726 PO-0363 - (4884) - POLICONDRITE RECIDIVANTE, UM CASO CLÍNICO
- 727 PO-0364 - (5050) - CEFALEIA MIGRANOSA ENQUANTO APRESENTAÇÃO INAUGURAL DE DOENÇA DE GRAVES: UM CASO CLÍNICO.
- 728 PO-0365 - (4563) - UM CASO DE ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE QUENTE
- 729 PO-0366 - (4789) - DOENÇA DE STILL DO ADULTO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 730 PO-0367 - (3944) - FEBRE REUMÁTICA AGUDA NO ADULTO: CASO CLÍNICO
- 731 PO-0368 - (5029) - TROMBOANGEÍTE OBLITERANTE: DE BRAÇO DADO COM O TABAGISMO
- 732 PO-0369 - (4648) - HEART FAILURE IN A YOUNG FEMALE PATIENT. WHAT COULD BE BEHIND IT? A CASE REPORT.
- 733 PO-0370 - (4623) - DOENÇA DE STILL DO ADULTO – UMA CAUSA RARA DE FEBRE
- 734 PO-0371 - (4749) - PORQUE PALPITA MEU CORAÇÃO? UM CASO CLINICO DE MASSA MEDIASTÍNICA
- 735 PO-0372 - (4741) - UMA COMPLICAÇÃO EMERGENTE DE CAUSA POUCO FREQUENTE

- 736 PO-0373 - (2742) - DOENÇA DE STILL DO ADULTO
- 737 PO-0374 - (2478) - A LESÃO RENAL INTRÍNSECA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA - UMA VASCULITE-ANCA POSITIVA
- 738 PO-0375 - (2256) - SÍNDROME SEROTONINÉRGICO: UM CASO RARO DE ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA
- 739 PO-0376 - (4042) - EPILEPSIA OU ALGO MAIS?
- 740 PO-0377 - (2849) - NEUROPATIA PERIFÉRICA – O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- 741 PO-0378 - (4178) - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: UMA CASUÍSTICA DO INTERNAMENTO
- 742 PO-0379 - (4194) - ÁGUAS PASSADAS MOVEM MOINHOS
- 743 PO-0380 - (4219) - COMPLICAÇÃO RARA DE INFEÇÃO A VIRUS VARICELA ZOSTER
- 744 PO-0381 - (4225) - SÍNDROME DE MILLER-FISHER: NERVO ABDUCENTE EM PERIGO
- 745 PO-0382 - (4230) - IMPACTO DOS MENINGIOMAS NOS DÉFICES FOCAIS: UM CASO CLÍNICO
- 746 PO-0383 - (2179) - IS THIS THE REAL LIFE? IS THIS JUST FANTASY?
- 747 PO-0384 - (4094) - O PRIÃO MARCA PRESENÇA
- 748 PO-0385 - (2802) - UMA CAUSA RARA DE COMA
- 749 PO-0387 - (2909) - FÍSTULAS CORONÁRIAS ARTÉRIO – CAMERÁRIAS: UMA CAUSA RARA DE DISPNEIA DE ESFORÇO
- 750 PO-0388 - (4139) - QUANDO A FEBRE REVELA O BRUGADA
- 751 PO-0389 - (4227) - ADHERE E GWGTG-HF COMO PREDITORES DE MORTALIDADE NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA – ESTUDO RETROSPETIVO
- 752 PO-0390 - (4465) - QUANDO O INESPERADO SE TORNA REALIDADE: EMBOLIZAÇÃO PARADOXAL E FORAMEN OVALE PATENTE
- 753 PO-0391 - (4536) - OCLUSÃO DA VEIA CENTRAL DA RETINA E HIPERHOMOCISTEINEMIA
- 754 PO-0392 - (4548) - SECONDARY PREVENTION IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERIAL DISEASE: THE CHALLENGE IS ON
- 755 PO-0393 - (4597) - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, CONDIÇÃO REVERSÍVEL
- 756 PO-0394 - (4615) - ESCLEROSE MÚLTIPLA E TROMBOSE PROFUNDA, NEM SEMPRE A IMOBILIDADE É A CAUSA
- 757 PO-0395 - (4638) - CARDIOTOXICIDADE ASSOCIADA A QUIMIOTERAPIA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA OTIMIZAÇÃO TERAPÊUTICA
- 758 PO-0396 - (4711) - A TROMBOSE ASSOCIADA A DISTÚRBIOS MIELOPROLIFERATIVOS
- 759 PO-0397 - (2887) - FOTOGRAFIA DE UMA CONSULTA DE RISCO VASCULAR
- 760 PO-0398 - (4802) - CASO CLÍNICO – CORAÇÃO EM FOCO
- 761 PO-0399 - (2716) - UM CASO ATÍPICO DE GOTA
- 762 PO-0400 - (3976) - UM CASO RARO DE TETANIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

- 763 PO-0401 - (4038) - SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE
- 764 PO-0402 - (5034) - ALÉM DO APARENTE: UM DESAFIO DA DIABETES
- 765 PO-0403 - (2519) - CHOQUE SECUNDÁRIO A APOPLEXIA PITUITÁRIA
- 766 PO-0404 - (2754) - HIPERCALCÊMIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 767 PO-0405 - (4907) - UMA HIPONATREMIA GRAVE POR INSUFICIÊNCIA SUPRA-RENAL
- 768 PO-0406 - (2691) - HIPOGLICEMIAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
- 769 PO-0407 - (2808) - AMILOIDOSE COMO CAUSA DE DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 770 PO-0408 - (2516) - ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA - UM CASO DE INSUFICIÊNCIA SUPRARRENAL SECUNDÁRIA A RECIDIVA DE MACROADENOMA DA HIPÓFISE.
- 771 PO-0409 - (4629) - TEMPESTADE TIROIDEIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 772 PO-0411 - (2088) - ANASARCA POR NEOPLASIA PAPILAR INTRADUCTAL PANCREÁTICA
- 773 PO-0412 - (2473) - HEPATITE ALCOÓLICA AGUDA- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 774 PO-0413 - (2565) - CIRURGIA BARIÁTRICA COMPLICADA POR TROMBOSE DA VEIA PORTA
- 775 PO-0414 - (2724) - SÍNDROME DO INTESTINO CURTO – UM DESAFIO NA GESTÃO DAS SUAS COMPLICAÇÕES
- 776 PO-0415 - (2799) - HEPATITE POR CMV EM DOENTES IMUNOCOMPETENTES: UMA ENTIDADE A NÃO ESQUECER
- 777 PO-0416 - (2853) - ANEMIA POR ECTASIA VASCULAR ANTRAL GÁSTRICA (GAVE)
- 778 PO-0417 - (4086) - LESÃO HEPÁTICA INDUZIDA (DILI) POR METILPREDNISOLONA – DESCRIÇÃO DE CASO
- 779 PO-0418 - (4248) - UM CASO RARO DE HIPERBILIRRUBINÊMIA
- 780 PO-0419 - (4300) - PANCREATITE AGUDA GRAVE SECUNDÁRIA AO VALPROATO
- 781 PO-0420 - (4335) - HEPATITE TÓXICA POR AMANITAS
- 782 PO-0421 - (4443) - HEPATOMEGALIA, E AGORA? – A PROPÓSITO DE UM CARCINOMA HEPATOCELULAR EM DOENTE COM INFECÇÃO PRÉVIA A HEPATITE B
- 783 PO-0422 - (4570) - HEPATITE COLESTÁTICA A VIRUS EPSTEIN-BARR, UMA MANIFESTAÇÃO POUCO FREQUENTE
- 784 PO-0423 - (4357) - ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA
- 785 PO-0424 - (2190) - POLIMEDICAÇÃO, UM PROBLEMA ATUAL GRAVE
- 786 PO-0425 - (5060) - THE IMPACT OF AGE ON ACUTE HEART FAILURE OUTCOMES BEYOND COMORBIDITIES
- 787 PO-0426 - (4117) - QUALITY OF CARE IN ELDERLY HIP FRACTURE PATIENTS: PRESENT STATUS AND FUTURE TRAJECTORIES
- 788 PO-0427 - (2184) - INTERNAMENTOS CENTENARIOS

- 789 PO-0428 - (2130) - TRATAR A HIPERTENSÃO, MAS NÃO A HIPOTENSÃO ARTERIAL?
- 790 PO-0429 - (2355) - COMPREENDENDO A RELAÇÃO ENTRE OS MARCADORES INFLAMATÓRIOS E A FRAGILIDADE
- 791 PO-0430 - (4609) - A VARIANTE GENÉTICA WW DA ALFA-ADUCINA 1 ASSOCIA-SE A MAIOR RIGIDEZ ARTERIAL NOS DIABÉTICOS
- 792 PO-0431 - (4406) - REFERENCIAÇÃO A CUIDADOS PALIATIVOS EM DOENTES COM METASTIZAÇÃO CEREBRAL
- 793 PO-0432 - (4950) - QUANDO É ESSENCIAL INVESTIGAR EM CUIDADOS PALIATIVOS
- 794 PO-0433 - (4362) - ENCEFALOPATIA PARAINFECIOSA SECUNDÁRIA A ABCESSO ODONTOGÉNICO
- 795 PO-0434 - (4580) - "COMPLEXIDADE CRESCENTE DO DOENTE EM INTERNAMENTO DOMICILIÁRIO"
- 796 PO-0435 - (3966) - MICROBIOLOGICAL CASUISTICS OF AN INTERNAL MEDICINE WARD: 20 MONTHS EXPERIENCE
- 797 PO-0436 - (4718) - INFEÇÃO AGUDA POR CITOMEGALOVIRUS COMO TRIGGER PARA EVENTOS TROMBÓTICOS
- 798 PO-0438 - (4897) - THE SELDOM ISOLATED BUT CONCERNING STAPHYLOCOCCUS WARNERI: A CASE OF A SPONDILODYSCITIS MANAGEMENT
- 799 PO-0439 - (4942) - CRISE CONVULSIVA E LESÃO OCUPANDO ESPAÇO COMO ACHADO INICIAL DE UMA DOENÇA DISSEMINADA
- 800 PO-0440 - (4953) - DOENÇA CARDIOVASCULAR COMO FATOR DE RISCO NA INFEÇÃO POR VSR
- 801 PO-0441 - (4962) - NOCARDIOSE CEREBRAL COMO COMPLICAÇÃO DE IMUNOSSUPRESSÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 802 PO-0442 - (4874) - CEFALEIAS - UM CASO DE NEUROCISTICERCOSE
- 803 PO-0443 - (4971) - TUBERCULOSE URINÁRIA: UMA COMPLICAÇÃO RARA DE IMUNOTERAPIA COM BCG
- 804 PO-0444 - (2812) - CASO RARO DE MENINGOMIELORADICULITE A HSV-2
- 805 PO-0445 - (2166) - ENDOCARDITE A ACHROMOQUÊ?
- 806 PO-0446 - (2163) - UMA QUEDA COMPLICADA - QUANDO A COLANGITE ATINGE A COLUNA
- 807 PO-0447 - (4044) - ENDOCARDITE INFECIOSA POR HAEMOPHILUS PARAINFLUENZAE RESISTENTE ÀS CEFALOSPORINAS: QUANDO SÓ EXISTE UMA OPÇÃO TERAPÊUTICA
- 808 PO-0448 - (2558) - ENDOCARDITE POR E.FAECALIS: UMA POSSÍVEL NOVA INDICAÇÃO PARA COLONOSCOPIA
- 809 PO-0449 - (2786) - UM CASO CLÍNICO: CRUELDADES DO GÉNERO FEMININO
- 810 PO-0450 - (4057) - MENINGITE DISSIMULADA
- 811 PO-0451 - (2762) - MIOSITE VIRAL - DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UMA DOENÇA INCOMUM
- 812 PO-0452 - (2286) - EMPIEMA PULMONAR COMO COMPLICAÇÃO DE ESPONDILODISCITE

- 813 PO-0453 - (2537) - A IMUNOSSUPRESSÃO E AS INFEÇÕES OPORTUNISTAS - PREVENÇÃO VERSUS TRATAMENTO
- 814 PO-0454 - (2297) - PAROTIDITE AGUDA COMO COMPLICAÇÃO DE VENTILAÇÃO POR PRESSÃO POSITIVA NÃO-INVASIVA - UMA ENTIDADE EMERGENTE
- 815 PO-0455 - (2547) - TUBERCULOSE PERICÁRDICA: QUANDO O PULMÃO É A CHAVE
- 816 PO-0456 - (2514) - NEM TUDO O QUE PARECE É! UMA COMPLICAÇÃO INVULGAR DE UMA INFEÇÃO DE TRATO URINÁRIO NO SEXO MASCULINO.
- 817 PO-0457 - (2259) - ACTINOMICOSE MANDIBULAR - UMA ENTIDADE RARA
- 818 PO-0458 - (2662) - LINEZOLIDA – COMPORTAMENTO FARMACOCINÉTICO DA DOSE STANDARD NA NOSSA POPULAÇÃO
- 819 PO-0459 - (4264) - MAIS QUE UM DERRAME
- 820 PO-0460 - (4712) - QUEDAS FREQUENTES COMO SINAL DE ALERTA: O CASO DE UMA ANEMIA MACROCÍTICA GRAVE
- 821 PO-0461 - (4785) - UMA GRANDE DOR DE CABEÇA
- 822 PO-0462 - (4863) - UM CASO RARO DE POEMS
- 823 PO-0463 - (5053) - DESVENDANDO O INCOMUM: UM CASO GRAVE PROVÁVEL DE SHU ATÍPICO
- 824 PO-0464 - (2734) - SÍNDROME DE POEMS – QUANDO NEM TUDO É CULPA DA COVID-19
- 825 PO-0465 - (2351) - INFILTRAÇÃO MENÍNGEA COMO COMPLICAÇÃO RARA DE MIELOMA MÚLTIPLO NÃO SECRETOR
- 826 PO-0466 - (2634) - LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA - UMA RESPOSTA INESPERADA
- 827 PO-0467 - (2350) - SÍNDROME A CONSIDERAR QUANDO NADA PARECE ENCAIXAR
- 828 PO-0468 - (2664) - MORFEIA COMO MANIFESTAÇÃO PARANEOPLÁSICA
- 829 PO-0469 - (4153) - PLASMOCITOMA SOLITÁRIO - UM DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL
- 830 PO-0470 - (2822) - A PROPÓSITO DE UM CASO: PSEUDO-MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA POR DÉFICE EXTREMO DE VITAMINA B12
- 831 PO-0471 - (4242) - SCHWANNOMA
- 832 PO-0472 - (4458) - NEOPLASIA DO CÓLON, UM DIAGNÓSTICO ACIDENTAL
- 833 PO-0473 - (4482) - TROMBOSE VENOSA ATÍPICA – UM CASO DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO
- 834 PO-0474 - (4488) - UM CASO RARO DE MIELOMA MÚLTIPLO E PLASMOCITOMA SOLITÁRIO
- 835 PO-0475 - (4531) - O QUE PARECE NEM SEMPRE É!
- 836 PO-0476 - (4590) - TOXICIDADE PULMONAR ASSOCIADA A RIBOCICLIB: CASO CLÍNICO
- 837 PO-0477 - (4617) - PARAGANGLIOMA - RELATO DE CASO
- 838 PO-0478 - (4533) - SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDA E DESEQUILÍBRIO DA MARCHA COMO APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA PULMONAR
- 839 PO-0479 - (2168) - NEOPLASIAS NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA

- 840 PO-0480 - (4679) - NEM TUDO O QUE PARECE É... A COMPLEXIDADE DE UM CASO DE LINFOMA
- 841 PO-0481 - (2264) - ALÉM DAS EXPECTATIVAS: O ESTUDO ETIOLÓGICO DE UM QUADRO CONSUMPTIVO
- 842 PO-0482 - (4284) - UM QUADRO SUBOCLUSIVO DE ETIOLOGIA INESPERADA
- 843 PO-0483 - (2307) - UM SISTEMA EM CRISE
- 844 PO-0484 - (2566) - HEMORRAGIA ALVEOLAR SECUNDÁRIA A GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGÉITE
- 845 PO-0485 - (2638) - UM JOVEM COM POLIARTRITE
- 846 PO-0486 - (4480) - SÍNDROME DE DRESS: UMA RESPOSTA SECUNDÁRIA RARA
- 847 PO-0487 - (4622) - UMA MANIFESTAÇÃO COMUM, UMA ENTIDADE RARA
- 848 PO-0488 - (4680) - POLIANGITE GRANULOMATOSA - UM PARADIGMA
- 849 PO-0489 - (4134) - ANTI-NEUTROPHIL CYTOPLASMIC ANTIBODY (ANCA)- ASSOCIATED FOOT DROP
- 850 PO-0490 - (2224) - POLIARTRALGIAS: ENTRE A AUTOIMUNIDADE E A INFLAMAÇÃO
- 851 PO-0491 - (5063) - DAPAGLIFLOZINA E GUILLAIN-BARRÉ - DOÇURA OU TRAVESSURA?
- 852 PO-0492 - (4825) - A IMPORTÂNCIA DA PERSISTÊNCIA PERANTE ELEVADA SUSPEITA DIAGNÓSTICA
- 853 PO-0493 - (2807) - MIOPATIA IMUNOMEDIADA POR ANTICORPOS ANTI-HMGCR – RELATO DE UM CASO CLÍNICO
- 854 PO-0495 - (4201) - PELA BOCA MORRE O PEIXE
- 855 PO-0496 - (4323) - MÚLTIPLAS LESÕES ISQUÉMICAS CEREBRAIS EM DOENTE JOVEM: QUAL ETIOLOGIA?
- 856 PO-0497 - (4436) - RECURRENT ISCHEMIC STROKE IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: THE TASTE MATTERS
- 857 PO-0498 - (4277) - ARTÉRIA DE PERCHERON: UMA CAUSA RARA DE ENFARTE TALÂMICO BILATERAL
- 858 PO-0499 - (4591) - ESCLEROSE MÚLTIPLA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 859 PO-0500 - (4602) - TROMBOSE VENOSA CEREBRAL E DA VEIA JUGULAR INTERNA APESAR DE HIPOCOAGULAÇÃO: QUAL A CAUSA DO EVENTO TROMBÓTICO?
- 860 PO-0501 - (4635) - UM CASO DE INFLAMAÇÃO RELACIONADA COM ANGIOPATIA AMILÓIDE CEREBRAL
- 861 PO-0502 - (4642) - ARTÉRIA DE PERCHERON: DO ATRASO DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO ATEMPADO
- 862 PO-0503 - (4399) - LINFOMA INTRAVASCULAR - UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RARO DE AVC
- 863 PO-0504 - (4714) - CASO ATÍPICO DE LESÃO DO NERVO FEMORAL
- 864 PO-0505 - (4900) - SÍNDROME DE LEPIN-FROIN ASSOCIADO A MIELITE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS

- 865 PO-0506 - (4814) - UMA CASCATA DE ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 866 PO-0507 - (2860) - AMILOIDOSE CARDÍACA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 867 PO-0508 - (4762) - AMILOIDOSE CARDÍACA, UM DIAGNÓSTICO BASEADO EM SUBTILEZAS CLÍNICAS
- 868 PO-0509 - (4820) - ANÁLISE RETROSPETIVA DA ETIOLOGIA E CARACTERÍSTICAS DAS DOENÇAS PERICÁRDICAS NO INTERNAMENTO
- 869 PO-0510 - (4894) - VARICELA E DOR TORÁCICA: APRESENTAÇÃO RARA NO ADULTO
- 870 PO-0511 - (4911) - PERICARDITE CONSTRICTIVA - UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER
- 871 PO-0512 - (5008) - DECODING TREATMENT TRENDS: A RETROSPECTIVE LOOK AT THE ADEQUACY OF DYSLIPIDEMIA THERAPY ACCORDING TO CARDIOVASCULAR RISK
- 872 PO-0513 - (5015) - DISSEÇÃO CORONÁRIA ESPONTÂNEA EM HOMEM SAUDÁVEL
- 873 PO-0514 - (5051) - VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO E OUTCOMES CARDIOVASCULARES
- 874 PO-0515 - (4849) - SÍNCOPE DO SEIO CAROTÍDEO COMO APRESENTAÇÃO DE TUMOR DAS PARTES MOLES DO PESCOÇO
- 875 PO-0516 - (2237) - HEART FAILURE WITH PRESERVED EJECTION FRACTION EXACERBATION AND HYPERTENSION IN PATIENTS ADMITTED IN AN OUTPATIENT HEART FAILURE MEDICAL UNIT IN PORTUGAL – AN OBSERVATIONAL STUDY
- 876 PO-0517 - (2829) - ENDOCARDITE INFECCIOSA: EVOLUÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS NO DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DE UM HOSPITAL
- 877 PO-0518 - (4430) - QUANDO UMA IMAGEM VALE (QUASE) UM DIAGNÓSTICO
- 878 PO-0519 - (2567) - A OUTRA FACE DA IMUNOTERAPIA
- 879 PO-0520 - (2551) - CASO CLINICO - CETOACIDOSE ALCOÓLICA
- 880 PO-0521 - (4731) - “AN ORANGE A DAY, KEEPS THE DOCTOR AWAY” – UMA CASUÍSTICA DE ESCORBUTO
- 881 PO-0522 - (4684) - ACROMEGALIA : A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 882 PO-0523 - (2569) - UMA CAUSA RARA DE HIPERCORTISOLISMO
- 883 PO-0524 - (2626) - ANOREXIA NERVOSA – UMA CAUSA DE IMUNOSUPRESSÃO
- 884 PO-0525 - (2728) - O REVERSO DA MEDALHA – A PROPÓSITO DE UM CASO DE TIROIDITE SECUNDÁRIA À IMUNOTERAPIA
- 885 PO-0526 - (2747) - CETOALCALOSE DIABÉTICA - UMA APRESENTAÇÃO MENOS TRADICIONAL DA CAD
- 886 PO-0527 - (4487) - A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NO HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO: UM CASO DE HIPERTENSÃO E HIPOCALIEMIA REFRACTÁRIAS
- 887 PO-0528 - (4824) - PALPITAÇÕES E HIPOCALIÉMIA: DA SUSPEITA À CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

- 888 PO-0531 - (4329) - HIPOCOAGULAR? – A IMPORTÂNCIA DO POCUS NA ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA
- 889 PO-0532 - (4372) - PAPEL DO POCUS NA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA ROTURA DE ANEURISMAS DA AORTA ABDOMINAL
- 890 PO-0533 - (4914) - CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES COM READMISSÃO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA ATÉ AOS 3 MESES NUM HOSPITAL PORTUGUÊS
- 891 PO-0534 - (4944) - HIPERTENSÃO PULMONAR EXUBERANTE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 892 PO-0535 - (4974) - ANÁLISE DOS PADRÕES DE UTILIZAÇÃO EXCESSIVA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA: CASUÍSTICA DOS DOENTES SOBREUTILIZADORES
- 893 PO-0536 - (5073) - ANGINA DE LUDWIG – UMA INFEÇÃO QUE RAPIDAMENTE PROGRIDE PARA UMA EMERGÊNCIA MÉDICA
- 894 PO-0537 - (4809) - SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA
- 895 PO-0538 - (16) - CASO CLÍNICO: HIPERNATREMIA AGUDA GRAVE DEVIDO A PROVÁVEL SÍNDROME MALIGNA DOS NEUROLÉPTICOS
- 896 PO-0543 - (2056) - PNEUMONITE POR HIPERSENSIBILIDADE
- 897 PO-0544 - (2709) - PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO CRIPTOGÉNICA
- 898 PO-0545 - (4494) - TUMOR FANTASMA
- 899 PO-0546 - (4559) - PNEUMONIA EOSINOFÍLICA AGUDA IDIOPÁTICA: UMA ENTIDADE A NÃO ESQUECER
- 900 PO-0547 - (4779) - PNEUMONIAS RECORRENTES NO LOBO MÉDIO: UM CAMINHO DIAGNÓSTICO DESAFIADOR”
- 901 PO-0548 - (4821) - EMPIEMA PLEURAL APÓS INJEÇÃO INTRAMUSCULAR NA COXA
- 902 PO-0549 - (4968) - DREPANOCITOSE – DESAFIOS NA ABORDAGEM DE COMPLICAÇÕES PULMONARES
- 903 PO-0550 - (4993) - HÓSPEDE IMPROVÁVEL: PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO EM DOENTE PREVIAMENTE SAUDÁVEL.
- 904 PO-0551 - (2313) - PNEUMONITE GRAVE E HEMORRAGIA ALVEOLAR ASSOCIADA AO OSIMERTINIB
- 905 PO-0552 - (4842) - INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS: QUANDO AS APARÊNCIAS ILUDEM
- 906 PO-0553 - (2788) - AINDA MAIS RARO: UM CASO DE PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÓNICA COM ACHADOS ATÍPICOS
- 907 PO-0555 - (4782) - NEUROFIBROMATOSE, O IMPACTO DAS TERAPIAS HORMONAIIS
- 908 PO-0556 - (2652) - MASSA MEDIASTÍNICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 909 PO-0557 - (4059) - DESVENDANDO A SÍNDROME DE PLATIPNEIA-ORTODESOXIA: ESTUDO DE CASO E REFLEXÃO CLÍNICA
- 910 PO-0558 - (4276) - FISTULA ESÓFAGO-PLEURAL: UM CASO RARO
- 911 PO-0559 - (4660) - TROMBOSE VENOSA CEREBRAL: UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE DÉFICE DE PROTEÍNA S
- 912 PO-0560 - (4934) - IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL: UMA ENTIDADE A LEMBRAR

- 913 PO-0562 - (4558) - DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA FALÊNCIA AUTONÓMICA PURA
- 914 PO-0563 - (4460) - PARA ALÉM DO PROGNÓSTICO: UM CASO DE SÍNDROME DE HURLER NO ADULTO
- 915 PO-0564 - (2235) - O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO DE FALÊNCIA AUTONÓMICA PURA
- 916 PO-0567 - (2714) - RECIDIVA EM DOENTE COM SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO
- 917 PO-0568 - (4036) - ESTENOSE ARTÉRIA RENAL – SÉRIE CASOS
- 918 PO-0569 - (2223) - MIELOMA MÚLTIPLO: A “CAIXA DE PANDORA” DAS DOENÇAS RENAIS
- 919 PO-0570 - (4123) - LESÃO RENAL POR VASCULITE ANCA: UMA ETIOLOGIA POUCO PROVÁVEL AOS 90 ANOS
- 920 PO-0571 - (2545) - NEM SEMPRE A CULPA É DA DIABETES – UM CASO DE NEFROPATIA MEMBRANOSA PRIMÁRIA NA PRESENÇA DE DIABETES MELLITUS.
- 921 PO-0572 - (2912) - HUNGRY BONE SYNDROME – UMA CAUSA RARA DE HIPOCALCEMIA
- 922 PO-0573 - (4306) - AFINAL A CULPA ERA DO PAI
- 923 PO-0574 - (2452) - GLOMERULONEFRITE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA (GNRP): DA INFEÇÃO À INSUFICIÊNCIA
- 924 PO-0575 - (4226) - A COCAÍNA: DA INALAÇÃO À TROMBOSE, UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA
- 925 PO-0579 - (2174) - LEPTOSPIROSE - UMA FORMA GRAVE
- 926 PO-0580 - (4829) - ESPIRO...QUEM? – UM CASO CLÍNICO DE SURDEZ SÚBITA
- 927 PO-0581 - (4804) - BCGITE - UM CASO DE UMA SÉPSIS GRAVE APÓS IMUNOTERAPIA INTRAVESICAL
- 928 PO-0582 - (4710) - DA SEMEADURA INTESTINAL À GERMINAÇÃO PULMONAR
- 929 PO-0583 - (4332) - BCGITE - UM CASO RARO
- 930 PO-0584 - (4267) - HISTOPLASMOSE - UMA DOENÇA EM PORTUGAL
- 931 PO-0585 - (4185) - BACTERIÉMIA A QUÊ? ACTINOBACULUM SCHAALII
- 932 PO-0586 - (4175) - ENDOCARDITE, O CAMALEÃO
- 933 PO-0587 - (2722) - TUBERCULOSE PERITONEAL FIBROADESIVA EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE: QUANDO A CIRURGIA JÁ NÃO CONSEGUE INTERVIR
- 934 PO-0588 - (2619) - MYCOBACTERIUM NON-TUBERCULOSIS COMO CAUSA DE TOSSE CRÓNICA
- 935 PO-0589 - (2150) - QUANDO UM DIAGNÓSTICO DE ARTRITE SÉTICA ESCONDE UMA TUBERCULOSE OSTEOARTICULAR - A PROPÓSITO DE UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 936 PO-0590 - (2957) - BACTEREMIA POR ESCHERICHIA COLI PRODUTORA DE BETA-LACTAMASES DE ESPETRO ALARGADO
- 937 PO-0591 - (2274) - ACROCIA NOSE DIGITAL, ARTRITE E PNEUMONIA ORGANIZATIVA - MANIFESTAÇÕES RARAS DE INFEÇÃO POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

- 938 PO-0592 - (2251) - ABCESSO HEPÁTICO AMEBIANO - UM SOUVENIR INDESEJADO
- 939 PO-0593 - (2534) - THE SECRET LIES IN THE TONGUE
- 940 PO-0594 - (2523) - MONONUCLEOSE EM IDADE GERIÁTRICA
- 941 PO-0595 - (4999) - CATETERES, HEMODIÁLISE E ENDOCARDITE: UMA COMBINAÇÃO PERIGOSA!
- 942 PO-0596 - (5054) - PANUVEITE EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE – UM CASO DE TOXOPLASMOSE
- 943 PO-0597 - (4240) - UTILIZAÇÃO DO TESTE SEROLÓGICO VDRL NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA
- 944 PO-0598 - (4466) - DIARREIA CRÔNICA... E UMA MARCHA DIAGNÓSTICA DIFÍCIL
- 945 PO-0599 - (4122) - DOENÇA DE WHIPPLE: DO ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO À REAÇÃO DE JARISCH–HERXHEIMER
- 946 PO-0600 - (2218) - FEBRE REUMÁTICA AGUDA - A APRESENTAÇÃO COMUM DE UMA DOENÇA RARA
- 947 PO-0601 - (2110) - DESFECHO FATAL DO DIAGNÓSTICO TARDIO DE RICKETTSIOSE
- 948 PO-0602 - (4959) - PRÓTESES VALVULARES E FEBRE Q: UMA RECEITA EXPLOSIVA
- 949 PO-0603 - (5078) - HEMOFILIA A ADQUIRIDA: ESTADO DA ARTE DE UMA DOENÇA RARA
- 950 PO-0604 - (5035) - ANEMIA HEMOLÍTICA DE ETIOLOGIA AMBÍGUA: EXPLORANDO O DILEMA CLÍNICO DE UM CASO COOMBS-NEGATIVO COM SINAIS DE COOMBS-POSITIVO
- 951 PO-0605 - (4728) - SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDÁRIO A TUMOR SÓLIDO DO CÓLON
- 952 PO-0606 - (4709) - UMA CAUSA RARA DE ANEMIA
- 953 PO-0607 - (4560) - ENTRE NEURÓNIOS E LINFÓCITOS: UM CASO CLÍNICO DE LINFOMA PRIMÁRIO DO SNC
- 954 PO-0608 - (4552) - LINFOMA B DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS - UM DIAGNÓSTICO INCIDENTAL
- 955 PO-0609 - (4237) - GAMAPATIA MONOCLONAL MENOS FREQUENTE – CASO CLÍNICO DE MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM
- 956 PO-0610 - (4162) - ANEMIA APLÁSICA: QUANDO JÁ NÃO É POSSÍVEL TRATAR
- 957 PO-0611 - (2544) - TROMBOCITOPENIA INDUZIDA POR AZITROMICINA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 958 PO-0612 - (2541) - UMA CAUSA OBSCURA DE DOR ABDOMINAL
- 959 PO-0613 - (2834) - TRALI - O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO
- 960 PO-0614 - (2826) - AS APARÊNCIAS ILUDEM: UMA CAUSA RARA DE TROMBOSE DA VEIA PORTA
- 961 PO-0615 - (4864) - COMPLICAÇÕES DA QUIMIOTERAPIA: MUCOSITE, NEUTROPENIA FEBRIL E SÍNDROME MÃO-PÉ
- 962 PO-0616 - (5076) - NIVOLUMAB - UMA PROMESSA TERAPÊUTICA COM IMPLICAÇÕES TÓXICAS

- 963 PO-0617 - (4932) - METÁSTASE ÓSSEA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE COLANGIOMIOMATÓSE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 964 PO-0618 - (4919) - ADENOCARCINOMA GÁSTRICO COM METASTIZAÇÃO GANGLIONAR, ÓSSEA E INVASÃO MEDULAR – CASO RARO NUM DOENTE JOVEM
- 965 PO-0619 - (4811) - CARCINOMA SARCOMATÓIDE PULMONAR: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE
- 966 PO-0620 - (4662) - INCIDENTES ACIDENTAIS
- 967 PO-0621 - (2568) - TETRAPARESIA ATRAUMÁTICA - O PAPEL DA CLÍNICA PARA LÁ DO ÓBVIO.
- 968 PO-0622 - (2501) - POLIMIOSITE, DISFAGIA E DISFONIA PARANEOPLÁSICA ASSOCIADA A TIF1-Γ.
- 969 PO-0623 - (2361) - CORRIDA CONTRA O TEMPO: UMA APRESENTAÇÃO RARA DA NEOPLASIA DO PULMÃO
- 970 PO-0624 - (2441) - DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA OCULTA: O SEGREDO ESTÁ NA BIÓPSIA
- 971 PO-0625 - (4476) - NEOPLASIA PULMONAR: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA
- 972 PO-0626 - (4467) - RISCO TROMBÓTICO EM DOENTES ONCOLÓGICOS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 973 PO-0627 - (2816) - SÍNDROME PARANEOPLÁSICO POUCO HABITUAL EM DOENTE COM NEOPLASIA DO OVÁRIO BILATERAL: CASO CLÍNICO.
- 974 PO-0628 - (2763) - METASTIZAÇÃO NO CANCRO COLORRETAL: UMA APRESENTAÇÃO RARA
- 975 PO-0629 - (2729) - AONDE A BIÓPSIA NÃO CHEGA
- 976 PO-0630 - (2509) - SARCOMA INDIFERENCIADO NO DOENTE JOVEM: UM CASO EXTREMO
- 977 PO-0631 - (3984) - MASSA MEDIASTÍNICA – DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO
- 978 PO-0632 - (3981) - CAUSAS INCOMUNS DE TAQUICARDIA VENTRICULAR
- 979 PO-0633 - (3948) - DISFAGIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE RECIDIVA DE CANCRO DA MAMA
- 980 PO-0634 - (2932) - TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL – UMA CAUSA RARA DE ANEMIA FERROPÉNICA
- 981 PO-0635 - (2231) - UMA REVIRAVOLTA DIAGNÓSTICA
- 982 PO-0636 - (2553) - METÁSTASE PERICÁRDICA DE UM TUMOR DO CÁRDIA: UM CASO RARO
- 983 PO-0637 - (4699) - ALÉM DA ARTRITE: DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA DENDRITICA EM IDOSA
- 984 PO-0639 - (4859) - POLIARTERITE NODOSA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 985 PO-0640 - (4855) - SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO CATASTRÓFICO (SAFC): TROMBO INTRAVENTRICULAR DE 6 CM, ENFARTE ESPLÉNICO E SINDROME DE WOVEN, UMA ENTIDADE RARA.
- 986 PO-0641 - (4823) - AGLUTININAS FRIAS SECUNDÁRIAS A INFEÇÃO POR SARS-COV2: UMA MANIFESTAÇÃO RARA

- 987 PO-0642 - (4751) - DA INCÓGNITA À EMERGÊNCIA: UM CASO DE SARCOIDOSE
- 988 PO-0643 - (4706) - DESVENDANDO A MIOPATIA NECROTIZANTE IMUNOMEDIADA: DA APRESENTAÇÃO CLÍNICA AO DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO.
- 989 PO-0644 - (4687) - UM CASO DURO DE OUVIDO
- 990 PO-0645 - (2824) - DERMATOMIOSITE SAE1- UM RELATO DE CASO
- 991 PO-0646 - (2689) - PERDA SÚBITA E PERSISTENTE DA ACUIDADE VISUAL
- 992 PO-0647 - (2108) - DESAFIOS DIAGNÓSTICOS DA GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGITE
- 993 PO-0648 - (4228) - QUANDO A LESÃO RENAL AGUDA É IMUNOMEDIADA: O RELATO DE UM CASO
- 994 PO-0649 - (2785) - POLISSEROSITE COM FENÓTIPO DE INFLAMAÇÃO SISTÊMICA - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 995 PO-0650 - (2683) - UM MAL NUNCA VEM SÓ: SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE 3B DIAGNOSTICADO A PARTIR DE UMA HIPERGAMAGLOBULINEMIA
- 996 PO-0651 - (5052) - DOENÇA DE FAHR - UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO
- 997 PO-0652 - (5064) - ENCEFALITE HERPÉTICA EM VIA VERDE AVC
- 998 PO-0653 - (4873) - AVC EM JOVEM COM SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICA: UM CASO ATÍPICO DE DOENÇA CEREBROVASCULAR
- 999 PO-0654 - (4483) - MIELITE TRANSVERSA POR DÉFICE DE VITAMINA B12
- 1000 PO-0655 - (2942) - DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE MIASTENIA GRAVIS EM DOENTE IDOSO
- 1001 PO-0656 - (4770) - UM CASO DE MOYA-MOYA NUM DOENTE COM RESERVA FUNCIONAL CEREBRAL DEFICITÁRIA
- 1002 PO-0657 - (4756) - DECIFRANDO LESÕES INTRACRANIANAS: RELATO DE UM CASO
- 1003 PO-0658 - (4754) - ATRÁS DO DRAGÃO, A ENCEFALOPATIA – RELATO DE CASO CLÍNICO
- 1004 PO-0659 - (4722) - DEMÊNCIA OU EPILEPSIA? - O COMUM, O IMPROVÁVEL E O AUTO-IMUNE
- 1005 PO-0660 - (2415) - CEREBRITE E EMPIEMA SUBDURAL A LISTERIA MONOCYTOGENES
- 1006 PO-0661 - (4581) - VASCULITE PRIMÁRIA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL – UMA ENTIDADE RARA E DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO
- 1007 PO-0662 - (4316) - MIASTENIA GRAVIS APÓS FACOEMULSIFICAÇÃO DO CRISTALINO? UM CASO DE ESTUDO
- 1008 PO-0663 - (4908) - DERRAME PERICÁRDICO SECUNDÁRIO A INFEÇÃO POR COXSACKIE
- 1009 PO-0664 - (4700) - SÍNDROME DO SEIO CAROTÍDEO PROVOCADA POR METÁSTASE CERVICAL – UM CASO CLÍNICO
- 1010 PO-0665 - (4772) - CASO CLINICO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA DESENCADEADA POR MIOCARDITE SUBAGUDA
- 1011 PO-0666 - (4724) - SÍNDROME BRADICARDIA-TAQUICARDIA, E ALGO MAIS... - BARREIRAS ULTRAPASSÁVEIS

- 1012 PO-0667 - (4547) - HIPERTENSÃO PULMONAR IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE
- 1013 PO-0668 - (4507) - QUEBRANDO BARREIRAS – A IMPORTÂNCIA DE MANTER OS DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO RADAR
- 1014 PO-0669 - (4318) - CHOQUE CARDIOGÉNICO - UM PLOT TWIST ETIOLÓGICO NA MIOCARDITE AGUDA
- 1015 PO-0670 - (2823) - ASSOCIAÇÃO ENTRE A FISIOPATOGENIA DA DOENÇA CARDIOVASCULAR E A DOENÇA PERIODONTAL
- 1016 PO-0671 - (2739) - UM INTESTINO DE CORTAR A RESPIRAÇÃO
- 1017 PO-0672 - (2443) - SÍNDROME AÓRTICO AGUDO: ABORDANDO O INCOMUM
- 1018 PO-0673 - (4512) - VOLTAR AO INÍCIO PARA IR MAIS LONGE
- 1019 PO-0674 - (2639) - VERMELHO É O CORAÇÃO (E O CONGO): UM CASO EXEMPLIFICATIVO DE AMILOIDOSE CARDÍACA POR TRANSTIRRETINA
- 1020 PO-0675 - (2764) - QUANDO A DIÁLISE PERITONEAL É UMA DOR DE CABEÇA...
- 1021 PO-0676 - (4426) - EPILEPSIA, OU NÃO?
- 1022 PO-0677 - (4305) - QUADRIPLEGIA INESPERADA
- 1023 PO-0678 - (2561) - SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 1024 PO-0679 - (4269) - “CARCINOMATOSE E HIPOFOSFATÉMIA: A ETIOLOGIA MULTIFATORIAL DO DELIRIUM”
- 1025 PO-0680 - (2769) - ALIEN LIMB
- 1026 PO-0681 - (2768) - DISSECÇÃO CAROTÍDEA - UMA CAUSA POUCO FREQUENTE DE AVC
- 1027 PO-0682 - (4896) - UMA CAUSA INCOMUM E FATAL DE AVC ISQUÉMICO - DISSECÇÃO DA AORTA
- 1028 PO-0687 - (4799) - FISTULA ESÓFAGO-PLEURAL: UMA CAUSA RARA DE DISPNEIA
- 1029 PO-0688 - (4672) - DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA DESCOMPENSADA – A IMPORTÂNCIA DA PROXIMIDADE COM A EQUIPA DE TRANSPLANTAÇÃO HEPÁTICA
- 1030 PO-0689 - (4886) - DRUG INDUCED LIVER INJURY POR SERTRALINA: UM CASO CLÍNICO
- 1031 PO-0690 - (4442) - LESÃO COLESTÁTICA: UMA APRESENTAÇÃO RARA DE DRUG INDUCED LIVER INJURY (DILI) A ENOXAPARINA
- 1032 PO-0691 - (2171) - LINFANGIECTASIA INTESTINAL - SINAL DE HIPERTENSÃO PORTAL
- 1033 PO-0692 - (4599) - COMPLICAÇÕES DA HIPOCOAGULAÇÃO NA DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA
- 1034 PO-0693 - (5065) - “AINDA NÃO É O FIM NEM O PRINCÍPIO DO MUNDO CALMA É APENAS UM POUCO TARDE” - UMA HEPATITE AUTOIMUNE
- 1035 PO-0694 - (2511) - ASCITE QUILOSA APÓS PANCREATITE AGUDA GRAVE
- 1036 PO-0695 - (4606) - DIAGNÓSTICOS COMPLEXOS, SOLUÇÕES ESCASSAS.

- 1037 PO-0696 - (4833) - O SUSPEITO DO COSTUME: ENTEROPATIA INDUZIDA PELO OLMESARTAN
- 1038 PO-0697 - (4681) - LESÃO HEPÁTICA INDUZIDA POR ESTEROIDES ANABOLIZANTES - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 1039 PO-0698 - (4317) - ENCEFALOPATIA DE WERNICKE: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE
- 1040 PO-0699 - (2921) - RESULTADO DE UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO NA RENTABILIDADE E NA REDUÇÃO DA TAXA DE CONTAMINAÇÃO DAS HEMOCULTURAS
- 1041 PO-0700 - (2247) - PROJECTO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO: CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO ESTUDADA
- 1042 PO-0701 - (4924) - NEM TODAS AS ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS NO IDOSO SÃO DELIRIUM
- 1043 PO-0702 - (2740) - A CHAVE DA MONITORIZAÇÃO
- 1044 PO-0703 - (2051) - QUADRO INFLAMATÓRIO SISTÉMICO COMO REACÇÃO À VACINA ANTI-SARS-COV-2
- 1045 PO-0704 - (2423) - ROTURA VESICAL - UMA COMPLICAÇÃO RARA DE UMA TÉCNICA MUITO FREQUENTE
- 1046 PO-0705 - (4573) - A REALIDADE ONCOLÓGICA NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: ESTUDO OBSERVACIONAL
- 1047 PO-0706 - (3945) - HAVERÁ UMA DIFERENÇA NA MORTALIDADE NO PRÉ E PÓS-COVID?
- 1048 PO-0707 - (4976) - DOIS ANOS DE ATIVIDADE DE UM HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DUM HOSPITAL PRIVADO: RETRATO DO MUNDO REAL
- 1049 PO-0708 - (2094) - O PUZZLE DESMONTADO: UM CASO DESAFIANTE DE TUBERCULOSE PLEURAL
- 1050 PO-0709 - (5016) - MALNUTRIÇÃO - THE BIG SPENDERS
- 1051 PO-0710 - (2948) - MANIFESTAÇÕES DERMATOLÓGICAS EM DOENTE COM COLITE ULCEROSA
- 1052 PO-0711 - (3978) - SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO: A PROPÓSITO DE UM CASO RARO E DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO
- 1053 PO-0712 - (4493) - PSEUDOTUMOR CEREBRI EM UMA GRÁVIDA NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
- 1054 PO-0713 - (2926) - COLABORAÇÃO DE MEDICINA INTERNA À GINECOLOGIA-OBSTETRÍCIA: ANÁLISE RETROSPETIVA.
- 1055 PO-0714 - (4055) - HIPEREMESE GRAVÍDICA E DESNUTRIÇÃO NA GRAVIDEZ
- 1056 PO-0715 - (2820) - COMPLICAÇÃO TARDIA DE PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 1057 PO-0716 - (2955) - MIOCARDIOPATIA PERIPARTO: 17 ANOS DE REGISTO NUM CENTRO TERCIÁRIO
- 1058 PO-0717 - (2517) - QUANDO UM MAL NUNCA VEM SÓ: UM CASO DE SARCOIDOSE E SCHWANNOMA DO NERVO FACIAL

- 1059 PO-0718 - (4220) - MIOCARDIOPATIA NA GESTAÇÃO: DILEMAS DIAGNÓSTICOS E DILEMAS TERAPÊUTICOS - RELATO DE CASO
- 1060 PO-0723 - (4941) - HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE UMA FONTE IMPROVÁVEL
- 1061 PO - (2356) - SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON INDUZIDO PELA OXCARBAZEPINA – A PROPÓSITO DE UM CASO
- 1062 PO - (2407) - ROMBOENCEFALITE POR LISTERIA
- 1063 PO - (2874) - IS IT EVEN HEART FAILURE WITH PRESERVED EJECTION FRACTION? PLATYPNEA–ORTHODEOXIA SYNDROME: A LATE AND CHALLENGING DIAGNOSIS IN ELDERLY PATIENTS
- 1064 PO - (3953) - A COMPREHENSIVE CASE STUDY OF REACTIVE ARTHRITIS DUE TO UREAPLASMA SPP: AN ENTITY TO REMEMBER
- 1065 PO - (4070) - SERÁ LÚPUS? - ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO
- 1066 PO - (4270) - A CRABSENT CASE OF MULTIPLE MYELOMA
- 1067 PO - (4272) - FEBRE E ODINOFAGIA - UMA CAUSA INESPERADA
- 1068 PO - (4282) - LESÃO HEPÁTICA INDUZIDA POR MEDICAMENTOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 1069 PO - (4471) - LINFOMA LINFOPLASMOCÍTICO ASSOCIADO AO LINFOMA DE HODGKIN: UM RELATO DE CASO
- 1070 PO - (4514) - ENFARTE RENAL - UMA ENTIDADE RARA, ESQUECIDA E SUBDIAGNOSTICADA
- 1071 PO - (5019) - SÍNDROME MALIGNA DOS NEUROLÉPTICOS: RELATO DE UM CASO CLÍNICO
- 1072 POSA-001 - (9) - A CASE OF HEMOLYTIC ANEMIA
- 1073 POSA-002 - (1029) - PNEUMONIA INFLUENZA A - O DESMASCARAR DE UM MIELOMA
- 1074 POSA-003 - (1030) - BEYOND RADICAL MASTECTOMY: A PSEUDOMONAS AERUGINOSA SURPRISING HEART AFFAIR
- 1075 POSA-004 - (2037) - MIOCARDIOPATIA DILATADA POR VIH – DE REGRESSO AO PASSADO?
- 1076 POSA-005 - (2041) - ADENOCARCINOMA PULMONAR COM DIAGNÓSTICO A PARTIR DE METÁSTASES GÁSTRICAS: RELATO DE CASO
- 1077 POSA-006 - (2111) - DERRAME PLEURAL NÃO É SINÓNIMO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
- 1078 POSA-007 - (2119) - QUANDO O BLOQUEIO AURICULOVENTRICULAR ESCONDE ALGO MAIS
- 1079 POSA-008 - (2120) - NUMB CHIN SYNDROME, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 1080 POSA-009 - (2126) - FEBRE Q COM COMPLICAÇÕES CARDÍACAS
- 1081 POSA-010 - (2152) - CHOQUE TÓXICO ESTREPTOCÓCICO - UMA COMPLICAÇÃO POTENCIALMENTE FATAL
- 1082 POSA-011 - (2182) - QUASE TUMOR PULMONAR

- 1083 POSA-012 - (2196) - ESTEATOHEPATITE POR DESNUTRIÇÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 1084 POSA-013 - (2199) - GIANT LUMBAR POSTOPERATIVE PSEUDOMENINGOCELE INDUCING POSITIONAL SYNCOPE
- 1085 POSA-014 - (2208) - INTOXICAÇÃO POR ÁCIDO GAMA-HIDROXIBUTÍRICO: CASO CLÍNICO
- 1086 POSA-015 - (2221) - MIELOMA MÚLTIPLO OU MÚLTIPLOS MIELOMAS? – O FENÓMENO DE “LIGHT CHAIN ESCAPE”
- 1087 POSA-016 - (2225) - TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA COMO CAUSA DE ANEMIA: A PERSPETIVA DO INTERNISTA
- 1088 POSA - (2242) - INCIDÊNCIA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL APÓS O DIAGNÓSTICO DE ACIDENTE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO - ESTUDO RETROSPETIVO
- 1089 POSA-017 - (2272) - ALÉM DO EXPECTÁVEL: DEFICIÊNCIA DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE NO SEXO FEMININO
- 1090 POSA-018 - (2280) - ASSOCIAÇÃO ENTRE BACTERIÊMIA POR S.GALLOLYTICUS E CARCINOMA COLATERAL
- 1091 POSA-019 - (2284) - SARCOIDOSE – UM CAMINHO LONGO, MAS COM RESPOSTAS
- 1092 POSA-020 - (2303) - MIELOMA MÚLTIPLO – UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA: A PROPÓSITO DE UM CASO
- 1093 POSA-021 - (2345) - CHOQUE SÉTICO COM PONTO DE PARTIDA EM ABCESSO HEPÁTICO POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE
- 1094 POSA-022 - (2346) - UNVEILING THE QUIET CULPRIT: A CLINICAL CASE OF ADDISON DISEASE
- 1095 POSA-023 - (2349) - POLISSEROSITE COMO APRESENTAÇÃO RARA DE HEMANGIOMA CARDÍACO
- 1096 POSA-024 - (2359) - COMPLICAÇÕES DA MONONUCLEOSE INFECIOSA EM DOENTE JOVEM
- 1097 POSA-025 - (2366) - UM CASO RARO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO JOVEM
- 1098 POSA-026 - (2369) - UM CASO DESAFIANTE DE SARCOIDOSE
- 1099 POSA-027 - (2386) - UM CASO DE VASCULITE LEUCOCITOCLÁSICA ASSOCIADA À NITROFURANTOÍNA
- 1100 POSA-028 - (2398) - ENDOCARDITE E AVC: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 1101 POSA-029 - (2408) - MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DE PÊNFIGO VULGAR - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 1102 POSA-030 - (2417) - INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA RECORRENTE: SHUNT CARDÍACO, UMA CAUSA A RELEMBRAR
- 1103 POSA-031 - (2428) - MASSA CARDÍACA: LESÃO PRIMÁRIA OU SECUNDÁRIA?
- 1104 POSA-032 - (2429) - COLITE A CMV NO DOENTE IMUNOCOMPETENTE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 1105 POSA-033 - (2431) - PHLEGMASIA CERULEA DOLENS: A ORIGEM
- 1106 POSA-034 - (2432) - UM CASO DE SARCOIDOSE COM ATINGIMENTO GANGLIONAR EXTRA-TORÁCICO

- 1107 POSA-035 - (2439) - CAUSA EXÓTICA DE HIPERTENSÃO PORTAL
- 1108 POSA-036 - (2462) - GLOMERULONEFRITE ANTI-MEMBRANA BASAL GLOMERULAR: VASCULITE RARA COM APRESENTAÇÃO INCOMUM
- 1109 POSA-037 - (2464) - UM CASO DE ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES - A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM SISTEMATIZADA EM DOENTE COM SÍNDROME CONSUMPTIVO
- 1110 POSA-038 - (2482) - UMA CAUSA RARA DE TROMBOCITOPENIA
- 1111 POSA-039 - (2493) - ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES ALÉM DAS ARTÉRIAS TEMPORAIS: UMA PERSPETIVA CLÍNICA
- 1112 POSA-040 - (2496) - BISALBUMINEMIA ASSOCIADA A TRAÇO FALCIFORME.
- 1113 POSA-041 - (2503) - HEMORRAGIA POR CAVERNOMA DO NÚCLEO CAUDADO DIREITO: UM CASO CLÍNICO
- 1114 POSA-042 - (2506) - DOENÇA DE STILL NO ADULTO, O DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 1115 POSA-043 - (2512) - MIOCARDIOPATIA DE TAKOTSUBO: UM MERGULHO DE PARTIR O CORAÇÃO
- 1116 POSA-044 - (2525) - CARCINOMA HEPATOCELULAR EM DOENTE COM BAIXO GRAU DE SUSPEIÇÃO
- 1117 POSA-045 - (2527) - CARIE CIRÚRGICA – CASO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA
- 1118 POSA-046 - (2540) - QUANDO SALGAR A COMIDA NÃO CHEGA
- 1119 POSA-047 - (2542) - HIPERCALCEMIA MALIGNA – ONDE ESTÁ O WALLY?
- 1120 POSA-048 - (2548) - ANGIOSSARCOMA – UM CASO CLÍNICO
- 1121 POSA-049 - (2564) - DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA COMPLICADA DE EMPIEMA BILATERAL
- 1122 POSA-050 - (2575) - TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA (PTI) NA GRAVIDEZ – UM DIAGNÓSTICO INAUGURAL E GESTÃO TERAPÊUTICA DESAFIANTES
- 1123 POSA-051 - (2586) - FEBRE Q PRIMÁRIA – UM CASO CLÍNICO
- 1124 POSA-052 - (2600) - DEVEMOS PENSAR EM LEPTOSPIROSE.
- 1125 POSA-053 - (2604) - ULCERAÇÃO ESOFÁGICA DIFUSA
- 1126 POSA-054 - (2620) - VASCULITE ANCA-MPO NO IDOSO: COMO ABORDAR E QUE OPÇÕES?
- 1127 POSA-055 - (2622) - A LONGA MARCHA DIAGNÓSTICA DE UM LINFOMA
- 1128 POSA-056 - (2623) - ANEMIA FALCIFORME AOS 38 ANOS
- 1129 POSA-057 - (2629) - ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS PÓS-PCR – UM DIAGNÓSTICO POUCO LINEAR
- 1130 POSA-058 - (2631) - SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO: UMA ENTIDADE A NÃO ESQUECER NO ESTUDO ETIOLÓGICO DE AVC NO ADULTO JOVEM
- 1131 POSA-059 - (2632) - SÍNDROME DE COMPARTIMENTO ABDOMINAL
- 1132 POSA-060 - (2640) - CALCIFICAÇÕES ABDOMINAIS - CISTICERCOSE OU HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO?
- 1133 POSA-061 - (2645) - TUMOR DE CÉLULAS DENDRÍTICAS: A PROPÓSITO DE UM DIAGNÓSTICO RARO DE NEOPLASIA ESPLÉNICA

- 1134 POSA-062 - (2657) - SALMONELOSE: UM DIAGNÓSTICO POUCO FREQUENTE NA ATUALIDADE PORTUGUESA
- 1135 POSA-063 - (2666) - DOIS CASOS DE CARCINOMATOSE PERITONEAL: MAIORES AS SEMELHANÇAS QUE AS DIFERENÇAS
- 1136 POSA-064 - (2670) - TUMOR NEUROENDÓCRINO GÁSTRICO DO TIPO 1 - CASO CLÍNICO
- 1137 POSA-065 - (2675) - TROMBOCITOPENIA IMUNE INDUZIDA POR CEFEPIME
- 1138 POSA-066 - (2678) - ENDOCARDITE COMPLICADA
- 1139 POSA-067 - (2686) - COMPLICAÇÃO RARA DE MONONUCLEOSE INFECIOSA
- 1140 POSA-068 - (2693) - A RARE DIAGNOSIS BEHIND DYSPNEA: THE FORGOTTEN RIGHT HEART
- 1141 POSA-069 - (2698) - COMPLICAÇÕES DA DOENÇA RENAL POLIQUÍSTICA
- 1142 POSA-070 - (2704) - UMA CAUSA RARA DE SÍNDROME DE SECREÇÃO INAPROPRIADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA, APESAR DE MUITO USADA NA PRÁTICA CLÍNICA
- 1143 POSA-071 - (2736) - LINFOMA ANGIOIMUNOBLÁSTICO
- 1144 POSA-072 - (2751) - DENOSUMAB: ENTRE A PROMESSA TERAPÊUTICA E OS DESAFIOS DA HIPOCALCEMIA
- 1145 POSA-073 - (2757) - IATROGENIAS INESPERADAS
- 1146 POSA-074 - (2773) - UMA CONSTELAÇÃO DE ACHADOS QUE NÃO PODE PASSAR DESPERCEBIDA
- 1147 POSA-075 - (2780) - UMA DECISÃO COMPLEXA
- 1148 POSA-076 - (2794) - UMA APRESENTAÇÃO MENOS COMUM DE MACROADENOMA HIPOFISÁRIO
- 1149 POSA-077 - (2815) - SÍNDROME DE REALIMENTAÇÃO – UMA ENTIDADE SUBDIAGNOSTICADA
- 1150 POSA-078 - (2830) - TUBO DE GASTROSTOMIA INTRA-CÓLICO
- 1151 POSA-079 - (2840) - A IMPORTÂNCIA DA REVISÃO TERAPÊUTICA
- 1152 POSA-080 - (2856) - SÍNDROME NEFRÓTICO EM IDADE GERIÁTRICA
- 1153 POSA-081 - (2862) - SÍNDROME DE SOBREPOSIÇÃO HEPATITE AUTO IMUNE E COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA
- 1154 POSA-082 - (2866) - LEUCEMIA AGUDA A PLASMÓCITOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 1155 POSA-083 - (2873) - UM CASO COMPLEXO DE ENDOCARDITE BACTERIANA ASSOCIADA A DISPOSITIVO CARDÍACO COM EMBOLIZAÇÃO SÉPTICA PULMONAR
- 1156 POSA-084 - (2876) - UM CASO RARO: FIBROSE RETROPERITONEAL
- 1157 POSA-085 - (2882) - VARIANTE ALÉLICA HETEROZIGÓTICA PAI -1 (4G) NO JOVEM: UM CASO RARO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) BILATERAL.
- 1158 POSA-086 - (2889) - NEUROSSIFILIS – UMA CAUSA REVERSÍVEL DE DEMÊNCIA
- 1159 POSA-087 - (2893) - DOENÇA RENAL CRÓNICA COM DUAS ETIOLOGIAS ONCOLÓGICAS DIVERSAS

- 1160 POSA-088 - (2897) - RABDOMIOSSARCOMA PLEOMÓRFICO EM ADULTO: RELATO DE CASO CLÍNICO.
- 1161 POSA-089 - (2900) - BACTÉRIA RARA INVADE TERRITÓRIO CARDÍACO
- 1162 POSA-090 - (2904) - ISQUEMIA AGUDA DE MEMBRO COMO APRESENTAÇÃO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA
- 1163 POSA-091 - (2920) - UMA TRÍADE RARA - CASO CLÍNICO
- 1164 POSA-092 - (2928) - VASCULITE - UM DIAGNÓSTICO INESPERADO
- 1165 POSA - (2929) - TOXICIDADE PULMONAR A EVEROLIMUS – EXPLORANDO UMA FEBRE SEM FOCO
- 1166 POSA-093 - (2943) - HEMOPHAGOCYTIC LYMPHOHISTIOCYTOSIS SECONDARY TO ANTI-MI-2-BETA ANTIBODY-POSITIVE DERMATOMYOSITIS: A SECOND CASE REPORT, SUCCESSFULLY TREATED WITH COMBINED CONVENTIONAL IMMUNOSUPPRESSIVE AGENTS
- 1167 POSA-094 - (3956) - FEBRE EM TEMPO DE GRIPE, UM DILEMA DIAGNÓSTICO
- 1168 POSA-095 - (3979) - PANCREATITE CRÓNICA: UM DOENTE, VÁRIAS ETIOLOGIAS
- 1169 POSA-096 - (3986) - SARCOIDOSE EXTRA-PULMONAR: UMA APRESENTAÇÃO AUTO-IMUNE INCOMUM
- 1170 POSA-097 - (4007) - SÍNDROME DE BRASH, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 1171 POSA-098 - (4008) - A CURIOUS CASE OF TOXOPLASMOSIS
- 1172 POSA-099 - (4013) - HIPOCOAGULAÇÃO OU NÃO, EIS A QUESTÃO
- 1173 POSA-100 - (4026) - EMPIEMA BACTERIANO ESPONTÂNEO: UMA ABORDAGEM DESAFIANTE NA CIRROSE HEPÁTICA DESCOMPENSADA
- 1174 POSA-101 - (4037) - SÍNDROME DOS VÓMITOS CÍCLICOS: UMA CAUSA ESQUECIDA?
- 1175 POSA-102 - (4039) - UM CASO DE PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA NUM JOVEM
- 1176 POSA-103 - (4047) - RITUXIMAB COMO TRATAMENTO DO PÊNFIGO VULGAR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO.
- 1177 POSA-104 - (4054) - FEBRE DESCONHECIDA E VASCULITE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA
- 1178 POSA-105 - (4062) - DA OVA AO TAKOTSUBO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 1179 POSA-106 - (4067) - TROMBOCITOSE ESSENCIAL – UMA CAUSA (NÃO TÃO) RARA DE TROMBOCITOSE
- 1180 POSA-107 - (4073) - FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA – DESCONFIAR SEMPRE
- 1181 POSA-108 - (4093) - DESAFIOS CLÍNICOS NUMA ANOREXIA NERVOSA NÃO TRATADA
- 1182 POSA-109 - (4095) - UMA CAUSA RARA DE OFTALMOPARESIA
- 1183 POSA-110 - (4096) - INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (VRS) EN PACIENTE ADULTO MAYOR CON ASMA GRAVE: LA IMPORTANCIA DE LA SENSIBILIZACIÓN FÚNGICA.
- 1184 POSA-111 - (4114) - ARTRITE REATIVA A CHLAMYDIA TRACHOMATIS: PENSAR DENTRO DA CAIXA

- 1185 POSA-112 - (4131) - AVC POR FORAMEN OVAL PATENTE: NUNCA É TARDE PARA SE DESCOBRIR.
- 1186 POSA-113 - (4132) - DESMISTIFICANDO ADENOPATIAS, PARA ALÉM DO ÓBVIO
- 1187 POSA-114 - (4137) - ANXIETY AND DEPRESSION IN A HEART FAILURE POPULATION – IS THERE ANY GENDER DIFFERENCES?
- 1188 POSA-115 - (4163) - QUISTO HEPÁTICO INFETADO – DA CLÍNICA AO DIAGNÓSTICO
- 1189 POSA-116 - (4164) - MENINGITE E RADICULONEVRITE POR VÍRUS HERPES SIMPLEX 2 EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE
- 1190 POSA-117 - (4168) - CUIDADO COM AS VIAGENS: UM CASO CLÍNICO
- 1191 POSA-118 - (4180) - COLITE CMV EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE
- 1192 POSA-119 - (4186) - QUANDO A CAUSA DA ANEMIA MEGALOBLÁSTICA É FACILMENTE TRATADA
- 1193 POSA-120 - (4207) - IMPACTO DO INTERNAMENTO NO NÍVEL DE AUTONOMIA DOS DOENTES
- 1194 POSA-121 - (4241) - HEMORRAGIA DIGESTIVA DE CAUSA INCOMUM
- 1195 POSA-122 - (4243) - FECALOMA COMO CAUSA DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA RESISTENTE
- 1196 POSA-123 - (4258) - ESPONDILODISCITE: O QUE PODE ESCONDER UMA LOMBALGIA?
- 1197 POSA-124 - (4274) - NEUROSSÍFILIS: A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS
- 1198 POSA-125 - (4297) - PLÉTORA E EDEMA DA FACE? - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 1199 POSA-126 - (4330) - INTOXICAÇÃO POR CARBAMAZEPINA: CAUSA E/OU CONSEQUÊNCIA.
- 1200 POSA-127 - (4350) - NEUTROPENIA IATROGÉNICA A PIPERACILINA/TAZOBACTAM
- 1201 POSA-128 - (4354) - HEPATITE AUTOIMUNE: CASO CLÍNICO NUM HOMEM IDOSO
- 1202 POSA - (4356) - ABCESSOS HEPÁTICOS PIOGÉNICOS: ANÁLISE MICROBIOLÓGICA E TERAPÊUTICA DE UM CENTRO PORTUGUÊS DURANTE 10 ANOS
- 1203 POSA-129 - (4360) - SÍNDROME MALIGNA DOS NEUROLÉPTICOS-LIKE: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE
- 1204 POSA-130 - (4381) - UM DESFECHO FAVORÁVEL DA DOENÇA DE WEIL
- 1205 POSA-131 - (4389) - REATIVAÇÃO DA VARICELA NO ADULTO, PORQUE NÃO HÁ 1 SEM 2
- 1206 POSA-132 - (4401) - UNVEILING THE INTERPLAY: ISCHEMIC COLITIS AND PATENT FORAMEN OVALE IN A COMPLEX CLINICAL PRESENTATION
- 1207 POSA-133 - (4410) - SÍNDROME DE DRESS NA DOENÇA RENAL CRÓNICA
- 1208 POSA - (4421) - ARTRITE SECUNDÁRIA A LEPTOSPIROSE: UM CASO CLÍNICO
- 1209 POSA-134 - (4423) - EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA: SÍNDROME DE LISE TUMORAL ESPONTÂNEA NO LINFOMA DE BURKITT
- 1210 POSA-135 - (4425) - VASCULITE DE PEQUENOS VASOS – UM CASO DE VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA MEDICAMENTOSA

- 1211 POSA-136 - (4432) - CARCINOMA OROFARÍNGEO: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR EM UM CASO COMPLEXO
- 1212 POSA-137 - (4444) - DE CEGUEIRA AO DIAGNÓSTICO DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO
- 1213 POSA-138 - (4451) - A CRISE DAS BENZODIAZEPINAS
- 1214 POSA-139 - (4453) - ENDOCARDITE INFECCIOSA E SUAS COMPLICAÇÕES - A PROPÓSITO DE UM MICROORGANISMO POUCO FREQUENTE
- 1215 POSA-140 - (4463) - CARCINOMA HEPATOCELULAR NA AUSÊNCIA DE DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA: UM DIAGNÓSTICO RARO
- 1216 POSA-141 - (4489) - TUMOR DE KRUKENBERG - CASO CLÍNICO
- 1217 POSA-142 - (4497) - UM ACHADO ACIDENTAL DE UMA DOENÇA POTENCIALMENTE FATAL
- 1218 POSA-143 - (4501) - MAIS DO QUE COMICHÃO – RELATO DE UM CASO DE VASCULITE URTICARIFORME
- 1219 POSA - (4517) - LINFOMA ANAPLÁSICO DE GRANDES CÉLULAS DE ELEVADA AGRESSIVIDADE EM APRESENTAÇÃO RARA
- 1220 POSA-144 - (4518) - CASO DE PJ
- 1221 POSA - (4526) - EFICÁCIA DE IMATINIB SOBRE TUMOR AGRESSIVO, METASTIZADO DO ESTROMA GASTROINTESTINAL
- 1222 POSA-145 - (4539) - LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO VARIANTE ESCLEROSE NODULAR DE APRESENTAÇÃO INICIAL AGRESSIVA
- 1223 POSA-146 - (4544) - CONCENTRIC LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY AND AORTIC STENOSIS: HOW MUCH IS TOO MUCH?
- 1224 POSA-147 - (4554) - ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE MISTA EM DOENTE COM PNEUMONIA BILATERAL GRAVE - UM CASO CLÍNICO
- 1225 POSA-148 - (4557) - COLITE MICROSCÓPICA: SOBRE OS DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA
- 1226 POSA-149 - (4574) - ENCEFALOPATIA POR DÉFICE VITAMÍNICO
- 1227 POSA-150 - (4582) - A NAVALHA DE OCKHAM NA ABORDAGEM DO EXANTEMA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
- 1228 POSA-151 - (4594) - DE PTOSE PALPEBRAL A MACROADENOMA HIPOFISÁRIO: UM CASO CLÍNICO
- 1229 POSA-152 - (4596) - À DESCOBERTA DA SAF EM HOMENS: UM CASO CLÍNICO
- 1230 POSA-153 - (4626) - O QUE SE ESCONDE POR TRÁS DO ERITEMA NODOSO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 1231 POSA-154 - (4633) - POLISSEROSITE COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ADENOCARCINOMA GASTROINTESTINAL
- 1232 POSA-155 - (4636) - LINFOMA MARGINAL: ESCONDIDO À VISTA DE TODOS
- 1233 POSA-156 - (4643) - MIOCARDIOPATIA AMILÓIDE POR TRANSTERRINA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.
- 1234 POSA-157 - (4645) - “A NECESSIDADE DE UM OLHAR MAIS ATENTO”
- 1235 POSA-158 - (4646) - A CLÍNICA NÃO ENGANA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

- 1236 POSA-159 - (4647) - FEBRE EM DOENTE COM SÍNDROME DE MARFAN 6 MESES APÓS CIRURGIA A DISSEÇÃO AÓRTICA: UM DESAFIO IMAGIOLÓGICO
- 1237 POSA-160 - (4653) - FIBROSE RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA
- 1238 POSA-161 - (4664) - MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS AGUDAS EM DOENTE COM TUBERCULOSE PLEURAL
- 1239 POSA-162 - (4666) - QUANDO A VASCULITE NÃO É O QUE PARECE.
- 1240 POSA-163 - (4670) - NEOPLASIA DO CÓLON: UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM
- 1241 POSA-164 - (4674) - INFECTIVE ENDOCARDITIS DUE TO PARVIMONAS MICRA: A CASE REPORT
- 1242 POSA-165 - (4677) - ABCESSOS HEPÁTICOS - UM EXEMPLO PRÁTICO DA UTILIDADE DO POCUS
- 1243 POSA-166 - (4685) - IMPORTÂNCIA DA VALORIZAÇÃO CLÍNICA - UM CASO DE VARICELA COMPLICADA
- 1244 POSA-167 - (4690) - UMA QUEDA PARA O DESCONHECIDO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 1245 POSA-168 - (4691) - NEFROPATIA DE CILINDROS COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE MIELOMA MÚLTIPLO
- 1246 POSA-169 - (4696) - TIREOTOXICOSE: A TEMPESTADE PERFEITA
- 1247 POSA-170 - (4698) - HEMATOMA ABDOMINAL DE ETIOLOGIA A ESCLARECER
- 1248 POSA-171 - (4719) - ANEURISMA MICÓTICO - COMPLICAÇÃO INCOMUM MAS GRAVE DE ENDOCARDITE INFECCIOSA
- 1249 POSA-172 - (4720) - DESVENDAR A DIMENSÃO GENÉTICA DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA
- 1250 POSA-173 - (4735) - DOENÇA DOS LEGIONÁRIOS - UM CASO DE PNEUMONIA ATÍPICA
- 1251 POSA-174 - (4736) - LINITE PLÁSTICA – UMA ETIOLOGIA OCULTA DE ASCITE
- 1252 POSA-175 - (4748) - A GESTÃO DO RISCO-BENEFÍCIO: COMPLICAÇÕES DA SUSPENSÃO DA HIPOCOAGULAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS ELETIVOS
- 1253 POSA-176 - (4760) - LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA
- 1254 POSA-177 - (4763) - HIPERTENSÃO ARTERIAL ENDÓCRINA - UM CASO CLÍNICO
- 1255 POSA-178 - (4776) - ENTERITE A SALMONELLA NÃO PARATHYPHI
- 1256 POSA-179 - (4778) - PSEUDO-RESISTANCE TO STATINS: A CASE HIGHLIGHTING THE IMPORTANCE OF ADHERENCE
- 1257 POSA-180 - (4781) - AVC HEMORRÁGICO E SÍNDROME DE PLATIPNEIA ORTODEOXIA: O DESAFIO NO TRATAMENTO
- 1258 POSA-181 - (4791) - ALÉM DO EMAGRECIMENTO: UM CASO INTRIGANTE DE MENINGIOMA CEREBRAL
- 1259 POSA-182 - (4797) - SÍNDROME TORÁCICA AGUDA NA ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES – UMA ENTIDADE A TER SEMPRE EM MENTE

- 1260 POSA-183 - (4832) - UM CASO RARO DE TUBERCULOSE SACROLOMBAR COM EXTENSO ABCESSO BILATERAL DO PSOAS-ILÍACO COM EXTENSÃO À REGIÃO NADEGUEIRA E COXAS
- 1261 POSA-184 - (4840) - A IMPORTÂNCIA DA COBERTURA ANTIBIÓTICA E DO SINERGISMO
- 1262 POSA-185 - (4843) - DERRAME PLEURAL – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA OU COMPLICAÇÃO ABDOMINAL?
- 1263 POSA-186 - (4883) - HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA SULCAL SECUNDÁRIA A OCLUSÃO DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA IPSILATERAL
- 1264 POSA-187 - (4893) - DA DISPNEIA À AMILOIDOSE CARDIACA
- 1265 POSA-188 - (4903) - SARCOIDOSE A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA PARA UM DIAGNÓSTICO PRECOCE
- 1266 POSA-189 - (4916) - NEOPLASIA DO PULMÃO COMO APRESENTAÇÃO DE TUMOR OCULTO – RELATO DE 3 CASOS CLÍNICOS
- 1267 POSA-190 - (4933) - QUANDO A INFEÇÃO ATINGE PROPORÇÕES MAIORES: UM CASO DE TEMPESTADE TIROIDEIA
- 1268 POSA-191 - (4938) - COLECISTITE AGUDA ALITIÁSICA SECUNDÁRIA A LEPTOSPIROSE
- 1269 POSA-192 - (4960) - PNEUMONIA NECROSANTE POR PARVIMONAS MICRA: DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 1270 POSA-194 - (4967) - PNEUMONITE EOSINOFÍLICA SECUNDÁRIA À AMIODARONA: UM ALERTA SOBRE EFEITOS ADVERSOS FARMACOLÓGICOS
- 1271 POSA-195 - (4987) - AR NA BEXIGA, O QUE É?
- 1272 POSA-196 - (4995) - SUBSTITUIÇÃO DE SISTEMAS DE PERFUSÃO DE INSULINA SIMPLES PARA SISTEMAS CLOSED-LOOP: QUE GANHOS GLICÉMICOS IMEDIATOS?
- 1273 POSA-197 - (5004) - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEUROLÚPUS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 1274 POSA-198 - (5005) - QUANDO A VARICELA NÃO VEM SÓ...
- 1275 POSA-199 - (5007) - AVC ISQUÊMICO: UMA MANIFESTAÇÃO INICIAL DE TUMOR CARDÍACO
- 1276 POSA-200 - (5010) - SAÚDE E SUPORTE SOCIAL: UMA ANÁLISE INTEGRADA DE DOENTES HOSPITALARES
- 1277 POSA-201 - (5018) - TAMPONAMENTO CARDÍACO: UMA EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA
- 1278 POSA-202 - (5038) - PARAGANGLIONOMA JUGULAR UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL DE DEGLUTIR.
- 1279 POSA-203 - (5043) - EDEMA EXUBERANTE COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE HIPERTIROIDISMO SEVERO
- 1280 POSA-204 - (5057) - BROWN TUMORS
- 1281 POSA-205 - (5069) - ESCALA HOSPITAL SIMPLIFICADA NA PREVISÃO DE REHOSPITALIZAÇÃO AOS 30 DIAS APÓS A ALTA
- 1282 POSA-206 - (5071) - NON CIRRHOTIC PORTAL HYPERTENSION DUE TO OXALIPLATIN LIVER INJURY

- 1283 POSA-207 - (5075) - UM CASO DE LÚPUS
- 1284 POSA-208 - (5084) - EVIDÊNCIA CLÍNICA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE
- 1285 IMI-001 - (1022) - PNEUMONIA REDONDA – UMA IMAGEM RARA
- 1286 IMI-002 - (2049) - O QUE DIZEM OS TEUS OLHOS?
- 1287 IMI-003 - (2053) - MENINGIOMA INTRAVENTRICULAR – UMA LOCALIZAÇÃO INCOMUM
- 1288 IMI-004 - (2054) - QUISTO BRONCOGÊNICO - A IMPORTÂNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DE MASSA PULMONAR
- 1289 IMI-005 - (2058) - PERICARDITE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA DO MEDIASTINO
- 1290 IMI-006 - (2060) - IMPACTO CUTÂNEO DO CETUXIMAB
- 1291 IMI-007 - (2061) - COLELITÍASE À PELE - UM CASO PECULIAR
- 1292 IMI-008 - (2067) - A DOENÇA QUE ESCAPA AO OLHAR DESATENTO: ESCABIOSE CROSTOSA/ NORUEGUESA
- 1293 IMI-009 - (2070) - SINAL DE MCCONNELL - A PROPÓSITO DE UM CASO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
- 1294 IMI-010 - (2073) - METÁSTASE ÓSSEA - PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR
- 1295 IMI-011 - (2096) - SÍNDROME DO DEDO AZUL
- 1296 IMI-012 - (2100) - LESÕES UMBILICADAS NA ÉPOCA DE MONKEYPOX
- 1297 IMI-013 - (2114) - PROPTOSE INCIDENTAL
- 1298 IMI-014 - (2118) - CALCINOSE PSEUDOTUMORAL
- 1299 IMI-015 - (2141) - FOCO IMPROVÁVEL DE BACTERIÊMIA A MRSA
- 1300 IMI-016 - (2142) - UMA CAUSA RARA DE DERMATOSE FEBRIL
- 1301 IMI-017 - (2154) - CAVITAÇÃO PULMONAR SECUNDÁRIA A EMBOLIZAÇÃO COM PONTO DE PARTIDA EM ENDOCARDITE
- 1302 IMI-018 - (2155) - QUISTO PLEURO-PERICÁRDICO A CONDICIONAR DOR RETROESTERNAL
- 1303 IMI-019 - (2157) - VOLUMOSA BOLHA PULMONAR
- 1304 IMI-020 - (2186) - ARTROPATIA DE JACCOUD
- 1305 IMI-021 - (2188) - SINAL DE WESTERMARK EM DOENTE COM TROMBOEMBOLISMO BILATERAL
- 1306 IMI-022 - (2193) - SINCOPE DE DEGLUTIÇÃO
- 1307 IMI-023 - (2204) - ONDE A FRONTEIRA SE DESFAZ: HÉRNIA DO HIATO VOLUMOSA DESAFIANDO OS LIMITES ANATÓMICOS
- 1308 IMI-024 - (2215) - SEMIOLOGY OF CARDIAC TAMPONADE: JUGULAR VEIN DISTENTION
- 1309 IMI-025 - (2232) - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÃO SARCOMATÓIDE

- 1310 IMI-026 - (2245) - IATROGENIA POR TENTATIVA DE COLOCAÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA EM PESSOA COM DEMÊNCIA AVANÇADA: UM CASO CLÍNICO ILUSTRADO
- 1311 IMI-027 - (2248) - UMA CAUSA DE DOR ABDOMINAL ATÍPICA
- 1312 IMI-028 - (2255) - NEUROIMAGEM EM DIAGNÓSTICO DE PARALISIA SUPRANUCLEAR PROGRESSIVA
- 1313 IMI-029 - (2271) - UMA ÁGUA TÓNICA? NÃO, OBRIGADO!
- 1314 IMI-030 - (2278) - LITÍASE VESICAL – UMA CAUSA DE LESÃO PÓS RENAL A NÃO ESQUECER
- 1315 IMI-031 - (2301) - TUMOR INFLAMATÓRIO MIOFIBROBLÁSTICO DO FÍGADO VS TUMOR SOLITÁRIO DO FÍGADO - DUAS ENTIDADES RARAS E DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DIFÍCIL
- 1316 IMI-032 - (2304) - UM CASO RARO DE SÍNDROME MÃO-PÉ-BOCA NO IDOSO
- 1317 IMI-033 - (2305) - ALMOFADA MALIGNA
- 1318 IMI-034 - (2316) - QUANDO UM QUISTO ABRE CAMINHO
- 1319 IMI-035 - (2317) - SCHWANNOMA CERVICAL GIGANTE - UMA IMAGEM EM MEDICINA
- 1320 IMI-036 - (2323) - SÍNDROME DO ROUBO DA SUBCLÁVIA
- 1321 IMI-037 - (2332) - SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL (PRES) – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE AVC
- 1322 IMI-038 - (2353) - CAMINHO ALTERNATIVO: UM CASO DE FÍSTULA ESÓFAGOPLEURAL
- 1323 IMI-039 - (2375) - CALCINOSE CUTÂNEA
- 1324 IMI-040 - (2379) - PSEUDOANEURISMA DA ARTÉRIA RENAL PÓS-TRAUMÁTICO: A RARIDADE EXISTE
- 1325 IMI-041 - (2380) - EMBOLIA PULMONAR POR CIMENTO ÓSSEO
- 1326 IMI-042 - (2382) - ABCESSO DENTÁRIO COMPLICADO
- 1327 IMI-043 - (2388) - METASTIZAÇÃO PULMONAR EM PADRÃO DE LARGADA DE BALÕES
- 1328 IMI-044 - (2390) - OLHAR PARA ALÉM DA DEPENDÊNCIA
- 1329 IMI-045 - (2402) - COMPRESSÃO MEDULAR POR METÁSTASE DE TUMOR DO TESTÍCULO
- 1330 IMI-046 - (2414) - DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DO PULMÃO METASTIZADO APÓS QUEDA COM TRAUMA TORÁCICO
- 1331 IMI-047 - (2421) - BÓCIO MERGULHANTE COMO CAUSA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA
- 1332 IMI-048 - (2436) - CARCINOMA SEBÁCEO – UM CASO RARO EXTRAOCULAR
- 1333 IMI-049 - (2454) - PANCREATITE AGUDA ALITIÁSICA POR HIPERTRIGLICERIDÉMIA: DO LABORATÓRIO À CLÍNICA
- 1334 IMI-050 - (2456) - UM RARO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOMBALGIA: UM CASO DE CORDOMA LOMBO-SAGRADO

- 1335 IMI-051 - (2469) - HÉRNIA DO HIATO: UM OBSTÁCULO À RESPIRAÇÃO
- 1336 IMI-052 - (2471) - ALÉM DO DERRAME: NEOPLASIA METASTIZADA
- 1337 IMI-053 - (2497) - ESÓFAGO NEGRO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- 1338 IMI-054 - (2502) - QUEBRA-CABEÇAS PULMONAR – UMA IMAGEM
- 1339 IMI-055 - (2508) - EVENTRAÇÃO E OBSTIPAÇÃO: A COMBINAÇÃO PARA A ACIDÉMIA RESPIRATÓRIA
- 1340 IMI-056 - (2531) - SITUS INVERSUS TOTALIS: UM ACHADO IMAGIOLÓGICO
- 1341 IMI-057 - (2532) - UMA RARA COMPLICAÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÓNICA
- 1342 IMI-058 - (2533) - PÊNFIGO: UMA ENTIDADE RARA A TER EM CONTA
- 1343 IMI-059 - (2546) - UMA CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA
- 1344 IMI-060 - (2554) - AMOR À FLOR DA PELE
- 1345 IMI-061 - (2556) - PARÉSIA UNILATERAL DO DIAFRAGMA SECUNDÁRIA A POLIOMIELITE, DOLICOCÓLON E ESCOLIOSE DORSOLOMBAR
- 1346 IMI-062 - (2557) - UM CASO DE FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA
- 1347 IMI-063 - (2574) - UMA VEGETAÇÃO EM FORMA DE CORDA TENDINOSA?
- 1348 IMI-064 - (2578) - MIELOMA NO ÚMERO
- 1349 IMI-065 - (2580) - ISQUEMIA DIGITAL: SERÁ A NECROSE IRREVERSÍVEL?
- 1350 IMI-066 - (2581) - SÍNDROME DE CHILAITITI: UMA MIMETIZANTE A VALORIZAR.
- 1351 IMI-067 - (2582) - PARAGANGLIOMA - UMA HISTÓRIA FAMILIAR
- 1352 IMI-068 - (2589) - ENDOCARDITE DE VÁLVULA NATIVA TRICÚSPIDE COM EMBOLIZAÇÕES SÉPTICAS PULMONARES
- 1353 IMI-069 - (2603) - O ESTRANHO CASO DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS
- 1354 IMI-070 - (2621) - ABCESSO HEPÁTICO PIOGÉNICO
- 1355 IMI-071 - (2655) - LESÃO OCUPANTE DE ESPAÇO COMO APRESENTAÇÃO PRIMORDIAL DE NEOPLASIA OCULTA
- 1356 IMI-072 - (2667) - INVERSÃO DA ONDA T - SINAL DE ALARME?
- 1357 IMI-073 - (2668) - UMA CAUSA INCOMUM DE SÍNCOPE
- 1358 IMI-074 - (2674) - PORFIRIA CUTÂNEA TARDA- UMA ENTIDADE INCOMUM
- 1359 IMI-075 - (2688) - UMA MELANCIA ANÉMICA - UM CASO DE ANGIECTASIAS LINEARES
- 1360 IMI-076 - (2697) - NEOPLASIAS SÍNCRONAS E METASTASE INTRACARDÍACA
- 1361 IMI-077 - (2711) - ANEURISMA DA AORTA TORÁCICA DE ALTO RISCO, UMA IMAGEM INCOMUM NO SERVIÇO DE MEDICINA
- 1362 IMI-078 - (2731) - PARALISIA DE RAMSAY-HUNT
- 1363 IMI-079 - (2735) - COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO USO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO
- 1364 IMI-080 - (2738) - FUNDO FALSO

- 1365 IMI-081 - (2758) - PNEUMONIA DE ASPIRAÇÃO DE UM GRÃO-DE-BICO
- 1366 IMI-082 - (2770) - O SINAL DE WESTERMARK NA TROMBOEMBOLIA PULMONAR
- 1367 IMI-083 - (2777) - MONOARTRITE RECIDIVANTE DO JOELHO DIREITO
- 1368 IMI-084 - (2781) - MACROADENOMA HIPOFISÁRIO COMO CAUSA DE HIPONATRÊMIA POR SIADH
- 1369 IMI-085 - (2783) - SÍNDROME DA ALGÁLIA ROXA: A PROPÓSITO DUM CASO CLÍNICO
- 1370 IMI-086 - (2793) - CAUSA IMPROVÁVEL DE IMPACTO ALIMENTAR
- 1371 IMI-087 - (2796) - PNEUMOCEFALIA- AR QUE NÃO DEVIA ALI ESTAR
- 1372 IMI-088 - (2797) - "HINTS" PARA UM DIAGNÓSTICO CORRETO!
- 1373 IMI-089 - (2810) - ACHADOS IMAGIOLÓGICOS DE LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO
- 1374 IMI-090 - (2814) - NECROSE DIGITAL COMO APRESENTAÇÃO DE LES E SAF
- 1375 IMI-091 - (2825) - ABCESSO HEPÁTICO – UM CASO DE HIDATIDOSE
- 1376 IMI-092 - (2837) - O TUMOR DO INTERNISTA
- 1377 IMI-093 - (2870) - METÁSTASES HEPÁTICAS DE NEOPLASIA DO PULMÃO
- 1378 IMI-094 - (2880) - O INIMIGO DE UM PEDREIRO
- 1379 IMI-095 - (2899) - PNEUMONIA NECROTIZANTE, UMA COMPLICAÇÃO RARA E APRESENTAÇÃO ATÍPICA
- 1380 IMI-096 - (2915) - TROMBOSE PARANEOPLÁSICA EXTENSA E NÓDULO RENAL
- 1381 IMI-097 - (2916) - VENCENDO OBSTÁCULOS RESPIRATÓRIOS: OCLUSÃO EM PRÓTESE TRAQUEOBRÔNQUICA
- 1382 IMI-098 - (2924) - TUDO COMEÇOU NA PELE
- 1383 IMI-099 - (2938) - PULMÃO DE PEDRA
- 1384 IMI-100 - (2941) - BOLA DE FUNGOS – UM CASO DE ASPERGILOMA A COMPLICAR PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÔNICA
- 1385 IMI-101 - (2944) - UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EM DOENTES COM HÉRNIA DO HIATO
- 1386 IMI-102 - (2945) - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UMA GRAVE COMPLICAÇÃO DA DIABETES
- 1387 IMI-103 - (2946) - METASTIZAÇÃO PULMONAR COMPLICADA
- 1388 IMI-104 - (2947) - TROMBOFLEBITE SÉPTICA DA VEIA JUGULAR INTERNA
- 1389 IMI-105 - (2949) - ENVOLVIMENTO PULMONAR AGRESSIVO DE LINFOMA NÃO HODGKIN
- 1390 IMI-106 - (2952) - METASTIZAÇÃO ATÍPICA DE NEOPLASIA DO CÓLON
- 1391 IMI-108 - (3947) - PELIOSE HEPÁTICA: UM ACHADO INCOMUM E EQUÍVOCO
- 1392 IMI-109 - (3952) - SÍFILIS ORAL – UMA APRESENTAÇÃO RARA
- 1393 IMI-110 - (3957) - DA TROMBOSE VENOSA AO OSTEOSSARCOMA
- 1394 IMI-111 - (3959) - GANGRENA DE FOURNIER: DESPINDO O DOENTE

- 1395 IMI-112 - (3960) - UTILIZAÇÃO DE 18F-FDG-PET/CT NA INFEÇÃO METASTÁTICA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS
- 1396 IMI-113 - (3964) - SINAL DE MONOD – A RELEVÂNCIA DE UMA IMAGEM PATOGNOMÓNICA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- 1397 IMI-114 - (3974) - UM DIAGNÓSTICO INESPERADO
- 1398 IMI-115 - (3987) - PIELONEFRITE ENFISEMATOSA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.
- 1399 IMI-116 - (4014) - HIDRONEFROSE GIGANTE POR LITÍASE OBSTRUTIVA COM COMPRESSÃO VISCERAL
- 1400 IMI-117 - (4019) - SÍGNAL RADIOLÓGICO “LARGADA DE BALÕES” EVIDENCIADO NO RX TÓRAX
- 1401 IMI-118 - (4023) - UM STAPHYLOCOCCUS COAGULASE NEGATIVO NÃO TÃO INOCENTE
- 1402 IMI-119 - (4027) - EXPRESSÃO CARDÍACA DA POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR
- 1403 IMI-120 - (4030) - SDRIFE - UMA REAÇÃO ATÍPICA A ANTIBIOTERAPIA
- 1404 IMI-121 - (4058) - “PASITO A PASITO” ATÉ À OCLUSÃO
- 1405 IMI-122 - (4060) - O QUE DIZEM OS TEUS OLHOS?
- 1406 IMI-123 - (4063) - PNEUMONIA NECROTIZANTE MULTIFOCAL
- 1407 IMI-124 - (4066) - UMA IMAGEM FASCINANTE DE ENFISEMA PULMONAR BOLHOSO
- 1408 IMI-125 - (4079) - DESAFIOS CLÍNICOS: PNEUMOTÓRAX EM PACIENTE COM LINFANGIOLEIOMIOMATOSE
- 1409 IMI-126 - (4081) - RECIDIVA DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES) SOB FORMA DE LÚPUS DISCÓIDE
- 1410 IMI-127 - (4090) - SILICOSE PSEUDOTUMORAL, APRESENTAÇÃO RARA DE PNEUMOCONIOSE FREQUENTE
- 1411 IMI-128 - (4102) - SEQUELAS DE ASBESTOSE COMO FATOR CONFUNDIDOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
- 1412 IMI-129 - (4104) - À MELHOR DE TRÊS
- 1413 IMI-130 - (4105) - SINAL DE PEMBERTON, UMA COMPLICAÇÃO DO CATÉTER
- 1414 IMI-131 - (4109) - QUILOPERICÁRDIO - UM DERRAME PERICÁRDICO INCOMUM
- 1415 IMI-132 - (4116) - ABCESSO PRÉ-VERTEBRAL COM EXTENSÃO AO ESPAÇO EPIDURAL: UMA IMAGEM REVELADORA DE UMA COMPLICAÇÃO GRAVE
- 1416 IMI-133 - (4120) - SINAL DE HAMPTON – NÃO TÃO ESOTÉRICO QUANTO PARECE
- 1417 IMI-134 - (4125) - ENFARTES ESPLÉNICOS: A PROPÓSITO DE UM CASO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA
- 1418 IMI-135 - (4142) - SOB PRESSÃO: QUANDO O CÓLON NÃO DEIXA ESPAÇO PARA OS PULMÕES
- 1419 IMI-136 - (4143) - SISTER MARY JOSEPH NODULE – A WARNING SIGN
- 1420 IMI-137 - (4145) - MÚLTIPLOS FENÓMENOS EMBÓLICOS DE ETIOLOGIA SÉPTICA
- 1421 IMI-138 - (4149) - ALTERAÇÕES IMAGIOLÓGICAS NA ENCEFALOPATIA DE WERNICKE

- 1422 IMI-139 - (4170) - DEGENERESCÊNCIA HEPATOCEREBRAL ADQUIRIDA – UMA DEMÊNCIA NEGLIGENCIADA
- 1423 IMI-140 - (4179) - CELULITE COMPLICADA ASSOCIADA A DISPOSITIVO DE MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA DE GLUCOSE EM DOENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 1
- 1424 IMI-141 - (4193) - TUMOR DE CÉLULAS DE HURTHLE
- 1425 IMI-142 - (4195) - DOENÇA RARA... MANIFESTAÇÕES TÍPICAS
- 1426 IMI-143 - (4205) - TROMBOSE DA ARTÉRIA RENAL
- 1427 IMI-144 - (4206) - TOFOS GOTOSOS - UM TEMA AINDA ATUAL
- 1428 IMI-145 - (4212) - ABCESSO PULMONAR COM EXTENSA LESÃO CAVITADA
- 1429 IMI-146 - (4214) - SÍNDROME DE SWEET - A PORTA PARA UMA DOENÇA OCULTA
- 1430 IMI-147 - (4217) - PNEUMONITE INDUZIDA POR IMUNOTERAPIA
- 1431 IMI-148 - (4222) - ABCESSO PIOGÉNICO DISSEMINADO EM TRABALHADOR DE AVIÁRIO
- 1432 IMI-149 - (4233) - LESÕES LÍTICAS DA CALOTE CRANIANA - DESAFIO DIAGNÓSTICO
- 1433 IMI-150 - (4239) - O QUE ESCONDE UM SUPRA ST
- 1434 IMI-151 - (4245) - TAMPONAMENTO CARDÍACO: A ECOGRAFIA POINT-OF-CARE COMO ALIADO DO INTERNISTA
- 1435 IMI-152 - (4246) - AVIUM COMPLEXO
- 1436 IMI-153 - (4249) - QUANDO O TEMPO É INIMIGO
- 1437 IMI-154 - (4250) - SEVERE CHRONIC LYMPHEDEMA
- 1438 IMI-155 - (4261) - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POR COMPRESSÃO DO CORAÇÃO
- 1439 IMI-156 - (4278) - PADRÃO MILIAR NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE
- 1440 IMI-157 - (4281) - EXTENSA CAVITAÇÃO PULMONAR
- 1441 IMI-158 - (4296) - HÉRNIA DO HIATO ESOFÁGICO COM TRANSLOCAÇÃO TOTAL DO ESTÔMAGO PARA A CAVIDADE TORÁCICA
- 1442 IMI-159 - (4312) - LEIOMIOSSARCOMA NO PULMÃO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 1443 IMI-160 - (4315) - FÍSTULAS ARTERIO-ARTERIAIS COMO CAUSA DE HEMOPTISES
- 1444 IMI-161 - (4339) - NEUROFIBROMA ABDOMINAL ESPORÁDICO COM UMA PROGRESSÃO SILENCIOSAMENTE FATAL
- 1445 IMI-162 - (4342) - CALCINOSE CUTÂNEA GENERALIZADA - UMA IMAGEM RARA NA DERMATOMIOSITE EM ADULTOS
- 1446 IMI-163 - (4347) - S1Q3T...TEP?
- 1447 IMI-164 - (4353) - UM CASO DE ASCITE QUILOSA
- 1448 IMI-165 - (4368) - DESCOBERTA DE DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA NA SEQUÊNCIA DE IDENTIFICAÇÃO DE DEPÓSITOS DE MANGANÉSIO EM RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CRÂNIO-ENCEFÁLICA
- 1449 IMI-166 - (4373) - LEUCEMIA CUTIS - UMA MANIFESTAÇÃO EXTRAMEDULAR DE LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA

- 1450 IMI-167 - (4378) - DOENÇA POLIQUÍSTICA COM ENVOLVIMENTO HEPÁTICO
- 1451 IMI-168 - (4379) - NEM TODO O DESEQUILÍBRIO É VERTIGEM
- 1452 IMI-169 - (4385) - UM CASO DE TOSSE CRÓNICA
- 1453 IMI-170 - (4394) - 'ÉTAT CRIBLÉ': UMA RARA MANIFESTAÇÃO RADIOLÓGICA
- 1454 IMI-171 - (4395) - MAL DE POTT -
- 1455 IMI-172 - (4396) - VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA APÓS VACINAÇÃO PARA A GRIPE SAZONAL 2023
- 1456 IMI-173 - (4403) - DESVENDANDO A RARIDADE: PADRÃO S1Q3T3 COMO CHAVE NO DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
- 1457 IMI-174 - (4413) - SERÁ UM AVC? – ABORDAGEM DE UM TUMOR DE COMPORTAMENTO INCERTO
- 1458 IMI-175 - (4415) - A CIMENTAR CONHECIMENTO
- 1459 IMI-176 - (4416) - PSORÍASE PALMO-PLANTAR PUSTULOSA COMO EFEITO SECUNDÁRIO DO INFLIXIMAB
- 1460 IMI-177 - (4418) - FRATURA PATOLÓGICA – FOI SORTE?
- 1461 IMI-178 - (4419) - LESÕES TÍPICAS A RECONHECER NO MIELOMA MÚLTIPLO
- 1462 IMI-179 - (4420) - APRESENTAÇÃO RARA DE PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO COM PNEUMORRAQUIS
- 1463 IMI-180 - (4424) - SÍNDROME DO QUEBRA NOZES COMO ACHADO INCIDENTAL ATÍPICO
- 1464 IMI-181 - (4427) - FRAGILIDADE ALVEOLAR: O RISCO DO ONAF
- 1465 IMI-182 - (4429) - CEFALEIA E ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO – ALERTA VERMELHO!
- 1466 IMI-183 - (4434) - MEGACOLON IDIOPÁTICO
- 1467 IMI-184 - (4437) - UM PULMÃO RENDILHADO TORNOU-SE BRANCO.
- 1468 IMI-185 - (4446) - NEOPLASIA DO PULMÃO - QUANDO UM DIAGNÓSTICO NÃO VEM SÓ
- 1469 IMI-186 - (4448) - LESÕES HEPÁTICAS MÚLTIPLAS VOLUMOSAS EM ADULTO JOVEM
- 1470 IMI-187 - (4449) - UM CASO DE TOXIDERMIA AO IMATINIB
- 1471 IMI-188 - (4461) - CAPNOCYTOPHAGA CANIMORSUS
- 1472 IMI-189 - (4469) - INFEÇÃO DE QUISTOS HEPÁTICOS NA DOENÇA RENAL POLIQUÍSTICA
- 1473 IMI-190 - (4474) - DISSECÇÃO DA AORTA: UMA LUTA CONTRA O TEMPO
- 1474 IMI-191 - (4477) - QUANDO SE FAZ SENTIR, PODE SER DEMASIADO TARDE
- 1475 IMI-192 - (4484) - MONONUCLEOSE: UMA COMPLICAÇÃO RARA
- 1476 IMI-193 - (4485) - ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL: UMA AMEAÇA IMINENTE
- 1477 IMI-194 - (4492) - O PODER DE UMA IMAGEM NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- 1478 IMI-195 - (4500) - APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE INFEÇÃO POR HERPES SIMPLEX

- 1479 IMI-196 - (4502) - A RARE MANIFESTATION OF GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS
- 1480 IMI-197 - (4511) - BAROTRAUMA ASSOCIADO A ONAF
- 1481 IMI-198 - (4523) - HIDRADENITE SUPURATIVA - CONTROLO ÁLGICO NUM DOENTE COM LESÕES REFRACTÁRIAS
- 1482 IMI-199 - (4535) - MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA - UM DIAGNÓSTICO INESPERADO
- 1483 IMI-200 - (4537) - PARA ALÉM DA SUPERFÍCIE: MELANOMA METASTIZADO
- 1484 IMI-201 - (4545) - A PAROTIDITE TAMBÉM ENVELHECE
- 1485 IMI-202 - (4549) - ÁCIDO-BASE: A PROPÓSITO DE UM CASO DE INGESTÃO INVOLUNTÁRIA DE AGENTES CÁUSTICOS
- 1486 IMI-203 - (4561) - DOENÇAS CRÓNICAS IMPLICAM CUMPRIMENTO ADEQUADO DA TERAPÊUTICA
- 1487 IMI-204 - (4565) - EMBOLIZAÇÃO ATEROTROMBÓTICA APÓS IMPLANTAÇÃO DA VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATETER (TAVI) - BLUE TOE E LESÃO RENAL AGUDA
- 1488 IMI-205 - (4569) - EXUBERANTE ENFISEMA SUBCUTÂNEO E NEOPLASIA DO PULMÃO
- 1489 IMI-206 - (4577) - PSEUDOANEURISMA DA ARTÉRIA ESPLÉNICA: UMA EMERGÊNCIA NA PANCREATITE
- 1490 IMI-207 - (4588) - TUMOR CASTANHO/BROWN TUMOR
- 1491 IMI-208 - (4607) - METÁSTASE CARDÍACA ISOLADA – ATÉ ONDE O ADENOCARCINOMA DO PULMÃO PODE EXPANDIR
- 1492 IMI-209 - (4610) - ENFISEMA SUBCUTÂNEO PÓS-SÍNCOPE: UM DESAFIO CLÍNICO APÓS TRAUMA DA GRELHA COSTAL
- 1493 IMI-210 - (4624) - COMPLICAÇÕES DE UMA ENDOCARDITE
- 1494 IMI-211 - (4641) - PHLEGMASIA CERULEA DOLENS - UMA COMPLICAÇÃO RARA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA
- 1495 IMI-212 - (4654) - NÃO É APENAS UMA AMIGDALITE: UM CASO CLÍNICO DE AMIGDALITE COMPLICADA COM ABCESSO RETROFARÍNGEO
- 1496 IMI-213 - (4657) - BLOQUEIO FASCICULAR POSTERIOR ESQUERDO - O IRMÃO ESQUECIDO
- 1497 IMI-214 - (4665) - UM TUMOR MASCARADO
- 1498 IMI-215 - (4669) - CALCIFILAXIA: UMA CAUSA RARA DE ULCERAÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES
- 1499 IMI-216 - (4673) - UMA IMAGEM SURPREENDENTEMENTE REVELADORA: UM CASO DE DOENÇA RENAL POLIQUÍSTICA AUTOSSÓMICA DOMINANTE
- 1500 IMI-217 - (4676) - SÍNDROME DE WUNDERLICH - A RARIDADE E GRAVIDADE DE MÃOS DADAS NUM CASO CLÍNICO
- 1501 IMI-218 - (4686) - DE ESTÔMAGO CHEIO
- 1502 IMI-219 - (4689) - ROTURA DE ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL: UMA IMAGEM VALE MAIS DO QUE MIL PALAVRAS
- 1503 IMI-220 - (4715) - UMA PNEUMONIA ATÍPICA

- 1504 IMI-221 - (4717) - DEFORMIDADE EM BALÃO DE ERLLENMEYER - ASPECTO RADIOLÓGICO DA DOENÇA DE GAUCHER
- 1505 IMI-222 - (4727) - OSTEONECROSE TIBIAL EM DOENTE COM ANEMIA FALCIFORME
- 1506 IMI-223 - (4738) - DOENÇA DE FORESTIER, UMA CAUSA DE DISFAGIA A SER LEMBRADA
- 1507 IMI-224 - (4740) - A DANÇA DAS BOLHAS
- 1508 IMI-225 - (4745) - SEQUELAS DE ESPONDILITE TUBERCULOSA
- 1509 IMI-226 - (4768) - ONDE ESTÁ O PULMÃO DIREITO?
- 1510 IMI-227 - (4769) - NAVEGANDO PELAS VARIANTES ANATÓMICAS: RISCOS INESPERADOS
- 1511 IMI-228 - (4788) - OLHAR PARA ALÉM DO ABCESSO PULMONAR
- 1512 IMI-229 - (4793) - HAMARTOMAS BILIARES MÚLTIPLOS: IMAGEM EM MEDICINA.
- 1513 IMI-230 - (4803) - ASPERGILOMA
- 1514 IMI-231 - (4818) - UM CASO GRAVE DE MIELOPATIA CERVICAL: A IMPORTÂNCIA DE UMA CORRETA ANAMNESE
- 1515 IMI-232 - (4819) - PADRÃO DE ONDAS T ISQUÉMICAS - PRENÚNCIO DE ENFARTE AGUDO DE MIOCÁRDIO
- 1516 IMI-233 - (4850) - MORFEIA - A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO E TERAPÊUTICA ADEQUADA
- 1517 IMI-234 - (4856) - PSEUDOANEURISMA DA SUBCLÁVIA APÓS AMPUTAÇÃO TRANSUMERAL ESQUERDA
- 1518 IMI-235 - (4857) - UMA CAUSA POUCO FREQUENTE DE CRISE CONVULSIVA
- 1519 IMI-236 - (4858) - SINAL DE FRANK: APANHADO POR UMA ORELHA
- 1520 IMI-237 - (4862) - ANEURISMA DE RASMUSSEN EM DOENTE COM HEMOPTISES
- 1521 IMI-238 - (4870) - DUPLICAÇÃO DA VEIA RENAL ESQUERDA COMO ACHADO INCIDENTAL: UMA OPORTUNIDADE PARA APRENDIZAGEM DE NOVAS CONDIÇÕES CLÍNICAS
- 1522 IMI-239 - (4889) - HEMORRAGIAS PETEQUIAIS CÓRTICO-SUBCORTICAIS – UMA ANGIOPATIA AMILÓIDE CEREBRAL EM DOENTE COM VASCULITE ANCA MPO
- 1523 IMI-240 - (4890) - QUANDO O ASSUSTADOR É ACESSÓRIO.
- 1524 IMI-241 - (4906) - UMAS PERNAS DE TIRAR A VIDA
- 1525 IMI-242 - (4915) - SARCOMA DE KAPOSI DA MUCOSA ORAL
- 1526 IMI-243 - (4922) - DA QUEDA AO DIAGNÓSTICO DE LITÍASE BILIAR: UMA IMAGEM ESCLARECEDORA
- 1527 IMI-244 - (4927) - APRESENTAÇÃO DE VOLVO GÁSTRICO
- 1528 IMI-245 - (4930) - UM AVC CARDIOEMBÓLICO APESAR DO DOAC
- 1529 IMI-246 - (4955) - PITIRÍASE RUBRA PILAR - UMA CASA RARA DE EXANTEMA GENERALIZADO
- 1530 IMI-247 - (4957) - UMA CAUSA RARA DE DISFAGIA
- 1531 IMI-248 - (4982) - AORTITE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO PARA O INTERNISTA

- 1532 IMI-249 - (5012) - ESTUDO DE LESÕES DE ÓRGÃO-ALVO: UM ACHADO INESPERADO
- 1533 IMI-250 - (5020) - STRIDOR: AN UNUSUAL PRESENTATION
- 1534 IMI-251 - (5039) - SEMIOLOGIA DA COR
- 1535 IMI-252 - (5041) - NA ROTA DOS QUISTOS: UM CASO DE NEUROCISTICERCOSE
- 1536 IMI-253 - (5061) - SÍNDROME DE OGILVIE REFRACTÁRIO
- 1537 IMI-254 - (5083) - VOLVO GASTRICO TORÁCICO
- 1538 IMI-255 - (5094) - CHAMEM O EXTERMINADOR, HÁ AQUI UMA INFESTAÇÃO!
- 1539 IMI-256 - (5096) - FENÔMENO DE RAYNAUD SECUNDÁRIO: MANIFESTAÇÃO PARANEOPLÁSICA INCOMUM: A PROPÓSITO DUM CASO CLÍNICO

Índice de Autores

- A. Beatriz Ferreira 105, 256, 1032, 1275, 1407
- A. Beatriz Ferreira 254, 269, 287
- Abílio Gonçalves 558, 261, 603, 607, 869, 1060, 1436, 1519
- Adelaide Figueiredo 478, 1539
- Adélia Simão 611, 717, 733, 980, 1090, 1315
- Adelina Pereira 1004, 1331
- Adelino Carragoso 571
- Adriana Almeida 650, 1058
- Adriana Bandeira 1139, 1375
- Adriana Basílio 349, 635, 744
- Adriana Costa 552, 813, 1070
- Adriana Dias 527, 662, 706, 1188, 1220
- Adriana Duarte 709
- Adriana Guedes 314, 613
- Adriana Henriques 101, 135, 341, 450, 492, 620, 881, 951, 1083, 1178
- Adriana L. Costa 239
- Adriana Lopes 197
- Adriana Pereira Almeida 779, 934
- Adriana Pereira Guedes 182, 299, 362, 421, 569, 719, 1204, 1218, 1231, 1358, 1362, 1401, 1421, 1463
- Adriana Rei Pacheco 868
- Adriana Roque 177, 824
- Adriana Vazão 725
- Adriano Cardoso 1100
- Adriano Heemann Pereira Neto 172, 468, 982
- Adriano Neto 227, 557
- A. Drumond 1223
- Afonso Rodrigues 197
- Agnieszka Czajkowska 536, 1281, 1481, 1482
- Aida Cordero Botejara 838, 1342
- Aissato Cassama 215, 1307
- Aj Cruz-Jentoft 1183
- Aj Garza-Martínez 1183
- Alba Acabado 308, 975, 1371, 1382
- Alberto Barbosa 1131
- Albina Moreira 299, 719
- Alda Jordão 304
- Alexandra Albuquerque 685, 1343, 1356, 1495, 1502
- Alexandra Azevedo 159
- Alexandra Bayão Horta 849
- Alexandra Caeiro 1238
- Alexandra Coimbra 865, 972, 1027, 1268
- Alexandra Esteves 942, 1227, 1473
- Alexandra Horta 1472, 1476
- Alexandra Machado 524
- Alexandra Malheiro 526
- Alexandra Martins 1312
- Alexandra Pires 335
- Alexandra Raposo 759
- Alexandra Rodrigues 319, 412, 554, 792, 1016, 1161, 1428, 1524
- Alexandra Roque 142, 714, 1321, 1393
- Alexandra Silva Azevedo 225, 462, 1106
- Alexandra Vaz 193, 1433
- Alexandra Wahnnon 283, 1008, 1069, 1309, 1363
- Alexandre Carvalho 122, 163, 233, 272, 570, 694, 807, 929, 1269
- Alexandre Castro Lopes 649, 814, 974, 1081, 1384, 1444
- Alexandre Fontoura 147
- Alexandre Lopes 1029
- Alexandre Louro 278, 829, 885
- Alexandre Vasconcelos 1143
- Alfredo Figueiredo Dias 893
- Alfredo Martins 522, 1337
- Alice Alicerces 614, 689, 770, 1109
- Alice Cambra 1276
- Alice Castro 1509
- Alice Figueiredo 1078
- Alice Mesquita Alicerces 187, 617, 663, 800, 873
- Alice Monsanto 881
- Alice Neves 213
- Alice Pinheiro 462, 498, 635
- Alice Vicente 798
- Álvaro Ayres Pereira 384
- Álvaro Ferreira 722, 836
- Amanda Hirschfeld 320, 743
- Amanda Rey 375
- A Mário Santos 374, 1487
- Amílcar Lima Silva 604
- Amilcar Silva 1064
- Ana A Albuquerque 1149, 1150
- Ana Aires 860, 1001
- Ana Albuquerque 229, 317, 405, 476, 1129

- Ana Alfaiate 214
Ana Alves 354, 555
Ana Alves Cardoso 307, 379, 556, 749, 921,
989, 1080, 1181, 1380, 1507
Ana Areia Reis 262, 1232
Ana Baptista 963
Ana Beatriz Amaral 1136
Ana Beatriz Barata 1448
Ana Beatriz Lima 607
Ana Beatriz Silva 314
Anabela Brito 1424, 1426, 1427
Anabela Câmara 742, 854
Anabela Carvalho 1034
Anabela Correia 986
Anabela Morais 335, 510
Anabela Oliveira 244
Anabela Raimundo 286, 382, 538, 1111,
1304
Anabela Santos 795, 1046, 1067
Anabela Silva 226, 573
Ana Bismarck 240
Ana Bispo Leão 614, 1109
Ana Bolas 264
Ana Borges 179
Ana Bravo 251, 501, 1334, 1381, 1499
Ana Briosa 1347
Ana Campar 370, 737
Ana Cardoso 1317
Ana Carmo 1472, 1476
Ana Carolina Andrade 1097, 1272
Ana Carolina Henriques 110, 561
Ana Carolina Martins 488
Ana Carolina Silveira 474
Ana Carvalho 301, 534
Ana Castelo Grande 1214
Ana Catarina Águas 377, 1298
Ana Catarina Alves 1253
Ana Catarina Camarneiro 607
Ana Catarina Emidio 1306
Ana Catarina Gameiro 383
Ana Catarina Garcia 1170
Ana Catarina Gomes 252
Ana Catarina Lopes 1309
Ana Catarina Lucas 475
Ana Catarina Pina Pereira 128, 250, 251, 253,
501, 827, 1319, 1334, 1499
Ana Catarina Reis 1047
Ana Catarina Rodrigues 285
Ana Catarina Ruivo 183
Ana Célia Sousa 247, 791
Ana Cipriano 147, 290
Ana Cláudia Carvalho 297
Ana Cláudia Miranda 1396
Ana Constante 259, 447, 573, 874, 1214,
1468, 1522
Ana Corte Real 245, 460, 196, 467, 724, 875,
1092, 1460
Ana Costa 486, 519, 589, 708, 985, 1050,
1157, 1399, 1409, 1474, 1486, 1492
Ana Craveiro 1050
Ana Cristina Almeida 1167
Ana Cristina Caraban 605, 971
Ana Cristina Lourenço 190, 973
Ana Cristina Peixoto 235, 496, 686, 705, 978,
1215, 1226
Ana Cristina Teotónio 987, 1456
Ana Da Mota Magalhães 981
Ana David Do Carmo 265, 266, 324, 598, 849
Ana Dias 330
Ana Domingos 625, 1324
Ana Edral 1059
Ana Elisa Brás 482, 621
Ana Esteves 333, 1014
Ana Faceira 936, 1257
Ana F. Batista 607
Ana Filipa Castro Vieira 580
Ana Filipa Fernandes 473
Ana Filipa Martins 122, 163, 173, 180, 233,
497, 694, 807, 929, 1002, 1126,
1249, 1269, 1328, 1478
Ana Filipa Rebelo 372, 1061
Ana Filipa Rodrigues 296, 532, 741, 766, 866,
987, 988, 1052, 1168, 1190, 1284,
1456
Ana Filipa Viegas 1216
Ana F Lopes 1461
Ana Francês 246
Ana Frederica Parente 322, 343, 521, 545,
669, 775, 783, 820, 859, 923, 942,
961, 1227, 1238, 1252, 1262, 1336,
1513
Ana Gabriela Paupério 263, 612, 628, 670
Ana Garrido Gomes 1483
Ana Glória Fonseca 448, 449, 1113
Ana Gomes 810
Ana Gomes Saraiva 341, 428
Ana Gorgulho 392

- Ana Gouveia 1101
Ana Grilo 481, 688, 943
Ana Isabel Bezerra Machado 567
Ana Isabel Bravo 1448
Ana Isabel Freitas 247, 791
Ana Isabel Machado 895, 1057, 1156, 1158
Ana Isabel Mendonça 791
Ana Isabel Oliveira 314, 401, 403, 507, 533,
1102, 1128, 1163, 1193, 1429, 1430
Ana Isabel Oliveira Ribeiro 172
Ana Isabel Rodrigues 450, 557, 951, 1178
Ana Isabel Sá 145
Ana Isabel Santos 499
Ana João Gonzaga 416
Ana João Marques 1022, 1025, 1147
Ana João Sá 1469
Ana Jorge Martins 455
Ana Julia Pedro 1219, 1221, 1222
Ana Leão 617, 689, 770
Ana Linda Borges 102, 632, 780
Ana López-Iglesias 1183
Ana Lourenço Jardim 402, 1294
Ana Lúcia Rosário 408
Ana Luísa Azevedo 840
Ana Luisa Barbosa 519
Ana Luísa Broa 187, 636, 663, 767, 800, 873,
1042
Ana Luísa Cadilhe 1004, 1094, 1437
Ana Luísa Lima 1132
Ana Luísa Maceda Rodrigues 376, 549, 653,
1215, 1288, 1461
Ana Luísa Marçal 171, 752, 1508
Ana Luísa Matos 340, 483, 1325, 1326
Ana Luísa Nunes 232, 937, 1164
Ana Luísa Pitorro 602, 858
Ana Luisa Rodrigues 1226
Ana Luísa Rodrigues 235, 978
Ana Luís Vasconcelos 158, 279, 420, 582,
728, 822, 1152
Ana Lynce 270, 577, 852, 976, 1516
Ana Mafalda Abrantes 307, 379, 556, 749,
921, 989, 1080, 1181, 1380, 1507
Ana Margarida Coutinho 358, 733
Ana Margarida Faria 987
Ana Margarida Fonseca 1241, 1256, 1282
Ana Margarida Ribeiro 270, 409, 577, 616,
695, 976
Ana Margarida Simões 368, 922
Ana Margarida Sobral 1441
Ana Maria Baltazar 283, 816, 968, 991, 1112,
1309
Ana Maria Carvalho 160, 199, 257, 280,
1123, 1450
Ana Maria Grilo 583
Ana Maria Neves 1123
Ana Marques 551
Ana Martins Costa 210, 1037
Ana Mateus Da Cunha 636
Ana Matias 194
Ana M. Costa 1322
Ana Melício 129, 194, 1318, 1451
Ana Mendes Costa 163, 807, 929
Ana Mesquita 373
Ana Monteiro Oliveira 978
Ana Morgado 932, 1246, 1466
Ana Mota Magalhães 314
Ana Nascimento 191, 715
Ana Neves 1414, 1450
Ana Nunes 368, 922, 990, 1255
Ana Oliveira 485, 1028, 1029, 1081, 1347
Ana Oliveira E Sá 822
Ana Oliveira Monteiro 705
Ana Oliveira Sá 158, 500, 1176
Ana Pais Monteiro 1434
Ana Paiva 327
Ana Paiva Santos 352, 724, 868, 1092, 1457,
1460
Ana Pastor 1001, 1263
Ana Patrícia Coelho 228, 1424, 1426, 1427
Ana Patrícia Coimbra 450, 881, 951, 1178
Ana Patrícia Nunes 277, 314, 1021
Ana Patricia Pereira 1537
Ana Patrícia Silva 516, 1121, 1354, 1447,
Ana Patrícia Vicente 190, 973
Ana Paula Pona 183, 865, 972, 1027, 1268
Ana Paula Proença 1260
Ana Paula Rezende 314, 423, 896, 1116
Ana Paula Silva 625
Ana Paula Vilas 415, 785, 789, 1077
Ana Pessoa 155, 498
Ana Pimenta De Castro 305, 395, 788, 963,
1082
Ana Pimentel 578, 897
Ana Pires Gonçalves 763
Ana Ponciano 172, 318, 452, 468, 1141, 1360

- Ana Ramôa 209, 328, 466, 753, 867, 1051, 1117, 1119, 1122, 1179
- Ana Râmoa 676
- Ana Raquel Barreira 1420
- Ana Raquel Fernandes 784
- Ana Raquel Figueiredo 872, 986, 997, 998, 1182, 1520
- Ana Raquel Freitas 764, 1276
- Ana Raquel Oliveira 508
- Ana Raquel Pinto 654
- Ana Raquel Santos 140
- Ana Raquel Soares 374, 754, 1487
- Ana Reinas 1031, 1037
- Ana Ribeiro 1419
- Ana Rita Alves Lopes 1403
- Ana Rita Ambrósio 267, 943, 1435
- Ana Rita Antunes 120, 220, 312, 350, 520, 569, 613, 713, 794, 1169, 1173, 1186, 1413, 1422
- Ana Rita Azevedo 284
- Ana Rita Barbosa 1440
- Ana Rita Barradas 1485
- Ana Rita Bragança 899
- Ana Rita Calixto 1379
- Ana Rita Cambão 546, 673, 691, 898, 1251, 1488
- Ana Rita Cardoso 268, 1160, 1266, 1379, 1512
- Ana Rita De Oliveira 691, 898, 1251
- Ana Rita De Sousa Melo 959
- Ana Rita Elvas 1250
- Ana Rita Figueiredo 411, 1095
- Ana Rita Gomes 536, 1143, 1481
- Ana Rita Leite 949
- Ana Rita Magalhães 257
- Ana Rita Marques 209, 328, 466, 676, 753, 758, 867, 966, 1051, 1117, 1119, 1122, 1179, 1261
- Ana Rita Martins 383
- Ana Rita Matos 121, 570, 728, 929, 1323
- Ana Rita M. Figueiredo 769, 825, 960, 1369
- Ana Rita Oliveira 184, 329, 546, 673, 682, 715, 855, 1364, 1442, 1443, 1488
- Ana Rita Portugal 1453
- Ana Rita Ramalho 314, 450, 730, 881, 951, 1178, 1183
- Ana Rita Ribeiro 1416
- Ana Rita Rocha 451, 716, 809, 877, 1153, 1377
- Ana Rita Sanches 914
- Ana Rita Santos 1124
- Ana Rita Sárria 314, 1131, 1407
- Ana Rita Tomás 295, 459, 648, 804, 876, 1346
- Ana R Neves 199
- Ana Rocha Oliveira 974
- Ana Rodrigo Costa 447, 874, 910, 1093, 1469, 1522
- Ana Rodrigues 113, 441, 920, 1083, 1084, 1139
- Ana Rosa Bravo 1234
- Ana Rubim Correia 234, 334, 342, 1050
- Ana Rui De Albuquerque 338
- Ana Ruivo 142, 1321, 1393
- Ana Sá 504, 930, 1412
- Ana Salgueiro Rodrigues 101, 620
- Ana Santos 727
- Ana Santos Costa 1014
- Ana Santos E Silva 106, 389, 535, 746, 1003, 1013
- Ana Saraiva 892
- Ana Sara Monteiro 208, 487, 763, 1298, 1525
- Ana Silva 629, 1059, 1228
- Ana Silva Rocha 1214
- Ana Simão 784
- Ana Simas 690, 1229, 1244
- Ana Sofia Castro 184
- Ana Sofia C. Ferreira 1473, 1483
- Ana Sofia Lopes Coelho 454
- Ana Sofia Martins 148, 327, 458, 1089
- Ana Sofia Matos 184, 682, 855, 1442, 1443
- Ana Sofia Montez 649, 814
- Ana Sofia Ramôa 758, 966, 1233, 1261, 1527
- Ana Sofia Reis 182, 362, 421, 569, 719, 1204, 1218, 1231, 1358, 1362, 1401, 1421, 1463
- Ana Sofia Silva 461, 480, 735, 908, 1285
- Ana Sofia Teixeira 469, 604, 780, 901, 1441
- Ana Sousa 300
- Ana Teixeira 339
- Ana Teixeira Reis 360, 429, 1338
- Ana Tenreiro 293, 489, 593, 750, 1187, 1418
- Ana Teresa Ferreira 754
- Ana Teresa Moreira 1005, 1100
- Ana Teresa Pereira 748
- Ana Teresa Rocha 314
- Ana Teresa Vieira 373, 512, 518, 657, 891, 1062, 1242

- Ana Tojal 276, 1500
Ana Tornada 223, 634
Ana Toste 652, 778, 936, 1257, 1410
Ana Valido 811
Ana Ventura 916, 917
André Abreu 600, 1297, 1376
Andrea Castanheira 168, 680, 765, 844, 958, 1035
Andrea Duarte 477, 969, 970, 1103
André Alberto 1038
André Alexandre 1434
André Azevedo 681
André Cachopo 1371
André Calheiros 1473, 1483
André Carmo 314, 341, 1315
Andre Carvalho 558
André Couto Dias 141, 284, 351, 400, 433, 541, 696, 1159
André Da Silva Neves 415, 785, 789, 1077
André Ferreira 441, 920
Andre Garcia 605
André Gomes 1241
Andreia Balbino 1047
Andreia C. Fernandes 277, 1021
Andreia Coutinho 192
Andréia Coutinho 635
Andreia Fernandes 742, 854
Andreia Ferrão 491
Andreia Ferreira 679
Andreia Ferreira Moreira Lopes 864
Andreia Ferreira Moreira Lopes 1529
Andreia Freitas 595, 808, 1169, 1173, 1218
Andreia Lima 269, 828
Andreia Lopes 150, 154, 787, 835, 856, 1028, 1220, 1291
Andreia Machado 289, 325, 523, 605
Andreia Machado Ribeiro 200
Andreia Mandim 314, 346, 723, 1289
Andreia Matas 1022, 1025, 1147
Andreia Meseiro 142, 183, 1208, 1321, 1393
Andreia M Teixeira 125
Andreia Nunes 213, 302
Andreia Pestana 277, 1021
Andreia Rocha Costa 638, 1225, 1265
Andreia Rodrigues Lopes 153
Andreia Salgadinho 888
Andreia Salgadinho Machado 577
Andreia Sá Lima 133, 175, 656, 1032
Andreia Salvado 483
Andreia Silva 441, 920
Andreia Sousa 1125
Andreia Tavares 115, 894
Andreia Teixeira 263, 894, 1501
Andreia Viera Cravo 1149
Andreia Vilas-Boas 314
André Luz 752
André Manuel Martins 725, 1446
André Martins 805, 806, 839
André Moniz Garcia 1010
André Oliveira Pereira 391
André Patraquim 788, 957, 963
André Pereira 1007, 1039
André Pinto 365
André Pires 165
André Resendes Sousa 1498
André Ribeiro 938, 1314
André Santa Cruz 163, 570, 739, 807, 929, 1174
André Santos 644
Andres Carrascal 463, 592
André S. Carvalho 261, 869, 1060, 1519
André Silva 301
André Torcato Cartaxo 1396
Ângela Abreu 1021
Ângela Coelho 192
Ângela Cunha 383
Angela Ghilechi 320, 407, 654, 655, 743
Ângela Ghilechi 1154
Ângela Inácio 194
Ângela Nogal Dias 707
Ângela Paredes Ferreira 329, 673, 691, 898, 1251, 1364
Ângela Paredes Ferreira Ferreira 546
Angélica De Freitas E Lopes 977
Angélica Lopes 314
Anna Knoch 1018, 1526
Anna Sukhoviyy 127, 295, 390, 459, 515, 648, 804, 876, 1327
Anna Taulaigo 398, 710, 1054, 1057
Anneke Joosten 1272, 1534
Antero Fernandes 484
Antónia Sá Gomes 1260
António Afonso Angélico Gonçalves 146
António Angelio-Gonçalves 1074
Antonio Baptista 1219, 1221, 1222
António Cardoso 685, 721, 1495, 1502

- António Cardoso Fernandes 322, 343, 545, 669, 783, 820, 859, 923, 942, 961, 1227, 1238, 1252, 1262, 1336, 1394, 1488, 1513
- António Carneiro 410, 615, 703, 845, 1040, 1127, 1337, 1353
- António Drumond 465, 588, 1140
- Antonio Eliseu 605, 695
- António Eliseu 660, 1043, 1145
- António Fernandes 165, 521, 1130
- António Ferreira 343, 521, 775, 783, 859, 1252, 1262
- António Fontes 1344
- António Gaspar 193, 1433
- António Gonçalves 1120
- António H. Carneiro 522
- António Lamas 234, 290
- António Leão 187, 425, 663, 767, 800, 873, 1042
- António Lourenço 1063
- António Marinho 298, 442
- António Mário Santos 197, 754
- António Marques 384
- António Martins Baptista 307, 379, 556, 749, 921, 989, 1080, 1181, 1380, 1507
- António Martins Batista 129
- António Mateus Pinheiro 211, 216
- António Mateus-Pinheiro 177, 632
- António Moreno Marques 357
- António Pais De Lacerda 379, 556, 749, 921, 1080, 1181, 1309, 1380
- Antonio Pais Lacerda 1219, 1221, 1222
- António Pais Lacerda 307, 989, 1507
- António Pedro Sousa 899
- António Pessoa 300, 360
- António Pinho 1276
- Antonio P Lacerda 902
- António P Lacerda 903
- António P. Lacerda 965, 1008
- António Sousa 314, 353, 638, 672
- António Sousa Azevedo 734
- Antony Dionísio 409, 645
- Armando Cruz Nodarse 423, 896
- Armando Pereira 151
- Á Rodríguez-Díaz-Pavón 1183
- Arsénio Santos 600, 709, 1376, 1392
- Artur Costa 361, 700, 701, 1209, 1459, 1515
- Artur Santos 456
- Artur Silva 681, 1032
- Ary Sousa 111
- Augusto Gaspar 1370
- Augusto Mendonça 1116
- Aurora Gomes Zanga 1066, 1068
- Aurora Monteiro 639
- Aurora Zanga 258, 281, 1170, 1305, 1355
- Baltazar Gabriel Oliveira 268, 1160, 1512
- Baltazar Oliveira 1266, 1326, 1379
- Bárbara Alves Passos 1070
- Bárbara Azevedo Sousa 529
- Bárbara Barreto Laczkovits 1165
- Bárbara Batista 434
- Barbara Campos 930
- Bárbara Ferreira Da Silva 1193, 1429, 1430
- Bárbara Fraga Campos 500, 1176
- Bárbara Laczkovits 1409, 1491
- Bárbara Lage Garcia 391
- Bárbara Leal 442
- Bárbara Lemos 117, 314, 513, 725, 1287, 1446, 1523
- Bárbara Lobão 156
- Barbara Oliveira 205, 983
- Bárbara Oliveira 840
- Barbara Paracana 1029
- Bárbara Paracana 189, 275, 649, 814, 824, 1081, 1347, 1366, 1384, 1444
- Bárbara Picado 378, 517, 1172
- Bárbara Rocha 209, 328, 466, 676, 753, 758, 867, 966, 1051, 1117, 1119, 1122, 1179, 1233, 1261, 1527
- Bárbara Silva 314, 815
- Bárbara Silva Soeiro 1186
- Bárbara Soeiro 120, 480, 613, 1285
- Beatriz Afonso 447, 573
- Beatriz André Marques 318
- Beatriz Ângelo 152, 313
- Beatriz Barata 128, 250, 251, 253, 356, 501, 827, 886, 1234, 1303, 1319, 1334, 1381, 1499
- Beatriz Belo 294, 808, 1316, 1413
- Beatriz Bessa 480, 917
- Beatriz Castro E Silva 1254
- Beatriz Castro Silva 314, 1296
- Beatriz Catita 555
- Beatriz Correia 1113
- Beatriz Dias Silva 345, 571, 835, 1220
- Beatriz Exposito 138, 564, 736, 1465
- Beatriz Fernandes 126, 440, 446, 1085

- Beatriz Ferreira 134, 168, 314, 396, 680, 765, 844, 958, 1035, 1294
- Beatriz Figueira Faria 1235
- Beatriz Flores 419
- Beatriz Frutuoso 626, 1231, 1421, 1464
- Beatriz Gamito Gonzaga 131, 675, 841
- Beatriz Gil Braga 737
- Beatriz Gomes Rosa 1397
- Beatriz Gonzaga 424, 550, 950, 1247
- Beatriz Lopes 340, 418, 602, 760, 858, 1415, 1453, 1521, 1526
- Beatriz Lourenço 959
- Beatriz Luís Lopes 1325
- Beatriz Marquês 240, 486, 589, 708, 985, 1157, 1322, 1399, 1474, 1486, 1492
- Beatriz Melo 331
- Beatriz Parreira 813
- Beatriz Passos 346, 590, 745, 1195, 1462
- Beatriz Pedro Fernandes 780
- Beatriz Pereira 258, 281, 931, 1271
- Beatriz Pinheiro 327, 458, 724, 1089, 1092
- Beatriz Querido 456
- Beatriz Ribeiro 278, 314, 829, 885
- Beatriz Riquito 280, 584, 718
- Beatriz Rosa 427, 575, 919, 1108
- Beatriz R. Sousa 1075
- Beatriz Sampaio 128, 250, 251, 253, 356, 501, 606, 886, 891, 1242, 1303, 1319, 1334, 1484, 1499, 1505
- Beatriz Santos Camara Lourenco 595
- Beatriz Sá Pereira 799, 1068, 1132, 1198, 1230, 1305, 1355
- Beatriz Saraiva Ferreira 616, 976
- Beatriz Saraiva Ferriera 577
- Beatriz Silva 438, 706
- Beatriz Silva Costa 810
- Beatriz Simões 475
- Beatriz Tallon 525, 1020, 1370
- Beatriz Teixeira Lima 603, 1436
- Beatriz Vitó Madureira 627
- Bebiana Faria 1063
- Bebiana Gonçalves 266, 1472
- Behnam Moradi 870
- Bela Machado 457, 585
- Bernardino Valério 1073
- Bernardo Baptista 1476
- Bernardo Belchior 492, 729
- Bernardo Cardoso 1018
- Bernardo Menezes 1069
- Bernardo Pimentel 214, 507, 1111
- Bernardo Resende 1064
- Bernardo Silva 359, 422, 647, 1088, 1400
- Bernardo Silvério 650, 857, 1403
- Bernardo Soares Baptista 198, 849
- Bernardo Vidal Pimentel 286, 598, 798
- Bianca Ascensão 666, 1352
- Bianca Cristea 511
- B Montero-Errasquín 1183
- Bogdana Darmits 135
- Brenda Nunes 1161
- Bruna Barbosa 142, 1097, 1268, 1321, 1393
- Bruna Bolas Cardoso 1207
- Bruna Nascimento 974, 1029
- Bruna Rodrigues Barbosa 183
- Bruna S. Cordeiro 1375
- Bruno Aparício Santos 1306
- Bruno Bonito 142, 1097, 1202, 1208, 1272, 1321, 1393, 1534
- Bruno Bragança 815
- Bruno Campos 314
- Bruno Carvalho 860
- Bruno Ferreira 387, 533, 1102, 1128, 1163
- Bruno Freitas 1467
- Bruno Gonçalves 884
- Bruno Mesquita 257, 560, 701, 1348
- Bruno Miguel Silva 267
- Bruno Moreira 442
- Bruno Peixe 1489
- Bruno Pepe 136, 678
- Bruno Piçarra 593, 750, 1187
- Bruno Santiago 798
- Bruno Santos 1206, 1438, 1458
- Bruno Sequeira Campos 1287
- Bruno Sousa 252, 1175
- Bruno Vendeira 1219, 1221, 1222
- Cacilda Magalhães 826
- Calos Santos Moreira 306
- Candida Fonseca 605, 832, 1467
- Cândida Fonseca 134, 136, 289, 301, 325, 409, 470, 523, 577, 598, 616, 645, 852, 976, 1010, 1048, 1516
- Cândida Rocha 799
- Carina Andrade 712, 1280
- Carina Silva 432, 1065, 1432
- Carla Fernandes 1208

- Carla Ferreira 167, 180, 497, 1126, 1249, 1478
- Carla Gonçalves 544, 1250, 1447, 1452
- Carla Lemos Costa 297
- Carla Lima 1255
- Carla Madureira Pinto 303
- Carla Maia 111
- Carla Maravilha 403, 812
- Carla Marina Domingues 803
- Carla Martins 244
- Carla Melo 462, 659, 1058, 1115
- Carla Mimoso Santos 1296
- Carla Noronha 644
- Carla Oliveira Ferreira 463
- Carla Peixoto 159, 659
- Carla Pereira 644
- Carla Pinto 192, 579, 581, 779
- Carla Santos 831, 1005, 1100, 1129, 1194, 1205
- Carla Serodio 488
- Carla Sofia Santos 890, 1210
- Carla Tonel 610
- Carlos Águas Marques 914
- Carlos A. Guimarães 298
- Carlos Andrade 171
- Carlos Anjo 446
- Carlos Araújo 1175
- Carlos Cabrita 640, 756, 911, 1236, 1240, 1408, 1419, 1494, 1504
- Carlos Capela 122, 173, 1126, 1328
- Carlos Carrilho Anjo 907
- Carlos Costa 1347
- Carlos Cruz Villalon 651, 777
- Carlos Fernandes 391
- Carlos Figueiredo 1169
- Carlos Gonçalves 314
- Carlos Grijó 949, 1256
- Carlos Lélis 309, 772
- Carlos Morido Nancassa 371, 1539
- Carlos Morido Nnacassa 478
- Carlos Nancassa 422, 647, 1400
- Carlos Oliveira 217, 1072, 1397
- Carlos Ramalheira 440
- Carlos Rego Gonçalves 738, 1473, 1483
- Carlos Simões 818
- Carlos S. Oliveira 946, 947, 992, 1108, 1248
- Carlos S.Oliveira 935
- Carlos Vasconcelos 442
- Carlota Carvalho Da Silva 1361, 1434
- Carlota Lalanda 250, 251, 501, 1234, 1334, 1381, 1499
- Carmélia Rodrigues 322, 343, 521, 545, 669, 775, 783, 820, 859, 923, 942, 961, 1227, 1238, 1252, 1262, 1336, 1394, 1513
- Carolina Abreu 688
- Carolina Almeida Robalo 360, 429, 1338
- Carolina Anjo 314, 571, 720, 990, 1188, 1216
- Carolina António Santos 307, 379, 556, 749, 921, 989, 1080, 1181, 1380, 1507
- Carolina Antunes 1398
- Carolina Barros 454, 561, 1372
- Carolina Basílio Lemos 522
- Carolina Brandão Monteiro 559, 968, 991, 1309
- Carolina Câmara 314, 414, 666, 879, 1056, 1120, 1344, 1352, 1373
- Carolina Cardoso 760
- Carolina Carvalhinha 247, 791, 847
- Carolina Chumbo 116, 618
- Carolina Coelho 320, 407, 655, 743, 795, 1046, 1154
- Carolina Fabião Sequeira 1510
- Carolina Fernandes 172, 318, 406, 452, 578, 897, 1139, 1141, 1360
- Carolina Ferreira 441, 920
- Carolina Freitas Henriques 143, 526, 531, 762
- Carolina Freitas Henriques 337
- Carolina Gomes 132, 200, 314, 387, 397, 533, 771, 853, 1102, 1128, 1163, 1313
- Carolina Gouveia 443, 457, 465, 585
- Carolina Guimarães 249, 540, 860, 1001, 1033, 1263, 1410, 1530
- Carolina Henriques 119, 247, 255, 791, 847, 1372
- Carolina Inácio Santos 1396
- Carolina Lemos 1337
- Carolina Macedo 727
- Carolina Machado 393
- Carolina Maia 205, 840, 983
- Carolina Maia Nogueira 570
- Carolina Marcos Queijo 734, 1225, 1265
- Carolina Marini 952, 1509
- Carolina Marques Miranda 322, 343, 545, 669, 820, 942, 961, 1227, 1238, 1252, 1513
- Carolina Martins 456, 475, 596, 751, 852, 1516

Carolina Monteiro 283
Carolina Morgado 458, 724
Carolina Morna 412, 554, 792
Carolina Neves 858
Carolina Nogueira 332, 900, 1258
Carolina Nunes 374, 1487
Carolina Olim 137, 224, 443, 464, 772
Carolina Palma 229, 289, 317, 325, 405, 476, 523
Carolina Pureza 1385, 1389
Carolina Queijo 314, 353, 638, 672
Carolina Roias 107, 314, 630, 776, 1004, 1054, 1207, 1352, 1391, 1439
Carolina Saca 139, 152, 639, 833
Carolina Teles 892
Carolina Terra 1426
Carolina Veiga 217, 297, 679, 915, 919, 925, 946, 947, 992, 1072, 1320, 1417
Carolina Ventura 952
Carolina Vidal 1120
Cassiana Vasconcelos 170, 394, 576, 967, 1350
Catarina Isabel Lopes 661
Catarina Abreu 1390
Catarina Águas 1408, 1419, 1504
Catarina Agueiras 413, 542, 640, 756, 911, 979, 1236, 1240, 1423, 1494, 1504
Catarina Almeida 350, 1501
Catarina Alves Costa 1037
Catarina Antunes Salvado 182, 276, 338, 362, 421, 543, 569, 808, 1204, 1218, 1231, 1358, 1362, 1401, 1421, 1463
Catarina Branco 236, 726
Catarina Cabral 958
Catarina Cabrita 690, 1229, 1244
Catarina Carvalho 1343, 1356
Catarina Carvoeiro 738
Catarina Castelo Maia 954
Catarina Coelho 938, 1314
Catarina Costa 182, 250, 356, 369, 1050, 1303, 1420, 1484, 1505
Catarina Couto 139, 833
Catarina Cunha 1489
Catarina De Jesus 1482
Catarina Domingues 227, 557, 1139
Catarina Duarte 237, 909, 1050
Catarina Elias 249, 321
Catarina Faustino 549, 552, 731
Catarina Favas 139
Catarina Ferreira Duarte 722, 836
Catarina Forra 314, 829, 885, 1440
Catarina Freitas Artilheiro 213, 302
Catarina Garcês Silva 223
Catarina Geraldes 824
Catarina Guimarães 1062
Catarina Isabel Lopes 939, 1118
Catarina La Cueva Couto 1207
Catarina Lencastre 1093, 1468, 1469, 1509
Catarina Lopes 559, 902, 903, 965, 968, 1008, 1069, 1137
Catarina Lourenço 152, 313
Catarina Maia Ferreira 209, 328, 466, 753, 758, 867, 966, 1051, 1117, 1119, 1122, 1179, 1233, 1261, 1527
Catarina Maia Ferreira 676
Catarina Medeiros 474
Catarina Melita 258, 1230
Catarina Mendonça 413, 542, 640, 756, 788, 911, 957, 979, 1082, 1236, 1240, 1423, 1494, 1504
Catarina Moreira 1409, 1437
Catarina Morete Cabrita 474
Catarina Neto 457, 585
Catarina Neves 1242
Catarina Oliveira 435, 1201
Catarina Oliveira Silva 328, 466, 676, 1051, 1117, 1119, 1122
Catarina Pereira 886
Catarina Pestana Santos 614, 617, 689, 770, 1109
Catarina Pinto Silva 297, 915, 945, 946, 947, 992, 1108, 1320, 1340, 1397
Catarina Pires 490
Catarina Pohle 1078
Catarina Quintela 1331
Catarina Reis Barão 755, 913, 1475, 1493
Catarina Rodrigues 136
Catarina Rodrigues Da Silva 130, 810, 1129
Catarina Sabbo 1059
Catarina Salvado 186, 613, 719, 1212, 1406, 1432
Catarina Santos 278, 943
Catarina Santos-Jorge 645
Catarina Santos Reis 376, 549, 817, 1215, 1288
Catarina Serafim 451, 1124
Catarina Silva 314, 935, 1248
Catarina Sousa 246, 819

- Catarina Tavares 430
Catarina Tavares Valente 890, 1210, 1470
Catarina Távora 126, 243, 1345
Catarina Teixeira 567
Catarina Teles Neto 137, 224, 443
Catarina Valadão 252, 707
Catarina Vale 260, 292, 652, 936, 1414
Catarina Valente 831, 1005, 1194, 1205
Catarina Veiga 314, 884, 990, 1050, 1255
Catarina Vieira 173
Cátia Albino 106, 157, 472, 535, 687, 746
Cátia Almeida 824
Cátia Barra 179, 402, 632
Cátia Barreiros 322, 521, 669, 775, 820, 961, 1238, 1252, 1513
Catia Correia 1306, 1458
Cátia Correia 1206
Catia Cunha Ribeiro 1264
Cátia Cunha Ribeiro 323
Cátia Da Cruz Correia 1438
Cátia Faria 557
Cátia Henriques 524, 726, 905, 1030, 1155, 1224
Cátia Leitão 681, 1032
Catia Martins 1158
Cátia Martins 110, 319, 412, 554, 792, 895, 1016, 1156, 1161, 1428, 1524
Cátia Mendonça Araújo 742, 854
Cátia Pereira 101, 339, 620, 631, 717, 1083, 1087, 1178
Cc Marroquín-Castillo 1183
Cecilia Moreira 373, 1062
Cecília Moreira 1491
Célia Cruz 298, 331
Célia Henriques 136, 301, 645
Célia Machado 378, 503, 517, 644, 679, 1098, 1172
Célia Tuna 361, 700, 701, 1209, 1459, 1515
César Lourenço 674
Céu Evangelista 361, 700, 701, 1209, 1459, 1515
Céu Rocha 508
Céu Rodrigues 174, 566, 642, 740, 761, 801, 1273, 1279, 1378
Christian Fernandes Neves 273, 668, 1333
Christian Neves 109, 1029, 1044, 1104
Christine Canizes 471
Christine Canizes Paiva 238
Christopher Strong 1073
Cindy Tribuna 842, 887, 948, 1270
Círia Sousa 353
Clara Almeida 444, 916, 917
Clara Coelho 1445
Clara Matos 390, 515, 1114, 1327
Clara Pinto 148, 327, 626, 724, 964, 1092, 1457
Clara Sanches 693
Clara Silva 1226
Clarinda Neves 1104
Claudemira Pinto 1217
Claudia Abranches Belo 1400
Cláudia Abranches Belo 422
Claudia Agostinho 373
Cláudia Agostinho 1062, 1275
Cláudia Alves 422, 1088
Cláudia Andrade 928, 962, 1535
Cláudia Barata 818
Cláudia Barros 335, 510
Cláudia Coelho 185, 202, 643, 665, 850, 918, 995, 1019, 1086, 1133, 1134, 1135, 1383, 1404, 1405
Cláudia C. Sousa 137, 224, 443, 464
Cláudia Diogo 314, 318, 578, 897, 1141
Cláudia Ferrão 519
Cláudia Ferreira 314
Claudia Fitas 756, 1494
Cláudia Fitas 413, 542, 979, 1419, 1423, 1504
Claudia Gaspar 788, 963, 1082
Cláudia Gaspar 395
Cláudia Guerreiro 1408
Cláudia Marques 1476
Cláudia Martins 677, 1184, 1185
Claudia Mihon 536, 1281, 1481, 1482
Cláudia Monteiro Marques 198
Cláudia Paiva Agostinho 1407
Cláudia Ribeiro 142, 1321, 1393
Cláudia Rosado 1104
Cláudia Sofia Ribeiro 183, 865
Cláudia Sousa 457, 585
Cláudia Teixeira 368, 922
Claudina Cruz 933
Claudio Coelho 1213, 1496
Cláudio Coelho 242, 572, 1180
Cleida Moeda 152, 313
Cleide José Maria 173, 180, 497, 1002, 1249, 1328

- Cleide Oliveira 1478
Conceição Escarigo 213, 1125
Constança Arimateia Antunes 1396
Constança Azeredo 1138
Constança Coutinho 144
Constança Durão 363
Constança Seabra 1047
Constantin Sitari 305, 574, 957, 1312
Crisálida Ferreira 300
Cristiana Batouxas 986, 998, 1182
Cristiana Dias Pinto 1283
Cristiana Ferreira Teles 872, 997, 1520
Cristiana Lopes 842, 887, 948, 1270
Cristiana Malho 982
Cristiana Pinto 560, 699
Cristiana Sieiro Santos 1374
Cristiana Sousa 633, 956, 996, 1192, 1211, 1264
Cristiana Teles 314
Cristiana Vanessa Bernardo Malhó 172
Cristiane Macedo 611
Cristiane Pais Macedo 358
Cristiano Gante 114, 759, 1047
Cristina Alcantara 306
Cristina Andrade 720
Cristina Angela 163, 807
Cristina Ângela 272, 570, 1269
Cristina Ângelo 694
Cristina Cruz Da Angela 929
Cristina Cunha 781
Cristina Ferreira 735
Cristina Freitas 1479
Cristina Gonçalves 206
Cristina João 538
Cristina Maldonado 165
Cristina Oliveira 656
Cristina Outerelo 1341
Cristina Resina 1341, 1490
Cristina Rosário 287, 723, 1395, 1437
Cristina Silva 165, 1531
Cristina Sousa 1012, 1525
Cristina Valente 380
Crsitina Sousa 487
Dália Estevão 516, 1121, 1354, 1447
Dalila Parente 578, 897
Daniela Alpoim 1059
Daniela Alves 179, 1104, 1286
Daniela Alves Berhanu 1448
Daniela Antunes 113, 982, 1084
Daniela Aparício 314
Daniela Augusto 103, 584, 697, 734, 1225, 1265, 1267, 1532
Daniela Baptista 144, 678, 1398, 1485
Daniela Barbosa 1162
Daniela Barbosa Mateus 200, 387, 397, 533, 1102, 1128, 1313
Daniela Barroso 1508
Daniela Costa 594, 714, 1191, 1208
Daniela Cruz 229, 317, 405, 476
Daniela Da Costa Duarte 193, 1433
Daniela Diniz 408, 866, 988, 1190, 1339
Daniela Duarte 314
Daniela Encarnação 1059
Daniela Fernandes 1416
Daniela Filipe Peixoto 1480
Daniela Jardim Pereira 113, 1084
Daniela Macedo Alves 181
Daniela Madeira 127, 295, 459, 648, 876
Daniela Maia 976
Daniela Marado 1064
Daniela Mateus 132, 314
Daniela Maurício 455, 473, 717, 980
Daniela Nascimento Matias Silva 651, 777
Daniela Nascimento Silva 838, 890, 940, 1342
Daniela Olívia Gomes 388, 445, 551, 704, 843, 1076, 1142
Daniela Ormonde 201, 658
Daniel Aparício 810, 851
Daniela Penteado Salgueiro 329, 546, 673, 1364, 1488
Daniela Pinheiro 415, 633, 785, 789, 938, 956, 996, 1077, 1192, 1211, 1264, 1314
Daniela Ribeiro Alves 273, 668, 904, 1333
Daniela R. Nogueira 367, 506, 1031
Daniela Rodrigues 685, 1097, 1343, 1356, 1495, 1502
Daniela Salgueiro 184, 682, 691, 715, 855, 898, 1024, 1251, 1442, 1443
Daniela Santos 205, 840, 983
Daniela Soares Santos 600, 1376
Daniela Viana 560, 699, 734
Daniel Botelho 594, 714, 1191
Daniel Calado 107, 482, 621, 630, 776, 1004, 1391, 1439
Daniel Castanheira 503, 1098, 1254

- Daniel Costa Gomes 1000
Daniel Duarte 1113
Daniel Freitas Dos Santos 599, 1015
Daniel Garrido 112
Daniel G. Oliveira 290
Daniel Pereira 938
Daniel Rodrigues 427, 575, 1397, 1417
Daniel Santos Rodrigues 925
Daniel Seabra 169, 431, 1491
Daniel Veiga 268, 1160, 1266, 1379, 1415, 1512
Dany Cruz 217, 919, 935, 945, 1320, 1340, 1417
David Campoamor 1206, 1306, 1438
David Campoamor Durán 1458
David Campos 333, 1014
David Cunha Matias 268, 1160
David Furtado 340, 760, 858, 1018, 1453, 1521, 1526
David Lopes Sousa 101, 339, 620, 1083
David Marques 197
David Matias 1266, 1326, 1379, 1512
David Noivo 330
David Nora 1073
David Paiva 727, 1245
David Pires 241
David Silva 635
David Sousa 450, 951, 1178
David Sousa Pires 429, 1338
Débora Silveira 943
Debora Sousa 525
Denis Fernandes Gabriel 1199
Desireé Farinha 200, 533, 1102, 1128
Desirée Farinha 314, 771, 853, 1243, 1431, 1518
Diana Anjos 1232
Diana Barros 322, 669, 820, 961, 1238, 1252, 1513
Diana Brites 314, 829, 885
Diana Cruz 1277
Diana Dias 263
Diana Fernandes 159, 753, 1523
Diana Ferrão 437, 562
Diana Ferreira 101, 450, 620, 951, 1083, 1178, 1376
Diana Ferreira Lopes 929, 948, 1270
Diana Gonçalo Mimoso Cardoso 323
Diana Guerra 104, 184, 343, 521, 545, 682, 721, 775, 783, 855, 859, 923, 942, 1017, 1130, 1227, 1262, 1335, 1336, 1394, 1424, 1426, 1427, 1442, 1443
Diana Isabel Dias 125, 236
Diana Leite Russo 681, 1138
Diana Lopes 122, 163, 233, 272, 694, 739, 807, 842, 887, 1174, 1269
Diana Lopes Barros 343, 545, 783, 859, 942, 1227
Diana Marques 903, 965, 1008
Diana Marreiros 106, 157, 472, 535, 687, 746, 1013
Diana Mendes Oliveira 705, 978
Diana M. Ferreira 1297
Diana Mimoso 996, 1264
Diana Miranda 1050
Diana Palácios 1259
Diana Pedreira 156
Diana Pereira Anjos 910, 952, 1277
Diana Pissarra 1059
Diana Repolho 151
Diana Rocha 373, 1062
Diana Santos 398, 610
Diana Silva Fernandes 209, 1179
Diana Sousa 598
Diana Vital 178, 1197
Diane Pimenta 1477
Didier Martinez 632
Dilva Silva 455, 729
Dina Neto 862
Dinarte Abreu 319, 412, 554, 792, 1016, 1161, 1428, 1524
Dina Santos 1016, 1161, 1524
Dinis Mesquita 1014
Diogo Alves Leal 347, 348, 604, 912
Diogo Araújo 167
Diogo Baptista Macedo 1422
Diogo Borges 302
Diogo Brandão Neves 909, 1203
Diogo Cruz 126, 170, 204, 207, 243, 311, 392, 394, 410, 440, 539, 553, 576, 583, 664, 703, 773, 845, 882, 907, 967, 1009, 1041, 1096, 1099, 1107, 1110, 1127, 1329, 1345, 1350, 1351, 1353, 1357, 1359, 1510
Diogo Dias 314
Diogo Dos Santos Rodrigues 161, 1000, 1388
Diogo Faustino 1047

- Diogo Ferreira Da Silva 186, 1212
Diogo Gonçalves 244
Diogo Gonçalves Santos 1330
Diogo Leal 729
Diogo Lopes 500, 930, 1176
Diogo Macedo 120, 220, 294, 312, 520, 595,
713, 794, 808, 1169, 1173, 1186,
1402
Diogo Mendes Pedro 513
Diogo Mendonça 890, 1005
Diogo Múrias Gomes 494, 838, 1151, 1342
Diogo Oliveira 482, 621
Diogo Pereira 1199
Diogo Ramos 320, 407, 655, 743
Diogo Regateiro 901, 1071, 1441
Diogo Rosa Ferreira 1369
Domingas Pereira 716, 809, 1153, 1377
Domingos Coiteiro 382
Domingos Sousa 184
Dora Gomes 130
Duarte Ceia 609, 1299, 1300
Duarte Lages Silva 545
Duarte Lima 287, 314, 862, 937, 1131
Duarte Noronha 119
Duarte Silva 521, 775, 1336
Duarte Teodoro 1059
Dulce Bonifácio 1322
Edgar Amaro 207, 392, 410, 539, 553, 703,
773, 845, 882, 1009, 1110, 1127,
1329, 1351, 1357, 1359
Edgar Coelho 784
Edite Nascimento 130, 345, 368, 438, 527,
662, 706, 810, 835, 851, 922, 990,
1188, 1220, 1255, 1290, 1291, 1455
Edna Gonçalves 793
Eduarda Couto 346
Eduarda Jordão 603, 869, 1436
Eduarda Martins 590, 1462
Eduarda Moniz 143, 531, 762
Eduarda Ruiz Pena 105
Eduardo Azevedo 1233, 1527
Eduardo Doutel Haghighi 214
Eduardo Eiras 105, 1143
Eduardo Ferreira Freitas 222
Eduardo Macedo 209, 328, 466, 676, 753,
758, 867, 966, 1051, 1117, 1119,
1122, 1179, 1261
Eduardo Ribeiro 1081
Eduardo Vilela 877
Elena Molinos 1062
Elena Pirtac 477, 969, 970, 1103
Elena Rios 963
Elena Suarez 421, 1454
Eliabete Ribeiro 591
Elika Pinho 1241
Elisabete Brum De Sousa 250
Elisabete Cerqueira 280, 718, 996
Elisabete Dulce Mendes 1538
Elisabete Margarido 501, 1381
Elisabete Pinelo 399
Elisabete Ribeiro 301, 565, 768, 781
Elisabete Sampaio 250
Elisa Caldeira 119, 143, 255, 337, 526, 531,
762
Elisa Macedo Brás 1267
Elisa Serradeiro 1267
Elisa Torres 768
Elisa Veigas 864, 1216, 1529
Elisa Viegas 1129
Elsa Calado 1040
Elsa Gaspar 396, 892
Elsa Gonçalves 427, 575, 915, 925, 946, 947,
992
Emanuel Fernandes 423, 896, 1116, 1348
Emanuel Matias 1189
Emanuel Novais 157
Ema Virga 1059
Emídio Mata 166, 391, 1007, 1039, 1074
Emília Guerreiro 521, 775
Emília Lopes 1497, 1503
Erick Jonathan Rodrigues Caldeira 221
Ermelinda Pedroso 156, 215, 333, 360, 429,
1014, 1307, 1338
Ernestina Santos 442
Ernesto Rocha 278
Estela Nogueira 117
Estevão Pape 213
Eufémia Calmeiro 1278
Eugénia Ferreira 380
Eugenia Madureira 463, 592
Eugénia Madureira 399, 872, 986, 997, 998,
1182, 1520
Eulália Antunes 176, 185, 202, 643, 665, 850,
918, 995, 1019, 1086, 1133, 1134,
1135, 1383, 1404, 1405
Eunice Patarata 536
Eurico Oliveira 1290, 1291

- Eva Henriques 247, 791
Fábia Cerqueira 913, 1317, 1318, 1341, 1451, 1475
Fabiana Gouveia 396
Fabiana Muñoz 1424
Fabiana Pimentel 135, 881
Fabiana Santos Gouveia 632
Fabienne Gonçalves 331
Fábio Almeida 981
Fábio Alves 930
Fabio Barbosa 164
Fábio Barbosa 924, 993
Fábio Dinis Alves 158, 230, 1026, 1148, 1152, 1368
Fábio Henriques 139
Fabiola Figueiredo 314
Fabíola Figueiredo 884, 1255
Fábio Murteira 299, 626, 927, 1464
Fábio Neves 570
Fabio Pe D Arca Barbosa 344, 863, 1537
Fábio Pé D'Arca Barbosa 316, 417, 1055, 1177
Fábio Santos 361, 700, 701, 1209, 1459
Fátima Cereja 413, 542, 756, 932, 1236, 1419, 1423, 1466, 1494
Fátima Costa 888
Fátima Farinha 176
Fátima Hierro 862
Fátima Lampreia 805, 806, 839
Fátima Leal-Seabra 426
Fatima Monteiro 589
Fátima Monteiro 240, 985, 1157, 1322
Fátima Pais 1155
Fátima Pinto 474, 690, 1229, 1244
Fátima Salazar 246
Fátima Silva 339, 469
Fátima Veloso 306
Fausto Pinto 246, 577, 819
Federica Parlato 755, 1471
Federico Sabio 1105
Felipe Leão 197
Felisbela Gomes 128, 250, 253, 369, 586, 606, 1319, 1484, 1505
Fernado Salvador 1283
Fernanda Ferreira 126
Fernanda Linhares 138, 564, 736, 1465
Fernanda Rodrigues Martins Masteguim 599
Fernando Aldomiro 258, 281, 799, 931, 1066, 1068, 1170, 1198, 1230, 1271
Fernando Azevedo Silva 1395
Fernando Correia 738
Fernando Esculcas 591
Fernando Ferraz 261
Fernando Friões 652, 936, 1257, 1414
Fernando Gonçalves 481
Fernando Maltez 654, 933
Fernando Mané 1308
Fernando Martos Gonçalves 267, 688, 880, 926, 943
Fernando Matos 578, 897
Fernando Pichel 1050
Fernando Piloto 864
Fernando R. Gonçalves 1210
Fernando Ribeiro 571, 720
Fernando Rolim 795, 1046
Fernando Roxo 430
Fernando Salvador 138, 160, 280, 323, 353, 372, 560, 564, 601, 633, 638, 672, 697, 699, 734, 736, 899, 956, 996, 1061, 1192, 1211, 1225, 1264, 1265, 1465
Filipa Alçada 406
Filipa Azevedo 1195
Filipa Borges Santos 182, 1358
Filipa Canhão André 1376
Filipa Carrega 333, 1014
Filipa Ceia 1189
Filipa Coroado Ferreira 273, 668, 1333
Filipa C. Santos 1465
Filipa David 373, 1062
Filipa De Oliveira Nunes 926, 943, 1435
Filipa Duarte-Ribeiro 432, 1432
Filipa Fernandes 980
Filipa Ferreira Rodrigues 314, 1050
Filipa F. Guimaraes 1407
Filipa Fialho Reis 404
Filipa Figueiredo 116, 618, 804
Filipa Furtado 256
Filipa Gonçalves 248, 591, 941, 950, 1247
Filipa Guedes 159, 192, 303, 462, 530, 883, 934, 1058, 1115
Filipa Iglésias 332, 900, 1258
Filipa Leitão 829, 885
Filipa Lucas 795, 1046
Filipa Macieira 169, 1131, 1138, 1164, 1396
Filipa Maldonado 373, 1062

- Filipa Malheiro 265
Filipa Marques 136
Filipa Martins Duarte 365, 726
Filipa Monteiro 301, 1125
Filipa Novo 745
Filipa Oliveira 1530
Filipa Pacharo Nogueira 734, 1036
Filipa Paraíso 368, 922
Filipa Páscoa 469, 604
Filipa Pedro 340, 858
Filipa Pinto Monteiro 213
Filipa Ramalho Rocha 198, 324
Filipa Reis 662, 1220
Filipa Ribeiro Verdasca 419
Filipa Rodrigues 205, 840, 983
Filipa Rodrigues Dos Reis 624, 889, 1449, 1455
Filipa Santos 138, 564, 736
Filipa Sousa Gonçalves 141, 284, 351, 400, 433, 541, 696, 1159
Filipa Trigo 647
Filipe Alfaiate 314, 489, 1054
Filipe Andrade 1032, 1411
Filipe Araújo 1280
Filipe Breda 1293, 1413
Filipe Da Cunha Pinto 262, 1232
Filipe Damião 1322
Filipe Dias 811, 1003
Filipe Gomes Pereira 547
Filipe Gonçalves 1034
Filipe Marques 1341
Filipe Marques Neves 778
Filipe Martins 435, 437, 562
Filipe Modesto 495
Filipe Quintas 114
Filipe Seixo 757, 1078
Filipe Silva Vilela 592, 761
Filipe Vilela 174, 642, 740, 801, 1273, 1279, 1378
Filomena Esteves 1128
Flávia Dias 425
Flávia Freitas 167, 314, 915, 919
Flávia Fundora Ramos 935, 947, 992, 1072, 1108, 1248, 1340
Flávia Ramos 919
Flávia Santos 391, 727
Flávio G. Pereira 460, 1079
Flávio Quadrado 518, 657
Florisa Gonzalez 745, 1462
Fontainhas Sara 607
Francelino José Ferreira 183
Francisca Abecasis 1125
Francisca A. Correia 239, 292, 540, 1001
Francisca Beires 269
Francisca Carmo 613, 1065, 1454
Francisca Correia 249, 260, 552, 813, 860, 1263
Francisca Dâmaso 134, 270, 409, 470, 528, 577, 616, 660, 695, 976, 1043, 1145
Francisca Delerue 477, 484, 622, 969, 970, 1103, 1125
Francisca Ferraz De Liz 605, 616, 648, 832, 976, 1467
Francisca Ferraz Liz 134
Francisca Guimarães 219
Francisca Malheiro Reymão 1281, 1481, 1482
Francisca Martins 399, 568, 1166
Francisca Moutinho 201, 658
Francisca M. Pereira 919, 945, 1417
Francisca Nunes 1454
Francisca Pereira 314
Francisca Rego 336
Francisca Reymão 536
Francisca Ribeira Soares 1334
Francisca Ribeiro Soares 251, 827
Francisca Sá Couto 204, 664, 1096, 1107, 1353, 1510
Francisca Sarmento 150, 154, 509, 732, 787, 856, 871, 1533
Francisca Torres Sarmento 404
Francisco António Nogueira Gonçalves 1025
Francisco Antunes 219
Francisco Barreto 110, 119, 247, 255, 337, 526, 561, 791, 847, 1372
Francisco Belchior 259, 262, 447, 874, 910, 1162, 1214, 1232, 1277, 1468, 1469
Francisco Bento Soares 1093
Francisco Cardoso 374, 1487
Francisco De Oliveira Simões 272, 929, 1269
Francisco Esteves 482, 621, 630
Francisco Gonçalves 314, 662
Francisco Guimarães 677, 1184, 1185
Francisco Henriques 383
Francisco Jorge Moreira 1143
Francisco Laranjeira 214, 382, 538, 798, 1304
Francisco Morgado 215, 1307
Francisco Nobre Botelho 161, 1388

- Francisco Nogueira Gonçalves 368, 922, 1022, 1147
Francisco Nunes Gonçalves 416, 1158
Francisco Pinheiro 840, 983, 1328
Francisco Portal 292, 540, 817
Francisco Próspero Luís 583
Francisco Repas Barbosa 1199
Francisco Ribeiro 1125
Francisco Rocha Cardoso 140
Francisco Salvaterra 304, 509, 871
Francisco Santos Cunha 913
Francisco Silva 144, 168, 680, 765, 844, 958, 1035
Francisco Silva-Ribeiro 1386
Francisco Simões 122, 163, 173, 233, 504, 642, 694, 807, 1412
Francisco Soares Laranjeira 1111
Francisco Sousa 465, 588, 1223
Francisco Teixeira Silva 104
Franciso Pinheiro 205
Franciso Sousa 1140
Francisco Pombo 1162
Francisco Belchior 1522
Freddy Ramirez 933
Frederica Coimbra 801
Frederica Parente 423, 896, 1394
Frederico Batista 139
Frederico Duarte 1395
Frederico Sanches 425
Gabriela Costeira Paulo 217, 297, 679, 925, 1320
Gabriela Paulo 1248, 1417
Gabriela Sobreira Pereira 326
Gabriel Atanásio 571, 720, 990, 1216, 1220
Gabriel Carvalho Ferreira 1254
Gabriel De Carvalho Ferreira 503, 1098
Gabriel Ferreira 314
Gabiella Serra 711
Garcieith Gomes 493, 804, 1114
Gilberto Taketani 1424
Gilda Nunes 132
Gil Fontoura 1155
Gil Magalhães 138, 564, 736, 1465
Giovana Ennis 571, 662, 1449, 1455
Gisela Evaristo Vasconcelos 115
Gisela Gonçalves 196, 485, 1028, 1347
Gisela Lage 330, 491, 1049
Gisela Moreira Pinheiro 426
Glória Alves 1245
Glória Gonçalves 192, 498, 744, 883, 934
Glória Nunes Da Silva 1011, 1259
Gonçalo Bettencourt Abreu 465, 588, 1140, 1223
Gonçalo Cruz 380
Gonçalo Durão Carvalho 1168
Gonçalo Fonseca 522, 1337
Gonçalo Jantarada Domingos 1296
Gonçalo Meleiro Magalhães 198
Gonçalo Miranda 629
Gonçalo Peres 248, 928, 941, 950, 962, 1535
Goncalo Pinho 1020
Gonçalo Quinteiro 223
Gonçalo Sarmento 628, 1276
Gonçalo Torrinha 174, 740, 761, 801, 1273, 1378
Graça Dias 110, 561
Graça Gonçalves 519
Graça Guerra 247, 791
Graça Lérias 667, 971
Graça Maciel 718
Graça Ximenes 832
Grace Staring 240, 589, 985, 1157
Graziela Carvalheiras 176
Guilherme Assis 560, 699
Guilherme Assis Cardoso 482, 621
Guilherme Assunção 210
Guilherme Camões 1297
Guilherme Castro Gomes 840
Guilherme Gomes 205, 983
Guilherme Jesus 823, 927, 1500
Guilherme Miranda 1197
Guilherme Nogueira Fontinha 1315
Guilherme Sacramento 168, 605, 680, 765, 844, 958, 1035
Guilherme Salavisa 314, 1278
Guilherme Sanches De Miranda 178
Guilherme Sapinho 1382
Guilherme Vilhais 355
Guilherme Violante Cunha 352, 1457
Gustavo Correia 926, 943
Gustavo Lemos Correia 503
Heidi Gruner 293, 536, 1281, 1482
Helder Esperto 238, 347, 348, 471, 702
Hélder Gonçalves 1318, 1451
Hélder Mansinho 707
Hélder Pereira 252

- Helder Pinheiro 126
Helena Antunes 314, 1056, 1373
Helena Barroso 895, 1158
Helena Brazão 1406
Helena Brito 1228
Helena Carrondo 227
Helena De Oliveira 393, 686, 817, 1215, 1330
Helena Fernandes 511, 565
Helena Greenfield 314
Helena Hipólito Reis 260, 540, 860, 1001, 1033, 1263
Helena Hipólito-Reis 155
Helena Maia 1030
Helena Margarida Silva 437, 562
Helena Maurício 872, 997, 1520, 1538
Helena Oliveira 145, 555, 1217, 1311
Helena Pessegueiro Miranda 336
Helena Reis 249
Helena Rodrigues 396
Helena Sarmiento 188, 326, 1034, 1477
Helena Silva 145, 435
Helena Teixeira 586
Helena Temido 1167
Helena Vilaça 573
Helga Martins 225
Hélia Martins 274
Hélia Mateus 835
Heloísa Ribeiro 524, 837
Henrique Alves De Sousa 240, 589, 985, 1157
Henrique Alves Sousa 1322
Henrique Atalaia Barbacena 357, 661, 796, 913, 939, 1118, 1475
Henrique Cerveira 388, 445, 551, 619, 704, 843, 1142
Henrique Costa 1528
Henrique Elvas 1129
Henrique Rita 106, 157, 389, 472, 535, 687, 746, 811, 1003, 1013
Henrique Santos 1129
Henrique Sousa 1474, 1486, 1492
Hipólito Nzwalo 1003
Hugo Alves 276, 644
Hugo Casimiro 1307
Hugo Dória 742, 854
Hugo Félix 384
Hugo Gonçalves 504, 1412
Hugo Leme 1101
Hugo Martins 512
Hugo M Oliveira 336
Hugo Mota Dória 454
Hugo Oliveira 508
Hugo Pêgo 267, 943
Hugo Ventura 314, 345, 438, 527, 706, 835, 1188
Hugo Viegas 300
Iara Ferreira 1201
Ignacio Moreno 932, 1246
Ilda Coelho 217, 297, 679, 925, 1072, 1320
Ilídia Moreira 826
Ilídio Brandão 209, 328, 466, 676, 753, 867, 1051, 1117, 1119, 1122, 1179
Ilídio Ornelas 247, 791
Inês Albergaria 314, 884, 990, 1255
Inês Albuquerque 201, 641, 658, 692, 1410
Inês Almeida Ambrioso 1088
Inês Almeida Pintor 868, 1079
Inês Alves Gaspar 424, 550
Inês Amaral Pinto 220, 350, 520, 713, 794, 808, 1186, 1402
Inês Amarante 674, 731, 786, 933
Inês Amorim Cruz 1092
Ines Andrade 832
Inês Andrade 134, 616
Inês Araújo 136, 301, 401, 598, 645, 812, 1048, 1301, 1302
Inês Barbosa Leão 601, 1532
Inês Belchior 1416
Inês Bertão 1414
Inês Bispo Leão 614, 1109
Ines B. Mesquita 558
Inês B. Mesquita 607, 869, 1060
Inês Bonito 142, 1097, 1321, 1393
Inês Brito Gonçalves 1478
Inês Carvalho 685, 1343, 1356, 1495, 1502
Inês Correia 111, 264, 683, 846, 1047, 1166
Inês Correia Brasil 499, 600, 955
Inês Cunha 104
Inês De Albuquerque Monteiro 192, 349, 530, 1403
Ines Domingues 344, 863, 1537
Inês Domingues 164, 316, 417, 924, 993, 1055, 1177
Inês Duro 171, 237, 288, 752, 1050, 1508
Inês Evangelista 1149, 1150
Inês Felizardo Lopes 408, 1339
Ines Ferreira 1522

- Inês Ferreira 314, 375, 655, 698, 786, 874, 1024, 1091, 1154, 1213, 1274
- Inês Ferreira Maia 1272, 1534
- Inês Filipa Silva 353, 672
- Inês Fiuza 1154
- Inês Fiúza M Rua 407
- Inês Fiuza Rua 655
- Inês Fiúza Rua 320, 743
- Inês Fonseca 473
- Inês Furtado 171
- Inês Gaspar 131, 675, 841
- Ines Gonçalves 163
- Inês Gonçalves 122, 173, 180, 233, 497, 694, 728, 807, 929, 1002, 1249
- Inês Gouveia Bonito 865, 972, 1027, 1268
- Inês Graça 693
- Inês Henriques Ferreira 334
- Inês Hilário Soldin 1138
- Inês Leão 103, 617, 734
- Inês Leite Teixeira 1330
- Inês Lopes 866
- Inês Machado Vaz 520
- Inês Maia 1097
- Ines Margarido 525
- Inês Maria Gonçalves 173
- Inês Marques 213
- Ines Marques De Sousa 1066
- Inês Marques Ferreira 1199
- Ines Matias Lopes 913
- Inês Matias Lopes 357, 661, 796, 939, 1118, 1475, 1493
- Ines Matos Ferreira 743
- Inês Matos Ferreira 320, 407, 1505
- Inês Medeiros 1145
- Inês Melo 1205
- Inês Mendo 1000
- Inês Miranda 301, 314, 436, 1073
- Inês Monteiro Araújo 403
- Inês Moreira 314, 414, 666, 776, 879, 1120, 1136, 1344, 1352, 1391
- Inês Moura 135
- Inês Neves 287
- Inês Nogueira Da Fonseca 1353, 1510
- Inês Palma Dos Reis 1054, 1057
- Inês Parreira 307, 379, 556, 749, 921, 989, 1080, 1181, 1380, 1507
- Inês P. Carvalho 865, 972, 1027, 1268
- Inês Peneda Ferreira 314, 353, 638, 672, 734
- Inês Pereira 314, 334, 339, 631, 1037, 1050, 1199, 1500
- Inês Pereira Lopes 378, 517, 1172
- Inês Pereira Ribeiro 909
- Inês Pinheiro 314, 652, 936, 1257
- Inês Pinho 1123, 1450
- Inês Pintassilgo 229, 317, 405, 476, 1149, 1150, 1175
- Inês Pinto 120, 146, 959
- Inês Pintor 352, 1460
- Inês Quinteiro 248, 805, 806, 941, 950, 1247, 1536
- Inês Rafael Marques 779
- Inês Rangel 1275
- Inês R. Carvalho 849
- Inês Rento 314, 527, 662, 720
- Inês Rodrigues 426, 808
- Inês Rueff Rato 1422
- Inês Salvado De Carvalho 147, 548
- Inês Santos 314, 680, 844
- Inês S Correia 803
- Inês S.F. Da Silva 769, 825, 960, 1369
- Inês Silva 1418
- Inês Silva Pinheiro 148
- Inês Silveira 401, 1301, 1302
- Inês Soares 480, 671, 821, 823, 927, 1500
- Inês Sofia Ferreira De Silva 411
- Inês Sofia Ferreira Silva 1095
- Inês Soldin 1289
- Inês Sopa 411, 825, 960, 1095
- Inês Sousa 258, 281
- Inês Sousa Braga 367
- Inês Trabucho 187, 663, 767, 800, 873, 1042
- Inês Urmal 128, 250, 251, 369, 501, 606, 886, 1234, 1334, 1381, 1484, 1499
- Iolanda Godinho 117
- Irene Medeiros 1488
- Irene Pinto 1022, 1025, 1147
- Irene Soares 519
- Íris Simões Galvão 597, 802, 984, 1212
- Isabel Apolinario 983
- Isabel Apolinário 205, 840
- Isabel Baptista 1075
- Isabel Barahona 494, 1151
- Isabel Camões 376, 549, 1288
- Isabel Caravalho 979
- Isabel Castro Guerra 907
- Isabel Correia 380, 450, 881, 951, 1178

- Isabel Cruz 613, 959
Isabel Cruz Carvalho 304, 509, 684, 856, 871, 1006, 1332
Isabel De La Cal Caballero 629
Isabel Fernandes 1158
Isabel Ferreira 493
Isabel Fonseca 102, 177, 396, 402, 632, 780, 1087, 1294
Isabel Fonseca Silva 342, 442, 1050, 1361, 1434, 1479, 1508
Isabel Galriça Neto 507
Isabel Germano 264, 839
Isabel Jardim 1016
Isabel Lavadinho 423, 896, 1116
Isabel Madruga 144, 168, 667, 680, 765, 844, 958, 971, 977, 1485
Isabel Marcão 586
Isabel Marques Correia 402, 620, 1083, 1087, 1294
Isabel Martins 340, 418, 483, 602, 858, 1325, 1326, 1415, 1453, 1521, 1526
Isabel Mendes Bessa 565, 768
Isabel Monteiro 579, 581, 1531
Isabel O Cruz 146, 350
Isabel O. Cruz 338, 543
Isabel Ponte 707
Isabel Ribeiro Ferreira 390, 1114, 1327, 1346
Isabel Rodrigues 395, 1082
Isabel Santos 784
Isabel Silva 185, 202, 643, 665, 850, 918, 995, 1019, 1086, 1133, 1134, 1135, 1383, 1404, 1405
Isabel Silvestre 757
Isabel Sousa 1076
Isabel Trindade 1477
Isabel Viana Novo 303, 439, 462, 883, 934, 1058, 1115
Isabelvieira Fernandes 895
Isabel Vinhas 650, 744
Isabel V. Rodrigues 788, 963
Isa Duarte Barbosa 1421
Isa Silva 207, 882, 1110, 1351
Italo Carraro Brandão 599
Iuliana Cusnir 178, 1197
Ivan Luz 647
Iva Sousa 335, 510
Ivo Alexandre Pina 1471
Ivo Barreiro 869, 1436
Ivo Cunha 1138
Ivo Felgueiras Dos Santos 186
Ivo Mendes 405, 1149, 1150, 1175
Ivone Fernandes 330, 491, 495, 1049
Jana Zelinová 583
Jandira Lima 101, 358, 450, 620, 631, 730, 881, 951, 1083, 1178
Janine Resende 964, 1065, 1454, 1464
Javier Balaguer 1374
J Corcuera-Catalá 1183
Jeni Quintal 757
Jerina Nogueira 167, 222, 314, 423, 896, 1116
Jesennia Chinchilla Mata 1088
Jéssica Abreu 132, 314, 387, 397, 645, 1193, 1313
Jéssica Araci Abreu 200, 1102, 1429, 1430
Jéssica Krowicki 824
Jéssica Oliveira 314, 438, 609, 884, 1299, 1300
Jéssica Vasconcelos 1011, 1259
Jesus Viana 1347
J. Guilherme Gonçalves-Nobre 707
Joana Aguiar 314
Joana Alves Pereira 1257
Joana Amado 105, 1219, 1221, 1222
Joana Antunes 509, 871
Joana Araújo Correia 187, 425, 663, 873
Joana Barbosa Rodrigues 1011, 1259
Joana Barros 349, 439, 857, 1106
Joana Basílio Leite 105, 181, 1165
Joana Bernardino Cardoso 474
Joana Braga 861
Joana Cabeleira 602, 914
Joana Caetano 639
Joana Calvão 734, 1036, 1267
Joana Capelo 884, 1255
Joana Cardoso 1487
Joana Carreira 215, 1307
Joana Cartucho 976, 1208
Joana Carvalho De Sousa 1509
Joana Cascais Costa 238, 604, 912
Joana Castro Vieira 296, 532, 580, 741, 766, 866, 987, 988, 1052, 1168, 1190, 1200, 1284, 1456
Joana Catarina Silva 419
Joana C. Costa 702
Joana Certo Pereira 136
Joana C F Lima 129

- Joana C. F. Lima 1317, 1318
Joana C.F. Lima 1451
Joana Coelho 339, 516, 544, 629, 1121, 1228, 1354, 1447, 1452
Joana Correia 767, 800, 1042, 1101
Joana Correia Nunes 152, 833
Joana Costa 314
Joana Costa Simões 355
Joana Coutinho 278
Joana Couto 721, 1130
Joana C. Ramos 499, 596, 600, 702, 751, 955
Joana Crisóstomo 725, 1375, 1446, 1523
Joana Cunha 160, 314
Joana Dias Maia 890
Joana Diogo 677
Joana Duarte 409, 428, 660, 695, 1043, 1145
Joana Ferreira 194, 865, 972, 1027, 1202, 1208, 1268
Joana Filipa Ferreira 1097
Joana Fontes 271, 627, 628, 1201, 1224
Joana Formiga Viegas 415, 785, 789, 1077
Joana Frade 1382
Joana Freitas 340
Joana Freitas Ribeiro 483, 1325, 1326
Joana Frias Da Silva 437
Joana Frutuoso 866, 1284
Joana Gameiro 117
Joana Gomes Cunha 864
Joana Gouveia 241, 308, 975, 1371
Joana G. Rodrigues 425
Joana Jacinto 1524
Joana Jesus Ribeiro 113
Joana Jesus-Ribeiro 1084
Joana Lopes 1404, 1405
Joana Lopo 413, 542, 932, 1246, 1423, 1466, 1525
Joana Marinho Silva 380
Joana Marques 438, 527, 706, 1188, 1220
Joana Martins 308, 975, 1382
Joana Martins Cabral 1316
Joana Melo 263, 485, 649, 814, 905, 1224, 1384
Joana Milho 1313
Joana Moniz 314, 1375, 1523
Joana Monteiro 144, 1398
Joana Morais 173, 852, 862, 1002, 1126, 1249, 1491, 1516
Joana Morgado 747
Joana Moutinho 693
Joana Neto Gomes 226, 1506
Joana Neves 196, 245, 467, 875
Joana Novo 1169
Joana Nunes 139, 313
Joana Oliveira 395, 963
Joana Paixão 469, 492, 729, 901, 1071
Joana Patrício 330, 495
Joana Paulo 609
Joana Pereira 132, 249, 314, 452, 468, 610, 652, 870, 888, 936, 1360
Joana Pereira Moniz 386, 725, 1446
Joana Pimenta 1293
Joana Rebelo 1057
Joana Reis 1113
Joana Reis Aguiar 522, 615, 1040, 1337
Joana Ribeiro 858
Joana Ricardo Pires 1411
Joana Rigor 346, 590, 1462
Joana Rocha 745
Joana Rodrigues 670, 726, 795, 1046
Joana Rodrigues Coelho 413, 542, 1423
Joana Rodrigues Dos Santos 126, 243, 311, 1041, 1310, 1345
Joana Rodrigues Morais 1165
Joana Rosa Martins 123, 124, 162, 282, 563, 944, 1425
Joana Rua 482, 560, 621, 699, 734
Joana Santos 155, 206, 641, 692
Joana Santos Guerreiro 971
Joana Serôdio 288
Joana Silva 218, 427, 575
Joana Silvério Simões 156
Joana Soares Mendonça 826
Joana Sofia Rego 188, 326
Joana Sotto Mayor 842, 887, 948, 1270
Joana Sousa Morais 180, 497, 1478
Joana Sousa Varela 252, 448, 449
Joana Subtil 482, 621
Joana Tavares Pereira 200, 387, 397, 1313
Joana Telhada 230, 895, 1026, 1148, 1368
Joana Tremeceiro 958
Joana Urbano 228, 1023
Joana Varela 1175
Joana Vaz 678, 1032
Joana Vaz Cunha 1036
Joana Vieira 877
Joana Vinhais Rodrigues 503

- Joana Xavier Fialho 359
João Abrantes 563
João Abreu 935, 1108
João Adriano Sousa 465, 588, 1140, 1161, 1223
João Alves 1101
João Andrade 165
João A. P. Barradas 147
João Araújo Correia 342, 442, 1050
João Aurélio 645, 693
João Azevedo Gonçalves 115
João Barbosa Barroso 200, 387, 397, 533, 1102, 1128, 1313
João Barradas 1470
João Barroso 132, 314, 771, 853
João Bento 544, 1452
João Bessa Martins 365
João Borges 353
João Borralho 1396
João Brilhante 1324
João Caiano Gil 1289
João Caixinha 142, 1321, 1393
João Carlos Furtado 605
João Carlos Oliveira 270, 409, 513, 695
João Carvalho 1498
João Casanova Pinto 440
João Coelho 339
João Corrêa 441, 516, 629, 920, 1121, 1228, 1354, 1447
João Côrrea 544, 1452
João Correia 548, 890, 1210
João Correia Pinto 175
João Correia Cardoso 530
João Costa 602
João Costelha 717, 980
João Coutinho De Sousa 547, 1017, 1335
João Crespo Santos 608
João Cunha 625
João Da Costa Oliveira 868
João Da Silva Gomes 376, 1288
João Dinis Martins 267, 943
João Dionísio 339
João Espírito Santo 644
João Faia 148, 176, 327, 458, 460, 626, 868, 964, 1079, 1089, 1457
João Faustino 1104
João Ferreira Sousa 1260
João Figueira 293, 489, 593, 750, 1187, 1418
João Fonseca 109, 273, 904
João Fonseca Oliveira 419
João Fonseca Oliveira 140
João Francisco Abrantes 282, 411, 769, 825, 960, 1095, 1369
João Francisco Gouveia 309
João Francisco Magro 1260
João Freitas 1493
João Galaz Tavares 525
João Gamito Lopes 1003
João Gomes 1280, 1464
João Gonçalves 1030
João Grilo 278
João Henriques 490
João Horta Antunes 378, 517, 1172
João Lagarteira 463, 592, 1182
João Lança Pereira 1290, 1291
João Lima 271, 364, 837, 1045
João Loja 143, 149, 531, 587, 762, 774, 790
João Lopes 314, 998
João Luís Miranda 299, 461, 502, 543, 671
João Macedo 1501
João Machado 383
João Madeira Lopes 194
João Manuel Silva 597, 802, 984, 1212
João Maria Bento 629, 1228
João Marques Macedo 125
João Martins 112
João Martins Mendes 686, 778
João Matos 1511
João Miguel Freitas 847
João Miranda 1065, 1454, 1528
João Morais 274, 725
João Morais Lopes 872, 997, 1520, 1538
João Moura 171
João Neves 302, 1480
João Neves Maia 722, 836, 909
João Nogueira 801
João Nóvoa 398
João Oliveira 196, 467, 470, 528, 577, 660, 875, 976, 1043, 1145, 1166
João Olivério 571
João Oliverio Ribeiro 1220
João Olivério Ribeiro 345, 835
João Patrício Freitas 1372
João Patrocínio 1390
João Paulo Nóvoa 710
João Paulo Rocha 954

- João Pedro Abreu 945, 1248
João Pedro Antunes 1385, 1389
João Pedro Domingos 1396
João Pedro Faria 185, 202, 643, 665, 850,
918, 995, 1019, 1086, 1133, 1134,
1135, 1383, 1404, 1405
João Pedro Gomes 219
João Pedro Lança 864, 1529
João Pedro Moreira 601
João Pedro Pais 546, 1488
João Pedro Santos 390, 515, 804, 1114, 1327
João Pedro Tavares 864, 1529
João Peixoto 348, 729, 730, 912
João Peralta 681
João Pereira 516, 544, 667, 1121, 1228, 1354,
1447, 1452
João Pina Cabral 101, 450, 620, 951, 1083,
1178
João Pinho Valente 626
João Poejo Gomes 893, 1050, 1242
João Porto 892
João Português 1063
João Presume 136
João Reis Sabido 755, 1471, 1493
João Ribeiro 261
João Riesenberger 958
João Rio 605
João Santos 227, 274, 377, 386, 557
João Santos S. 167
João Silva 1063
João Silvestre Martins 816
João S. M. Pereira 629
João Tavares 624, 835
João Teixeira 1484
João Tiago Loja 847
João Valente 964, 1464
João Velho Correia 1448
João Venda 278
João Vieira Afonso 296, 532, 580, 741, 766,
866, 987, 988, 1052, 1168, 1190,
1284, 1456
Joaquim Alvarelhão 875
Joaquim Peixoto 1097
Joelma Mendes 559, 816, 965, 991, 1069,
1137, 1309, 1363
Joelma Mendes Valentim 968, 1112
Johana Martins 666, 1344
Johanna Viana 212, 567
Jordana Montalvão Duarte 599, 1015
Jorge Almeida 145, 201, 235, 239, 249, 260,
292, 354, 376, 388, 393, 435, 437,
445, 496, 540, 549, 551, 552, 555,
562, 619, 641, 646, 653, 658, 686,
692, 705, 778, 813, 817, 843, 949,
954, 978, 1033, 1070, 1215, 1217,
1226, 1253, 1256, 1282, 1288,
1311, 1330, 1410, 1461, 1530
Jorge Barbancho Bravo 777, 838
Jorge Bernardo Reis 146, 299
Jorge Bezerra 322, 343, 545, 669, 783, 820,
859, 942, 961, 1227, 1238, 1252,
1513
Jorge Bravo 651, 940
Jorge Correia 1216
Jorge Cotter 188, 326, 391, 565, 591, 727,
768, 781, 1007, 1034, 1039, 1245,
1477, 1497, 1503
Jorge Félix 124
Jorge Ferreira 244
Jorge Fortuna 339, 469, 492, 604, 901, 1064
Jorge Frade 128, 253, 369, 1319, 1420
Jorge Gama Prazeres 131, 424, 550, 675, 841
Jorge Governa 486, 708, 1322, 1399
Jorge Henriques 109, 189, 245, 275, 1044,
1286
Jorge Lindo 102, 632
Jorge Miguel Sequeira 1255
Jorge Mimoso 112
Jorge Montês 214
Jorge Oliveira 292, 540, 817
Jorge Reis 502, 671, 1065, 1454, 1464
Jorge Rodrigues Fernandes 645
Jorge Salomão 530
Jorge Salsinha Frade 250, 251, 501, 827, 886,
1234, 1334, 1381, 1484, 1499, 1505
José António Lopes 117, 1341
José António Mariz 888
Jose Caldeiro 738
José Caldeiro 165, 1024
José Carlos Veloso 1473, 1483
José Carvalho 381
José Coelho 1079
José Cruz Araújo 222
Jose Del Águila De Los Ríos 940, 1342
José Delgado Alves 139, 152, 313, 639, 833
José Diogo Martins 104, 165, 228, 381, 738,
1017, 1023, 1130, 1262, 1335,
1364, 1424, 1426, 1427

- José Duro 941
José Feio 818
José Ferreira 1525
José Filipe Santos 499
José Fonseca 438, 527, 706
José Fragoso Duro 141, 284, 351, 400, 433, 541, 696, 928, 1159
José Franco 454
José Ganicho 536
José Gonzaga Duro 248, 1247
Jose Guia 1467
José Guia 1010
José Lomelino Araújo 943
José Lucena 1047
José Luís Andrade 1161
José Magalhães 339
José Maia 1050
José Mário Bastos 1152
José Mário Roriz 115, 522
José Martins Dos Santos 941, 950, 1536
José Miguel Banza 1008
José Miguel Maia 1500
José Miguel Martins 458, 467, 1440
José Miguel Pereira 842, 887, 948, 1270
José Miguel Santos 248, 1247
Jose Moreno 1466
José Morgado Pereira 597, 802, 984, 1212
José N. Magalhães 367
José Nuno Alves 167
Jose Nuno Raposo 1306
José Nuno Raposo 1458
José Oliveira Da Costa 117, 732, 782
José Pedro Fonseca 1188
José Pereira De Moura 473
José Presa Ramos 1123, 1450
José Proença 1228
José Ramalho 483
José Ramos 1101
Jose Raposo 1206
José Ricardo Brandão 1280
José Rocha 563
José Teixeira Magalhães 473
José Vale 747
Josiana Duarte 1013
Juan Carlos Puentes 511
Judite Antas 298, 331, 1050
Júlia Matos 818
Juliana Andrade 122, 163, 174, 233, 272, 566, 642, 694, 740, 801, 807, 929, 1269, 1273, 1279, 1378
Juliana Barata 516, 1121
Juliana Carneiro 544, 629, 1228, 1354, 1447, 1452
Juliana Nogueira 189, 1044
Juliana Silva 220
Juliana V. Nogueira 273, 668, 904, 1333
Juvenal Morais 690
Kamal Mansinho 1396
Karine Matos 165
Karolina Aguiar 979
Konstyantyn Romashchuk 157
Kristoffer Brustad 436
Lara Andrade Maia 857
Laura Aguiar 194
Laura Amaral 190, 973
Laura Baptista 974, 1347, 1414
Laura Castro 727, 1007, 1039
Laura Fernandes 190
Laura Ramos 118, 514, 681, 1367
Laura Teixeira 335
Laura Torres Teixeira 232
Leandro Martins Valente 611, 1090
Leandro M. Marques 222
Leda Frederico D'Almeida 385
Lèlita Santos 101, 102, 135, 177, 179, 314, 339, 341, 347, 348, 358, 396, 402, 428, 450, 455, 469, 473, 475, 492, 596, 600, 604, 611, 620, 631, 632, 702, 709, 717, 730, 733, 751, 780, 881, 901, 951, 980, 1064, 1071, 1087, 1090, 1178, 1294, 1297, 1315, 1376, 1392, 1441
Lénia Silva 442
Leonor Calçada 397
Leonor Francisco 167, 222
Leonor Gomes 958
Leonor Magalhães 140, 374, 1487
Leonor Marques 133
Leonor Neves 258, 281, 300, 1066, 1271, 1372
Leonor Neves Da Gama 1013
Leonor P. Silva 543
Leonor Reynolds Sousa 285
Leonor Rodrigues 109, 273
Leonor Saldanha 536, 1481, 1482
Leonor Silva 120

- Leonor Soares 683, 846, 1166
Leonor Teixeira Gil 505
Leopoldina Vicente 516, 1121, 1228, 1354
Letícia Leite 768, 1497
Leticia Santos 1537
Letícia Santos 213
Leuta Araújo 387, 397
Lia Bastos 373, 1062
Lia Marques 190, 973
Lídia Caley 340, 858
Lígia Fernandes 330, 491
Lígia Peixoto 411, 769, 825, 960, 1095, 1369
Lígia Ribeiro 278
Lígia Rodrigues Santos 569, 1204, 1401, 1463
Lígia Santos 461
Liliana Carneiro 254, 256
Liliana Costa 698, 1496
Liliana Domingos 1489
Liliana Fernandes 973
Liliana Igreja 442
Liliana Pedro 456
Liliana Pereira 784
Liliana Ribeiro Santos 559, 1309
Liliana R Santos 902, 903, 965, 1008
Liliana Simões 486, 708, 1322, 1399
Liliana Torres 259, 447, 1214, 1468
Lilian Farias 1331
Lilia Savka 902
Lilii Savka 283, 559, 816, 968, 991, 1112, 1137, 1309, 1363
Lindora Pires 226, 259, 262, 447, 573, 797, 874, 910, 952, 1091, 1093, 1162, 1214, 1232, 1274, 1277, 1468, 1469, 1506, 1509, 1522
Lino Nóbrega 454
Lorena Lozano Real 651, 777
Lourenço Aguiar 187, 663, 800, 873
Luana Alves 496
Lúcia Guedes 365
Lucia Jardim 1447
Lúcia Jardim 544, 629, 1228, 1250, 1452
Luciana Sousa 721, 923, 1017, 1130, 1335, 1336, 1394
Lucília Pessoa 483
Ludmilla Barros Jaime 838
Ludovina Paredes 1528
Lueji Aminata Oliveira Gumbe 172
Lueji Gumbe 314, 452, 468, 1360
Luísa Alvarenga 1003
Luísa Arez 537, 637, 834, 999, 1053, 1295, 1416
Luísa Azevedo 983
Luísa Azevedo 205, 805, 806, 839
Luísa Cadilhe 254
Luísa De Veiga Sousa 826
Luísa Eça Guimarães 314
Luísa Fonseca 860, 1001
Luísa Fraga Fontes 355
Luísa Guerreiro 133, 656, 723
Luis Almeida 759
Luís Almeida Morais 754
Luísa Magalhães 1464
Luísa Melão 487
Luísa Nascimento 510
Luis Andrade 1045
Luís Andrade 524
Luísa Pereira 243, 505
Luísa Pina Marques 176, 764, 1276
Luísa Pinheiro 1063
Luísa Pinto 416, 1156, 1158
Luísa Pinto 895
Luísa Regadas 290
Luísa Serpa Pinto 442, 1508
Luísa Sousa 1365
Luísa Teixeira 319
Luísa Veiga De Sousa 175, 828
Luísa Veiga Sousa 1367
Luísa Viveiros 237, 1050
Luis Azevedo 638
Luís Azevedo 1225
Luís Brito Avô 243
Luís Coelho 356
Luís Costeira Pereira 193, 1433
Luís Couto 1034, 1245, 1477, 1497, 1503
Luís Cuña 1193, 1429, 1430
Luis Dias 114, 205, 674, 840, 879, 983
Luís Dias 107, 414, 642, 666, 759, 776, 1056, 1120, 1136, 1279, 1344, 1352, 1373, 1391, 1439
Luís Dominguez Cuña 200, 533
Luis Filipe Santos Silva 365
Luis Flores 1256
Luís Flores 652, 1257
Luis Gaião Santos 827
Luís Gaião Santos 251, 1334

- Luis Gonçalves 1067
 Luís Gonçalves 711
 Luís Gonçalves Vicente 574
 Luís Graça Santos 725
 Luis Landeiro 525, 1370
 Luís Landeiro 1048
 Luís Luz 406, 608
 Luís Magalhães 522, 1337
 Luís Mão De Ferro Landeiro 598
 Luís Mateus 708
 Luís Mendes 314
 Luís M. G. Ribeiro 169
 Luís Miguel Coelho 1303
 Luís Miguel Lázaro Mendes 851
 Luís Miguel Pereira 207, 392, 410, 539, 553,
 703, 773, 845, 882, 1009, 1085,
 1110, 1127, 1329, 1351, 1357, 1359
 Luís Neves Da Silva 279, 420, 582, 1146,
 1152
 Luís Neves Da Silva1 728
 Luís Neves Silva 701
 Luís Nogueira 226, 797, 1506
 Luis Nogueira-Silva 686, 1226
 Luís Nogueira Silva 496
 Luís Parente Martins 246
 Luis Pinheiro 965
 Luís Pontes Dos Santos 1262
 Luís Pontes Santos 329, 1364
 Luis Reis 966, 1261, 1527
 Luís Reis 209, 328, 466, 676, 753, 758, 867,
 1051, 1117, 1119, 1122, 1179, 1233
 Luís Relvas 979, 1489
 Luis Santos 772
 Luís Santos 457, 585, 1161, 1488
 Luís Silva 565
 Luis Siopa 1088
 Luís Sousa Azevedo 672, 734, 1036
 Luís Vale 597, 802, 984, 1212
 Luís Veiga 166
 Luiz Menezes Falcão 194
 Lurdes Correia 611, 1090, 1315
 Lurdes Santos 321, 1189
 Luzia Bismarck 240, 589, 985, 1157, 1322,
 1474, 1486, 1492
 Madalena Carvalho 123, 944
 Madalena Costa Santos 123, 124, 162, 241,
 308, 623, 944, 975, 1371, 1382
 Madalena Eurico Lisboa 356
 Madalena Lisboa 128, 250, 251, 369, 501,
 606, 827, 886, 1234, 1303, 1319,
 1334, 1448, 1484, 1499
 Madalena Meneses 414
 Madalena Pinho 764, 1276
 Madalena Simões De Carvalho 282, 411, 563,
 769, 960
 Madalena Teixeira 1202
 Madalena Vicente 285, 398, 710
 Mafalda Baptista 516, 1121
 Mafalda Bessa De Melo 1093
 Mafalda Castro 546
 Mafalda Cordeiro De Sousa 422
 Mafalda Duarte 258, 281, 1066, 1068
 Mafalda Ferreira 314, 645, 747, 829, 885
 Mafalda Gomes Dos Santos 296, 766, 866
 Mafalda Gomes Santos 580, 988, 1052, 1168
 Mafalda Gouveia 1024
 Mafalda Leal 128, 250, 251, 253, 356, 501,
 606, 827, 886, 1234, 1303, 1319,
 1334, 1499, 1505
 Mafalda Machado De Gouveia 1424, 1426,
 1427
 Mafalda Maria Gomes Dos Santos 741, 1190
 Mafalda Maria Santos 532, 987, 1284, 1456
 Mafalda Neves 885
 Mafalda Pais 1402
 Mafalda Pimenta De Castro 545
 Mafalda Rodrigues 115
 Mafalda Santos 194
 Mafalda Sousa 647
 Mafalda Ysenbout Mogas 832
 Magda Fernandes 1503
 Manuela Dias 260, 1033
 Manuela Fera 333
 Manuela Lélis 137, 443, 457, 585, 772
 Manuela Machado 837
 Manuela Mafra 538
 Manuel Araújo 289, 325, 470, 523, 678
 Manuel Barbosa 823, 1464
 Manuel Bicho 194
 Manuel Coelho Barbosa 1362
 Manuel Cunha 257, 701, 1348
 Manuel Ferreira 104, 738, 1017, 1262, 1335
 Manuel Ferreira Gomes 385
 Manuel G. Costa 311, 440, 1041, 1310
 Manuel Maia 339, 469
 Manuel Monteiro 683, 759, 846, 1166

Manuel Ribeiro 486, 985, 1322, 1474, 1486, 1492
Manuel Serrano 655
Manuel Veiga 1424
Mara Sarmento 618
Marcel Guerreiro 293, 536, 1281, 1482
Marcelo Fernando Masteguim 599
Marcelo Pinto Alves 370, 830, 906, 994
Márcia Andreia Lopes 368, 922
Márcia Cravo 210, 298, 1050
Márcia Meireles 364
Márcia Mendonça Souto 335, 510
Márcia Pereira 218, 878
Marcia Presume 616, 832
Márcia Presume 134
Márcia Ribeiro 945, 946
Márcio Tavares 821
Marco Aurélio Correia 1111
Marco Correia 214, 598, 798, 1304
Marco Cristo Tomaz 307, 1014
Marco Diogo 1237
Marco Ribeiro Narciso 684, 856, 1006
Marco Tomaz 333
Margarida Almeida 605
Margarida Arantes Silva 225, 303, 498, 744, 857, 883, 934, 1058, 1403
Margarida Araujo 1158
Margarida Araújo 212, 416, 508
Margarida Ascensão 361, 700, 701, 1209, 1459, 1515
Margarida Bento 215, 1307
Margarida Brito Monteiro 1170
Margarida Carvalho 795, 1046
Margarida Carvalho Vieira 1331
Margarida Castro 1063
Margarida Cerqueira 982
Margarida Choupina 502, 671, 1401, 1413
Margarida Cruz 108, 908
Margarida Eulalio 1029
Margarida Eulálio 668
Margarida Fonseca 249, 1485
Margarida França 1361, 1434
Margarida Gonçalves 338
Margarida Gonçalves Vaquina 1292
Margarida Guiomar 755, 913, 1471, 1475, 1493
Margarida Jacinto 518, 657
Margarida L. Nascimento 1048
Margarida Lopes 225, 380, 744
Margarida Madeira 300
Margarida Mesquita Montes 638, 697, 734
Margarida Midões 1460
Margarida Midões Almeida 148, 196, 245, 460, 467, 724, 875, 1089, 1092
Margarida Miguel Paraíso 145, 235, 653, 1253
Margarida Monteiro 158, 279, 420, 582, 728, 822, 1026, 1066, 1068, 1146, 1148, 1152, 1368, 1514
Margarida Montes 584
Margarida Mota 182
Margarida Moura 666, 1344
Margarida Mourato 931, 1271
Margarida Mouro 380
Margarida Neto 429, 1338
Margarida Nunes 1098
Margarida Oliveira 269
Margarida Paraíso 155
Margarida Peixoto 104, 381, 1023, 1262, 1424, 1426, 1427
Margarida Pimentel Nunes 503
Margarida Portugal 979, 1419, 1494, 1504
Margarida Porutgal 756
Margarida Proenca 525, 1020, 1370
Margarida Proença 598, 1048
Margarida Rato 1529
Margarida Real Cruz 1292
Margarida Resendes 196, 352, 467, 724, 875, 1089, 1092
Margarida Ribeiro 134, 470, 528, 660, 1043, 1145
Margarida Robalo 403, 812
Margarida Rosado 301
Margarida Saavedra Oliveira 231
Margarida Silva 1530
Margarida Soares Resendes 1079
Margarida Soares Resendes Margarida Resendes 460
Margarida Sousa Carvalho 914
Margarida Vaz Lopes 755, 1219, 1221, 1222, 1493
Margariga Mourato 281
Maria Aguiar 319, 412, 554, 792, 1016, 1161, 1428, 1524
Maria Alexandra Martingo 350, 908
Maria Alexandra Martinho 444, 916
Maria Ana Cunha 384

- Maria Ana Flores 384, 1296
Maria Ana Sobral 505
Maria Augusta Cipriano 1315
Maria Aurora Duarte 268, 1160, 1266, 1512
Maria Beatriz Marques 152, 313
Maria Beatriz Sampaio 1234
Maria Beatriz Santos 1517
Maria Beatriz Vieira 724
Maria Brage 1211
Maria Carolina Carvalho 139, 152, 833
Maria Carolina Silva 127, 295, 459, 515, 648, 876, 1346
Maria Catarina Salvado 597, 802, 984
Maria Conceição Loureiro 655
Maria Da Luz Brazão 143, 337, 526, 531, 762
Maria De Fátima Almeida 167, 222
Maria De Fátima Pimenta 760
Maria De Jesus Banza 608
María Del Mar Barba Domínguez 838
Maria De Sá Pacheco 516, 629, 1121, 1354
Maria Dias Lopes 709, 955, 1297, 1392
Maria Do Céu Coelho 130, 810
Maria Do Rosário Ginga 1202, 1208
Maria Dos Anjos Teixeira 290
Maria Eduarda Carmo 976
Maria Eduarda Comenda 1498
Maria Eduarda Martins 1195
Maria Eduarda Moniz 137, 224, 443, 457, 585, 772
Maria Eugénia André 829, 885, 1278
Maria Fátima Grenho 190, 973
Maria Francisca Delerue 252, 448, 449
Maria Freitas Vieira 1201
Maria Guilherme Muchata 228, 381, 1017, 1023, 1130, 1335, 1426, 1427
Maria Helena F. Silva 914
Maria Helena Rocha 249
Maria Helena Silva 1453
Maria Homem Ferreira 204, 664, 1107
Maria Ines Candeias 1212
Maria Inês Candeias 597, 802, 984
Maria Inês Correia 110, 561
Maria Inês Matos 646, 1217, 1311
Maria Inês Pinto 560, 699
Maria Inês Risto 104, 228, 322, 343, 547, 669, 721, 783, 820, 859, 923, 942, 961, 1017, 1023, 1130, 1227, 1238, 1252, 1262, 1335, 1336, 1394, 1426, 1427, 1488, 1513
Maria Ines Rocha 1125
Maria Inês Silva 295, 804, 876
Maria Isabel Garcia 1196
Maria Isabel Mendonça 247
Maria Jesus Banza 318
Maria Jesus Valente 516, 1121
Maria Joana Alvarenga 977
Maria João Almeida 641, 692
Maria João Alves Pinto 323
Maria João Baldo 548
Maria João Baptista 190
Maria João Baptista 973
Maria João Barbosa 805, 806, 839, 846, 1047, 1420
Maria João Canotilho 1325
Maria João Cavaco 708
Maria João Correia 678
Maria João Costa 494
Maria João Costeira Pereira 888
Maria João Dantas 1330
Maria João Ferreira 598
Maria João Gomes 241
Maria João Lume 619
Maria João Oliveira 247, 791, 1285
Maria João Oura 376, 549, 817, 1253, 1288
Maria João Regadas 173, 180, 233, 497, 694, 1002, 1126, 1249, 1478
Maria João Vilela 500, 570, 728, 930, 1146, 1176
Maria José Goes 186
Maria José Grade 1416
Maria José Manata 933
Maria José Nabais 981
Maria José Pires 283, 816, 1069, 1112, 1137, 1309, 1363
Maria Leonor Neves 748, 799, 931, 1132, 1198, 1230, 1305, 1355
Maria Luísa Alvarenga 472, 811, 1013
Maria Luísa Olim 115, 1224
Maria Luis Mazedo 1093
Maria Luís Mazedo 259, 910
Maria Luís Santos 781
Maria Lume 388, 551, 704, 843, 1142
Maria Maia 151
Maria Manuel Costa 627, 905
Maria Manuel Pereira 328, 1119
Maria Margarida Andrade 204, 392, 539, 583, 664, 1096, 1099, 1107, 1329, 1510

- Maria Margarida Rosado 151, 537, 1295
Maria Meneses Rebelo 250, 356, 490, 501, 886, 1234, 1420, 1484
Maria Moniz 208
Maria Muchata 104
Mariana Abegão 314
Mariana Agapito Fonseca 684, 1006
Mariana Alves 150, 153, 154, 304, 787
Mariana Amaral Oliveira 1280
Mariana Andrade 309
Mariana Antão 413, 542, 640, 756, 911, 979, 1236, 1240, 1419, 1423, 1494, 1504
Mariana Azevedo 1189
Mariana Baptista 626, 735, 821, 823, 964
Mariana Belo Nobre 124, 162, 282, 623, 944, 1425
Mariana Bessa Quelhas 651, 777, 838, 940, 1342
Mariana Bettencourt 1219, 1221, 1222
Mariana Brandão 234
Mariana Cabral 1263
Mariana Câmara 214, 382, 538
Mariana Cerejo Silva 769
Mariana Certal 534
Mariana Costa 609, 1299, 1300
Mariana Damiao 902
Mariana Dores 150, 154, 787
Mariana Duarte Gomes 167
Mariana Esteves 938, 1265
Mariana Estrela 301, 432
Mariana Estrela Santos 502, 1065, 1454
Mariana Farinha 603, 1060
Mariana Fernandes 614, 617, 689, 770, 1109
Mariana Fidalgo 276, 362, 432, 502
Mariana Figueiras 413, 542, 1419, 1423, 1494
Mariana Formigo 236, 726
Mariana Gaspar 218, 568, 878, 1171
Mariana Guerra 1064
Mariana Hipólito Reis 288, 712
Mariana Isabel Santiago 425
Mariana Jeremias Macedo 103, 601, 1267, 1532
Mariana Laranjeira 877, 1293
Mariana Lessa Simões 284, 928, 962, 1535
Mariana Lobo 579, 581, 1226, 1253, 1491
Mariana Lobo Oliveira 496, 653, 705, 978
Mariana Machado 132
Mariana Magalhães 766, 866
Mariana Maia 590, 745, 1195, 1462
Mariana Marques 314, 567, 1024, 1243, 1431, 1518
Mariana Martinho 444, 916
Mariana Martins 454
Mariana Matos 249, 646, 1217, 1311
Mariana Meireles 797
Mariana Moreira Azevedo 1283
Mariana Moura Portugal 473, 488
Mariana Nobre 123, 308, 975, 1371
Mariana Nunes 133, 280, 718
Mariana Oliveira 314
Mariana Pereira Silva 404, 732
Mariana Pintalhão 1001, 1263
Mariana Popovici 536, 1482
Mariana P. Santos 752
Mariana Ribeiro Gonçalves 599, 1015
Mariana Rocha 1528
Mariana Rodrigues 791
Mariana Sant'ana 1045
Mariana Santana 837
Mariana Santos Silva 1091, 1274
Mariana S. Câmara 286, 1111
Mariana Seco 254, 269
Mariana Silva 110, 218, 509, 568, 871, 878, 1171, 1533
Mariana Silva De Sousa 161, 246, 819, 1000, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390
Mariana Simão De Magalhães 1200, 1284
Mariana Simão Magalhães 580, 741, 987, 988, 1052, 1168, 1190, 1456
Mariana Simões 696
Mariana Sousa 563, 649, 723, 814, 1029, 1081, 1165, 1366, 1384, 1444
Mariana S. R. Costa 298, 1050, 1480
Mariana Teixeira 1413
Mariana Vieira 567
Marian Holgado 147
Mariano Pacheco 107, 1439
Maria Olim 1155
Maria Pacheco 544, 1100, 1228, 1452
Maria Pires 903
Maria Quaresma 314
Maria Rebelo 128, 251, 606, 1303, 1319, 1334, 1499
Maria Rosa Ferreira 862
Maria Rui Gomes 595

- Maria Soares 1241
Maria Teresa Marques 757
Maria Valente 361
Maria Vilela 332, 900, 1252, 1258
Mariela Rodrigues 1229
Marília Fernandes 293
Marília Rocha 818
Marília Santos Silva 826, 1164
Marina Alves 174, 566, 645, 740, 761, 1378
Marina Fernandes 1063
Marina Gonçalves 652, 705
Marina Mendes 952
Marina Oliveira 107, 666
Marina Pereira 314
Marina Rodrigues 247
Marinha Silva 1397
Mário Amaro 252
Mário Barbosa 194
Mário Bibi 1289
Mário Esteves 159, 192, 225, 303, 349, 439, 462, 498, 530, 635, 650, 744, 779, 857, 883, 934, 1058, 1106, 1115, 1403
Mario Ferreira 1046
Mário Ferreira 795
Mário Fontoura 837
Mário Gil Fontoura 670
Mário Guilherme Jesus 735
Mário Rodrigues 759, 1166
Mario Rui 1147
Mário Rui 1022, 1025
Marisa Rocha 879
Marisa Teixeira Silva 1309, 1363
Marisol Guerra 257, 701
Marlene Cabral 1482
Marlene Louro 516, 1121
Marli Ferreira 737
Marta Almada 1330
Marta Almeida 1293, 1313
Marta Amaro 206
Marta Anastacio 605, 1467
Marta Anastácio 289, 325, 409, 470, 523, 528, 577, 695, 976, 1010, 1043
Marta Azevedo 1094
Marta Azevedo Ferreira 688
Marta Baião 1096, 1353
Marta Baptista 781
Marta Barrigas 938, 1314
Marta Bastos 964, 1464
Marta Batista 565
Marta Batoca Sousa 191, 329, 546, 691, 715, 898, 1251, 1364
Marta Botelho De Sousa 710
Marta Botelho Sousa 285
Marta Braga 642, 801, 1273, 1279
Marta Braga Martins 174, 566, 740, 761, 1378
Marta Carinhas 314, 685, 1343, 1356, 1495, 1502
Marta Carreira 249
Marta Carvalho 218, 878
Marta Costa 887
Marta Cunha 1477
Marta Dalila Martins 1274
Marta Eusébio 979
Marta F.Costa 842
Marta Fernandes 310, 1255
Marta Ferreira 481, 943
Marta Ferreira Da Costa 948, 1270
Marta Figueiredo 593, 750, 1187
Marta Freixa 509, 871
Marta Gomes 257
Marta Lisboa 138, 564, 736, 1465
Marta Lopes 748
Marta Magno 1446
Marta Maria Seladas 803
Marta Marques 810
Marta Matos Pereira 242, 529, 572, 1180
Marta Mello Vieira 839
Marta Mendes 466, 1117, 1119, 1122, 1233
Marta Moitinho 1167
Marta Morgado 784
Marta Mugeiro 1295
Marta Nunes 735, 821
Marta Oliveira 312
Marta Oliveira Ferreira 934
Marta Orantos 374, 1487
Marta Patacho 145, 393, 555, 646, 1217, 1311
Marta Pinheiro 1406
Marta Rocha 116
Marta Rodriguez 323
Marta Sanches 503, 1098, 1254
Marta Seladas 111, 683
Marta Soares Carreira 1461
Marta Sousa 398, 623

- Marta Teixeira Almeida 605
Marta Teixeira De Almeida 1396
Marta Teodoro 943
Marta Valentim 388, 445, 551, 619, 704, 843, 1142
Marta Vaz De Matos 1511
Marta Vaz Matos 342
Martim Bastos 609, 1299, 1300
Martim Henriques 1485
Martinha Vale 401, 403, 812, 1301, 1302
Martinho Fernandes 142, 183, 685, 865, 972, 1027, 1097, 1202, 1208, 1268, 1272, 1321, 1343, 1356, 1393, 1495, 1502, 1534
Matide Ferreira 457
Matilde Almeida 970
Matilde Coimbra 139, 313
Matilde Couto 771, 853, 1243, 1431, 1518
Matilde Ferreira 464, 465, 585
Matilde Gonçalves 1298
Matilde Monteiro 1445
Matilde Porto 971
Matilde Ramos Gonçalves 377
Matilde Vieira Ferreira 137, 224, 443, 588, 1140, 1223
Matilde Vilela 1059
Mauro Fernandes 772
Mauro Gomes Marques 725, 1287, 1446
Mauro Marques 314
Mauro Moreira 203, 815, 1349
Melanie Ferreira 484, 622
Mério Esteves 659
Micaela Manuel 271, 364, 1045, 1201
Micaela Nunes Sousa 872, 997, 1520
Micaela Sousa 314, 1538
Micael Pompermayer 278, 829, 885
Michele Tomazini 660
Michel Mendes 1022, 1025, 1147
Miguel Abecassis 1370
Miguel Achega 931, 1271
Miguel Afonso Filipe 801
Miguel Ângelo Sousa 182, 312, 362, 421, 569, 719, 1204, 1218, 1231, 1358, 1362, 1421, 1454, 1463
Miguel Ardérius 363, 366, 1332
Miguel Carias 593, 1187
Miguel Carrilho 123, 124, 162, 282, 308, 563, 623, 944, 1371, 1382, 1425
Miguel Casimiro 286
Miguel Cruz 894
Miguel Dias 818
Miguel Fidalgo 125, 837, 1155
Miguel F. Martins 140
Miguel Golão 678, 1398, 1485
Miguel Gonçalves 544, 1228, 1250, 1447, 1452
Miguel Gonzalez Santos 1446
Miguel João Pinheiro 419
Miguel Lázaro Mendes 130, 810
Miguel Loureiro Guimarães 146
Miguel Magalhães 382
Miguel Martins 868, 878, 1493
Miguel Monteiro 127, 1346
Miguel Neno 519
Miguel Nunes 218, 1171
Miguel Oliveira 314, 441, 666, 879, 920, 1120, 1344, 1352, 1391
Miguel Pernetta Santos 412, 554, 792
Miguel Pinheiro 140
Miguel Reis Costa 673, 1488
Miguel Ricardo 891
Miguel Rodrigues 156, 448
Miguel Saianda Duarte 747
Miguel Santos 680, 844
Miguel Schön 1000
Miguel Sequeira 889
Miguel Silva Cruz 271, 364, 627, 628
Miguel Simões Rodrigues 449
Miguel Sousa Leite 186, 251
Miguel Veloso 1528
Mikael Xufre 625, 1295
Milda Saldanha 1206, 1306, 1438, 1458
Milton Rosa 903, 1069, 1137, 1219, 1221, 1222
Miriam Capelo 143, 531, 762
Miriam Cimbron 482, 621
Mónica Almeida 862
Mónica Amado 452, 870, 1360
Mónica Baptista Lopes 139
Mónica Brinquinho 115, 670
Mónica Caldeira 309
Mónica Côte-Real 215, 1307
Mónica Dias 173
Mónica Dinis Mesquita 734, 1036
Mónica Eusébio 321
Mónica Ferro Da Silva 106, 389, 535, 687, 746

- Monica Godinho 1114
Mónica Jardim 277, 314, 337, 526, 742, 854, 1021
Mónica Mata 904
Monica Reis 771
Mónica Reis 853
Mónica Silva 157, 472, 1272
Monica Spencer 451, 1124
Mónica Spencer Pereira 716, 809, 1153, 1377
Monica Teixeira 837
Mónica Teixeira 670, 1155
Monique Alves 314, 323, 633, 956, 996, 1192, 1211, 1264, 1465
M. Teresa Santos 175
Mykhailo Iashchuk 1050
Nadeja Potlog 147
Nadia Fernandes 112
Nádia Santos 608
Nadine Almeida 310, 524, 894, 1501
Nadine Amaral 414, 776, 1136, 1391
Narciso Oliveira 173, 500, 504, 930, 1176, 1412
Natacha Amaral 1120
Natacha Medeiros 674, 1411
Natália André 708
Natalia Buruian 388, 551, 619, 704, 843, 1142
Natália Fernandes 410, 703, 845, 1127, 1357, 1359
Natália Lopes 353, 672
Natália Marchão 117
Natalia Marto 525, 1020, 1370
Nataliya Polishchuk 1184, 1185
Natércia Silvestre 829
Nathalie Guerrero 1525
Nathalie Guerrero Camilo 1012
Nayive Gomez 304, 732, 782
Nayive Gómez 1332
Nazar Ilchyshyn 252
Nelson Barros 482, 621
Nelson Cardoso 560, 699, 701, 1348
Nereida Monteiro 375, 698
Nicole Foreman 260, 1033
Nidia Calado 423, 896
Nídia Oliveira 314, 1129
Nidia Pereira 1407
Nídia Pereira 681, 826, 1105, 1275
Nina Boer 305, 574
Nina Jancar 248, 284, 696, 941, 950, 1247, 1536
Nuno A.C.P. Silva 147
Nuno Amorim 474, 690, 1229, 1244
Nuno André De Sousa 1193, 1429, 1430
Nuno Bernardino Vieira 314, 537, 1295
Nuno Carvalho 727
Nuno Cerejeira 105, 430, 431, 1143, 1365, 1411
Nuno David Pardal 165
Nuno Delgado 1250
Nuno Faria 121, 416, 1156, 1158, 1323
Nuno Ferreira 190, 483, 973
Nuno Ferreira Monteiro 170, 394, 576, 967, 1350
Nuno Figueiredo 177
Nuno Fontes 314
Nuno Germano 490
Nuno Lousada 246, 819, 1011
Nuno Magalhães 150, 154, 304, 787, 1162
Nuno Maia Das Neves 1048
Nuno Manso 434
Nuno Mateus 633
Nuno Melo 354, 555
Nuno Mendes Piedade 496
Nuno Miguel Pereira 1050
Nuno Monteiro 624, 662, 889, 1220, 1449, 1455
Nuno Neves 798, 1304
Nuno Pardal 184, 329, 546, 673, 682, 691, 738, 855, 898, 1251, 1364, 1442, 1443, 1488
Nuno Reis Carreira 283, 559, 816, 968, 991, 1112, 1137, 1309, 1363
Nuno Silva 899
Nuno Vieira 637, 834, 999, 1053
Núria Condé Pinto 199, 225, 1123, 1450
Núria Paulo 652
Octávia Costa 222
Odete Duarte 238, 347, 348, 471, 702, 912
Olga Capontes 454, 1372
Olga Pires 173, 180, 497, 1002, 1126, 1249, 1478
Olga Sousa 877
Olinda Caetano 1026, 1148, 1368, 1514
Olinda Lima Miranda 1403
Olinda Miranda 439, 498, 1115
Olívia Cardoso 280, 938
Orlando Pedro 118, 430

- Otília Simões 252
Patric Howell Monteiro 913
Patrícia Afonso Mendes 358
Patrícia Albuquerque 901, 1071, 1441
Patrícia Alves 402, 1294
Patrícia Aranha 1352
Patrícia Araújo 1227
Patrícia Araújo 322, 444, 521, 669, 775, 820, 916, 923, 942, 961, 1238, 1252, 1336, 1394, 1513
Patrícia Bernardes 1078
Patrícia Brito 591
Patrícia Carneiro 1338
Patrícia Carvalho 341, 428, 892
Patrícia Cipriano 392, 539, 1099, 1329
Patrícia Clara 160
Patrícia Cláudio Ferreira 158, 279, 582, 728, 822, 1152, 1514
Patrícia Coelho 104, 381
Patrícia Dias 499, 596, 600, 751, 955
Patrícia Fernandes 314, 608
Patrícia Ferraz 257, 701, 1348
Patrícia Ferreira 420, 685, 1146, 1343, 1356, 1495, 1502
Patrícia Gomes 629, 1250
Patrícia Gomes Pereira 725, 1287
Patrícia Gomes Santos 129
Patrícia Howell Monteiro 357, 661, 796, 939, 1118, 1475, 1493
Patrícia Lima 477, 969, 970, 1103
Patrícia Lourenço 249, 786
Patrícia Mendes 730
Patrícia Moniz 1073
Patrícia Moreira 644
Patrícia Neves 171, 237, 367, 506, 752, 1050, 1203, 1508
Patrícia Paiva De Almeida 914
Patrícia Pereirinha 818
Patrícia Ramos Dos Santos 344, 863, 1537
Patrícia Ramos Dos Santos 448, 449
Patrícia Ramos Santos 252
Patrícia Ribeiro 692
Patrícia Romão 610
Patrícia Santos 164, 924, 993, 1175
Patrícia Santos 316, 417, 1055, 1177
Patrícia Santos Sequeira 937
Patrícia Serpa Soares 451
Patrícia Silva 688, 1452
Patrícia Silva 481, 544
Patrícia Simões 422, 647, 1088
Patrícia Sobrosa 1017, 1227
Patrícia Sobrosa 104, 228, 321, 322, 381, 669, 721, 820, 917, 923, 942, 961, 1023, 1130, 1189, 1238, 1252, 1335, 1336, 1394, 1424, 1426, 1427, 1513
Patrícia Sôra Sobrosa 898, 1488
Patrícia Tenreiro 831, 890, 1144, 1194
Patrícia Tenreiro 1005, 1100, 1205, 1470
Patrícia Tinoco Araújo 343, 783, 859, 1262
Patrícia Trindade 357
Patrícia Van Beveren 339
Patrícia Vaz Conde 948, 1270
Patrícia Vaz Conde 842, 887
Patrícia Vieito 367
Patrício Aguiar 141, 284, 351, 400, 433, 541, 696, 1159
Patrício Freitas 454
Paula Alcântara 306
Paula Brandão 375, 698, 1473, 1483
Paula Cerqueira 242, 375, 529, 698, 1213, 1496
Paula Costa 776, 1136, 1139, 1391
Paula Cunha 610
Paula Ferreira 719
Paula F. Matias 239
Paula Fonseca 839
Paula Janeira 519
Paula Matias 652, 936, 1033, 1257
Paula Mesquita 273, 275, 668, 904, 1044, 1333
Paula Nascimento 140, 374, 1487
Paula Neves 831, 1194
Paula Nogueira 1012, 1246, 1525
Paula Paiva 829, 885
Paula Pestana 1024
Paula Pinto 963
Paula Raimundo 708
Paula Teixeira Pinto 395
Paulina Mariano 1278
Paulo Alano 305, 574, 932, 1246, 1312, 1466
Paulo Almeida 155, 235, 1253, 1461
Paulo Ávila 1517
Paulo Bandeira 779
Paulo Bernardo 538
Paulo Cardoso 1324
Paulo Carrola 199, 697, 1123, 1450

Paulo Castro 638, 1225, 1265
Paulo Conceição 1031, 1037, 1038, 1050
Paulo Costa 885
Paulo Ferreira 1050
Paulo Gouveia 174, 403, 416, 566, 740, 761,
1156, 1158, 1378
Paulo Jorge O. Ferreira 712
Paulo Mergulhão 1241
Paulo Paiva 334, 370, 506, 830, 893, 1203
Paulo Paixão 798
Paulo Pinho E Costa 442
Paulo Reinho 187, 636, 663, 800, 873
Paulo Rodrigues 943, 1202, 1435
Paulo Simão 361, 700, 701, 1209, 1459, 1515
Pedro Azevedo 795
Pedro Agostinho 1339
Pedro Almeida 257, 534
Pedro Alves 1324
Pedro Amaro 500
Pedro Andrade 118
Pedro Avelar 486, 708, 985, 1399, 1474,
1486, 1492
Pedro Azevedo 193, 711, 1046, 1433
Pedro Barros 1528
Pedro Beirão 302
Pedro Benjamim 150, 153, 154, 787
Pedro Caiano Gil 338
Pedro Carlos 1250
Pedro Carreira 360, 429, 1338
Pedro Correia Azevedo 1067
Pedro Costa 451, 716, 809, 1124, 1153, 1377
Pedro Crespo 1255
Pedro Da Terra Pinto 696
Pedro Da Torre Pinto 141, 284, 351, 400, 433,
541, 1159
Pedro Dias Lopes 428
Pedro Dinis Avelar 1322
Pedro Duarte Mesquita 597, 802, 984, 1212
Pedro Fernandes Moura 1308
Pedro Fialho 831, 890, 1005, 1194, 1205,
1470
Pedro Figueiredo 1398
Pedro Filipe Mesquita 1422
Pedro Frazão 678
Pedro Freitas 360, 454, 1372
Pedro Gabriel Almeida 1120
Pedro Gaspar 139, 989
Pedro Guerreiro 402
Pedro Laranjo 106, 389, 687
Pedro Leite Vieira 793
Pedro Lisboa 235
Pedro Lisboa Gonçalves 653
Pedro Lopes 352, 868, 1457, 1460
Pedro Lupi 409
Pedro Macedo Neves 530
Pedro Magalhães 294
Pedro Manuel Oliveira 219
Pedro Mateus 198, 266, 598, 1472, 1476
Pedro Matos Antunes 842, 887
Pedro Medeiros 693
Pedro Mendonça 979
Pedro Mesquita 642, 801, 1273, 1279
Pedro Miranda 1503
Pedro Moraes Sarmento 598, 798
Pedro Morais Sarmento 1048
Pedro Moules 880, 1396
Pedro Neves 883, 1308
Pedro Neves Tavares 725, 1446
Pedro Oliveira 220, 461, 671
Pedro Pinto 861
Pedro Pires Mesquita 174, 566, 740, 761,
1378
Pedro Póvoa 1073
Pedro Rebodero 1012
Pedro Reboredo 487, 1525
Pedro Reisenberger 1398
Pedro Reis Santos 987
Pedro Ribeiro 729
Pedro Rodrigues 349, 653, 1215
Pedro Santos 483, 760
Pedro Silva 1426
Pedro Silva Rodrigues 453, 953
Pedro Simões 314, 1414
Pedro Tavares 386
Pedro Teixeira Vaz 1292
Pedro Ventura 890, 1144, 1205
Penelope Almeida 115, 271
Penélope Almeida 612
Pestana Ferreira 813
Pilar Barbeito 1340
Plácido Gomes 608
P Ricardo Pereira 828, 1367
P. Ricardo Pereira 175
Prof.ª Lèlita Santos 1083
Professora Candida Fonseca 270, 695
Prof. Joana Pimenta 108

- Rachel Silvério 1255
Rafaela Lopes Freitas 1105, 1331
Rafaela Pereira 305, 957
Rafaela Ribeiro 522, 1337
Rafaela Verissimo 794
Rafaela Veríssimo 626
Rafael De Lima Terceiro 1149, 1150
Rafael Figueiredo 354
Rafael Freitas 309, 375, 698, 1123, 1450
Rafael Freitas Lopes 1213
Rafael Jesus 1022, 1025, 1147
Rafael Lopes Freitas 199, 1496
Rafael Marques 726
Rafael Oliveira 580, 741, 766, 866, 988, 1052, 1168, 1190
Rafael Pinheiro Ramos 612, 627, 628, 1224
Rafael Ramos 364, 524, 905
Rafael Sá E Silva 342
Rafael Terceiro 229, 317, 405, 476
Rafael Viana 593, 750, 1187
Ramiro Sá Lopes 1419
Raquel Afonso 758, 966, 1233, 1261
Raquel Almeida 1254
Raquel Alves Barreira 713
Raquel Azevedo 401, 403, 812, 1301, 1302
Raquel Barreira 432, 823, 927, 1432, 1500
Raquel Batista 418
Raquel Borrego 1467
Raquel Boto 283
Raquel Calisto 232, 656
Raquel Chorão 278
Raquel Costa 375
Raquel Costeira 482, 621
Raquel Cruz 590, 745, 1462
Raquel Dias 509, 871
Raquel Dias Moura 199, 1065, 1450, 1454, 1464, 1528
Raquel Diogo 513
Raquel Domingos 436
Raquel Faria 147, 290
Raquel Figueiredo 314, 831, 1194, 1205
Raquel Flores 505, 667, 757, 1396
Raquel Gonçalves 374, 1487
Raquel Gouveia 382
Raquel Lorenço Martins 697
Raquel Lourenço Martins 638, 1225, 1265
Raquel Mendes Boto 991, 1112, 1309
Raquel Moniz 323, 633, 956, 996, 1192, 1211, 1264, 1465
Raquel Moreira Cruz 1195
Raquel Mota Garcia 1155
Raquel Moura 299, 301, 502, 671, 1123
Raquel M. Vieira 273, 1333
Raquel Oliveira 346, 590, 1462
Raquel Pereira 1050
Raquel Pinto 933
Raquel Rocha 231
Raquel Santiago Alonso 221
Raquel Saraiva Figueiredo 1210, 1470
Raquel Soares 357, 913, 939, 1118, 1475
Raquel Tavares 926, 943, 1202, 1435
Raquel Vieira 109, 189, 275, 904, 1044, 1104, 1286
Regina Costa 101, 450, 620, 951, 1083, 1178
Renata Martinho 536
Renata Monteiro 1293
Renata Ribeiro 313
Renata Silva 510
Renata Violante Silva 335
Renato Gonçalves 314, 516, 544, 629, 1121, 1228, 1354, 1447, 1452
Renato Guerreiro 136
Renato Maia Nogueira 303
Renato Saraiva 227, 386, 406, 557, 578, 608, 725, 870, 897, 1139, 1141, 1287, 1375, 1446
Renzo Mozzer 838
Renzo Venturin Mozzer 651, 777
Ricardina Macedo 230, 1026, 1148, 1368
Ricardo Alberto 1448
Ricardo Almendra 584, 1022, 1025, 1147
Ricardo Ascensão 314, 468, 982
Ricardo Ferreira 1327
Ricardo Fontes Carvalho 877, 1293
Ricardo Lavajo 889
Ricardo Manuel Pereira 1283
Ricardo Marinho 1050
Ricardo Martins-Ascencao 227, 274, 386, 557
Ricardo Meireles 203, 815, 1349
Ricardo Miguel Ferreira Da Costa 948, 1270
Ricardo Mortágua Velho 469, 604, 780, 901, 1441
Ricardo Paquete Oliveira 152, 833, 1207
Ricardo Pereira 215, 431, 826, 1307, 1365
Ricardo Raposo 314, 414, 666, 776, 879, 1056, 1120, 1344, 1352, 1373, 1391

- Ricardo Silva Ferreira 201, 658
Ricardo Veiga 314, 438, 527, 706, 1188
Ricardo Velho 339, 1071
Ricardo Veloso 690, 1229, 1244
Rita Abril 507
Rita Albergaria 314, 666, 879, 1056, 1120, 1344, 1373
Rita Amorim E Costa 1395, 1407
Rita Azevedo Menezes 219, 1422
Rita Barbosa Sousa 977
Rita Bernardino 320, 407, 655, 743
Rita Bragança 314, 697
Rita Calixto 268, 1160, 1266, 1512
Rita Cardoso 206
Rita Carvalho 136
Rita Costa 287, 627, 1105, 1224
Rita Coutinho 222, 290
Rita Da Silva Vieira 710
Rita Diz 314, 1538
Rita Domingo 1012
Rita Domingos 487, 932, 1466, 1525
Rita Elvas 544, 1447, 1452
Rita Figueira 485, 649, 814, 1029, 1384
Rita Figueiró 402, 632
Rita Gameiro 805, 806, 839, 1047
Rita Gano 363, 366, 782, 856, 1332
Rita Gonçalves Pinto 174, 566, 642, 740, 761, 801, 1273, 1279, 1378
Rita Gouveia 249, 1257
Rita Jesus 1059
Rita Leirião 711, 1067
Rita Lizardo Grácio 725, 1287, 1446
Rita Maciel 1030
Rita Magalhães 372, 534, 584
Rita Marinheiro 1078
Rita Marques 1448
Rita Matos 122, 163, 233, 807, 1239
Rita Matos Sousa 122, 173, 233, 272, 694, 929, 1126, 1328
Rita Mendes 144
Rita Menezes Azevedo 220, 461, 520, 713, 1173, 1186, 1285, 1402
Rita Mota 721, 917
Rita Neto 214
Rita Novera De Sousa 314, 656, 1289, 1395
Rita Oliveira 1024
Rita Oliveira Silva 1228
Rita Palma Féria 880, 926
Rita Penaforte 258, 281, 799, 931, 1170, 1271
Rita Pera 463, 592, 1182
Rita Pereira Neto 1111
Rita Pimenta 1101
Rita Pinto Araújo 670
Rita Pinto Ribeiro 158, 420, 582
Rita Pocinho 1075
Rita Pratas 909
Rita Queirós 335, 510
Rita Quelhas Costa 115, 670
Rita Raimundo 1022, 1025, 1147
Rita Rato 278, 829, 885
Rita Rego 1038
Rita Rei Neto 520, 1173
Rita Reis Correia 607
Rita Relvas 170, 394, 576, 967, 1350
Rita Ribeirinho 518, 657
Rita Ribeiro 382, 728, 822, 1304, 1514
Rita Ribeiro Pinto 279, 1152
Rita Rita Fernandes 487
Rita Rosado Sobral 583
Rita Sárria 269, 1275
Rita Serejo Portugal 914
Rita Sevivas 217, 297, 915, 925, 935, 945, 946, 947, 992, 1072, 1108, 1248, 1320, 1340, 1414, 1417
Rita Silva 734
Rita Silva Vireira 285
Rita Soares Costa 365, 612, 1030
Rita Sousa 163, 180, 497, 807, 1002, 1249, 1478
Rita Sousa Figueira 974
Rita S. Ribeiro 1111
Rita S. Xavier 303
Rita S.Xavier 439
Rita Tavares Fernandes 385
Rita Tenreiro 257, 560, 701
Rita Tinoco 410, 553, 703, 845, 1127, 1351, 1357, 1359
Rita Tinoco Magalhães 204, 207, 392, 394, 539, 576, 583, 773, 882, 1009, 1099, 1107, 1110, 1329
Rita Valadas 204, 392, 539, 583, 1099, 1107, 1329
Rita Vieira Silva 398
Rita Vilar Da Mota 191, 329, 546, 691, 898, 1024, 1251, 1364

- Rita Vilar Mota 184, 673, 682, 855, 1442, 1443, 1488
- Rita Xavier 159, 314, 659, 883, 888
- Robert Badura 384, 1296
- Roberto Palma Dos Reis 247, 791, 819
- Roberto P. Silva 723
- Rodolfo Almeida 957, 1324
- Rodolfo Gomes 1524
- Rodolfo Leite Arantes 1015
- Rodolfo Silva 1468
- Rodolfo Virissimo Gomes 464
- Rodrigo Andrade 399, 872, 997, 1520
- Rodrigo Brandão 876
- Rodrigo Duarte 645, 667
- Rodrigo Meneses Monteiro 288
- Rodrigo Morgado 472, 811, 1013
- Rodrigo Neves Brandão 127, 295, 459, 648, 1346
- Rodrigo Rufino 685, 1495, 1502
- Rogério Corga Silva 738
- Rogério Silva 165
- Romana Fagundes 294, 595
- Roman Khomynets 306, 975
- Romeu Pires 734, 1036, 1267
- Rosa Amorim 408, 486, 708, 1200, 1284, 1322, 1339, 1399
- Rosa Carvalho 173, 180, 497, 1002, 1126, 1249, 1478
- Rosa Castro Ribeiro 1480
- Rosa Ferreira 158, 230, 1026, 1148, 1152, 1368, 1514
- Rosa Margarida Cardoso 188, 326
- Rosa Ribeiro 506
- Rosário Araújo 158, 279, 420, 582, 728, 822, 1026, 1148, 1152, 1368, 1514
- Rosario Blanco 957
- Rosario Blanco Sáez 305, 574, 1312
- Rosario Calado 983
- Rosário Calado 205, 840
- Rosário Eça 111, 586, 846
- Rosário Ginga 142, 1321, 1393
- Rosa Sá 504, 1412
- Rosélia Lima 294, 626, 821, 964
- Roxane Van Hauwaert 1059
- Rozeane Oliveira 1209, 1459
- Rozeane Santiago 361, 700, 701
- Rúben Costa 393, 641
- Ruben Rego Salgueiro 1144, 1374
- Rúben Rêgo Salgueiro 890
- Rúben Reis 1272
- Ruben Salgueiro 1100
- Rúben Silva Costa 1150
- Rubina Miranda 119, 255
- Rui Alves 270
- Rui Antunes Coelho 757
- Rui Baptista 524
- Rui Barros 1040
- Rui Carneiro 615
- Rui Coelho 737, 1050, 1078
- Rui Costa Martins 312
- Rui Cruz Ferreira 754
- Rui Dias 1523
- Rui Domingues 163, 807, 929
- Rui Duarte De Azevedo 259, 874, 1469, 1522
- Rui Escaleira 568, 878, 1171
- Rui Fernandes 110, 119, 247, 255, 319, 337, 526, 561, 791, 847
- Rui Files Flores 193, 1433
- Rui Filipe 278
- Rui Gomes 484, 852, 1398
- Rui Isidoro 829, 885
- Rui Jorge Silva 185, 202, 643, 665, 850, 918, 995, 1019, 1086, 1133, 1134, 1135, 1383, 1404, 1405
- Rui Lemos 1458
- Rui Malheiro 586
- Rui Marques 851
- Rui Marques Costa 598
- Rui M. Costa 1048
- Rui Miguel Gomes 1516
- Rui Moço 1074
- Rui Nogueira 117
- Rui Nunes 336
- Rui Osório Valente 1498
- Rui Pancas 102, 632
- Rui Parente 278, 314, 829, 885
- Rui Pedro Ribeiro 249, 292, 1530
- Rui Pina 358, 631
- Rui Ribeiro 1050
- Rui Rua Coelho 342, 370, 830, 906, 994
- Rui Salvador 108, 182, 362, 421, 569, 719, 823, 1204, 1218, 1231, 1358, 1362, 1421, 1454, 1463
- Rui Seixas 115, 1045
- Rui Silva 981
- Rui Suzano 690

- Rute Alves 290
Rute Caçola 1402
Rute Cruz 373, 1062
Rute Gomes 835
Rute Martins 1408
Rute Saleiro 893
Rute Sousa Maertins 994
Rute Sousa Martins 367, 370, 506, 830, 906, 1050
Ruth Feio 1292
Ryan Costa Silva 123, 124, 162, 282, 563, 944, 1369
Sabina Azevedo 375
Sabina Belchior 698
Sabina Belchior Azevedo 242, 529, 861, 1213, 1496
Salomão Fernandes 1435
Salomé Marques 1506, 1509
Salvato Feijó 383
Samba Baldé 1415
Samuel Marques 366
Sandra António 422, 647, 1400
Sandra Baptista 605, 711
Sandra Cunha 406, 608, 870
Sandra D. Rebelo 634
Sandra Gouveia 1056, 1120, 1373
Sandra Martins 579, 581
Sandra Moreira 862
Sandra Oliveira Mendes 181, 232
Sandra Santos 339
Sandra Sepúlveda 716, 809, 1153, 1377
Sandra Sousa 652, 936, 1257
Sandra Suescún Sepúlveda 451
Sandra Tavares 938
Sandra Yaneth Sepúlveda 1124
Sandrina Machado 519
Sara Abreu 519
Sara Begonha 516, 1121
Sara Bravo 109, 189, 275, 1044, 1104, 1286
Sara Camões 118, 514
Sara Campos 537, 637, 834, 999, 1053
Sara Carvalho 1105
Sara Correia 246
Sara Dias 293, 710, 1420
Sara Durães 226, 797, 1506
Sara Fernandes Silva 781
Sara Flores Regalo 558
Sara Fontainhas 603
Sara Frazão De Brito 378, 517, 1172
Sara Freire 204, 664, 1096, 1107, 1510
Sara Freitas 781
Sara Gomes 143, 167, 277, 314, 526, 531, 762
Sara Gonçalves 300, 757
Sara Helena Amaro Lopes 1461
Sara Henriques 120, 146, 220, 461, 1464
Sara Joana Faria 261, 869, 1060, 1519
Sara Jonás Llaurado 221
Sara Leitão 135, 341, 428
Sara Lima 1022, 1025, 1147
Sara Lino 933
Sara Magalhães 933
Sara Maia Barbosa 645, 1075
Sara Marques 163, 332, 570, 807, 900, 929, 1258
Sara Marques Silva 779
Sara Montezinho 726
Sara Morais 298
Sara Moreira Dias 285
Sara Moutinho-Pereira 1074
Sara M. Rocha 367, 370, 506, 830, 906, 994
Sara Neves Carvalho 1407
Sara Nunes Gomes 119, 255, 337, 454
Sara P. Bravo 668, 1333
Sara Pereira 375, 659, 883, 934, 1213, 1496
Sara Pereira Henriques 219, 350, 713, 794, 1173, 1186, 1402, 1422, 1432
Sara Pinto 745
Sara Ramalho 213
Sara Raquel Martins 891, 1242
Sara Remelhe Sá 986, 998, 1182
Sara Ribeiro 595
Sara Rocha 1094
Sara Sá 463, 592
Sara Salema Travassos 307, 379, 556, 749, 921, 989, 1080, 1181, 1380, 1507
Sara Santos Gomes 494, 1151
Sara Sarmiento 404, 509, 732, 871, 1317, 1533
Sara Silva 1403
Sara Silva Pereira 242, 529, 572, 1180
Sara Soares Costa 426, 431
Sara Sousa Carvalho 451
Sara Sousa Rodrigues 444, 916
Sara Tavares 490
Sara Tereso 1490

- Sara Vale Araújo 1395
Sara Varanda 222
Sara Vasconcelos 236, 365, 726, 905
Sara Velho Meirinhos 384, 385
Sara Viana 108
Sara Xavier Pires 893
Selmira Faraldo 242, 529
Sergey Zagidulin 129
Sérgio Azevedo 340, 418, 602, 858, 1018, 1415, 1453, 1521, 1526
Sérgio Baptista 1472, 1476
Sérgio Borges 486, 708, 1399, 1474, 1486, 1492
Sérgio Cabaço 320, 407, 655, 743, 933, 1154
Sergio Costa Monteiro 109
Sérgio Costa Monteiro 189, 245, 275, 1044, 1286
Sérgio Dias Janeiro 1167
Sérgio Duarte Da Costa 425
Sérgio Ferreira Cristina 664, 1085
Sérgio Lascasas 1024
Sérgio Lemos 441, 920
Sérgio Madureira 249, 314, 646
Sérgio Monteiro 196, 467, 875, 1045, 1104, 1333, 1444
Sérgio Paulo 384, 1296
Sergio Rivero Santana 221
Severina Lafuente 121, 416, 1158, 1239, 1323
Sheila Pires Ferreira 888
Sílvia Ferreira 1105
Sílvia Ferreira De Oliveira 349, 439, 857, 1106, 1115
Sílvia Nunes 166
Sílvia Oliveira 659
Sílvia Oliveira 303, 650
Sílvia Santos 212
Simão Carvalho 868
Socrates Vargas Naranjo 777
Sofia Afonso 701
Sofia Almada 119, 143, 255, 277, 337, 526, 531, 762
Sofia Amálio 208, 763
Sofia Andraz 979, 1419
Sofia Borges 247, 791
Sofia Calaça 489, 1418
Sofia Camões 345, 810, 835
Sofia Caridade 185, 202, 643, 665, 850, 918, 995, 1019, 1086, 1133, 1134, 1135, 1383, 1404, 1405
Sofia Carvalho 1232
Sofia Cruz 314
Sofia Cunha Teixeira 1169
Sofia De Azevedo 1434
Sofia Duque 155
Sofia Esperança 401, 403, 812, 1301, 1302
Sofia Eusébio 197
Sofia Ferreira 271
Sofia Festa 530, 779, 934, 1058
Sofia Furtado 258, 281
Sofia Gomes Rocha 289, 325, 523, 1396
Sofia Gonçalves 1428
Sofia Guerreiro Cruz 387, 397, 1313
Sofia Jacinto 754
Sofia Jordão 269
Sofia Jorge 117
Sofia Leitão Sousa 674
Sofia Lima 1030
Sofia Mahomed Mateus 1406
Sofia Marques 212, 679
Sofia Mateus 1420
Sofia Miguelote 479, 848, 1237
Sofia Miranda 107, 482, 621, 630, 776, 1004, 1136, 1391, 1439
Sofia Monteiro 1105
Sofia Moreira 438
Sofia Mota Teixeira 372, 1061
Sofia Moura De Azevedo 1050, 1361
Sofia Peixoto 1316, 1413
Sofia Pereira 314, 835, 1282, 1316
Sofia Perestrelo Lima 236
Sofia Picão Eusébio 754
Sofia Prada 748
Sofia Quaresma 302
Sofia Ramalho 314, 605
Sofia Ramos 683
Sofia Rocha 1398
Sofia Rodrigues 747
Sofia Rodrigues De Carvalho 910, 952, 1277
Sofia Romão 1000, 1387
Sofia Salvo 501, 827, 886, 1319, 1334, 1484, 1499
Sofia Santos Pereira 1129, 1290
Sofia Silva 108, 143, 531, 762, 927, 1500
Sofia Sobral 811, 1003

- Sofia Tavares 169, 579, 581, 1045
Sofia Teiga 958
Sofia Teixeira 453, 534, 953
Sofia Valdoleiros 321
Sónia Barros 979
Sónia Canadas 890, 1144
Sónia Coelho 890, 1210, 1470, 1529
Sónia Cunha Martins 914
Sónia Fernandes 133
Sónia Freitas 247, 791
Sónia João 335
Sónia Moreira 177, 211, 216, 348, 733
Sónia Patrícia Almeida 1379
Sónia Santos 1255
Soraia Araújo 403, 812
Soraia Duarte 1523
Soraia G. Araujo 401, 1301, 1302
Soraia Mendes 207, 392, 410, 539, 553, 703,
773, 845, 882, 1009, 1110, 1127,
1329, 1351, 1357, 1359
Soraia Oliveira 165
Soraia Pinho 314
Soraia Pinho Duarte 725, 1287, 1375, 1446
Soria Proença E Silva 1278
Stanislav Tsisar 264, 759, 1047, 1166
Stepanka Betkova 933
Susana Almeida 715
Susana Baptista Pereira 1448
Susana Cavadas 148, 196, 460, 467, 724,
868, 1028, 1079, 1092, 1104
Susana Costa 1050
Susana Cunha 607
Susana De Carvalho 489, 1418
Susana Ferreira 949, 1070
Susana Jesus 134, 270, 616, 832
Susana Magalhães 603, 1436
Susana Marques 360
Susana Pereira 444, 916, 917
Susana Tânger Correia 1517
Susana Teixeira 262, 1232
Susana Ventura 444
Susana Viana 269, 723
Tânia Afonso 938
Tânia Faustino Mendes 1193, 1429, 1430
Tânia Gaspar 1200, 1284
Tânia Lampreia 747
Tânia Leite 206
Tânia Lemos 1076
Tânia Lopes 237, 298, 331, 1031, 1038, 1050,
1511
Tânia Maia 1289
Tânia Mendes 132, 314, 1163
Tânia Pereira Da Silva 188, 326
Tânia Silva 1007, 1039
Tânia Torres 1416
Tânia Varela 505
Tatiana Cabral 214, 598, 1111
Tatiana Cardoso 314, 345, 527, 706, 835,
1188, 1220
Tatiana Duarte 757
Tatiana Gonçalves 709, 1392
Tatiana Moreira Marques 181
Tatiana Rodrigues 485, 1029
Tatiana Salazar 723
Tatiana Soares Correia 484, 622, 1125
Telma Amorim Santos 352
Telmo Borges Coelho 601, 1267, 1532
Telmo Coelho 103
Teresa Abegão 640, 756, 911, 979, 1059,
1236, 1240, 1408, 1419, 1489,
1494, 1504
Teresa Aguiar 742, 854
Teresa Alegria Neto 411, 825, 1095
Teresa Alfaiate 733
Teresa Almeida 1485
Teresa Antunes 778, 954
Teresa Boncoraglio 731
Teresa Branco 127, 390, 459, 515, 804, 876,
1114, 1346
Teresa Brito 686
Teresa Carolina Aguiar 119
Teresa Costa 579, 581
Teresa Costa Pereira 799, 1132, 1170, 1198,
1230, 1305, 1355
Teresa Cruz 618
Teresa Faria 110, 119, 137, 143, 224, 255,
277, 319, 337, 412, 443, 457, 464,
526, 531, 554, 561, 585, 762, 772,
792, 847, 1016, 1021, 1161, 1428,
1524
Teresa Fonseca 404, 732, 856
Teresa Gabriel 829
Teresa Garcia 197
Teresa Guimarães Rocha 872, 997, 1520
Teresa Jerónimo 625
Teresa Medeiros 431, 579, 581, 862
Teresa Moitinho De Almeida 977

- Teresa Pereira 115, 258, 271, 281, 300, 364, 931, 1271
- Teresa Pimentel 500, 504, 930, 1176, 1412
- Teresa Pinto 547
- Teresa Pires 1260
- Teresa P. Medeiros 181
- Teresa Sampaio 937
- Teresa Santos Costa 1138
- Teresa Sequeira 1203
- Teresa Soares Costa 169, 231, 1131, 1164, 1165
- Teresa Souto Moura 586, 839
- Teresa Valido 116, 618, 645
- Tersa Castro Pires 1082
- Tetiana Baiherych 422, 647, 1088, 1400, 1539
- Tetiana Baiherych Tetiana Baiherych 371
- Tiago Alexandre 1295
- Tiago Alves 760
- Tiago Castro Pinto 175
- Tiago Dias Da Costa 177, 211, 216
- Tiago Esteves Freitas 454, 792
- Tiago Ferreira 223, 634
- Tiago Freitas 1372
- Tiago Gaspar 369, 886
- Tiago Gregório 312, 1528
- Tiago Guimarães Costa 543
- Tiago João Valente 435, 437, 562
- Tiago Jorge Costa 238, 471, 912
- Tiago Judas 614, 617, 689, 1109
- Tiago Marques 366, 513
- Tiago Mendes 1213
- Tiago Mesquita 313
- Tiago Miguel Peixoto 1434
- Tiago Moura Rodrigues 377
- Tiago Neto Goncalves 1020, 1370
- Tiago Neto Gonçalves 598, 1048, 1057
- Tiago Pack 197, 754
- Tiago Rosa 138, 564, 736
- Tiago Seco 172, 452, 1141, 1360
- Tiago Sepúlveda Santos 161, 1000, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390
- Tiago Silveira Rosa 996, 1264, 1465
- Tiago Tomás 1327
- Tiago Tribolet De Abreu 434
- Tiago Valente 388, 393, 551, 619, 704, 843, 1142
- Tomás Carlos 1294
- Tomás Fonseca 237, 442, 1479
- Tomás Novais 1125
- Tomás Ramalho 264
- Tomás Robalo Nunes 187, 663, 800, 873
- Umbelina Caixas 264, 683, 846
- Ussumane Embalo 565
- Valentim Rodrigues 129, 1317, 1318, 1451
- Valentim Silva Lopes 887
- Valentina Tosatto 374, 1487
- Valentyn Roshkulets 389
- Valeriya Zaruba 360
- Valter Duarte 485, 1028, 1440
- Vanda Areias 1408
- Vanda Conceição 637, 1053
- Vanda Spencer 164, 316, 344, 417, 863, 924, 993, 1055, 1177, 1537
- Vander Sabino 1009
- Vanessa Carvalho 1306, 1438
- Vanessa Chaves 239, 552
- Vanessa Novais Carvalho 1048
- Vanessa Novais De Carvalho 1206, 1458
- Vanessa Palha 930, 1176
- Vânia Caldeira 495
- Vânia Gomes 174, 566, 642, 740, 761, 801, 1273, 1378
- Vânia Junqueira 408, 1200
- Vânia Rodrigues Pereira 503, 1098, 1254
- Vanisa Rosário 1398
- Vasco Almeida 933
- Vasco Evangelista 190, 973
- Vasco Fonseca 747
- Vasco Neves 629
- Vasco Nunes 119, 255
- Vera Clérigo 491, 1049
- Vera Oom 1207
- Vera Romão 864
- Verónica Guiomar 105, 430, 1131
- Victor Espadinha 583
- Victor Marquez 712, 1050, 1280
- Victor Paz 584, 718
- Vikesch Samji 144, 678, 1398, 1485
- Viktor Baiherych 422, 647, 1400, 1539
- Vilma Laís Grilo 187, 425, 636, 663, 767, 800, 873, 1042
- Vitor Braz 1257
- Vitor Duarte 368, 922
- Vitor Fernandes 354
- Vítor Mendes 1073

Vitor Oliveira 368, 662, 922, 1188
Vítor Oliveira 624, 1449, 1455
V Lavilla-Garcia 1183
Volodymyr Nagirnyak 914, 1325, 1453
Wendy Moniz 320, 407, 655, 743
Yahia Abuowda 1163
Yolanda De Sá Pereira 696
Yolanda Martins 310, 894, 1501
Yolanda Sá Pereira 306
Yulia Shigaeva 389
Zsofia Santos 799, 1132, 1198, 1230, 1305,
1355

CO-0001 - (2217) - FALÊNCIA HEPÁTICA AGUDA POR HERPES VÍRUS 6 NUM IMUNOCOMPETENTE

Isabel Marques Correia¹; Ana Salgueiro Rodrigues²; Adriana Henriques¹; Diana Ferreira¹; David Lopes Sousa¹; Regina Costa¹; Cátia Pereira¹; João Pina Cabral¹; Jandira Lima¹; Lèlita Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde de Coimbra, EPE; 2 - Unidade Local de Saúde de Leiria, EPE

O vírus herpes humano tipo 6 (HHV-6) provoca doença leve, autolimitada, mas raramente pode causar infeções graves de mau prognóstico em imunodeprimidos¹. O envolvimento hepático já descrito em crianças e excecionalmente em adultos imunocompetentes, pode ser causa de falência hepática (FH) aguda.

Caso Clínico: Mulher de 20 anos apresentou-se com dor abdominal e vômitos com 4 dias de evolução e febre no primeiro dia. Sintomas de rinorreia mucosa e congestão nasal precedentes. Perda ponderal não quantificada (2 meses), mas clínica de aparente anorexia nervosa purgativa (ANP) associada a consumo regular de álcool (binge drinking), ocasional de canabinóides e toma de paracetamol (3g/dia, 3x/semana após consumo de álcool). Sem outra exposição de risco.

Objetivamente, com IMC de 16Kg/m², palidez mucocutânea, gengivorragia, bordo hepático palpável 2cm abaixo do rebordo costal e sinais de encefalopatia grau 1.

Analicamente, tinha citólise hepática (AST 202x e ALT 126x limite superior do normal), coagulopatia, hipoalbuminemia, hiperamoniemia e doseamento de paracetamol de 19.28ug/mL. Considerando FH, foi admitida na unidade de cuidados intermédios, sob perfusão de N-acetilcisteína (NAC), após sinalização e discussão com unidade de transplantação hepática.

Do estudo dirigido destaca-se: ceruloplasmina e alfa-1-antitripsina normais; culturas e estudo de autoimunidade negativos; estudo serológico apenas com evidência de infeção por HHV-6B (1054cp/mL). A TC abdominal identificou um fígado globoso com infiltração esteatósica severa, sugestiva de hepatite aguda. A biópsia hepática relatou hepatite aguda grave com necrose confluyente e em ponte, submaciça, com escasso infiltrado inflamatório associado e sem fibrose, com imuno-histoquímica negativa para HSV-1 e 2.

Cumpriu 10 dias de perfusão de NAC, com melhoria. Não iniciou antivírico, pelo risco de hepatotoxicidade e evidência serológica tardia, já em decréscimo significativo da citólise. Foi confirmada a clínica de ANP e orientada para a Psicologia e Psiquiatria de distúrbios alimentares.

Discussão: O padrão histológico identificado pode ser causado pelo HHV-6. Contudo, consideramos que o presente caso é uma etiologia sinérgica de HHV-6, paracetamol e álcool, em que a infeção a HHV-6 foi desencadeante da FH já iminente. Com este caso alertamos para a possibilidade da ocorrência de FH aguda por HHV-6 mesmo em adultos aparentemente imunocompetentes mas com estados de potencial imunoparésia secundária a malnutrição.

CO-0002 - (2069) - PNEUMOCOCCAL AND SEASONAL FLU VACCINATION ADHERENCE: A RETROSPECTIVE STUDY

Jorge Lindo¹; Rui Pancas¹; Ana Linda Borges¹; Isabel Fonseca¹; Lèlita Santos¹

1 - Department of Internal Medicine, Coimbra University Centre Hospital, Coimbra, Portugal

Introduction: Primary prevention with vaccines is a major tool. Streptococcus pneumoniae can lead to invasive pneumococcal disease. Vaccines produced against serotypes of S. pneumoniae are recommended for some individuals. Influenza is a virus that can cause an acute viral respiratory disease. Similarly, there are risk groups for the development of severe disease that should be vaccinated. Internal Medicine is a medical specialty that contacts with patients who have multiple comorbidities and some of them are elderly. Thus, recommendations regarding vaccination may be of major relevance.

Goals: To evaluate adherence to seasonal flu and pneumococcal vaccines, to compare if there are differences in vaccination status of the population for both diseases and to verify if there are differences one year after discharge.

Materials and Methods: This is a retrospective study that included hospitalized patients in an Internal Medicine Service in a tertiary hospital, from January to March of 2023. All hospitalized patients were enrolled, except when data was not possible to obtain. A database was constructed with demographic and clinical data. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics.

Results: 143 patients were included. 52% were women, while 48% were men. The mean age was 75.0 (SD = 17.0). During the period of analysis, 65.7% were admitted with a clinical condition comprising respiratory manifestations. Previously to admission, 67.1% were vaccinated against seasonal flu and 21.7% were vaccinated against S. pneumoniae infection. Regarding patients with indication for pneumococcal vaccination, only 24.0% (31/129) were vaccinated. Solely 4 had a complete vaccination series. Concerning Influenza vaccination, 73.1% (95/130) of the patients with recommendation were vaccinated. There are statistically significant differences ($p=0.018$) between the number of individuals, with formal indication, vaccinated against Influenza vs. S. pneumoniae infection. Thus, it is more frequent to find people appropriately vaccinated against Influenza. One year later, 76.9% of these people were vaccinated against seasonal flu and 27.3% were vaccinated against pneumococcal infection, which is statistically different from the year before for both diseases ($p<0.001$).

Discussion & Conclusion: Respiratory conditions are responsible for many hospital admissions. When evaluating hospitalized individuals, there is a clear asymmetry in their vaccination status for the considered infections. However, one year after discharge, we observed an increase in the number of vaccinated people, for both diseases. Given that vaccination may reduce hospital admissions, medical records should be reviewed before discharge. Hence, recommendations may be carried out for the patients and their General Practitioners. It may allow people to be vaccinated appropriately afterwards, possibly lowering readmissions and hospital bed and urgency department saturation.

CO-0003 - (2092) - BACTERIEMIA POR ENTEROCOCCUS FAECIUM: UM PONTO DE PARTIDA POUCO COMUM

Mariana Jeremias Macedo¹; Inês Leão¹; Daniela Augusto¹; Telmo Coelho¹

1 - Centro Hospitalar De Trás-Os-Montes E Alto Douro

Introdução:

Enterococcos são microrganismos oportunistas que podem causar infeções. A bacteriemia por *Enterococcus faecium* está mais frequentemente associada a infeções nosocomiais, tendo como ponto de partida procedimentos cirúrgicos intra-abdominais e procedimentos do trato genitourinário. Em doentes não hospitalizados a bacteriemia por *Enterococcus faecium* é rara e devem ser considerados como pontos de partidas o trato genitourinário e gastrointestinal.

História Clínica:

Homem, 66 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, recorreu ao serviço de urgência por quadro com duas semanas de evolução de febre, anorexia, tosse seca, dor abdominal difusa e dejeções líquidas.

Ao exame objetivo, apirético, com mucosas descoradas e ictéricas, abdómen mole e depressível, sem dor à palpação.

Do estudo realizado no serviço de urgência destacamos elevação dos parâmetros inflamatórios associado a colestase hepática. TC-TAP mostrou fígado de dimensões aumentadas, apresentando incontáveis lesões hipodensas de diferentes dimensões, sugestivas de abscessos. Discutido com radiologia de intervenção, sem possibilidade de resolução por drenagem, com indicação para tratamento médico.

Durante o internamento foi conhecido isolamento de *Enterococcus faecium* em hemoculturas e foi dirigida antibioterapia de acordo com TSA.

Realizado o diagnóstico de abscessos hepáticos e bacteriemia por *Enterococcus faecium*, restava esclarecer o ponto de partida do quadro. Completada a investigação com ecocardiograma transtorácico e ecocardiograma transesofágico que excluiu endocardite. Endoscopia digestiva alta com identificação de uma lesão ulceroinfiltrativa gástrica. O exame histológico confirmou tratar-se de uma úlcera gástrica, sem metaplasia ou displasia, estabelecendo-se como provável ponto de partida para a bacteriemia e subseqüentes abscessos hepáticas.

Após avaliação multidisciplinar com infeciologia e radiologia de intervenção, atendendo ao facto de não ser possível controlo de foco por drenagem, foi realizado tratamento médico durante 4 semanas com vancomicina, guiado pela resposta clínica, laboratorial e imagiológica.

Discussão:

Destacamos este caso clínico pela importância de que na presença de bacteriemia por *Enterococcus faecium* deve-se prosseguir a investigação etiológica, nomeadamente o estudo do trato gastrointestinal, para estabelecer o ponto de partida da infeção.

CO-0004 - (2098) - DOENÇA DE WHIPPLE NUM CASO DE EMAGRECIMENTO INVOLUNTÁRIO EM ESTUDO

José Diogo Martins¹; Patrícia Coelho¹; Margarida Peixoto¹; Maria Inês Risto¹; Maria Muchata¹; Patrícia Sobrosa¹; Inês Cunha¹; Francisco Teixeira Silva¹; Manuel Ferreira¹; Diana Guerra¹

1 - ULSAM

Introdução: A Doença de Whipple é uma entidade clínica rara e incomum, causada pela bactéria *Tropheryma whipplei*, caracterizada por uma infecção sistémica que afeta principalmente o trato gastrointestinal. Apesar de ser uma doença rara, é importante considerá-la no diagnóstico diferencial de pacientes com emagrecimento involuntário e sintomas gastrointestinais inespecíficos, especialmente quando há achados clínicos e de imagem sugestivos.

Caso Clínico: Homem, 42 anos. Antecedentes pessoais de tabagismo e dislipidemia. Acompanhado na consulta de Medicina Interna por história de emagrecimento involuntário progressivo de 15 kg em 1 ano, associado a desconforto abdominal ocasional no quadrante superior direito, insónia e anedonia. Quadro inicialmente atribuído a um quadro depressivo reativo ao abortamento da esposa. No entanto, emagrecimento persistiu apesar da melhoria dos outros sintomas depressivos. Ao exame objetivo, sem alterações de relevo, nomeadamente abdominal, sem organo ou adenomegalias palpáveis. Analiticamente sem alterações de relevo identificadas, nomeadamente enzimologia hepática. Os exames de imagem, TC abdominal e CPRM, foi identificadas pequenas dilatações dos ductos biliares e uma área hipodensa peri-hilar, compatíveis com Doença de Caroli. Por manutenção de emagrecimento, foi realizado estudo endoscópico com biópsias, que mostrou mucosa duodenal com achados morfológicos e histoquímicos compatíveis com doença de Whipple. Foi realizada pesquisa de *Tropheryma whipplei* por PCR no líquido cefalorraquidiano e no sangue tendo sido negativas. Foi iniciado tratamento com Ceftriaxone durante 2 semanas em regime de hospital de dia e posteriormente clotrimoxazole até completar 1 ano de tratamento.

Discussão: A Doença de Whipple pode se apresentar com uma variedade de sintomas inespecíficos, incluindo emagrecimento, distúrbios gastrointestinais e dor abdominal. O diagnóstico definitivo da Doença de Whipple requer a identificação do *Tropheryma whipplei* em biópsias de tecidos afetados, especialmente do trato gastrointestinal. O tratamento antibiótico prolongado, geralmente com trimetoprima-sulfametoxazol, é necessário para erradicar a infecção.

Conclusão: Diante quadros clínicos como o descrito acima, é crucial considerar a possibilidade de Doença de Whipple no diagnóstico diferencial. O acompanhamento clínico regular e a avaliação de resposta ao tratamento são fundamentais para garantir uma recuperação completa e prevenir complicações a longo prazo.

CO-0005 - (4091) - BOLHA ENFISEMATOSA PULMONAR

Nuno Cerejeira¹; A. Beatriz Ferreira¹; Joana Basílio Leite¹; Eduarda Ruiz Pena¹; Joana Amado¹; Verónica Guiomar¹; Eduardo Eiras¹

1 - ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

O aumento da prevalência de infeções por *Candida* não-*albicans* tem sido justificado por resistências aos antifúngicos habitualmente usados na prática clínica. A *Candida* *Krusei* tem-se destacado nas infeções em imunocomprometidos e tem sido associada à resistência intrínseca ao fluconazol e capacidade de desenvolver rapidamente resistência a outros antifúngicos.

O enfisema pulmonar resulta da destruição das paredes alveolares com formação de grandes espaços de ar, mal perfundidos, que tornam a região mais propícia a infeções.

Homem, 50 anos, antecedentes de enfisema centrilobular por tabagismo pesado e hidropneumotórax loculado infetado à direita recente, recorreu ao serviço de urgência por 4 dias de evolução de dor torácica infraescapular direita pleurítica e dispneia para médios esforços acompanhada de astenia. Ao exame objetivo destacou-se diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito e analiticamente um aumento dos parâmetros inflamatórios. Na radiografia torácica valorizou-se uma lesão redonda com contornos hipotransparentes no lobo superior direito. A tomografia computadorizada descreveu volumosa coleção pleural com início no vértice pulmonar direito com extensão adjacente ao mediastino até ao plano abaixo do hilo direito, imagem compatível com bolha enfisematosa infetada. Durante o internamento, realizou vários ciclos de antibioterapia, sem melhoria clínica/analítica e sem isolamento de nenhum agente microbiológico. Repetiu a broncofibroscopia ao 19º dia e foi isolada uma *Candida* *krusei* no lavado broncoalveolar. Assim, o doente iniciou um ciclo de 48 dias de micafungina endovenosa, seguido de 4 semanas de voriconazol oral, com melhoria clínica e analítica posterior evidentes, sem recorrência de sintomas e mantendo-se até hoje em vigilância clínica, analítica e imagiológica.

Este caso descreve uma infeção respiratória baixa por um agente atípico, que está normalmente associado a resistências a antifúngicos, numa região anatómica de difícil tratamento, com necessidade de exposição prolongada aos fármacos. A história recente de hidropneumotórax loculado infetado, com manipulação da pleura e antibioterapia empírica justificam a presença de bolhas enfisematosas de grande volume, assim como o estado de imunossupressão que possa ter favorecido a infeção fúngica. Felizmente, neste doente não se verificou a existência de candidémia, assumindo-se translocação direta do agente das mucosas superiores para o pulmão.

CO-0006 - (2185) - APUNHALADO PELO S. PYOGENES – UM CASO DE DOENÇA STREPTOCÓCICA INVASIVA COM PONTO DE PARTIDA EM ARTRITE DO PUNHO

Mónica Ferro Da Silva¹; Pedro Laranjo¹; Ana Santos E Silva¹; Diana Marreiros¹; Cátia Albino¹; Henrique Rita¹

1 - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Introdução: O *Streptococcus pyogenes* pertence ao grupo de bactérias estreptocócicas beta-hemolíticas, catalase negativas. Trata-se de uma bactéria adaptada à espécie humana, que resulta em infeções assintomáticas, faringites, escarlatina, impetigo ou doenças invasivas. É caracterizada pela emergência de novos clones associados a novos fatores de virulência. Sem vacinas dirigidas, a intervenção médica passa pelo uso de antibioterapia. Mais recentemente isolaram-se estirpes com baixa sensibilidade à penicilina e crescente resistência a macrólidos, o que pode vir a impor um crescente problema em saúde pública. Estima-se que a incidência anual de doença invasiva varie entre 7 a 10/100.000 habitantes, com pico no período de inverno.

Caso Clínico: Homem de 74 anos, com história de hipertrofia benigna da próstata. Recorreu ao serviço de urgência por dor, edema e impotência funcional do punho direito e febre desde o dia anterior. Adicionalmente referia dor abdominal e lombar moderadas, associada a episódio de retenção urinária, que motivou algaliação. À observação, com sinais inflamatórios do punho e elevação dos parâmetros inflamatórios, pelo que se assumiu quadro de artrite séptica, com colheita de estudo microbiológico e início de antibioterapia com levofloxacina por suspeita de alergia à penicilina. Durante o internamento com evolução desfavorável pelo aparecimento de lesões hemorrágicas, semelhantes a lesões de Janeway, na região labial, mãos e pés; bem como prostração. O estudo revelou bacteriémia a *S. pyogenes*. Por suspeita de embolização séptica foi realizada PET a mostrar espondilodiscite de C5/C6 e sacro-ilíaca direita, infeção de partes moles adjacentes a L2/L3 e infeção da região proximal da mão direita; bem com RM-CE a evidenciar êmbolos sépticos frontais e talâmicos. Discutido caso, tendo realizado então terapêutica com penicilina (sem evidência de anafilaxia) e linezolid por 1 mês até se obterem hemoculturas negativas, com evolução lenta favorável.

Discussão e Conclusão: A doença estreptocócica invasiva é uma patologia grave cuja terapêutica passa essencialmente por antibioterapia eficaz com um agente beta-lactâmico que iniba a síntese da parede celular, associada a clindamicina ou linezolid, que inibem a síntese de toxinas, reduzindo, conseqüentemente, a morbimortalidade associada às infeções por *Streptococcus* do grupo A produtores de toxinas. Não existe uma duração ótima de antibioterapia predefinida, devendo a mesma ser adaptada caso-a-caso.

CO-0007 - (2801) - SÍNDROME NEFRÓTICO COMO MANIFESTAÇÃO DE SÍFILIS SECUNDÁRIA

Carolina Roias¹; Marina Oliveira¹; Daniel Calado¹; Sofia Miranda¹; Mariano Pacheco¹; Luís Dias¹

1 - Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Introdução: A sífilis é uma doença infecciosa sexualmente transmissível causada por *Treponema pallidum*. O acometimento renal com manifestação em síndrome nefrótica é raro, devendo ser equacionado como diagnóstico diferencial, especialmente em doentes que tenham factores de risco associados.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 21 anos, saudável. Recorreu ao serviço de urgência por febre e exantema disperso no tronco e membros inferiores com seis dias de evolução. À avaliação, apresentava lesões maculares eritematosas dispersas pelo tronco e membros inferiores, e erosões esbranquiçadas na língua; e ainda apresentava edema dos membros inferiores. Analiticamente apresentava lesão renal aguda com ureia 116 mg/dL e creatinina 2.67 mg/dL, hipalbuminémia 1.1 g/dL e valores normais de colesterolémia e triglicéridos. Pedida avaliação da urina que mostrou 2.44 g/L de proteínas, pelo que foi pedida urina de 24h que mostrou 5.07 g/dia. Realizou ecografia renal que revelou uma “heterogeneidade ecoestrutural do parênquima renal bilateralmente”, enquadrável numa nefropatia de causa médica. Doente foi internado para estudo de síndrome nefrótica. Do estudo pedido, destacava-se a serologia da sífilis que se revelou positiva (anticorpos anti-*Treponema pallidum* positivos e Rapid Plasm Reagin (RPR) positivo com 64 diluições). Assumido síndrome nefrótica em contexto de sífilis secundária pelo que iniciou terapêutica com penicilina intra-muscular. Evidenciada resolução rápida e completa das manifestações cutâneas assim como renais, com normalização da função renal (Ureia 29 mg/dL, Creatinina 1.03 mg/dL) e ausência de proteinúria. Após a terapêutica houve franca redução dos títulos do RPR.

Discussão e conclusão: Os autores relatam a importância de lembrar a sífilis como patologia re-emergente no mundo ocidental. Esta pode ter diferentes manifestações clínicas e inespecíficas, que variam nas suas diferentes fases, tais como: ulceração indolor, exantema cutâneo, febre, adenopatias ou até mesmo atingimento de órgão em fases mais avançadas. A manifestação renal como síndrome nefrótica é rara mas deve ser considerada. Destaca-se a importância da identificação da etiologia do síndrome nefrótico, pois poderá culminar numa estratégia terapêutica diferente e mais simplificada. Neste caso, o tratamento antibiótico adequado resultou na remissão completa da disfunção renal

CO-0008 - (2422) - NEOPLASIA METASTIZADA OU TUBERCULOSE MILIAR? A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Sofia Silva¹; Rui Salvador²; Margarida Cruz²; Sara Viana²; Prof. Joana Pimenta²

1 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil; 2 - Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

Introdução:

A tuberculose miliar é uma doença grave que resulta da disseminação hematogénica de *Mycobacterium tuberculosis* (MT). Representa menos de 2% de todos os casos de tuberculose em indivíduos imunocompetentes e cerca de 20% dos casos de tuberculose extrapulmonar. O diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais para melhorar o prognóstico.

Caso Clínico:

Mulher, 40 anos, raça negra, sem antecedentes patológicos de relevo, medicada com contraceptivo oral. Recorre ao serviço de urgência por quadro de tosse produtiva, astenia, dispneia para esforços e perda ponderal com 3 meses de evolução. Sem febre ou hipersudorese noturna.

Do estudo realizado salienta-se análises com trombocitose e elevação dos parâmetros inflamatórios e tomografia computadorizada (TC) torácica a revelar massa adenopática envolvendo todas as estruturas mediastínicas com atingimento brônquico, derrame pericárdico e pleural esquerdo. Admitida para estudo, tendo evoluído com dor lombar de características mecânicas e cefaleias.

Para melhor esclarecimento realizou TC toraco-abdomino-pélvica, que relatou provável neoplasia pulmonar primária com metastização múltipla (carcinomatose pleural, linfangite carcinomatosa, metástases esplénicas, hepáticas e na coluna lombar), e Tomografia por Emissão de Positrões que confirmou atividade hipermetabólica em múltiplas cadeias ganglionares e nos locais acima descritos. O estudo de causas infecciosas, nomeadamente baciloscopias e Multiplex polymerase chain reaction para MT (MT-PCR), foi negativo.

Equacionadas como hipóteses diagnósticas mais prováveis neoplasia pulmonar metastizada e doença linfoproliferativa, tendo sido realizada broncofibroscopia com biópsia da massa mediastínica.

A anatomia patológica revelou granulomas caseosos com necrose central sugestivos de tuberculose. Iniciou antibióticos e após dois meses de terapêutica o TC mostrou redução global das lesões, resolução do derrame e estabilidade das lesões vertebrais.

Discussão e Conclusão:

A tuberculose miliar pode apresentar-se de forma atípica, mimetizando outras patologias. Dado o impacto prognóstico de um diagnóstico atempado e instituição de terapêutica dirigida, esta doença deve ser sempre considerada, especialmente em indivíduos provenientes de áreas endémicas.

CO-0009 - (2047) - FEBRE DE ORIGEM CENTRAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sergio Costa Monteiro¹; Raquel Vieira¹; Sara Bravo¹; Leonor Rodrigues¹;
Christian Neves¹; João Fonseca¹; Jorge Henriques¹

1 - ULS Região de Aveiro

A febre de origem central é caracterizada por temperaturas elevadas com baixa resposta aos antibióticos e antipiréticos, após exclusão de foco infeccioso e com contexto neurológico que a justifique. Por se associar a um pior prognóstico, o seu controlo precoce é essencial. São escasas as armas terapêuticas com evidência clínica demonstrada para o controlo da temperatura nestas situações. A bromocriptina, através da modulação da transmissão dopaminérgica, tem sido usada nestas situações, apesar da ausência de indicação formal.

Os autores apresentam o caso de um homem de 72 anos, parcialmente dependente em contexto de doença cerebrovascular, diabético, hipertenso e ex-fumador que recorre ao SU por queda da própria altura com traumatismo crânio-encefálico. Na admissão prostrado, não colaborante, reativo à voz, pupilas na linha média, isocóricas e fotorreativas, sem lateralização motora nem outras alterações ao exame neurológico. Encontrava-se apirético, hemodinamicamente bem, sem outras alterações. Análises, RX-tórax e ECG sem alterações. TC-CE a evidenciar "Hematoma subdural agudo temporo-parieto-occipital esquerdo que molda o parênquima regional, com incipiente desvio da linha média para a direita. Sangue subaracnoideu disperso pelos sulcos dos hemisférios, decantando no corno occipital direito. Lesões clásticas múltiplas.". Após exclusão de indicação para intervenção neurocirúrgica, foi orientado sob o ponto de vista médico. Nas primeiras 24h de internamento inicia quadro de hipertermia, com temperatura timpânica >38.5°C, de difícil controlo com antipirético. Efetuado rastreio séptico completo, negativo. Equacionado o diagnóstico de febre de origem central, tendo iniciado bromocriptina 5mg titulada até à dose de 20mg. Foi verificado um controlo gradual da temperatura num período de 72h, conseguindo-se manter, posteriormente, um estado de apirexia sustentada. Por perda de via oral ao 6º dia de internamento, esteve 24h sem efetuar medicação oral, incluindo a bromocriptina, sendo que após falha da sua toma, existiu recrudescência da febre. Novo rastreio séptico negativo. A reintrodução da bromocriptina determinou um novo controlo da temperatura.

Os autores pretendem alertar para a complexidade da gestão da febre de origem central, que deve integrar uma abordagem multimodal, demonstrando o papel positivo da bromocriptina no seu controlo, apesar da ausência de uma indicação formal e de evidência clínica robusta.

CO-0010 - (2128) - COMPLEXIDADE NEUROINFECCIOSA: CASO CLÍNICO DE OTOMASTOIDITE ASSOCIADA A TROMBOSE VENOSA CEREBRAL E MENINGITE

Rui Fernandes¹; Ana Carolina Henriques¹; Cátia Martins¹; Francisco Barreto¹; Mariana Silva¹; Maria Inês Correia¹; Graça Dias¹; Teresa Faria¹

1 - Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO

A meningite bacteriana apresenta um elevado risco de morbimortalidade, com uma taxa variável de complicações neurológicas, incluindo Trombose Venosa Cerebral (TVC). Pensa-se que o processo infeccioso se estenda às veias cerebrais favorecendo um estado pró-trombótico que pode resultar em TVC. O diagnóstico de TVC nesse contexto é desafiante dada a sobreposição de sinais e sintomas.

CASO CLÍNICO

Mulher de 38 anos é admitida por síndrome confusional agudo desde há um dia, havendo também referencia a cefaleia e um episódio de vômitos. Ao exame objetivo, em escala de coma de Glasgow de 13 com períodos de agressividade e necessidade de sedação pontual. Não foram objetivados défices motores, e sinais vitais encontravam-se dentro da normalidade. Analiticamente, leucocitose com desvio esquerdo e PCR 190.41mg/L. Realizou TC-CE com VenotC, admitindo-se otomastoidite e presença concomitante de TVC do seio sagital superior, seios sigmoideus e transversos. Estes achados foram corroborados em RM-CE. Nessa sequência procedeu-se à realização de punção lombar, com saída de líquido turvo e exame citoquímico compatível com processo infeccioso bacteriano (1984 células/mm³ de predomínio polimorfonucleares, glicose 7mg/dL e proteínas > 600mg/dL). Admitiu-se o diagnóstico de Meningite bacteriana, com ponto de partida Otomastoidite, complicada de TVC. Iniciou hipocoagulação com Enoxaparina, e antibioterapia empírica com Ceftriaxone, Ciprofloxacina e Vancomicina, assim como terapêutica adjuvante com Dexametasona. Exame microbiológico do LCR com isolamento de *Streptococcus pneumoniae* sensível à Vancomicina, e resistente ao Ceftriaxone e Penicilina. A paciente foi inicialmente admitida no Serviço de Medicina Intensiva com posterior transferência para enfermaria de Infeciologia. Cumpriu 10 dias de Vancomicina e Ceftriaxone, e teve alta ao 12º dia de internamento hospitalar sob hipocoagulação com Dabigatrano 150mg 12/12h. Ao 3º mês de seguimento a doente mantém cefaleias ocasionais e sem outras causas identificáveis para TVC.

CONCLUSÃO

O caso ilustra a rara apresentação de uma meningite bacteriana originada por otomastoidite, complicada por TVC. A abordagem terapêutica integrada, incluindo anticoagulação, antibioterapia e terapia adjuvante, demonstrou ser eficaz, resultando na recuperação da paciente. Este caso sublinha a importância da pronta identificação e tratamento multidisciplinar de complicações neurológicas decorrentes de infeções sistémicas.

CO-0011 - (2131) - WAKE-UP SPEAKING ANOTHER LANGUAGE - A RARE CASE OF APHASIA

Rosário Eça¹; Ary Sousa¹; Marta Seladas¹; Inês Correia¹; Carla Maia¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

We report a rare case of a 64-year-old right-handed Portuguese man, who had received extensive training in English for his professional occupation, and whose competence in his mother tongue was disrupted following brain stroke. His second language (English) appeared partially unaffected after the stroke (video). He was brought to the Emergency Department because of a slurred speech that began in the prior evening, 15 hours before. The patient had an history of tobacco use, hyperlipidemia and hypertension. He was confused, aphasic and was able to follow basic commands and to move both his upper and lower extremities. Muscle strength was affected at right side. He did not report any vision changes and had a National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) of seven. Vital signs were notable for moderate hypertension (147/82 mmHg). The patient underwent emergent computed tomography of the brain that confirmed a recent infarct involving the temporal insular and left parietal lobe, and angio-tomography was compatible with an ischemic lesion with small thrombus at left cerebral medial arteria (inferior division). He was not eligible for fibrinolytic therapy. 24h after admission he could not speak, comprehend, repeat, name, read, or write in Portuguese, but he had a relative preservation of reading, naming and repetition in English. Two months later, following intensive therapy on a specialized center of rehabilitation, his naming in Portuguese slowly recovered and also made a full recovery of his motor disturbance. This case is very interesting showing whole word system disturbance of both orthography and phonology pathways of the native language. Rarely patients undergoing a stroke have been found to revert to speaking only their learned language in a phenomenon known as bilingual aphasia. Theories exist as to why this occurs especially however there is no definitive explanation. As occurred in this case an individualized program tailored to the need of the patient is essential to the recuperation

CO-0012 - (2143) - NEUROMIELITE ÓTICA UM CASO CLINICO

João Martins¹; Daniel Garrido¹; Jorge Mimoso¹; Nadia Fernandes¹

1 - Unidade Local de Saúde-Algarve, Portimão

INTRODUÇÃO: A Neuromielite Ótica é uma síndrome inflamatória, desmielinizante e autoimune do sistema nervoso central, que se caracteriza pela associação de mielite aguda, neurite ótica, síndrome diencefálica e síndrome da área postrema.

A presença de anticorpos específicos contra a aquaporina 4 (ac-anti AQP4 ou Anti-NMO) confere a distinção desta entidade, bem como diagnóstico.

CASO CLÍNICO: Mulher de 70 anos, autónoma, com antecedentes de doença poliquística hepatorenal, recorre ao Serviço de Urgência por quadro com uma semana de evolução de incapacidade da marcha, diminuição da sensibilidade no membro inferior esquerdo e metade inferior direita do tórax. Com história de perda ponderal não intencional, com 3 anos de evolução (36kg no total). Ao exame físico apresentava dismetria “dedo-nariz” (bilateral), diminuição bilateral da força nos membros superiores e inferiores, bem como diminuição da sensibilidade algica no hemicorpo direito. Analiticamente sem alterações de relevo. Imagiologicamente sem alterações na Tc-CE e na RMN-CE com presença lesões hiperintensas em T2 com distribuição periventricular, com extensão aos centros semiovais e coronas radiatas. RMN-Coluna com Extensas lesões medulares envolvendo o segmento cervical e dorsal da ráquis, lesões extensas no segmento dorsal acompanhadas de ligeira expansão medular, com ganho de sinal após gadolínio, sugerindo lesões de natureza inflamatória/infeciosa, em fase inflamatória ativa. A punção lombar realizada evidenciou padrão citoquímico de disfunção da barreira hemato-encefálica com hiperproteinorraquia. Foram pedidos anticorpos, sendo que o Anticorpo Aquaporina 4 (Anti AQP4 IgG) se encontrava positivo, pelo que foi estabelecido o diagnóstico de Neuromielite ótica, com apresentação atípica.

Foi iniciado tratamento com metilprednisolona (ainda durante o internamento), sendo depois introduzido azatioprina e tizanidina. Após a introdução do tratamento inicial e de suporte, a utente recuperou os défices, contudo manteve limitação na marcha, com necessidade de fisioterapia constante.

CONCLUSÃO: Este caso pretende alertar para um quadro neurológico, cuja apresentação clínica pode mimetizar AVC ou Esclerose múltipla, o diagnóstico de neuromielite ótica na presença dos critérios clínicos é feito pela presença de anticorpos específicos. Assim o clínico na presença de sinais clínicos deve estar desperto para esta entidade pouco comum.

CO-0013 - (2197) - MEMORY IMPAIRMENT WITH SYMMETRICAL HIPPOCAMPAL LESIONS FOLLOWING ACUTE GLUFOSINATE-AMMONIUM INTOXICATION

Ana Rodrigues¹; Daniela Antunes¹; Daniela Jardim Pereira²; Joana Jesus Ribeiro¹

1 - ULS Leiria; 2 - ULS Coimbra

A male patient in his 60s, with a previous diagnosis of depression, was admitted to the emergency department after an intentional ingestion of ~200 mL of glufosinate-ammonium (GLA) (13.5%) containing herbicide in an attempted suicide. On examination, the patient presented an acute confusional state. The remaining general and neurological examinations were normal. Arterial blood gas determination showed a hypoxaemic respiratory failure. A gastric lavage followed by the administration of activated charcoal was performed. Brain CT scan was unremarkable. Later, in the intermediate care unit, the patient complained of headache and presented an acute anterograde memory impairment (he could not remember the clinical episode and was unable to retain new memories, but he could recall past events). A 1.5 T brain MRI showed a bilateral hyperintensity and swelling on T2/FLAIR affecting all the hippocampal formation, also extending to the uncus and parahippocampal gyrus, with no restricted diffusion, suggesting vasogenic oedema. Cerebrospinal fluid analyses were normal, including the anti-NMDA receptor antibody, other neuron-specific autoantibodies targeting intracellular and plasma membrane antigens, and the herpes simplex virus PCR. The patient was discharged 2 months later. At that moment, his memory impairment was still present but was slowly improving. Glufosinate is a structural analogue of the neurotransmitter glutamate and may interact with its receptors.

The main differential diagnoses related to this imagological pattern were ruled out, namely an autoimmune limbic encephalitis (bilateral involvement of mesial temporal lobes is common since it acts through the same neurotoxic pathway with antibodies against NMDA receptors, but frequently asymmetrical); a herpes simplex virus encephalitis (may have similar findings, often asymmetrical and possibly complicated by haemorrhagic lesions) and an ischaemic stroke in the posterior cerebral arterial territory (isolated hippocampal stroke with no involvement of other structures is rare and should demonstrate restricted diffusion). Indeed, a bilateral symmetrical hippocampal lesion presenting as an acute/subacute anterograde amnesia should raise suspicion for toxic aetiology and must be considered in the differential diagnosis in the presence of a recent history of drug ingestion.

CO-0014 - (2895) - A IMPORTÂNCIA DO OZONO

Cristiano Gante¹; Filipe Quintas²; Luis Dias¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Central - Hospital de São José; 2 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

Introdução: A ozonoterapia é amplamente usada pela Anestesiologia e Neurorradiologia no tratamento de patologia osteodegenerativa. No entanto, e apesar das recomendações dos colégios dessas especialidades, a sua utilização off-label em clínicas privadas está generalizada a múltiplas patologias e com diversas vias de administração.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de um homem de 58 anos com antecedentes conhecidos de rinossinusite, sem medicação habitual ou alergias medicamentosas conhecidas. Terá recorrido a clínica de terapias alternativas, onde realizou ozono inalado. No pós-procedimento imediato desenvolve quadro neurológico de confusão e alteração com comportamento, com coreia dos membros superiores, tendo embatido na montra da clínica enquanto tentava sair. Foi admitido inicialmente pela Via Verde de Acidente Vascular Cerebral com tomografia computadorizada cranioencefálica contrastada negativa e ressonância magnética cranioencefálica (RM-CE) urgente a mostrar hipersinal cortical parietal esquerdo na ponderação T2 e na Diffusion-Weighted Imaging; alterações estas que impuseram diagnóstico diferencial entre estado convulsivo e encefalopatia. Neste contexto, iniciou anticonvulsivantes e foi transferido para uma unidade de cuidados intensivos neurocríticos em Glasgow Coma Score de 7. Na avaliação por eletroencefalograma objetivou-se encefalopatia de grau ligeiro-moderado, sem atividade epiléptica. Nas primeiras 48 horas houve recuperação total dos défice, sem tratamento dirigido. Fez step-down para a enfermaria de Medicina Interna onde repetiu RM-CE que não mostrou alterações. Fez ainda estudo analítico que foi normal.

Discussão & Conclusão: Na medicina convencional a utilização do ozono mostra-se segura e raramente conduz a efeitos secundários graves. Estão escrito 10 casos semelhantes na literatura dando nome a uma nova entidade clínica: Encefalopatia Induzida por Ozono. Nas terapias alternativas a utilização do ozono não obedece a normas bem definidas, tanto pela diluição do gás como pelas vias de administração utilizadas. Isto leva a crer que casos semelhantes podem estar subdiagnosticados. Pela análise da literatura sabemos que os efeitos não são permanentes, no entanto, na fase aguda podem levar a sequelas nefastas decorrentes das alterações do comportamento.

CO-0015 - (4925) - ENFARTE MEDULAR: UMA COMPLICAÇÃO RARA DE EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL BRÔNQUICA

Maria Luísa Olim¹; Mafalda Rodrigues¹; Andreia Tavares¹;
Gisela Evaristo Vasconcelos¹; João Azevedo Gonçalves¹; José Mário Roriz¹;
Mónica Brinquinho¹; Penelope Almeida¹; Rita Quelhas Costa¹; Rui Seixas¹;
Teresa Pereira¹

1 - ULSEDEV

Introdução: Os procedimentos de embolização representam o tratamento de primeira linha para hemoptises de origem arterial brônquica. Complicações adversas graves da embolização arterial brônquica (EAB) têm sido relatadas. A mais temida é a isquemia da medula espinhal devido à embolização inadvertida de uma artéria espinhal, que ocorre em <5% dos casos na maioria dos estudos.

Caso Clínico: Reportamos o caso de um homem de 65 anos, fumador, sem outros antecedentes relevantes, ou medicação crónica em curso, que recorre ao serviço de urgência por hemoptises. À apresentação, doente hemodinamicamente estável, sem queda de hemoglobina (Hb) e sem evidência de hemorragia ativa na angiografia torácica realizada. Em dia um de internamento, recorrência de hemoptises, com rebate da Hb e falência respiratória a requerer ventilação mecânica invasiva. É submetido a cateterização superselectiva de artéria brônquica e embolização, após aortografia ter revelado artéria brônquica direita patológica.

Evolui favoravelmente nas 24h pós-procedimento, com estabilização hemodinâmica e extubação. Contudo, detetado quadro de hemiparesia esquerda sem face (com gradiente distal), hipoestesia esquerda com nível sensitivo em D6 e perda de continência de esfíncteres. Realiza tomografia cranioencefálica que exclui evento vascular agudo. Punção lombar sem alterações de líquido cefalorraquidiano e eletromiografia normal. Por persistência de sintomas, realiza ressonância magnética do neuro-eixo. Detetado extenso hipersinal T2 medular anterior entre D3-D6, fortemente sugestivo de enfarte medular. Discutidas imagens com Neurologia e Neurorradiologia, que corroboraram hipótese.

O doente manteve acompanhamento em programa de reabilitação, com recuperação parcial dos défices. Orientado para Unidade de Cuidados Continuados.

Discussão/Conclusão: A artéria de Adamkiewicz (ou radicular magna) é responsável pela irrigação da porção anterior da medula espinhal. Origina-se a partir das artérias intercostais, sendo a sua localização altamente variável e podendo coincidir com a origem das artérias brônquicas. Assim, entende-se o risco de embolização inadvertida e oclusão da artéria de Adamkiewicz em procedimentos de embolização brônquica, resultando em isquemia da medula espinhal. O tratamento é essencialmente de suporte e o prognóstico varia mediante a gravidade da lesão, o grau funcional prévio e a prontidão do início de reabilitação.

**CO-0016 - (2276) - GENTAMICINA –
PONDEREMOS OS RISCOS**Filipa Figueiredo¹; Teresa Valido¹; Carolina Chumbo¹; Marta Rocha¹

1 - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Os aminoglicosídeos têm efeito bactericida de largo espectro contra aeróbios gram-negativos. Contudo, estão associados a toxicidade coclear e vestibular, levando a perda vestibular bilateral e desequilíbrio crónico. Descrevemos um caso de difícil diagnóstico de endocardite e ilustramos a necessidade de reconhecer os efeitos secundários da terapêutica.

Feminino, 65 anos, com prótese mecânica mitral após febre reumática. Internada por dor abdominal, diarreia e retorragias, sem contexto epidemiológico ou de antibioterapia. Analiticamente com leucocitose 14700 e PCR 2.63, coproculturas e parasitológico das fezes negativos e TC abdominal sugestiva de colite segmentar. Iniciada terapêutica com ciprofloxacina e metronidazol sem melhoria, e progressão com febre. Estudo com colonoscopia sugestiva de colite isquémica; angioTC sem alterações; TC abdominal com enfartes isquémicos do parênquima esplênico e rim direito; ecocardiograma transesofágico com estrutura filamentososa mitral (vegetação vs fibrina). Progressão para PET com expressão na válvula mitral, assumindo-se endocardite com realização de antibioterapia com ampicilina, flucloxacilina e gentamicina (GM). Evolução com apirexia, regressão de parâmetros inflamatórios e normalização do trânsito gastrointestinal. Durante o tratamento início de tonturas, desequilíbrio na marcha e agravamento da acuidade visual. TAC, RM e angioRM cranioencefálica sem alterações; observação por otorrino com exclusão de patologia periférica e por oftalmologia sem alterações. Assumida iatrogenia à GM, corroborada por discussão com Neurologia. Início de reabilitação vestibular e diazepam com melhoria.

A GM é vestibulotóxica por danificar as células ciliadas do ouvido interno. A vestibulopatia bilateral pode apresentar-se com oscilopsia, dado reflexo vestibuloocular deficiente, redução da acuidade visual, tontura e instabilidade na locomoção. Apesar do risco acrescido nos idosos, doenças multissistémicas e com outras terapêuticas ototóxicas não existe dose segura e os níveis séricos não têm valor preditivo do início, ocorrência ou gravidade da vestibulotoxicidade ou cocleotoxicidade. A interrupção pode reduzir a incidência de ototoxicidade vestibular permanente, devendo, quando possível, optar-se pela administração de outros antibióticos. Salientamos a necessidade de diagnósticos cuidadosos face aos riscos iatrogénicos, a importância de conhecer os riscos das decisões terapêuticas, o que os potencia, e a avaliação relação risco/benefício.

CO-0017 - (2080) - QUANDO O RARO VEM EM PARES – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS DE VASCULITE ANCA

Bárbara Lemos¹; Joana Gameiro²; José Oliveira Da Costa²; Natália Marchão²; Iolanda Godinho²; Rui Nogueira²; Estela Nogueira²; Sofia Jorge²; José António Lopes²

1 - Centro Hospitalar de Leiria; 2 - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte

As vasculites ANCA são doenças raras que resultam de inflamação de pequenos vasos, sendo o rim dos órgãos mais afetados. A sintomatologia é inespecífica, sendo o pico de incidência nos meses de inverno.

Com este trabalho pretende-se descrever dois casos que se apresentaram na mesma semana com características distintas.

Caso 1: Mulher, 75 anos, sem antecedentes relevantes, observada por dor abdominal, febre e tosse. Sem alterações ao exame objetivo à admissão. Apresentava aumento dos parâmetros de retenção azotada (ureia 161mg/dl e creatinina 5.99mg/dl; basal 0.6mg/dl) com necessidade de indução dialítica no contexto de sobrecarga hídrica pulmonar. Ecografia renal com rins hiperecogénicos e sedimento urinário ativo. A TC torácica revelou padrão micronodular difuso com espessamento de bainhas broncovasculares, sem hemorragia alveolar. No internamento apresentou quadro de dor torácica com elevação de troponina (2333ng/L) e ECG sem supra-ST, com posterior necessidade de cateterismo. A eletromiografia (EMG) detetou mononeuropatia múltipla. O estudo etiológico de LRA revelou ANCA MPO positivo (1064UQ) e a biópsia renal demonstrou uma glomerulonefrite crescêntica pauci-imune.

Caso 2: Homem, 58 anos, com antecedentes de diabetes, observado por quadro de astenia, anorexia, vómitos e tosse. Apresentava-se hipertenso, com insuficiência respiratória, congestão pulmonar e edema dos membros inferiores. Analiticamente tinha aumento dos parâmetros de retenção azotada (ureia 283mg/dL e creatinina 14.07mg/dL; basal 0.69mg/dl), com necessidade de indução dialítica. Ecografia renal com rins hiperecogénicos e análise de urina com proteínas e eritrócitos. O estudo etiológico demonstrou ANCA MPO positivo (>739UQ) e a biópsia renal revelou uma glomerulonefrite crescêntica pauci-imune. A TC torácica não tinha alterações e a EMG não tinha evidência de neuropatia.

Ambos os casos iniciaram esquema de imunossupressão (IS) com prednisolona, rituximab e ciclofosfamida, sem evidência de recuperação da função renal à data de alta. Apenas o primeiro caso, por ter envolvimento pulmonar, neurológico e cardíaco, tem indicação para IS de manutenção.

Salienta-se a necessidade suspeita clínica perante um quadro de insuficiência renal rapidamente progressiva precedido de um quadro gripal-like. Para além do envolvimento renal grave é crucial identificar envolvimento extra-renal que poderá condicionar a estratégia de IS a longo prazo que é determinante na redução da mortalidade destes doentes.

CO-0018 - (2177) - ARTRALGIAS INFLAMATÓRIAS SOB DUPILUMAB - QUAL A CAUSA?

Laura Ramos¹; Orlando Pedro^{2,3}; Pedro Andrade⁴; Sara Camões⁵

1 - Serviço de Oncologia Médica, IPO-Porto; 2 - Serviço de Anatomia Patológica, ULSM-HPH; 3 - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto; 4 - Serviço de Dermatologia, ULSM-HPH; 5 - Serviço de Medicina Interna, ULSM-HPH

O dupilumab é um anticorpo monoclonal humano IgG4 que inibe a sinalização das interleucinas (IL) 4 e 13, reduzindo a expressão inflamatória tipo 2, pelo que está indicado nos casos de prurigo nodular moderado a severo. Ainda que bem tolerado, estão descritos efeitos adversos que podem levar ao abandono terapêutico.

Apresentamos o caso de um homem de 63 anos caucasiano, com antecedentes de carcinoma prostático (prostatectomia radical em abril/2021, PSA residual) e prurigo nodular generalizado, conhecido desde 2019 e confirmado em biópsia, caracterizado por prurido muito intenso (a condicionar insónia) e múltiplas lesões hipertróficas e escoriadas, com IgE elevada e refratário a medicação tópica, anti-histamínico oral e apenas com melhoria ligeira sob prednisolona (fez até 20mg/d) e azatioprina (200mg/d). Proposto para dupilumab, que iniciou em dezembro/2022, com melhoria franca das lesões cutâneas e do prurido. Doze semanas após começo do fármaco inicia quadro de poliartralgias, com atingimento dos ombros, punhos, interfalângicas proximais, joelhos e ancas, de padrão grosseiramente simétrico e de ritmo misto, com limitação funcional importante e sem resposta completa ao paracetamol ou naproxeno. Referiu episódio de coriza sem febre autolimitado três semanas antes, sem outro contexto epidemiológico. Negou também sintomas constitucionais e outros revendo por aparelhos e sistemas. Objetivamente, dor à palpação articular, sem tumefações aparentes. Estudo analítico (incluindo o imunológico, negativo) e imagem toracoabdominopélvica sem achados de relevo. Assim, considerada provável associação entre artralgias e dupilumab, pelo que foi suspenso. No entanto, sem melhoria das queixas articulares até introdução de prednisolona 20mg/d, que se mantiveram resolvidas com metade da dose. Foi tentado depois omalizumab, sem melhoria do prurigo nodular, pelo que neste momento aguarda aprovação para baricitinib.

As artralgias são efeito adverso reconhecido ao dupilumab, com prevalência até 10%. O mecanismo responsável parece relacionar-se com a ativação da resposta imunológica celular, mediada pelas células Th17 e favorecendo o eixo IL-17/IL-23, sem aparente desenvolvimento de resposta humoral. No entanto, é necessário ter conta o contexto clínico para abordagem diagnóstica – neste caso, tornou-se impreterível descartar causa infecciosa e paraneoplásica, não tendo sido documentada causa autoimune humoral.

CO-0019 - (2210) - ENCEFALITE LÍMBICA AUTOIMUNE A ANTI-LGI1: NEM TUDO É ANSIEDADE!

Carolina Henriques¹; Elisa Caldeira¹; Francisco Barreto¹; Rui Fernandes¹; Sara Nunes Gomes¹; Sofia Almada¹; Vasco Nunes¹; Rubina Miranda¹; Duarte Noronha¹; Teresa Carolina Aguiar¹; Teresa Faria¹

1 - Hospital Central do Funchal, SESARAM EPE

Introdução: A encefalite límbica autoimune (ELA) é uma doença inflamatória rara que envolve os lobos temporais mediais onde se localizam as estruturas do sistema límbico. Tem apresentação subaguda, é caracterizada por défices de memória a curto prazo, convulsões e/ou sintomas psiquiátricos. Vários anticorpos estão descritos na gênese desta patologia. A ELA associada aos anticorpos anti-LGI1 poderá acometer indivíduos de todas as idades e 5% são paraneoplásicas.

Caso Clínico: Homem, 60 anos, autónomo, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2. Com quadro clínico de 3 meses de evolução caracterizado por episódios diários súbitos de palpitações, tremor generalizado, piloereção e sensação de morte iminente. Recorreu a consulta de psiquiatria, interpretado como perturbação da ansiedade e medicado com venlafaxina. Posteriormente, iniciou perda de memória a curto prazo, com afeição franca das atividades de vida diária pelo que recorreu à urgência. À observação, TT 36°, normotenso, orientado na pessoa, desorientado no espaço e tempo. Exame neurológico sem outras alterações. Análises com VS 56 mm, hiponatremia 130mEq/L, PCR <0,6 mg/L. Tomografia computadorizada cranioencefálica (CE) sem achados patológicos. Fez punção lombar (PL) com líquido cefalorraquidiano (LCR) límpido, 2 células mononucleadas, sem bandas oligoclonais. Assim, foi internado e do estudo etiológico destacam-se: função tiroideia normal, Vitamina B12 e ácido fólico normais, ANA e ANCA negativos, VDRL e Ag/Ac HIV 1/2 negativos, exame microbiológico e pesquisa de vírus e bactérias no LCR por biologia molecular negativos. Realizou ressonância magnética CE com lesões intra-parenquimatosas temporais bilaterais com envolvimento dos hipocampos e amígdalas. Deste modo, efetuada PL com pesquisa de anticorpos positiva para LGI1. Assumido o diagnóstico de ELA a Anti-LGI1 e iniciada terapêutica imunossupressora com corticoide e posteriormente, micofenolato de mofetil. Realizou ainda imunoglobulina humana EV e plasmaferese. Por franca melhoria clínica e imagiológica, teve alta do internamento.

Conclusão: A ELA é uma entidade de difícil diagnóstico dada a sintomatologia inespecífica a que se associa e é frequentemente subdiagnosticada. O diagnóstico e tratamento precoces melhoraram significativamente a morbidade e qualidade de vida do doente. Em suma, os autores pretendem demonstrar a importância de considerar este diagnóstico em doentes com sintomatologia psiquiátrica de novo e alteração da memória.

CO-0020 - (2342) - SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE TIPO III COM MANIFESTAÇÃO OCULAR

Ana Rita Antunes¹; Diogo Macedo¹; Inês Pinto¹; Sara Henriques¹; Leonor Silva¹; Bárbara Soeiro¹

1 - CHVNGE - Hospital Centre of Vila Nova de Gaia e Espinho, R. Conceição Fernandes - Vila Nova de Gaia, Portugal

Introdução: As síndromes poliglandulares autoimunes (SPAS) são patologias raras, caracterizadas pela concomitância de duas ou mais doenças endócrinas autoimunes. A síndrome poliglandular autoimune (SPA) tipo III define-se pela presença de doença autoimune da tiróide associada a outras doenças autoimunes, com exclusão do acometimento da glândula suprarrenal.

Caso Clínico: Feminino, 65 anos, natural de Angola, com antecedentes de atrofia óptica auto-imune e hipotireoidismo subclínico, recorreu ao serviço de urgência por vômitos alimentares e diarreia, sem sangue ou muco, com 15 dias de evolução e xeroftalmia. Ao exame objetivo com mucosas desidratadas, abdómen doloroso à palpação, gasimetria arterial com acidose metabólica com anion gap aumentado, cetonémia elevada. Efetuado o diagnóstico inicial de cetoacidose diabética e tratada de acordo. Analiticamente com hemoglobina glicada 14.4%, anti-GAD e anti-TPO positivos, peptídeo C diminuído, anti-tiroglobulina, TSH, T4L, ACTH, cortisol, PTH, eletroforese das proteínas normais. Ecografia da tiróide com glândula regular com ecoestrutura hipoecogénica e heterogénea, esboçando padrão pseudonodular confluyente, em relação com fenómenos de tiroidite. Revendo o processo clínico, doente com diminuição da visão bilateral súbita há 4 anos, interpretada como atrofia óptica auto-imune, com título ANA 1/160, com padrão mosqueado, Anti SS-A positivo, [imunoglobulina G](#) e ECA elevados, anti-aquaporina 4, anti-MOG e mutações de LHON negativas. Efetuado teste de Schirmer normal do olho direito e inconclusivo no olho esquerdo. Tomografia computadorizada do tórax sem alterações e ressonância magnética do crânio com focos de hipersinal discretos inespecíficos.

Assumido quadro de SPA tipo III, tendo sido iniciada insulinoaterapia, sem necessidade de outra terapêutica. Apesar da elevação do anti-SSA e da ECA, interpretados em contexto auto-inflamatório agudo, sendo pertinente a sua repetição e vigilância clínica, pela associação a sarcoidose e síndrome de Sjögren. Atualmente seguida em consulta de medicina interna diabetes e auto-ímenes.

Discussão & Conclusão: Apesar do síndrome poliglandular autoimune tipo III ser o mais frequente, a ocorrência de envolvimento ocular está mais comumente descrita no tipo I. Este caso espelha a associação raramente descrita entre SPA tipo III e manifestações oculares através do diagnóstico sequencial de atrofia óptica auto-imune, diabetes autoimune latente do adulto e tiroidite de Hashimoto eutiroideia.

CO-0021 - (2376) - PNEUMONIA EOSINOFÍLICA - QUANDO A CAUSA ESTÁ NO MEDICAMENTO

Severina Lafuente¹; Nuno Faria¹; Ana Rita Matos¹

1 - Unidade Local Saude Braga

Introdução: As pneumonias eosinofílicas representam um grupo heterogéneo de doenças pulmonares caracterizadas por eosinofilia alveolar (superior a 25%) e/ou eosinofilia periférica. A sua apresentação clínica é muito variada – desde apresentação assintomática até à síndrome de dificuldade respiratória aguda. O diagnóstico exige um elevado grau de suspeição, baseado num padrão clínico-radiológico compatível. São várias as etiologias que podem estar associadas, nomeadamente infeções, fármacos/toxinas, doenças imunológicas, entre outras.

Caso clínico: Homem de 48 anos com colite ulcerosa, medicado com messalazina e azatioprina (este último iniciado 1 ano antes). Avaliado em consulta por hemoptises com 4 meses de evolução. Negava outra sintomatologia, consumo de drogas ilícitas ou viagens recentes. Exame físico sem alterações. Realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax que revelou vidro despolido nos no lobo superior direito e lobo inferior esquerdo. Realizou broncofibroscopia, na qual não foram descritas alterações, e no lavado bronco-alveolar (LBA) foram observados macrófagos com inclusões de pigmento hemossidérico e 27% de eosinófilos. O exame micobacteriológico do LBA foi negativo e a citologia normal. Nas análises, não foram observadas alterações de relevo – nomeadamente, não apresentava eosinofilia e o estudo imunológico foi normal/negativo. O estudo urinário foi normal e o exame parasitológico negativo. Revendo as análises prévias desse último ano, verificou-se que doente tinha apresentado períodos de eosinofilia intermitente (máximo 1500/uL), intercalados com períodos sem eosinofilia. Posto isto, foi realizado o diagnóstico de pneumonia eosinofílica com hemorragia alveolar. Colocou-se a hipótese desta pneumonia ser devida a algum fármaco e foi suspensa a messalazina. Após suspensão do fármaco, o doente apresentou uma melhoria clínica e imagiológica, com cessação das hemoptises e normalização da TC de tórax.

Discussão e conclusão: A pneumonia eosinofílica pode ter várias etiologias e o tratamento varia consoante a causa. Quando este diagnóstico está associado a fármacos/toxinas, a suspensão destes agentes é o suficiente, na maioria dos casos, para a resolução da pneumonia. Neste caso, tanto a messalazina quanto a azatioprina poderiam ser os agentes causadores. No entanto, por uma questão probabilística, optou-se por se suspender primeiramente o fármaco que, dentre esses dois, mais se associa a este diagnóstico.

CO-0022 - (2385) - PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA ADQUIRIDA: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DE UM CASO CLÍNICO COMPLEXO”

Rita Matos Sousa¹; Francisco Simões¹; Diana Lopes¹; Juliana Andrade¹; Ana Filipa Martins¹; Inês Gonçalves¹; Alexandre Carvalho¹; Carlos Capela¹; Rita Matos¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: A púrpura trombocitopénica trombótica adquirida (PTTa) é uma doença rara caracterizada por lesão endotelial e formação de microtrombos nos pequenos vasos. Resulta da produção de anticorpos anti-ADAMTS13, levando a que não ocorra a clivagem dos multímeros do fator de von Willebrand. Pode-se apresentar pela pêntade clássica de febre, anemia hemolítica microangiopática (MAHA), trombocitopenia, alterações neurológicas e lesão renal aguda (LRA). O tratamento baseia-se na plasmafereze (PF) e imunossupressão, devendo a PF ser mantida até haver recuperação das plaquetas.

Caso Clínico: Mulher, 58 anos, com antecedentes de síndrome de Sjogren e gastrite autoimune, recorreu ao hospital por tosse e febre com 1 mês de evolução. Referia, também, diarreia, astenia e aftas orais. As análises mostraram MAHA, trombocitopenia (plaquetas <100000/uL) e LRA (creatinina 2,3 mg/dL). Considerou-se a possibilidade de PTTa (score PLASMIC de 6), confirmada após avaliação da ADAMTS13 (atividade de 0%, inibidor positivo). Iniciou PF, caplacizumab e corticoterapia. Posteriormente, foi adicionado rituximab (RTX). Na 1ª sessão de PF ocorreu episódio de desorientação e cefaleia, completando a pêntade. No decorrer do internamento a doente não voltou a apresentar alterações neurológicas e a função renal normalizou. Após uma melhoria inicial das plaquetas e da hemoglobina (sem normalização) observou-se novo agravamento destas linhas. Não havia evidência de hemólise e a atividade da ADAMTS13 tinha normalizado. Pôs-se a hipótese de haver outro mecanismo a perpetuar a bicitopenia, nomeadamente alguma infeção, síndrome hemofagocítico ou doença hemato-oncológica, mas o estudo realizado excluiu esses diagnósticos. Pensou-se na possibilidade de a bicitopenia ser secundária à própria técnica de PF ou de se dever a toxicidade farmacológica, pelo que suspendeu a PF e o caplacizumab. Após isto ocorreu melhoria paulatina do hemograma até normalização. Completou o esquema de RTX e manteve a prednisolona cuja dose foi sendo diminuída. Teve alta após 1 mês de internamento, com atividade de ADAMTS13 sustentadamente normal.

Discussão e Conclusão: Neste caso, destaca-se a suspeição diagnóstica inicial e a rápida marcha diagnóstica que possibilitou o início atempado do tratamento. Ressalva-se a difícil decisão de suspender a PF numa altura em que a doente ainda apresentava trombocitopenia e da importância que teve nessa decisão a normalização dos parâmetros de hemólise e da atividade da ADAMTS13.

CO-0023 - (2727) - PÚRPURA HIPERGAMAGLOBULINEMICA DE WALDENSTROM

Mariana Nobre¹; Miguel Carrilho¹; Madalena Costa Santos¹; Madalena Carvalho¹;
Ryan Costa Silva¹; Joana Rosa Martins¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Norte

A púrpura hipergamaglobulinemica de Waldenstrom caracteriza-se por púrpura recorrente nos membros inferiores, elevação da velocidade de sedimentação (VS) e gamapatia policlonal. Trata-se de uma forma rara de vasculite leucocitoclástica crónica, mais comum no sexo feminino, podendo categorizar-se em primária ou secundária, frequentemente associada a doenças autoimunes, nomeadamente à presença de Síndrome de Sjögren.

Sexo feminino, 29 anos, com antecedentes de Síndrome de Sjögren e vasculite leucocitoclástica com 5 anos de evolução, previamente medicada com metotrexato sem melhoria. Atualmente sob hidroxicloroquina e prednisolona em dose crescente, sem possibilidade de suspender corticoterapia por lesões cutâneas e artrite recorrentes. Foi admitida por agravamento das lesões purpúricas dos membros inferiores, coalescentes e com extensão à região pélvica e umbilical, dolorosas e associadas a sensação de queimadura, exacerbadas por longos períodos de ortostatismo e pela exposição ao calor, confirmando-se vasculite leucocitoclástica histopatologicamente. Paralelamente, apresentava artrite das articulações metacarpofalângicas e interfalângicas das mãos e agravamento de sintomas sicca. A avaliação laboratorial revelou hipergamaglobulinemia policlonal IgG e IgA, elevação da VS e factor reumatóide positivo, bem como anti-SSA e anti-SSB em altos títulos. Assumido flare de Síndrome de Sjögren com púrpura hipergamaglobulinemica de Waldenstrom, tendo-se iniciado terapêutica com pulsos de metilprednisolona e azatioprina com melhoria clínica. No entanto, quatro semanas após instituição de azatioprina, ainda em fase de titulação paulatina da terapêutica, desenvolveu dor abdominal e vômitos, associados a elevação marcada dos parâmetros de citocolestase. Perante hepatite tóxica a azatioprina, suspendeu-se este fármaco com resolução das alterações clínicas e analíticas. Neste contexto, verificada nova recorrência de vasculite cutânea e corticodependência, pelo que foi realizado rituximab a posteriori com resolução do quadro.

Apesar de apresentar habitualmente um curso benigno e autolimitado, sem necessidade de instituir terapêutica, esta forma de vasculite cutânea pode associar-se à presença de flare da doença autoimune de base e tornar-se persistente, com impacto na qualidade de vida. Neste caso, dada a corticodependência, impossibilidade de realizar azatioprina e ausência de melhoria com metotrexato, optou-se por realizar rituximab com boa resposta.

CO-0024 - (2766) - ANTES QUE A ISQUEMIA PASSE A NECROSE: UM CASO DE OVERLAP

Mariana Belo Nobre¹; Miguel Carrilho¹; Madalena Costa Santos¹; Jorge Félix¹; Ryan Costa Silva¹; Joana Rosa Martins¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Norte

A doença mista do tecido conjuntivo (DMTC) é uma entidade frequentemente aceite como independente, embora se discuta a possibilidade de se tratar de uma síndrome de overlap ou uma fase indiferenciada precoce de outra doença do tecido conjuntivo. O fenómeno de Raynaud (FR) secundário pode condicionar isquemia digital com morbilidade significativa, nomeadamente ulceração, infeção e gangrena.

Sexo feminino, 47 anos, com diagnóstico prévio de síndrome de anticorpos antifosfolípido e DMTC, manifestada por artrite, miosite, sinovite com puffy hands, envolvimento pulmonar e FR, associadas à presença de Anti-RNP e ANA em elevados títulos, com incumprimento terapêutico à exceção de prednisolona e varfarina. Admitida por agravamento de FR com cianose, dor, edema, palidez e diminuição da temperatura persistentes do 2º e 3º dedos da mão direita, associado a úlcera com área de necrose na extremidade distal do 2º dedo. Adicionalmente, com sinovite, alopecia, aftose oral, refluxo gastro-esofágico, doença pulmonar intersticial com alterações restritivas e diminuição da capacidade de difusão de CO₂. Avaliação laboratorial a revelar anemia hemolítica imune, elevação marcada da velocidade de sedimentação, leucopenia, hipocomplementemia e Anti-Ds-DNA positivo. Excluído envolvimento de grandes vasos por doppler arterial. Atualmente a cumprir critérios de diagnóstico de síndrome de overlap de Lúpus Eritematoso Sistémico, Esclerose Sistémica e possível Polimiosite, tendo sido assumido flare da doença de base a condicionar isquemia digital por vasculite e anemia hemolítica. Iniciou pulsos de metilprednisolona, azatioprina e rituximab, associado a nitroglicerina transdérmica e perfusão de iloprost EV durante 5 dias. Por suspeita concomitante de celulite do dedo sem evidência de osteomielite foi iniciada antibioterapia. Verificada melhoria clínica e analítica, nomeadamente do FR com interrupção do processo isquémico, delimitação da área de necrose e resolução da anemia hemolítica, tendo sido submetida a ostectomia com construção de retalho cutâneo.

Perante diagnóstico prévio de DMTC, a instalação posterior de sintomas e alterações analíticas de novo pode preconizar o cumprimento de critérios de diagnóstico de outras doenças autoimunes. A isquemia digital resultante de FR secundário implica realizar terapêutica vasodilatadora e imunossupressora para controlo da doença de base, podendo ser necessária injeção de toxina botulínica ou simpatectomia digital em casos refratários.

CO-0025 - (2518) - ENDOCARDITE INFECCIOSA: QUANDO A EMBOLIZAÇÃO É A PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO

João Marques Macedo¹; Miguel Fidalgo¹; Andreia M Teixeira¹; Diana Isabel Dias¹

1 - ULS Entre Douro e Vouga

Introdução:

O diagnóstico de Endocardite Infecciosa (EI) é desafiante. Os agentes Gram Positivos são os mais comuns, devendo a antibioterapia ser dirigida sempre que possível. O atraso na abordagem terapêutica pode traduzir-se em complicações graves, sendo os critérios de Duke úteis ao diagnóstico. Ainda assim, é necessário um elevado nível de suspeição até ao diagnóstico.

Caso clínico:

Apresenta-se o caso de um homem de 53 anos, com epilepsia conhecida no passado, sem crises há mais de 15 anos. Foi admitido no serviço de urgência por crise tónico-clónica generalizada. Excluídos triggers infecto-metabólicos evidentes e, na ausência de crises recentes, realizou Tomografia Computorizada (TC) contrastada que revelou massa justacortical no giro pré-frontal esquerdo. Solicitada Ressonância magnética (RMN), que identificou lesão expansiva sugestivo de abscesso (17mm de diâmetro transversal). Em 24h iniciou insuficiência respiratória (IR) tipo 1 de novo e TC torácico mostrou enfarte pulmonar do lobo inferior esquerdo. O ecocardiograma transtorácico à cabeceira que não mostrou alterações. Colhidas HC prévias à antibioterapia: negativas. Empiricamente iniciou ceftriaxone, vancomicina, metronidazol e dexametasona e efetuou drenagem do abscesso cerebral por neurocirurgia, tendo sido realizada análise microbiológica do conteúdo drenado (isolado *Prevotella oris*). Repetidas HC – sempre negativas. Perante agravamento de IR, realizado novo TC que revelou enfarte esplénico e dilatação da aorta. Realizado Ecocardiograma transesofágico esclarecedor de vegetação aórtica de 9mm, insuficiência aórtica e comunicação inter-auricular (CIA). A antibioterapia foi dirigida de acordo com o isolamento descrito. Da revisão da história, destacava-se a presença de descontinuidade da placa criviforme descrita na RMN e a presença de cáries em várias peças dentárias. O doente foi submetido a cirurgia de substituição da válvula aórtica, aorta ascendente com conducto e encerramento de CIA. Verificada ainda complicação tardia com pericardite pós cirurgia, com evolução favorável sob corticoterapia sistémica e colquicina.

Discussão e conclusão:

O presente caso recorda-nos a dificuldade no diagnóstico precoce da EI em doentes com HC negativas, bem como a importância do exame objetivo e da integração de achados clínicos (e valorização dos fenómenos embólicos). Trata-se de um caso de EI com workup diagnóstico sinuoso e em que o trabalho multidisciplinar culminou numa favorável reabilitação.

CO-0026 - (2550) - DOENÇA DE CHAGAS

Catarina Távora¹; Beatriz Fernandes¹; Helder Pinheiro¹; Fernanda Ferreira¹; Joana Rodrigues Dos Santos¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais

Introdução

A Doença de Chagas, endêmica em 21 países da América Latina, é frequentemente sub-diagnosticada. Cerca de 20-40% das pessoas infetadas desenvolvem doença cardíaca e/ou gastrointestinal. O diagnóstico e tratamento precoces previnem algumas das complicações da doença.

Caso clínico

Homem de 47 anos, natural de Minas Gerais, a residir em Portugal há 23 anos.

Três meses antes do internamento iniciou náuseas e vômitos pós-prandias; cansaço e dispneia para esforços progressivamente menores, dispneia paroxística noturna, ortopneia e perda ponderal de 10kg (12,5 % do peso corporal). Neste tempo recorreu 2 vezes ao Serviço de Urgência (SU) pelas queixas gastrointestinais tendo tido alta com terapêutica sintomática. Na terceira vinda ao SU, motivada por vômitos e mal-estar geral, destacava-se elevação da enzimologia hepática e, na TC abdomino-pélvica, cardiomegalia; trombo mural no ventrículo esquerdo (VE); áreas de enfarte do rim direito e fígado de dimensões aumentadas sem dilatação das vias biliares. No ecocardiograma observou-se dilatação do VE, com espessura parietal normal e hipocinesia global importante com fração de ejeção do VE (FEVE) estimada < 20%; trombo mural apical móvel no interior do VE.

O doente iniciou terapêutica para a insuficiência cardíaca (IC) com FEVE reduzida e anticoagulação.

Durante o internamento colhida a história familiar apurando-se história familiar de Doença de Chagas.

Ao 5º dia de internamento instalou-se alteração súbita da linguagem. Fez angioTC de crânio que revelou oclusão do segmento M1 da artéria cerebral média esquerda, tendo sido submetido a terapêutica endovascular. Face ao quadro clínico foi posta esta hipótese diagnóstica que foi confirmada por serologias e pesquisa DNA de *Trypanosoma Cruzi* positivas.

A ressonância magnética cardíaca confirmou miocardiopatia dilatada com envolvimento biventricular e compromisso grave da FEVE. Foi otimizada a terapêutica médica da IC de FEVE reduzida e aguarda consulta de transplante cardíaco.

Realizou estudo do trânsito esofágico, sem alterações, assumindo-se as queixas gastrointestinais em contexto das alterações da motilidade gastrointestinal típicas da doença de Chagas.

**CO-0027 - (2583) - PRURIDO:
NEM TUDO É ESCABIOSE.**

Maria Carolina Silva¹; Rodrigo Neves Brandão¹; Anna Sukhoviyy¹; Miguel Monteiro¹; Daniela Madeira¹; Teresa Branco¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A Toxocaríase, também conhecida como larva migrans visceral, é uma infecção causada por um parasita nemátode do género *Toxocara* spp., cujos hospedeiros definitivos são o cão e o gato. O ser humano é um hospedeiro acidental, que pode contrair a infecção através da ingestão de ovos, provenientes da matéria fecal de cães e gatos, presentes no solo ou em alimentos não cozinhados ou pela ingestão de carnes mal cozinhadas de animais contaminados.

Caso clínico: Homem de 77 anos com história médica conhecida de etilismo crónico e stress pós traumático, residia sozinho em casa sem condições de salubridade com evidência de existência de ratos e pulgas. Deu entrada no serviço de urgência por dorsolombalgia bilateral. Negava febre, tosse, queixas urinárias ou trauma. À observação encontrava-se hemodinamicamente estável e apresentava lesões cutâneas eritemato-descamativas muito pruriginosas dispersas com predomínio nos membros inferiores. Analiticamente destacava-se leucocitose de 11.9×10^9 leucócitos/L, PCR 7.30 mg/dL e urina II com nitritos positivos. Foi assumido o diagnóstico de cistite e iniciada antibioterapia dirigida para *Staphylococcus aureus* isolado em urocultura e hemoculturas. Após antibioterapia, verificou-se febrícula com vários dias de espaçamento e subida de parâmetros inflamatórios. Destacou-se também eosinofilia de 31,5% e IgE 9900 UI/mL.

Discussão: Tendo em conta o prurido, as alterações cutâneas e as poucas condições socio-habitacionais, foram pedidas serologias de parasitas que positivaram para *Toxocara* spp. - Larva Migrans visceral, pelo que se assumiu o diagnóstico. Foi observado pela oftalmologia para exclusão de envolvimento ocular e foi realizada punção lombar para exclusão de envolvimento neurológico pelo parasita, ambos negativos. Iniciou tratamento com Albendazol durante 5 dias, com melhoria clínica e analítica.

Conclusão: Apesar de ser uma doença mais prevalente em crianças pela maior exposição ambiental, este caso reforça a importância da suspeita de uma doença parasitária em adultos com contexto epidemiológico sugestivo e com eosinofilia de causa não esclarecida.

CO-0028 - (2659) - UM CASO RARO DE ESPONDILODISCITE A STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS

Mafalda Leal¹; Beatriz Sampaio¹; Beatriz Barata¹; Ana Catarina Pina Pereira¹; Maria Rebelo¹; Inês Urmal¹; Jorge Frade¹; Felisbela Gomes¹; Madalena Lisboa¹

1 - ULS de São José - Hospital Santo António dos Capuchos

O *Streptococcus constellatus* pertence ao grupo dos *Streptococcus Anginosus* colonizando a orofaringe, tracto gastrointestinal e vagina. As infeções associadas a este grupo são mais comuns em doentes imunodeprimidos e em locais como a pele, orofaringe e abdómen. As infeções do tecido ósseo e músculo-esquelético são raras, sendo mais frequentes por disseminação direta, ao nível da cabeça e pescoço. As espondilodiscites a *Streptococcus Constellatus* são muito raras, estando, até ao momento descritos apenas 3 casos em adultos na literatura.

Mulher de 81 anos de idade, previamente autónoma, com antecedentes de neoplasias síncronas do cólon, GIST e mama, atualmente em recidiva tumoral da neoplasia da mama sob imunoterapia, recorre ao serviço de urgência por quadro com 1 mês de evolução de lombalgia e perda progressiva da autonomia. Nos últimos 3 dias com quadro de febre e confusão. À observação encontrava-se pálida, desidratada e com discurso confuso. Apirética, normotensa e taquicárdica, sem outras alterações de relevo. No SU dos exames realizados salienta-se apenas analiticamente subida de parâmetros inflamatórios. Colheu hemoculturas e iniciou ceftriaxone empírico. Isolamento em hemoculturas de *Streptococcus constellatus*. Em internamento realizou TC-TAP e ecocardiograma com exclusão de foco infeccioso. Pelas queixas de lombalgia realizou TC e RM da coluna com aspectos sugestivos de espondilodiscite L2-L3, com componente de natureza tecidular epidural e foraminal esquerdo e sinais de miosite do psoas (bilateral), sem coleções abecedadas. Sem indicação para abordagem cirúrgica, pelo que cumpriu 6 semanas de antibioticoterapia dirigida com melhoria clínica e analítica progressiva.

Com este caso pretendemos alertar para uma focalização muito rara de uma bacteriémia a este agente, sendo a lombalgia uma sintomatologia chave neste caso, mas muitas vezes desvalorizada e associada a quadros degenerativos em doentes idosos.

CO-0029 - (2677) - A DANÇA DOS PARASITAS

Valentim Rodrigues¹; Sergey Zagidulin¹; Patrícia Gomes Santos¹; Joana C F Lima¹; Ana Melício¹; António Martins Batista¹

1 - ULS Santa Maria

INTRODUÇÃO

A filaríase linfática (FL) é uma infeção do sistema linfático na qual as filárias (parasita) são transmitidas por mosquitos (vetor) ao homem (hospedeiro definitivo), ocorrendo principalmente em áreas tropicais e subtropicais. Cerca de 1/3 dos doentes desenvolve sintomas (agudos: linfangite, linfadenite e dermatolinfangioadenite agudas, febre e eosinofilia pulmonar tropical | crónicos: linfedema, hidrocelo e quilúria). A infeção crónica dos vasos linfáticos provoca disfunção linfática e as infeções cutâneas são uma complicação comum e contribuem para o desenvolvimento da elefantíase.

CASO CLÍNICO

Homem, 44 anos, natural de Angola, a residir em Portugal há 2 anos, com quadro de edema assimétrico do membro inferior esquerdo (MIE) com 1 ano de evolução. Cerca de 1 mês antes de recorrer ao Serviço de Urgência (SU), realizou viagem a Angola, referindo agravamento do edema descrito associado a dor e febre com início 1 semana após a viagem. Por suspeita de celulite realizou antibioterapia com melhoria da dor mas agravamento progressivo do edema, motivo pelo qual recorreu ao SU. À observação com edema duro assimétrico do MIE e analiticamente com elevação de D-dímeros. Por suspeita de trombose venosa realizou ecodoppler sem evidência de trombose. Realizada TC do MIE com franca densificação dos planos adiposos.

Por suspeita de filaríase é internado e realiza esfregaço de sangue periférico sem microfilárias observadas. Realizada pesquisa de microfilárias por exame direto em gota espessa (positivo) e ecografia dos vasos linfáticos com sinal da “dança das filárias”. Assim, instituída terapêutica com doxiciclina durante 6 semanas com benefício.

DISCUSSÃO

O diagnóstico consiste na identificação das microfilárias em amostra de sangue ou biópsia do tecido linfático. Ecograficamente os parasitas adultos podem ser vistos a mover-se nos vasos linfáticos. O tratamento depende do tipo de parasita, contudo por norma inclui doxiciclina ou ivermectina±dietilcarbamazina. Nos casos de linfedema incapacitante ou hidrocelo, a cirurgia é uma opção, embora com benefício a longo termo incerto. Nos países endémicos, a OMS tem um programa para a eliminação da FL com administração periódica de antiparasitários.

CONCLUSÃO

A filaríase linfática é uma entidade rara fora das regiões endémicas, no entanto em doentes com estadias recentes em zonas de risco e com edema unilateral com longa duração, deve ser considerada, principalmente se já excluídas outras causas.

CO-0030 - (2636) - ADENOPATIAS EM ESTUDO – UM MUNDO DE POSSIBILIDADES

Catarina Rodrigues Da Silva¹; Miguel Lázaro Mendes¹; Dora Gomes¹;
Maria Do Céu Coelho¹; Edite Nascimento¹

1 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: As adenopatias sem causa óbvia após história clínica e exame físico representam um dilema diagnóstico, com várias potenciais etiologias, das quais se destacam infecciosas, neoplásicas e autoimunes. O presente caso aborda o estudo de adenopatias numa doente com um diagnóstico pouco expectável.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, de 76 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, enviada à consulta de Medicina Interna após realização de ecografia da tiroide com evidência de nódulo de 6 mm suspeito de malignidade no lobo esquerdo e múltiplas adenopatias cervicais à esquerda. Do ponto de vista clínico, a destacar perda ponderal não quantificada no último mês, anorexia e astenia. Negava contacto frequente com animais ou viagens recentes. Analiticamente sem alterações, nomeadamente com serologias negativas e marcadores tumorais sem alterações. Realizada TC cervico-toraco-abdomino-pélvica com evidência de adenopatias à esquerda a nível jugular posterior, jugular anterior e supraclavicular, e nódulo hipodenso no lobo esquerdo da tiroide, sem outras alterações. Realizou biópsia do nódulo tiroideu compatível com microcarcinoma - avaliada por Cirurgia Geral, com indicação para vigilância. Realizada biópsia excisional de gânglio cervical com evidência de linfadenite granulomatosa, com necrose supurativa e granulomas, compatível com inflamação granulomatosa necrotizante por *Bartonella henselae*. Foi excluído atingimento sistémico. A doente iniciou terapêutica com azitromicina, sendo que, à reavaliação imagiológica, apresentava uma regressão praticamente total das adenopatias.

Discussão: A *Bartonella henselae* é o agente responsável pela Doença da Arranhadura do Gato, que se manifesta essencialmente por linfadenopatia, com eventual envolvimento sistémico, nomeadamente ocular, SNC, musculoesquelético e cardíaco. Neste caso a principal hipótese diagnóstica inicial foi neoplásica, associada ao nódulo tiroideu provavelmente neoplásico já identificado. No entanto, a biópsia excisional do gânglio revelou um diagnóstico totalmente diferente e pouco expectável.

Conclusão: Salienta-se no presente caso o diagnóstico pouco expectável, discutindo-se diagnósticos diferenciais e a investigação diagnóstica levada a cabo.

CO-0031 - (2270) - DESAFIOS DIAGNÓSTICOS EM PACIENTES IMUNOSSUPRIMIDOS: CASO DE ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA

Beatriz Gamito Gonzaga¹; Inês Gaspar¹; Jorge Gama Prazeres¹

1 - ULS Santa Maria - Hospital de Santa Maria

Introdução: A abordagem e tratamento do doente imunossuprimido representam um desafio para o internista. A multiplicidade de diagnósticos, nem sempre óbvios, dificultam o diagnóstico e as decisões terapêuticas.

Caso clínico: Mulher, 89 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, hipotireoidismo pós tireoidectomia total e insuficiência venosa. Doente com internamento prévio no Serviço de Gastrenterologia por hemorragia digestiva com ponto de partida em angiectasias duodenais. Nesse internamento, identificada pancitopenia grave, com necessidade de suporte transfusional e factor estimulador de colónias de granulócitos (G-CSF). Avaliação posterior, em ambulatório, a diagnosticar anemia aplástica. Regressa ao SU dias depois da alta por pico febril (38,6°C) com diminuição do débito urinário nas últimas 24h. Ao exame objetivo com equimoses na região abdominal pós traumáticas e fleimão inguinal. Admitida por neutropénia febril com foco em fascíte superficial do membro inferior direito com ponto de partida em celulite da região inguinal direita secundária a venopunções femorais de internamento prévio complicada com bacteriémia a *Pseudomonas aeruginosa*, e com evolução favorável sob antibioterapia dirigida.

Com recrudescência de febre, associada a elevação dos parâmetros inflamatórios em D10 de internamento. Alargado espectro de antibioterapia para meropenem e vancomicina, sem resposta clínico-laboratorial. Rastreio séptico inocente, imagiologicamente com Rx de tórax com múltiplas imagens nodulares e TC com imagens sugestivas de aspergilose pulmonar invasiva. Apesar de instituição de antifúngico, sem melhoria, tendo a doente vindo a falecer dias depois. Confirmação de diagnóstico post-mortem com galactomannan positivo.

Discussão/conclusão: Nem sempre o diagnóstico é o mais evidente, este caso explana a importância da avaliação cuidadosa do doente imunossuprimido, especialmente após falência terapêutica. Embora a aspergilose seja frequente neste grupo, o diagnóstico pode ser dificultado pela existência de fatores confundentes como, neste caso, a concomitante intercorrência infecciosa com foco cutâneo.

CO-0032 - (4595) - COLANGITE ESCLEROSANTE SECUNDÁRIA A ASCARIS LUMBRICOIDES

Jéssica Abreu¹; Daniela Mateus¹; Joana Pereira¹; Tânia Mendes¹; Carolina Gomes¹; João Barroso¹; Gilda Nunes¹; Mariana Machado¹

1 - Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução

Ascaris lumbricoides, um dos responsáveis por ascaríase, uma infeção parasitária comum do trato gastrointestinal, é transmitido através do consumo de água e comida contaminada. É maturado e eclodido em larvas no estômago, disseminando-se para os pulmões, fígado ou pâncreas. O envolvimento hepatobiliar pode complicar com colangite, colecistite e pancreatite aguda. O diagnóstico é clínico e requer alta suspeição. A microscopia das fezes pode ser negativa se a infeção tiver menos de quarenta dias ou por larvas machos. O tratamento com benzimidazóis tem uma elevada eficácia nos parasitas maduros, sendo a recorrência rara.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 66 anos, com história prévia de colangite aguda e coledocolitíase. Em 2021 realizou colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) onde se identificou uma estrutura tubular de etiologia desconhecida, muito sugestiva de prótese biliar ocluída, removida com resolução do quadro.

Passado um ano, recorreu ao serviço de urgência por dor no hipocôndrio direito, icterícia, colúria, e perda de peso, com três semanas de evolução. Analiticamente com citocolestase hepática e elevação parâmetros de fase aguda, impondo-se diagnóstico de colangite esclerosante. Excluiu-se etiologia autoimune, vírus hepatotrópicos, hidatidose, esquistossomose, toxocaríase. A pesquisa de ovos e parasitas nas fezes foi negativa.

A tomografia computadorizada abdomino-pélvica revelou densificação da gordura no hilo hepático adjacente à confluência das vias biliares intra-hepáticas. A ecografia hepática e o estudo por colangioRM foram irrelevantes.

Persistindo o quadro e inconclusividade etiológica, realizou biópsia hepática que identificou sinais de hepatite aguda com padrão colestático e colangite com fibrose moderada.

Realizou, então, ecoendoscopia onde se visualizou parasita mumificado nas vias biliares intra-hepáticas. Repetiu CPRE não sendo possível a resolução endoscópica.

Admitindo-se colangite esclerosante secundária por *Ascaris lumbricoides* e iniciou terapêutica com Albendazol. Propôs-se transplante hepático, no entanto, o doente faleceu em consequência de colestase e caquexia graves.

Discussão e Conclusão

Ascaris lumbricoides é uma causa incomum de colangite esclerosante em países não endémicos, sendo o diagnóstico desafiante. Nos raros casos cujo tratamento médico e minimamente invasivo não são eficazes, o transplante hepático pode ser uma alternativa.

CO-0033 - (2091) - CARDIOMIOPATIA PERIPARTO: GESTÃO PARTICULAR

Andreia Sá Lima¹; Mariana Nunes²; Sónia Fernandes¹; Leonor Marques¹; Luísa Guerreiro¹

1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos; 2 - Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A cardiomiopatia periparto (CMPP) define-se por insuficiência cardíaca (IC) decorrente da disfunção sistólica que se desenvolve geralmente no último mês de gestação ou nos primeiros 5 meses de puerpério, sem evidência de doença cardíaca pré-existente. O desafio diagnóstico reside na sobreposição de alterações fisiológicas da gravidez com os sintomas de IC.

Caso clínico: Mulher de 32 anos, com fatores de risco vascular incluindo tabagismo, obesidade e diabetes gestacional, e com história de gestação prévia sem complicações há 8 anos. Recorre por duas vezes ao Serviço de Urgência por clínica de 3 dias de evolução de dispneia progressiva, ortopneia e edema periférico, suspeitando-se de CMPP no 9º dia do puerpério da segunda gestação. Do estudo realizado destaca-se derrame pleural bilateral, infiltrados bilaterais radiográficos, eletrocardiograma com amputação das ondas R nas derivações precordiais, elevação significativa do NT-proBNP e marginal de troponina I de alta sensibilidade. O ecocardiograma transtorácico mostra disfunção sistólica moderada do ventrículo esquerdo, associado a insuficiência mitral moderada e derrame pericárdico de pequeno volume sem sinais de compromisso hemodinâmico. A ressonância magnética cardíaca foi realizada com o objetivo de excluir doença cardíaca pré-existente, em particular o diagnóstico de perimiocardite, considerando a suspeita originada pela síndrome gripal ocorrida previamente e pela presença de derrame pericárdico. Por apresentar IC aguda, foi privilegiado o descongestionamento com diurético e vasodilatador e posteriormente a introdução de fármacos modificadores de prognóstico. Em decisão conjunta com a doente, atendendo ao grau de disfunção ventricular, a bromocriptina foi administrada por uma semana para inibir a lactação, acompanhada de heparina de baixo peso molecular para mitigar o risco protrombótico. Paralelamente, foi promovida a cessação tabágica recorrendo a terapêutica de substituição de nicotina.

Discussão & Conclusão: Este caso destaca particularidades na gestão da CMPP, nomeadamente o uso de bromocriptina. Embora a fisiopatologia da doença ainda não seja totalmente compreendida, a evidência atual sugere o benefício da bromocriptina na melhoria da função cardíaca, considerando o possível papel do excesso de atividade hormonal na CMPP. Além disso, a cessação da lactação proporciona a oportunidade de introduzir fármacos contraindicados durante a amamentação, como espirolactona e ARNi.

CO-0034 - (2331) - UM CORAÇÃO PARTIDO

Márcia Presume¹; Inês Andrade¹; Beatriz Ferreira¹; Francisca Dâmaso¹; Margarida Ribeiro¹; Francisca Ferraz Liz¹; Susana Jesus¹; Cândida Fonseca¹

1 - Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO: O síndrome de takotsubo (STT) é uma forma transitória de disfunção do ventrículo esquerdo, desencadeada por um trigger físico ou emocional, reconhecendo-se a sua associação com a patologia psiquiátrica. Tipicamente caracterizado por dor retroesternal, dispneia e/ou síncope, com elevação dos marcadores de necrose miocárdica e ECG com supradesnivelamento-ST nas derivações pré-cordiais anteriores. É fundamental o diagnóstico diferencial com enfarte agudo do miocárdio (EAM), requerendo elevado nível de suspeição clínica.

CASO CLÍNICO: Homem, 62 anos, história psiquiátrica importante e tabagismo ativo (150UMA), com 4 idas ao serviço de urgência (SU) no último mês, por mal-estar geral e ansiedade. Recorreu ao SU a 28/08 por queda na noite prévia, associada a mal-estar geral. À observação, agitado, com discretos fervores crepitantes bibasais à auscultação e edema dos membros inferiores. Analiticamente: leucocitose $14 \times 10^9/L$, TnT-us 1390ng/L, NT-proBNP 5886pg/mL e PCR 8.3mg/dL. ECG com supra-ST de V1-V3. Ecocardiograma transtorácico com FEVE de 35-40% e hipocinésia septal médio-distal, apical e médio-distal da parede ântero-lateral. Admitido o diagnóstico diferencial de STT vs EAM sem dor torácica, tendo iniciado terapêutica antitrombótica tripla e foi ajustada a terapêutica psiquiátrica. Evoluiu com clínica de insuficiência cardíaca aguda (ICa), com necessidade de terapêutica diurética e iniciou terapêutica modificadora de prognóstico. Foi internado no serviço de medicina. Realizou Angio-TC coronária sem alterações. Melhoria clínica e regressão das alterações no ECG, tendo realizado RMN cardíaca a revelar edema miocárdico sobretudo nos segmentos apicais, achados compatíveis com STT, com recuperação da fração de ejeção. Doseamento metanefrinas urinárias negativo, excluindo-se feocromocitoma. Admitido o diagnóstico de STT, a condicionar ICa com FEVE reduzida transitória, em doente com patologia psiquiátrica e crises de ansiedade frequentes.

CONCLUSÃO: O STT pode ser indistinguível do EAM, tornando-se num verdadeiro desafio diagnóstico. As alterações ecocardiográficas típicas, a RM cardíaca e a sua reversibilidade são fundamentais na confirmação diagnóstica. Por se tratar de um distúrbio transitório, geralmente é gerido com terapêutica conservadora e resolução do trigger inicial. Apesar de previamente considerada uma doença benigna, alguns doentes evoluem para ICa e choque cardiogénico, com aumento substancial da mortalidade.

CO-0035 - (2336) - FÍSTULA AURÍCULO-ESOFÁGICA – UMA COMPLICAÇÃO RARA DA ABLAÇÃO DA FIBRILHAÇÃO AURICULAR POR CATETER.

Bogdana Darimits¹; Inês Moura¹; Adriana Henriques¹; Fabiana Pimentel¹; Sara Leitão¹; Lèlita Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde de Coimbra, EPE

INTRODUÇÃO: A fístula aurículo-esofágica é uma complicação rara e potencialmente fatal, da ablação por cateter da fibrilhação auricular (FA), com uma incidência entre 0,04 – 0,2%. Ocorre geralmente entre a 1ª e a 4ª semanas após o procedimento, e pode cursar com febre, dor torácica, sintomas neurológicos ou hemorragia gastrointestinal. A sobrevivência depende do diagnóstico precoce e intervenção cirúrgica imediata.

CASO CLÍNICO: Mulher, 75 anos, autónoma, admitida por toracalgia à direita com 4 dias de evolução, irradiação dorsal, agravada pelos movimentos, inspiração profunda e tosse, sem alívio com inclinação anterior do tronco. Referia também tosse seca, negando dispneia, febre ou outras alterações. Tinha sido submetida à ablação por cateter da FA paroxística no dia anterior ao início dos sintomas que foram interpretados no contexto do procedimento, sem gravidade. Ao exame objetivo apresentava, auscultação cardíaca arritmica, frequência 120-160bpm, sem outras alterações. Tinha hipocaliemia e parâmetros inflamatórios em perfil ascendente, radiografia do tórax com infiltrado peri-hilar à dta e cisurite, achados sobreponíveis aos da alta da cardiologia. Foi internada sob antibioterapia, com o diagnóstico de pneumonia da base dta. No internamento manteve FA com resposta ventricular rápida e queixas de mal-estar que não sabia caracterizar. Ao 5º dia surgiu, episódio de agitação e intensa dorsolombalgia à dta, evoluindo rapidamente para obnubilação e coma (EG 3). Realizou TC-CE que identificou isquemia recente no território distal da ACM/ACP e êmbolos gasosos. Na suspeita de fístula aurículo-esofágica foi realizada Angio-TC de tórax que não identificou nenhuma alteração. Manteve tratamento de suporte, vindo a falecer 48h depois. Em autópsia foi confirmado o acidente vascular cerebral isquémico com origem em embolias gasosas para o sistema nervoso central, em contexto de fístula entre a aurícula esquerda e o esófago distal. Foi também encontrado líquido pleural hemático e sangue no esófago distal.

DISCUSSÃO e CONCLUSÃO: A dor e o desconforto torácico são queixas esperadas após a ablação da FA por cateter, sendo habitualmente autolimitadas e sem gravidade. Contudo a persistência ou agravamento dos sintomas obriga ao diagnóstico diferencial. Sendo rara, a fístula aurículo-esofágica deve ser sempre considerada, o prognóstico depende da identificação e tratamento atempados.

CO-0036 - (2394) - DEPRESSION AND HEART FAILURE - THE INCIDENCE OF DEPRESSIVE SYMPTOMS ASSESSED BY THE PHQ9 AND THEIR ASSOCIATION WITH HF OUTCOMES

Joana Certo Pereira¹; João Presume¹; Inês Araújo²; Rita Carvalho¹; Bruno Pepe¹; Catarina Rodrigues²; Célia Henriques²; Filipa Marques²; Renato Guerreiro²; Cândida Fonseca²

1 - Hospital de Santa Cruz; 2 - Hospital São Francisco Xavier

Background:

Depression is a prevalent, debilitating, and potentially modifiable comorbidity that affects heart failure (HF) patients and is associated with increased mortality and morbidity. Current HF guidelines recommend addressing depression using questionnaires, including the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), which is a 9-item questionnaire that can be self-administered in less than 3 minutes.

Objectives:

To evaluate the performance of PHQ-9 in a Portuguese cohort of HF patients and present a practical approach for the screening and management of depression in patients with HF.

Methods:

We conducted a prospective study enrolling consecutive patients observed in the HF clinic from June 2022 to August 2022. Patients answered the PHQ-9 before the beginning of the appointment, during which the physician evaluated the results and managed them according to the suggested protocol. – figure 1. We then evaluated the severity of depression by PHQ-9 at baseline and its association with the levels of serum NT-proBNP, the severity of HF symptoms, and the incidence of a composite of all-cause mortality and HF exacerbation at 90-days follow-up.

Results:

A total of 124 patients were observed in the HF consultation and answered PHQ-9: mean age of 74±12,1years, 68% (n=84) male, 82% (n=102) with NYHA I-II, 48% (n=60) with preserved ejection fraction, 23% (n=29) with a previous diagnosis of depression and on antidepressant therapy.

After the evaluation of PHQ-9, 52% (n=65), 27% (n=33), 10% (n=12), 8% (n=10) and 3% (n=4) had minimal, mild, moderate, moderately severe, and severe depression symptoms, respectively.

In the no previous depression diagnosis group, 49% (n=46) had at least mild depressive symptoms.

The presence of depressive symptoms was associated with higher levels of serum NT-proBNP ($r=0.31$; $p<0.001$) and worse HF symptoms assessed by the NYHA classification ($p<0,001$). Patients who met the composite outcomes (death or HF exacerbation) during follow-up had a significantly higher PHQ-9 score (10 ± 7 vs. 5 ± 5 ; $p<0,001$).

Conclusions:

This study confirmed the high prevalence of depressive symptoms in this real-world cohort of HF patients and demonstrated that screening for depressive symptoms can be efficiently integrated in the HF consultation. A higher burden of depressive symptoms was associated with higher serum NT-proBNP, more severe symptoms and higher incidence of death or HF admissions.

CO-0037 - (2438) - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA E DOENÇA DE GRAVES – UMA COMBINAÇÃO RARA

Cláudia C. Sousa¹; Carolina Olim¹; Matilde Vieira Ferreira²; Maria Eduarda Moniz¹; Catarina Teles Neto¹; Manuela Lélis¹; Teresa Faria¹

1 - Serviço de Medicina Interna, SESARAM EPERAM, Funchal, Região Autónoma da Madeira; 2 - Serviço de Cardiologia, SESARAM EPERAM, Funchal, Região Autónoma da Madeira

A insuficiência cardíaca (IC) surge por alterações estruturais e/ou funcionais que se manifestam por sintomas cardinais como dispneia, cansaço e edemas periféricos. Tendo em conta a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), os fenótipos de apresentação podem ser reduzida (FEVE \leq 40%), moderadamente reduzida (FEVE 41-49%) e preservada (FEVE \geq 50%) (1). A doença coronária e a hipertensão arterial são os principais fatores de risco.

A doença de Graves é uma patologia autoimune caracterizada por manifestações tiroideias e extratiroideias. A cardiomiopatia de Graves é uma manifestação rara.

Apresentamos o caso de uma mulher de 49 anos, sem antecedentes relevantes, que recorreu ao serviço de urgência por dispneia para esforços, ortopneia e edemas com duas semanas de evolução. Encontrava-se polipneica, taquicárdica, hipertensa, com escleróticas ictericas e em anasarca. Salientava-se também tiroide aumentada à palpação. O electrocardiograma mostrou fibrilhação auricular (FA) com resposta ventricular rápida (170bpm). Analiticamente a relevar hiperbilirrubinemia, elevação marcada do péptido natriurético (NTproBNP) e TSH suprimida com FT3 e FT4 elevadas. O ecocardiograma transtorácico mostrou depressão da FEVE, dilatação biauricular significativa e insuficiência tricúspide moderada. Perante estes achados de tirotoxicose iniciada terapêutica de controlo de frequência e anti tiroideia. Houve necessidade múltiplos ajustes terapêuticos por difícil controlo da taquicardia. Os anticorpos antitiroideus foram positivos diagnosticando-se doença de graves. Observou-se progressiva melhoria clínica, analítica e ecocardiográfica.

As hormonas tiroideias regulam múltiplas funções cardiovasculares podendo afectar o miocárdio, o sistema de condução e a vasculatura periférica. A principal causa de tirotoxicose é doença de graves e menos de 1% dos doentes apresenta clínica de insuficiência cardíaca aguda. A tempestade tiroideia é a manifestação mais severa da tirotoxicose caracterizando-se por disfunção de órgão. Apesar da taquicardia sunusal ser o distúrbio electrocardiográfico mais comum, a FA ocorre em 10-25% dos casos. Este caso mostra a importância de considerar o hipertiroidismo como causa de insuficiência cardíaca uma vez que é tratável e as suas complicações podem ser reversíveis.

CO-0038 - (2630) - PULMONARY EMBOLISM AS A CONSEQUENCE OF PELVIC CONGESTION SYNDROME

Filipa Santos¹; Gil Magalhães¹; Tiago Rosa¹; Beatriz Exposito¹; Fernanda Linhares¹; Marta Lisboa¹; Fernando Salvador¹

1 - Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Chaves

Introduction:

Pelvic Congestion Syndrome (PCS) is an overlooked common cause of chronic pelvic pain, particularly in multiparous women. It is possible, but not frequent, for a thrombus formed in the dilated pelvic vessels to migrate to the lungs and cause a pulmonary embolism (PE). Ovarian vein thrombosis (OVT) is an unusual cause of PE, with very few cases being reported to date, and it has been associated with pregnancy, inflammation, malignancy and other hypercoagulable states such as Coronavirus disease 2019 (COVID-19).

Case report:

A 63-year-old G2P2 female with history of Sjogren's Syndrome presented with dry cough for the last week, New York Heart Association (NYHA) class III dyspnea and anterior pleuritic chest pain for the last 3 days. There was no history of fever, leg swelling or other symptoms. In addition, patient mentioned moderate chronic pelvic pain for the last few months. On examination, patient was hemodynamically stable, afebrile and eupneic at room air, with normal cardiopulmonary auscultation. Analytical study was normal except for elevated troponin and D-dimer. SARS-COV-2 PCR test was positive, with high Ct values, but antigen testing was negative and past infection was presumed. Electrocardiography was unremarkable except for T wave inversion in V1-V4 and echocardiogram revealed right ventricular dysfunction with signs of pulmonary hypertension. CT pulmonary angiogram confirmed extensive acute bilateral pulmonary thromboembolism. The calculated severity index (PESI) was 83. Pelvic CT scan showed dilation of the pelvic venous territory, with ectasia of the left ovarian vein (10 mm) along its entire course.

OVT is generally treated with anticoagulation and antibiotics if an infection is suspected. In this case, our patient initiated anticoagulation treatment and followed up with vascular surgery and immunohemotherapy consults after discharge.

Discussion/Conclusion:

PCS is a rare cause of pulmonary embolism and should be suspected in multiparous females presenting without deep vein thrombosis. Hypercoagulable states such as COVID-19 disease have been associated with OVT, which is a fundamental entity to identify. Therefore, symptoms like chronic pelvic or abdominal pain as well as patient history should always be taken into account when establishing the etiology of PE.

CO-0039 - (2598) - ASSOCIAÇÃO ENTRE O TEMPO EM SALA DE OBSERVAÇÃO E OUTCOMES DO INTERNAMENTO

Matilde Coimbra¹; Joana Nunes¹; Pedro Gaspar¹; Catarina Couto¹; Carolina Saca¹; Fábio Henriques¹; Maria Carolina Carvalho¹; Mónica Baptista Lopes¹; José Delgado Alves^{1,2,3}; Frederico Batista^{1,2}; Catarina Favas^{1,2}

1 - Hospital Fernando Fonseca; 2 - Unidade de Doenças Imunomediadas Sistémicas; 3 - Nova Medical School

Introdução: O overcrowding - desequilíbrio entre a procura dos cuidados de saúde e a ausência de camas hospitalares - está associado ao aumento do tempo de espera, do tempo de internamento e da morbimortalidade, ao atraso no atendimento e à diminuição da qualidade do atendimento e da satisfação do doente.¹

As Salas de Observação (SO) surgem como uma tentativa de solução a este problema.^{2,3} A espera em SO por uma vaga em enfermaria não foi ainda estudada.

Objetivo: determinar a associação entre o tempo de internamento em SO de um hospital distrital da área metropolitana de Lisboa e: tempo total de internamento, mortalidade, perda de autonomia, infeções nosocomiais, e intercorrências não infecciosas (escaras, delirium, lesão renal aguda e alterações hidroeletrólíticas).

Métodos: estudo retrospectivo de coorte, transversal, observacional, onde se incluem todos os internamentos de 2022 num serviço de medicina interna, provenientes do SO. As variáveis descritas acima serão colhidas através do processo clínico informatizado.

Foi realizada a análise estatística com testes (paramétricos e não paramétricos) conforme os dados comparados. Foram criados modelos de regressão logística para determinar fatores de risco independentes associados ao tempo de internamento em SO. Consideradas diferenças estatisticamente significativas quando $p < 0,05$. A análise estatística será realizada com Stata®.

Resultados: Houve 556 internamentos, com mediana de tempo de internamento em SO de 3 dias (IQR: 1,4). Na análise univariada, verificou-se que o aumento do tempo em SO se relacionou com o aumento do tempo de internamento ($p=0,03$), da mortalidade ($p < 0,01$), das infeções nosocomiais ($p < 0,01$), presença de escaras ($p=0,008$), delirium ($p=0,017$), e com a perda de autonomia ($p < 0,001$). Na análise multivariada, manteve-se a relação com a mortalidade ($p=0,021$). Para doentes que permaneceram em SO ≥ 4 dias, verificámos a presença mais frequente de infeções nosocomiais ($p=0,012$) e delirium ($p=0,015$) num modelo multivariado; doentes que permaneceram no SO ≥ 5 dias, foi detetada a presença de escaras ($p=0,014$) num modelo multivariado.

Conclusão: O tempo de internamento em SO relaciona-se com o aumento da mortalidade, das infeções nosocomiais, escaras e delirium. É necessário criar critérios estritos de internamento e protocolos, para melhor gestão de SO; para que este seja solução para o overcrowding.

CO-0040 - (4412) - DISSEÇÃO AÓRTICA – A OPORTUNIDADE DIAGNÓSTICA PELA ECOGRAFIA POINT-OF-CARE

Francisco Rocha Cardoso^{1,2}; Miguel F. Martins^{1,2}; João Fonseca Oliveira^{1,2};
Ana Raquel Santos^{1,2}; Leonor Magalhães^{1,2}; Paula Nascimento^{1,2}; Miguel Pinheiro¹

1 - ULS São José; 2 - Centro Clínico Académico de Lisboa (CCAL)

Disseção aórtica – a oportunidade diagnóstica pela ecografia point-of-care

Introdução:

A disseção aórtica, apesar de relativamente incomum, pode ser um diagnóstico catastrófico. Tendo em conta o risco de rutura e de tamponamento cardíaco.

O POCUS (Point-of-care-ultrasound) pode ter um papel importante no reconhecimento precoce e orientação terapêutica da disseção aórtica.

Caso clínico:

Mulher de 71 anos, com antecedentes de Artrite Psoríatica, sob corticoterapia crónica, encaminhada ao Serviço de Urgência (SU), por alterações neurológicas, com cerca de 48 horas de evolução. Realizou TC-Cranioencefálica que demonstrou evidência de enfarte subagudo na região cortico-subcortical parieto-occipital direita e enfarte agudo na região cortico-subcortical fronto-parietal direita. Por já não se encontrar dentro da janela de tratamento de fase aguda, ficou proposta para internamento para estudo etiológico do Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Durante a sua permanência no SU, refere dor torácica com irradiação cervical, pelo que se doseou Troponina T, com elevação até ao valor máximo de 633.0 ng/L. Durante o período de avaliação clínica foi detetado um sopro panfocal de novo que motivou realização de POCUS, com evidência de insuficiência aórtica e a presença de um flap no lúmen da aorta ascendente. Posteriormente, realizada angio-TC urgente que confirma extensa disseção desde a raiz da aorta ascendente, com falso lúmen permeável, estendendo-se até ao plano das artérias ilíacas primitivas e troncos supra-aórticos.

Portanto, assumiu-se a disseção aórtica como etiologia do AVC, com atingimento simultâneo da raiz da aorta a condicionar insuficiência aórtica e o sopro de novo objetivável na auscultação.

Consequentemente, a doente foi submetida a cirurgia emergente, com implantação de prótese aórtica biológica e conduto aórtico, sem intercorrências major imediatas.

Discussão:

São evidentes os benefícios do POCUS na contextualização clínica do doente, sendo crucial o treino adequado para identificação de sinais de alarme, permitindo o diagnóstico diferencial e atuação precoce em contextos emergentes, tal como o presente caso ilustra.

Além disso, destacar a relevância clínica da auscultação cardíaca cuidada em doentes com eventos embólicos.

CO-0041 - (2891) - ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE LINFOMA DO MANTO

André Couto Dias¹; José Fragoso Duro¹; Pedro Da Torre Pinto¹; Filipa Sousa Gonçalves¹; Patrício Aguiar¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE

Introdução: A anemia hemolítica auto-imune (AHA) tem uma causa subjacente em cerca de 60% dos casos, sendo que o tratamento da etiologia de base é determinante para o estabelecimento da correta anordagem e prognóstico. A apresentação de um linfoma não-Hodgkin por AIHA é relativamente incomum (2-3% dos casos), exigindo investigação cuidada e célere.

Caso Clínico: Doente sexo feminino, 85anos, recorre ao Serviço de Urgência por astenia, dispneia para médios esforços e diaforese noturna de agravamento progressivo com cerca de 1 mês de evolução; referia ainda retorragias escassas e esporádicas. Dos antecedentes médicos a salientar doença cerebrovascular sem sequelas, hérnia do hiato esofágico, diverticulose cólica e doença hemorroidária. Na avaliação complementar, destacava-se anemia macrocítica (Hb 6.9g/dl, VGM 117.8fL), reticulocitose (19.3%), esfregaço de sangue periférico com policromatofilia e raro pontilhado basófilo, teste de Coombs direito ++++IgG/C3d, LDH 1028U/L e haptoglobina diminuída, sem hemoglobinúria, outras citopenias ou alterações dos níveis de vitamina B12 ou folatos. Foi assumido o diagnóstico de AHA com anticorpos quentes, tendo sido iniciada prednisolona 1mg/Kg/dia com melhoria sintomática e dos parâmetros de hemólise, mantendo estabilidade clínica, sem necessidade de suporte transfusional. Do estudo etiológico, negava transfusões, toma de medicação recente, produtos de ervanária ou substâncias ilícitas, viagens recentes, bem como sintomas reumatológicos, gastrointestinais ou respiratórios prévios. As serologias infecciosas (incluindo EBV, CMV, HBV e HIV) foram equívocas e o mielograma e biópsia óssea inicialmente reportados não apresentavam alterações relevantes. Em TC de corpo, objetivou-se esplenomegalia, adenomegalias mesentéricas, mediastínicas, hilares e axilares, pelo que realizou biópsia de gânglio axilar, evidenciando infiltração difusa por células linfóides pequenas com núcleos irregulares, sem nucléolo evidente, cuja imunohistoquímica e imunofenotipagem permitiram o diagnóstico de Linfoma do Manto. Efetuou 6 ciclos de R-CVP, com resposta hematológica parcial e resolução total da AIHA.

Discussão e conclusão: Salienta-se a necessidade de uma adequada valorização das causas de reticulocitose com anemia, nomeadamente com perda hemáticas ativas e do perfil risco-benefício do suporte transfusional na AIHA. Este caso ilustra a marcha diagnóstica da AIHA no contexto de doença linfoproliferativa, na qual o tratamento dirigido é essencial.

CO-0042 - (2913) - DA MASTOCITOSE CUTÂNEA À SISTÊMICA - CASO CLÍNICO

Andreia Meseiro¹; Bruna Barbosa¹; Inês Bonito¹; Cláudia Ribeiro¹; Ana Ruivo¹; Alexandra Roque¹; Bruno Bonito¹; João Caixinha¹; Rosário Ginga¹; Martinho Fernandes¹

1 - Centro Hospitalar Barreiro Montijo - Hospital Nossa Senhora do Rosário

A mastocitose sistémica é uma doença resultante da acumulação e ativação dos mastócitos. Tem uma prevalência de 10 em cada 100000, mas é de relevante importância epidemiológica pela morbimortalidade e pelo subdiagnóstico. Assim, apresentarei um caso clínico desta doença.

Mulher de 48 anos, autónoma. Antecedentes de ileíte inflamatória e mastocitose cutânea. Medicada com omeprazol 20mg. Sem alergias medicamentosas/alimentares conhecidas. Não iniciou novos fármacos. Recorreu ao SU por dorsalgia direita com 1 mês de evolução, sem irradiação. Negava perda ponderal, febre, sudorese noturna ou tosse. À observação inicial estava hipertensa, com dor à palpação da região dorsal e diminuição do murmúrio vesicular direito, com SatO₂ 95% em aa. Apresentava máculas acastanhadas dispersas pelos membros. Analiticamente sem alterações. Raio x tórax com volumoso derrame pleural à direita. Neste contexto foi internada para estudo. Realizou TAC torax onde se destaca “desvio direito do mediastino condicionado por volumoso derrame pleural direito (...) adenomegalias mediastínicas e axilares, a maior pré carinal com 26x12mm”. Realizou toracocentese, que por critérios de Light se trata de um exsudado com 925 elementos celulares/uL, na maioria linfócitos (58%). Anatomia patológica negativa. Sem mastócitos. Apesar da doente negar exposição a fatores desencadeantes, como calor, frio, ou fármacos,, havia suspeita de mastocitose sistémica dados os antecedentes. Assim realizou ecografia abdominal que não identificou organomegalias, nem adenopatias abdominais. Analiticamente, hemograma normal, serologias e autoimunidade negativas. IGRA negativo. ECA normal. Triptase aumentada (26,5 ug/L). Realizou mielograma com aspeto morfológico compatível com medula óssea (MO) com aumento do nº de mastócitos e morfologia predominantemente fusiforme. Biópsia óssea (BO) com presença de infiltrados de mastócitos (contagem de 18), alguns com atipia morfológica. A doente iniciou prednisolona 60mg com desmame posterior e ebastina 10mg, tendo alta para a consulta de Hematologia.

A mastocitose sistémica é melhor diagnosticada quando há envolvimento de órgãos como a MO, baço, fígado, gânglios linfáticos e trato gastrointestinal. O diagnóstico segue um conjunto de critérios que dependem dos resultados da BO e mielograma (gold-standard), do teste genético do KIT e do valor da triptase sérica. O tratamento pode ser feito com cromoglicato de sódio, anti-histamínicos H1 e/ou H2, imunossupressão, entre outros.

CO-0043 - (3973) - NOT EVERYTHING IS AS IT SEEMS ! – A CASE OF ACUTE ANAEMIA.

Elisa Caldeira¹; Eduarda Moniz¹; João Loja¹; Sofia Almada¹; Sara Gomes¹; Carolina Freitas Henriques¹; Miriam Capelo¹; Maria Da Luz Brazão¹; Teresa Faria¹; Sofia Silva¹

1 - Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPERAM

Anemia is a frequent diagnosis in the emergency service (ES). Its etiology is, in most cases, rapidly identified, however, there are some more challenging cases.

We present a 20-year-old female African patient, with no past medical history known, that went to the ES with complaints of nausea, asthenia, abdominal distension and lipothymia that started 5 hours before. On the observation she was clearly with pain, had a blood pressure of 103/57mmHg, cardiac frequency of 130 bpm, oxygen saturation of 100% and afebrile. Her abdomen was tender on generalized palpation, with slight guarding. No other alterations were detected on observation. Then, we performed an arterial gasometry showing a value of haemoglobin 8.6 g/dL. It is important to mention that this patient came to the same ES 72 hours before, with complaints of nausea, vomiting and diarrhea, with a value of hemoglobin of 13.5 g/dL on blood analysis, being discharged with an antiemetic and probiotic.

The blood analysis confirmed the low concentration of haemoglobin, normal MCV, B-HCG was negative, there was no rise in the values of LDH, bilirubin or reticulocytes and blood film was innocent. The CT-scan showed large hemoperitoneum adjacent to the right adnexal region, which was suggestive of ovarian follicle rupture. The patient was quickly transferred to the surgical area and subsequently underwent an exploratory laparoscopy, confirming the diagnosis.

When we first approached this case, our primary hypothesis was vaso-occlusive “painful” crisis of sickle cell-anaemia, not only because of the African origin of the patient, but also because of the gastroenteritis-associated dehydration, which often triggers these crises. Fortunately, we used complementary diagnostic tests that allowed us to quickly provide the most appropriate treatment for this patient, which was surgery.

CO-0044 - (2858) - UM CASO RARO DE GONORREIA DISSEMINADA

Daniela Baptista¹; Constança Coutinho¹; Joana Monteiro²; Vikesch Samji¹; Rita Mendes¹; Francisco Silva¹; Isabel Madruga¹

1 - CHLO; 2 - IPO Lisboa

A gonorreia disseminada é uma forma rara de apresentação da infeção por *Neisseria Gonorrhoeae*, sendo pertinente lembrar dado poder evoluir com complicações graves.

Descreve-se o caso de homem de 55 anos, jardineiro, leucodérmico, antecedentes de dislipidemia, artrite gotosa e alergia a AINEs.

4 dias antes da ida ao SU iniciou febre de predomínio vespertino, 2 dias depois seguido de edema, calor e rubor no dorso do pé esquerdo e articulação tibiotársica esquerda e, posteriormente, no punho esquerdo. Concomitantemente, aparecimento de múltiplas lesões maculopapulares, com pústula central, máximo 1cm diâmetro nos membros inferiores e posteriormente atingindo os membros superiores, não poupando palmas e plantas, com agravamento progressivo, associado a novos sinais inflamatórios das articulações MCF e cotovelo esquerdos.

Recorreu ao SU, estando febril e com as alterações descritas. Analiticamente destacava-se leucocitose de 19800cel/mcL (Neut 82.2%) e PCR 21.74mg/dL. Assumida zoonose e iniciou tratamento com doxiciclina 100mg 2x/dia.

Reavaliado 2 dias depois, apirético, mantinha as lesões na pele, com melhoria dos sinais inflamatórios das articulações descritas à exceção do punho. Reavaliação analítica sobreponível. O estudo de autoimunidade, serologias de rickettsia, coxiella, brucela, pesquisa de Chlamydia, VIH, VDRL foram negativos. Ficou internado para estudo.

Durante o internamento com artrite do joelho esquerdo e melhoria dos sinais inflamatórios nas articulações do cotovelo e MCFs esquerdas.

Após rastreio séptico, isolamento em hemocultura de *Neisseria Gonorrhoeae*. Assumida infeção gonocócica disseminada, suspendeu doxiciclina e iniciou ceftriaxone. Todas as pesquisas de PCR para NG da orofaringe, reto e urina foram negativas.

Realizou artrocentese do joelho esquerdo com presença de depósitos de monourato de sódio e PCR de *N. Gonorrhoeae* positiva. Associou-se corticoterapia e colchicina à terapêutica com recrudescência dos sinais inflamatórios articulares e melhoria das lesões evoluindo para cicatrização central e posterior desaparecimento. Manteve apirexia e negatificação de culturas com melhoria analítica.

Estendeu-se antibioterapia por 4 semanas optando-se por transferência para hospitalização domiciliária, tendo alta melhorado.

Tratou-se de uma forma de apresentação grave e invulgar com bacteriemia a NG, em doente sem queixas genitourinárias e PCR nas mucosas negativa, tendo o diagnóstico sido reforçado apenas pela PCR do líquido articular.

CO-0045 - (4931) - UM CASO CLÍNICO DE ENCEFALITE PARANEOPLÁSICA

Margarida Miguel Paraíso¹; Ana Isabel Sá²; Helena Silva¹; Helena Oliveira¹; Marta Patacho¹; Jorge Almeida¹

1 - Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 - Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

INTRODUÇÃO: A encefalite límbica (EL) é um processo inflamatório do sistema límbico, que se apresenta com alteração do comportamento associada a sintomas neurológicos. Na maioria dos casos, os agentes virais são os principais responsáveis, mas raramente a etiologia pode ser autoimune/ paraneoplásica. Caracteriza-se por início subagudo de perda da memória recente, convulsões, confusão, irritabilidade, distúrbios do sono ou alucinações. Os sintomas da EL geralmente precedem o diagnóstico da neoplasia, podendo constituir a chave do diagnóstico.

CASO CLÍNICO: Homem, 77 anos, com antecedentes de síndrome metabólica, recorreu à Urgência por episódios paroxísticos diários de alteração do comportamento com queixas mnésicas súbitas, irritabilidade e interrupção da atividade laboral, que revertiam espontaneamente, com 1 mês de evolução. Realizou tomografia computadorizada (TC) cerebral que não revelou alterações e punção lombar com citoquímico sem alterações, tendo sido orientado para consulta de Neurologia. Em ambulatório realizou eletroencefalograma com múltiplas crises epileptiformes temporais direitas e ressonância magnética (RM) cerebral com lesão do uncus e região amígdala direita, com hipersinal em T2 e tumefacção, levantando a suspeita de neoplasia vs encefalite auto-imune. Do estudo auto-imune apenas a destacar anticorpos anti-CASPR2 positivos, tendo iniciado terapêutica com levetiracetam pela suspeita de encefalite límbica anti-CASPR2, sem novas crises desde a instituição do fármaco. Foi internado no serviço de Medicina Interna para investigação de tumor primário, tendo realizado TC toraco-abdomino-pélvico que revelou múltiplos nódulos hepáticos suspeitos de malignidade, e biópsia hepática que confirmou a suspeita diagnóstica, com achados sugestivos de metástases hepáticas de carcinoma de células acinares do pâncreas. Iniciou tratamento com quimioterapia com intenção paliativa após discussão em reunião de grupo oncológico.

DISCUSSÃO: Tendo em conta que a diversidade de apresentação, a complexidade diagnóstica e o diagnóstico diferencial com doença psiquiátrica que tornam difícil o diagnóstico, este caso salienta a importância de atentar para a possibilidade diagnóstica da encefalite límbica constituir uma manifestação paraneoplásica, e de reconhecer sinais de alarme que carecem de investigação e tratamento diferenciados para melhoria do prognóstico.

CO-0046 - (4364) - LINFOMA NODAL DE CÉLULAS T-HELPER ASSOCIADO A CRIOGLOBULINEMIA TIPO III

Inês Pinto¹; Jorge Bernardo Reis²; Sara Henriques²; Miguel Loureiro Guimarães³; António Afonso Angélico Gonçalves²; Isabel O Cruz²

1 - Linfoma nodal de células T-helper associado a crioglobulinemia tipo III; 2 - Unidade Local Saúde Vila Nova de Gaia/Espinho; 3 - Centro Reabilitação do Norte

Introdução: Os linfomas T representam menos de 15% dos linfomas não Hodgkin e são habitualmente neoplasias agressivas. A sua apresentação é atípica, frequentemente com envolvimento extra-nodal, o que atrasa o diagnóstico.

Caso Clínico: Homem de 70 anos, autónomo, com antecedentes de fibrilhação auricular, recorreu à consulta em março de 2023 por tumefação infra-mandibular esquerda, cuja ecografia demonstrou conglomerado adenopático. Realizada core biopsy que revelou focos de necrose, sem sinais de malignidade e pesquisa tuberculose negativa. Nos 7 meses seguintes evoluiu com tumefação semelhante contralateral, astenia e anorexia. Recorreu ao serviço de urgência por poliartralgias com limitação funcional (sem artrite objetivada) e púrpura palpável nos membros inferiores e superiores, com atingimento da mucosa oral com 7 dias de evolução. Do estudo: anemia normocítica e normocrômica, hipergamaglobulinemia policlonal, adenopatias supra e infra-diafragmáticas em tomografia axial computadorizada, biópsia da pele a confirmar vasculite leucocitoclástica, positividade para crioglobulinemia mista tipo III envolvendo as imunoglobulinas policlonais, sem atividade de fator reumatóide ou C4. Excluído envolvimento de outros órgãos pela vasculite e considerada doença ligeira; iniciou corticoterapia em baixa dose com resolução das artralguas e da púrpura. Realizou nova core biopsy ganglionar que foi inconclusiva, tendo depois realizado biópsia excisional, com anatomia patológica e imunofenotipagem (IF) a apresentar diagnósticos discordantes. Inicialmente, diagnóstico de linfoma B plasmablastico pela IF, tendo iniciado tratamento com ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona (CHOP). Posteriormente, resultado da histologia compatível com linfoma nodal de células T-helper (AITL), confirmado por estudo de clonalidade dos linfócitos. Discutido em consulta de grupo e decidido manter tratamento com CHOP. Crioglobulinemia mista assumida no contexto de doença linfoproliferativa, estando indicado o tratamento da doença de base.

Discussão: O AITL é um subtipo específico de linfoma T descrito em 1974. O seu diagnóstico é um desafio porque a clínica é variada e a histologia é frequentemente reportada como linfadenopatia reativa. Na sua suspeita é fundamental insistir nas biópsias de gânglio até se obter um diagnóstico.

Conclusão: Neste caso o doente apresentou-se com crioglobulinemia mista tipo III com envolvimento cutâneo e articular, que torna o caso ainda mais raro.

CO-0047 - (4165) - O VÍRUS EPSTEIN-BARR E A SUA CAIXA DE PANDORA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA

Inês Salvado De Carvalho³; Nuno A.C.P. Silva²; Marian Holgado²;
João A. P. Barradas¹; Raquel Faria⁴; Ana Cipriano⁵; Nadeja Potlog³;
Alexandre Fontoura²

1 - Serviço Hematologia - ULS Guarda; 2 - Serviço Medicina Intensiva - ULS Guarda; 3 - Serviço de Medicina Interna - ULS Guarda; 4 - Unidade de Imunologia Clínica - ULSSA; 5 - Serviço de Doenças Infeciosas - ULSSA

Introdução: A Linfocitose Hemofagocítica (HLH) é um estado de inflamação extrema e ativação imune descontrolada com disfunções multiorgânicas rapidamente progressivas. **Caso Clínico:** Homem, sem antecedentes patológicos, medicação crónica ou história de consanguinidade. Primoinfeção a vírus Epstein-Barr (EBV) aos 26 anos, com mononucleose infecciosa, hepatite de predomínio colestatático e trombocitopenia desde a primeira avaliação. Às 5 semanas de evolução, febre persistente, agravamento da trombocitopenia, anemia e leucopenia, hipoxemia grave com infiltrados pulmonares difusos, disfunção hepatocelular, hiperferritinemia, hipofibrinogenemia com coagulação vascular disseminada e síndrome de leakage capilar. Admitido em medicina intensiva por primoinfeção a EBV evoluída para HLH com falência multiorgânica. Após discussão multidisciplinar intra- e inter-hospitalar, abordagem foi orientada: controlo da crise de citocinas (corticoide, anacina, em 48 horas progressão para etoposídeo); suporte avançado de órgão (com albumina e imunoglobulina); estudo etiológico avançado de triggers além da primoinfeção EBV (não encontrados); estudo doenças de base predisponentes (sem evidência doença inflamatória, linfoproliferativa ou neoplásica sólida; confirmada hemofagocitose medular; colhido estudo genético de imunodeficiências primárias); iniciadas profilaxias para *Pneumocystis Jirovecii* com atovaquona e aciclovir para Herpes Simplex. Pela evidência serológica de seroconversão para EBV e gravidade do quadro realizou rituximab. Clinicamente com frenagem da tempestade inflamatória, melhoria das disfunções orgânicas e analítica, de forma a evitar recrudescências iniciada ciclosporina. Com melhoria do doente conseguido espaçamento na toma de etoposídeo, desmame de dexametasona e diminuição de anakinra. Ausência de identificação de trigger da síndrome hemofagocítica (SHF), exceto primoinfeção EBV, levantou à suspeita HLH familiar, confirmada na identificação de homozigotia para uma variante do gene PFR1, proposto para transplante alogénico de medula óssea, como única opção curativa. **Conclusão:** A HLH primária, mais frequente na infância, já foi descrita em adultos associada a defeitos moleculares na perforina. A gestão deste caso salienta a importância no diagnóstico precoce e início célere do tratamento multidireccional (trigger, supressão da hiperinflamação, suporte de órgão), maior probabilidade de êxito quando concretizada uma discussão multidisciplinar com equipas HLH.

CO-0048 - (4786) - UM CASO RARO DE ANEMIA HEMOLÍTICA COMO APRESENTAÇÃO DE ANEMIA PERNICIOSA

Clara Pinto¹; João Faia¹; Inês Silva Pinheiro¹; Margarida Midões Almeida¹; Ana Sofia Martins¹; Susana Cavadas¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

INTRODUÇÃO:

A Anemia Perniciosa (AP) é um tipo de anemia megaloblástica, sendo a causa mais frequente de défice de vitamina B12. Sendo uma doença auto-imune, o seu diagnóstico implica positividade de anticorpo anti fator intrínseco (Ac anti-FI) e/ou anticorpo anti célula parietal gástrica (Ac anti-CP). Pela atrofia gástrica que provoca, está associada ao aumento do risco de neoplasia.

CASO CLÍNICO:

Homem de 73 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, patologia hemorroidária e anemia ferropénica, medicado em ambulatório com ferro oral (toma irregular). Por astenia progressiva e perda ponderal (12 kg em 6 meses) fez análises pelo médico assistente, que revelaram hemoglobina de 5.3 g/dL, sendo encaminhado ao serviço de urgência (SU). Sem febre, sem perdas hemáticas, sem outras queixas.

À admissão no SU encontrava-se pálido mas sem outras alterações ao exame físico. Analiticamente com pancitopenia, onde se destaca anemia normocítica, índice reticulocitário diminuído e alterações sugestivas de hemólise (LDH aumentada, hiperbilirrubinémia indireta e haptoglobina diminuída). Teste de Coombs foi negativo e o esfregaço de sangue periférico (ESP) revelou anisopoiquilocitose e neutrófilos hipersegmentados. No SU fez 3 unidades de concentrado de eritrócitos, tendo ficado internado para estudo.

Dada a pancitopenia e os achados do ESP foram doseados o ácido fólico e a vitamina B12, estando esta última francamente diminuída. Iniciou reposição intramuscular de vitamina B12 diária. Foi assumido o diagnóstico de anemia megaloblástica por défice de vitamina B12 com componente de hemólise não imune. As determinações de Ac anti-FI e Ac anti-CP foram ambas positivas, confirmando o diagnóstico de AP. Com a reposição de vitamina B12 o doente apresentou melhoria clínica e analítica. Realizou endoscopia digestiva alta que revelou pangastrite crónica moderada com atividade, associada a atrofia ligeira a moderada (com metaplasia ligeira) e presença de *Helicobacter pylori*, tendo à data de alta iniciado esquema de erradicação.

DISCUSSÃO & CONCLUSÕES:

Pretende-se com este caso alertar para a forma de apresentação atípica da AP sob a forma de anemia hemolítica e lembrar a necessidade de rastreio de neoplasia gástrica, dado o seu risco aumentado nestes doentes.

CO-0049 - (2079) - ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DA SÍNDROME DE FRAGILIDADE – CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE DO DOENTE FRÁGIL

João Loja¹

1 - Hospital Central do Funchal, Serviço de Medicina Interna

Introdução – A fragilidade, enquanto síndrome geriátrica, representa um estado clínico de aumento de vulnerabilidade, conduzindo a um maior risco de efeitos deletérios para a saúde, a um agravamento da funcionalidade e a uma maior mortalidade. Através de uma intervenção multidisciplinar, a Unidade do Doente Frágil (UDF) procura restituir a autonomia do indivíduo frágil, o qual ingressa num plano individualizado de treino funcional, nutrição e intervenção farmacológica.

Objetivo - Apresentar o trabalho elaborado numa UDF, de Janeiro a Dezembro de 2023.

Materiais e Métodos – Foram consultados os processos clínicos de 122 doentes admitidos e internados na UDF em 2023.

Resultados – Os indivíduos admitidos na UDF tinham entre 55 e 93 anos de idade, com média de 78 anos. A maior parte dos indivíduos tinha entre os 70 e 79 anos (N=44, 36%), seguido de idade entre os 80 e 89 anos (N=43, 35%). A maioria era do género masculino (N=65, 53%). O tempo médio de internamento na UDF pelo período descrito foi de 14 dias. Os principais motivos de hospitalização prévia na Medicina Interna foram por pneumonia (n=44, 36%), infeção do trato urinário (n=25, 20%) e acidente vascular cerebral (n=19, 16%). A escala Frail (EF) à entrada na UDF variou entre 1 e 5, com média $3,27 \pm 0,902$. Categorizando esta variável, observou-se que a maioria era frágil (N=101, 83%), existindo 21 indivíduos em situação de pré-fragilidade. À data de alta, 20 pessoas manifestaram reversão da sua fragilidade (EF=0) e 25 indivíduos regressaram ao domicílio com síndrome de fragilidade (N=25, 20%). Os níveis de vitamina D variaram entre 3 e 58 ng/dl, com média $16,34 \pm 9,297$ ng/dl. Constatou-se que a maioria dos doentes tinha deficiência leve a moderada de vitamina D (42%, N=51), seguido de deficiência grave de vitamina D (28%, N=34) e de carência desta vitamina (25%, N=30). No que diz respeito ao índice de Barthel à admissão na UDF, este variou entre 0 e 100, com média de $44,71 \pm 30,568$. E à saída da UDF, o mesmo índice variou entre 5 e 100, com média de $78,03 \pm 24,809$. Foi estimada a força de preensão palmar (FPP) nas duas mãos à admissão, tendo-se obtido um valor médio de $14,48 \pm 7,761$ kg na mão direita e $14,09 \pm 7,489$ kg na mão esquerda. À data de alta, atingiu-se um valor médio de $17,75 \pm 7,966$ kg na mão direita e $16,79 \pm 7,724$ kg na mão esquerda.

Discussão - Pelos resultados obtidos, mostrou-se o benefício que esta unidade possibilitou aos doentes em situação de fragilidade e que se traduziu num menor risco de declínio funcional à saída desta unidade.

Conclusão - Assim, a UDF permite a abordagem do indivíduo frágil numa perspetiva multidimensional e representa também uma oportunidade de reabilitação funcional.

CO-0050 - (4118) - RECOGNIZING FRAILTY AND COMPLEXITY IN HIP FRACTURE PATIENTS: THE ESSENTIAL ROLE OF ORTHOGERIATRIC UNITS

Mariana Dores¹; Francisca Sarmento¹; Andreia Lopes¹; Pedro Benjamim¹; Nuno Magalhães¹; Mariana Alves²

1 - ULS Santa Maria; 2 - Unidade de Ortogeriatría - ULS Santa Maria

Introduction: While orthopaedic surgeons play a vital role in surgically treating fractures in older patients, their approach may have limitations when dealing with the medical conditions of those patients. The inclusion of physicians with a geriatric approach in orthogeriatric care models represents a notable shift in how we manage elderly patients with hip fractures.

Aims: This study aims to explore the complexity of patients with hip fractures and their perioperative complications.

Methods: Observational, retrospective, cross-sectional unicentric study. Data was collected from the electronic medical records of patients ≥ 65 years old admitted due to hip fracture at a tertiary university hospital, during the initial 7-month period of an orthogeriatric unit. Data collection focused on the incidence of pre- and postoperative complications (eg: hypoxemia, urinary or respiratory infection, dysrhythmia, pulmonary thromboembolism, dehydration, gastrointestinal bleeding, anemia < 9 g/dL, delirium), evaluation of polypharmacy (5 or more drugs) and poly-pathology (5 or more diseases), and the percentage of patients prescribed psychotropic drugs and benzodiazepines. Descriptive statistics was applied.

Results: Among the 268 elderly patients admitted due to hip fracture, 239 underwent surgery. These patients had an average age of 83 (SD 9) years old, with 76% being female, and the majority (79%) coming from their homes. One-third of these patients had poly-pathology and 24% had a known diagnosis of dementia upon admission. Polypharmacy was present in almost half of the patients (47%). The mean Clinical Frailty Scale score was 4.8 (SD 1.7), and only 46% of patients walked without aids before surgery. Pre-surgery complications were observed in 42% of patients, with urinary infection (15%), delirium (13%), and anemia (9%) being the most frequent. Post-surgery, 63% experienced at least one complication, with the majority reporting anemia (44%), delirium (22%), and dehydration (17%).

Conclusion: Patients with hip fractures are often just as frail and complex as many patients in internal medicine departments. These patients should be under the care of physicians who can address pre- and post-operative complications, manage polypharmacy, and handle poly-pathology. It is not realistic or fair to expect orthopedic surgeons to manage the complexities of elderly patients without adequate support.

CO-0051 - (4440) - OPORTUNIDADES PERDIDAS NO TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE NUMA UNIDADE DE ORTOGERIATRIA

Maria Margarida Rosado¹; Maria Maia²; Diana Repolho²; Armando Pereira²

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Portimão; 2 - Unidade Local de Saúde Loures-Odivelas - Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A osteoporose (OP) caracteriza-se pela diminuição da massa óssea e alteração da sua microarquitetura, com aumento da fragilidade óssea e maior tendência para fratura. O tratamento da OP tem como objetivo prevenir a fratura de fragilidade (FF) e deve ser iniciado com base no risco absoluto de fratura e/ou após o surgimento de uma FF. Apesar do tratamento da OP diminuir substancialmente o risco de fratura subsequente, a sua iniciação após uma FF continua reduzida.

Objetivos: Avaliar a adequação do tratamento da OP nos doentes internados numa Unidade de Orto geriatria (UOG) com FF prévia.

Material e Métodos: Estudo observacional e retrospectivo, que incluiu os doentes com pelo menos 65 anos de idade, internados com FF da extremidade proximal do fémur numa UOG entre 1 de janeiro de 2022 e 31 de dezembro de 2023.

Resultados: Entre 1 de janeiro de 2022 e 31 de dezembro de 2023 foram internados 609 doentes na UOG e desses, 12% (n=77) apresentava pelo menos uma FF prévia. Dos 77 doentes com FF prévia, 83% era do sexo feminino, com média de idade de 85,1 anos (DP±6,8). 41% apresentou fratura do fémur proximal, 22% fratura do punho, 15% fratura umeral, 8% fratura vertebral e os restantes 14% outro tipo de FF. 11% dos doentes com FF prévia encontrava-se sob tratamento para a OP (88% com alendronato e 13% com ácido zolendrónico). Na alta, 74% destes doentes encontravam-se sob tratamento para a OP (87% alendronato, 11% denosumab e 2% ácido zolendrónico). Nos 26% de casos em que não foi iniciada terapêutica, isto deveu-se a défice grave de vitamina D em correção (53%), fragilidade grave do doente (37%), não estando justificado o motivo da não iniciação nos restantes 11% dos casos.

Discussão e Conclusão: A maioria dos doentes internados por fratura do fémur proximal com FF prévia não se encontrava sob tratamento para a OP à admissão, apesar de indicação para tal, tendo a ausência de prevenção secundária provavelmente contribuído para a recorrência de FF. A maioria das fraturas prévias envolviam o mesmo tipo de osso da fratura que motivou o internamento atual. Durante o internamento, a OP foi identificada como problema ativo e na alta a maioria dos doentes iniciou tratamento dirigido; naqueles em que este não foi iniciado, na maioria dos casos existiu justificação do motivo para tal no processo clínico. A FF, a principal consequência da OP, resulta em aumento da morbimortalidade e é um fardo económico crescente nos sistemas de saúde a nível mundial. Apesar disso, a sua prevenção secundária permanece insuficiente e apenas uma minoria dos doentes que se apresenta com FF na comunidade inicia tratamento. Destaca-se o facto de o internamento por fratura proximal do fémur numa unidade especializada constituir uma oportunidade para identificar doentes de alto risco com OP e iniciar terapêutica dirigida. Alerta-se para a necessidade de em contexto de urgência e consulta incluir a abordagem e tratamento da OP em doentes de risco.

CO-0052 - (4470) - FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DELIRIUM NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Joana Correia Nunes¹; Carolina Saca¹; Maria Beatriz Marques¹;
Maria Carolina Carvalho¹; Cleida Moeda¹; Catarina Lourenço¹; Beatriz Ângelo¹;
Ricardo Paquete Oliveira^{1,2}; José Delgado Alves^{1,2,3}

1 - Serviço de Medicina IV, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; 2 - NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa; 3 - Unidade de Doenças Imunomediadas Sistémicas, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O delirium é uma intercorrência frequente nos doentes idosos internados em enfermarias de medicina, com uma incidência de cerca de 15 a 30% durante o internamento. Esta entidade está associada a internamentos mais prolongados e pior prognóstico. Foram já identificados múltiplos fatores predisponentes e precipitantes, alguns dos quais modificáveis.

Objetivos: Avaliar fatores de risco associados ao desenvolvimento de delirium no internamento, incluindo os mencionados na literatura e outros que identificamos como potenciais na nossa prática clínica. Avaliar e comparar características demográficas e clínicas dos doentes com e sem delirium.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo que incluiu todos os doentes internados, a partir do SU, numa enfermaria de Medicina Interna, com idade superior ou igual a 65 anos, num período de 2 meses. Foram excluídos aqueles que tinham delirium no momento da transferência ou tempo de internamento inferior a um dia. O diagnóstico de delirium foi feito com base na descrição clínica, necessidade de terapêutica farmacológica para controlo de agitação psicomotora e/ou aplicação de escalas de diagnóstico (4AT, Confusion Assessment Method). Foram considerados os registos da primeira semana de internamento na enfermaria. O horário noturno foi definido como o período entre as 20 e as 8 horas.

Resultados: Foram incluídos 102 doentes, dos quais 14.7% doentes desenvolveram delirium na primeira semana de internamento, a maioria nos primeiros três dias. Não houve diferença estatisticamente significativa da incidência de delirium com o tempo de permanência no SU ou número de transferências, mas verificou-se uma tendência para maior incidência nos doentes transferidos no período noturno (19.6 vs 5.6%, $p=0.054$). A maioria dos doentes com delirium era do sexo masculino, com idade mediana de 81 anos, e tinha pelo menos um fator predisponente adicional, sendo o mais frequente o défice cognitivo crónico. Dos fatores precipitantes avaliados, verificou-se associação com a contenção física ($p<0.001$), introdução de terapêutica psicotrópica ($p<0.05$) e com internamento em unidade de cuidados intermédios (UCINT) ($p<0.05$). O desenvolvimento de delirium associou-se a um tempo de internamento mais longo ($p<0.05$) e a maior mortalidade a um ano ($p<0.05$).

Conclusões: A incidência de delirium nesta amostra está de acordo com a literatura existente, tal como os fatores de risco e associação a pior prognóstico. Pelo contrário, não se verificou associação com o tempo de permanência em SU e o número de transferências. O internamento em UCINT e a transferência noturna parecem aumentar o risco de desenvolvimento de delirium, podendo este último ser um fator de risco modificável que merece ser explorado. A ausência de registos adequados e a amostra limitada de doentes com delirium ($n=15$) são importantes limitações do estudo.

CO-0053 - (4490) - ANTICHOLINERGIC BURDEN OF ELDERLY PATIENTS HOSPITALIZED DUE TO HIP FRACTURE AT ADMISSION AND DISCHARGE

Andreia Rodrigues Lopes^{1,2}; Pedro Benjamim^{1,2}; Mariana Alves^{3,4}

1 - Unidade de Farmacologia Clínica da Unidade Local de Saúde de Santa Maria; 2 - Laboratório de Farmacologia Clínica e Terapêutica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 3 - Unidade de Ortogeriatrics, Serviço de Medicina Interna da Unidade Local de Saúde de Santa Maria; 4 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introduction: many commonly prescribed drugs have anticholinergic properties. Concurrent administration contributes to an elevated anticholinergic burden. In the elderly, this can lead to a loss of function, increasing the risk of falls, fractures, and morbimortality. Several tools are available to estimate the anticholinergic burden, assisting clinicians in prescribing and de-prescribing practices.

Objectives: our study aims to assess the anticholinergic burden at admission and discharge of patients admitted due to hip fracture.

Methods and materials: observational, retrospective, cross-sectional study in a recently created Orthogeriatric Unit at a tertiary university hospital. During a 7-month period, we consulted the electronic medical records of patients ≥ 65 years old admitted due to hip fracture, to collect demographic and clinical data. We excluded patients without a medication admission registry, those who were transferred to other hospital before surgery, and those who had not been discharged by the time of data collection. We considered all fixed and PRN (as needed) medications prescribed by geriatrician and/or orthopedic surgeon. To assess the anticholinergic burden related to the medication profile at admission and discharge we used the Anticholinergic Burden Calculator (ACB), which includes 172 drugs with anticholinergic properties. Each drug has an individual ACB score (1-3) according to its anticholinergic risk; cumulative ACB score ≥ 3 indicates an increased risk of cognitive impairment and mortality. The statistical analysis included descriptive analysis and statistical inference.

Results: 238 patients admitted during the 7-month period met inclusion criteria. After applying exclusion criteria, 204 (86%) patients were included. Of these, 81 (40%) patients had a cumulative ACB score ≥ 3 at admission. At discharge, this number increased to 112 (55%) patients. Average cumulative ACB score was 2,5 at admission and 3,5 at discharge, showing an increase around 1,4 times ($p < 0,001$). The maximum individual ACB score was 12 and 15 at admission and discharge, respectively. Furosemide and metformin, both scoring 1 at ACB tool, were the most common drugs at admission. At discharge, codeine (individual ACB = 1) and tramadol (individual ACB = 2) were the most prescribed. The most common drug with an individual ACB = 3 was quetiapine, both at admission and discharge.

Discussion & Conclusion: our study reveals a significant anticholinergic burden in elderly hip fracture patients at admission and discharge. It is essential to raise awareness regarding anticholinergic burden among elderly patients. Clinical Pharmacologists should be included in Orthogeriatric Units teams, as experts in rational prescription and deprescription, contributing to reducing the risk of inappropriate prescribing of anticholinergic drugs and suggesting alternatives with lower burden.

CO-0054 - (4966) - NUTRITIONAL STATUS OF ELDERLY PATIENTS WITH HIP FRACTURE - HIGH PREVALENCE OF MALNUTRITION AND VITAMIN DEFICIENCIES IN ELDERLY PATIENTS WITH HIP FRACTURES: A RETROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY

Andreia Lopes¹; Francisca Sarmento¹; Nuno Magalhães¹; Mariana Dores¹; Mariana Alves¹; Pedro Benjamim¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

Background: Malnutrition is prevalent among older individuals, influencing frailty and posing a heightened risk for wound complications and suboptimal functional outcomes following surgery. Serum albumin, a well-established marker, is indicative of malnutrition. Vitamin deficiencies and anemia are commonly encountered in individuals with malnutrition.

Aim: This study aims to assess the occurrence of albumin and vitamin deficiencies in elderly patients with hip fractures.

Methods: Conducted as an observational, retrospective, cross-sectional, and unicentric study, data were extracted from electronic medical records. The study focused on individuals aged 65 years and above, admitted for hip fractures at a tertiary university hospital during the inaugural 7-month period of an orthogeriatric unit's establishment. Parameters collected included hemoglobin and albumin levels at admission and discharge, along with iron tests, folic acid and B12 vitamin. Anemia was defined as Hg < 12 g/dL, serum albumin concentration < 3.5 g/dL was considered suggestive of malnutrition, transferrin saturation < 20% indicated iron deficiency, and deficiencies were defined as folic acid below 4.5 and B12 vitamin below 270 pg/mL. A descriptive analysis was conducted.

Results: Of the 268 elderly patients admitted for hip fracture, 239 underwent surgery. These individuals, with an average age of 83 (SD 9) years, comprised 76% females, and the majority (79%) came from their homes. Albumin levels at admission averaged 3.8 +/- 0.4 g/dL, decreasing to 3.1 +/- 0.36 at discharge. Levels below 3.5 were observed in 24% at admission and 76% at discharge. Anemia was prevalent in 56% of patients at admission and increased to 89% at discharge. Folic acid deficiency was noted in 40% of patients, while B12 deficiency affected 17%. Transferrin saturation below 20% was identified in 75% of patients.

Conclusion: The occurrence of malnutrition indicators and vitamin deficiencies is notably high among patients with hip fractures. Surgery and hospitalization could potentially pose significant risks for elderly patients. A comprehensive assessment and optimization of anemia and nutritional status for hip fracture patients should be prioritized through the collaboration of a dedicated multidisciplinary team.

CO-0055 - (4991) - RASTREIO DA FRAGILIDADE, SARCOPENIA E MALNUTRIÇÃO NUM EVENTO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Helena Hipólito-Reis¹; Joana Santos¹; Margarida Paraíso¹; Ana Pessoa²; Sofia Duque³; Paulo Almeida¹

1 - CHUSJ; 2 - CHMA; 3 - CUF descobertas

INTRODUÇÃO: As Síndromes Geriátricas (SG) são condições de saúde frequentes nos idosos, associadas a elevado impacto negativo na qualidade de vida e autonomia, bem como a alterações emocionais e sociais. Os eventos de educação para a Saúde (EES) são oportunidades para promover o envelhecimento saudável e rastrear as SG, com intuito de informar e aconselhar a população, bem como diagnosticar alterações funcionais e cognitivas, permitindo atuar precocemente.

OBJETIVO: Caracterização e avaliação da prevalência de fragilidade, sarcopenia e malnutrição em idosos que participaram num EES intitulado “Festa da Saúde”

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo observacional e transversal, através do rastreio de indivíduos recrutados aleatoriamente, com idade ≥ 60 anos, que participaram num EES durante 2 dias. As SG foram avaliadas pelos seguintes testes: SARC-F, teste de elevação da cadeira (TEC) e força de preensão palmar (FPP) para sarcopenia; questionário PRISMA-7, velocidade da marcha (VM) e time-up and go test (TUGT) para a fragilidade; Mini Nutritional Assessment-short form (MNA) para avaliação nutricional. A análise estatística foi realizada com IBM SPSS®.

RESULTADOS: Foram estudados 112 indivíduos com idade média $73,2 \pm 8,4$ anos, sendo 58,9% (n=66) do sexo feminino. Quanto à sarcopenia, dos doentes que com SARC-F ≥ 4 (n=16), todos tinham sarcopenia provável, já que tinham TEC ≥ 15 seg (média: $17,4 \pm 7,1$ seg) ou FPP < 16 Kg nas mulheres (média: $9,3 \pm 4,2$ Kg) ou FPP < 27 Kg nos homens (média: $30,0 \pm 17,4$ Kg), pelo que, nesta amostra, 14,3% apresentava sarcopenia provável. Quanto à fragilidade, 8,9% (n=10) tinha ≥ 3 pontos no PRISMA-7 e VM $\geq 0,8$ m/s (média: $0,5 \pm 0,2$ m/s) ou TUGT > 10 seg (média: $13,4 \pm 5,9$ seg), tendo elevado risco de fragilidade. Na avaliação nutricional, pelo MNA, 1,8% (n=2) tinha malnutrição e 32,1% (n=36) risco de malnutrição. Quanto ao risco de queda, 28,6% (n=32) apresentava risco moderado e 12,5% (n=14) risco elevado.

CONCLUSÃO: As SG são frequentes nos idosos, sendo essencial o seu rastreio e diagnóstico precoce. No entanto, nesta amostra, tal não se verificou, sendo a prevalência de fragilidade de 8,9%, sarcopenia provável de 14,3% e malnutrição de 1,8%. Tal deve-se ao viés de seleção da amostra, já que rastreia idosos num EES, ou seja, idosos com menor incapacidade e fragilidade. Ainda assim, há sempre benefício na sua realização, pois permite informar a população para o envelhecimento ativo e identificar precocemente alterações da funcionalidade, reduzindo ou evitando a incapacidade

CO-0056 - (4792) - RASTREIO DA SARCOPENIA – O RETRATO DE UM DIA NA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Joana Silvério Simões¹; Miguel Rodrigues¹; Diana Pedreira¹; Bárbara Lobão¹; Ermelinda Pedroso¹

1 - Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: A sarcopenia define-se como uma diminuição da força muscular associada a diminuição da massa muscular. Para além de estar associada ao envelhecimento e a estilos de vida menos saudáveis, as doenças crónicas como a Insuficiência Cardíaca e Insuficiência Renal também contribuem para a sua fisiopatologia. Com o aumento destas doenças e da esperança média de vida, tem-se verificado uma crescente prevalência da sarcopenia. Como tal, estando esta associada a maior morbimortalidade, é fundamental saber reconhecê-la e atuar precocemente perante a sua presença. Assim sendo, o presente estudo tem como objetivo avaliar o risco de sarcopenia nos doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna.

Material e Métodos: Estudo observacional retrospectivo dos doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna de um hospital distrital no dia 07/02/2024, através da realização um rastreio de sarcopenia. Para aplicou-se o questionário SARC-F, considerando-se risco de sarcopenia se a pontuação obtida fosse igual ou superior a 4 pontos. Foi também avaliada a força muscular, através da medição da força de preensão palmar com recurso a um dinamómetro hidráulico. Tal como descrito pelo European Working Group on Sarcopenia in Older People, definiu-se força muscular diminuída quando se obteve uma avaliação inferior a 27 kg no sexo masculino e inferior a 16 kg no sexo feminino, tendo apenas sido considerada a melhor de 6 avaliações (3 em cada mão). Excluíram-se todos os doentes que não colaboraram na avaliação da força muscular. Para a análise estatística utilizou-se o software IBM SPSS Statistics v26.

Resultados: Foi obtida uma amostra de 45 doentes, tendo-se excluído 19 por ausência de colaboração adequada na avaliação da força muscular. A amostra avaliada apresentava uma mediana de idade de 73,9 (IQR 14,2) anos, sendo que 57,8% (n=26) dos doentes era do sexo masculino. Na aplicação do SARC-F verificou-se que 51,1% (n=23) apresentava risco de sarcopenia. Na avaliação da força muscular, 57,8% (n=26) apresentavam diminuição da mesma. Desta forma, verificou-se que mais de metade dos doentes na enfermaria apresentava sarcopenia provável.

Discussão e Conclusão: Os resultados obtidos são concordantes com os dados publicados na literatura, podendo estar subestimados pela impossibilidade de avaliação da força muscular em doentes não colaborantes. Ressalva-se que, para a confirmação do diagnóstico definitivo de sarcopenia, seria necessária a avaliação da massa muscular através de métodos como a Bioimpedância Elétrica, não realizados durante o internamento. Ainda assim, os resultados mostram um número elevado de doentes com risco de sarcopenia, refletindo a necessidade de reconhecer e tratar esta condição. O suporte nutricional, com uma ingesta proteica reforçada, assim como a reabilitação motora e exercício física são fundamentais para travar a progressão da sarcopenia, devendo ser instituídos desde o primeiro dia de internamento e continuados após a alta.

CO-0057 - (2863) - LOMBALGIA... PARA ALÉM DO ÓBVIO

Diana Marreiros¹; Mónica Silva¹; Konstyantyn Romashchuk¹; Emanuel Novais¹; Cátia Albino¹; Henrique Rita¹

1 - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Introdução: A espondilodiscite tuberculosa (ET) é a forma mais comum de tuberculose musculoesquelética e pode manifestar-se com lombalgia e paraplegia. O diagnóstico é feito pela confirmação cultural ou histológica do *Mycobacterium tuberculosis* (MT). O início célere do tratamento poderá evitar sequelas.

Caso Clínico: Homem, 47 anos, natural do Nepal, a residir em Portugal há 3 meses, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência a 16/01/23 por lombalgia e diminuição da força muscular nos membros inferiores. Negou trauma recente ou outros sintomas. Exame objetivo com paraparésia grau 4/5 bilateral. AngioTC coluna: alterações líticas com destruição óssea dos corpos vertebrais de D6 a L1, mais marcada em D10 e D11, e coleções líquidas multiloculadas sugestivas de abscessos com 18mm de espessura e extensão longitudinal de 6cm; achados compatíveis com espondilodiscite com abscessos. Submetido a cirurgia com colheita de tecido do disco D9-D10. Internado para estudo etiológico e tratamento. Do estudo realizado destaca-se: identificação de MT multissensível na cultura do tecido removido e anatomia patológica com osteomielite necrosante granulomatosa de possível etiologia infecciosa micobacteriana. Restante estudo etiológico negativo. Foi considerado não haver risco de contágio por ausência de clínica respiratória e de lesões sugestivas de envolvimento pulmonar na TC tórax. Assumido o diagnóstico de ET, iniciou terapêutica com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. Re-operado a 21/02 para fixação da coluna. Melhoria clínica durante o internamento, tendo alta a 10/03, mantendo o tratamento e reabilitação em ambulatório. Na consulta de reavaliação já sem défices de força muscular.

Discussão: O caso demonstra uma apresentação de tuberculose extrapulmonar, cujo diagnóstico pode ser dificultado pela ausência de outros sintomas sistémicos; o país de origem do doente e os achados na TC coluna poderiam sugerir ET; contudo, é necessário excluir outras causas como neoplasia e infeções por outros agentes.

Conclusão: A crescente rota migratória de pessoas oriundas de países endémicos para tuberculose obriga-nos a considerar este diagnóstico mais precocemente, particularmente nas suas manifestações extrapulmonares, mais raras e atípicas. O diagnóstico precoce é fundamental para prevenir sequelas para o doente e para accionar os mecanismos de rastreio a contactos, pela Saúde Pública, nos casos de doentes em estadios de contagiosidade.

CO-0058 - (2865) - DESAFIOS NO TRATAMENTO DE ESPONDILODISCITE E BACTERIÉMIA POR MSSA

Fábio Dinis Alves¹; Ana Luís Vasconcelos¹; Patrícia Cláudio Ferreira¹;
Rita Pinto Ribeiro¹; Ana Oliveira Sá¹; Rosa Ferreira¹; Margarida Monteiro¹;
Rosário Araújo¹

1 - ULS Braga

Introdução

A espondilodiscite representa uma entidade que engloba osteomielite vertebral, espondilite e discite. Nos últimos anos, a prevalência tem aumentado, requerendo um diagnóstico atempado, uma vez que o atraso no início do tratamento pode traduzir-se em consequências neurológicas potencialmente irreversíveis. O tratamento assenta em antibioterapia de longa duração e, por vezes, em controlo de foco.

Caso clínico

Doente do sexo feminino, 61 anos, com antecedentes de tumor carcinóide atípico do pulmão (T1bN0M0G1) submetido a lobectomia superior esquerda 12 anos antes, mantendo seguimento em consulta de Pneumologia, sem sinais de recidiva. Início de lombalgia de características mecânicas, cerca de 1 mês antes de admissão no serviço de urgência, com irradiação para o membro inferior direito. Desde há duas semanas, com febre, de predomínio vespertino (máximo 39°C). Sem trauma recente, assim como procedimentos dentários. No serviço de urgência, sem défice de força e sensibilidade nos membros e elevação marcada dos parâmetros inflamatórios. Pelas queixas apresentadas, realizada TC-lombar sugestiva de espondilodiscite de L3-L4. Iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone e vancomicina, sendo proposto internamento para estudo. Identificada bacteriémia por *Staphylococcus aureus* sensível à metilina (MSSA). Realizado TC-TAP e ecocardiograma para exclusão de endocardite ou outros focos de embolização, assim como RMN coluna. Como complicação, salienta-se empiema endocanal e abscesso no músculo psoas esquerdo. Em discussão multidisciplinar com Ortopedia e Neurorradiologia, considerou-se não reunir critérios para intervenção cirúrgica dada a boa progressão clínica durante o internamento. Realizou 33 dias de antibioterapia em contexto de internamento, com hemoculturas de controlo negativas às 96 horas, sendo orientada para ambulatório com daptomicina endovenosa em contexto de hospital de dia de Infeciologia para completar as 6 semanas de tratamento. Atualmente assintomática, tendo tido alta da consulta de seguimento.

Discussão

O diagnóstico de espondilodiscite pode ser desafiador devido à clínica inespecífica e à possível ausência de sinais evidentes nos exames de imagem. A presença de red flags, como a febre, na lombalgia deve ser motivo de realização de exame de imagem. É de extrema importância a identificação do foco primário de infecção, o início precoce de antibioterapia e realização de controlo de foco sempre que necessário.

CO-0059 - (2911) - FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Rita Xavier¹; Filipa Guedes¹; Alexandra Azevedo¹; Diana Fernandes¹; Carla Peixoto¹; Mário Esteves¹

1 - Unidade Local de Saúde Médio Ave

A febre de origem indeterminada constitui um desafio diagnóstico dado o vasto leque de etiologias possíveis. Implica avaliação clínica detalhada e inúmeros exames complementares de diagnóstico pelo que pode resolver sob terapêutica empírica antes de identificada a causa.

Apresenta-se o caso de um doente indiano do género masculino, 31 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos, avaliado pela 3ª vez no Serviço de Urgência devido a quadro constitucional com um mês de evolução. Apesar de tratamento sintomático prévio, mantinha febre, mialgias, anorexia, cefaleia e dor abdominal difusa, pelo que foi internado. Epidemiologicamente, viveu na Índia com condições de salubridade adequadas, emigrou para a Noruega (3 meses) onde realizou trabalho agrícola e, depois, para Portugal (2 meses), onde consumia água canalizada mas em pobres condições de higiene, sem contato direto com animais.

Ao longo do internamento, manteve-se eupneico em ar ambiente e hemodinamicamente estável, com picos febris frequentes. Foram objetivadas em exame físico inúmeras adenopatias inguinais bilaterais, assim como mediastínicas e hilares em TC torácico.

Analicamente, manteve desde a admissão, discreta citocolestase, sem hiperbilirrubinemia ou elevação de parâmetros inflamatórios. Revelaram-se negativas a pesquisa de Ziehl-Neelsen no suco gástrico, hemoculturas, estudo autoimune e serologias víricas. O ecocardiograma transtorácico apresentou-se sem alterações e a biópsia ganglionar compatível com linfadenite reativa inespecífica e PCR BK negativo. Destacam-se Weil-Felix e Widal TIPHY O positivas pelo que, discutido o caso com Infeciologia, foram pedidas serologias específicas que confirmaram o diagnóstico de infeção por rickettsia conorii (IgM) e iniciado o tratamento com doxiciclina, que se viria a mostrar resolutive, com melhoria clínica franca.

A infeção causada pela rickettsia conorii é endémica na região mediterrânica mas tem ganho importância a nível global. Apesar de se associar geralmente a uma tríade de manifestações (febre, exantema e tache noir), este caso vem reforçar a importância de não se excluir o diagnóstico com base na ausência de sinais típicos, bem como relembrar a importância de uma história clínica exaustiva, principalmente em quadros clínicos de evolução prolongada, em que a febre persiste de origem indeterminada e em que a marcha diagnóstica pode ser morosa.

CO-0060 - (2935) - DOENÇA DE HANSEN - UMA ENTIDADE RARA

Ana Maria Carvalho¹; Patrícia Clara¹; Joana Cunha¹; Fernando Salvador¹

1 - ULSTMAD - Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A Doença de Hansen (DH) é uma entidade rara que afeta predominantemente a pele e o sistema nervoso periférico. Portugal tem vindo a registar uma baixa incidência de novos casos de DH. No entanto, dada a crescente imigração com proveniência em países endémicos, o seu diagnóstico deve ser tido cada vez mais em consideração.

Caso clínico: Apresentamos um caso de um doente sexo masculino, 58 anos, com antecedentes de DH aos 23 anos. Na altura apresentou-se com lesão perfurante plantar esquerda, deformidade da mão direita com atrofia dos músculos interósseos e impossibilidade de extensão dos quarto e quinto dedos. Realizou eletromiografia (EMG) que descreveu polineuropatia sensitivo-motora nos membros inferiores e sensitiva nos membros superiores. A biópsia de nervo sural foi compatível com DH na sua forma lepromatosa. A mesma doença foi diagnosticada no mesmo período aos pais do doente. Realizaram todos tratamento, tendo sido posteriormente considerados curados. Após 35 anos, foi enviado a consulta de medicina interna por úlcera plantar esquerda. Apresentava hipomímia facial, parésia facial à esquerda; nos membros inferiores, lesões hipopigmentadas e eritematosas com cheiro fétido e diminuição de sensibilidade, bem como deformidades em ambos os pés e das mãos, com dedos em garra. Foi internado neste contexto, onde foram excluídas complicações infecciosas das lesões cutâneas. Realizou biópsia das lesões cutâneas cuja biologia molecular revelou positividade para *Mycobacterium leprae*. O EMG revelou a presença de polineuropatia sensitivo-motora axonal grave crónica, com envolvimento dos membros inferiores e superiores, compatível com o diagnóstico clínico de DH prévio. Foi excluída afetação nervosa dos músculos extraoculares, lagoftalmo e outras causas de polineuropatia axonal. Assumida recidiva da DH na sua forma lepromatosa, doseada Glicose-6-fosfato desidrogenase (com valores dentro da normalidade) e iniciou dapsona, rifampicina e clofazimina, que ainda se encontra a cumprir

Discussão e conclusão: A recidiva de DH é uma entidade rara, que ocorre sobretudo logo após o término do tratamento ou nos 5-10 anos após o diagnóstico inaugural. Apesar de ser cada vez menos notificado, este diagnóstico não deve ser descurado, de forma a que seja instituída a correta terapêutica e a assegurar o correto seguimento destes doentes, bem como dos seus contactos, diminuindo a incidência de complicações a longo prazo.

CO-0061 - (2940) - NEM TUDO É O QUE PARECE

Mariana Silva De Sousa¹; Francisco Nobre Botelho¹; Diogo Dos Santos Rodrigues¹; Tiago Sepúlveda Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria – Hospital de Santa Maria, Serviço de Medicina Interna

A disseminação metastática de *Staphylococcus aureus* é uma infecção multifocal que pode ocorrer em até 30% dos casos de bacteriemia, sendo que até 50% destes são adquiridos na comunidade. Mais frequentemente associada a endocardite mas em até 30% dos casos o foco primário não é identificado. Apresenta-se o caso de doença estafilocócica invasiva com disseminação secundária e com provável ponto de partida odontogénico.

Mulher de 59 anos, com neoplasia da mama cT2N1M0 sob atezolizumab, internada por dor na cintura escapular, sobretudo à direita, edema do membro superior direito (linfadenectomia e tumorectomia à esquerda), e dor na anca esquerda. À observação, membro superior direito edemaciado, dor à palpação das massas musculares dos trapézios, região lombar e nádega esquerda, e discreta tumefacção ao nível da articulação esterno-clavicular direita, sem flutuação. Assumida hipótese diagnóstica de Polimialgia reumática-like a Atezolizumab vs paraneoplásica e iniciada corticoterapia sistémica. Ausência de melhoria significativa e tumefacção de novo do joelho direito. Realizada artrocentese e lavagem da articulação, com hemoculturas com isolamento de *Staphylococcus aureus* sensível à metilina (MSSA). Adicionalmente dor e tumefacção lombar e glútea esquerdas em relação com abscesso paravertebral com envolvimento epidural posterior e abscesso glúteo documentados em TC, com isolamento de MSSA em drenagem percutânea. Ecocardiograma transesofágico sem evidência de vegetações. Assumida doença estafilocócica metastática com artrite séptica do joelho e esterno-clavicular e abscesso paravertebral e glúteo, tendo realizado flucloxacilina com evolução clínica favorável, redução dos parâmetros inflamatórios e hemoculturas posteriores negativas. Observada por Estomatologia com evidência de carie extensa de 1.4. A doente teve alta com indicação para cumprir 8 semanas de antibioterapia.

Inicialmente sugestivo de uma condição reumática ou paraneoplásica devido à história de neoplasia e imunoterapia com atezolizumab, dada a ausência de resposta à corticoterapia e ao agravamento dos sintomas, foi colocada a hipótese uma infecção sistémica subjacente.

Destaca-se a importância da consideração de infecções estafilocócicas invasivas em doentes com quadros clínicos complexos, especialmente aqueles com fatores de risco, como a imunossupressão. A abordagem integrada e multidisciplinar é essencial para o diagnóstico e tratamento precoces de forma a prevenir complicações e recorrência.

CO-0062 - (4147) - MIOCARDITE A CMV

Miguel Carrilho¹; Mariana Belo Nobre¹; Madalena Costa Santos¹; Ryan Costa Silva¹; Joana Rosa Martins¹

1 - ULS de Santa Maria

O citomegalovírus (CMV) é um vírus da família herpes, ubíquo, que se acompanha de uma primoinfeção habitualmente assintomática. No entanto em indivíduos imunocomprometidos, nomeadamente doentes com neoplasias hematológicas, pode acompanhar-se de doença sistémica grave com morbimortalidade significativa. As complicações cardiovasculares constituem uma manifestação rara de infeção a CMV, consistindo num desafio diagnóstico, principalmente em situações de emergência.

Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 72 anos, com antecedentes pessoais de linfoma primário do sistema nervoso central, sob quimioterapia com rituximab, metotrexato, procarbazina e dexametasona, admitida no Serviço de Urgência por quadro de sonolência e prostração, associado a presença de sangue vivo nas fezes. A avaliação laboratorial revelou neutropenia e elevação de parâmetros inflamatórios, pelo que foi assumida provável colite por provável translocação bacteriana e iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam e ampicilina. Realizou colonoscopia que evidenciou congestão e edema da válvula ileo-cecal. Atendendo a quadro de colite e evidência de citopénias desproporcionadas para o esquema de quimioterapia realizado, foi colocada a hipótese de infeção a CMV (carga viral 14200 cópias) e iniciada terapêutica com valganciclovir ao terceiro dia de internamento. Apesar de medidas instituídas, apresentou evolução desfavorável nas 24h seguintes, com evolução em choque cardiogénico com disfunção do ventrículo esquerdo de novo (Fej estimada em 25-30%), tendo iniciado suporte vasopressor e inotrópico e sendo transferida para o Serviço de Medicina Intensiva. Foi assumida doença invasiva a CMV e cumpriu terapêutica com ganciclovir durante 21 dias por infeção generalizada a CMV a condicionar quadro de afeção multiorgânica com colite, miocardite e agravamento de citopénias. Sob terapêutica instituída, ocorreu controlo da virémia, sendo possível desmame paulatino de suporte inotrópico e vasopressor, com evidência de recuperação da função miocárdica em ecocardiograma de reavaliação.

A doença invasiva a CMV é cada vez menos frequente com a introdução de profilaxia medicamentosa e adoção de múltiplas estratégias preventivas, sendo a miocardite por este agente uma das complicações mais raras com uma elevada mortalidade associada. Por este motivo, a presunção diagnóstica desta entidade e intervenção precoce são fundamentais para evitar um desfecho desfavorável.

CO-0063 - (4046) - ANTIBIOTERAPIA ORAL NO TRATAMENTO DE ESPONDILODISCITE: UM EXEMPLO A SEGUIR?

Diana Lopes¹; Francisco Simões¹; Juliana Andrade¹; Ana Filipa Martins¹; Rita Sousa¹; Sara Marques¹; Ines Gonçalves¹; Rui Domingues¹; Rita Matos¹; Ana Mendes Costa¹; Cristina Angela¹; André Santa Cruz¹; Alexandre Carvalho¹

1 - hospital de braga

Introdução: A espondilodiscite é uma doença rara, de elevada morbimortalidade, que resulta de osteomielite vertebral e de discite. A apresentação heterogénea e insidiosa dificulta o diagnóstico e o início do tratamento, cuja primeira linha continua a ser a antibioterapia endovenosa prolongada. Para doentes selecionados, a antibioterapia oral pode ser uma opção válida após estabilidade clínica.

Caso Clínico: Um homem de 65 anos, com antecedentes de hérnia discal, submetido a cirurgia de correção há 2 anos, sem medicação habitual, recorreu ao serviço de urgência por lombalgia direita contínua, de ritmo inflamatório, com rigidez e limitação na deambulação. Apresentava picos febris diários, com hipersudorese noturna e shivering. As queixas tinham 8 dias de evolução pelo que o doente trazia já alguns exames complementares, destacando-se uma urocultura positiva para *Staphylococcus Aureus* sensível a amoxicilina com ácido clavulânico, que o doente cumpria há 4 dias, sem melhoria. Trazia também uma ressonância magnética sugestiva de espondilodiscite a nível de L4-L5. Na urgência mantinha dor lombar e febre, sem défices neurológicos. Analiticamente tinha elevação de parâmetros inflamatórios. Ficou internado por espondilodiscite, cujo agente mais provável, *Staphylococcus Aureus* sensível à meticilina, foi confirmado em hemoculturas. Cumpriu 4 dias de antibioterapia com flucloxacilina endovenosa que foi alterada para cefalozina por flebites frequentes. O ecocardiograma excluiu endocardite. Verificou-se boa resposta clínica e analítica ao tratamento e 2 conjuntos de hemoculturas negativas, colhidas ao 3º e 6º dia. Teve alta ao fim de 8 dias com flucloxacilina oral durante 4 semanas, sem recidiva. Mantém seguimento em consulta externa e permanece assintomático. Fez nova RM que comprovou a eficácia do tratamento.

Conclusão: Este caso ilustra o facto de a flebite secundária à administração endovenosa de um fármaco não o excluir para terapêutica oral. Demonstra ainda que uma infeção grave pode ser tratada com antibioterapia oral, em casos selecionados, após estabilização clínica, controlo da infeção com antibioterapia endovenosa e demonstração de eficácia. Mostra como a prescrição consciente de antibioterapia, baseada em conhecimento científico e adaptada a cada doente, pode ter vantagens na redução do tempo de hospitalização e minimização de complicações do tratamento.

CO-0064 - (4231) - QUANDO UMA CONVULSÃO NÃO É O QUE PARECE: UM CASO CLÍNICO

Patricia Santos¹; Inês Domingues¹; Fabio Barbosa¹; Vanda Spencer¹

1 - Hospital Garcia de Orta

A Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) idiopática é uma microangiopática trombótica aguda, rara, causada pela deficiência da protéase de clivagem do fator de Von Willebrand: ADAMTS13. Pode ser provocada por deficiência genética ou adquirida desta protéase. Caracteriza-se pela presença de microtrombos de plaquetas na pequena vasculatura, dando origem à pêntrade clássica: anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, lesão renal, febre e alterações neurológicas. É uma doença médica potencialmente fatal, com necessidade de atuação imediata.

Apresenta-se o caso de uma jovem, de 28 anos, saudável, que recorreu ao serviço de urgência por um quadro de sintomas gripais com uma semana de evolução, com aparecimento de cefaleias intensas na véspera. Nessa manhã recorreu a consulta privada tendo sido presenciada crise convulsiva tónico-clónica, incontinência de esfíncteres urinários e mordedura da língua. No serviço de urgência estava prostrada, sonolenta, não cumpria ordens simples, febril (38.2°C) e ictérica. A tomografia computadorizada cerebral não apresentava alterações. Analiticamente destaca-se anemia (Hb 5.7), trombocitopenia (5.000), com esquizócitos no esfregaço, desidrogenase láctica (LDH) 1823, hiperbilirrubinemia (bilirrubina total 3.1, bilirrubina indireta 2.74) com Coombs direto positivo. Foi admitida no Serviço Medicina Intensiva, assumindo-se o diagnóstico de Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT), confirmado por atividade ADAMTS 13 nula (0.0 UI/mL) e anticorpo ADAMTS 13 positivo (34.99 U/mL). Durante o internamento iniciou terapêutica com plasmaferese (11 dias), bem como iniciou imunomodulação tripla com corticoterapia, agente anti-fvW (caplacizumab) e rituximab. Verificou-se uma melhoria progressiva do estado de consciência, analítico com normalização plaquetária e LDH, hemoglobina e do anticorpo ADAMTS 13 (2,94 U/mL). Manteve terapêutica imunomoduladora tripla durante 1 mês e seguimento em consulta de hematologia após a alta.

Os autores realçam a importância do diagnóstico diferencial e alta suspeição clínica em doentes com crises convulsivas inaugurais. Apesar de rara, a PTT é uma emergência médica, que requer tratamento imediato. Considera-se, por isso, importante realçar que existem condições médicas graves e potencialmente fatais cuja forma de apresentação pode ser mais do que parece.

CO-0065 - (1035) - INCLUSÃO DO PAINEL DE BIOMARCADORES NO DIAGNÓSTICO DE LESÕES CEREBRAIS TRAUMÁTICAS LIGEIRAS

José Diogo Martins¹; Cristina Silva¹; Nuno David Pardal¹; António Fernandes¹; Cristina Maldonado¹; André Pires¹; Karine Matos¹; Rogério Silva¹; Soraia Oliveira¹; João Andrade¹; José Caldeiro¹

1 - ULSAM

INTRODUÇÃO: As Lesões Cerebrais Traumáticas Ligeiras (mTBI) apresentam desafios diagnósticos na medicina interna, exigindo métodos precisos para uma gestão eficaz. A avaliação atual enfrenta dificuldades na detecção precoce de lesões intracranianas, levando a custos e exposição à radiação. Biomarcadores como UCHL-1 e GFAP surgem como promissores, com potencial impacto na detecção e prognóstico de lesões cerebrais.

MÉTODOS: O estudo adotou um desenho observacional, prospetivo e unicêntrico. A amostra incluiu adultos admitidos no serviço de urgência com suspeita de mTBI, entre agosto e novembro de 2023. Considerados doentes elegíveis para os estudos os que apresentavam sinais ou sintomas após o traumatismo craniano e que à admissão apresentavam escala de coma de Glasgow 13-15. A recolha abrangente de dados incluiu avaliação clínica, histórico médico, exames e biomarcadores (UCHL-1 e GFAP).

RESULTADOS: 42 doentes foram incluídos, com média de idade de 69,6 anos, predomínio masculino (64,3%). As comorbidades mais frequentes foram hipertensão (54,8%) e dislipidemia (42,9%). A maioria foi triada como amarelo (69,1%) na triagem de Manchester. Achados de imagem mostraram que dos 28,57% dos doentes que apresentaram alterações, apenas 11,9% apresentavam achados intracranianos. Valores medianos dos biomarcadores foram UCHL-1 422,8 ng/L e GFAP 68,1 pg/mL. 86,1% dos valores acima do cut-off não apresentava lesões na TC e nenhum dos doentes com biomarcadores negativos apresentava achados imagiológicos.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO: A população estudada, predominantemente idosa, destaca a relevância da investigação nesse grupo. A triagem de Manchester sugere oportunidades de melhoria na identificação precoce de casos críticos. Quedas da própria altura foram a principal etiologia, enfatizando a necessidade de estratégias preventivas. Achados de imagem evidenciam a complexidade diagnóstica das mTBI. Biomarcadores mostraram uma grande correlação com os achados imagiológicos, salientando a importância da introdução destes biomarcadores na abordagem de mTBI. A introdução deste teste poderá reduzir o tempo de permanência no serviço de urgência. Limitações incluem o tamanho amostral e a natureza unicêntrica do estudo. Futuras investigação deve focar na melhoria da especificidade do teste e avaliação de desfechos clínicos a longo prazo, destacando a importância de uma abordagem integrada na gestão das mTBI.

(Reconhecimento: O teste TBI foi desenvolvido em colaboração com o departamento de desenvolvimento de material médico do Exército dos EUA, comando de investigação e desenvolvimento médico do Exército dos EUA CRADA 20-1266-CRA)

CO-0066 - (2363) - DA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA À MUTAÇÃO DE C9ORF72: SOBRE A SOBREPOSIÇÃO DIAGNÓSTICA

Luís Veiga¹; Emídio Mata¹; Sílvia Nunes¹

1 - ULS Alto Ave

A demência frontotemporal (DFT) e a esclerose lateral amiotrófica (ELA) são doenças raras neurodegenerativas, cuja sobreposição está documentada desde 1869. A DFT está associada ao deterioro dos lobos corticais frontal/temporal que resultam em défices cognitivos/linguísticos, enquanto que a ELA é a principal doença do neurônio motor, envolvendo a degeneração dos neurónios motores superiores e inferiores, levando à atrofia muscular e paralisia. Além de uma sobreposição clínica, a presença de TDP-43 em ambas levou a que fosse reconhecido tratar-se parte de um continuum clínico, neuropatológico e genético. Desde 2011 que a descoberta da expansão da região não codificante do gene C9orf72 abriu novos caminhos para o diagnóstico e tratamento destas patologias

83 anos, avaliada no serviço de urgência por alteração do estado de consciência e insuficiência respiratória tipo 2 grave com necessidade de ventilação não invasiva em doente com deterioro recente das suas capacidades motoras. Inicialmente, a alteração do estado de consciência e depressão respiratória foi enquadrada no uso de benzodiazepinas. O desmame ventilatório difícil aliado à amiotrofia generalizada, hiperreflexia simétrica, com sinal de Tromner-Hoffman positivo e aparentes fasciculações nas coxas, levantou-se a hipótese de Doença do neurónio motor. Uma vez descartada etiologia paraneoplásica e face aos antecedentes familiares de demência (8 irmãos, 6 deles com demência e pelo menos 1 com demência antes dos 60 anos), encetou estudo de ELA sendo identificada mutação do gene C9orf72.

A identificação desta mutação na paciente permitiu incluir os familiares em programas de vigilância e acompanhamento neurológico, para a identificação precoce e a putativa inclusão em estudos

CO-0067 - (2420) - HAT-TRICK NA TROMBECTOMIA

Jerina Nogueira¹; Diogo Araújo²; Leonor Francisco³; Flávia Freitas⁴;
Mariana Duarte Gomes³; João Santos S.²; Sara Gomes³; José Nuno Alves³;
Carla Ferreira³; Maria De Fátima Almeida³

1 - Unidade Local de Saúde Alto Alentejo - Hospital Dr. José Maria Grande; 2 - Unidade Local de Saúde Alto Ave;
3 - Unidade Local de Saúde Braga; 4 - Unidade Local de Saúde Barcelos/Esposende

Perante uma isquemia cerebral a reperfusão eficaz é tempo dependente, e nos últimos anos a trombólise e a trombectomia mecânica (TM) têm revolucionado o tratamento agudo dos acidentes vasculares cerebrais (AVCs). Com indicações de tratamento cada vez mais alargados no tempo, a TM é uma terapêutica segura independentemente do doente ter sido submetido a trombólise. Estudos também têm vindo a demonstrar que a TM de repetição, por oclusão de grande vaso, apresenta não só segurança como eficácia terapêutica.

Mulher, 73 anos, antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus 2, dislipidemia, obesidade e 2 eventos cerebrais isquémicos no território artéria cerebral média direita em Março e Setembro de 2023. No 1º evento isquémico, submetido a Trombólise + TM, teve recuperação total dos défices, foi antiagregada e orientada para estudo etiológico em ambulatório. O 2º evento isquémico ocorreu no mesmo território vascular cerca de 6 meses após, tendo sido novamente submetida a TM. Nesse internamento foi identificada Fibrilhação Auricular de Novo, pelo que teve alta medicada com anticoagulação oral, também se verificou a recuperação quase total dos défices necessitando apenas 1 canadiana para auxílio da marcha. Em Fevereiro de 2024 (5 meses após 2º evento), apresenta-se com novo evento no mesmo território vascular, NIHSS 14 à admissão. É submetida novamente a TM e melhora NIHSS para 4 após o procedimento. Explorando história clínica percebe-se que a doente não estava a cumprir com anticoagulação oral, além disso, a doente não apresentava evidencia de doença de grandes vasos extra ou intracraniana dos vários estudos angiográficos realizados, pelo que se filiou evento novamente a causa cardioembólica.

A TM veio revolucionar as opções terapêuticas disponíveis para tratamento do AVC na fase aguda. Cada vez mais estudos demonstram a sua eficácia com tempos de clínica cada vez maiores, sendo uma opção terapêutica de extrema importância com impacto na morbimortalidade dos doentes principalmente quando a janela para trombólise já está ultrapassada. O caso clínico apresentado vem lembrar-nos que mesmo em eventos de repetição a TM é uma opção terapêutica segura, melhorando a qualidade de vida dos doentes, pelo que não nos devemos coibir de a propor, independentemente desta já ter sido realizada no passado. Não esquecendo, no entanto, que o melhor é sempre a prevenção secundária adequada, além de a prescrever devemos fazer ensinios para a sua importância.

CO-0068 - (2526) - UMA CAUSA NEUROLÓGICA DE BLOQUEIO AURICULOVENTRICULAR

Guilherme Sacramento¹; Beatriz Ferreira¹; Andrea Castanheira¹; Francisco Silva¹; Isabel Madruga¹

1 - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução:

As síndromes miotónicas são um grupo heterogéneo de doenças hereditárias que se dividem em síndromes miotónicas distróficas e síndromes miotónicas não distróficas. Dentro destas síndromes, as distrofias miotónicas são as mais prevalentes, sendo uma das formas mais comuns de distrofia muscular de início na idade adulta. A apresentação clínica passa por fraqueza muscular esquelética e miotonia, dor muscular, defeitos de condução cardíaca, cataratas, atrofia testicular e calvície frontal.

Caso clínico:

Mulher de 57 anos com antecedentes pessoais de relevo de cataratas, bradicardia sinusal de base e bloqueio completo de ramo esquerdo documentados em Holter; foi trazida ao Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência. Apresentava insuficiência respiratória com necessidade de oxigénio por máscara de alta concentração e bloqueio auriculoventricular (BAV) completo com hipotensão. Necessitou de perfusão de isoprenalina em doses elevadas mantendo, mesmo assim, BAV 2:1 com frequência cardíaca de 40 e hipotensão, motivo pelo qual colocou pacing externo. Por manter alteração do estado de consciência apesar de recuperação da frequência cardíaca (FC) foi entubada e ventilada tendo sido admitida em Unidade de Cuidados Intensivos. Durante o internamento colocou CRT-P com normalização da FC. Verificou-se, contudo, dificuldade de desmame ventilatório por fraqueza muscular diafragmática e broncorreia com dificuldade em mobilizar secreções respiratórias. Foi avaliada por Neurologia cujo parecer foi de que a doente não apresentava sinais de fraqueza muscular sugestivas de Miastenia gravis ou Síndrome de Guillain-Barré. Pela presença de cataratas e BAV em idade jovem, associada a fraqueza dos músculos respiratórios, foi colocada a possibilidade de distrofia muscular. Realizou electromiograma que foi compatível com miopatia com descargas miotónicas frequentes apoiando a hipótese de distrofia miotónica tipo 1.

Conclusão:

A distrofia miotónica tipo 1 leva a um atraso no relaxamento muscular e fraqueza musculoesquelética devido à atrofia muscular. Por alterações estruturais cardíacas e alterações na condução pode levar a arritmias cardíacas. Dentro das várias etiologias de um bloqueio aurículo ventricular, devemos pensar numa distrofia miotónica aquando da presença de sintomas neuromusculares.

CO-0069 - (2618) - SÍNDROME DE TAKOTSUBO APÓS CRISE EPILÉPTICA

Teresa Soares Costa¹; Filipa Macieira¹; Daniel Seabra¹; Luís M. G. Ribeiro¹; Sofia Tavares¹

1 - ULS Matosinhos

A síndrome de Takotsubo é uma patologia reversível caracterizada por disfunção sistólica transitória do ventrículo esquerdo, que pode mimetizar uma síndrome coronária aguda. É geralmente despoletada por uma agressão física ou emocional, podendo também associar-se a vários eventos neurológicos. O evento neurológico mais comumente associado é a hemorragia subaracnóidea, mas as crises epiléticas estão também descritas como um possível despoletante desta entidade.

Descreve-se o caso de uma mulher de 81 anos, admitida no Serviço de Urgência após duas crises tónico-clónicas bilaterais. Do estudo realizado destacou-se leucocitose neutrofilica, proteína C reativa 38 mg/L, sumário de urina ativo e elevação de troponina de alta sensibilidade até a um máximo de 1643 ng/L às 6h sem elevação de mioglobina nem creatina cinase. O eletrocardiograma à admissão era normal, evoluindo com inversão das ondas T nas derivações pré-cordiais. A tomografia computadorizada cerebral não tinha alterações. Foi iniciado levitiracetam sem recorrência de crises, não existindo alterações ao exame neurológico. O electroencefalograma não mostrou atividade paroxística e ressonância magnética cerebral era normal. Foi assumida crise epilética sintomática aguda em contexto de intercorrência infecciosa e iniciado desmame de anticomiciais sem recorrência de crises. Do ponto de vista cardíaco, evoluiu com troponina em decrescendo. Ecocardiograma com hipocinesia do segmento distal do septo interventricular e cateterismo cardíaco que excluiu doença coronária. Assumida assim síndrome de Takotsubo secundária à crise epilética. Após 4 meses, foi documentada reversão das alterações da contratilidade segmentar com recuperação da função ventricular sistólica.

A patologia neurológica aguda pode causar alterações do ritmo e frequência cardíaca, bem como disfunção ventricular esquerda reversível, conhecida como heart-brain syndrome, sendo a síndrome de Takotsubo, neste contexto, um fenótipo desta entidade. O mecanismo exatamente pelo qual acontece é incerto, mas acredita-se que um aumento das catecolaminas durante a crise e no estado pós-ictal seja o mecanismo subjacente, com disfunção microvascular e vasoespasmo consequentes a causar a isquemia miocárdica. No caso apresentado as crises epiléticas foram o único evento despoletante encontrado.

CO-0070 - (2577) - SÍNDROME DE ROUBO DA SUBCLÁVIA: UMA PERSEGUIÇÃO NECESSÁRIA.

Rita Relvas¹; Cassiana Vasconcelos¹; Nuno Ferreira Monteiro¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais - Dr. José de Almeida

Introdução: Ainda que comumente assintomática, a síndrome de roubo da subclávia pode associar-se a quadros neurológicos não menosprezáveis, fruto da hipoperfusão cerebral existente. Apresenta-se um caso que evidencia a importância do exame objetivo na pesquisa desta entidade.

Caso Clínico: Homem, 55 anos, com história de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico vertebrobasilar multifocal de etiologia indeterminada; cardiopatia isquémica; síndrome metabólica e doença arterial periférica grave, já revascularizado e com indicação para antiagregação simples e anticoagulação. Recorre ao Serviço de Urgência por cefaleia occipital, tipo peso, intensidade 6/10, associada a vertigens e diminuição da acuidade visual, com 14 horas de evolução. Exame neurológico com quadrantanopsia homónima inferior direita. Tomografia Computorizada cranioencefálica (TC-CE) sem lesões agudas, com sequelas de enfartes corticossubcorticais occipital direito e cerebelosos bilaterais; eletrocardiograma normal. TC-CE às 24 horas com hipodensidade cortico-subcortical occipital esquerda de novo. Admite-se novo AVC isquémico no território vertebro-basilar esquerdo, sendo internado para estudo. Durante o internamento, destaca-se assimetria da pressão arterial dos membros superiores (>20mmHg), mais elevada à direita. Realizada angioTC-CE e vasos do pescoço, que revela oclusão da origem da subclávia esquerda, permeável a jusante pelo fluxo retrógrado da artéria vertebral homolateral. Admite-se diagnóstico de síndrome do roubo da subclávia esquerda, a justificar o quadro atual e os antecedentes do doente. Restante estudo (holter 24 horas e ecocardiograma transtorácico) sem alterações relevantes; com ecografia doppler dos vasos do pescoço com doença aterosclerótica carotídea sem estenose significativa e inversão de fluxo da vertebral esquerda, corroborando a síndrome. O doente tem alta após discussão com cirurgião vascular assistente, sob dupla antiagregação e anticoagulação, referenciado a consulta urgente desta especialidade para programação de tratamento endovascular.

Discussão & Conclusão: A presença de isquémia no território vertebro-basilar e assimetria tensional nos membros superiores deverá levantar suspeita desta entidade. Urge a sua procura ativa face ao impacto terapêutico associado, capaz de alterar a história natural da doença, prevenindo-se eventos futuros que, no caso descrito, podiam ter sido potencialmente evitados se diagnóstico e atuação mais precoces.

CO-0071 - (4661) - DESAFIOS DIAGNÓSTICOS: QUANDO DUAS DOENÇAS RARAS COEXISTEM

Inês Duro¹; Patrícia Neves¹; João Moura¹; Inês Furtado¹; Carlos Andrade¹; Ana Luísa Marçal¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução:

A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa rara, caracterizada por sinais de primeiro e segundo neurónio. Esta entidade, de etiologia não inteiramente esclarecida, pode ter uma apresentação clínica variada e heterogénea, progredindo invariavelmente.

Caso Clínico:

Homem de 51 anos, autónomo, com esclerose sistémica (ES) com mais de 25 anos de evolução com atingimentos cutâneo, vascular, articular, cardíaco e pulmonar do tipo fibroelastose pleuroparenquimatosa, a condicionar síndrome restritiva grave. Ainda, queixas musculares inespecíficas de longa data, sem alterações electromiográficas ou da enzimologia muscular, e sem limitação funcional significativa, com manutenção de atividade laboral fisicamente exigente.

Apresentou-se em consulta com fraqueza muscular proximal progressiva, com limitação funcional importante, e noção de disfagia, sem predomínio de sólidos ou líquidos, com 6 meses de evolução. Objetivamente, e de novo, força muscular global grau 4+, com evidência de fasciculações das coxas. Internado para estudo célere.

A abordagem diagnóstica envolveu uma revisão exaustiva da história médica passada e reavaliação do perfil de auto-imunidade, sem evidência de atividade da ES ou de existência de outra doença autoimune em overlap; bem como extenso estudo complementar, a incluir electromiografia e biópsia muscular, cujos resultados mostraram desnervação ativa marcada e reinnervação crónica ligeira em diversos músculos de miótomos cervicais, torácicos e lombossagrados, compatível com uma disfunção generalizada do neurónio motor inferior. Não foi detetada a expansão GGGGCC no gene C9ORF72. Assumido assim o diagnóstico de atrofia muscular progressiva, tendo iniciado tratamento dirigido com riluzol. Reavaliação em consulta de doenças neuromusculares com evidência de hiperreflexia de novo, a suportar envolvimento de primeiro neurónio, e, subsequentemente, o diagnóstico de ELA.

Discussão & Conclusão:

Este caso singular de coexistência de ELA e ES sublinha a complexidade diagnóstica quando duas condições raras convergem no mesmo doente. Os autores destacam o papel crucial da anamnese e do exame físico como pilar fundamental da orientação diagnóstica, enfatizando a necessidade de uma avaliação clínica minuciosa do doente crónico sempre que haja alteração das características das suas queixas.

CO-0072 - (2138) - SINDROME CENTRAL MEDULAR: A NECESSIDADE DE OLHAR ALÉM DO ÓBVIO

Adriano Heemann Pereira Neto¹; Carolina Fernandes¹;
Cristiana Vanessa Bernardo Malhó¹; Lueji Aminata Oliveira Gumbe¹;
Ana Isabel Oliveira Ribeiro¹; Tiago Seco¹; Ana Ponciano¹

1 - Centro Hospitalar de Leiria

Os distúrbios da medula espinhal podem causar sintomas neurológicas graves e simular outras doenças neurológicas levando ao atraso do seu diagnóstico e correto tratamento.

Apresentamos o caso de um homem de 74 anos com antecedentes de acidente vascular cerebral (AVC) recente, sem sequelas, devido a estenose crítica da artéria carótida interna esquerda. Sob dupla antiagregação e estatina, a aguardar endarterectomia.

Deu entrada no serviço de urgência por hemiparesia cerca de uma hora de evolução com conseqüente queda da própria altura.

À admissão hospitalar sem défices neurológicos. Tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica: estenose crítica do segmento bulbar da artéria carótida interna esquerda e de estenose da artéria carótida interna direita com 50%, sem áreas de isquémia. O doente foi internado por acidente vascular cerebral transitório.

No internamento verificou-se instalação de tetraparesia de agravamento progressivo com dismetria bilateral, sem alteração da sensibilidade superficial e proprioceptiva. Associadamente queixas de dorsalgia e dores nos membros superiores. Apresentou também bexiga e intestinos neurogênicos, com diminuição importante da sensibilidade profunda sagrada. Verificada limitação importante da sua autonomia.

Ressonância magnética cerebral e da coluna com exclusão de lesões isquémicas e a identificar estenose do canal central, devido a exuberante calcificação do ligamento longitudinal posterior de C2 a C5 condicionando compressão e moldagem da medula espinhal, além de compromisso do trajeto foraminal das raízes de C4 a T1.

Admitido Síndrome Centro Medular associado a estenose grave da artéria carótida interna esquerda. O doente foi encaminhado para Cirurgia vascular e Neurocirurgia para intervenção pelas especialidades.

Descrito caso de Síndrome Medular Central com mimetização de evento cerebrovascular agudo. Esta síndrome é caracterizada por sintomas causados por lesão na região central da medula espinhal, principalmente na substância cinzenta central. As principais etiologias são trauma, neoplasia e, menos frequentemente, compressão medular por osteófitos. Verifica-se redução da sensação sagrada, tetraparesia de predomínio braquial com preservação da sensação tátil fina, proprioceptiva e vibratória. Há poucos casos assim na literatura médica.

Neste caso é evidente a importância da realização de um exame objetivo minucioso com diagnóstico diferencial adequado para que se pratique uma medicina de excelência.

CO-0073 - (2651) - ENIGMAS CARDÍACOS: O CASO DA ENDOCARDITE DE LIBMAN-SACKS EM DOENTE COM LÚPES ERITEMATOSO SISTÊMICO

Rita Matos Sousa¹; Mónica Dias¹; Olga Pires¹; Ana Filipa Martins¹; Francisco Simões¹; Cleide José Maria¹; Inês Maria Gonçalves¹; Narciso Oliveira¹; Joana Morais¹; Inês Gonçalves¹; Rosa Carvalho¹; Maria João Regadas¹; Catarina Vieira¹; Carlos Capela¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: A Endocardite de Libman-Sacks é uma complicação rara e potencialmente grave do Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), caracterizada por inflamação e formação de vegetações estéreis nas válvulas cardíacas. Afeta principalmente as válvulas mitral e aórtica, podendo levar a insuficiência valvular e embolia sistémica. O diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para prevenir danos cardíacos irreversíveis.

Caso Clínico: Uma jovem de 32 anos, com antecedentes de LES em seguimento hospitalar, medicada com prednisolona 12,5 mg, azatioprina 50mg e hidroxicloroquina 400mg, foi internada com diagnóstico inicial de flare lúpico com atingimento hematológico, renal, articular, cutâneo e oftalmológico. Do estudo inicial destaca-se hemoglobina 9.1g/dL; sem atingimento de outras linhagens, velocidade de sedimentação 81mm/1ªH; ureia 30mg/dL; creatinina 1.0mg/dL com eritro-proteinúria, NT-proBNP 1108mg/dL; antiDsDNA >600 IU/mL; ANA 1/80 e hemoculturas entretanto negativas. No internamento apresentou dispneia em repouso com ortopneia significativa com o exame físico a revelar sopro sistólico de novo, tendo sido solicitado ecocardiograma transtorácico que identificou uma insuficiência mitral severa com espessamento significativo da válvula – seguindo-se ecocardiograma transesofágico com confirmação dos achados sugestivos de endocardite trombotica não-infecciosa. No enquadramento foi considerado o diagnóstico de Endocardite de Libman-Sacks. Após discussão multidisciplinar e tendo em conta o atingimento renal (nefrite lúpica classe III/IV) foi iniciado micofenolato mofetil e aumentada a dose de corticoterapia – para além da otimização cardiovascular da disfunção valvular. A doente evolui muito favoravelmente tendo tido alto ao 10º dia.

Discussão e Conclusão: Este caso mostra a complexidade do diagnóstico da Endocardite de Libman-Sacks. A apresentação clínica inicial foi dominada por sintomas relacionados ao flare lúpico, dificultando o reconhecimento de endocardite. Após clínica mais sugestiva, os estudos ecocardiográficos foram cruciais para o diagnóstico, possibilitando o ajuste do tratamento direcionado ao LES para controlar os sintomas cardíacos e sistémicos, resultando em melhoria clínica. Além disso, ressalta a necessidade de uma abordagem terapêutica multidisciplinar, com ênfase no controle da doença de base, para alcançar melhores resultados clínicos e prevenir complicações cardíacas graves.

CO-0074 - (2871) - UM DIAGNÓSTICO RARO E UM EFEITO ADVERSO INESPERADO

Pedro Pires Mesquita¹; Marta Braga Martins¹; Rita Gonçalves Pinto¹; Juliana Andrade¹; Filipe Vilela¹; Gonçalo Torrinha¹; Vânia Gomes¹; Céu Rodrigues¹; Marina Alves¹; Paulo Gouveia¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: A podocitopatia lúpica é um diagnóstico histopatológica em apenas 1% das biópsias renais realizadas no contexto de lúpus eritematoso sistémico (LES) com envolvimento renal. Caracteriza-se por fusão difusa dos pedicelos dos podócitos e ausência de deposição de complexos imunes a nível subendotelial e subepitelial. O tratamento de 1ª linha é a corticoterapia, não isenta de efeitos adversos.

Caso Clínico: Mulher, 55 anos, com diagnóstico de LES desde os 17 anos, a cumprir hidroxicloroquina em dias alternados. Recorre ao serviço de urgência por astenia, poliartralgias, edema das articulações interfalângicas proximais das mãos, joelhos e tornozelos bilateralmente e noção de diminuição da diurese, com uma semana de evolução. Análises com lesão renal aguda AKIN 1, creatinina sérica 1,2 mg/dl (basal 0,9), sem citopenias e hipoalbuminemia 2mg/dl. Bioquímica de urina com proteínas e eritrócitos. Urina pontual com rácio P/CR 7,0mg/mg. Na presunção de nefrite lúpica, ficou internada; realizou 3 pulsos de metilprednisolona 500mg e iniciou depois prednisolona (PDN) oral 1mg/kg (60mg). Completou o estudo no internamento com ecografia reno-vesical, sem alterações na morfologia renal, ligeira perda de diferenciação parenquimo-sinusal; urina 24h com proteinúria nefrótica de 7,2g; dislipidemia mista; sem consumo de C3/C4; ANA 1/320, anti-ds-DNA, ENA smB, Sm e PmScl100 positivos. Biópsia renal sugestiva de nefropatia lúpica classe II, a aguardar microscopia eletrónica (ME), com suspeita de podocitopatia. Apesar de evolução favorável com introdução de corticoterapia, ao 10º dia, a doente inicia quadro de alteração comportamental com pensamentos delirantes e persecutórios. Juntamente com a Psiquiatria, admitido quadro de psicose aguda induzida pelos corticóides, pelo que iniciou Tacrolimus 3mg/dia, permitindo desmame rápido dos corticoides. Necessidade de iniciar olanzapina, entre outros, para controlo da psicose. A hipótese de atingimento neuropsiquiátrico do LES era improvável, atendendo ao início dos sintomas após introdução da corticoterapia, com melhoria da síndrome nefrótica e ressonância craniana sem alterações.

Conclusão: Após a alta e em seguimento em consulta, confirmado diagnóstico na ME com fusão difusa dos pedicelos podocitários e sem depósitos subepiteliais nem estruturas organizadas. Atualmente, 9 meses depois, sob tacrolimus e PDN 2,5 mg, em remissão da doença, com função renal normal, sem proteinúria e resolução do quadro psicótico.

CO-0075 - (2927) - DOENÇA RELACIONADA COM IGG4 – O GRANDE IMITADOR

Andreia Sá Lima¹; Tiago Castro Pinto¹; Luísa Veiga De Sousa¹; João Correia Pinto¹; M. Teresa Santos¹; P. Ricardo Pereira¹

1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A Doença Relacionada com IgG4 é uma condição fibroinflamatória, com frequente atingimento multiorgânico, podendo mimetizar casos de neoplasia, infeção ou outras doenças imunomediadas.

Caso Clínico: Homem de 73 anos, com dois internamentos subsequentes por pneumonia, a primeira por Legionella e SARS-CoV-2 com boa evolução sob tratamento dirigido, e a segunda por Haemophilus influenza sem resposta à antibioterapia dirigida. No segundo internamento, o TC tórax inicial revelava consolidações pulmonares, nódulos de distribuição centrilobular difusa e adenomegalias mediastínicas. Perante a ausência de resposta à antibioterapia, repetiu TC tórax que mostrou agravamento dos achados, incluindo 'de novo' área de parênquima com sinal do atol e extenso vidro despolido. Durante o internamento, foi conduzida investigação etiológica, com recurso a exames microbiológicos e anatomopatológicos de lavado broncoalveolar, biópsia aspirativa de adenopatia subcarinal e biópsia brônquica, sem evidência de malignidade ou infeção. A biópsia pulmonar transtorácica demonstrou extensa necrose, fibrose e vasos de parede espessada com infiltrado inflamatório linfoplasmocitário e lesões focais de pneumonia organizativa, com Ziehl-Neelsen negativo e ausência de granulomas. Destacava-se como achados complementares: lesão renal aguda, consumo de complemento, elevação de IgG, ANA 1:640 e anti-dsDNA positivo por ELISA. Diversas hipóteses diagnósticas foram consideradas, como pneumonia organizativa pós-infeciosa, lúpus eritematoso sistémico, sarcoidose e síndrome pulmão-rim, mas nenhuma explicava totalmente o quadro clínico. Proseguiu estudo em consulta, onde persistiu elevação significativa de IgG sérica, sem monoclonalidade, mas com doseamento sérico de IgG4 elevado. Realizou ainda EBUS cuja biópsia de adenopatia mediastínica revelou plasmocitose, e em revisão da lâmina de biópsia pulmonar confirmou-se expressão positiva de IgG4 nos plasmócitos, consolidando o diagnóstico final de doença relacionada com IgG4 com atingimento pulmonar. Investigação subsequente revelou envolvimento extrapulmonar, renal e das glândulas salivares, configurando um fenótipo sistémico desta patologia.

Discussão & Conclusão: O diagnóstico desta patologia é desafiante, pela sua diversidade fenotípica, comportando-se clinicamente como um grande imitador. Decerto a elevação sérica de IgG4 foi uma pista valiosa da nossa investigação. No entanto, pode estar ausente numa percentagem significativa de casos.

CO-0076 - (4083) - FENOTIPOS DE UMA COORTE DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDEO

Luísa Pina Marques¹; Eulália Antunes²; João Faia³; Graziela Carvalheiras⁴; Fátima Farinha⁴

1 - Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga; 2 - Unidade Local de Saúde de Braga; 3 - Unidade de Saúde Local; 4 - Unidade de Saúde Local de Santo António

INTRODUÇÃO: A Síndrome Antifosfolipídica (SAF) é uma doença autoimune (DAI) complexa caracterizada por manifestações trombóticas, não-trombóticas ou morbidade obstétrica, associada à presença persistente de autoanticorpos antifosfolipídios (aPL).

OBJETIVOS: Caracterização descritiva dos diferentes fenótipos numa coorte de SAF.

MATERIAL E MÉTODOS: Análise descritiva, retrospectiva e unicêntrica dos processos clínicos de doentes acompanhados numa consulta de DAI. Incluíram-se todos os doentes com critérios definidores de SAF com base nos critérios de classificação de Sapporo 1999. Estes foram divididos em 5 grupos com base nos seguintes fenótipos: SAF trombótico (SAF-T), SAF obstétrico (SAF-O), SAF catastrófico (SAF-C), Portador Assintomático (PA) e Non Criteria Manifestations (NCM). Foram colhidos dados relativos às características demográficas, perfil imune (alto risco, médio-alto e baixo risco trombótico), evento primário, tempo de seguimento, tratamento, DAI associada e mortalidade.

RESULTADOS: Análise de 304 doentes, dos quais 37 falecidos e 267 vivos na presente data. Destes últimos 87% (n=265) eram do sexo feminino, com idade média ao diagnóstico (IMD) de 38 anos, tempo de seguimento médio de 13,5 anos. O fenótipo SAF-T foi o mais prevalente, em 170 doentes (52,4%), maioria do sexo feminino (82%;n=140), com IMD aos 38,9 anos. Desses, 69,4% (n=118) apresentava um perfil imune de alto risco, sendo a trombose venosa profunda o evento primário mais frequente (43%;n=73), seguido de acidente vascular cerebral (27,8%;n=47). Os PA's, representaram 24,3% (n=74) da amostra analisada, com IMD aos 37 anos. Neste fenótipo a análise do perfil imune não revelou diferença significativa no risco imune. O SAF-O foi o 3º fenótipo mais frequente (15,8%), com IMD aos 36 anos, sendo a complicação mais frequente os abortos de repetição. Este grupo apresentou distribuição equilibrada dos perfis de risco imune. Os fenótipos NCM e SAF-C foram os menos frequentes, representando, respetivamente, 2,6% e 1,3%. Ambos foram associados a perfil imune de alto risco. Mais de metade (63,5%;n=193) dos doentes apresentava DAI associada, sendo o Lúpus Eritematoso Sistémico a mais prevalente (49% n=148). O fenótipo SAF-T teve a maior associação com esta patologia (n=83), seguido dos fenótipos PA e SAF-O. Relativamente ao tratamento, 145 doentes estavam anticoagulados (121 no grupo SAF-T e 2 no SAF-C) e 101 doentes sob profilaxia primária (34 no SAF-O, 48 nos PA e 6 nos NCM).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: A SAF predomina em mulheres jovens, com o fenótipo de SAF-T sendo o mais prevalente e associado a alto risco de perfil imune. A distribuição equitativa dos perfis de risco sugere a influência de outros fatores nas complicações obstétricas, além do perfil de aPL. A presença de PA e a elevada incidência de DAI associada enfatizam a complexidade da SAF. A identificação de perfis de doença não trombótica implica uma atitude preventiva centrada na profilaxia primária com antiagregação.

CO-0077 - (4129) - MONOCLONAL GAMMOPATHY OF RENAL SIGNIFICANCE-ASSOCIATED CRYOGLOBULINEMIC VASCULITIS: A CASE REPORT HIGHLIGHTING TREATMENT STRATEGIES

António Mateus-Pinheiro¹; Tiago Dias Da Costa¹; Adriana Roque²; Nuno Figueiredo³; Sónia Moreira¹; Isabel Fonseca¹; Lèlita Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde Coimbra | Serviço de Medicina Interna | Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2 - Unidade Local de Saúde Coimbra | Serviço de Hematologia; 3 - Unidade Local de Saúde Coimbra | Serviço de Nefrologia

Introduction:

Cryoglobulinemic vasculitis (CV) is a rare systemic vasculitis characterized by the presence of cryoglobulins in the serum, which precipitate upon cold exposure, leading to vascular inflammation and tissue damage with a wide range of clinical presentations. Monoclonal gammopathy of renal significance (MGRS) refers to an uncommon form of monoclonal gammopathy that underlies renal injury. Herein, we present a case of cryoglobulinemic vasculitis associated with MGRS, emphasizing the challenges in diagnosis and management.

Clinical Case:

A 57-year-old man with no significant medical history presented to the emergency department with an 8-day history of pain and cyanosis in the distal portions of his hands and feet. Examination revealed edema and cyanosis in his fingers, toes, and auricular helices, and necrotic lesions on the second digit of his right hand, with overlying skin detachment and signs of bacterial infection. Laboratory findings showed marked neutrophilic leukocytosis, elevated C-reactive protein, and increased erythrocyte sedimentation rate. Imaging studies, including angio-CT and transthoracic echocardiography, were unremarkable for vascular abnormalities or cardiac pathology. He was admitted for further study of digital ischemia. Peripheral blood and bone marrow aspirate phenotypic analysis, characterization of blood cryoprecipitate compatible with type 2 cryoglobulinemia, alongside with rapidly progressive acute kidney injury with active urinary sediment, led to the diagnosis of MGRS-associated cryoglobulinemic vasculitis. Prompt measures, including vasodilatory therapy, iloprost infusion and body warming were initiated, followed by an immunosuppressive treatment regimen including rituximab, cyclophosphamide, and a myeloma-like protocol with bortezomib. Surgical amputation of multiple distal digit segments was required. The patient exhibited stabilization of renal function and improvement in peripheral perfusion.

Discussion/Conclusion:

This case underscores the diagnostic and therapeutic challenges posed by cryoglobulinemic vasculitis associated with MGRS. Timely recognition and initiation of appropriate immunosuppressive therapy, in association with important non-pharmacological measures, are crucial to prevent irreversible end-organ damage. Multidisciplinary collaboration among internists, nephrologists, and hematologists is essential for optimizing patient outcomes in such complex, rare and often fatal conditions.

CO-0078 - (4148) - TROMBOSE ARTERIAL EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN E DOENÇA DE BUERGER: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Guilherme Sanches De Miranda¹; Iuliana Cusnir¹; Diana Vital¹

1 - Hospital de Santarém

Introdução: A maioria dos eventos trombóticos ocorrem em território venoso, sendo a trombose arterial considerada rara e habitualmente associada a outros fatores de risco. A trombose arterial é frequentemente desencadeada por múltiplos fatores, incluindo inflamação crônica, lesão endotelial e disfunção vascular.

Caso Clínico: Um doente do sexo masculino, 44 anos, com antecedentes de Doença de Crohn, Doença de Buerger e tabagismo (18 unidades maço/ano), recorre ao Serviço de Urgência (SU) por queixas de dor na extremidade dos dedos da mão esquerda, associado a palidez da mão e cianose das extremidades digitais, cefaleia parietal direita e visão turva com cerca de 1 dia de evolução e agravamento progressivo. Na admissão no SU, apresentava ainda nistagmo horizontal, acentuado à levoversão.

Durante a permanência em SU verificou-se agravamento neurológico, com sonolência, náuseas, paresia facial esquerda, desvio conjugado do olhar para a esquerda e disartria, recuperando das queixas do membro superior esquerdo. Realizou TC de Crânio que não revelou sinais de isquemia aguda e angio-TC que revelou defeito de preenchimento desde a porção proximal da artéria subclávia esquerda até ao segmento cervical da artéria vertebral ipsilateral.

Por agravamento clínico progressivo (anisocória, discurso imperceptível, nistagmo vertical, hipostesia da hemiface esquerda e paresia do membro superior direito grau 3), repetiu exames de imagem que revelaram migração do trombo e oclusão dos segmentos V3 e V4 da artéria vertebral esquerda e dois terços inferiores da artéria basilar, bem como áreas de hipodensidade cerebelosas bilateralmente. Foi realizada trombectomia mecânica com recanalização TICI 3, com melhoria parcial dos défices.

No internamento, completou estudo etiológico, não sendo identificadas outras causas evidentes para o evento.

Discussão & Conclusão: Este caso ilustra a complexidade das doenças inflamatórias crônicas, como a Doença de Crohn e a Doença de Buerger. A interação entre a inflamação associada à Doença de Crohn e a vasculopatia causada pela Doença de Buerger pode ter contribuído para o desenvolvimento da trombose arterial. A abordagem interdisciplinar desempenhou um papel fundamental no diagnóstico e abordagem eficaz do doente.

CO-0079 - (4157) - UM CASO DE AORTITE: IATROGENIA RARA AO BEVACIZUMAB

Daniela Alves¹; Cátia Barra²; Ana Borges^{2,3}; Lèlita Santos^{2,3}

1 - ULS da Região de Aveiro; 2 - ULS Coimbra; 3 - Faculdade de Medicina- Universidade de Coimbra

INTRODUÇÃO

A Aortite é uma inflamação da Aorta secundária a traumatismo, infeções, doenças imunológicas ou do tecido conjuntivo. A vasculite após quimioterapia é uma rara complicação secundária à administração de agentes antineoplásicos, como a gentamicina, mas também em terapêuticas anti-angiogénicas como o Bevacizumab, um anticorpo monoclonal do crescimento endotelial vascular humano, que parece perturbar o equilíbrio entre a lesão e a reparação vasculares.

CASO CLÍNICO

Homem de 47 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma do cólon com metastização. Submetido a excisão do tumor e quimioterapia com Bevacizumab em dezembro de 2019, seguida de peritonectomia com HIPEC (quimioperfusão hipertérmica intraperitoneal).

Realizou reavaliação imagiológica com PET em janeiro de 2020 que mostrou captação aumentada de novo nas paredes da Aorta torácica ascendente, descendente e crossa, sugestiva de vasculite de grandes vasos em atividade pelo que foi enviado à consulta de Medicina Interna.

Na história clínica, percebeu-se que 3 semanas após os ciclos de quimioterapia iniciou um quadro de dores na articulação temporo-mandibular, sem sinais inflamatórios, sem claudicação da mandíbula, sem cefaleia e sem febre ou outras queixas. Ao exame objetivo não havia alterações. O estudo analítico para doenças autoimunes sistémicas e causas infecciosas foi negativo, sendo assumido um quadro de Vasculite Secundária ao Bevacizumab. A reavaliação imagiológica por PET 7 meses depois dos ciclos de quimioterapia confirmou a persistência das alterações do exame anterior, tendo iniciado Prednisolona 20 mg/dia durante 4 semanas, seguido por esquema de titulação negativa. Em agosto de 2020, 1 mês após iniciar corticosteroide sistémico, repetiu a PET que mantinha as alterações prévias, mas em atividade reduzida, à semelhança dos exames de reavaliação de abril e de agosto de 2021. Em setembro de 2021 realizou Ressonância Magnética (RM) Torácica que excluiu qualquer sinal de aortite.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Este caso pretende salientar a associação de Bevacizumab com casos de complicações vasculares, destacando esta etiologia como possível diagnóstico diferencial de síndrome febril em doentes pós-quimioterapia. São poucos os casos descritos na literatura atualmente. De ressaltar ainda a importância de mais evidência que suporte a escolha do exame complementar aquando da reavaliação, uma vez que, apesar de a PET manter atividade inflamatória da aorta, a RM veio confirmar a ausência do mesmo.

CO-0080 - (4183) - ARTRITE POR DEPOSIÇÃO DE PIROFOSFATO DE CÁLCIO – UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM DE FEBRE SEM FOCO

Inês Gonçalves¹; Carla Ferreira¹; Cleide José Maria¹; Ana Filipa Martins¹; Rita Sousa¹; Olga Pires¹; Rosa Carvalho¹; Joana Sousa Morais¹; Maria João Regadas¹

1 - Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: A Artrite por Deposição de Pirofosfato de Cálcio (CPPD) consiste na deposição de cristais de pirofosfato de cálcio na cartilagem hialina e consequente inflamação articular dolorosa. É uma condição mais frequente em idosos, que pode mimetizar outras formas de artrite, tornando o seu diagnóstico desafiador nalguns casos. A deteção de CPPD baseia-se na combinação de achados clínicos, exames de imagem e, por vezes, análise do líquido sinovial.

Caso Clínico: Homem, de 85 anos. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por febre intermitente e aumento do grau de dependência desde há 2 semanas. No SU, estudo analítico, tomografia computadorizada toracoabdominopélvica (TC-TAP) e punção lombar sem alterações, pelo que teve alta. Desde então, doente manteve picos febris intermitentes. Realizou, em ambulatório, hemoculturas, sem isolamento de agente, e análises com proteína C reativa 18.89 mg/dL; velocidade de sedimentação 107 mm/h; IGRA, anti-HIV e anti-HCV negativos; imunidade para Hepatite B e sem infeção recente por Rickettsia, Borrelia, Citomegalovírus ou Vírus Epstein-Barr. Entretanto, doente desenvolveu artrite do punho esquerdo e foi medicado com prednisolona 20mg durante 10 dias, apresentando melhoria significativa do quadro. Após término da corticoterapia, nova deterioração clínica com prostração, gemido à mobilização no leito, febre de 38.5°C e sinais de edema, rubor e calor no punho direito. Pelo quadro agravado com 2 meses de evolução, decidido internamento. Realizada TC-TAP que destacou calcificações peri-articulares nos ombros, articulações esternoclaviculares, zigoapofisárias, coxofemorais, sínfise púbica e bursas isquiáticas, a favorecer impressão de condrocalcinose. Neste contexto, realizada artrocentese do punho direito, que identificou cristais de pirofosfato de cálcio. Assim, com o diagnóstico de CPPD, iniciou prednisolona 40 mg/dia e colchicina 1 mg/dia, apresentando excelente evolução clínica e tendo alta para consulta externa. Na reavaliação, 2 meses após a alta, doente assintomático, sob prednisolona 5 mg em esquema de desmame.

Discussão: A CPPD caracteriza-se por crises mais duradouras com início insidioso. Os sintomas sistémicos até podem surgir antes do atingimento articular. Exemplo disso é este caso, que começou como síndrome febril sem foco. Enquanto a evidência radiográfica de condrocalcinose gera diagnóstico presuntivo, a presença de cristais de pirofosfato de cálcio no líquido sinovial fornece o diagnóstico definitivo de CPPD.

CO-0081 - (4211) - DE NEOPLASIA METASTIZADA AOS ANTIBACILARES – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Sandra Oliveira Mendes¹; Tatiana Moreira Marques¹; Joana Basílio Leite¹; Daniela Macedo Alves¹; Teresa P. Medeiros¹

1 - Hospital Pedro Hispano

A disseminação linfo-hematogénea de bacilos de *Mycobacterium tuberculosis* pode afetar virtualmente qualquer sistema ou órgão, mimetizando outras patologias sistêmicas.

Apresentamos o caso de um homem de 73 anos, ex-fumador, internado por quadro de astenia e síndrome constitucional com 5 meses de evolução e derrame pleural esquerdo. Sem achados patológicos ao exame objetivo nem contexto epidemiológico relevante.

Analicamente, salientou-se subida discreta de PSA. Tomografia computadorizada (TC) cervico-toraco-abdomino-pélvica mostrou achados sugestivos de doença metastizada com atingimento ganglionar supra e infradiafragmático, pleural, pulmonar, esplênico, lesão nodular infiltrativa na supra-renal esquerda e área de hiperrealce na glândula prostática.

O derrame pleural cumpria critérios de exsudado, com predomínio de mononucleares e ADA elevada e a biópsia pleural não mostrou sinais de malignidade. A imunofenotipagem do líquido pleural excluiu doença linfoproliferativa e não houve identificação de agentes microbiológicos. Broncofibroscopia sem lesões endobrônquicas ou achados no lavado broncoalveolar. Estudos endoscópicos sem alterações.

A tomografia por emissão de positrões mostrou espessamentos pleurais bilaterais compatíveis com lesões neoplásicas malignas de alto grau e volumosa lesão hipermetabólica na dependência da supra-renal esquerda, sugestiva de lesão neoplásica maligna, não esclarecendo o tumor primário, com evidência de metastização. O estudo da lesão prostática concluiu tratar-se de adenocarcinoma acinar, mas não justificando a extensão da doença metastática.

Avançou-se para videotoroscopia diagnóstica e a biópsia realizada mostrou positividade para *M. tuberculosis*. Após discussão multidisciplinar, decidida biópsia da lesão da supra-renal, que identificou inflamação granulomatosa, sem necrose ou malignidade.

O diagnóstico de tuberculose (TB) disseminada com tuberculoma da supra-renal esquerda e pleural foi estabelecido. Iniciou-se tratamento antibacilar com melhoria clínica e regressão imagiológica das lesões, em paralelo com o tratamento da neoplasia prostática.

Não obstante a forma disseminada se apresentar numa minoria dos doentes com TB, esta hipótese diagnóstica deve ser ativamente perseguida, conforme demonstramos com a extensa marcha diagnóstica realizada neste caso. A falha e o atraso na sua identificação implica um aumento da mortalidade dos doentes infetados, apesar da disponibilidade de estratégias terapêuticas eficazes.

CO-0082 - (4238) - ANÁLISE DO RETRATAMENTO DA HEPATITE C NUMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Miguel Ângelo Sousa¹; Rui Salvador¹; Catarina Costa¹; Catarina Antunes Salvado¹; Ana Sofia Reis¹; Adriana Pereira Guedes¹; Filipa Borges Santos¹; Margarida Mota¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

INTRODUÇÃO: Apesar de a terapêutica com antivirais de ação direta (AAD) ser curativa na maioria dos casos, a resposta vírica sustentada (RVS) não é alcançada numa pequena percentagem de doentes, obrigando a retratamento para prevenção das complicações associadas à Hepatite C. Diretrizes da EASL (2020) e da AASLD / IDSA (2023) recomendam o uso de regimes panogenotípicos no tratamento e retratamento da Hepatite C.

OBJETIVOS: Realizámos um estudo observacional e retrospectivo com o objetivo de descrever a população submetida a retratamento da Hepatite C por falência de esquema primário, na Unidade Local de Saúde Gaia Espinho (ULSGE), no tempo decorrido entre 2015 e 2023.

MATERIAL E MÉTODOS: Foi solicitada ao Serviço Farmacêutico da USLGE a lista de doentes submetidos a tratamento e retratamento da Hepatite C no período supracitado. Os dados biográficos e clínicos foram obtidos por consulta do processo clínico.

RESULTADOS: Foram tratados 835 doentes com Hepatite C, dos quais 21 necessitaram de retratamento por falência de regime prévio com AAD (2.5% dos casos). A média de idade dos indivíduos foi 50 anos, sendo a maioria destes homens (86%) e infetados em contexto de consumo de drogas endovenosas (76%). O genótipo 1 foi o mais identificado (46%), seguido do genótipo 3 (33%). Todos os doentes não tinham cirrose ou tinham cirrose compensada. Considerando somente os casos retratados desde 2018 (12 doentes), o principal esquema de retratamento usado foi SOF+G/P (67%). Nesse período, a combinação SOF+VEL+VOX foi usada em 17% dos casos. A RVS foi atingida em 100% dos casos tratados com estes esquemas. Em nenhum dos doentes foi usada a associação com Ribavirina (RBV).

DISCUSSÃO & CONCLUSÃO: O principal esquema recomendado pela EASL nos doentes sem cirrose ou com cirrose compensada previamente tratados com regimes contendo um inibidor da protease e/ou um inibidor NS5A é a combinação de Sofosbuvir, Velpatasvir e Voxilaprevir (SOF+VEL+VOX) durante 12 semanas. A mesma associação avança que um regime alternativo com Sofosbuvir (SOF) e a combinação de Glecaprevir e Pibrentasvir (G/P) poderá ser usado em doentes com preditores de resposta inferior. Esta recomendação tem qualidade de evidência moderada. A colaboração AASLD / IDSA prevê o retratamento com SOF+G/P associado a RBV durante 16 semanas após falência de G/P, opinião baseada em qualidade de evidência do mesmo grau. O curso de 12 semanas de tratamento com SOF+VEL+VOX tem um custo de 46.183,788 euros (+IVA), enquanto o tratamento com SOF+G/P, durante o mesmo período, tem um custo de 13.849,920 euros (+IVA). Apesar das limitações do nosso estudo, os nossos resultados sugerem que esquemas alternativos de retratamento poderão ter o mesmo efeito que os esquemas preferenciais recomendados pelas guidelines. Tendo em conta o ónus económico da Saúde, a custo-efetividade de um tratamento é uma prioridade. Estudos experimentais são necessários para avaliar a não-inferioridade destes esquemas terapêuticos.

CO-0083 - (4291) - O MISTÉRIO DA RINORREIA: UM CASO DE MENINGITE ASSOCIADA A FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO

Cláudia Sofia Ribeiro¹; Bruna Rodrigues Barbosa¹; Ana Catarina Ruivo¹;
Andreia Meseiro¹; Francelino José Ferreira¹; Ana Paula Pona¹; Martinho Fernandes¹

1 - Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Introdução

A meningite é uma infeção das leptomeninges. A tríade clássica da meningite consiste em febre, rigidez da nuca e alteração do estado mental.

O presente caso clínico reporta a um doente com meningite aguda associada a uma fístula de Líquido Cefalorraquidiano (LCR) pós traumática e rinorréia persistente.

Caso clínico

Homem de 54 anos, autónomo. Com antecedentes pessoais de epilepsia, hipertensão arterial, dislipidemia, apneia do sono (sob CPAP noturno) e rinite alérgica.

Recorreu ao hospital por cefaleias de predomínio frontal e occipital, tosse com expectoração amarelada, febre e vômitos com 2 dias de evolução.

Ao exame objetivo destacava-se febre (38.7°C), rigidez da nuca, sinal de Brudzinski positivo e sinal de kernig negativo. Nos exames complementares de diagnóstico, apresentava uma PCR elevada (109.2 mg/L) e radiografia de torax sem alterações. A TC-CE demonstrava traço de fratura antigo com solução de continuidade para o seio frontal e pansinusopatia inflamatória, sem outras alterações.

Foi realizada punção lombar (PL) e iniciado ceftriaxone empírico. A PL demonstrou LCR de aspeto turvo, com um total de 2176 células/mm³ com predomínio de polimorfonucleares e glicose 21 mg/dl. A pesquisa de agentes neurotrópicos foi positiva para *Haemophilus influenzae*.

Durante o internamento, devido a queixas de rinorréia anterior serosa em grande quantidade, foi observado pelo Otorrinolaringologista que objetivou rinorréia e fístula de LCR. A TC dos seios perinasais revelou sinusopatia inflamatória fronto-etmoidal maxilar e ampla efracção óssea dos tetos dos seios frontais bilateralmente, mais expressivo a esquerda. A RM dos seios perinasais demonstrou provável meningocele frontal esquerdo.

Discussão

A fuga de líquido cefalorraquidiano depende da existência de uma ligação direta entre o espaço subaracnoideo e o meio externo facilitando, assim, a disseminação direta de agentes microbianos (por exemplo, flora residente da mucosa nasofaríngea), e originando meningite bacteriana.

A meningite bacteriana neste doente tem como etiologia provável a fístula de LCR na lâmina crivada do etmóide na fossa nasal direita ou o meningocele, cujo patógeno responsável é um dos mais comuns nos casos de fratura da base do crânio: *Haemophilus influenzae*.

Conclusão

Num caso de meningite bacteriana aguda devemos ter atenção a etiologias menos frequentes como a fístula de LCR ou meningocele.

CO-0084 - (4331) - TUBERCULOSE DISSEMINADA: CASO CLÍNICO

Daniela Salgueiro¹; Ana Rita Oliveira¹; Rita Vilar Mota¹; Nuno Pardal¹; Domingos Sousa^{1,2}; Ana Sofia Castro¹; Ana Sofia Matos¹; Diana Guerra¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 2 - Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior

Apesar de Portugal ter uma baixa incidência de tuberculose (TB), esta patologia permanece relevante no paradigma dos cuidados de saúde do país. O diagnóstico apresenta-se frequentemente como um desafio tendo em conta apresentação clínica inespecífica e a dificuldade na identificação do *Mycobacterium tuberculosis complex* (MTC).

Homem, 29 anos, paquistanês, a residir em Portugal há 1 ano. Sem antecedentes de relevo. Recorre ao serviço de urgência por dor abdominal generalizada e dejeções líquidas com 1 semana de evolução. Ainda com emagrecimento de 20Kg nos últimos 6 meses. Ecografia abdominal com aumento do calibre do apêndice ileocecal e espessamento irregular do íleon terminal com dilatação de ansas a montante. Realizada tomografia axial computadorizada que, além de confirmar achados prévios, evidenciou derrame pleural direito loculado com espessamento pleural associado. Submetido a toracocentese diagnóstica - líquido pleural compatível com exsudato, predomínio de linfócitos e adenosina desaminase dentro dos valores de referência. Analiticamente com leucocitose $14.72 \times 10^9/L$ (84.6% neutrófilos), PCR 2 mg/dL, VS 10 mm/h. A polymerase chain reaction de MTC e exame direto no lavado broncoalveolar foram negativos. Realizada colonoscopia com áreas pseudopolipoides e ulceradas na região da válvula ileocecal cuja biópsia revelou sinais de criptite. Assim, equacionadas outras hipóteses diagnósticas: colite infecciosa ou doença inflamatória intestinal com manifestação extra-intestinal. As serologias para *Campylobacter*, *Yersinia*, vírus, estudo de autoimunidade e estudo bacteriológico de fezes foram negativos. 8 semanas após colheita, crescimento de MTC em exame cultural de amostra de fezes e secreções brônquicas. Assumida TB disseminada, com ausência de resistência molecular a Rifampicina(R) e Isonazida(H), tendo iniciado terapêutica empírica com H, R, pirazinamida(Z) e etambutol. Aos 2 meses de tratamento, verificou-se presença de resistência a Z no teste fenotípico, tendo sido ajustado o esquema.

Destaca-se deste caso o atingimento intestinal como queixa principal num caso de TB em doente jovem, sendo a região ileocecal a mais comumente afetada. Ainda, a salientar, que a migração de populações asiáticas para a Europa veio alterar a prevalência de TB, com um risco aumentado de resistência, pelo que o diagnóstico e tratamento deve ser baseado nos melhores standards of care, para diminuir o risco de desenvolvimento e disseminação de tuberculose multiresistente.

CO-0085 - (2209) - “COM O CORAÇÃO NAS PARÓTIDAS”: UM PONTO DE PARTIDA RARO DE ENDOCARDITE

João Pedro Faria¹; Cláudia Coelho¹; Eulália Antunes¹; Rui Jorge Silva¹; Sofia Caridade¹; Isabel Silva¹

1 - Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: O *Staphylococcus aureus* é o agente etiológico mais frequente, não só da endocardite infecciosa, mas também da parotidite bacteriana aguda, uma entidade rara, mais frequente em idosos com má higiene oral, desidratados e debilitados.

Caso Clínico: Mulher de 87 anos, alectuada, com antecedentes de estenose aórtica e insuficiência mitral graves, recorre ao Serviço de Urgência por dispneia, prostração e febre. Ao exame objetivo, com tumefação dolorosa com sinais inflamatórios em localização pré-auricular direita, a envolver o ângulo da mandíbula, estabelecendo-se o diagnóstico de parotidite aguda. Apresentava mucosas desidratadas e, analiticamente, leucocitose com neutrofilia e aumento da proteína C reativa. Foram realizadas hemoculturas, com isolamento de *Staphylococcus aureus* meticilinossensível. Pela bacteriemia, e antecedentes de cardiopatia valvular grave, foi realizado ecocardiograma transtorácico, com identificação de imagem móvel com 8 mm de diâmetro na cúspide coronariana direita da válvula aórtica, o que permitiu o diagnóstico de endocardite infecciosa. Cumpriu terapêutica com cefazolina endovenosa durante 14 dias, tendo tido alta com switch para amoxicilina/ácido clavulânico, que manteve durante 13 dias. À reavaliação em consulta, com boa evolução clínica e hemoculturas de reavaliação negativas.

Discussão: Este caso retrata um ponto de partida raro para a endocardite, e pretende ilustrar a necessidade de um grau de suspeição elevado para esta entidade perante doente com cardiopatia valvular ou estrutural importante e bacteriemia, independentemente do ponto de partida. Por outro lado, com o envelhecimento populacional e aumento do grau de dependência, é expectável que a incidência de parotidite bacteriana aguda aumente, podendo ser um ponto de partida importante para endocardites nesta faixa etária.

CO-0086 - (2202) - SEPSIS A SEPTICUM

Ivo Felgueiras Dos Santos¹; Diogo Ferreira Da Silva¹; Miguel Sousa Leite¹; Maria José Goes¹; Catarina Salvado¹

1 - Hospital de Santo António dos Capuchos - Unidade Local de São José

Introdução

A infeção por *Clostridium septicum* é uma entidade rara, com elevada taxa de mortalidade e que está associada a estados de imunossupressão ou ao diagnóstico de carcinoma do cólon, como se evidencia neste caso clínico.

Caso Clínico

Homem, 61 anos, seguido em consulta de Oncologia por adenocarcinoma do cólon direito sob quimioterapia citorrredutora, que recorre ao Hospital de Dia de Oncologia por quadro de febre e diarreia com dois dias de evolução. À observação apresentava-se com T 40.3°C, taquicárdico e com dor à palpação profunda no quadrante esquerdo do abdómen. Analiticamente com leucocitose 11040, neutrofilia 8820, PCR 195 e PCT 2.01. Colheu culturas e iniciou antibioterapia empírica com Ceftriaxone, tendo sido internado. Por taquicardia e perfil tensional hipotensivo, iniciou fluidoterapia, sem melhoria, pelo que se assumiu choque séptico de provável ponto de partida abdominal. Iniciou suporte vasopressor e acrescentou-se terapêutica Metronidazol, com posterior isolamento de *C. septicum* em hemoculturas colhidas previamente. Cumpru 7 dias de Ceftriaxone e Metronidazol empíricos, com melhoria clínica, tendo tido alta com Metronidazol oral mais 7 dias.

Discussão & Conclusão

A relação entre a infeção por um agente patogénico específico e doença maligna é baixa, sendo uma delas a infeção por *C. septicum*, que se associa a carcinoma do cólon, tal como se identifica neste caso clínico. A infeção por este agente pode ser grave e apresentar taxa de mortalidade maior que 60%, que é superior à mortalidade da infeção por *Streptococcus bovis*, também ela associada a carcinoma do cólon.

Existem várias manifestações clínicas desta infeção, tais como como celulite, fascíte, mionecrose ou choque séptico. A ulceração da mucosa induzida pelo tumor permite a translocação bacteriana para a corrente sanguínea, podendo levar a bacteriemia e choque séptico, como exemplificado neste caso. A instituição precoce de antibioterapia empírica posterior à colheita de culturas deve ser feita de forma a reduzir a mortalidade associada à infeção, tal como se verificou.

Em suma, apesar de se tratar de uma infeção rara, dada a sua elevada mortalidade deve ser considerada em doentes com carcinoma do cólon que se apresentem com sépsis de provável ponto de partida abdominal. Além disso, também doentes sem o diagnóstico prévio de cancro do cólon que se apresentem com sépsis por *C. septicum* devem fazer posterior rastreio de cancro colo-rectal, dada a associação entre ambos.

CO-0087 - (5000) - IMPACTO DA INFEÇÃO POR VSR NA POPULAÇÃO ADULTA

Joana Araújo Correia¹; António Leão¹; Inês Trabucho¹; Lourenço Aguiar¹; Paulo Reisinho¹; Alice Mesquita Alicerces¹; Tomás Robalo Nunes¹; Vilma Laís Grilo¹; Ana Luísa Broa¹

1 - Hospital Garcia de Orta

Introdução: A infeção por vírus sincicial respiratório (VSR), comumente associada à idade pediátrica, tem assumido um impacto crescente na população adulta. Apesar de existirem poucos estudos neste grupo etário, foram identificados certos fatores de risco para maior gravidade de doença, nomeadamente idade superior a 75 anos, presença de comorbilidades médicas e institucionalização.

Objetivos: Caracterizar as comorbilidades e a gravidade de doença de infeção por VSR na população adulta.

Material e Métodos: Realizou-se um estudo observacional, retrospectivo, conduzido num hospital terciário entre novembro de 2022 e março de 2023, no qual incluímos todos os adultos que testaram positivo para VSR por RT-PCR. Destes doentes, excluímos os que não tiveram observação médica aquando do teste e aqueles cujo desfecho clínico não foi possível apurar. Analisámos as características demográficas, comorbilidades, manifestações clínicas e evolução no internamento. Definimos como outcome primário a mortalidade e como outcomes secundários a necessidade de internamento, de ventilação não invasiva (VNI), de admissão em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e de ventilação mecânica invasiva (VMI).

Resultados: De um total de 371 adultos com VSR, excluímos 149 doentes. Da amostra final de 222 doentes, 61,3% eram mulheres. A média das idades foi de 68 anos (± 20.5). Apenas 14,4% eram institucionalizados. Novembro foi o mês com maior incidência de infeção. Na altura do diagnóstico, 4,5% dos doentes eram assintomáticos, 33,8% tinham sintomas ligeiros e 62,2% tinham sintomas moderados a graves, como dispneia e hipoxémia. Foram diagnosticados com VSR no Serviço de Urgência (SU) 88,7% dos doentes, dos quais 54,3% tiveram necessidade de internamento. Por outro lado, 11,3% dos doentes testaram positivo para VSR já durante o internamento, sendo que, destes doentes, 60% foram diagnosticados nos primeiros 8 dias e 40% foram diagnosticados após este período, correspondendo a casos de infeção nosocomial. Dos doentes internados com VSR, 54,5% eram mulheres e a idade média foi de 75 anos. Cerca de 18,9% eram institucionalizados e 60,6% tinham três ou mais comorbilidades médicas, sendo as mais comuns hipertensão arterial (75,8% dos casos), dislipidemia (55,3%) e diabetes tipo 2 (33,3%). Dos doentes internados, 80,3% realizaram oxigenoterapia, sendo que 28,8% precisaram de um FiO₂ igual ou superior a 40%. Fizeram VNI 21,2% dos doentes e VMI 1,5%. Dos doentes internados, constatou-se sobreinfeção bacteriana em 37,1% dos casos e houve necessidade de admissão em UCI em 9,10%. A taxa de mortalidade dos doentes com infeção a VSR foi de 13,5%.

Discussão e Conclusão: O VSR constitui uma causa importante de doença grave e de mortalidade, sobretudo nos adultos com idade avançada e com diversas comorbilidades. Para este subgrupo de indivíduos seria importante avaliar o impacto da vacina contra VSR na redução da gravidade de doença, da necessidade de hospitalização e da mortalidade.

CO-0088 - (2448) - AMILOIDOSE NODULAR PULMONAR: UM CASO ATÍPICO QUE APARENTAVA SER UMA “LARGADA DE BALÕES”

Joana Sofia Rego¹; Tânia Pereira Da Silva¹; Rosa Margarida Cardoso¹; Helena Sarmiento¹; Jorge Cotter¹

1 - Unidade Local de Saúde Alto Ave

Introdução: A amiloidose é um grupo raro de distúrbios caracterizado pelo depósito extracelular de substância amiloide em tecidos e órgãos. O atingimento pulmonar é pouco frequente e pode observar-se na forma sistémica ou localizada.

Caso Clínico: Mulher de 78 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade mórbida. Sem história de tabagismo.

Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia para pequenos esforços com 2 semanas de evolução. Negava tosse, dor torácica ou febre. Negava sintomas constitucionais. Encontrava-se hemodinamicamente estável e apresentava insuficiência respiratória tipo 2 sem acidemia a necessitar de oxigenoterapia a 2 litros/minuto. O estudo analítico não revelou alterações de relevo. Realizou Tomografia computadorizada (TAC) de tórax que identificou múltiplos nódulos pulmonares bilaterais, alguns parcialmente calcificados e de contornos irregulares. O eletrocardiograma revelou bloqueio aurículo-ventricular Mobitz Tipo II, pelo que foi colocado pacemaker definitivo.

Para estudo complementar, realizou TAC abdomino-pélvica sem alterações. Realizou ecografia da tireoide que revelou um nódulo de 19 mm (TIRADS 4), com biópsia aspirativa a documentar lesão folicular de significado indeterminado. Realizou também biópsia transtorácica guiada por TAC de nódulo pulmonar com evidência histológica de birrefringência esverdeada sob a luz polarizada com a coloração Vermelho Congo. Não foi possível realizar imunohistoquímica para definir o tipo de amiloide. Após a confirmação de amiloidose, realizou tomografia computadorizada por emissão de positrões que excluiu captação anómala para além da tireoide e dos nódulos pulmonares. Realizou ainda ressonância magnética cardíaca que excluiu infiltração cardíaca de substância amiloide.

Foi decidido tratamento de suporte e seguimento em consulta multidisciplinar.

Discussão & Conclusão: A amiloidose Nodular Pulmonar (ANP) é uma entidade rara, mas benigna. O diagnóstico define-se pela birrefringência “verde-maçã” no microscópio de luz polarizada, com a coloração Vermelho Congo. Normalmente é um achado clínico e a maioria dos pacientes estão assintomáticos. O tratamento habitual é de suporte, com monitorização analítica e radiológica. A ANP pode ser um desafio clínico, uma vez que mimetiza outras doenças pulmonares, nomeadamente a neoplasia. O diagnóstico correto é essencial para definir o tratamento e prognóstico. A biópsia dirigida com confirmação é necessária para confirmar o diagnóstico.

CO-0089 - (2048) - HIPERSENSIBILIDADE CORONÁRIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sérgio Costa Monteiro¹; Raquel Vieira¹; Sara Bravo¹; Juliana Nogueira¹; Bárbara Paracana¹; Jorge Henriques¹

1 - ULS Região de Aveiro

A angina “alérgica”, ou síndrome de Kounis, é definida como qualquer síndrome coronária aguda mediada por uma reação alérgica, sendo que o seu mecanismo fisiopatológico, apesar de pouco esclarecido, parece passar pela infiltração mastocitária da adventícia, libertação de histamina e espasmo da artéria coronária epicárdica.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 77 anos, caucasiana, internada com o diagnóstico de dermatite alérgica bacteriana do membro inferior e medicada com ceftriaxona e clindamicina. Sem diagnósticos médicos de relevo, nomeadamente dislipidemia, diabetes mellitus, hipertensão arterial e hiperuricemia. Sem história de consumo de tabaco ou drogas de abuso. Sem alergias medicamentosas conhecidas.

No decorrer do segundo dia de internamento desenvolve rash cutâneo em >75% da superfície corporal, maculopapular, coalescente, pruriginoso e descamativo. Em simultâneo, instalação de clínica de dor torácica retrosternal, descrita como de intensidade 6/10, em opressão e com irradiação submandibular. Associadamente, referido quadro de náuseas, hipersudorese e dispneia. Clinicamente apirética, frequência cardíaca 134 bpm, frequência respiratória >23 ciclos por minuto e pressão arterial de 86/54 mmHg, com extremidades frias e secas. Auscultação cardiopulmonar sem alterações. Iniciado tratamento de suporte imediato (fluidoterapia, hidrocortisona e clemastina). Foi efetuado traçado eletrocardiográfico que evidenciou infra-ST nas derivações concordantes com a parede antero-lateral. Analiticamente, doseamentos seriados de troponina em rampa crescente, com pico às 6h após início da clínica (>10.000 pg/mL). Sem outras alterações analíticas. Efetuada ecoscopia em fase aguda que mostrou hipocinésia da parede anterior e lateral. Evolui com reversão das alterações eletrocardiográficas 6h após início da clínica, com ecoscopia sem alterações funcionais às 24h. Em segundo tempo, e de forma eletiva, efetuado cateterismo cardíaco que excluiu doença coronária significativa. Assumido, desta forma, síndrome de Kounis do tipo 1 em contexto de hipersensibilidade tardia à ceftriaxona.

Os autores apresentam este caso para relembrar uma causa pouco comum de angina vasoespástica e que deve ser tida em conta aquando da instalação de clínica de angor em contexto de reação alérgica. Equacionar este diagnóstico é essencial, dado o tratamento de fase aguda ser distinto.

CO-0090 - (2805) - TROMBOEMBOLISMO VENOSO E EMBOLIA PARADOXAL SÍNCRONAS, NUM DOENTE COM FORAMEN OVALE PATENTE - A PROPÓSITO DE UM CASO.

Laura Amaral¹; Ana Patrícia Vicente¹; Vasco Evangelista¹; Laura Fernandes¹; Nuno Ferreira¹; Maria João Baptista¹; Lia Marques¹; Ana Cristina Lourenço¹; Maria Fátima Grenho¹

1 - Hospital Cuf Tejo

Introdução: O foramen oval patente (FOP) é uma anomalia cardíaca congênita que frequentemente persiste na idade adulta, presente em cerca de 20 a 34% da população. O FOP pode permitir a passagem de pequenos trombos da circulação venosa para a circulação sistémica, sendo causa de acidente vascular cerebral (AVC) e embolismo sistémico.

Caso Clínico: Homem de 77 anos, com história de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipertensão arterial, insuficiência venosa dos membros inferiores, recorre a urgência hospitalar por quadro de início súbito de défice visual e cefaleia ligeira. Quadro precedido de edema e dor no membro inferior direito, dor torácica retroesternal dispneia.

Ao exame neurológico, apresentava hemianópsia homónima esquerda e quadrantanópsia inferior direita. Análises com elevação de D-dímero e Troponina, e gasimetria com insuficiência respiratória tipo 1.

Realizada angiotomografia (AngioTC) torácica, a evidenciar embolia pulmonar (EP) bilateral. Tomografia computadorizada (TC) e AngioTC cranio-encefálica (CE), sem sinais de lesão vascular aguda. Iniciada Enoxaparina, em dose terapêutica.

Da investigação diagnóstica destaca-se: Eco-Doppler (ED) venoso dos membros inferiores com trombose oclusiva, das veias tibiais posteriores direitas e tromboflebite da safena interna direita. TC toracoabdominal, a relatar EP bilateral e aneurisma da aorta abdominal infra-renal. Ecocardiograma (EC) transtorácico sem alterações. Ressonância magnética CE, a identificar lesões isquémicas recentes no território vértebro-basilar. EC transesofágico, a revelar FOP com shunt direito-esquerdo e Aneurisma do Septo Interauricular. ED transcraniano, redução do fluxo das artérias cerebrais posteriores. Proposto para de encerramento do FOP.

Discussão e Conclusões: O FOP tem, na maioria dos casos, um comportamento clínico benigno e assintomático ao longo da vida. Apesar de existir evidência clara entre AVC de etiologia embólica e presença de FOP, a trombose venosa profunda está descrita apenas em um terço dos casos. A EP é a causa mais frequente do aumento temporário do shunt direito-esquerdo em doentes com FOP, favorecendo o embolismo cerebral e sistémico. A melhor abordagem terapêutica do FOP é controversa na embolia paradoxal, e a literatura é escassa na presença concomitante de EP. Com este caso, os autores pretendem salientar que na presença síncrona de tromboembolismo sistémico e venoso, se deve pensar em embolismo paradoxal, sendo o FOP a principal causa.

CO-0091 - (2843) - O PAPEL DA GENÉTICA NA ETIOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.

Marta Batoca Sousa¹; Rita Vilar Da Mota¹; Ana Nascimento¹

1 - ULSAM - Hospital de Santa Luzia

INTRODUÇÃO: A insuficiência cardíaca é uma síndrome clínica prevalente cujos sintomas resultam de uma disfunção funcional ou estrutural ao nível do músculo cardíaco, pericárdio, válvulas ou vasos cardíacos. O seu estudo etiológico é um passo importante da abordagem, pois permitirá definir diferentes estratégias de abordagem.

CASO CLÍNICO: Homem de 65 anos, casado, sem filhos (apesar de orientação em consulta de infertilidade), com história pregressa de etilismo abusivo, mas sem outros antecedentes patológicos conhecidos. Referenciado a consulta de Medicina – Insuficiência Cardíaca após episódio de urgência por dispneia para médios esforços, de agravamento progressivo, ortopneia, dispneia paroxística noturna e edemas periféricos. Do estudo realizado destaca-se ecocardiograma com hipertrofia ventricular esquerda moderada e insuficiência mitral moderada a severa por prolapso do folheto posterior; e ressonância magnética cardíaca com achados compatíveis com cardiomiopatia hipertrófica, com hipertrofia severa assimétrica de predomínio septal e dilatação ligeira do ventrículo esquerdo. Neste contexto solicitado estudo genético de cardiomiopatia hipertrófica sem deteção de mutações para a patologia estudada, mas com achado de alteração do complemento sexual (47, XXY) compatível com síndrome de Klinefelter. Atualmente assintomático sob terapêutica otimizada. A aguardar orientação por Cardiologia pela patologia valvular.

DISCUSSÃO: A síndrome de Klinefelter tem sido associada a várias comorbilidades, em particular a um risco aumentado de prolapso da válvula mitral. Este caso destaca a importância de uma história pregressa completa na antevisão de complicações de síndromes genéticas – uma identificação mais precoce da mutação, nomeadamente aquando do estudo de infertilidade do casal, poderia ter permitido uma identificação e tratamento da disfunção valvular numa fase ainda assintomática, com melhoria prognóstica.

CO-0092 - (4218) - PERICARDITE RECORRENTE: UM AGENTE ENCOBERTO

Glória Gonçalves¹; Filipa Guedes¹; Inês De Albuquerque Monteiro¹; Andreia Coutinho¹; Carla Pinto¹; Ângela Coelho¹; Mário Esteves¹

1 - Centro Hospitalar Médio Ave

A pericardite é uma doença comum e na sua maioria de causa benigna e idiopática. Contudo, são várias as etiologias a considerar, sendo necessária uma anamnese rigorosa para exclusão de causas tratáveis e de complicações associadas ao quadro. Esta patologia, se não tratada adequadamente pode evoluir com derrame, disfunção cardíaca e choque cardiogénico.

Apresentamos o caso de um homem de 29 anos, sem antecedentes ou contexto epidemiológico de relevo, admitido no serviço de urgência (SU) com clínica compatível de infeção respiratória do trato superior e, posteriormente, com dispneia, dor torácica de características pleuríticas e febre com cedência a antipiréticos. Do estudo realizado: eletrocardiograma (ECG) com inversão de da onda T de V3 a V5, analiticamente marcadores cardíacos negativos e proteína C reativa 10mg/dL; imagiologicamente, com derrame pericárdico de moderado volume. Assumida pericardite de etiologia vírica complicada com derrame e com suspeita de sobreinfeção bacteriana (não confirmada), iniciou colchicina e anti-inflamatórios (AINE) com resolução do quadro; estudo realizado sem identificação de agente etiológico e exclusão de outras etiologias. Apesar de evolução favorável à data de alta, regressou ao SU alguns dias depois por recorrência de sintomas e recidiva do derrame pericárdico, após estudo etiológico alargado e exclusão de outra causa (referido ter adquirido um animal de estimação (cão), vacinado e desparasitado), assumida recidiva da pericardite, reiniciou tratamento com resolução sustentada do quadro. Cerca de 3 meses depois, regressa ao SU com febre de novo e dor torácica com as mesmas características; ECG sobreponível a prévios, aumento dos marcadores inflamatórios e ecocardiograma sem complicações. Revisto estudo realizado previamente e seguimentos à posteriori na consulta com deteção de serologia positiva para leptospira (IgM), negativa no 1º internamento, confirmada com 2º doseamento. Estabelecido diagnóstico de leptospirose tardia com atingimento cardíaco, para o qual cumpriu 7 dias de antibioterapia com ceftriaxone, colchicina e AINE com resolução completa do quadro, sem recorrência em consultas de seguimento.

A leptospirose pode apresentar-se, numa fase imunológica, com manifestações tardias e sintomaticamente com quadros atípicos. A pericardite por leptospirose é uma manifestação rara e invulgar do atingimento cardíaco pela doença, sendo essencial o tratamento dirigido para a resolução do quadro.

CO-0093 - (4268) - UM PUERPÉRIO ATRIBULADO

Daniela Da Costa Duarte¹; Luís Costeira Pereira²; Rui Files Flores³; Pedro Azevedo³; António Gaspar³; Alexandra Vaz¹

1 - Hospital de Viseu- Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões; 2 - Hospital de Santa Luzia - Unidade Local Saúde Alto Minho; 3 - Hospital de Braga - Unidade Local de Saúde de Braga

A Cardiomiopatia de Takotsubo (CMT) caracteriza-se por disfunção transitória do ventrículo esquerdo (VE) após stress intenso, na ausência de doença arterial coronária significativa. Existem 4 variantes: apical (a mais comum); mesoventricular; basal (Takotsubo reverso); variante focal, que mimetiza territórios coronários. A variante reversa representa uma condição rara, que se pensa estar associada à libertação excessiva de catecolaminas, típica do feocromocitoma.

Mulher de 32 anos, grávida de 36 semanas e 4 dias (G1P0). Recorre à Urgência por cefaleias e vômitos de início súbito, com hipertensão na admissão. Submetida a cesariana emergente por diagnóstico de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade. No pós-parto desenvolve insuficiência respiratória hipoxémica grave com necessidade de ventilação mecânica. Analiticamente com Hb 14g/dL, leucocitose $30 \times 10^9/L$, PCR 0,6mg/dL, função renal e ionograma normais, Troponina I alta sensibilidade 6062pg/mL; BNP 266pg/mL. ECG em taquicardia sinusal, alterações inespecíficas da repolarização ventricular. AngioTC torácica sem sinais de embolia pulmonar, padrão em vidro despolido bilateral sugestivo de estase pulmonar e volumosa formação nodular hipodensa heterogénea na glândula suprarrenal direita (35mm). Ecocardiograma com dilatação das câmaras esquerdas, depressão moderada da função sistólica global do VE (Fração de ejeção 38%), hipocinésia marcada dos segmentos médio-basais de todas as paredes do VE com hipercontratilidade apical e insuficiência mitral severa de provável origem funcional. Levantada a hipótese de CMT reversa, confirmada por RMN Cardíaca. Pela associação com feocromocitoma e, na presença de um nódulo na suprarrenal fez-se doseamento de metanefrinas plasmáticas e metanefrinas e catecolaminas urinárias, que vieram aumentadas confirmando o diagnóstico de feocromocitoma.

Um elevado grau de suspeição é essencial para o diagnóstico da CMT, nomeadamente as variantes mais raras, não esquecendo a associação da variante reversa com o feocromocitoma, que pode ter complicações graves, mas que tem tratamento curativo. Esta variante pode também estar associada a hemorragia subaracnoideia. O diagnóstico diferencial com a cardiomiopatia peri-parto (CMPP) é de extrema importância para uma abordagem correta, evitando-se assim as complicações e o uso de terapêutica com efeitos adversos indesejáveis, como é o caso da bromocriptina usada no tratamento da CMPP que vai impossibilitar a amamentação por inibição da prolactina.

CO-0094 - (4388) - REINTERNAMENTO E MORTALIDADE NUMA POPULAÇÃO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO VENTRICULAR ESQUERDA PRESERVADA - RESULTADOS PRELIMINARES DO ESTUDO ROAD-HF

Mário Barbosa^{1,5}; Ana Melício⁹; Ana Matias³; Mafalda Santos³; Joana Ferreira^{3,4,6}; Laura Aguiar^{3,4}; João Madeira Lopes²; Ângela Inácio^{3,4,6}; Manuel Bicho^{3,4,6}; Luiz Menezes Falcão^{4,7,8}

1 - Serviço de Medicina Interna do Hospital Lusíadas Lisboa; 2 - Serviço de Medicina II do Hospital de Santa Maria, Lisboa; 3 - Laboratório de Genética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 4 - Instituto de Investigação Científica Bento da Rocha Cabral Lisboa; 5 - Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa; 6 - Instituto de Saúde Ambiental-ISAMB, Laboratório Associado TERRA, Lisboa; 7 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 8 - Centro Cardiovascular da Universidade de Lisboa (CCUL@RISE), Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 9 - Serviço de Medicina II do Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Introdução

Apesar dos avanços clínicos e de uma mais eficiente abordagem diagnóstica e terapêutica, as taxas de reinternamento e de mortalidade precoces por insuficiência cardíaca (IC) mantêm-se elevadas, particularmente nos 90 dias após a alta.

Objetivo

O estudo “The Role Of Myocardial Fibrosis And Bioenergetic Dysfunction In Heart Failure Prognosis” (ROAD-HF) visa estratificar o prognóstico a curto prazo dos doentes internados por IC descompensada em classe III ou IV de NYHA com base em biomarcadores de fibrose miocárdica (galectina-3, ST2 e GDF-15) e de disfunção bioenergética (ferropenia absoluta e ferropenia funcional).

O prognóstico será avaliado através da readmissão por IC e mortalidade global precoces (até 90 dias após a alta) e pela readmissão por IC e mortalidade global anuais.

Apresentamos resultados preliminares do estudo descrevendo 64 doentes com IC com fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) preservada.

Material e Métodos

Estudo de coorte prospetivo observacional, unicêntrico, com dois braços (FEVE > 40% e ≤ 40%).

Para o objetivo primário (relação entre galectina-3 e mortalidade global precoce) a amostra necessária para detetar uma diferença estatisticamente significativa com um alfa de 0.05 e um poder de 95%, é de 128 participantes, 64 por grupo.

As varáveis contínuas foram sumarizadas por média, mediana, desvio padrão, intervalo interquartil e mínimo/máximo.

As variáveis categóricas foram sumarizadas por número, frequências relativas e absolutas, e comparadas mediante teste qui quadrado ou teste de Fisher.

Aplicou-se o coeficiente de Spearman para estabelecer correlações entre variáveis.

Resultados

Deste subgrupo de 64 doentes, 54.7% eram do sexo feminino, a idade média foi 83.2±1.5 anos, 78.1% foram admitidos em classe IV e a FEVE média foi 57.4±1.1%.

A demora média foi 12 dias e a demora média anual, considerando os reinternamentos, foi 17.5 dias.

O coeficiente de Spearman identificou uma correlação entre demora média anual e risco de reinternamento aos 90 dias (coeficiente: 0.304, P-value=0.018).

O número de reinternamentos correlacionou-se com o risco de reinternamento aos 90 dias (coeficiente: 0.652, P-value<0.001) e com o risco de reinternamento anual (coeficiente: 0.556, P-value<0.001).

A hemoglobina média foi 11.1 ± 0.2 g/dL, a sideremia média 46.9 ± 3.3 µg/dL, a ferritina média 288.3 ± 31.4 ng/mL, a saturação de transferrina média $16.8 \pm 1.1\%$, a capacidade total de fixação do ferro média 275.3 ± 8.3 µg/dL; 29.7% apresentava ferropenia absoluta e 32.8 % funcional.

Nos 90 dias após a alta 17.2% foram readmitidos e 15.6% faleceram. A taxa de readmissão e de mortalidade anuais foi idêntica (29.7%).

Conclusão

Estes resultados demonstram o mau prognóstico dos doentes internados por IC com FEVE preservada, corroborando a literatura quanto à existência de um período particularmente vulnerável para readmissão e mortalidade a curto prazo. Os reinternamentos e a demora média anual foram marcadores de mau prognóstico.

CO-0095 - (4000) - EVOLUÇÃO CLÍNICA E ANALÍTICA EM DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE FRAÇÃO DE EJEÇÃO LEVEMENTE REDUZIDA E REDUZIDA QUE INICIARAM TERAPÊUTICA COM RECETOR DE ANGIOTENSINA-INIBIDOR DA NEPRILISINA EM SEGUIMENTO NUMA UNIDADE MÉDICA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE AMBULATÓRIO – UM ESTUDO OBSERVACIONAL LONGITUDINAL

Margarida Midões Almeida¹; Sérgio Monteiro¹; Margarida Resendes¹; João Oliveira¹; Gisela Gonçalves¹; Ana Corte-Real¹; Joana Neves¹; Susana Cavadas¹

1 - ULSRA

Introdução: A Insuficiência Cardíaca (IC) é um problema crescente de saúde pública. Em Portugal, atualmente, a prevalência estimada é de 5.2%. O Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) é um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida no doente com IC. O péptido natriurético do tipo B (BNP) é uma hormona libertada principalmente pelo coração. A clivagem da pro-hormona (proBNP) produz N-terminal proBNP (NT-proBNP). Além de útil na avaliação diagnóstica do doente, fornece também informações relevantes em relação ao prognóstico e, potencialmente, poderá permitir a monitorização do tratamento da IC.

Objetivos: Avaliar a evolução clínica através do KCCQ e analítica através do NT-proBNP em doentes com IC de fração de ejeção levemente reduzida (ICFEI) e reduzida (ICFER) que iniciaram terapêutica com recetor de angiotensina-inibidor da neprilisina (ARNI), em 6 meses de seguimento numa unidade médica de IC de ambulatório (UMICA).

Material e Métodos: Estudo observacional longitudinal que abrangeu os pacientes admitidos entre novembro de 2022 e julho de 2023 numa UMICA.

Resultados: Foram avaliados 268 doentes com IC (48.5% mulheres e 51.5% homens), 51% com classificação de ICFEp, 18% com ICFEI e 19% com ICFEr (12% ainda não estratificada).

Durante os 6 meses de seguimento, 16 doentes com ICFEI (75%) e ICFEr (25%) iniciaram e mantiveram a terapêutica com ARNI. Relativamente ao KCCQ, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa antes (M=67.9, SD=17.4) e após seis meses de acompanhamento pela UMICA (M=83.7, SD=13.5), com aumento do valor de KCCQ (p=0.016). Relativamente ao NT-proBNP, foi também encontrada uma diferença estatisticamente significativa antes (M=3327.1, SD=3056.7) e após seis meses de acompanhamento pela UMICA (M=2669, SD=2701.4), com diminuição do valor de NT-proBNP (p=0,068).

Discussão e Conclusão: O aumento do valor de KCCQ expressa a melhoria da qualidade de vida nos doentes de ICFEI e ICFEr que iniciaram terapêutica com ARNI. A diminuição do NT-proBNP representa um melhor controlo e prognóstico da IC nos doentes de ICFEI e ICFEr que iniciaram ARNI.

Os doentes com IC mantêm elevadas taxas de mortalidade e re-hospitalização, bem como custos exuberantes para o sistema nacional de saúde. Este estudo demonstra que um correto seguimento e implementação de terapêutica, como a introdução de ARNI em doentes com ICFEI e ICFEr são essenciais para a melhoria da qualidade de vida, controlo e prognóstico da doença.

CO-0096 - (4705) - HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA REFRATÁRIA - ABORDAGEM E TRATAMENTO

David Marques¹; Felipe Leão¹; Adriana Lopes¹; Sofia Eusébio¹; Tiago Pack¹; Afonso Rodrigues¹; Teresa Garcia¹; António Mário Santos¹

1 - ULS São José

A síncope é uma perda transitória de consciência que resulta de uma diminuição do fluxo sanguíneo e oxigenação cerebral. Está habitualmente relacionada com uma diminuição abrupta da pressão arterial sistólica. A hipotensão ortostática é uma das causas cardiovasculares possíveis, sendo definida como uma queda de pressão arterial sistólica $> 20\text{mmHg}$ ou pressão arterial diastólica $> 10\text{mmHg}$ com o levante ou com longos períodos em ortostatismo.

Caso clínico: Mulher de 83 anos com antecedentes pessoais relevantes de hipertensão arterial, fibrilhação auricular com implantação de pacemaker e neoplasia maligna da mama. Como medicação habitual relevante faria valsartan + hidroclorotiazida, dabigatran. Recorre ao serviço de urgência com quadro de precordialgia com dois dias de evolução, associada a sudorese e episódios de lipotimia. Apurados episódios semelhantes com mais de 6 meses de evolução, em alguns com perda transitória de consciência, maioritariamente em contexto de períodos prolongados em ortostatismo ou imediatamente após levante. Referência ainda para alteração de terapêutica anti-hipertensora nos mês anterior ao início do quadro (switch valsartan + amlodipina para valsartan + hidroclorotiazida). Ficou internada para estudo e, apesar da suspensão da terapêutica anti-hipertensora e otimização do estado de hidratação e utilização de meias de compressão elástica, manteve incapacidade de realizar levante por queixas de tonturas, sensação de mal-estar e alterações visuais, com recuperação completa em decúbito. Do estudo complementar, a destacar: interrogação do pacemaker, Holter 24h, ecocardiograma transtorácico e ecodoppler dos vasos do pescoço sem alterações que justificassem o quadro; teste da hipotensão ortostática positivo, tendo ainda realizado Tilt Test que confirmou o diagnóstico de hipotensão ortostática (resposta positiva precoce). Dada a ausência de resposta às medidas comportamentais e, perante o impacto na qualidade de vida da sintomatologia apresentada, optou-se por iniciar midodrina, com resposta favorável.

Discussão/Conclusão: A hipotensão ortostática é subdiagnosticada e muitas vezes benigna, contudo pode ter impacto negativo na qualidade de vida dos doentes, sendo de considerar, nestas situações, alternativas terapêuticas como o midodrina.

CO-0097 - (2222) - MISTÉRIOS MONOCLONAIS: UM CASO DE MIELOMA MÚLTIPLO IGM

Cláudia Monteiro Marques¹; Pedro Mateus¹; Gonçalo Meleiro Magalhães¹;
Bernardo Soares Baptista¹; Filipa Ramalho Rocha¹

1 - Hospital da Luz Lisboa

Introdução: Apenas 0,5% dos casos de mieloma múltiplo (MM) são do subtipo IgM. O diagnóstico diferencial com a macroglobulinémia de Waldenstrom (MW) é por vezes complexo. Enquanto o MM está mais associado a hipercalcémia, insuficiência renal, anemia, e lesões líticas ósseas, a hiperviscosidade, linfadenopatias e organomegalias estão mais associadas à MW.

Caso Clínico: Mulher de 83 anos, com antecedentes de osteoporose previamente submetida a terapêutica anti-reabsortiva, recorreu ao serviço de urgência por dor súbita com início ao reposicionar-se no leito, refratária a terapêutica analgésica. Na TC da coluna dorsal observou-se uma fratura osteoporótica em D9, tendo sido internada para tratamento cirúrgico. Analiticamente apresentava anemia normocítica normocrómica (9,6 g/dL), défice de vitamina D, níveis elevados de IgM (3002 mg/dL), cadeias kappa livres de 58,8mg/dL (relação Kappa/Lambda livres de 9.05) e imunoelectroforese com gamapatia monoclonal IgM/kappa. Para melhor esclarecimento do quadro, realizou PET-TC, que evidenciou fraturas com hipercaptação do radiofármaco em D5, D8 e D9, sem evidência de lesões líticas, hepatoesplenomegalia ou adenopatias. A avaliação das biópsias da coluna e da medula óssea foi sugestiva de neoplasia de plasmócitos tendo em conta a presença de plasmócitos monotípicos com restrição de cadeias kappa e expressão de CD138 e CD56 (em 30% das células), embora na imunofenotipagem do aspirado medular se tenha também encontrado 5,4% de uma população mista de linfoplasmócitos maduros e plasmócitos imaturos. Desta forma, atendendo a estes achados e à ausência de lesões líticas, de hipercalcémia e de insuficiência renal, que são mais típicos do diagnóstico de MM, foi realizada a pesquisa da mutação p.(Leu265Pro) no gene MYD88, que foi negativa.

Assumiu-se assim o diagnóstico definitivo de MM IgM e a doente foi referenciada para a consulta de Hematologia, onde iniciou terapêutica antineoplásica dirigida.

Conclusão: A distinção entre o MM IgM e a MW é por vezes complicado, mas essencial para a definição de um plano terapêutico. Mais de 90% dos doentes com MW apresentam a mutação ativadora no gene MYD88, que não estava presente neste caso, e que foi mais um dos fatores determinantes na distinção entre estas duas entidades. Por outro lado, a descoberta de que as fraturas patológicas nesta doente com antecedentes de osteoporose foram causadas por um subtipo raro de MM, torna este caso particularmente desafiante e didático.

CO-0098 - (2362) - UMA ASCITE DE CAUSA IMPROVÁVEL

Raquel Dias Moura¹; Ana Maria Carvalho²; Ana R Neves³; Núria Condé Pinto⁴; Rafael Lopes Freitas⁵; Paulo Carrola²

1 - ULSGE; 2 - ULSTMAD; 3 - ULSSJ; 4 - ULSMAVE; 5 - ULSAM

Introdução:

O pseudomixoma peritoneal (PMP) é uma entidade rara, caracterizada pela produção e acumulação progressiva de fluido mucinoso e implantes na cavidade peritoneal. É mais frequente em mulheres entre os 50 a 70 anos. Dada a sua evolução indolente, o diagnóstico é difícil.

Caso Clínico:

Mulher de 78 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor e aumento do perímetro abdominal com 1 mês de evolução e anorexia. Apresentava história de dislipidemia (sob sinvastatina) e histerectomia com anexectomia bilateral aos 46 anos por metrorragias. Ao exame objetivo apresentava ascite de grande volume, pelo que se realizou paracentese com drenagem difícil pelas características viscosas do líquido. Apresentava gradiente de albumina soro-ascite de 0.9 com predomínio de mononucleares. A citologia do líquido revelou a presença material proteináceo e raras células mesoteliais. Foram realizadas biópsias peritoneais, com apoio de radiologia de intervenção, que se revelaram inconclusivas.

A tomografia computadorizada descreveu imagens compatíveis com implantes peritoneais e a tomografia por emissão de positrões revelou apenas densificações peritoneais com captação difusamente aumentada de FDG. Foram também realizadas endoscopias digestivas alta e baixa, mamografia e exame ginecológico, sem alterações.

Após discussão multidisciplinar, decidida laparoscopia exploradora, com colheita de 2 amostras de aspeto mucóide, cuja anatomia patológica revelou a presença de tecido fibroso compatível com proveniência do peritoneu, focalmente com pequenas áreas de dissociação por material mucóide e ocupação por estruturas de neoplasia com característica de adenocarcinoma mucinoso. Apêndice sem alterações macroscópicas.

A doente manteve necessidade de paracenteses evacuadoras semanais e, em consulta de doenças oncológicas do peritoneu, foi proposta para realização de quimioterapia intraperitoneal pressurizada em aerossol (PIPAC), que aguarda.

Discussão e Conclusão:

O diagnóstico de pseudomixoma peritoneal é frequentemente tardio, tendo em conta que inicialmente a sintomatologia é escassa ou inexistente. A histologia desempenha um papel determinante no seu diagnóstico e abordagem. Desta forma, na presença de ascite com estas características e implantes peritoneais, deve ser levantada esta hipótese diagnóstica, e colhido material para correta caracterização histológica e posterior orientação terapêutica.

CO-0099 - (2406) - PECULIAR APRESENTAÇÃO INICIAL: SARCOMA DE KAPOSI DISSEMINADO ASSOCIADO AO HIV

João Barbosa Barroso¹; Carolina Gomes¹; Desireé Farinha¹; Jéssica Araci Abreu¹; Joana Tavares Pereira¹; Daniela Barbosa Mateus¹; Andreia Machado Ribeiro¹; Luís Dominguez Cuña¹

1 - Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: O diagnóstico de síndrome da imunodeficiência humana adquirida (SIDA) pressupõe contagem sérica de linfócitos T CD4 inferior a 200cel/mm³, e/ou a presença de doença definidora de SIDA em doente com vírus da imunodeficiência humana (VIH).

Destas, faz parte o Sarcoma de Kaposi associado ao VIH, uma neoplasia de tecidos moles causada por desregulação de mecanismos intracelulares de apoptose e ativação de fatores angioproliferativos, consequentes a infeção oportunista por Herpes Vírus 8. A forma cutânea é a apresentação mais frequente, mas pode afetar qualquer tipo de mucosa.

Caso Clínico:

Mulher, 49 anos de idade, imigrante da Guiné-Bissau, sem antecedentes pessoais de relevo, recorre ao serviço de urgência por queixas de tosse, perda ponderal com 3 meses de evolução e expectoração hemoptoica desde há 5 dias.

Analicamente, apresentava anemia (hemoglobina – 7.1g/dL) microcítica e hipocrómica, aumento ligeiro da lactato desidrogenase e Proteína C Reativa, ferropénia absoluta e défice de vitamina B12. A radiografia de tórax mostrou hipotransparências algodonosas pulmonares bilaterais o que motivou realização de TC torácica que revelou opacificações nodulares com aspeto suspeito, algumas de contornos bastante irregulares e com tendência a confluência em ambos pulmões.

A doente foi internada para investigação etiológica. Verificou-se positividade para VIH com baixa contagem de linfócitos T-CD4 (5 cel/mm³). Realizou broncofibroscopia onde se observou lesão polipoide facilmente sangrante ao toque ao nível da carina direita, cuja biópsia mostrou positividade para CD31 e HHV8 com achados histológicos típicos de Sarcoma de Kaposi.

Para completar estadiamento, foi submetida a endoscopia digestiva alta que mostrou lesões erosivas gastroduodenais, cuja histologia não foi conclusiva.

Foi assumido diagnóstico de sarcoma de Kaposi disseminado associado ao HIV. Após exclusão de infeção oportunista, a doente iniciou terapêutica antirretroviral. Houve estabilização de valor de hemoglobina com suporte transfusional e reposição de vitamina B12 oral.

Foi dada alta após avaliação em consulta de oncologia para início de tratamento oncodirigido.

Discussão e Conclusão:

Ainda que a apresentação cutânea seja a forma mais frequente de sarcoma de Kaposi associado ao VIH, em casos de diagnóstico inaugural de infeção já em estadio de SIDA, pode verificar-se elevado grau de disseminação por múltiplos sistemas de órgão.

CO-0100 - (2774) - DIARREIA CRÓNICA COM MAL ABSORÇÃO POR NEOPLASIA PANCREÁTICA – UM RELATO DE CASO

Daniela Ormonde¹; Ricardo Silva Ferreira¹; Francisca Moutinho¹; Jorge Almeida¹; Inês Albuquerque¹

1 - ULS São João

Introdução: O diagnóstico diferencial da diarreia crónica com mal absorção (DCM) é amplo. Pela sua frequência, são exemplos de etiologias a considerar: doença celíaca, pancreatite crónica, doença de Crohn, síndrome de Zollinger-Ellison ou causas de sobrecrecimento bacteriano. Neste contexto, destaca-se a associação rara a neoplasias pancreáticas.

Caso clínico: Homem de 80 anos, seguido em consulta de Medicina Interna por Tromboembolismo Pulmonar há 1 ano. Refere episódio de diarreia, náuseas e vômitos durante uma viagem à Tunísia em Agosto de 2023, com regularização posterior do trânsito gastrointestinal. No mês seguinte, iniciou diarreia persistente de características secretoras, fadiga, tonturas e anorexia, com perda ponderal de 15kg em 5 meses. Do estudo em ambulatório, a realçar elevação da proteína C reativa, com estudo microbiológico de fezes negativo. Manteve queixas apesar de ajuste alimentar, redução de Metformina e curso de cefixima, pelo que foi internado para prosseguir investigação. No internamento, foram objetivados hipoalbuminemia, anemia hipoproliferativa, défice de folato e vitamina B12. Realizou estudo extenso que foi negativo, tendo sido afastadas causas infecciosas e autoimunes. Foi identificada formação neoplásica na cauda do pâncreas com envolvimento hilar esplénico e possível metástase suprarrenal direita em Tomografia Computorizada abdominopélvica. Realizou Ecoendoscopia alta para biópsia da lesão, cuja histologia foi inconclusiva, não sendo possível excluir doença linfoproliferativa. Apresentou quadro de insuficiência cardíaca inaugural, com derrame pleural (DP) que, sendo bilateral, acompanhado de edema periférico e de elevação de peptídeos natriuréticos, foi inicialmente abordado com terapêutica diurética, com melhoria clínica aquando da alta. Por decisão do Grupo Oncológico-hepatobiliar, foi reinternado após 1 mês para repetir biópsia por Ecoendoscopia, a aguardar resultado histológico. Realizou toracocentese diagnóstica dada persistência de DP esquerdo, com saída de exsudado, encontrando-se imunofenotipagem e microbiologia em curso. Irá realizar Tomografia por Emissão de Positrões com fluorodeoxyglucose (PET-FDG) em ambulatório.

Conclusão: O caso apresentado permite explorar a marcha diagnóstica em situações de DCM, após exclusão de etiologias típicas. Sublinha-se, assim, a importância de conhecer hipóteses menos comuns de modo a direcionar a investigação clínica.

CO-0101 - (4040) - ENTRE TROMBOS E TUMORES: LEIOMIOMA DESMASCARADO COMO LEIOMIOSSARCOMA APÓS EVENTO TROMBÓTICO

Cláudia Coelho¹; Rui Jorge Silva¹; João Pedro Faria¹; Eulália Antunes¹; Isabel Silva¹; Sofia Caridade¹

1 - Hospital de Braga

O leiomioma uterino é o tumor benigno mais frequente em mulheres de idade fértil. Pelo contrário, o leiomiossarcoma é extremamente raro, com incidência estimada de 0.13% entre mulheres submetidas a histerectomia por leiomioma sintomático, estando associado a um mau prognóstico.

Mulher, 51 anos, autónoma, antecedentes de leiomioma uterino com 11cm diagnosticado no ano anterior. Recorre ao Serviço de urgência por dispneia súbita, associada a toracalgia pré-cordial. Referia também hemorragia uterina anormal, diária, com 2 meses de evolução. Ao exame objetivo, hemodinamicamente estável e apirética. No estudo analítico, com anemia (hg 8.6mg/dL) microcítica, hipocrómica, marcadores de necrose miocárdica negativos, INR 1.1, aPTT 26.6seg e d-dímeros 2240ng/mL. Gasimetria arterial com alcalemia respiratória. Realizado angio-tc do tórax que demonstrou sinais de tromboembolismo pulmonar (TEP) em ramos segmentares bilaterais, para ambos os lobos superiores, inferiores e lobo médio. Estabelecido diagnóstico de TEP, com Score de PESI de 71 pontos. Do estudo etiológico, de destacar VS de 55mm/h, antitrombina III, proteína S e homocisteína dentro dos valores de referência, estudo auto-imune negativo (incluindo anticorpos anti-lupico, anti-beta2-glicoproteína e anti-cardiolipina) e pesquisa de mutações MTHFR, fator V de Leiden e Protrombina negativas. Serologias víricas negativas. Ecocardiograma transtorácico e ecodoppler dos membros inferiores sem alterações de relevo. TC toraco-abdomino-pélvico demonstrou aumento do volume uterino e presença de uma massa endocavitária, aparentemente localizada, na vertente direita da região fúndica, heterogeneamente hipocaptante, com 7x4.5cm e com envolvimento por contiguidade de mais de 50% da espessura do miométrio. Neste contexto, realizada ecografia transvaginal por Ginecologia que relata “Cavidade uterina totalmente ocupada por massa intra-cavitária volumosa com pelo menos 62x30mm, sugestiva de pólipo endometrial volumoso.”. Por hemorragia vaginal ativa, realizada histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral. Peça enviada para análise histológica, estabelecendo diagnóstico de Leiomiossarcoma uterino.

Apresenta-se um diagnóstico raro de leiomiossarcoma, realizado após TEP em doente com leiomioma com características suspeitas na TC. Destaca-se a importância de um estudo aprofundado destes tumores quando associados a características atípicas ou a um estado de hipercoagulabilidade (frequentemente associado a neoplasias).

CO-0102 - (2559) - SÍNDROME DE MEIGS: UMA ETIOLOGIA RARA DE ASCITE E DERRAME PLEURAL

Mauro Moreira¹; Ricardo Meireles¹

1 - Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

Introdução: O Síndrome de Meigs (SM) ocorre em 1% dos tumores ováricos benignos. Cursa com ascite, derrame pleural e resolução completa após exérese tumoral.

Caso clínico: Mulher, 81 anos, diabética, hipertensa, com fibrilhação auricular e doença de refluxo gastro-esofágico. Apresenta quadro progressivo com 6 meses de aumento do perímetro abdominal, edema dos membros inferiores, astenia, anorexia e perda ponderal. Sem sintomas respiratórios, gastrointestinais, genitourinários, febre ou sudorese noturna. Objetivamente, com ascite grau III, diminuição do murmúrio vesicular na base pulmonar esquerda e sarcopenia. Analiticamente com anemia de doença crónica; discreta citocolestase; albumina 1.7 g/dL; proteína C reativa 26 mg/dL; TSH 3.48 µUI/mL; BNP 118 pg/mL; CA-125 1684 U/mL; sem proteinúria. Estudos imagiológicos com derrame pleural esquerdo de médio volume; fígado normodimensionado, homogéneo e sem sinais de hipertensão portal; sem evidência de inflamação/espessamento intestinal, carcinomatose ou infeção/inflamação peritoneal; nódulo adrenal direito compatível com adenoma; aspeto globoso e multiúístico das regiões anexiais (direita: 5.3x3.4 cm; esquerda 5.0x3.5 cm) sem sinais inequívocos de malignidade; líquido disperso na cavidade abdominopélvica em grande quantidade e sem adenomegalias. Líquido pleural compatível com transudado e predomínio de macrófagos. Líquido ascítico com albumina <1 g/dL (gradiente sero-ascítico não fidedigno por hipoalbuminemia) e proteínas 1.5 g/dL. Ambos com estudos bacteriológico e micobacteriológico estéreis, e citológico sem evidência de malignidade, assim como os estudos endoscópicos com as respetivas biópsias. Ecocardiograma com sinais de disfunção diastólica e colapso inspiratório da veia cava inferior. Dada a natureza aparentemente benigna das lesões, colocou-se a hipótese de SM, tendo sido submetida a anexectomia bilateral, cujo exame histológico revelou trompas de Falópio com cistos paratubários e ovários com cistadenomas serosos multicísticos, sem sinais de malignidade. Após 4 meses verificou-se resolução completa dos sintomas, dos parâmetros analíticos e do derrame pleural, persistindo ascite de pequeno volume.

Discussão & Conclusão: O SM é um diagnóstico de exclusão. Este caso destaca a importância desta patologia enquanto mimetizadora de uma neoplasia maligna, correspondendo a um diagnóstico benigno e com tratamento curativo.

CO-0103 - (2450) - SÍNDROME DE DOEGE-POTTER

Maria Margarida Andrade¹; Francisca Sá Couto¹; Maria Homem Ferreira¹;
Rita Tinoco Magalhães¹; Rita Valadas¹; Sara Freire¹; Diogo Cruz^{1,2}

1 - Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

INTRODUÇÃO

Os tumores fibrosos solitários da pleura são mesenquimatosos na sua origem e representam menos de 5% dos tumores pleurais. A maioria tem origem na pleura visceral e não tem preferência de género, sendo mais frequentemente encontrados a partir da 6ª década de vida. São habitualmente benignos e a sintomatologia deve-se à compressão de estruturas adjacentes. A associação a hemorragia, hipocratismos digitais, osteoartropatia hipertrófica e hipoglicémia é possível.

CASO CLÍNICO

Trata-se do caso de uma mulher de 89 anos de idade, autónoma nas atividades de vida diária, admitida na enfermaria de Medicina Interna por alteração do estado de consciência em contexto de insuficiência respiratória global. Apresentava ainda hipoglicémia recorrente apesar de nutrição adequada e ausência de terapêutica hipoglicemiante.

A doente tinha antecedentes de tumor fibroso solitário da pleura que tinha sido excisado há 10 anos. Uma recidiva assintomática tinha sido diagnosticada no ano prévio à admissão hospitalar e gerida de forma expectante.

Neste internamento, a tomografia computadorizada de tórax revelou um tumor de grandes dimensões adjacente à pleura a condicionar compressão do pulmão direito. O início de ventilação não invasiva permitiu a gestão da insuficiência respiratória. Analiticamente destacava-se impossibilidade de doseamento de insulina bem como de péptido C e níveis elevados do rácio entre o fator de crescimento semelhante à insulina (IGF) tipo II e o IGF-I.

Admitiu-se o diagnóstico de Síndrome de Doege-Potter. Após uma ressecção completa do tumor, a doente regressou à sua condição prévia, com um perfil glicémico adequado.

DISCUSSÃO & CONCLUSÃO

A Síndrome de Doege-Potter é rara e associa-se a neoplasias fibrosas da pleura. Resulta em hipoglicémia hiperinsulinémica devido a secreção ectópica de IGF-II pelo tumor. A libertação de IGF-II resulta num aumento da absorção de glicose pelos tecidos sensíveis à insulina, especialmente a nível das células musculares e do tecido adiposo. Estimula ainda a absorção de glicose pelas células tumorais. Os mecanismos contrarregulatórios de produção de glucagona estão inibidos pelo efeito hepático do IGF-II.

Nesta doente, enquanto a insuficiência respiratória foi gerida com ventilação não invasiva, o perfil hipoglicémico foi resistente à alimentação entérica. A excisão cirúrgica do tumor possibilitou a resolução definitiva de ambas as disfunções, constituindo o tratamento principal da síndrome de Doege-Potter.

CO-0104 - (4764) - ENIGMA OCULTO..ACERCA DE UM CARCINOMA TÍMICO METASTIZADO

Rosário Calado¹; Franciso Pinheiro¹; Daniela Santos¹; Carolina Maia¹; Filipa Rodrigues¹; Barbara Oliveira¹; Luis Dias¹; Luísa Azevedo¹; Isabel Apolinário¹; Guilherme Gomes¹

1 - Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

O carcinoma tímico é um tumor epitelial que se destaca pela sua agressividade e metastização precoce, corresponde a 1% de todos os tumores do timo. Clinicamente com sintomas associados ao crescimento local, metástases ou síndromes paraneoplásicas.

CASO CLINICO

Homem, 55 anos. Antecedentes de dislipidemia, perturbação psiquiátrica e ex-fumador, recorreu a Urgência por epigastralgia, anorexia e perda ponderal com 2 semanas de evolução. Associava queixas a AINE prescrito por cervicálgia esquerda com irradiação para a omoplata e dorso. Já tinha feito TAC Cervical com achado de DISH - hiperosteose esquelética idiopática difusa. Imagiologicamente, com derrame pleural esquerdo, 2 lesões hepáticas e 1 lesão nodular na suprarrenal (SR) esquerda, sugestivas de doença metastática. Internado para estudo. Durante o internamento, hipostesia do hemitórax esquerdo e queixas osteoarticulares. HLA-B27 negativo, clínica filiada DISH. Fez biopsia de lesão hepática que evidenciou doença metastática por carcinoma pavimentoso pouco diferenciado de tipo basaloide. Imunohistoquímica (IHC) com positividade citoplasmática de células neoplásicas para CK AE1/AE3, CAM5.2, CK5/6 e positividade nuclear p40. Toracocentese diagnóstica revelou derrame pleural exsudativo e evidencia citológica de carcinoma metastizado. Broncofibroscopia sem alterações assim como aspirado brônquico. PET com captação pulmonar e pleural esquerda, massa mediastínica, lesões hepáticas, SR esquerda e ósseas de carácter neoplásico. Doente com metastização óssea, hepática e SR de carcinoma pavimentoso pouco diferenciado de primário oculto. Discutido com Oncologia Médica e Anatomia Patológica, apesar de poder tratar-se de uma neoplasia pulmonar pelo padrão de metastização, assume-se carcinoma tímico pela localização mediastínica da maior lesão. Sem possibilidade de maior caracterização IHC das lesões e sem benefício de biopsia da massa mediastínica. O tumor NUT foi excluído em FISH e painel dirigido.

DISCUSSÃO

O carcinoma tímico é uma neoplasia rara e agressiva. A instalação insidiosa e ausência de características morfológicas, estruturais ou imuno-histoquímicas patognomónicas, aumentam o desafio diagnóstico. É fulcral uma equipa multidisciplinar na abordagem destes doentes.

CONCLUSAO

O diagnóstico do carcinoma tímico é invulgar e exigente, detetado habitualmente em fases avançadas da doença. O caso exposto alerta para esta patologia, em que o início de tratamento precoce é perentório para um bom prognóstico.

CO-0105 - (2055) - RETRATO DA CONSULTA DE OBESIDADE 2021: A EXPERIÊNCIA COM AGLP1

Marta Amaro¹; Cristina Gonçalves¹; Rita Cardoso¹; Joana Santos¹; Tânia Leite¹

1 - Centro Hospitalar Médio Tejo

Introdução: A obesidade é uma doença crónica, definida como uma patologia em que o excesso de gordura corporal acumulada pode afetar a saúde. Com origem em diversos fatores, a obesidade requer esforços continuados para ser controlada. Constitui uma ameaça grave para a saúde e um importante fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras patologias. Foram avaliados os dados clínicos dos doentes acompanhados em 2021 em Consulta de Obesidade multidisciplinar com abordagem não cirúrgica, com especial enfoque para a comparação dos doentes sob análogos do Glucagon-like peptide-1 (aGLP1).

Objetivos: Avaliar a população da consulta de obesidade, a origem do encaminhamento, e tentar perceber a relevância dos análogos de GLP1 na perda de peso.

Material e Métodos: Realizada consulta dos processos clínicos de todos doentes acompanhados em consulta de obesidade durante o ano 2021, foram obtidos dados da consulta de Medicina Interna e de Nutrição.

Resultados: Foram acompanhados 242 doentes, 76% do género feminino e 24% do género masculino, idade máxima 86 anos e mínima 19 anos. A média de idades é 50,6 com um desvio padrão 12,7. A maioria dos doentes foram encaminhados para a Consulta de Obesidade pelos cuidados de saúde primários, seguido da consulta externa cde nutrição, ortopedia, pneumologia e medicina interna. No que diz respeito às comorbilidades mais prevalentes destacam-se as patologias auto-imunes, a diabetes melitus e o hipotiroidismo. Foram analisados os dados de 36 doentes a realizar aGLP1, sendo que existe uma redução da amostra ao longo dos meses relacionada com a taxa de abandono da consulta e alta. Tendo em conta os critérios determinados pela unidade, a maioria dos doentes iniciaram aGLP1 em contexto de obesidade coexistente com diabetes logo na primeira consulta de obesidade, sendo que 21% dos casos a patologia diabética foi diagnosticada na mesma consulta. Os doentes que realizaram aGLP1 perderam em média 10%, 13% e 16%. Enquanto os doentes que não fizeram aGLP1 a perda ponderal média ronda os 8%, 11% e 16%, aos 6, 12 e 18 meses respectivamente.

Conclusão: As principais comorbilidades associadas são as doenças auto-imunes, DM e hipotiroidismo. Parece existir benefício de perda de peso em doentes a fazer aGLP1, mas que se vai dissipando ao longo do tempo de evolução do tratamento. Será importante avaliar, no futuro, as causas de abandono da consulta de obesidade, encontrar ferramentas de motivação para estes doentes, e ainda, perceber a diferença da perda de peso em doentes sob aGLP1 diabéticos vs não diabéticos.

CO-0106 - (2476) - UM CASO RARO DE RABDOMIÓLISE

Soraia Mendes¹; Edgar Amaro¹; Rita Tinoco Magalhães¹; Luís Miguel Pereira¹; Isa Silva¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: Rabdomiólise é uma síndrome caracterizada por necrose muscular associada a elevação sustentada da creatina cinase (CK) sérica, com possível associação a mialgias e fraqueza muscular. Atualmente existem múltiplas causas de rabdomiólise, sendo a mais frequente de causa traumática. As miopatias metabólicas representam uma causa rara de rabdomiólise, com maior incidência em crianças e jovens adultos.

Caso clínico: Mulher de 24 anos, natural da Guiné, a residir em Portugal há 5 meses, sem antecedentes pessoais de relevo. Avaliada no Serviço de Urgência por quadro de mal-estar geral, mialgias generalizadas e episódios intermitentes de urina rosada com meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava evidente diminuição da força muscular da cintura escapular e palpção dolorosa dos membros superiores a nível proximal, com avaliação analítica a evidenciar uma elevação de CK (valor máximo de 188932 UI/L), mioglobina (9624 ug/l) e citólise hepática em agravamento (aspartato aminotransferase 1365 UI/L, alanina aminotransferase 228 UI/L), sem disfunção renal associada. Admitida em internamento para estudo etiológico da rabdomiólise, bem como da miopatia associada, tendo realizado eletromiografia em que se descrevem “potenciais miopáticos com abundante atividade espontânea a nível dos 4 membros, mas com claro predomínio nos membros superiores e proximal”. Neste contexto foi requisitado estudo dirigido a miopatias inflamatórias e metabólicas, distúrbios eletrolíticos e endócrinos, cujo resultado se revelou negativo. Ainda assim, previamente a estes resultados, pela possibilidade de se poder tratar de miopatia inflamatória, a doente cumpriu corticoterapia e fluidoterapia vigorosa, com melhoria analítica progressiva. Realizou também ressonância magnética em que não se verificaram achados sugestivos de miopatia inflamatória. Assim, optou-se pelo estudo com biópsia muscular cujo resultado revelou alterações sugestivas de miopatia metabólica, possivelmente com sobrecarga glucídica ou lipídica. Atualmente encontra-se a aguardar estudo genético dirigido.

Discussão/Conclusão: Este caso é representativo da marcha diagnóstica a realizar para esclarecimento etiológico de uma miopatia. Adicionalmente, permite compreender a importância de uma prescrição racional de exames complementares de diagnóstico, com reformulação de hipóteses diagnósticas após integração dos resultados disponíveis. Demonstra também o papel fulcral da biópsia neste tipo de patologias.

CO-0107 - (2846) - NUTRIÇÃO ARTIFICIAL EM AMBULATÓRIO: ESTUDO RETROSPETIVO DOS DOENTES SEGUIDOS NUM HOSPITAL PERIFÉRICO.

Ana Sara Monteiro¹; Maria Moniz¹; Sofia Amálio¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Faro

Introdução: A Nutrição artificial (NA) pode ser utilizada quando a via oral ou o trato gastrointestinal está comprometido. Esta pode ser conseguida através de sonda nasogástrica ou nasojejunal (SNG/J), de gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) ou jejunostomia endoscópica percutânea ou cirúrgica (JEP; JC). Integrado no Grupo de Nutrição Clínica da nossa instituição existe desde 1997, coordenado por internistas, um Núcleo de Nutrição artificial em Ambulatório (NNAA) que, permite aos doentes do seu distrito, realizar nutrição artificial no ambulatório com fórmulas entéricas comerciais. Este projeto constituiu uma mais-valia na redução do número e tempo de hospitalizações, otimização nutricional pré-tratamentos oncológicos ou cirúrgicos e maior conforto e qualidade de vida dos doentes.

Metodologia: Estudo retrospectivo dos doentes sob NA seguidos em 2023. As seguintes variáveis foram analisadas: Género, idade dos doente, duração, tipo e motivo de início de NA.

Resultados: Durante o ano de 2023 58 doentes (17 pediátricos e 41 adultos) foram seguidos pelo NNAA, com uma média de idade de 41 anos (mínimo 3 e máximo 76 anos), dos quais 74% (n=43) eram do género masculino e 26% (n=15) feminino. A duração média de NA foi de 1424 dias com um mínimo de 90 dias e máximo de 8400 dias (23 anos). Do total de doentes 89% (n=52) realizaram NA através de GEP, 9% (n=5) com SNG, 2% (n=1) 1 com JC. Os principais motivos que motivaram NA foram as doenças neurológicas (34%), neoplásicas (28%), doenças neuromusculares (21%), doenças metabólicas (8%), síndromas genéticas (7%) e complicações decorrentes de volvo gástrico (2%). Durante o seguimento verificou-se termino de NA em 10 doentes, cujo motivo foi progressão da doença e conseqüente óbito (n=8), 1 doente com carcinoma pavimento celular da laringe com resolução da disfagia pós terapêutica oncológica e um doente que após colocação de prótese esofágica deixou de necessitar de NA.

Discussão e conclusão: Neste trabalho apresenta-se a demografia dos doentes sob NA em ambulatório, com vários doentes com seguimento de longa data. Salientam-se as doenças neurológicas como motivo principal para a NA, para as quais contribuem doentes pediátricos e adultos com paralisia cerebral de diferentes etiologias. Muitos destes doentes, dada a cronicidade da doença requerem acompanhamento prolongado com frequente gestão de intercorrências que são minimizadas pela proximidade da equipa do NNAA. O segundo maior grupo de doentes pertence às neoplasias sobretudo da cabeça-pescoço e do esófago. A NA neste grupo de doentes, fornecendo o balanço energético e proteico adequado permite uma maior capacidade de tolerância à terapêutica oncológica

CO-0108 - (4068) - PORFIRIA CUTÂNEA TARDA E HIPERFERRITINEMIA – UMA DUALIDADE DE DIAGNÓSTICOS?

Catarina Maia Ferreira¹; Ana Ramôa²; Eduardo Macedo²; Bárbara Rocha³; Luís Reis⁴; Diana Silva Fernandes²; Ana Rita Marques²; Ilídio Brandão²

1 - Serviço de Oncologia Médica, Unidade Local de Saúde de Braga; 2 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Braga; 3 - Serviço de Cardiologia, Unidade Local de Saúde de Braga; 4 - Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: As porfírias são doenças metabólicas raras derivadas da alteração da atividade de enzimas envolvidas na biossíntese do heme. A mais comum é a Porfíria Cutânea Tarda (PCT), causada pela inibição adquirida da enzima uroporfirinogénio descarboxilase (UROD) em contexto de sobrecarga de ferro e/ou combinação de outros fatores adquiridos (como álcool, hepatite C e infeção por vírus da imunodeficiência humana - HIV). Em alguns casos, pode ainda haver o contributo de fatores genéticos, como mutações do gene HFE.

Caso Clínico: Homem de 45 anos, autónomo, com antecedentes pessoais de asma, síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) e consumo de álcool de 40g/dia, referenciado à consulta por hiperferritinemia e lesões bolhosas hiperpigmentadas nas mãos, face e orelhas, com hipertricose e fotossensibilidade associadas, desde há cerca de um ano e sem melhoria com tratamento tópico. Sem outros sintomas. Negada toma de medicação habitual. Referência a história familiar materna de “porfíria” (sic). Do estudo realizado: poliglobulia (hemoglobina 17,2 g/dL); hiperferritinemia (ferritina 618 ng/mL; índice de saturação de transferrina 49%); serologias para vírus das hepatites A, B e C e HIV negativas; alfa-fetoproteína negativa; velocidade de sedimentação e proteína C reativa negativas. Ecografia abdominal com esteatose hepática, sem outras alterações. Elevação das uroporfirinas (pentacarboxil-, hexacarboxil- e heptacarboxilporfirinas) e coproporfirinas. Identificação da mutação H63D em heterozigotia do gene HFE. Assumido o diagnóstico de PCT e sobrecarga de ferro, iniciou programa de flebotomias, tendo realizado 6 sessões até à data, com descida sustentada da ferritina (61 ng/mL) e melhoria das lesões cutâneas.

Discussão/Conclusão: Este caso pretende ilustrar a possível associação entre a PCT e mutações do gene HFE. Estas mutações são comuns na PCT e conferem maior risco de sobrecarga de ferro, embora seja mais prevalente na presença da mutação C282Y em homozigotia versus H63D em heterozigotia. O tratamento preconizado consiste na realização de flebotomias, com valores alvo iniciais de ferritina inferiores a 25 ng/mL. O prognóstico é habitualmente favorável, sem grande interferência na sobrevida a longo prazo. Contudo, a falência terapêutica e recorrência de crises na PCT é mais comum nos indivíduos portadores de mutações do gene HFE, o que implica uma maior vigilância clínica.

CO-0109 - (4107) - RELEMBRAR A GRAVIDEZ NA SÍNCOPE: UM CASO CLÍNICO DE TEMPESTADE TIROIDEIA

Ana Martins Costa¹; Márcia Cravo¹; Guilherme Assunção¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução A síncope define-se como uma perda total de consciência. Na gravidez, esta correlaciona-se com alterações hemodinâmicas e hormonais. Apesar de raro, o hipertiroidismo é uma complicação documentada entre 0,1 a 0,4%, sendo uma das etiologias a tirotoxicose gestacional transitória (TGT). Esta associa-se por vezes à hiperémese gravídica (HG), que está relacionada com níveis séricos de beta-HCG aumentados. A TGT e HG podem evoluir para situações clínicas graves, aumentando a morbi-mortalidade fetal e materna. Descreve-se o caso de uma jovem com apresentação clínica de síncope de repetição por gravidez desconhecida com diagnóstico concomitante de TGT e HG.

Caso Clínico Mulher de 24 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos. Trazida ao serviço de urgência por quadro de síncope de repetição, anorexia, náuseas e episódios de vómitos. À admissão encontrava-se hipertensa, taquicárdica, desidratada, com tremor nos membros superiores e retração palpebral. Analiticamente lesão renal aguda, distúrbios hidro-electrolíticos e transaminases aumentadas. Iniciado suporte volémico com reposição iónica. Face aos achados no exame físico, pedida função tiroideia documentando-se hipertiroidismo. Exclusão de patologia tiroideia autoimune com anticorpos anti-tiroideus negativos e ecografia tiroideia normal. Assumida tempestade tiroideia (score Burch-Wartofsky Point Scale 30). Excluídos precipitantes mais frequentes pela anamnese e exames, documentando-se gravidez desconhecida através de ecografia abdominal com útero grávidico de feto único e analiticamente beta-hcG elevada. Assumido quadro de tempestade tiroideia filiada a TGT associada a HG. Iniciada terapêutica dirigida com propiltiouracilo e propranolol, com evolução clínica favorável.

Discussão/Conclusão O hipertiroidismo é uma causa possível de síncope. Em mulheres jovens em idade fértil, na ausência de outros fatores desencadeantes, deve considerar-se a gravidez e possível TGT, que ocorre principalmente no final do 1º trimestre, devido a níveis elevados de hCG. Associa-se raramente a HG, podendo condicionar evolução clínica grave. Neste caso clínico a anamnese e exame físico foram essenciais para a suspeição diagnóstica de hipertiroidismo agudo e conseqüente associação a gravidez desconhecida como precipitante. Os exames laboratoriais são fulcrais à confirmação diagnóstica e exclusão de etiologia autoimune. O caso descrito apresentou evolução clínica favorável favorecida pelo diagnóstico e tratamento precoces.

CO-0110 - (4259) - ANOREXIA NERVOSA – UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

Tiago Dias Da Costa^{1,2}; António Mateus Pinheiro^{1,2,3}; Sónia Moreira^{1,2,3,4}

1 - Serviço de Medicina Interna; 2 - Unidade Local de Saúde de Coimbra; 3 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 4 - MetabERN: European Reference Network for Rare Hereditary Metabolic Disorders

Introdução: A anorexia nervosa é uma doença do comportamento alimentar que apresenta a maior taxa de mortalidade entre todas as doenças psiquiátricas. O diagnóstico atempado é fundamental quando a doença se manifesta através de complicações como a amenorreia ou alterações hidroeletrólíticas.

Caso Clínico: Sexo feminino, 18 anos, referenciada à consulta de Medicina Interna por uma perda ponderal (45 Kg a 35 Kg) de causa desconhecida com 1 ano de evolução. Início insidioso e agravamento progressivo dos sintomas incluindo náuseas e dor abdominal após ingestão alimentar que cedia à analgesia. Referia apetite mantido mas com receio de comer dada a sensação de enfiamento precoce. Sofria de ansiedade com início concomitante com a pandemia COVID-19, com perda da capacidade de concentração e impacto no desempenho escolar. Como antecedentes pessoais destaca-se menarca aos 15 anos, ciclos menstruais irregulares e amenorreia secundária à perda ponderal. Foi admitida em internamento para estudo complementar e colheita de anamnese fidedigna em contexto de afastamento dos pares. Ao exame objetivo destacava-se uma doente emagrecida, IMC de 13,8 Kg/m², FC 30 bpm e mucosas descoradas e desidratadas. Auscultação abdominal com ruídos hidroaéreos aumentados em frequência. Em contexto de internamento verificámos tentativas sucessivas de realização de exercício aeróbio e consumo alimentar limitado. Do estudo analítico destaca-se: Hb 10.5 g/dL(12-16 g/dL) e ferritina 8 ng/mL(30-300 ng/mL). No que concerne ao estudo de etiologia orgânica não foram identificadas causas estruturais, inflamatórias, infecciosas ou hormonais de relevo. A doente cumpria critérios DSM-V para o diagnóstico de anorexia nervosa tendo sido orientada para a consulta de Endocrinologia - distúrbios alimentares. Passados 3 anos a doente atingiu um IMC normal e tem apresentado um desenvolvimento pubertário sem alterações.

Discussão: Segundo dados do estudo de carga global de doenças (CGD) do Institute for Health Metrics and Evaluation, as perturbações do foro mental constituíam em 2019 a segunda principal causa de incapacidade e a quinta causa em termos de CGD entre os países da União Europeia, sendo a prevalência destas patologias em Portugal a mais elevada entre os países desta região do globo. O impacto da saúde mental na qualidade de vida das populações é um tópico cada vez mais abordado, salientando-se a importância da integração da anorexia nervosa no diagnóstico diferencial de um quadro de perda de peso.

CO-0111 - (2238) - ACIDOSE LÁTICA ASSOCIADA À METFORMINA (MALA) – CASUÍSTICA DE 4 ANOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Margarida Araújo¹; Sílvia Santos¹; Johanna Viana¹; Sofia Marques¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: A acidose láctica associada à metformina (MALA) ocorre em contexto de sobredosagem de metformina ou acumulação da mesma em doentes com comorbilidades (como doença renal ou hepática) ou doenças agudas precipitantes (como infeção ou lesão renal aguda). É uma patologia rara, contudo apresenta elevada mortalidade (30-50%).

Objetivos: Caracterizar os doentes referenciados a Nefrologia por MALA e determinar fatores preditores de mortalidade.

Material e Métodos: Foram pesquisados os doentes com diagnóstico de MALA referenciados a Nefrologia no período 1/07/2019–30/06/2023. Colheram-se dados de idade, sexo, comorbilidades, dose de metformina, valores séricos de creatinina, pH, bicarbonato, anion gap, lactatos, técnica dialítica, bicarbonato do dialisante e mortalidade intra-hospitalar. A análise estatística foi realizada no SPSS.

Resultados: Identificaram-se 40 doentes com diagnóstico de MALA, idade média 75 anos ($\pm 9,5$), 70% do sexo feminino. A comorbilidade mais prevalente foi a doença renal crónica (47,5%), seguindo-se a doença cardiovascular (DCV; 37,5%) e a doença hepática crónica (15%). À admissão apresentavam, em média, creatinina sérica 6,3mg/dL ($\pm 3,5$), pH 7,1 ($\pm 0,2$) e lactatos 10,3mmol/L ($\pm 4,2$). Todos os doentes referenciados apresentavam lesão renal aguda (LRA), 80% AKIN 3, e todos, à exceção de um, foram submetidos a hemodiálise. 20% dos doentes foi admitido na unidade de cuidados intensivos e realizou hemodiálise contínua. A taxa de mortalidade foi 22,5%. Comparando os sobreviventes e não sobreviventes, houve diferença estatisticamente significativa na DCV, mais prevalente nos não sobreviventes ($p=0,037$), no pH, inferior nos sobreviventes ($p=0,005$) e no bicarbonato do dialisante, superior nos sobreviventes ($p=0,043$); a DCV e o bicarbonato do dialisante revelaram-se preditores de mortalidade ($OR=7,33$ IC95%[1,24-43,41] e $OR=0.70$ IC95%[0,53-0,93], respetivamente). O mesmo não se verificou para a idade, dose de metformina, lactatos, número de sessões dialíticas e gravidade da LRA. Não houve correlação entre o bicarbonato do dialisante e sérico ou pH.

Discussão: Contrariamente à elevada mortalidade descrita em vários estudos, nesta série a mortalidade foi inferior, o que acompanha as tendências mais recentes. A DCV associou-se a mortalidade, o que não estava ainda descrito, mas que reforça a associação das comorbilidades com a mortalidade. Surpreendentemente, o valor médio do pH foi inferior nos sobreviventes; isto pode resultar de serem submetidos a tratamento mais pronto e agressivo. Pela primeira vez, encontrou-se um parâmetro do dialisante, o bicarbonato, que em valores superiores poderá ser protetor, provavelmente por corrigir mais rapidamente a acidose metabólica.

Conclusão: A MALA é um diagnóstico raro cuja mortalidade tem vindo a diminuir. A DCV e bicarbonato do dialisante são preditores de mortalidade.

CO-0112 - (2842) - AGONISTAS DOS RECETORES DE GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-1 (ARGLP-1): UMA CLASSE EM RUPTURA

Catarina Freitas Artilheiro¹; Filipa Pinto Monteiro¹; Alice Neves²; Letícia Santos¹; Inês Marques¹; Andreia Nunes¹; Sara Ramalho¹; Conceição Escarigo¹; Estevão Pape¹

1 - Hospital Garcia de Orta; 2 - Instituto Português de Reumatologia

Introdução: Os Agonistas dos Recetores de Glucagon-like Peptide-1 (arGLP-1) são uma classe terapêutica relevante no controlo da glicémia em jejum e pós-prandial, na perda ponderal e na proteção cardiorrenovascular, sendo utilizada no tratamento da Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e da Obesidade. Contudo, a ruptura de stock dos mesmos tem afetado inúmeros doentes.

Objetivos: Determinar o impacto cardiorrenometabólico da suspensão dos arGLP-1. Calcular a percentagem de doentes sob terapêutica com arGLP-1 afetados pela ruptura de stock.

Material e Métodos: Estudo observacional retrospectivo da totalidade de doentes com DM2 seguidos na consulta de Medicina/Diabetes num hospital terciário em 2022 sob terapêutica prévia ou atual com arGLP-1 durante, no mínimo, 6 meses. Excluíram-se doentes já sob terapêutica com arGLP-1 previamente ao ingresso nesta consulta; doentes que suspenderam a terapêutica com arGLP-1 ou perderam seguimento, sem terem tido qualquer consulta em que se encontrassem sob arGLP-1.

Foram recolhidos dados clínicos através da consulta do SClínico® e a análise estatística foi realizada com o SPSS®. As variáveis contínuas foram expressas como média±desvio-padrão e as variáveis categóricas como valores absolutos e percentagens. As comparações foram feitas com o teste T. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados: Dos 655 doentes em seguimento, 27,8% (n=182) foram incluídos no estudo, formando uma amostra com 56,6% de homens com uma média de idades de 68 ± 11 anos. A HbA1c prévia ao início de arGLP-1 era $8,68\% \pm 1,72\%$, verificando-se a redução de 1,59% ($p < 0,01$) com a introdução de arGLP-1 e o aumento de 0,95% ($p < 0,01$) com a sua suspensão. Em relação ao peso, existiu uma diminuição média de 5,2 kg ($p < 0,01$) com arGLP-1, tendo existido um ganho ponderal de 1,3 kg ($p = 0,02$) após a sua interrupção. Esta alteração refletiu-se, ainda, no IMC com uma redução de $1,9 \text{ kg/m}^2$ ($p < 0,01$) sob arGLP-1 e um aumento de $0,3 \text{ kg/m}^2$ ($p = 0,14$) com a sua suspensão. Quanto ao perfil tensional, verificou-se um aumento da PAs em 5,1 mmHg ($p = 0,021$) e da PAd em 2,5 mmHg ($p < 0,04$) com a suspensão de arGLP-1. Observou-se um benefício com a redução da albuminúria em 65,5 mg/g ($p = 0,03$).

43,4% dos doentes foram afetados pela ruptura de stock. Entre os doentes que interromperam a terapêutica com arGLP-1, verificaram-se 8 eventos cardiovasculares.

Discussão: Objetivou-se um agravamento significativamente estatístico da HbA1c, peso e perfil tensional dos doentes afetados pela ruptura de stock dos arGLP-1.

Porém, este estudo apresenta algumas limitações - irregularidade no seguimento presencial dos doentes e nas avaliações analíticas. Como fatores confundidores, reportam-se a má adesão terapêutica, erros alimentares e ajustes da terapêutica hipoglicemiante.

Conclusão: Uma percentagem significativa dos doentes sob arGLP-1 foi afetado pela ruptura de stock, com um conseqüente impacto negativo no seu controlo cardiometabólico.

CO-0113 - (2081) - SINERGIA FISIOPATOLÓGICA: UM CASO RARO DE PLATIPNEIA-ORTODEOXIA

Tatiana Cabral¹; Rita Neto²; Mariana Câmara²; Marco Correia³; Jorge Montês²; Francisco Laranjeira²; Bernardo Pimentel²; Ana Alfaiate²; Eduardo Doutel Haghighi²

1 - Hospital de Vila Franca de Xira; 2 - Hospital da Luz Lisboa; 3 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introdução: A síndrome de platipneia-ortodeoxia (SPO) é uma entidade clínica rara que se manifesta por dispneia e hipoxémia, despoletadas pelo ortostatismo e com melhoria em decúbito. A etiologia mais frequentemente descrita é a presença de um shunt intracardíaco. Têm também sido descritos casos de SPO secundários a patologia pulmonar, nomeadamente a pneumonia por SARS-CoV-2. Expomos um caso singular de SPO resultante de dois princípios fisiopatológicos.

Caso Clínico: Mulher de 82 anos internada no serviço de medicina após várias idas a diferentes serviços de urgências por quadro de dispneia, hipoxémia, prostração e perda de autonomia. Tinha história recente de internamento por pneumonia a SARS-CoV-2. Ao exame objetivo, identificou-se descida da saturação periférica de oxigénio de 98% para 70% na passagem de ortostatismo para decúbito sob oxigenoterapia de baixo débito a 28%. A tomografia computadorizada torácica revelou sinais sugestivos de fibrose pulmonar de predomínio bibasal e o ecocardiograma transtorácico mostrou um abaulamento aneurismático inter-auricular, por Foramen Ovale patente com shunt esquerdo-direito objetivado pela instilação de soro agitado. Por se considerar a possibilidade de SPO pós-pneumonia a SARS-CoV-2, iniciou corticoterapia sistémica, cinesiterapia respiratória intensiva e oxigenioterapia suplementar em ortostatismo. Assistiu-se a uma melhoria clínica, embora parcial pelo que se procedeu ao encerramento percutâneo do defeito interauricular. Houve então uma resolução clínica sustentada e reabilitação gradual da autonomia.

Discussão: A SPO emerge de vários mecanismos de shunting, categorizados como intracardíacos e extracardíacos. Neste caso, duas causas coexistiram e potenciaram-se: primeiro, o desconhecido FOP devido a shunt interauricular direito-esquerdo; segundo, a pneumonia por SARS-CoV-2 que perpetuou o desequilíbrio ventilação/perfusão, devido a shunt intrapulmonar.

Conclusão: Este caso destaca a complexa rede de mecanismos de shunting na SPO, sendo rara a sinergia entre dois mecanismos fisiopatológicos distintos e cujo significado clínico permanece ainda pouco esclarecido. A determinação etiológica precoce e multifatorial é fundamental para uma abordagem e tratamento dirigidos, mitigando os sintomas e favorecendo o processo célere de recuperação.

CO-0114 - (2207) - DESVENDANDO A INCERTEZA: UM CASO CLÍNICO DE LINFEDEMA DO MEMBRO SUPERIOR

Mónica Côrte-Real¹; Margarida Bento¹; Ricardo Pereira¹; Aissato Cassama¹; Francisco Morgado¹; Joana Carreira¹; Ermelinda Pedroso¹

1 - Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E.

Introdução

O linfedema consiste na acumulação de linfa no espaço intersticial, causando intumescimento dos tecidos moles. O tipo primário é pouco frequente e resulta de linfoangiogénese anormal. Tipicamente, manifesta-se na infância e/ou adolescência, afetando os membros inferiores. Classifica-se como tardio quando surge após os 35 anos. O linfedema secundário deve-se a lesão ou obstrução do sistema linfático e surge em qualquer idade, sobretudo nos membros.

Caso clínico

Homem de 72 anos, referenciado a consulta por edema do membro superior esquerdo (MSE) com dois meses de evolução, envolvendo progressivamente a parede torácica homolateral. Três meses antes, apresentara adenopatias axilar e cervicais à esquerda, indolores, que resolveram espontaneamente. Administração recente de reforço da vacina anti-SARS-CoV-2, sem linha temporal exata com a clínica descrita. Negava sinais/sintomas constitucionais e/ou específicos de órgão ou sistema. Negava traumatismo. Ao exame objetivo, edema do MSE desde a raiz até à mão, e da parede torácica homolateral, sem rubor, elevação da temperatura ou dor; sem adenopatias palpáveis. Os exames complementares de diagnóstico (ECDs) excluíram síndrome de compressão torácica, doença tromboembólica e compressão extrínseca. Não se identificou doença infecciosa, neoplásica ou inflamatória/autoimune que justificasse o quadro. A linfocintigrafia revelou obstrução à drenagem do MSE, a montante. Diagnosticado linfedema do MSE. Iniciou terapêutica compressiva com melhoria parcial dos sintomas, mantendo vigilância para fins de diagnóstico de doença oncológica oculta.

Discussão

O caso clínico descrito destaca-se pela complexidade diagnóstica, evidenciando a importância de um diagnóstico diferencial abrangente e sistematizado, suportado por uma anamnese minuciosa. O quadro clínico incluía aumento do volume do membro e desconforto, cujo reconhecimento atempado determinou maior eficácia terapêutica e qualidade de vida do doente.

Conclusão

Os diagnósticos mais prováveis são o linfedema primário tardio (LPT) e o linfedema secundário a reforço vacinal. O LPT é uma entidade clínica rara, de difícil diagnóstico pela sua baixa prevalência e sintomatologia comum a outras condições, que requer um estudo etiológico rigoroso para excluir causas secundárias. O linfedema após reforço vacinal tem sido descrito em casos raros, como transitório e ocorrendo principalmente em doentes com patologia oncológica subjacente, não identificada no presente caso.

CO-0115 - (2229) - RHABDOMYOLYSIS: A RARE MANIFESTATION OF ANOCTAMIN-5 MUSCULAR DYSTROPHY

Tiago Dias Da Costa^{1,2}; António Mateus Pinheiro^{1,2,3}; Sónia Moreira^{1,2,3,4}

1 - Serviço de Medicina Interna; 2 - Unidade Local de Saúde de Coimbra; 3 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 4 - MetabERN: European Reference Network for Rare Hereditary Metabolic Disorders

Introduction: Anoctamin-5 (ANO5) muscular dystrophy is a rare neuromuscular disease originated by homozygous mutations in ANO5, a calcium-activated chloride channel that is highly expressed in heart and skeletal muscle. It is a key player in the fusion and repair of cell membranes. Muscular weakness and impaired gait may be evident at the moment of diagnosis, serving as defining characteristics of additional muscular dystrophies. Rhabdomyolysis, on the other hand, is a rare presentation. Understanding this phenotype is of great importance since it can go unnoticed by physicians, leading to misdiagnosis of metabolic myopathies or delayed diagnosis. We discuss a case of recurrent rhabdomyolysis due to ANO5 muscular dystrophy.

Case description: A 33-year-old male was referred to our Reference Centre for Hereditary and Metabolic Diseases due to incidentally elevated creatine kinase (CK) levels of 4369 U/L (normal value: < 171 U/L) in the context of acute renal colic. He described a progressive ten-year history of myalgia induced by physical activity, particularly in the lower extremities, muscle spasms, and sporadic reddish to brown urine. Although no muscle weakness was detected upon neurological examination, bilateral calf hypertrophy was noted. Thigh magnetic resonance imaging identified adipose degeneration in lower limbs. A comprehensive laboratory analysis was conducted to exclude acquired causes of rhabdomyolysis, including electrolyte abnormalities, endocrine disruptions, and autoimmune myopathies. His 13-year-old son with consanguineous parents, began seeing a neurology specialist for myalgia and elevated CK levels. Considering the high suspicion of an inherited aetiology, we proceeded with next-generation sequencing of rhabdomyolysis-related genes. Genetic testing revealed a c.1180+6t>Cp homozygous mutation in ANO5 gene, which confirmed ANO5 muscular dystrophy. Due to strong correlation between genetic testing results and patient's symptoms, a muscular biopsy was not performed. He was advised to keep a program based on rest, hydration, and analgesia. Symptoms improved, however CK values remained elevated, ranging from 1436 to 5502 U/L.

Discussion and conclusion: ANO5 muscular dystrophy is a rare cause of inherited rhabdomyolysis. Understanding this phenotype is crucial for accurate and timely diagnosis. Currently, there is no specific treatment for this condition, but management should include avoiding heavy muscle training and use of statins.

CO-0116 - (2299) - NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA INDUZIDA POR COTRIMOXAZOLE: UM CASO CLÍNICO.

Rita Sevivas¹; Dany Cruz¹; Gabriela Costeira Paulo¹; Ilda Coelho¹; Carlos Oliveira¹; Carolina Veiga¹

1 - Hospital de Santa Maria Maior, Barcelos

Os antibióticos são fármacos comumente prescritos na prática clínica diária. Embora na maioria das vezes os efeitos secundários sejam ligeiros e facilmente tratáveis ou reversíveis, casos existem em que isso não acontece.

A interna apresenta um caso de um doente de 53 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual que se encontrava no 17º dia de tratamento com sulfametoxazol/ trimetropim por diagnóstico prévio de infecção do trato urinário.

Foi admitido no serviço de urgência apresentando rash maculopapular pruriginoso disperso (mais evidente no tronco e que poupava palma das mãos e planta dos pés), hiperemia conjuntival bilateral com sufusão hemorrágica à esquerda, edema labial e odinofagia. À admissão o doente referia um quadro com dois dias de evolução de mau-estar generalizado, cefaleias e mialgias.

Após exclusão de outras causas, concluiu-se que o mais provável seria tratar-se de um efeito adverso ao tratamento em curso, que suspendeu de imediato.

Apesar da suspensão do tratamento com sulfametoxazol/ trimetropim, as lesões cutâneas, oculares e das mucosas evoluíram desfavoravelmente, com aumento da área atingida (aproximadamente 80% da superfície corporal), áreas com flictenas, algumas confluentes e com sinal de Nikolsky positivo, atingimento da mucosa oral com erosões extensas que dificultavam a alimentação e hidratação e agravamento do atingimento ocular, com desenvolvimento de erosões na córnea do olho direito.

Assumiu-se, assim, o diagnóstico de necrólise epidérmica tóxica e o doente foi transferido para Unidade de Queimados para estabilização e tratamento. Foi iniciada corticoterapia sistémica e tratamento de suporte, com boa evolução clínica.

O síndrome de Steven-Johnsons e a necrose epidérmica tóxica são efeitos adversos raros mas potencialmente fatais. Considera-se que a maioria dos casos está ligada a fármacos como as sulfonamidas, beta-lactâmicos, fluoroquinolonas, alopurinol, carbamazepina, fenitoína e anti-inflamatórios não esteróides (AINES).

Estes quadros surgem no período de 7 a 21 dias após o início do fármaco responsável, e quanto mais cedo for descontinuado o fármaco, melhor o prognóstico, o que demonstra a importância da suspeição clínica precoce.

CO-0117 - (2322) - MUTAÇÃO RARA EM PROTEÍNA SARCOMÉRICA ASSOCIADA A RABDOMIÓLISE

Mariana Gaspar¹; Joana Silva¹; Marta Carvalho¹; Miguel Nunes¹; Márcia Pereira¹; Mariana Silva¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Rabdomiólise é a destruição de fibras musculares com libertação de substâncias intracelulares para a corrente sanguínea. As causas adquiridas são as mais comuns: tóxicos, fármacos, isquemia, trauma ou exercício físico intenso. Episódios recorrentes e creatina quinase (CK) >50×valor de referência (VR) devem fazer suspeitar causas hereditárias. Homem, 32 anos, nega doenças ou medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência por astenia e urina escura com 1 semana de evolução após exercício físico intenso. Exame objetivo normal; Analiticamente com aspartato aminotransferase 3000 U/L, alanina aminotransferase 300 U/L, lactato desidrogenase 3800 U/L e CK 138000 U/L, sem lesão renal. Episódio semelhante 2 anos antes. Realizou fluidoterapia e foi encaminhado à consulta de Medicina Interna. Um mês depois com normalização dos parâmetros supracitados, função tiroideia, painel de miosites autoimunes e perfil de acilcarnitinas normais. Negava mialgia, fenómeno second wind ou familiares com queixas semelhantes. Pedido painel de 149 genes associados a miopatias hereditárias por Next-Generation Sequencing (NGS), com deteção de 2 variantes no gene OBSCN, c.3520A>C e c.9257C>T. Realizado estudo genético aos pais confirmando-se herança bi-alelica. Excluindo causas adquiridas, as miopatias metabólicas são a causa mais comum de rabdomiólise hereditária, destacando-se a doença de McArdle e o défice de acilcarnitinas. A utilização crescente de estudo genético por NGS tem permitido identificar outras miopatias hereditárias. O gene OBSCN codifica a proteína obscurina, com mutações descritas em casos de rabdomiólise em jovens adultos e miocardiopatia hipertrófica. Apesar das variantes identificadas estarem classificadas como de significado incerto, o padrão de herança e a clínica do doente apoiam o diagnóstico de rabdomiolise tipo 1 por defeito na obscurina. O doente foi aconselhado a evitar exercício intenso e manter vigilância em cardiologia. A rabdomiolise grave é um motivo de referência frequente às consultas de Medicina. O estudo genético sobrepõe a biópsia muscular, mais invasiva e inespecífica na maioria dos casos. Vivemos uma época fascinante onde novos diagnósticos se desvendam e onde o Internista pode ter um papel de destaque. Apesar de não existir tratamento específico, a sua caracterização é importante para prevenção de episódios futuros.

CO-0118 - (2466) - DOENÇA DE ERDHEIM CHESTER – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Sara Pereira Henriques¹; Rita Azevedo Menezes¹; Francisca Guimarães²; Francisco Antunes²; João Pedro Gomes¹; Pedro Manuel Oliveira¹

1 - Serviço de Medicina Interna - Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho; 2 - Serviço de Imagiologia - Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho

Introdução: A Doença de Erdheim-Chester (DEC) é uma histiocitose de células não-Langerhans rara e multissistémica que afeta predominantemente homens na 5ª-6ª décadas de vida. As manifestações clínicas são inespecíficas. O diagnóstico baseia-se na presença de achados histopatológicos típicos num contexto clínico e radiológico apropriado.

Caso Clínico: Homem de 85 anos com antecedentes de cardiopatia isquémica e lesões ocupantes de espaço (LOE) intracranianas em estudo, enviado à consulta de Medicina Interna por quadro de astenia, perda ponderal (~15%), poliúria, polidipsia e edema e défice de força nos membros inferiores com 7 meses de evolução. Ao exame físico com aspeto emagrecido e ligeira disartria. Analiticamente, a destacar hipernatremia persistente, osmolaridade urinária diminuída e hiperprolactinemia. Na tomografia computadorizada abdominopélvica evidencia-se múltiplos focos escleróticos envolvendo os ossos da bacia e vertente proximal de ambos os fémures, infiltração simétrica e bilateral dos espaços peri-renais, e circunferencial da aorta toraco-abdominal. A ressonância magnética cranioencefálica demonstra LOE frontal e parietal direitas e intraorbitária intracónica esquerda, reforço nodular da haste hipofisária e perda do hipersinal da neurohipófise em T1. Na tomografia por emissão de positrões de corpo inteiro a realçar captação aumentada de fluorodesoxiglicose na periferia da aorta torácica ascendente, ossos da bacia, fémur esquerdo e cavidade orbitária esquerda. Face a estes achados, o doente foi submetido a biópsia da gordura peri-renal que evidenciou abundante proliferação de células histiocitárias (CD68+, CD163+ e S100-) e infiltrado inflamatório linfocitário, com posterior deteção de uma mutação no gene BRAF afetando o resíduo 600. Perante o diagnóstico formal de DEC, o doente foi encaminhado para Hematologia Clínica para posterior orientação.

Discussão/Conclusão: Tal como o caso acima descrito, a DEC representa um diagnóstico desafiante e muitas vezes tardio. Não existe cura, apresentando tradicionalmente um prognóstico reservado. Nos últimos anos, o uso de terapias dirigidas e interferão alfa têm melhorado a sobrevida destes doentes, ainda que associadas a elevada toxicidade.

CO-0119 - (2488) - DOENÇA DE KIKUCHI-FUJIMOTO EXTRA-CERVICAL

Rita Menezes Azevedo¹; Sara Henriques¹; Diogo Macedo¹; Inês Amaral Pinto¹; Ana Rita Antunes¹; Juliana Silva¹; Pedro Oliveira¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho

A Doença de Kikuchi-Fujimoto (DKF) é uma doença rara caracterizada por adenopatias mais frequentemente cervicais e febre. Outros sintomas incluem rash, dores articulares e fadiga. Os diagnósticos diferenciais são Lúpus Sistémico Eritematoso, Linfoma e infeções víricas. O diagnóstico é feito por biópsia ganglionar. É autolimitada, mas com risco de recorrência, não havendo tratamento dirigido.

Mulher, 25 anos, obesa e com antecedentes maternos de leucemia linfocítica crónica, recorre ao Serviço de Urgência por 3 dias de evolução de mal-estar geral, fadiga, anorexia, náuseas, febre e dor abdominal. À admissão estava febril, sem alterações ao exame objetivo. Analiticamente, elevação da PCR, sem alterações no hemograma, função renal e hepática ou ionograma. Marcadores víricos (HCV, HIV, HAV, HBV), vírus respiratórios e hemoculturas negativas. TC abdominal com hepatoesplenomegalia e adenopatias inguinais, pélvicas e paraaórticas esquerdas, a maior de 19 mm. Internada no Serviço de Medicina Interna para estudo. No internamento, excluídas infeções: sífilis, EBV, CMV, Varicela zoster e Herpes simplex, Borreliose, Brucelose, Salmonelose, Rickettsia e Leptospirose. Esfregaço de sangue periférico com leucócitos com vacuolização do citoplasma. Sem picos monoclonais na eletroforese de proteínas. VS aumentada (64 mm/h), quantificação de imunoglobulinas normal e sem consumo de complemento. Do estudo autoimune: FR, anti-CCP, ANA, ANCA, anti-B2 glicoproteína e anti-cardiolipina negativos. Durante o internamento, manteve picos febris controlados com antipirético fixo. Realizou biópsia ganglionar e teve alta orientada para Consulta Externa de Medicina Interna. Entretanto disponibilizado o resultado imunohistoquímico da biópsia, que mostrou predomínio de linfócitos T e presença de focos apoptóticos, sem células imaturas sugestivas de neoplasia hematológica. A anatomia patológica mostrou linfadenite necrotizante não granulomatosa e não supurativa compatível com DKF. Na consulta de reavaliação, cerca de 2 semanas após a alta, a doente encontrava-se completamente apirética, sem necessidade de antipirético e com melhoria clínica significativa.

Este caso apresenta uma mulher jovem que recorreu ao SU por quadro constitucional e adenopatias intra-abdominais. Os diagnósticos diferenciais principais incluem neoplasias hematológicas e infeções. Porém o diagnóstico final foi compatível com DKF com apresentação atípica (adenopatias extra-cervicais) e tratada apenas com antipirético.

CO-0120 - (2449) - MUJER VEXAS: DESAFIANDO EL GUIÓN TRADICIONAL DE UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE

Erick Jonathan Rodrigues Caldeira¹; Raquel Santiago Alonso¹; Sergio Rivero Santana¹; Sara Jonás Llaurado¹

1 - Hospital Sant Joan de Déu. Althaia: Xarxa Assitencial Universitaria de Manresa, Barcelona, España.

Introducción El síndrome VEXAS (vacuolas, enzima E1, ligada al X, autoinflamatoria, somático) es una enfermedad autoinflamatoria ligada a mutaciones del gen UBA1 (enzima activadora-modificadora similar a la ubiquitina).

En el primer estudio sólo se describe en hombres caucásicos y se caracteriza por síntomas heterogéneos (hematológicos, cutáneos, pulmonares, reumatológicos y otros). Está infradiagnosticado por su reciente descripción (2020), complicado diagnóstico y alta mortalidad.

Caso Clínico Mujer de 62 años, hipertensa, dislipémica y artrosis generalizada invalidante. Ingreso en enero 2023 por neumonía complicada y anemia con requerimiento transfusional. Tras 6 meses del alta y con proceso infeccioso resuelto persiste la anemia. En anamnesis la paciente refiere aparición de lesiones cutáneas, astenia, pérdida de peso, diaforesis e insomnio. Exploración física sin hallazgos relevantes excepto por las lesiones cutáneas. El hemograma revela anemia macrocítica (Hb 10.7 g/dL, VCM 104.4 fL) arregenerativa (reticulocitos 64.26×10^3). El estudio inicial y completo de anemia es normal. Ante empeoramiento de la anemia (Hb 8 g/dL), historia reumatológica y características atípicas de lesiones cutáneas se solicita estudio del gen UBA1, con resultado positivo.

Discusión Describimos el caso de una mujer con diagnóstico de VEXAS a raíz de anemia macrocítica, fenómenos cutáneos y antecedentes reumatológicos.

Es un trastorno de aparición tardía por mutación del gen UBA1E1, enzima clave en la señalización de proteínas dañadas (ubiquitinación alterada) que se acumulan, aumentan el estrés oxidativo y fenómenos inflamatorios. Prevalencia en hombres > 50 años: 1/4269.

Clínicamente destaca: fiebre (92%), manifestaciones cutáneas (88%), infiltrados pulmonares (72%), conectivopatías (64%), trombosis venosa profunda (44%) y, a nivel hematológico destaca: anemia macrocítica (96%), vacuolización (100%), linfopenia (80%), trombocitopenia (50%) y monocitopenia (50%).

El tratamiento consiste en la supresión clonal en médula ósea, bloqueo de vías inflamatorias y medidas de soporte hematológico.

Se describe una mortalidad del 50% con mal pronóstico por retraso diagnóstico y carencia de respuesta los tratamientos mencionado.

Conclusión Describimos el caso atípico de Sd. VEXAS en una mujer. Es crucial considerar dicha entidad en la práctica clínica, solicitar el estudio genético para poder iniciar un tratamiento precoz y mitigar la morbimortalidad de la enfermedad.

CO-0121 - (4021) - COGNIÇÃO EM “MARCHA-ATRÁS”

Jerina Nogueira¹; Leonor Francisco²; Rita Coutinho³; Leandro M. Marques³;
José Cruz Araújo³; Eduardo Ferreira Freitas³; Octávia Costa³; Sara Varanda³;
Maria De Fátima Almeida³

1 - Unidade Local de Saúde Alto Alentejo; 2 - Unidade Local de Saúde Alto Minho; 3 - Unidade Local de Saúde Braga

A doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) é uma doença priónica do sistema nervoso central, rapidamente progressiva e incurável, que culmina inexoravelmente na morte em cerca de 1 ano após início dos sintomas. A forma esporádica é a mais frequente das 3 variantes (esporádica, genética e adquirida), afetando cerca de 1/1.000.000 de pessoas anualmente com idade média de apresentação 60 anos.

Mulher, 61 anos, com ensino superior. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e depressão. Encontrava-se bem até há 6 semanas quando iniciou quadro de alteração comportamental percebida por familiares e colegas do trabalho. O primeiro sintoma foi percebido durante a condução, onde a doente se “esqueceu” de como colocar a marcha-atrás. Nas semanas seguintes foram percebidos riso despropositado, alterações mnésicas, insónia e atrasos não usuais ao trabalho. À avaliação neurológica destacava-se: respostas coerentes às questões colocadas mas com tempo de latência aumentado, discurso com pausas, cálculo com dificuldade mas preservado; evocava 1 em 3 palavras que não recuperava com pista; dificuldade em cumprir ordens complexas; apraxia bilateral principalmente dos membros direitos e da abertura da boca; reflexos osteotendinosos vivos mais à direita; na marcha não conseguia funâmbulo com desequilíbrio sem lado preferencial. Análises sanguíneas e TAC-CE sem alterações. Realizou EEG que não revelou atividade epileptiforme; RMN-CE revelou extensa restrição de difusão cortical envolvendo predominantemente o córtex fronto-parietal-temporal com maior expressão à esquerda, alterações compatíveis com DCJ. Do estudo da punção lombar realizada à admissão (citoquímica normal; VDRL, microbiológicos e autoimunidade negativos) verificou-se positividade para a presença da proteína 14.3.3 e proteína Tau muito elevada, suportando o diagnóstico DCJ. A doente teve alta orientada para consulta de Neurologia e de Cuidados Paliativos. Manteve declínio neurológico progressivo, atualmente aos 10 meses do diagnóstico encontra-se totalmente dependente de cuidados de terceiros, com epilepsia estrutural controlada com levetiracetam.

A DCJ deve ser equacionada em doentes com declínio cognitivo rapidamente progressivo sem outras causas evidentes, principalmente em doentes jovens. Apesar de incurável, o tratamento das complicações e o apoio psicológico e paliativo é essencial para o doente e a sua família.

CO-0122 - (4247) - QUANDO A HEMORRAGIA É AFINAL ÓLEO DE SILICONE

Tiago Ferreira¹; Gonçalo Quinteiro¹; Catarina Garcês Silva¹; Ana Tornada¹

1 - Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria

O óleo de silicone é frequentemente usado como tamponamento intraocular temporário na reparação de descolamentos de retina. As complicações desta técnica associam-se às propriedades do óleo, estando descritos casos em que ocorreu migração retrobulbar até aos ventrículos cerebrais. A maioria dos doentes são assintomáticos e a sua posição nos ventrículos pode ser variável, de acordo com as mudanças posicionais.

Reportamos o caso de um homem de 73 anos, com diabetes tipo 2, hipertensão arterial, e dislipidemia, com doença aterosclerótica difusa condicionando doença cerebrovascular, doença coronária isquémica, doença renal crónica, retinopatia e glaucoma, submetido previamente a vitrectomia do olho esquerdo, complicada de amaurose. Foi internado por alteração do estado de consciência no contexto de provável crise convulsiva ao acordar, com pós-crítico de cerca de 30 minutos caracterizado por confusão mental. O electroencefalograma revelou escassa atividade epileptiforme temporal média esquerda, medicado com valproato de sódio, sem evidência de novas crises. A tomografia crânio-encefálica (TC-CE) revelou hiperdensidade aguda no corno temporal do ventrículo lateral esquerdo, sugestiva de hemorragia, e sinais de hemorragia prévia (em reabsorção) no corno frontal do ventrículo lateral direito. Por esse motivo, suspendeu a anti-agregação plaquetária com a qual estava medicado cronicamente. Na TC-CE de reavaliação documentou-se reabsorção da hiperdensidade no corno temporal do ventrículo lateral esquerdo, mas com novo foco hiperdenso no corno frontal do mesmo ventrículo lateral, em local sobreponível ao observado em exames realizados 8 anos antes, e com morfologia semelhante, e que não estava presente na TC da admissão.

Através da análise retrospectiva de todos os exames imagiológicos cerebrais pela Neurorradiologia, e de acordo com os antecedentes de vitrectomia realizada vários anos antes, concluiu tratar-se da migração de partículas de óleo de silicone a partir do globo ocular (humor vítreo), para o espaço intra-ventricular, mobilizando-se de acordo com os movimentos cefálicos do doente.

O objetivo deste relato é descrever um fenómeno raro de migração intraocular de óleo de silicone para os ventrículos cerebrais, que pode ser confundido com hemorragias intraventriculares. Realça a importância da colheita de uma história clínica detalhada, com uma perspectiva integradora, e do trabalho em equipa com outras especialidades, muito valioso na marcha diagnóstica.

CO-0123 - (4334) - UM ESTADO DE MAL HIPONATRÉMICO - UM CASO RARO

Cláudia C. Sousa¹; Carolina Olim¹; Maria Eduarda Moniz¹; Matilde Vieira Ferreira²; Catarina Teles Neto¹; Teresa Faria¹

1 - Serviço de Medicina Interna, SESARAM EPERAM, Funchal, Região Autónoma da Madeira; 2 - Serviço de Cardiologia, SESARAM EPERAM, Funchal, Região Autónoma da Madeira

O estado de mal epilético (EME) apresenta-se sob a forma de status convulsivo com duração superior a 5 minutos ou diversas crises sem retorno ao estado de consciência basal no período inter-crise. Nos adultos, as causas subjacentes mais comuns são as lesões estruturais cerebrais e distúrbios tóxicos ou metabólicos. Os distúrbios hidroeletrólíticos têm vindo, cada vez mais, a ser associados a crises convulsivas.

Apresentamos o caso de uma mulher, com antecedentes de hipertensão arterial sistémica medicada com indapamida, trazida ao Serviço de Urgência com movimentos tónico-clónicos generalizados com 10 minutos de evolução. À admissão encontrava-se comatosa, pontuando 7 na escala de coma de Glasgow, apirética, hipertensa e euglicémica. Gasimetricamente salientava-se hiponatremia grave hiposmolar (sódio 106 mEq/L e osmolaridade sérica 223 mmol/Kg) e hiperlactacidémia (lactatos 3.1mmol/L). Procedeu-se a entubação orotraqueal e realizada angio tomografia computadorizada crânio encefálica sem alterações. Assumido o diagnóstico de EME tendo sido internada no Serviço de Medicina Intensiva. Após estabilização do quadro clínico, foi transferida para o Serviço de Medicina Interna, tendo-se realizado otimização terapêutica e, por apresentar melhoria sucessiva do estado geral e ausência de novas crises convulsivas, teve alta. Manteve seguimento em Medicina Interna e Neurologia e realizou ressonância magnética crânio encefálica que revelou unicamente compromisso microcirculatório crónico. Restante estudo complementar sem alterações. Não voltou a apresentar hiponatremia após suspensão da indapamida. Assim, assumido EME de etiologia sintomática aguda secundária.

Os diuréticos tiazídicos, tais como a indapamida, estão fortemente associados a hiponatremias graves, particularmente em mulheres. A hiponatremia hiposmolar correlaciona-se com disfunção do sistema nervoso central, nomeadamente edema cerebral e risco de herniação. Eletroencefalograficamente, esta alteração iónica parece desencadear uma lentificação não específica das ondas, apesar de diferentes padrões já terem sido observados. Ainda assim, a apresentação sob a forma de EME é rara.

Este caso demonstra a importância de ter uma visão holística do doente, integrando os conhecimentos acerca da medicação habitual no contexto de uma apresentação sintomática aguda grave, uma vez que é tratável e com risco de recorrência facilmente minimizado.

CO-0124 - (4568) - NEUROLEPTOSPIROSE: DOENÇA RARA OU SUBDIAGNOSTICADA?

Núria Condé Pinto¹; Margarida Arantes Silva¹; Alexandra Silva Azevedo¹; Margarida Lopes¹; Helga Martins¹; Mário Esteves¹

1 - ULISMAVE

Introdução

A leptospirose é uma zoonose com apresentação clínica heterogênea, variando de manifestações clínicas inespecíficas e ligeiras, a doença grave com disfunção multiorgânica. A doença neurológica primária é rara; o atingimento do sistema nervoso pode ocorrer por ação bacteriana direta ou, mais frequentemente, resposta imunomediada (principalmente meningite asséptica, encefalite ou vasculite). A sua baixa prevalência, clínica inespecífica e limitação de meios complementares de diagnóstico, torna a neuroleptospirose um desafio clínico.

Caso Clínico

Homem de 72 anos, autónomo e cognitivamente íntegro, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia e cardiopatia isquémica. Admitido no serviço de urgência por astenia, confusão e alucinações visuais com uma semana de evolução, presentes à avaliação inicial. Sem outras alterações ao exame objetivo, nomeadamente febre. Não apresentava elevação de parâmetros inflamatórios, a pesquisa de drogas de abuso era negativa e a tomografia computadorizada cerebral não apresentava alterações. Realizou punção lombar com líquor evidenciando 17 leucócitos/mm³ com predomínio de mononucleares e hiperproteiorráquia (544mg/dL), tendo iniciado empiricamente aciclovir na suspeita de encefalite vírica. O estudo microbiológico cultural e virológico foi negativo. Realizou ressonância magnética (RM) que evidenciou lesões multifocais corticais, subcorticais e cerebelosas, sugestivas de lesões vasculíticas, e iniciou tratamento com prednisolona 1mg/kg, na presunção de vasculite do sistema nervoso central. Do estudo etiológico realizado, apresentou serologia positiva para leptospira (IgM), sendo instituída anti-bioterapia com doxiciclina. A evolução clínica foi favorável com resolução de sintomas, melhoria imagiológica e seroconversão de leptospira. Sem recidiva após desmame gradual de corticoterapia.

Discussão e conclusão

Este caso ilustra o desafio diagnóstico associado à neuroleptospirose, num doente com quadro neurológico subagudo inespecífico, sem contexto epidemiológico evidente ou atingimento de outros sistemas, tendo sido a RM essencial na orientação diagnóstica. A ausência de isolamento de leptospira no líquor não exclui o diagnóstico, por ser o mecanismo principal de doença uma reação imunomediada. A pesquisa serológica de anticorpos assume um papel importante, podendo no entanto ser negativa nos primeiros dias. Apesar da gravidade, o prognóstico é geralmente favorável com a instituição de tratamento precoce.

CO-0125 - (4618) - ROTURA ANEURISMÁTICA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE DRPAD EM JOVEM DE 23 ANOS

Sara Durães¹; Joana Neto Gomes¹; Luís Nogueira¹; Anabela Silva¹; Lindora Pires¹

1 - Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO: A Doença Renal Poliquística Autossómica Dominante (DRPAD) tem uma prevalência de cerca de 1/1000 nados vivos e é geralmente clinicamente silenciosa, o que pode atrasar o seu diagnóstico.

CASO CLÍNICO: Sexo masculino, 23 anos. Fumador de 6 UMA. Pai com doença renal poliquística e antecedentes de rotura de aneurisma cerebral. Avô com doença renal poliquística.

Recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia holocraneana com 3 dias de evolução, associada a náuseas e vômitos, que não cedia ao paracetamol. Negava febre, foto ou fonofobia ou alteração do estado de consciência. Sem défices neurológicos focais. Sem sinais meníngeos. Sem exantemas cutâneos. Análises com creatinina 0,65 mg/dL e estudo da coagulação com INR de 0,80. TAC CE a revelar hiperdensidade sulcal parietal direita na alta convexidade cerebral, a traduzir hemorragia subaracnoideia. Angio-TAC sem alterações de relevo. TAC-CE às 24h com achados sobreponíveis.

Agravamento clínico às 48h com cefaleia intensa, vômitos e rigidez da nuca. Angio-TAC CE a revelar aneurisma do segmento comunicante da Artéria Carótida Interna (ACI) direita, na emergência da Artéria Comunicante Posterior (ACP), e espasmo das artérias intracranianas. Angiografia cerebral urgente confirmou aneurisma roto da ACI no segmento comunicante, envolvendo a origem da ACP, tratado com coiling. Complicações após procedimento: hidrocefalia com necessidade de Derivação Ventricular Externa; vasospasmo persistente em território da ACI e ACM direitas, com enfarte em território da ACM direita com transformação hemorrágica. Ecografia renal revelou rins de dimensões normais, com vários quistos corticais simples bilaterais. Solicitada a pesquisa dos genes DNAJB11, GANAB, PKD1 e PKD2, e orientado para consulta de Genética Médica.

DISCUSSÃO: Jovem com história familiar de doença renal poliquística sem genótipo identificado, com >3 quistos em ecografia renal, assumindo-se DRPAD. A prevalência de aneurismas intracranianos é 4 vezes superior nestes doentes. Antecedentes de rotura aneurismática em familiar de 1º grau, aumentam 3-7 vezes o risco para o desenvolvimento desta complicação. O tabagismo acresce a este risco. Segundo alguns autores, o doente teria indicação para realização de rastreio de aneurisma cerebral através da realização de TAC ou RMN-CE a cada 5 anos, a partir dos 18 anos.

CONCLUSÃO: A identificação precoce da doença e a abordagem individualizada são essenciais para a prevenção de complicações.

CO-0126 - (2404) - UM DIAGNÓSTICO TARDIO DE CADASIL

Ricardo Martins-Ascencao¹; Catarina Domingues¹; Adriano Neto¹; Helena Carrondo¹; João Santos¹; Renato Saraiva¹

1 - ULS região de Leiria

Introdução:

A arteriopatía cerebral autossómica dominante com enfartes subcorticais e leucoencefalopatia (CADASIL) trata-se de uma condição hereditária caracterizada por alterações no gene NOTCH3. Esta resulta numa angiopatía sistémica que quase exclusivamente surge com quadros clínicos de lesões cerebrais lacunares e subcorticais.

Cursa também frequentemente com AVC, AIT, cefaleias e declínio cognitivo em idades jovens.

Caso clínico:

Utente de 61 anos do sexo feminino, autónoma, com antecedentes de AVC isquémico de etiologia não especificada há 12 anos (sem sequelas clínicas), e diabetes mellitus tipo 2. Medicada com exenatide e empagliflozina.

Recorreu à urgência por quadro, presenciado pelos filhos, de sonolência súbita, desorientação, dificuldade na deambulação e hemiparesia do membro superior esquerdo com início 3 horas antes. À admissão apresentava já remissão dos sintomas, referindo uma duração aproximada de menos de 1 hora.

Realizou angio TC de crânio que revelou sinais de leucoencefalopatia subcortical microangiopatía e enfartes lacunares lenticulocapsulares, das coroas radiadas e talâmicos bilaterais. Sem outras anomalias densitométricas focais nem oclusão de grandes vasos.

Analiticamente sem alterações de relevo.

Assumido AIT com um score ABCD2 de 5 pontos (moderado risco), tendo cumprido vigilância e TC de controlo às 24 horas, e tido alta para a consulta medicada com aspirina e estatina. Na consulta apresentou valores de colesterol no alvo e realizou RM que corroborou extensa leucoencefalopatia confluyente de eventual etiologia microvascular isquémica crónica, em doente com múltiplas sequelas lacunares núcleo-capsulares e talâmicas, bem como a nível protuberancial de predomínio direito, e incontáveis focos micro-hemorrágicos dispersos pelo parênquima cerebral, cerebelo e tronco cerebral.

Sem evidência de foco cardioembólico ou ateromatose dos vasos do pescoço.

Pedido teste genético de doença de Fabry e CADASIL, que confirmou o último.

Discussão:

A investigação etiológica do AIT/AVC cursa maioritariamente com a pesquisa de causas aterotrombóticas e cardioembólicas.

A CADASIL trata-se de uma entidade geralmente investigada no AVC em idade jovem (40-55 anos), saíndo já fora da faixa etária da utente em questão.

No entanto, face à evidência imagiológica de oclusão de pequenos vasos e de um AVC mal esclarecido 12 anos antes, os autores optaram por iniciar a marcha diagnóstica do doente jovem, o que veio a objetivar a etiologia.

CO-0127 - (2584) - SÍNDROME SEROTONINÉRGICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Guilherme Muchata¹; José Diogo Martins¹; Patrícia Sobrosa¹; Maria Inês Risto¹; Ana Patrícia Coelho¹; Joana Urbano¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: O Síndrome Serotoninérgico é uma condição potencialmente ameaçadora de vida que resulta do aumento da atividade da serotonina no sistema nervoso central, que pode surgir em contexto de medicação crónica, de interações medicamentosas ou intoxicação intencional. O diagnóstico é clínico e é realizado através dos critérios de Hunter em associação com a toma de fármacos que aumentam a atividade serotoninérgica.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma homem de 91 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, doença renal crónica G3a e síndrome demencial. Admitido no serviço de urgência por sépsis do ponto de partida respiratório, com disfunção multiorgânica, em contexto de pneumonia da comunidade. Durante o internamento, já após término da antibioterapia e negatividade de parâmetros de infeção, inicia, em associação com a reintrodução de sertralina 100mg/dia do ambulatório, um quadro de febre persistente, mioclonias espontâneas de predomínio no hemicorpo e hemiface esquerdos, tremor, agitação e diaforese. A clínica em associação com a toma de um fármaco que impede a recaptção da serotonina na fenda sináptica, faz levantar a suspeita de Síndrome Serotoninérgico, pelo que suspendeu a sertralina e introduziu-se o alprazolam, objetivando-se resolução progressiva e completa da febre e das alterações neurológica do doente.

Discussão e conclusão: Com este caso pretendo ressaltar a importância da gestão dos fármacos e a necessidade de estar alerta para a polifarmácia, pela influência que esta pode ter na estabilidade clínica dos doentes.

CO-0128 - (2475) - SÍNDROME MALIGNO DOS NEUROLÉPTICOS - SUSPEITAR PARA DIAGNOSTICAR

Daniela Cruz¹; Ana Albuquerque¹; Carolina Palma¹; Rafael Terceiro¹; Inês Pintassilgo¹

1 - Hospital Garcia de Orta

Introdução: O Síndrome Maligno dos Neurolépticos (SMN) é uma emergência neurológica que resulta de uma desregulação da neurotransmissão dopaminérgica, causada pelo uso de antipsicóticos ou pela interrupção abrupta de fármacos dopaminérgicos. Apesar da apresentação mais típica ser caracterizada por alteração do estado de consciência, rigidez muscular, hipertermia e disautonomia, a apresentação pode ser mais inespecífica, atrasando o diagnóstico e o tratamento e levando a um aumento da mortalidade.

Objetivos: Caracterizar a população com SMN no que concerne à epidemiologia, apresentação clínica, fármacos causadores, abordagem terapêutica e outcomes.

Material e métodos: Foi obtida uma análise retrospectiva de todos os doentes com diagnóstico de SMN, internados num hospital terciário entre 2000 e 2023. Os dados foram obtidos através de registos clínicos.

Resultados: Obtivemos um total de 29 casos de SMN, com um predomínio do sexo feminino (58,6%) e uma média de idades de 56 anos. No que concerne aos sintomas à apresentação, 89,6% apresentavam hipertermia, 86,2% rigidez muscular e 82,7% alteração do estado de consciência, com agitação psicomotora, prostração, mutismo ou alucinações. Importa ainda referir a disautonomia, presente em 62,1% dos casos e tremor em 41,4% dos casos. Apenas 37,9% dos casos apresentavam a tétrede clássica. A creatina cinase média à apresentação foi de 4431,2 UI/L. Mais de um terço (37,9%) dos casos de SMN tiveram início durante o internamento. Em 44,8% dos casos existiu introdução de um novo fármaco, sendo que nos restantes casos tratou-se de uma reação idiossincrática a um fármaco presente na medicação habitual. Um dos casos deveu-se à suspensão abrupta de fármacos antiparkinsonianos. O haloperidol foi o fármaco mais frequente, em 37,9% dos casos, seguido da risperidona em 24,1%, olanzapina e clozapina em 17,2%, clorpromazina em 13,8%, quetiapina e metoclopramida em 10,3%. Cerca de metade dos doentes (55,2%) foram medicados com benzodiazepinas em monoterapia ou em combinação com outro fármaco, 41,4% dos casos iniciariam bromocriptina, 27,6% dantroleno, 13,8% baclofeno, 6,9% biperideno e 17,2% realizaram apenas tratamento de suporte. Em um caso, por refratariedade terapêutica, foi necessária a realização de terapia electroconvulsiva. A taxa de mortalidade foi de 0,0% e houve recorrência em 6,9% dos casos.

Conclusão: Ao longo de 23 anos foram diagnosticados apenas 29 casos de SMN, comprovando que esta é uma entidade rara e provavelmente subdiagnosticada. A maioria dos doentes não apresentava todas as manifestações da tétrede clássica, sendo essencial um elevado nível de suspeição para o diagnóstico. Tal com descrito na literatura, os antipsicóticos típicos são a causa mais frequente, mas o SMN pode ocorrer também com antipsicóticos atípicos. Na nossa população existiu uma grande heterogeneidade no tratamento, decorrente da ausência de guidelines. A reduzida mortalidade demonstra a importância do tratamento precoce.

CO-0129 - (2848) - SÍNDROME RS3PE EM DOENTE COM CARCINOMA EPIDERMÓIDE DO PULMÃO

Fábio Dinis Alves¹; Joana Telhada¹; Ricardina Macedo¹; Rosa Ferreira¹

1 - ULS Braga

Introdução

O síndrome RS3PE (Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema) é uma forma rara de reumatismo caracterizada por sinovite aguda simétrica acompanhada de edema marcado das mãos, manifestando-se frequentemente como síndrome paraneoplásico. Afeta preferencialmente pessoas idosas do sexo masculino e está associado a autoimunidade negativa. Habitualmente cursa com boa resposta à corticoterapia, sem recorrência de sintomas.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 69 anos, com antecedentes de patologia pulmonar crónica e hipertensão arterial, seguido em consulta de Pneumologia por nódulo pulmonar em estudo. Edema marcado das mãos, pés e face com 3 meses de evolução. Sem história recente de introdução de fármacos, traumatismo ou intercorrências infecciosas. Exclusão de síndrome nefrótica, insuficiência cardíaca, doença renal ou hepática e insuficiência supra-renal previamente ao encaminhamento para a consulta de doenças autoimunes. Apesar das queixas de artralguas, nunca apresentou artrite, febre ou rigidez matinal. Ao exame físico, salienta-se edema marcado das mãos e pés, sem evidência de sinovite, artrite ou deformidade articular, com squeeze test negativo. Analiticamente, anticorpos antinucleares (ANAs), fator reumatóide (FR) e anticorpo antipeptídeo citrulinado (anti-CCP) negativos com franca elevação da velocidade de sedimentação e proteína C reactiva. Telerradiografia das mãos, punhos e pés, sem erosões ou alterações da interlinha articular. Ecografia articular das mãos sem evidência de tenossinovite e ausência de derrame articular. Iniciada corticoterapia (prednisolona 20 mg/dia) com melhoria paulatina das queixas e negativação dos parâmetros inflamatórios. Do estudo da lesão pulmonar, salienta-se o diagnóstico de carcinoma epidermóide do pulmão (estadio T4N0M0) quase concomitante com o início do seguimento em consulta de doenças autoimunes.

Atualmente, o doente mantém-se assintomático com prednisolona 5 mg/dia, mantendo seguimento na consulta.

Discussão

O presente caso evidencia a necessidade de elevada suspeição clínica para o diagnóstico deste síndrome raro e a associação frequente ao diagnóstico de neoplasias. Demonstra também a boa resposta à corticoterapia e a rápida resolução da sintomatologia, com melhoria da qualidade de vida dos doentes.

CO-0130 - (3998) - NEURO-SJÖGREN: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Teresa Soares Costa¹; Raquel Rocha¹; Margarida Saavedra Oliveira¹

1 - ULS Matosinhos

A síndrome de Sjögren (SS) é uma doença auto-imune comumente associada à síndrome sicca. Mais raramente pode afetar o sistema nervoso central (SNC), embora essa manifestação constitua um desafio diagnóstico. Uma característica cardinal da SS é a hiperatividade de linfócitos B (LB), que justifica a terapia direcionada às células B, como o rituximab (RTX).

Mulher de 40 anos, com 2 episódios de déficit motor do membro superior esquerdo caracterizados ao exame neurológico por queda do membro, redução da força distal e proximal e ligeira hipostesia. Apresentava ressonância (RMN) cranioencefálica com focos de hipersinal na substância branca dos hemisférios cerebrais em T2 e RMN medular sem alterações. Líquido cefalorraquidiano e eletromiografia sem alterações e bandas oligoclonais negativas. Analiticamente com anticorpos (AC) antinucleares 1:80, anti-SSA 40,0 U/ml, consumo de C4 (11.3 mg/dL), VS 3 mm/1h, hipergamaglobulinemia. Restante estudo imunológico e serológico negativo, inclusive AC anti-proteína P ribossômica. Foi assumida nesta fase envolvimento do sistema nervoso central por doença auto-imune, mais provavelmente SS ou lúpus eritematoso sistémico. Avaliação neuropsicológica a constatar alterações nos domínios da memória, funções executivas e lentificação da velocidade de processamento. Biópsia de glândulas salivares com infiltrado linfocitário grau 1 na escala de Chisholm Mason mas cintigrafia com hipofunção marcada. Perante os achados, foi assumido Neuro-Sjögren e iniciou terapêutica com RTX. RMN CE aos 6 meses de RTX, sem novos focos.

As manifestações extra-glandulares da SS ocorrem em cerca de 30% dos casos, podendo afetar vários sistemas. O envolvimento do SNC pode apresentar-se de várias formas, entre elas focos de hipersinal em T2 e disfunção cognitiva, como é o caso da nossa doente. Essas alterações não são específicas da SS, podendo mimetizar outras patologias, tornando o diagnóstico desafiador. Os LB desempenham um papel central na SS, atuando como células apresentadoras de auto-antígenos e produzindo auto-AC. Após a sua avaliação no lúpus eritematoso sistémico e outras doenças auto-imunes, o RTX surgiu como uma possível terapêutica em doentes com SS com doença sistémica grave, de acordo com relatos de caso e com as guidelines de 2020 da EULAR. Com este caso pretendemos também evidenciar a colaboração entre a Medicina Interna e Neurologia que permitiu o tratamento célere, impedindo a progressão da doença.

CO-0131 - (4213) - MIOSITE POR CORPOS DE INCLUSÃO SEROPOSITIVA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Laura Torres Teixeira²; Sandra Oliveira Mendes¹; Ana Luísa Nunes¹; Raquel Calisto¹

1 - Hospital Pedro Hispano; 2 - Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil

A miosite por corpos de inclusão (MCI) é uma miopatia inflamatória idiopática que se manifesta tipicamente com fraqueza muscular. Esta entidade não tem um perfil autoimune totalmente esclarecido, mas há descrição de forte associação ao anticorpo anti-5'-nucleotidase citosólica 1A (AC-cN1A). Este caso clínico relata uma MCI anti-cN1A positiva.

Mulher de 66 anos com antecedentes de vitiligo e tuberculose latente iniciou clínica insidiosa com 3 meses de evolução de mialgias de ritmo inflamatório dos membros inferiores, simétricas, com atingimento proximal e peri-articular do joelho com dor à palpação. Associadamente, pico febril diário vespertino que cedia a antipiréticos. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, incluindo velocidade de sedimentação. Excluídas etiologias infecciosa e neoplásica. Estudo auto-imune com AC-cN1A positivo. Ressonância magnética muscular dirigida com hipersinal difuso do músculo vasto lateral e compartimento anterior da perna, bilateralmente. Admitida MCI, dada seropositividade. Realizada biópsia muscular, que identificou raros macrófagos (CD68+) dispersos no perimísio e infiltrado linfocitário de células T (LCA+, CD3+ e CD20-), que veio corroborar o diagnóstico de miopatia inflamatória. Por tuberculose latente e resolução espontânea, ainda que paulatina, das mialgias, assumida atitude terapêutica expectante, até terminar o primeiro mês de tuberculostáticos.

A MCI é uma miosite rara que cursa com fraqueza e atrofia muscular em idades mais avançadas, comparativamente às restantes miosites. O AC-cN1A apresenta uma especificidade para MCI de aproximadamente 97% e está associado a uma forma mais grave da doença. O papel exato deste anticorpo no desenvolvimento da MCI não está claro, mas parece haver contribuído na formação dos corpos de inclusão e subsequente dano muscular. Terapêutica com intuito curativo não está definida, mas a imunossupressão e a fisioterapia parecem auxiliar no controlo sintomático e retardar a progressão da doença.

Perante uma doente com idade avançada e mialgias crónicas importantes, mesmo na ausência de fraqueza muscular, deve ser equacionada a hipótese de MCI. São necessários mais estudos para melhor compreender o papel do AC-cN1A na MCI e, conseqüentemente, desenvolver tratamentos eficazes na cura desta doença, que pode ser debilitante.

CO-0132 - (4869) - COMPLICAÇÃO TROMBÓTICA DO SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO: UM DESAFIO CLÍNICO

Ana Filipa Martins¹; Diana Lopes¹; Francisco Simões¹; Juliana Andrade¹;
Rita Matos Sousa¹; Maria João Regadas¹; Alexandre Carvalho¹; Inês Gonçalves¹;
Rita Matos¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: As doenças autoimunes (DAI) podem apresentar-se com clínica muito variada, desde apresentações indolentes até potencialmente fatais. São, por vezes, doenças com uma complexidade diagnóstica elevada. Em situações em que ocorrem manifestações iniciais graves, é importante haver uma suspeição diagnóstica que possibilite o início célere do tratamento.

Caso clínico: Homem de 27 anos, sem antecedentes de relevo, foi avaliado pelo médico de família por sintomas constitucionais e artralguas inflamatórias com 2 meses de evolução. Realizou análises que revelaram anemia, elevação de proteínas de fase aguda, título positivo de ANA (1/640), anti-Sm e anti-p-ribossomal positivos e anti DsDNA elevado. Posteriormente, apresenta cianose do 3º ao 5º dedo do pé direito, associado a dor e alteração da sensibilidade, assim como cianose do 3º dedo da mão esquerda. Recorreu ao serviço de urgência passados 3 dias, por queixas de dor incapacitante do pé direito. Apresentava sinais de isquemia aguda e o ecodoppler demonstrou alteração do fluxo no terço distal da artéria tibial posterior direita e tibial anterior esquerda. Nas análises, verificou-se prolongamento do APTT. Foi internado, tendo iniciado de imediato perfusão de heparina não fracionada e pulsos de metilprednisolona. Realizou trombólise intra-arterial, sem sucesso, tendo o doente sido submetido a amputação transtibial. Completou estudo que demonstrou positividade de anticorpos associados ao síndrome antifosfolipídico (SAF). Dado o atingimento de 3 tecidos (isquemia do pé direito, oclusão da tibial anterior esquerda e cianose do 3º dedo da mão esquerda), foi assumido o diagnóstico de SAF catastrófico e realizada imunoglobulina endovenosa e rituximab (além da hipocoagulação e corticoterapia já iniciadas). Dado cumprir, também, critérios diagnósticos de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), foi iniciada hidroxicloroquina. Verificou-se uma boa evolução, tendo o doente ficado assintomático.

Discussão: O estudo realizado em ambulatório permitiu concluir que o doente apresentava critérios de LES. Isto, associado ao evento isquémico e ao prolongamento do APTT, possibilitou a rápida suspeição de SAF secundário e, conseqüentemente, intervenção terapêutica célere.

Conclusão: Este caso destaca a importância da abordagem multidisciplinar nas DAI, particularmente quando ocorrem manifestações agudas ou graves. A rápida identificação e intervenção são fundamentais para evitar complicações graves e potencialmente fatais.

CO-0133 - (4713) - MIOPATIA NECROTIZANTE IMUNOMEDIADA COM ANTICORPOS ANTI-HMGCR EM DOENTE COM DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO

Ana Rubim Correia¹; António Lamas¹; Mariana Brandão¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

INTRODUÇÃO: A miopatia necrotizante imunomediada (MNIM) é uma doença auto-imune rara, com atingimento muscular e/ou extra-muscular. Pertence ao subgrupo das miopatias inflamatórias idiopáticas, estando descritos 3 subtipos: anti-signal recognition particle (anti-SRP), anti-3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A redutase (anti-HMGCR), e seronegativas. O subtipo anti-HMGCR corresponde a 6-10% dos casos de MNIM e pode estar associado à utilização de estatinas.

CASO CLÍNICO: Mulher de 41 anos, com doença mista do tecido conjuntivo (DMTC), caracterizada por poliartralgias de características inflamatórias de pequenas articulações com sinovite, fenómeno de Raynaud bifásico, fâcies esclerodérmico, puffy fingers e auto-anticorpos positivos (antinucleares e anti-U1 RNP), sem terapêutica dirigida. Apresentava ainda dislipidemia, medicada no passado (7 anos antes) com atorvastatina 10 mg durante 3 meses, atualmente sob medidas dietéticas exclusivas. Apresentação com fadiga muscular com 1 mês de evolução, simétrica e de predomínio proximal. Objetivada tetraparesia de predomínio proximal, simétrica, grau 4. Estudo complementar com elevação da creatininaquinase total 18 vezes o limite superior da normalidade. Sem alterações iónicas ou da função tiroideia. Estudo eletromiográfico com evidência de descargas miotónicas de forma difusa nos membros superiores e inferiores. Estudo imunológico alargado positivo para anticorpos anti-HMGCR. Biópsia de músculo deltóide a documentar achados compatíveis com MNIM – figuras 1 e 2. Estudo extenso a excluir neoplasia. Melhoria clínica e das alterações analíticas após imunoglobulina humana endovenosa 1g/kg/dia e metilprednisolona, durante 2 e 3 dias, respetivamente, apresentando-se de momento em seguimento em ambulatório sob corticoterapia oral em esquema de desmame e metotrexato 15 mg/semana.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: A MNIM com anticorpos anti-HMGCR pode surgir em doentes com exposição passada auto-limitada e/ou de longa data a estatinas. Dada a raridade do quadro, não existem ainda linhas orientadores terapêuticas específicas para esta doença, mas o tratamento recai sobretudo na corticoterapia, sendo que as MNIM associadas a anti-HMGCR parecem apresentar boa resposta a imunoglobulinas. De notar que a possível filiação paraneoplásica, excluída neste caso, torna essencial o reconhecimento e investigação precoces.

CO-0134 - (4822) - OVERLAP VASCULITE ANCA NEGATIVA / DOENÇA RELACIONADA COM IGG4 - UMA ETIOLOGIA INESPERADA DE DOENÇA RENAL CRÓNICA

Margarida Miguel Paraíso¹; Pedro Lisboa²; Ana Luísa Rodrigues¹; Ana Cristina Peixoto¹; Paulo Almeida¹; Jorge Almeida¹

1 - Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 - Serviço de Nefrologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

INTRODUÇÃO: A doença renal crónica é uma doença muito prevalente, sendo as etiologias hipertensiva e diabética as mais frequentes. Os doentes com disfunção renal devem ser submetidos a um estudo etiológico preciso de forma a encontrar potenciais causas reversíveis e tratamentos dirigidos para diferentes patologias de forma precoce, com impacto no prognóstico da doença.

CASO CLÍNICO: Mulher, 58 anos, com diabetes mellitus tipo 1 mal controlada e doença renal crónica de provável etiologia diabética recorreu à urgência por síndrome constitucional com astenia, anorexia e perda de peso com 1 mês de evolução associado a parestesias com 4 meses de evolução, com eletromiografia de ambulatório com achados sugestivos de mononeurite multiplex. Ao exame físico a realçar tensão arterial 174/84mmHg e edemas até ao joelho bilateralmente. Análises com pCr 7.58mg/dL e sedimento urinário com proteinúria 3.0 g/L e eritrocitúria 140.5 uL, tendo sido internada para estudo etiológico de síndrome nefrítico / insuficiência renal rapidamente progressiva (IRRP). No internamento com velocidade de sedimentação aumentada, anticorpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) negativos e elevação sérica das imunoglobulinas IgG4. Realizou biópsia renal que revelou presença de crescentes celulares e fibrocelulares com necrose fibrinóide e imunofluorescência pauci-imune sugestivos de vasculite de pequenos vasos e acentuado infiltrado inflamatório, com presença de agregados de linfócitos ricos em plasmócitos IgG4+, sugestivos de doença relacionada com IgG4 (IgG4-RD). Tendo em conta o provável overlap de vasculite de pequenos vasos ANCA negativa e IgG4-RD, iniciou imunossupressão com rituximab e prednisolona oral em esquema de desmame lento e por persistência de azotemia em plateau, iniciou técnica de substituição de função renal. Não houve recuperação da função renal, pelo que a doente se encontra em lista ativa para transplante renal.

DISCUSSÃO: A IgG4-RD é uma doença auto-imune sistémica caracterizada por infiltrado linfoplasmocítico denso rico em plasmócitos IgG4+, que tipicamente se manifesta com pancreatite autoimune, mas 25% dos doentes podem ter atingimento renal. Ao contrário do que tipicamente ocorre na igG4-RD, não houve recuperação da função renal, provavelmente pelo elevado grau de fibrose à data do diagnóstico. Este caso demonstra a importância do estudo etiológico da doença renal crónica, uma vez que, um diagnóstico e tratamento precoces, alterariam o prognóstico da doença.

CO-0135 - (4841) - HTA EM IDADE JOVEM: 1ª MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA AUTOIMUNE SISTÊMICA

Catarina Branco¹; Sara Vasconcelos¹; Sofia Perestrelo Lima¹; Mariana Formigo¹; Diana Isabel Dias¹

1 - Serviço Medicina Interna, ULSEDEV

A hipertensão (HTA) secundária é identificada em ~10% dos hipertensos. No jovem a causa secundária deve ser sempre considerada e o estudo etiológico expandido, ainda mais se lesão de órgão alvo já estabelecida.

Apresentamos o caso de uma mulher de 20 anos, previamente saudável, que recorre à urgência por quadro de perda ponderal (10 kg), nictúria, astenia e cefaleia holocranena persistente em 2 meses. O exame objetivo não revelou achados à exceção de pressão arterial (PA) média 192/122 mmHg, sem assimetria entre membros. Do estudo complementar destaca-se macroalbuminúria. Sem outras lesões de órgão (analíticas, eletrocardiográficas, em angiotomografia (TC) de crânio ou fundoscopia). Tratada a urgência hipertensiva, a doente mantinha cefaleia moderada pelo que realizou venoTC crânio, descartando trombose dos seios venosos. Foi encaminhada para estudo complementar de causas de HTA secundária: função tiroideia normal; urina 24h com cortisol, catecolaminas e metanefrinas e rácio renina/aldosterona normais. Iniciado perindopril + amlodipina 5+10 mg com controlo tensional em MAPA 24h. Ecodoppler renal revelou estenoses hemodinamicamente significativas a montante de ambas as artérias renais, ainda permeáveis. AngioTC abdominal esclareceu densificação periaortica a nível abdominal, com importante redução do calibre, e artéria mesentérica com dilatação aneurismática após cruzamento com veia renal, levantando hipótese de vasculite de grandes vasos. Nesta fase detetado também síndrome inflamatório analítico em subida e foi realizada PET que sustentou a hipótese de vasculite. Ajustados antihipertensores e iniciado prednisolona 1mg/kg/dia, a doente foi encaminhada à consulta de autoimunidade. Do estudo adicional: HLA B52 positivo e elevação de IgG4. VS e PCR com normalização à terceira semana de corticoterapia, colocando-se como mais provável o diagnóstico de Artrite de Takayasu a condicionar HTA secundária. A doente foi proposta a criopreservação de gâmetas e início de ciclofosfamida como poupador de corticoide, apresentando PA controlada sob rilmenidina 1 mg + amlodipina 5 mg e melhoria do quadro sistémico.

A HTA no jovem obriga ao estudo de causa secundária. A doença renovascular por vasculite autoimune é rara, mas tratável, sendo importante lembrá-la perante a presença de sintomas sistémicos. A colaboração multidisciplinar mostra-se essencial na abordagem desta tipologia de doente. O diagnóstico precoce é a chave da prevenção da progressão de lesão de órgão.

CO-0136 - (4998) - ARTERITE TEMPORAL E NÓDULOS PULMONARES - VALOR DA BIÓPSIA DA ARTÉRIA TEMPORAL NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM DOENÇA RELACIONADA COM IGG4

Tânia Lopes¹; Luísa Viveiros¹; Patrícia Neves¹; Catarina Duarte¹; Inês Duro¹; Tomás Fonseca¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

A doença relacionada com IgG4 (DR-IgG4) é uma entidade fibroinflamatória caracterizada por infiltração multiorgânica linfoplasmocitária com marcação para IgG4. Atinge virtualmente qualquer órgão, com preferência por glândulas exócrinas, pâncreas e vias biliares. O atingimento pulmonar é habitualmente associado a massas infiltrativas, nódulos ou espessamento broncovascular/interlobular. O atingimento vascular é caracteristicamente de grandes vasos (nomeadamente aorta infra-renal) por massa fibroinflamatória peri-aórtica, apesar de estar também relatada infiltração da parede do vaso. A arterite temporal é classicamente associada a arterite de células gigantes (ACG), sendo a DR-IgG4 um diagnóstico diferencial a considerar. Descreve-se um caso raro de DR-IgG4 com atingimento pulmonar, no qual se deve considerar o concomitante atingimento da artéria temporal.

Homem de 75 anos. Diagnóstico de arterite temporal baseado em sintomas cranianos clássicos, anemia estado inflamatório, aumento parâmetros inflamatórios e achados específicos ecográficos (sinal do halo). Sem comprovação histológica por recusa do doente. Com ótima resposta clínica à corticoterapia (CCT) e em desmame da mesma quando se identificam nódulos pulmonares nos lobos superiores, alguns cavitados, migratórios e área de condensação de novo em TC de follow-up. Excluída etiologia infecciosa e neoplásica via broncofibroscopia e biópsia pulmonar a identificar infiltrado inflamatório rico em plasmócitos. Sem evidência de vasculite, granulomas ou neoplasia. Número de plasmócitos que expressam IgG4 > 10 por campo de grande ampliação e rácio IgG4/IgG > 40%. IgG4 sérica de 391mg/dL. Assumido diagnóstico de DR-IgG4 com atingimento pulmonar, com indicação para imunossupressão adicional dada carga lesional e manifestação mesmo sob CCT em alta dose.

A DR-IgG4 é uma entidade rara e baseada em dados histológicos, tendo como suporte manifestações típicas e dados analíticos. A arterite temporal não é uma apresentação típica, mas, aplicando o princípio de Ockham, é a explicação conciliadora para as duas entidades identificadas no caso. O diagnóstico definitivo de arterite temporal apenas por ecografia temporal (como recomendado nas guidelines mais recentes da European League Against Rheumatism) poderá levar a que, em casos pontuais, escapem diagnósticos mimetizadores de ACG. A procura exaustiva de manifestações atípicas e, nesses casos, a realização de biópsia artéria temporal, não devem ser esquecidas pelos clínicos.

CO-0138 - (2680) - SÍNDROME OSTEOPOROSE-PSEUDOGLIOMA: RELATO DE NOVA VARIANTE GENÉTICA EM DOIS IRMÃOS

Tiago Jorge Costa¹; Christine Canizes Paiva¹; Odete Duarte¹; Joana Cascais Costa¹; Helder Esperto^{1,2}

1 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Coimbra; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A Síndrome Osteoporose-Pseudoglioma (OPPG) é uma doença genética rara causada por mutações no gene LRP5. Caracteriza-se por osteoporose precoce e comprometimento visual. Apresentam-se dois doentes diagnosticados na idade adulta com OPPG, delineando os desafios no diagnóstico e tratamento.

Casos clínicos: Um dos irmãos, atualmente com 22 anos, apresenta, desde o nascimento, amaurose, dificuldades na sucção, hipotonia e atraso no desenvolvimento psicomotor. Conquistas motoras, como o sustento cefálico e andar, ocorreram significativamente após os marcos típicos. Registaram-se fraturas, incluindo do pé direito aos 3 anos, pé esquerdo aos 8 anos, vértebra T12 assintomática, clavícula direita e fémur direito aos 14 anos, com intervenção cirúrgica. O exame oftalmológico revelou córnea muito opaca, sinéquias posteriores, pigmento iriano em cápsula anterior e sinais ecográficos de descolamento da retina no olho direito (OD). No olho esquerdo (OE) revelou microftalmia, córnea com opacidades e atrofia ocular. A densitometria óssea (DMO) mostrou osteoporose grave na coluna lombar e fémur proximal esquerdo, com índice T de -3.9 desvio-padrão na coluna lombar, denotando elevado risco fraturário. O tratamento incluiu pamidronato de 2016 a 2019, seguido de alendronato desde novembro de 2021, associado a suplementação de cálcio. O segundo irmão, com 24 anos, perdeu visão gradual no OE até aos 7 anos, com amaurose congénita no OD. Registou fraturas precoces nos pés (1º a 3º anos) e condições oftalmológicas semelhantes ao irmão mais novo. A DMO mostrou osteoporose grave na coluna lombar e colo do fémur. Iniciou alendronato em julho de 2022, associado a cálcio. Ambos partilham heterozigotia composta para mutações no gene LRP5 (c.346dup p.(Asp116Glyfs*36) e c.1385G>A p.(Arg462Gln)), sendo que a primeira nunca foi previamente descrita.

Discussão e conclusão: Apesar de ambos os irmãos terem manifestações desde o nascimento, o diagnóstico foi feito apenas em idade adulta, uma vez que não tiveram acesso a cuidados médicos. Muito embora as manifestações oculares sejam irreversíveis, o diagnóstico atempado desta doença genética teria permitido a prevenção das fraturas ósseas através do uso de bifosfonatos e suplementação com cálcio e vitamina D. O diagnóstico de OPPG deve ser motivo de investigação familiar, uma vez que os portadores de uma variante patogénica de LRP5, apresentam risco aumentado de osteoporose e fraturas em idades jovens.

CO-0139 - (2744) - UM CASO DE SÍNDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL TRATADO COM INFLIXIMAB

Francisca A. Correia¹; Adriana L. Costa¹; Paula F. Matias¹; Vanessa Chaves¹; Jorge Almeida¹

1 - Centro Hospitalar Universitário São João

INTRODUÇÃO:

A Síndrome de Melkersson-Rosenthal (MRS) é uma doença rara, difícil de diagnosticar e tratar. Caracteriza-se clinicamente por edema orofacial recorrente, paralisia facial recorrente e língua fissurada. A forma completa da doença, incluindo estes três sintomas, é muito rara; a maioria dos doentes afetados apresenta apenas um ou dois deles. É mais frequente nas mulheres com idades compreendidas entre os 25 e 40 anos. A sua etiologia permanece desconhecida e não existe um esquema de tratamento definido.

CASO CLÍNICO:

Género feminino, 40 anos, obesa, submetida a bypass gástrico em 2007, com anemia perniciosa subsequente, com componente carencial adicional (défices vitamínicos e perdas menstruais). Seguida na consulta de Medicina Interna por quadro de queilite granulomatosa desde 2020. Do estudo realizado: Enzima conversora de angiotensina negativa; sem evidência de tuberculose ativa ou latente; Treponema pallidum particle agglutination (TPPA) negativo; Imunoglobulinas normais; Sem consumo de complemento; Anticorpo ANCA-MPO positivo (25U/mL); Anticorpo Anti dsDNA positivo (75UI/mL) e HLAB 51/52 positivo. Imagiologicamente Tomografia Computorizada (TC) da face sem alterações, entero TC também sem alterações, nomeadamente sem evidência de Doença Crohn. Realizadas várias biópsias das lesões labiais, uma delas a sugerir diagnóstico histológico de MRS. Nas várias biópsias a pesquisa de microorganismos foi negativa. Inicialmente tratada com corticoterapia tópica com necessidade posterior de corticóide sistémico. Submetida também a injeções intralesionais com Triancinolona, sem melhoria. Em 2023, tentativa de tratamento com Hidroxicloroquina e posteriormente com Metotrexato que não tolerou (reação alérgica e progressão das lesões, respetivamente). Finalmente foi proposta para tratamento com Infliximab, com boa tolerância e melhoria gradual do quadro.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:

A literatura sobre esta entidade é escassa, nomeadamente no que se refere ao seu tratamento. Sendo que a maioria das considerações se baseia em relatos de casos isolados, pelo que este tende a ser escolhido entre vários agentes sugeridos em pequenas séries de casos e conforme a resposta do doente. Nesta doente após vários esquemas terapêuticos diferentes, pela evidência de alguns casos de sucesso descritos, optou-se por iniciar tratamento com um agente biológico. Sendo este caso mais um exemplo da dificuldade em tratar este tipo de doentes.

CO-0140 - (2884) - DIAGNÓSTICO SÍNDROME DE SCHMIDT, UM “INCIDENTALOMA”

Henrique Alves De Sousa¹; Luzia Bismarck¹; Beatriz Marquês¹; Grace Staring¹; Fátima Monteiro¹; Ana Bismarck¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste, EPE

Introdução: A deficiência poliglandular autoimune tipo 2 também conhecida como síndrome de Schmidt, é uma síndrome rara que ocorre em adultos e é 3 vezes mais frequente em mulheres. Tipicamente manifestada pela tríada: Insuficiência Adrenal, Hipo ou Hipertiroidismo e Diabetes Mellitus tipo 1.

Caso Clínico: Feminino de 56 anos de idade, autónoma, com antecedentes pessoais a destacar: Doença de Addison sob fludrocortisona e hidrocortisona; Hipotiroidismo sob levotiroxina ambos com diagnóstico há cerca de 28 anos pós-parto; Gripe A com pneumonia associada e necessidade de ventilação mecânica invasiva; Diabetes mellitus tipo 1 com diagnóstico recente sob insulino-terapia. Sem hábitos tóxicos. Alergia a beta-lactâmicos. Foi admitida por insuficiência respiratória grave tipo 2 tendo apresentado episódio de peri-paragem por acidose respiratória grave com pH < 7 associada a broncoespasmo de difícil controlo. Posteriormente em regime de internamento pelos antecedentes pessoais descritos, iniciou-se uma pesquisa exaustiva dos dados constantes do RSE, provenientes de várias consultas hospitalares. Laboratorialmente confirmou-se a positividade para Anticorpos (Ac) anti-tiroideos, anti-supra-renal, anti-GAD, anti-IA2, anti-insulina, anti-célula parietal e anti-factor intrínseco, levando-nos ao diagnóstico da deficiência poliglandular autoimune tipo 2. **Discussão:** Trata-se de uma doente com os antecedentes pessoais acima enumerados, após a colheita da história clínica, dados recolhidos de RSE e agrupando os diagnósticos, confirmou-se a suspeita de Síndrome de Schimdt, um diagnóstico raro.

Conclusão: A colheita de uma boa história clínica e a disponibilidade dos dados de saúde numa única plataforma para acesso dos registos clínicos é crucial. No caso descrito a doente recorreu ao SU por insuficiência respiratória grave, quadro clínico agudo sem relação direta com o diagnóstico referido que após análise detalhada nos levou a estabelecer este diagnóstico.

CO-0141 - (2917) - SEM BIÓPSIA NÃO HÁ SOLUÇÃOMadalena Costa Santos¹; David Pires¹; Joana Gouveia¹; Maria João Gomes¹

1 - ULS, Hospital Santa Maria

A fibrose retroperitoneal idiopática (FRI) é um diagnóstico clínico raro, com uma incidência anual de 0.1 a 1.3/ 100000 pessoas. Ocorre mais frequentemente no sexo masculino na 6ª década de vida. Na FRI há substituição do tecido adiposo retroperitoneal por tecido fibroso e inflamatório. Esta situação clínica pode surgir no contexto de síndrome hiper IgG4, associado a doenças auto-ímmunes e auto-inflamatórias ou ser paraneoplásica. A FRI pode manifestar-se por síndrome consumptivo, dor lombar, insuficiência renal por obstrução extrínseca dos ureteres, ou ser um achado imagiológico.

Homem de 83 anos internado num Serviço de Medicina por lesão renal aguda AKIN 3 (Creat. 2,73mg/dL), e quadro consumptivo de etiologia a esclarecer. Antecedentes a destacar de Diabetes mellitus tipo 2, HTA e Fibrilhação auricular crónica anticoagulada. No internamento foi iniciada hidratação, e investigação etiológica dos problemas activos. Em ecografia abdominal evidenciou-se imagem hipocogénica de 8,6x4cm sugestiva de conglomerado adenopático lombo-aórtico a condicionar dilatação pielocalicial direita e do ureter lombar homolateral. Realizada TC que revelou uma massa retroperitoneal com aspectos sugestivos de doença linfoproliferativa, a condicionar encarceramento dos grandes vasos abdominais superiores, e efectuada biópsia da mesma. O resultado anatomopatológico da lesão biopsada mostrou fibrose retroperitoneal, sem sinais de neoplasia. Iniciada terapêutica prednisolona 1mg/kg, mas por descompensação da diabetes mellitus, foi reduzida a dose de corticóide e introduzida azatioprina.

As massas retroperitoneais no idoso são frequentemente de origem neoplásica, dos quais se destacam as doenças linfoproliferativas. Neste caso o quadro consumptivo, a idade do doente, e os achados imagiológicos, apontavam para uma neoplasia do foro hematológico. Os achados histológicos permitiram o diagnóstico de fibrose retroperitoneal. A corticoterapia induziu uma redução pequena mas precoce do tamanho da massa de fibrose com melhoria da função renal, mas à custa de agravamento da diabetes. Com a introdução da azatioprina houve normalização da função renal e do perfil glicémico, e diminuição significativa dos marcadores de inflamação.

Este caso é ilustrativo das manifestações típicas de uma doença rara, a FRI, nomeadamente, o quadro consumptivo e lesão renal. Todavia, ao invés do que ocorre normalmente, houve resposta com a terapêutica instituída, sem recurso a mais medidas interventivas

CO-0142 - (3955) - UMA CAUSA RARA DE MIOPATIA

Sara Silva Pereira¹; Sabina Belchior Azevedo¹; Paula Cerqueira¹; Cláudio Coelho¹; Marta Matos Pereira¹; Selmira Faraldo¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução. O cansaço e mialgias são sintomas inespecíficos e motivos frequentes de procura de cuidados de saúde. O diagnóstico da causa subjacente pode ser um desafio.

Caso Clínico. Homem de 35 anos com antecedentes de dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência 5 meses após iniciar atorvastatina 20mg, por fadiga muscular para pequenos esforços, mialgias e claudicação da marcha com 4 a 5 meses de evolução. Negou outras queixas, consumo de tóxicos ou quadros infecciosos recentes. Não apresentava alterações ao exame físico. Analiticamente, apresentava elevação da mioglobina (601mg/dL) e creatinase (CK, 5800U/L). Assumida rabdomiólise secundária à estatina, o doente teve alta com suspensão da atorvastatina. Após 2 semanas, foi reavaliado em Hospital de Dia: referia queixas sobreponíveis, e mantinha elevação da mioglobina (600mg/dL) e CK (14681U/L). Foi internado para estudo, sob fluidoterapia. Apresentou melhoria progressiva das alterações analíticas e referiu história familiar de miopatia (irmã), que, aliada à persistência das alterações clínicas e analíticas após suspensão da estatina, reforçou a suspeita de miopatia hereditária. Realizado estudo genético, que detetou a variante patogénica c.148C>T p.(Arg50*) em homozigotia no gene PYGM (phosphorylase glycogen muscle), confirmando doença de McArdle. Realizou eletromiografia, sem alterações. Foi orientado para consultas de Neurologia e aconselhamento genético, com recomendações quanto ao exercício físico e hidratação.

Discussão & Conclusão. A doença de McArdle é uma miopatia metabólica rara, de transmissão autossómica recessiva, subdiagnosticada pelos seus sintomas musculares inespecíficos frequentemente interpretados como descondicionamento físico. É causada pela mutação do gene PYGM e consequente défice de miofosforilase, enzima responsável pela degradação do glicogénio no músculo esquelético. As suas manifestações são predominantemente induzidas pelo exercício, e incluem a intolerância ao mesmo, mialgias, câibras, fraqueza muscular simétrica e, analiticamente, elevação da CK e mioglobina. O diagnóstico da doença de McArdle é feito por estudo genético ou biópsia muscular, após exclusão de outras causas reversíveis. O cansaço e mialgias são queixas inespecíficas frequentemente subvalorizadas. Quando associadas a rabdomiólise em doente sob estatina, a iatrogenia medicamentosa é uma causa a considerar, mas não de forma isolada, tal como demonstrado neste caso.

CO-0143 - (2536) - DOENÇA DE CASTLEMAN EM PORTUGAL.

Catarina Távora¹; Diogo Cruz¹; Luís Brito Avô²; Luísa Pereira²;
Joana Rodrigues Dos Santos¹

1 - Hospital de Cascais; 2 - Hospital Cuf Tejo

Introdução: A existência de registos no âmbito das doenças raras permite melhorar o conhecimento científico e a nossa atuação sobre as mesmas.

A Doença de Castleman (DC) é uma doença linfoproliferativa atípica, rara e cuja incidência é desconhecida. Não existe em Portugal nenhum registo oficial de doentes com DC.

Objetivos: Realização de um estudo descritivo retrospectivo das publicações portuguesas de casos de DC.

Material e Métodos: Foi feita uma pesquisa de literatura na Pubmed e na revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) sem limite temporal e nos livros de resumos dos Congressos Nacionais de Medicina Interna (CNMI) desde 2015. As palavras-chave foram “Doença/Tumor de Castleman”, “Hiperplasia ganglionar angiofolicular”, “Linfoma Benigno”. Foram só incluídos artigos portugueses (em Português ou Inglês) e excluídos casos pediátricos. A análise estatística foi feita com Microsoft Excel.

Resultados: Foram encontradas 16 publicações na Pubmed, 2 na revista da SPMI e 9 nos resumos dos CNMI. Os casos repetidos foram eliminados. Houve 24 casos publicados, 17 de DC multicêntrica e 7 de DC unicêntrica.

Dos casos de DC multicêntrica salienta-se: a idade média ao diagnóstico de 55,8 anos; 82,4% dos doentes do sexo masculino (N=14) e 17,7% feminino (N=3). 47,1% associavam-se a infeção por HHV8 (N=8), 29,4% eram idiopáticos (N=5), 17,6% eram associados à Síndrome de POEMS (N=3) e 1 não estava classificado. Os sintomas mais frequentes foram astenia/cansaço (N=11); perda ponderal (N=10) e febre (N=9). Os locais mais frequentes de presença de adenopatias foram as regiões axilares (N=9), inguinais (N=7) e supraclaviculares (N=7). As organomegalias foram achados também frequentes (N=13). Analiticamente destaca-se anemia (N=10) e elevação de parâmetros inflamatórios (N=9). A variante histológica mais frequente foi a vascular hialina (N=8), seguida da plasmocitária (N=4). A terapêutica mais frequente foi corticoterapia (N=8) e/ou rituximab (N=5).

Dos casos de DC unicêntrica, a idade média ao diagnóstico foi 51,0 anos; 71,4% dos doentes do sexo masculino (N=5) e 28,6% feminino (N=2). Três diagnósticos decorreram de achados em exames realizados por motivos não relacionados com as queixas dos doentes. Quanto à localização da doença, em 3 casos era intratorácica; 2 abdominal e 2 cervical. Os sintomas decorreram frequentemente de compressão pela massa (N=3). 2 doentes referiram sudorese noturna e 1 astenia e anorexia. O tratamento foi cirúrgico em 6 casos. As variantes histológicas vascular hialina e plasmocitária foram igualmente frequentes (N=3) e num caso não foi descrita a histologia.

Discussão e Conclusão: Os dados são semelhantes aos observados nas séries internacionais. Apesar de não ter sido possível avaliar o tempo até ao diagnóstico, é frequentemente notório o atraso no mesmo, sendo essencial criar awareness para esta doença. Não havendo um registo português de doentes com DC, este trabalho ajuda a uma melhor compreensão da mesma.

CO-0144 - (4198) - PAPEL DE UMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR NA GESTÃO DE UMA SÉRIE DE DOENTES COM DOENÇA RARA

Carla Martins¹; Diogo Gonçalves¹; Jorge Ferreira¹; Anabela Oliveira¹

1 - ULS Santa Maria

A alcaptonúria é uma doença genética metabólica rara de transmissão autossómica recessiva, que habitualmente se manifesta após a terceira década de vida. Fisiopatologicamente, caracteriza-se por uma deficiência da oxidase do ácido homogentísico (HGA), levando à acumulação deste metabolito pelo organismo, depositando-se nos tecidos conjuntivos, essencialmente na cartilagem, osso, pele e mucosas. Manifestando-se clinicamente como ocronose, onde caracteristicamente ocorre pigmentação ocre/acinzentada dos tecidos. A complicação mais frequente nestes doentes é a osteoartropatia ocronótica.

Os autores apresentam um grupo de 12 doentes seguidos em consulta de Doença Metabólicas de um Centro Hospitalar. A maioria registava história familiar positiva para a doença. No grupo de doentes, verificou-se que estavam presentes as alterações da coloração características da ocronose, nomeadamente em localizações específicas como o pavilhão auricular, cartilagens articulares, escleróticas e na urina. Alguns doentes foram diagnosticados no decorrer de cirurgias ortopédicas após observação de cartilagens de coloração ocre. Registou-se também uma prevalência significativa de patologia osteoarticular degenerativa em idade jovem nos joelhos, coluna, anca e ombro, incluindo em doentes sem profissão de risco e ainda osteoporose em idade precoce, bem como manifestações extra-articulares como litíase renal, estenose aórtica, calcificações prostáticas e testiculares e ainda menopausa em idade precoce. Laboratorialmente, destaca-se a excreção elevada de HGA na urina. A mutação genética mais prevalente na nossa população de estudo foi 1078G>C no gene homogentisate 1,2-dioxygenase (HGD) em homozigotia, correspondente a 3 doentes do mesmo agregado familiar.

Pretende-se sensibilizar para uma maior suspeição desta patologia em caso de doença osteoarticular em idade jovem, sobretudo se coexistirem alterações da coloração no organismo. Uma vez que esta doença já possui terapêutica que demonstrou eficácia no atraso na progressão da doença, apesar de ainda não estar aprovado em Portugal, a deteção precoce poderá evitar deste modo, através de abordagem multidisciplinar, a elevada morbidade que condiciona aos doentes.

CO-0145 - (3958) - NT-PROBNP COMO PREDITOR DE MORBIMORTALIDADE EM DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Sérgio Costa Monteiro¹; Margarida Midões Almeida¹; Ana Corte Real¹; Joana Neves¹; Jorge Henriques¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Introdução Os péptidos natriúreticos têm um papel essencial no diagnóstico de insuficiência cardíaca (IC) e na estratificação de risco destes doentes. Dentro destes, o BNP e o NT-proBNP são os que melhor se correlacionam com a estratificação do risco destes doentes. Apesar do seu inquestionável valor, o seu uso na titulação da terapêutica e o valor prognóstico ainda são muito controversos, sendo alvo de ensaios clínicos recentes, como o STRONG-HF. Outras variáveis têm sido propostas como tendo valor prognóstico destacando-se o sódio, a creatinina e a albumina.

Objetivos Avaliar o papel preditor do sódio, da creatinina, da albumina e do NT-proBNP séricos na ocorrência de um evento em 6 meses, após primeira avaliação em consulta de IC. Como evento considerou-se urgência e/ou internamento por IC descompensada e/ou mortalidade resultante destes.

Material e Métodos Estudo observacional e prospetivo que incluiu 268 indivíduos avaliados no período compreendido entre 24/11/2022 e 24/05/2023, referenciados para uma primeira consulta de IC. Foram recolhidos os seguintes valores analíticos correspondentes à primeira avaliação na consulta: sódio, creatinina, albumina e NT-proBNP. Durante o período subsequente de 6 meses após a primeira consulta foi analisado individualmente a ocorrência de um dos eventos considerados.

Resultados Existiu uma relação estatisticamente significativa entre o valor de NT-proBNP e a ocorrência de um evento em 6 meses (valor $p=0.0016$), sendo que o sódio, a creatinina e a albumina sérica não apresentaram relação significativa. Utilizando a curva ROC para o NT-proBNP, foi documentada uma AUC de 0.814 (valor $p=0.0001$) sendo que um valor de >2300 pg/mL na admissão apresentou o melhor cut-off, com uma sensibilidade de 81.6% e uma especificidade de 70% para a ocorrência de um evento, com um valor preditivo negativo de 94.8%. Este valor foi, ainda, um preditor independente na ocorrência de um dos eventos considerados (valor $p=0.0002$).

Discussão & Conclusão Este estudo sugere que o NT-proBNP continua a ser o melhor parâmetro para estratificação do risco de doentes com IC, sendo que nesta amostra um valor >2300 pg/mL foi o que melhor se correlacionou com o risco de ocorrência de um evento. Este estudo vai mais longe e apresenta um valor preditivo de NT-proBNP na amostra apresentada. Como limitações ao estudo salienta-se o viés no que diz respeito à proveniência dos doentes, bem como a variabilidade relativa à terapêutica médica em curso na altura da primeira consulta de IC. Dada a pequena amostra, estes cohorts não foram considerados. Perspetiva-se a realização de estudos posteriores, com uma amostra mais robusta, eliminando estes fatores. Conclui-se mostrando que o NT-proBNP, apesar das limitações, se mantém como uma variável independente na estratificação do risco deste grupo de doentes, devendo ser utilizado na prática clínica como um preditor de agudização e mortalidade em doentes com IC.

CO-0146 - (4534) - QUALIDADE DO SONO NOS DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Mariana Silva De Sousa¹; Sara Correia²; Fátima Salazar²; Ana Francês²; Luís Parente Martins²; Nuno Lousada²; Catarina Sousa²; Fausto Pinto³

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital de Santa Maria, Serviço de Medicina Interna; 2 - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital Pulido Valente, Serviço de Cardiologia; 3 - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital de Santa Maria, Serviço de Cardiologia

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição clínica crónica que afeta milhões de pessoas no mundo, com uma carga significativa para os sistemas de saúde e com morbidade e mortalidade substancial. A qualidade do sono é uma área de interesse crescente na gestão do doente com IC. A relação entre IC e distúrbios do sono é complexa e multifacetada, podendo ter implicações significativas na progressão da doença e na qualidade de vida.

Objetivo: Avaliar a qualidade de sono numa amostra de doentes com IC seguidos em Hospital de Dia de IC (HDIC) e Unidade Mais Sentido (UMS).

Materiais e métodos: Estudo observacional transversal, através da aplicação do questionário “Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT) aos doentes que compareceram na consulta no HDIC e UMS. O tratamento dos dados foi efetuado utilizando o software Microsoft Excel 2013.

Resultados: Foram inquiridos 35 doentes, média de idades de 68.9 anos (idade mínima 36 e máxima 90 anos), 57.1% do sexo masculino; 94.3% dos doentes apresentavam fração de ejeção reduzida, sendo a etiologia isquémica a mais frequente (48.6%), seguida da miocardiopatia dilatada (40%); todos os doentes apresentavam-se no estadio C e 74.3% em classe II da NYHA; 45% tinham CDI e 40% CRT; 57.1% eram ex-fumadores e apenas 5.7% fumadores ativos e a maioria não apresentava hábitos etílicos (71.4%) As comorbilidades mais frequentes foram dislipidémia (65.7%), fibrilhação auricular (57.1%), hipertensão arterial (51.4%), diabetes tipo 2 (45.7%), distúrbio de ansiedade (40%) e síndrome depressivo (34.3%); 68.5% dos doentes consideraram como muito boa ou boa a qualidade do sono subjetiva, no entanto, 85.7% apresentavam má qualidade de sono efetiva (PSQI-PT \geq 5), dos quais 60% usavam medicação para dormir. A média de PSQI-PT foi de 10.1 (intervalo entre 1 e 19). Quanto à causa de perturbação do sono, acordar a meio da noite ou de manhã muito cedo, e levantar-se para ir à casa de banho, foram as mais frequentes.

Discussão e Conclusão: Os resultados deste estudo revelam uma prevalência significativa de distúrbios do sono nos doentes com IC, com uso frequente de medicação para dormir. Embora uma elevada percentagem tenha considerado a qualidade do sono como boa ou muito boa, a avaliação objetiva utilizando o PSQI-PT indicou uma alta prevalência de má qualidade do sono efetiva. Esses achados vão de encontro à literatura, que aponta para uma associação entre IC e a elevada prevalência de distúrbios do sono, com implicações significativas na progressão da doença, aumento do risco de eventos cardiovasculares e na redução da qualidade de vida. Destaca-se a necessidade de uma abordagem integrada dos distúrbios do sono, que deve incluir a avaliação sistemática da qualidade do sono, visando identificar e tratar adequadamente esses distúrbios, considerando os potenciais efeitos adversos e interações medicamentosas, com vista à melhoria da qualidade de vida e dos desfechos clínicos a longo prazo.

CO-0147 - (4593) - O GENE DA SUBUNIDADE β 3 DA PROTEÍNA G C825T E A HIPERTENSÃO ARTERIAL (HTA) NOS INDIVÍDUOS COM HISTÓRIA FAMILIAR DE HTA

Carolina Carvalhinha¹; Ana Célia Sousa¹; Carolina Henriques¹; Francisco Barreto¹; Rui Fernandes¹; Eva Henriques¹; Sónia Freitas¹; Marina Rodrigues¹; Sofia Borges¹; Maria João Oliveira¹; Graça Guerra¹; Ana Isabel Freitas¹; Ilídio Ornelas¹; Roberto Palma Dos Reis¹; Maria Isabel Mendonça¹

1 - Hospital Central do Funchal

Introdução: A Hipertensão Arterial (HTA) é fator de risco de doença cardiovascular. Vários estudos indicam que a presença de história familiar de HTA condiciona um maior risco de desenvolver HTA. Fatores ambientais e genéticos interferem e aumentam esse risco. No entanto, não está estabelecido quais os polimorfismos genéticos que se associam ao desenvolvimento da HTA nos indivíduos com história familiar de HTA.

Objetivo: Compreender se o polimorfismo genético da subunidade β 3 da Proteína G C825T se associa maior risco de hipertensão arterial nos indivíduos com história familiar de HTA.

Métodos: Numa amostra de 1712 indivíduos, avaliamos quem tinha História familiar de HTA. Sendo que 627 indivíduos tinham história familiar de HTA e 1085 não a tinham. Com o grupo dos indivíduos com história familiar de HTA (n= 627), fizemos um estudo caso/controlo, consoante tinham ou não HTA. O grupo dos casos, indivíduos hipertensos e com história familiar de HTA, era constituído por 409 indivíduos, e o grupo dos controlos, sem HTA, por 218 indivíduos. Todos realizaram análises bioquímicas e colheita de ADN para análises genéticas. Foi avaliado nos dois grupos e de forma cega em relação a ter ou não HTA, a variante polimórfica do gene da Sub Unidade β 3 da Proteína G C825T e calculado os Odds Ratio (OR) de ter HTA, sob os modelos de hereditariedade, dominante e recessivo. Calculamos o Odds Ratio para avaliar qual o risco de ter HTA conferido pelo gene da Sub Unidade β 3 da Proteína G C825T nos indivíduos com história familiar de HTA.

Resultados: O gene da Sub Unidade β 3 da Proteína G C825T, no modelo dominante confere maior risco de HTA nos indivíduos com história familiar de HTA (OR = 1,481; IC 95%: 1.053-2.082; p=0.024).

Conclusão: Com os nossos resultados, concluímos que os indivíduos com história familiar de HTA e com o genótipos CT ou TT do gene da Sub Unidade β 3 da Proteína G C825T têm maior risco de desenvolver HTA. Estes indivíduos deverão ter por isso uma maior e mais precoce intervenção no controlo dos fatores de risco modificáveis por forma a não desenvolverem esta patologia.

CO-0148 - (4765) - AMAUROSE SÚBITA: DESAFIO DIAGNÓSTICO

José Miguel Santos¹; Filipa Gonçalves¹; José Gonzaga Duro¹; Gonçalo Peres¹;
Inês Quinteiro¹; Nina Jancar¹

1 - ULS Hospital de Santa Maria

Introdução:

Oclusão da artéria central da retina é uma condição rara, com incidência de 1-10/1000000 habitantes. Manifesta-se como amaurose súbita e pode ser associada à doença aterosclerótica, cardioembólica ou doenças inflamatórias.

Caso clínico:

Mulher, 82 anos, com antecedentes médicos de doença renal crónica estágio 5, sob diálise peritoneal e hipertensão arterial, internada por quadro de amaurose súbita bilateral. Ao exame objectivo apresentava sopro sistólico grau II/VI. Exame oftalmológico com edema da retina no polo posterior do olho esquerdo com cherry red spot. Da avaliação complementar realizada em regime de urgência, salienta-se velocidade de sedimentação elevada e TC de crânio (TC-CE) com leucoencefalopatia microvascular crónica. Dada a suspeita inicial de artrite das células gigantes, iniciou terapêutica com pulsos de metilprednisolona na dose de 1g/kg. Da restante avaliação complementar salienta-se angiografia com fluoresceína com isquemia macular acentuada bilateralmente, ecografia com estudo Doppler das artérias temporais, faciais, occipitais, carótidas comuns, vertebrais, subclávias e axilares sem alterações; ecodoppler transcraniano e da circulação oftálmica sem alterações, estudo auto-imune e estudo das trombofilias negativos. Serologias infecciosas, estudo genético para Doença de Fabry e pesquisa de crioglobulinas negativa. AngioTC- CE sem alterações. RM-CE sem evidência de lesões inflamatórias, edematosas ou expansivas. Holter de 24h com episódios de bloqueio aurículo-ventricular de 2º grau Mobitz I; ecocardiograma transtorácico com hipertrofia do ventrículo esquerdo e disfunção diastólica grau II. TC tóraco-abdómino-pélvica sem alterações relevantes. Por suspeita de etiologia embólica, realizou ecocardiograma transesofágico, que mostrou foramen ovale permeável, com shunt direito esquerdo. Assumiu-se a oclusão da artéria central de retina de etiologia embólica, pelo que iniciou anticoagulação em dose terapêutica, contudo apenas com recuperação parcial da visão, dada a demora na investigação etiológica.

Discussão e conclusão:

A oclusão da artéria central da retina causa amaurose súbita, por vezes permanente. Associa-se a condições sistémicas de várias etiologias, contudo é raramente descrita como complicação embólica do foramen ovale patente. O caso clínico salienta a importância de determinação da etiologia da oclusão da artéria central da retina e tratamento dirigido, com o intuito de melhorar o prognóstico dos doentes.

CO-0149 - (4899) - DETERMINANTS OF B-TYPE NATRIURETIC PEPTIDE ARE DIFFERENT IN HEART FAILURE PATIENTS WITH REDUCED AND MILDLY REDUCED EJECTION FRACTION

Rui Pedro Ribeiro¹; Sérgio Madureira¹; Rita Gouveia¹; Catarina Elias¹; Carolina Guimarães¹; Francisca Correia¹; Helena Reis¹; Margarida Fonseca¹; Mariana Matos¹; Maria Helena Rocha¹; Marta Carreira¹; Joana Pereira¹; Jorge Almeida¹; Patrícia Lourenço¹

1 - Centro Hospitalar Universitário de São João

BACKGROUND: Heart Failure (HF) with mildly reduced ejection fraction (HFmrEF) has been recognized has a new entity and it is still largely unknown, namely its pathophysiology. B-Type natriuretic peptide (BNP) is lower in these patients compared with those with HF with reduced ejection fraction (HFrEF).

PURPOSE: We aimed to determine determinants of BNP levels in HFmrEF compared to HFrEF.

METHODS: We conducted a retrospective cohort study of patients with HF with systolic dysfunction that were referred to a specialized HF clinic between 2012 and 2020. BNP was compared between different groups: HF phenotype (HFmrEF vs HFrEF), gender, age (<70 years and above), arterial hypertension history (AHT), diabetes mellitus (DM), atrial fibrillation (AF), ischaemic aetiology, symptoms, systolic blood pressure (SBP) (<120 and above), diastolic blood pressure (DBP)(<65 and above), heart rate (<70 bpm and above), anaemia, renal disease, hyponatremia, end diastolic left ventricular diameter (EDLVD) (<60 and above), left ventricular mass (LVM), and body mass index (normal vs overweight and obese). The determinants of BNP value were assessed by linear regression analysis. BNP was log transformed for normalization. Multivariate models were built.

RESULTS: We studied 998 HF patients with left ventricular systolic dysfunction: 821 (82.3%) HFrEF and 177 (17.7%) HFmrEF, 64% male and mean age 71. Median BNP was 279.0 (116.9-638.9): 304.6 (125.6-689.0) in HFrEF and 170.0 (88.4-364.1) in HFmrEF, $p<0.001$. In the global population BNP was significantly anaemia, older patients, in more symptomatic patients and in those with AHT, AF, ischemic HF, anaemia and chronic kidney disease. BNP was also higher in patients with lower SBP, higher DBP and lower BMI. Independent predictors of higher BNP in HFrEF were higher age [β coefficient 0.25(0.16,0.34)], AF [$\beta=0.33$ (0.11, 0.54)], lower haemoglobin [$\beta=-0.8$ (-0.14, -0.22)], worse renal function [$\beta=-0.04$ (-0.07, -0.01)] and lower BMI [$\beta=-0.22$ (-0.32, -0.12)]. Lower SBP [$\beta=-0.06$ (-0.12, -0.01)], higher DBP [$\beta=0.15$ (0.04, 0.25)] and larger left ventricle [$\beta=0.20$ (0.07-0.34)] were also associated with higher BNP levels. Determinants of BNP in patients with HFmrEF were different. Older age ($\beta=0.22$ (0.06, 0.38)), symptoms [$\beta=0.47$ (0.04-0.90)] and AF [$\beta=0.73$ (0.30, 1.17)] were independently associated with increasing BNP levels; haemoglobin, renal function, and BMI were not independent factors of BNP neither blood pressure. More left ventricular mass [$\beta=0.55$ (0.22, 0.88)] instead of a larger ventricle was independently associated with more elevated BNP levels.

CONCLUSIONS: BNP has different correlates depending on HF phenotype. Blood pressure impacts BNP values in HFrEF and not in HFmrEF patients. A larger left ventricle independently associated with higher BNP in HFrEF while in HFmrEF left ventricular mass is determinant. Our results indirectly support that HFrEF and HFmrEF are distinct entities with particular pathophysiology.

CO-0150 - (4926) - ENDOCARDITE MARÂNTICA, MÚLTIPLOS AVCS E A SOMBRA DA NEOPLASIA - UM DESAFIO CLÍNICO COMPLEXO

Beatriz Barata¹; Beatriz Sampaio¹; Mafalda Leal¹; Maria Meneses Rebelo¹; Inês Urmal¹; Carlota Lalanda¹; Jorge Salsinha Frade¹; Ana Catarina Pina Pereira¹; Elisabete Brum De Sousa¹; Felisbela Gomes¹; Catarina Costa¹; Elisabete Sampaio¹; Madalena Lisboa¹

1 - Unidade Funcional de Medicina 2.1, Hospital de Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde de São José

Introdução

A endocardite marântica é uma entidade incomum que se caracteriza pela presença de vegetações assépticas nas válvulas cardíacas, compostas por fibrina e plaquetas. Está associada a estados de hipercoagulabilidade, como por exemplo o neoplasias ou as doenças autoimunes.

Caso Clínico

Mulher de 53 anos inicialmente admitida no hospital em contexto de AVC isquémico, submetida a trombectomia com sucesso. Nas horas seguintes degrada o estado geral, com défices neurológicos de novo e evidência de novos e múltiplos focos de isquémia cerebral bilateral. Perante suspeita de etiologia cardioembólica, é feito ecocardiograma transtorácico que levanta a suspeita de endocardite de ambos os folhetos da válvula mitral, confirmada por ecocardiograma transesofágico. Cumpriu antibioterapia empírica embora tendo sempre hemoculturas estéreis. Uma revisão da história pregressa revelou quadro consumptivo com 6 meses de evolução. Realizou uma TAC toraco-abdómino-pélvica que mostrou lesão anexial bilateral com características fortemente suspeitas de malignidade, com ascite volumosa e metastização óssea disseminada, assim como múltiplos enfartes esplénicos. Estabeleceu-se assim um diagnóstico presuntivo de endocardite marântica em contexto de neoplasia metastizada, tendo prosseguido o estudo de origem do tumor primário.

Discussão

A endocardite marântica é uma patologia silenciosa, subdiagnosticada, que frequentemente só se torna evidente após o primeiro evento trombótico, com consequências devastadoras. Neste caso, a doente não pôde ser hipocoagulada pelo elevado risco de transformação hemorrágica do AVC, o que complicou ainda mais a gestão terapêutica da doente.

Conclusão

Na presença de endocardite deve-se suspeitar de etiologia marântica quando temos fraca presunção de infecção, com hemoculturas persistentemente estéreis, e se mantêm as alterações no ecocardiograma apesar de antibioterapia. Deve ser sempre colocada primariamente a hipótese de etiologia paraneoplásica visto ser a mais comum e com consequências mais graves.

CO-0151 - (2474) - ECOGRAFIA POINT-OF-CARE NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: O SOM DA PRECISÃO À BEIRA DO LEITO

Ana Catarina Pina Pereira¹; Francisca Ribeiro Soares¹; Luís Gaião Santos¹; Mafalda Leal¹; Maria Rebelo¹; Jorge Salsinha Frade¹; Carlota Lalanda¹; Beatriz Sampaio¹; Inês Urmal¹; Beatriz Barata¹; Ana Bravo¹; Madalena Lisboa¹; Miguel Sousa Leite¹

1 - Hospital de Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: A insuficiência cardíaca consiste na incapacidade do coração fornecer débito cardíaco suficiente para as necessidades do corpo. É uma patologia com elevada incidência e prevalência e está associada a morbilidade e mortalidade significativas.

Caso Clínico: Homem de 94 anos com história de cardiopatia isquémica com doença de três vasos submetido a angioplastia, hipertensão arterial e dislipidemia. Internado no contexto de infeção respiratória alta com insuficiência respiratória parcial, sob antibioterapia empírica. Como intercorrência, inicia um quadro de dificuldade respiratória com polipneia, utilização de musculatura acessória, acessos de tosse produtiva e dessaturação periférica, com abolição do murmúrio vesicular em ambas as bases na auscultação pulmonar e necessidade de maior aporte de oxigenoterapia. Apresentava mucosas desidratadas, sem aparentes sinais de retenção hidrossalina, nomeadamente edemas periféricos ou ingurgitamento venoso jugular. Assumida inicialmente a hipótese diagnóstica de atelectasia pulmonar por secreções pulmonares espessas pouco mobilizáveis em doente aparentemente desidratado. Realizada ecografia à cabeceira que evidenciou ventrículo esquerdo com função globalmente reduzida, presença de linhas B em todos os campos pulmonares, derrame pleural moderado à esquerda e ligeiro à direita, veia cava inferior com diâmetro de 23 mm e com índice de colapsibilidade inferior a 50%. Analiticamente com aumento do NT-proBNP, que contribuiu para o diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada. Apresentou boa resposta à terapêutica diurética instituída.

Discussão: A ecografia à cabeceira do doente (POCUS - Point-of-care ultrasound) é um pilar complementar na observação e avaliação dos doentes com suspeita de insuficiência cardíaca em fase aguda, fornecendo informações diagnósticas essenciais para a compreensão do estado clínico do doente. Neste caso, a ecografia permitiu redirecionar o diagnóstico e actuar de acordo com o observado, com consequente melhoria do quadro clínico a posteriori.

Conclusão: Pretende-se com este caso reforçar a relevância da ecografia à cabeceira do doente como pilar na observação, avaliação, precisão diagnóstica e tratamento dos doentes com insuficiência cardíaca descompensada, tornando-se fulcral a formação dos profissionais nesta área para que o seu uso faça parte do seu dia-a-dia.

CO-0152 - (2269) - BEYOND NT-PROBNP: CA-125'S DISTINCTIVE ROLE IN HEART FAILURE - INSIGHTS INTO RIGHT VENTRICULAR PREDOMINANCE AND TRICUSPID REGURGITATION

Joana Sousa Varela¹; Nazar Ilchyshyn¹; Patrícia Ramos Santos¹; Otilia Simões¹; Ana Catarina Gomes¹; Bruno Sousa¹; Catarina Valadao¹; Mário Amaro¹; Maria Francisca Delerue¹; Hélder Pereira¹

1 - Hospital Garcia de Orta

Introduction: Recent studies have identified Ca-125 as a biomarker for congestion and prognosis. Ca-125 demonstrates a correlation with serosal effusions and peripheral edema, potentially holding greater significance compared to NT-pro-BNP in cases involving right heart predominant heart failure (HF).

Purpose: The objective was to assess the potential correlation with right versus left-dominant congestion, the association with the severity of tricuspid regurgitation (TR) and the association with the risk of hospital readmission and mortality.

Methods: A prospective study involving 89 hospitalized patients with the diagnosis of HF in hemodynamic profile B between February and November 2023. Demographic, clinical, analytic, echocardiographic and outcome data were collected. Serum levels of Ca-125 and NTproBNP were obtained within the initial 3 days of admission. Elevated Ca-125 levels were defined as > 35 U/mL, while NT-proBNP levels were interpreted according to the 2021 ESC guidelines. We investigated the association between Ca-125 and NT-proBNP with HF predominance patterns, TR severity and other relevant parameters.

Results: The analyzed group presented a median age of 75 (IQR: 15.5) years and 64% were male. Half of patients (50.6%) had a preserved left ventricle ejection fraction (LVEF), 36% had moderate to severe LVEF depression and 13.6% had mildly reduced LVEF. Elevated Ca-125 was significantly associated with right heart predominant HF (211.5 (IQR: 325.3) vs 58.4 (IQR:103.7) in non-right HF, $p < 0.001$), the presence of moderate and severe TR (Ca-125 – 93.7 (IQR: 207.1) vs 39.6 (IQR: 88) U/mL in mild TR, $p < 0.001$) and peripheral edema above the the knees (135.7 (IQR:137.3) vs 26.1 (IQR: 54.3) U/mL below the knees, $p < 0.001$).

Lower levels were associated with left heart predominant HF (25.9 (IQR: 26.7) U/mL vs 132.5 (IQR: 137.3) in non-left HF, $p < 0.001$).The predictive accuracy analysis demonstrated superior performance of Ca-125 compared to NT-proBNP for right heart HF (AUC 0.83 vs. 0.61, $p = 0.02$ – image.1). Both biomarkers exhibited robust negative predictive accuracy for left heart HF (AUC 0.11 and 0.18, respectively) and positive predictive accuracy for moderate or severe TR (AUC 0.71 and 0.73, respectively). Unlike NT-proBNP, Ca-125 elevation exhibited a statistical trend towards increase in hospital readmissions and all-cause mortality at follow-up (94.5 (QRS: 152.3) vs 67.1 (IQR: 132) U/mL, $p = 0.072$). Elevated CA125 and NTproBNP independently associated with both right ($p = 0.001$ and $p < 0.001$, respectively) and left HF ($p = 0.001$ and $p < 0.001$, respectively).

Conclusion: Ca-125 demonstrated superior predictive accuracy for right heart HF compared to NT-pro-BNP. The findings suggest Ca-125 potential as a valuable biomarker in assessing ventricular involvement and TR severity, paving the way for improved prognostication.

CO-0153 - (4801) - ROTH SPOTS COMO PRIMEIRA APRESENTAÇÃO DE LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA

Mafalda Leal¹; Beatriz Sampaio¹; Beatriz Barata¹; Jorge Frade¹;
Ana Catarina Pina Pereira¹; Felisbela Gomes¹

1 - ULS de São José - Hospital Santo António dos Capuchos

Os roth spots, descritos pela primeira vez em 1872, definem-se como pequenas hemorragias de centro branco localizadas ao nível da retina. Historicamente eram considerados patognomónicos da endocardite bacteriana por embolização séptica. No entanto, ao longo do tempo, foram surgindo em diversas outras condições médicas (retinopatia hipertensiva, anemia, pré-eclâmpsia e leucemias) acreditando-se que o seu mecanismo esteja associado a disfunção endotelial que leva, por sua vez, à disrupção da parede endotelial dos capilares presentes na retina.

Apresentamos o caso de uma mulher de 65 anos, com hipotireoidismo, que recorre ao serviço de urgência por dor e rubor ocular com 4 dias de evolução após traumatismo do olho esquerdo (OE). À observação constatava-se hemorragia subconjuntival esquerda associada a laceração linear da conjuntiva. Adicionalmente a fundoscopia do OE revelava 2 roth spots. Foi encaminhada para consulta de Medicina Interna para estudo etiológico. Quando questionada referia cansaço e perda ponderal aproximada de 15kg no último ano, que não valorizara. Negava outras queixas como febre, sudorese noturna ou tosse. Exame objetivo sem alterações. Foi pedido estudo analítico completo, que revelou leucocitose de 618.74×10^9 , com linfocitose de 92.6% e esfregaço de sangue periférico com linfócitos predominantemente de tamanho pequeno e médio, maduros com muitas sombras nucleares, compatível com leucemia linfocítica crónica. Foi encaminhada para consulta de Hematologia, onde foi feito o diagnóstico definitivo de leucemia linfocítica crónica de células B atípica, CD38 negativo, com início de tratamento dirigido.

Os autores pretendem alertar para uma apresentação pouco comum de uma doença oncológica progressiva e salientar a importância da colaboração entre especialidades, fundamental para o diagnóstico e tratamento atempado deste caso.

CO-0154 - (4880) - DA LLC AO SÍNDROME DE RICHTER: UM RELATO DE CASO

A.Beatriz Ferreira¹; Luísa Cadilhe¹; Mariana Seco¹; Liliana Carneiro¹

1 - ULS Matosinhos

A Leucemia Linfocítica Crónica (LLC) caracteriza-se pela proliferação anormal de linfócitos B maduros, apresentando normalmente um curso indolente. A sua progressão para linfoma difuso de grandes células B (DLBCL) - transformação de Richter - é rara e representa uma importante diminuição da sobrevida.

Homem, 66 anos, autónomo e cognitivamente íntegro, imunodeprimido no contexto de LLC-B, com progressão de doença no último ano, já em segunda linha de tratamento, com necessidade de descontinuação da terapêutica por tuberculose pulmonar.

Recorreu ao SU por quadro de dor no contexto de múltiplas lesões vesiculares (dermatomas L3-L4 esquerdos), associado a síndrome constitucional e nódulo inguinal esquerdo com 1 mês de evolução.

Analiticamente: linfocitose (10300 exp3/uL), hipercalcemia (18.6 mg/dL), creatinina de 1.5 mg/dl, hiperuricemia (11.4 mg/dL), com esfregaço de sangue periférico com manchas de grumprecht. Pesquisa de ADN no exsudado das lesões cutâneas positiva para Vírus Varicella Zoster (VZV). Assumida hipercalcemia maligna no contexto de LLC em progressão associado a infeção por VZV. Iniciou medidas hipocalcemiantes, aciclovir EV e prednisolona 60mg/dia.

Estudo de LLC completado com TC CTAP que mostrou adenomegalias em múltiplos territórios e lesões osteolíticas, a mais evidente na bacia esquerda. PET- FDG com captação aumentada na zona da lesão descrita. Biópsia da lesão compatível com DLBCL (síndrome de richter), com índice mitótico de alto grau.

No internamento, apresentou agravamento da dor neuropática associada a disestesia e défice motor do membro inferior esquerdo. TC lombar excluiu compressão radicular. Punção lombar apresentou pleocitose com predomínio de mononucleares, associado a proteinorráquia e glicorráquia. Do estudo do líquido, pesquisa de PCR VZV positiva, imunofenotipagem com linfócitos B anómalos com características fenotípicas de LLC-B. Assumida radiculopatia por VZV e por envolvimento de doença hematológica. Proposto para aciclovir em doses meníngeas e quimioterapia intratecal, mas o doente acabou por falecer por complicação infecciosa.

Este caso destaca-se por apresentar um síndrome de richter, uma entidade rara, cujo envolvimento meníngeo é pouco relatado na literatura. Paralelamente, sobressai-se por apresentar uma radiculopatia associada a VZV com atingimento meníngeo, sendo esta também uma manifestação rara de infeção, só proporcionada pelo estado de imunossupressão causado pela doença de base.

CO-0155 - (4909) - UMA ASCITE MAIS COMPLICADA DO QUE PARECE: DOENÇA DE CASTLEMAN!

Carolina Henriques¹; Elisa Caldeira¹; Francisco Barreto¹; Rui Fernandes¹; Sara Nunes Gomes¹; Sofia Almada¹; Vasco Nunes¹; Rubina Miranda¹; Teresa Faria¹

1 - Hospital Central do Funchal

Introdução: A Doença de Castleman (DC) descreve um grupo heterogéneo de distúrbios linfoproliferativos raros que partilham características histopatológicas. É dividida em três entidades: unifocal, multicêntrica associada ao vírus herpes 8 (VH8) ou idiopática. Esta última, apresenta-se com adenopatias generalizadas e pode acompanhar-se de febre, perda ponderal, hepatoesplenomegalia, citopénias, ascite e rash cutâneo. Pode evoluir de forma agressiva com mau prognóstico e o diagnóstico poderá passar despercebido pelos sintomas e sinais inespecíficos.

Caso Clínico: Mulher, 38 anos, sem antecedentes. Recorreu à urgência por astenia, perda ponderal e aumento do volume abdominal com 4 meses de evolução. À observação a destacar apirexia, abdómen com ascite volumosa e adenopatias generalizadas. Análises: hemograma, função renal, função hepática e ionograma sem alterações, VS 53 mm, LDH 106 U/L, hipoalbuminémia 26,6 g/L, PCR 32,91 mg/L. Foi internada por ascite de etiologia a esclarecer. Do estudo realizado: TC pescoço e toracoabdominopélvica com adenopatias cervicais, axilares e inguinais e hepatoesplenomegalia; ANA e ANCAs negativos; serologias CMV, Toxoplasmose, VH8, EBV, VIH, VHB e VHC negativas; IGRA negativo; função tiroideia e esfregaço sangue periférico sem alterações; pesquisa de células neoplásicas no líquido ascítico (LA) negativa; LA com 360 células mononucleares, glicose 115mg/dL e SAAG 0,5g/dL; medulograma sem alterações. Fez biópsia de gânglio cervical que não apresentou características patológicas. Durante o internamento, com agravamento do estado geral, perda ponderal, febre e necessidade de múltiplas paracenteses evacuadoras. Repetiu biópsia de gânglio axilar com folículos linfóides rodeados por linfócitos do manto com aspeto em “casca de cebola”. Foi realizado o diagnóstico de DC pela presença de vários critérios (histologia, adenopatias generalizadas, ascite, hipoalbuminémia) e após exclusão de outras etiologias possíveis. A doente foi transferida para a Hematologia, iniciou quimioterapia contudo por doença rapidamente progressiva, faleceu 3 meses após o diagnóstico.

Conclusão: A DC, sobretudo se multicêntrica, é uma raridade, com patogénese desconhecida e cujo tratamento não se encontra estabelecido podendo evoluir de forma fulminante e culminar na morte. É fundamental equacionar este diagnóstico precocemente perante uma ascite associada a adenopatias e sintomatologia sistémica pois o início de tratamento apresenta impacto prognóstico.

CO-0156 - (4913) - SARCOMA DE KAPOSÍ: UMA MANIFESTAÇÃO DE LINFOPENIA T CD4+ IDIOPÁTICA

A. Beatriz Ferreira¹; Filipa Furtado¹; Liliana Carneiro¹

1 - ULS Matosinhos

O sarcoma de kaposi é uma neoplasia de crescimento indolente que normalmente se apresenta com lesões cutâneas nos membros inferiores. Apesar de raro, o envolvimento sistémico encontra-se descrito e tem implicações importantes na estratégia terapêutica. Em termos etiológicos, há uma forte associação à infeção VIH, no entanto, há casos descritos na literatura de associação a doenças hematológicas como o mieloma múltiplo e associação a outros estados de imunossupressão.

Homem, 87 anos, clinical frailty scale de 4, com antecedentes de cardiopatia isquémica, MGUS IgG/Lambda, linfopenia crónica e lesões violáceas ulceradas nos membros inferiores com 12 anos de evolução. É admitido no serviço de urgência por EAM tipo 2 em contexto de anemia agudizada.

No internamento, doente hemodinamicamente estável, sem eventos disrítimos, com hemoglobina estável e sem novos eventos coronários.

Biópsia cutânea das lesões compatível com sarcoma de kaposi com margens positivas. Do estudo da anemia: detetado défice de ferro, sem défices vitamínicos (vitamina B12 e ácido fólico). Estudos endoscópicos normais, com exclusão de envolvimento gastrointestinal pelo sarcoma de kaposi. Enteroscopia por videocápsula mostrou angiectasias duodenojejunais, assumindo-se esta como a causa da anemia.

Do estudo do sarcoma de kaposi: HTLV-1 negativo; VIH 1 e 2 (carga vírica e serologias) negativas. Fenotipagem de linfócitos com 160 CD4+, imunofenotipagem de linfócitos a confirmar linfopenia T e B, com dúvida na etiologia: insuficiência medular no contexto de discrasia de plasmócitos versus linfopenia T CD4+ idiopática. Para exclusão de progressão do MGUS realizado TC CTAP que mostrou alterações da trabeculação óssea, mas sem lesões osteolíticas, com cálcio e função renal normais, com mielograma com população plasmocitária inferior a 10%. Assumido o diagnóstico de sarcoma de kaposi no contexto de linfopenia T CD4+ idiopática.

Doente fez tratamento das angiectasias e teve alta a aguardar consulta de oncologia para decisão de tratamento.

A linfopenia T CD4+ idiopática é uma condição rara, de etiologia desconhecida, caracterizada por uma depleção dos linfócitos T CD4+, levando a um aumento da incidência de neoplasias e infeções oportunistas, na ausência de infeção VIH. A associação ao sarcoma de kaposi, apesar de rara, já se encontra descrita. Atualmente, sem terapêutica dirigida, o tratamento passa pela instituição de profilaxias e tratamento das intercorrências infecciosas/neoplásicas.

CO-0157 - (4992) - UMA APRESENTAÇÃO PRIMÁRIA DE UMA LEUCEMIA DE CÉLULAS PLASMÓCITOS

Ana Maria Carvalho¹; Ana Rita Magalhães¹; Pedro Almeida¹; Marta Gomes¹; Bruno Mesquita²; Patrícia Ferraz²; Rita Tenreiro²; Marisol Guerra²; Manuel Cunha²

1 - ULS Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Chaves; 2 - ULS Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Vila Real

Introdução: A leucemia de células de plasmócitos (LCP) é uma forma de apresentação rara e agressiva do mieloma múltiplo (MM). Esta pode apresentar-se sob a forma primária ou pode seguir-se ao diagnóstico de MM. A primeira geralmente ocorre em idades mais jovens (idade média de 55 anos). Esta doença acarreta uma elevada mortalidade a curto prazo, sendo a sua abordagem um desafio.

Caso clínico: Homem de 69 anos recorreu ao serviço de urgência por cefaleia occipital de novo, astenia, anorexia e perda ponderal de 30Kg com 2 meses. Ao exame objetivo apresentava sarcopenia, febre, sem outras alterações, nomeadamente ao exame neurológico. Analiticamente: anemia microcítica e hipocrômica, leucocitose, hipercalcemia ligeira e aumento das proteínas de fase aguda. Realizou TC cerebral sem alterações agudas, no entanto a TC toraco-abdomino-pélvica descreveu a presença de hepatomegalia, próstata globosa e de dimensões aumentadas e metastização óssea difusa lítica, com fraturas patológicas na 5ª costela esquerda e apófise transversa direita de L3. Do estudo realizado no internamento apresentou antigénio específico da próstata, eletroforese de proteínas e imunofixação séricas, bem como estudo endoscópico do tubo digestivo sem alterações. Realizou esfregaço de sangue periférico que revelou a presença de plasmócitos (6%), observados também no medulograma (60%). Neste contexto pedida eletroforese e imunofixação urinária com um pico de cadeias leves livres kappa. Assim, diagnóstico de LCP e iniciou tratamento de indução - dexametasona, daratumumab e bortezomib. Durante o internamento evoluiu com agravamento do estado geral, sarcopenia, necessidade de nutrição parentérica, reabilitação motora intensiva e ajuste de analgesia para controlo de dor. Intercorreu com duas infeções nosocomiais que motivaram a suspensão temporária da terapêutica, tendo retomado a mesma posteriormente. Teve alta ao fim de 67 dias de internamento com melhoria do estado geral, aumento ponderal e controlo otimizado da dor, tendo continuado a terapêutica para a LCP em ambulatório. Atualmente, com um ano de seguimento, sob terapêutica de manutenção para a LCP, sem intercorrências.

Conclusão: A LCP é uma doença rara, de difícil diagnóstico sobretudo quando se apresenta na sua forma primária. Apresenta um prognóstico ominoso, o que requer um diagnóstico e início de terapêutica precoces, bem como abordagem antecipada de intercorrências infecciosas, do controlo algico e otimização do aporte nutricional.

CO-0158 - (2753) - QUANDO A MEDULA VAI À NEVE!

Leonor Neves¹; Inês Sousa¹; Teresa Pereira¹; Rita Penaforte¹; Beatriz Pereira¹; Aurora Zanga¹; Catarina Melita¹; Mafalda Duarte¹; Sofia Furtado¹; Fernando Aldomiro¹

1 - Hospital Professor Fernando Fonseca

Introdução

A doença de crioaglutininas representa até 20% dos casos de anemia hemolítica auto-imune, sendo, em 90% dos casos, secundária a outra patologia. Prevalence a etiologia infecciosa ou autoimune nos jovens e a hemato-oncológica nos idosos. Caracteriza-se pela presença de anticorpos frios em circulação que reconhecem os antígenos de superfície dos eritrócitos e que, a temperaturas de 3-4°C, medeiam a sua destruição por ativação da via clássica do complemento.

Caso Clínico

Relata-se o caso de um homem de 67 anos que recorreu ao serviço de urgência por quadro com 3 meses de evolução de: astenia, anorexia com perda ponderal de 12Kg e dispneia para esforços progressivamente menores, com agravamento nas 3 semanas anteriores e a culminar em 2 episódios de lipotímia. Apurou-se contexto epidemiológico relevante de viagem recente de férias na neve. As análises revelaram anemia anisomacroscítica (Hb 3.7g/dL) com padrão hemolítico imune (teste de Coombs direto positivo para anticorpos IgM com título 1:128), sem reticulocitose compensatória e sem evidência de rouleaux eritrocitários ou blastos na circulação periférica; velocidade de sedimentação de 135mm sem elevação de outros parâmetros inflamatórios; e lesão renal aguda (Cr 1.9mg/dL). O rastreio analítico e/ou imagiológico de doenças infecciosas, autoimunes e neoplásicas foi negativo. O mielograma evidenciou acentuada diseritropoiese, disgranulopoiese e 2% mieloblastos. A biópsia osteomedular a documentar hiperplasticidade desproporcional à idade, desorganização arquitetural das séries hematopoiéticas e aumento de precursores imaturos – concordante com o diagnóstico de síndrome mielodisplásica (SMD) tipo low-blast com apresentação inaugural sob a forma de doença de crioaglutininas. Ajustou-se o protocolo transfusional para perfusão lenta sob manta térmica aquecida, com subida de Hb para 7.1mg/dL, normalização dos parâmetros de hemólise e função renal, e franca melhoria clínica. O doente mantém-se em vigilância ambulatoria, sob terapêutica com análogo de eritropoietina, com estabilização de Hb em 9.5g/dL.

Discussão & Conclusão

Apesar de amplamente reconhecida como manifestação paraneoplásica, a anemia hemolítica auto-imune, em particular a doença de crioaglutininas, é relativamente incomum em SMD (até 3% dos casos). Este caso clínico alerta para a rara, mas possível associação entre a doença de crioaglutininas e a SMD, devendo esta etiologia ser sempre considerada, particularmente em doentes mais idosos.

CO-0159 - (4435) - ALÉM DO COMUM - UM CASO RARO DE LINFOMA PRIMÁRIO DO MEDIASTINO

Ana Constante¹; Francisco Belchior¹; Maria Luís Mazedo¹; Rui Duarte De Azevedo¹; Liliana Torres¹; Lindora Pires¹

1 - Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO: O Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGC) é o subtipo histológico mais frequente de Linfoma não Hodgkin. A sua apresentação depende da origem da doença, com uma variedade de entidades clinicopatológicas reconhecidas na classificação da Organização Mundial de Saúde, onde se inclui o Linfoma Primário do Mediastino de Grandes Células B (LPMGC).

CASO CLÍNICO: Mulher de 31 anos, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por tosse e artralguas incapacitantes com cerca de 1 semana de evolução e agravamento progressivo. À admissão, com palidez muco-cutânea, acessos de tosse produtiva associados a sensação de aperto torácico, sem sinais inflamatórios a nível articular ou outras alterações no exame objetivo. Analiticamente com anemia normocítica e normocrómica, leucocitose com predomínio neutrofílico, trombocitose e proteína C reativa aumentada. Realizou Radiografia do Tórax onde foi objetivado alargamento bilateral de zona hilar e provável mediastínica, o que motivou a realização de Tomografia Computorizada do Tórax que demonstrou uma massa mediastínica, com conglomerado adenopático na região hilar direita, lesões nodulariformes no segmento anterior do lobo superior esquerdo e no lobo médio. Admitida no Serviço de Medicina Interna para estudo. Durante o internamento, realizou estudo complementar com broncofibroscopia, que identificou um alargamento da carena por compressão extrínseca pouco móvel e não cortante, e biópsia da massa mediastínica, sendo então identificado linfoma B periférico com características de LDGC, no contexto de LPMGC. Caso discutido com Hematologia tendo sido orientada para tratamento.

DISCUSSÃO: Este caso clínico demonstra a importância da investigação precoce das massas mediastínicas, considerando que o seu diagnóstico diferencial abrange várias patologias malignas cujo prognóstico pode ser desfavorável. A valorização dos sintomas por parte da doente permitiu uma abordagem atempada, espelhando não só a importância da literacia em saúde da população para reconhecer sinais de alarme como também a relevância de fazer um estudo aprofundado para reconhecer complicações que possam estar associadas à doença.

CONCLUSÃO: O LPMGC é uma forma rara e agressiva de Linfoma não Hodgkin. O seu diagnóstico precoce é crucial para permitir uma intervenção terapêutica atempada e adequada, melhorando assim as perspectivas de tratamento e sobrevivência.

CO-0160 - (4619) - PADRÃO DE CRAZY PAVING - ENVOLVIMENTO PULMONAR POR LINFOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS T

Helena Hipólito Reis¹; Nicole Foreman¹; Francisca Correia¹; Catarina Vale¹; Manuela Dias¹; Jorge Almeida¹

1 - CHUSJ

INTRODUÇÃO: O padrão de crazy paving é um achado na tomografia computadorizada do tórax que consiste no espessamento dos septos interlobulares e opacidades em vidro despolido. Apesar de estar, habitualmente, associado a proteinose alveolar, os diagnósticos diferenciais são amplos e a marcha diagnóstica é essencial para exclusão de outras etiologias, nomeadamente, neoplásicas.

CASO CLÍNICO: Homem 39anos, sem antecedentes ou exposições ocupacionais de relevo. Com quadro de astenia, dispneia para esforços, tosse produtiva e expetoração descrita como alaranjada. Medicado com antibioterapia por suspeita de infeção respiratória, sem melhoria. Com deterioração clínica durante cerca de 5meses, dispneia para pequenos esforços e dor torácica pleurítica, tendo recorrido à urgência. Objetivamente polipneico, SatO₂ 86% e murmúrio vesicular globalmente diminuído à auscultação pulmonar. Analiticamente: insuficiência respiratória hipoxémica, poliglobulia e inversão da fórmula leucocitária. Radiografia torácica com padrão intersticial nos 2/3 inferiores bilaterais. Angiotomografia tórax sem tromboembolismo pulmonar, mas com áreas de espessamento de septos interlobulares com vidro despolido (padrão crazy paving) e áreas de consolidação alveolar. Ficou internado para estudo. Do estudo realizado: serologias víricas negativas; velocidade de sedimentação, estudo autoimune e proteinograma normal; eritropoietina sem alterações; estudo da coagulação normal. Lavado broncoalveolar com achados a sugerir proteinose alveolar. Pelas alterações do hemograma realizou esfregaço de sangue periférico e, depois, biópsia de medula óssea sem clara patologia aguda; imunofenotipagem semelhante à do lavado, com população T alterada (sCD3+CD4+CD8+). Discutido em reunião de grupo de doenças do interstício, tendo realizado biópsia pulmonar, com envolvimento pulmonar por linfoma periférico de células T. Foi transferido para o Serviço de Hematologia, onde iniciou quimioterapia.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO: O diagnóstico diferencial do padrão de crazy paving é essencial e implica uma abordagem diagnóstica exaustiva. Na ausência de um diagnóstico claro, deve-se realizar broncoscopia e, em última análise, biópsia pulmonar, para determinar o diagnóstico definitivo, como no caso referido. É importante investigar a etiologia associada, já que define a abordagem terapêutica. O linfoma periférico de células T é uma neoplasia agressiva e está associado a um mau prognóstico com sobrevida aos 5 anos de cerca de 30-40%.

CO-0161 - (5023) - GERMINAÇÃO RETROPERITONEAL DE UMA SEMENTE INDESEJADA

André S. Carvalho¹; Sara Joana Faria¹; João Ribeiro¹; Fernando Ferraz¹; Abílio Gonçalves¹

1 - Hospital Distrital da Figueira da Foz

Introdução:

As massas retroperitoneais representam um grupo heterogêneo de patologias, podendo atingir grandes dimensões antes de causar sintomas que conduzam à sua identificação e desafiante estudo etiológico.

Caso clínico:

Homem de 45 anos admitido na urgência por dor lombar intensa bilateral com irradiação hipogástrica e inguinal, associada a sintomas B, anorexia e obstipação, sem sintomas geniturinários. Lombalgia com dois meses de evolução, desde início interpretada e medicada como cólica renal. Por refratariedade clínica, havia realizado duas ecografias renovesicais, com hidronefrose bilateral de 22 mm, e análises com creatinina 1.5 mg/dL (basal 0.9 mg/dL) e PCR 140 mg/L, estando há 17 dias sob levofloxacina empírica. Antecedentes de urolitíase e dislipidémia. Ao exame apresentava-se queixoso, com temperatura de 37.6°C e dor à punho-percussão do ângulo costovertebral direito bem como à palpação abdominal, objetivando-se volumosa massa dura de contornos irregulares na região periumbilical. Repetiu ecografia, que salientou um conglomerado adenopático retroperitoneal com 15 cm, em provável relação com linfoma, cuja TC abdominal mostrou comprimir a aorta, veia cava inferior e ambos os ureteres. Analiticamente linfócitos 7500/uL, LDH 856 U/L, creatinina 2.2 mg/dL e PCR 168 mg/L, com urocultura negativa. Internado para estudo de provável linfoma com massa bulky abdominal, realizou aspirado medular, sem alterações celulares fenotípicas. PET-CT evidenciou volumosa massa abdominal com múltiplas adenopatias hipermetabólicas, a favor de doença linfoproliferativa, mas cuja biópsia veio a revelar uma neoplasia maligna indiferenciada pouco compatível com linfoma. Aberto novo painel imunohistoquímico, que indicou tratar-se de lesão secundária de tumor de células germinativas seminomatoso. Realizada ecografia escrotal, que identificou três nódulos hipoeogénicos infracentimétricos no testículo direito, e doseamento de β -HCG de 48 mUI/mL. Foi proposto pela Urologia para quimioterapia com bleomicina, etoposido e cisplatina, seguida de orquidectomia radical.

Discussão e conclusão:

O seminoma é o tumor maligno mais comum no homem em idade jovem, apresentando-se geralmente na quarta década de vida sob forma de uma massa testicular dura e indolor. Embora rara, a doença metastática massiva com adenopatias retroperitoneais pode ser apresentação inaugural de um tumor não palpável. Nestes casos, a suspeição clínica e ecografia escrotal são a chave do diagnóstico.

CO-0162 - (4621) - FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA: O DESAFIO DIAGNÓSTICO

Filipe Da Cunha Pinto¹; Susana Teixeira¹; Francisco Belchior¹; Ana Areia Reis¹; Lindora Pires¹

1 - Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

Introdução

A febre de origem indeterminada é uma entidade diagnóstica caracterizada por febre com pelo menos 3 semanas de duração sem foco identificado apesar de estudo inicial apropriado. Na origem destes quadros encontram-se variadas etiologias, sobretudo infecciosa, neoplásica e imunológica, que importa esclarecer diligentemente.

Caso Clínico

Homem, 62 anos, com antecedentes de artrite reumatóide seronegativa e esplenectomia por púrpura trombocitopénica imune, internado na Medicina Interna por febre sem identificação de foco após estudo exaustivo. Regressa ao serviço de urgência após 2 meses por recrudescência de febre.

Durante o internamento, mantém picos bidiários de febre, sem outra sintomatologia acompanhante. O estudo de etiologia infecciosa retornou resultado negativo para hemoculturas, urocultura e coprocultura, microbiológico e pesquisa bacilo álcool-ácido resistente do lavado broncoalveolar, serologias víricas, pesquisa de zoonoses, Interferon Gamma Release Assay, sem vegetações cardíacas. A etiologia neoplásica também não foi confirmada, sem alterações relevantes em tomografia computadorizada craneoencefálica e toracoabdominopélvica, a biópsia de adenomegalia cervical colhida no internamento anterior e o lavado broncoalveolar negativos para células malignas, e a tomografia por emissão de positrões (PET) sem focos de captação anormal. As alterações em PET seriam compatíveis com patologia inflamatória e a velocidade de sedimentação encontrava-se aumentada (24 s), mas o restante estudo imunológico não demonstrou consumo de complemento, e os anticorpos antinucleares, anticentrómero e anticoagulante lúpico encontravam-se negativos.

Empiricamente sob colchicina, o doente evolui para apirexia sustentada e tem alta para a consulta externa. Equacionado síndrome autoinflamatório, realizou estudo genético que se revelou negativo. Após 6 meses apresentou recrudescimento da febre e realizou biópsia ganglionar cervical de nova adenopatia que se evidenciou num linfoma B da zona marginal de baixo grau.

Discussão

A febre de origem indeterminada é uma das entidades mais desafiantes de abordar na Medicina Interna. Mesmo com uma investigação exaustiva, dirigida e racional, é frequente a demora e a incerteza diagnósticas, o que condiciona ansiedade significativa no doente. Apenas a insistência e a colheita de material biológico no timing correto permitem o tão pretendido esclarecimento diagnóstico.

CO-0163 - (4519) - AFINAL ERA LINFOMA?

Joana Melo¹; Ana Gabriela Paupério¹; Diana Dias¹; Andreia Teixeira¹

1 - Unidade Local Saude Entre Douro e Vouga

O linfoma de células T angioimunoblástico é um subtipo raro de linfoma T periférico (1-2% dos linfomas não Hodgkin). Tipicamente apresenta-se com adenopatias generalizadas, hepatoesplenomegalia, sintomas constitucionais, rash e prurido; associado a alterações analíticas como eosinofilia e velocidade sedimentação (VS) elevada. Podem estar presentes autoanticorpos circulantes e fenómenos paraneoplásicos imunológicos. Apresenta-se caso de mulher de 71 anos, com síndrome sicca, sem critérios histológicos de Sjögren. Seguimento prévio (2011-18) por adenopatias no hilo hepático, peripancreáticas e retroperitoneais. Submetida a esplenectomia (2014) por lesões esplênicas não esclarecidas, compatíveis com hiperplasia folicular reativa. Por Mantoux positivo realizou tuberculostáticos em 2015. Nesse período com anti-SSA e SSB positivos, restante estudo imunológico negativo. Teve alta da consulta em 2018, após tomografia computadorizada (TC) sem evidência de adenopatias. Recorreu à urgência por astenia, anorexia, hipersudorese noturna e diminuição da acuidade visual bilateral, sem febre ou perda de peso. Avaliada por Oftalmologia com diagnóstico de uveíte anterior. Apresentava adenopatias cervicais palpáveis bilateralmente e adenopatias supra e infradiafragmáticas em TC. Analiticamente com leucocitose com neutrofilia, monocitose e linfocitose, VS aumentada e esfregaço de sangue periférico com sombras nucleares e linfócitos sugestivos de clonalidade. Estudo imunológico com consumo de complemento, positividade para anti SCL 70 e anti cardiolipinas; IGRA e EBV IgM negativos. Biópsia excisional com pesquisa de DNA para micobactérias negativa; anatomopatológico a descrever hiperplasia nodular linfoide e para-interfolicular reativas, sem lesão granulomatosa nem linfoproliferativa e imunofenotipagem do gânglio sugestiva de linfoma de células T. PET com adenopatias generalizadas suspeitos, com lesão cutânea de natureza infiltrativa. Após revisão das lâminas, diagnóstico final de Linfoma T periférico angioimunoblástico estadio III/IV, tendo iniciado terapêutica dirigida. A etiologia deste subtipo de linfoma, recentemente identificado, é ainda desconhecida. A inexistência de sinais/sintomas patognomónicos, associada a variantes histológicas e fenómenos imunológicos distintos, pode atrasar o diagnóstico. Este caso realça essa dificuldade, pela presença de sinais imunológicos/inflamatórios e discrepância histológica, que serviram como confundidores no diagnóstico.

CO-0164 - (4481) - DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA RARA: ANGIOSSARCOMA METASTIZADO

Inês Correia¹; Stanislav Tsisar¹; Ana Bolas¹; Tomás Ramalho¹; Umbelina Caixas¹; Isabel Germano¹

1 - Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: O angiossarcoma é uma neoplasia rara e agressiva, representando apenas 2% de todos os sarcomas de tecidos moles. Caracteriza-se por uma rápida proliferação de células anaplásicas, possuindo uma alta taxa de recorrência local e disseminação metastática. A localização em órgãos sólidos, como o fígado e o coração, é um fator de mau prognóstico. Tipicamente o doente pode apresentar dor abdominal, fadiga, icterícia, ascite e perda ponderal.

Caso Clínico: Mulher de 65 anos, com antecedentes médicos de infeção por VIH-1 diagnosticada há 23 anos, sob terapêutica antirretroviral com excelente controlo imunoviológico. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de astenia, febre, sudorese noturna, perda ponderal e hemoptises autolimitadas, com dois meses de evolução. Analiticamente apresentava anemia de novo, citocolestase e discreto aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, que revelou múltiplos nódulos mesenquimatosos pulmonares e hepáticos sugestivos de neoplasia de natureza vascular, com sinais de hemorragia ativa das lesões. Neste contexto realizou biópsia percutânea hepática que confirmou a suspeita de angiossarcoma (CD31 positivo; AE1/AE3, CK7, CK20, TTF1 e CD34 negativos). Apesar do procedimento ter resultado em hematoma subcapsular hepático, a doente recuperou das complicações sem sequelas. O caso foi referenciado à Oncologia Médica, tendo indicação para realizar quimioterapia.

Conclusão: Pela sua raridade, e apesar de ser o sarcoma hepático mais comum, o angiossarcoma compromete um diagnóstico precoce. Doentes com clínica consumptiva e exames imagiológicos sugestivos, como o presente caso, devem suscitar alta suspeição clínica de modo a permitir diagnóstico atempado e conseqüente impacto positivo no prognóstico.

CO-0165 - (4028) - BEYOND THE BRAIN: METASTATIC ASTROCYTOMA

Ana David Do Carmo¹; Filipa Malheiro¹

1 - Hospital da Luz Lisboa

Astrocytomas are primary brain tumors that exhibit aggressive growth and local invasion. While rare, they can disseminate within the central nervous system and distant metastasis are extremely uncommon.

A 45-year-old man with recent diagnosis of grade 4 isocitrate dehydrogenase (IDH) mutated astrocytoma treated with total macroscopic resection surgery, followed by radiotherapy and adjuvant temozolomide was admitted to the ward with complaints of sweating, asthenia, retro-sternal and lumbar pain.

Blood tests showed a positive D-dimer (15.47mg/dL), leukopenia (2660×10^9), thrombocytopenia (94×10^9), elevated reactive C-protein (19mg/dL) and increased lactic dehydrogenase (2513UI/L).

A computed tomography (CT) angiography ruled out pulmonary embolism.

A lumbar magnetic resonance imaging showed extensive bone infiltration with lesions of probable secondary aetiology as well as a paravertebral and epidural mass at the 2nd lumbar vertebra.

A myelogram, osteomedullary biopsy and biopsy of the described paravertebral lesion confirmed bone metastasis and medullar invasion from IDH-mutated glioma. The thoraco-abdomino-pelvic CT did not show other metastatic lesions.

The condition progressed with severe pancytopenia requiring multiple blood transfusions.

After multidisciplinary discussion, the patient underwent five sessions of palliative radiotherapy on the bone lesions and a decision for no further systemic therapies was made, and the patient was later admitted to the palliative care unit for symptomatic control.

Although very rare, distant metastasis of astrocytomas are a possibility and clinicians should consider this possibility whenever a diagnosis of grade 4 astrocytoma is met. Symptomatic management becomes paramount, and a comprehensive and multidisciplinary approach is mandatory for an optimal care.

CO-0166 - (4029) - CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIS CRÓMFOBIO: UMA RARIDADE CLÍNICA

Ana David Do Carmo¹; Pedro Mateus¹; Bebiana Gonçalves¹

1 - Hospital da Luz Lisboa

O carcinoma de células renais (CCR) cromóforo representa uma pequena fração dos casos de carcinoma renal e apresenta um comportamento clínico mais indolente, menos agressivo e com características histológicas únicas.

Homem, 63 anos, ex-fumador e consumidor moderado de álcool (40g/dia).

Admitido por quadro com 2 semanas de evolução de aumento do volume abdominal e dor no flanco direito, astenia, anorexia, perda ponderal não quantificada e sudorese profusa sem predomínio horário. Referia ainda episódios de hematúria macroscópica intermitentes com 8 meses de evolução.

Ao exame objetivo: febril (39°C) com abdómen globoso, indolor, duro e pouco depressível à palpação do hipocôndrio/ flanco direito, palpando-se massa indolor, de grandes dimensões e de limites imprecisos.

Análiticamente com anemia microcítica hipocrômica (Hemoglobina 5,4 g/dL), aumento dos parâmetros inflamatórios (neutrófilos 16 040/μL; PCR 21.79 mg/dL; velocidade de sedimentação 106 mm/h) com função renal normal e hematoproteinúria (++) com incontáveis leucócitos.

Realizou tomografia computadorizada toraco-abdómino-pélvica que revelou volumoso tumor do rim direito (21,5 x 17,2 x 24cm), com invasão do bacinete, condicionando hidronefrose moderada. Adenopatias volumosas inter-aortocava e pré-cava. Sem aparente metastização à distância.

Cumpriu 7 dias de amoxicilina/ácido clavulânico empírico, tendo mantido febre bem tolerada com parâmetros inflamatórios elevados, mas procalcitonina baixa e com exames culturais pré-antibioterapia negativos, pelo que se assumiu febre de causa neoplásica.

Foi feita otimização hematológica e, após discussão em reunião multidisciplinar, foi submetido a nefrectomia radical direita com suprarrenalectomia e linfadenectomia pré-cava e inter-aortocava. O exame histológico do tumor, de 26cm e >5Kg, foi compatível com CCR cromóforo pT3apN1M0 R0 (estadio III).

Aos 3 meses de pós-operatório encontra-se assintomático e a manter apenas vigilância imagiológica semestral.

Este caso clínico destaca-se pela sua extraordinária singularidade não só devido ao tamanho exuberante da massa renal, mas também pela notável indolência deste tipo de carcinoma renal, evidenciada pela persistência da hematúria ao longo de meses sem metastização à data do diagnóstico. A cirurgia continua a ser o tratamento preferido nos estadios I a III, seguida de vigilância ativa nos doentes com baixo risco de recidiva, como é o caso.

CO-0167 - (4260) - QUANDO O TRATAMENTO SE TORNA A PIOR DOENÇA

Ana Rita Ambrósio¹; Bruno Miguel Silva¹; João Dinis Martins¹; Hugo Pêgo¹; Fernando Martos Gonçalves¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

A imunoterapia tem-se revelado promissora no tratamento da doença oncológica. Em particular, os inibidores do checkpoint imunológico promovem a sobrevivência e ativação das células T e, consequentemente, a sua atividade anti-tumoral. O desafio reside na gestão do perfil de toxicidades destes fármacos, que é fundamentalmente diferente das terapêuticas onco-dirigidas clássicas, predominando reações de natureza inflamatória.

Homem de 62 anos, caucasiano, com ECOG PS 0 e antecedentes de hipertensão arterial, síndrome de apneia obstrutiva do sono e cardiopatia isquémica, foi diagnosticado com adenocarcinoma pulmonar estadio IV com metástases ósseas e ganglionares. Após quimioterapia e radioterapia, iniciou imunoterapia com durvalumab, que foi suspensa devido a cardiotoxicidade com enfarte agudo do miocárdio sem supra-ST e hipertiroidismo, passando a ser tratado com pembrolizumab. Posteriormente, apresentou-se com precordialgia pleurítica à esquerda, dispneia e tosse produtiva. O exame físico revelou polipneia, sudorese, sons cardíacos rítmicos com sopro sistólico audível em todo o pré-córdio e murmúrio vesicular com ruídos de transmissão bilateralmente. As análises mostraram elevação significativa da troponina e discretos aumentos dos parâmetros inflamatórios. Assumida insuficiência cardíaca aguda em contexto de miocardite iatrogénica a imunoterapia. Apesar de uma melhoria inicial, houve agravamento subsequente da insuficiência respiratória. A broncofibroscopia não evidenciou doença infecciosa. O paciente aguardava PET-FDG, mas devido à progressão da doença oncológica e à ausência de condições clínicas para iniciar novas terapias, optou-se por cuidados paliativos estritos, com desfecho desfavorável.

Este caso ilustra os desafios associados à imunoterapia, que, embora ofereça ganhos prognósticos notáveis, pode desencadear toxicidades imunomediadas graves, como a miocardite iatrogénica. É crucial reconhecer e tratar prontamente essas complicações, pois podem emergir como uma segunda doença de igual ou maior gravidade, liderando o desfecho.

A imunoterapia continua a ser uma ferramenta promissora no tratamento do cancro, exigindo contudo uma vigilância permanente e atenta, para o rápido e correto diagnóstico de uma reação imunomediada, essencial para otimizar o desfecho clínico.

CO-0168 - (2898) - LINFOMA DA ZONA CINZENTA MEDIASTÍNICO COM COMPRESSÃO AÓRTICA: RELATO DE CASO CLÍNICO.

Baltazar Gabriel Oliveira¹; Daniel Veiga¹; Rita Calixto¹; David Cunha Matias¹; Ana Rita Cardoso¹; Maria Aurora Duarte¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo - Unidade de Tomar

Os linfomas da zona cinzenta de localização mediastínica são tumores raros que partilham características fenotípicas com linfoma difuso de grandes células B e linfoma de Hodgkin clássico. Este tipo de linfoma tipicamente afeta adultos em idade jovem, é mais prevalente nos homens e manifesta-se com sintomas mediastínicos. De salientar, pode-se associar a síndrome da veia cava superior.

Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 40 anos, autónomo, com antecedentes de obesidade seguido em consulta hospitalar com perda ponderal programada, síndrome de apneia obstrutiva do sono, hipertensão arterial e dislipidemia. É referenciado à consulta de Medicina Interna por tosse esporádica, dor retrosternal de características pleuríticas e sudorese noturna com 2 meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava murmúrio vesicular diminuído no terço médio do hemitórax direito na auscultação pulmonar. No estudo analítico realizado destacou-se aumento policlonal de IgG na imunofixação sérica, 14,10g/L de cadeias leves Kappa, 8,74g/L de cadeias leves Lambda e 4,0mg/dL de B2-microglobulina. Na radiografia de tórax apresentava massa mediastínica, tendo-se complementado estudo com tomografia computadorizada torácica, abdominal e pélvica que revelou volumosa massa no mediastino anterior, lobulada, com cerca de 15,2cm de diâmetro transversal, 9,5cm de diâmetro ântero-posterior e que longitudinalmente se estende ao longo também de cerca de 9cm de maior eixo, encontrando-se adjacente à crossa da aorta, ao tronco, ao ramo direito da artéria pulmonar e veia cava superior, estendendo-se à direita até ao hilo. Efetuou biópsia da massa que revelou ser um linfoma da zona cinzenta. No decurso do diagnóstico o doente iniciou episódios de síncope de repetição. Realizou ecocardiograma transtorácico, apesar das limitações técnicas pela localização da massa tumoral, que revelou compressão/redução do calibre da aorta para 20mm de diâmetro. O doente foi encaminhado de forma urgente para centro de referência e iniciou quimioterapia (R-CHOP) e corticoterapia de forma urgente para alívio dos sintomas compressivos, apresentando boa evolução até à data.

O caso apresentado revela um linfoma raro com evolução agressiva e sintomas de compressão aórtica resultando em síncope de repetição. É necessária a identificação e tratamento precoce destes tumores de modo a melhorar o prognóstico vital destes doentes. A este propósito, fazem igualmente uma breve revisão da literatura sobre esta patologia.

CO-0169 - (4961) - LOE EM DOENTE VIH: O DESAFIO DA APRESENTAÇÃO TARDIA

A. Beatriz Ferreira¹; Rita Sárria¹; Susana Viana¹; Mariana Seco¹; Andreia Lima¹; Margarida Oliveira¹; Francisca Beires¹; Sofia Jordão¹

1 - ULS Matosinhos

Desde a introdução da terapia antirretroviral (TARV) que a morbidade associada à infeção por VIH decaiu drasticamente. No entanto, doentes com diagnóstico tardio ou sem adesão terapêutica continuam a colocar desafios associados ao estadio SIDA.

Homem, 33 anos, autónomo, com infeção VIH-1 não tratada, diagnosticada há 10 anos. Admitido no SU por lentificação psicomotora, perda de continência de esfíncteres e febre com 3 dias de evolução. Paralelamente com quadro de 6 meses de evolução de agravamento do estado geral e perda ponderal (20%).

À admissão: febril, escala de coma de Glasgow de 13, presença de úlceras sagradas e lesões exoftálmicas labiais. TC CE: lesão ocupante de espaço com captação periférica de contraste e edema. Analiticamente: PCR de 321,90 mg/L, linfopenia de 300/uL, 1 linfócito T CD4+ e carga vírica de 116929 cópias/mL. Assumida infeção do SNC. Punção lombar apresentou 6 células, proteinorráquia (100) e consumo de glicose (40%), pelo que foi instituída terapêutica empírica com cobertura para toxoplasmose e listeriose. Inicialmente, com melhoria do quadro, a permitir a introdução da TARV na 5ª semana de internamento.

Do estudo do líquido: bacteriológico e micobacteriológico negativos; antígeno *Cryptococcus* spp, VDRL e PCR para HSV 1 e 2, *Nocardia*, *Listeria*, vírus JC e *Toxoplasma* negativos; imunofenotipagem não conclusiva. No soro com serologia negativa para *Toxoplasma*.

Manteve tratamento empírico para toxoplasmose por imagem cerebral sugestiva, apesar de pouca convicção. Pelo mesmo motivo, realizou posteriormente biópsia cerebral que diagnosticou linfoma primário tipo B do SNC e infeção cerebral por *Nocardia*, com switch de tratamento para cotrimoxazol e meropenem.

Doente com evolução desfavorável, associada a múltiplas intercorrências infecciosas, decidido de forma multidisciplinar que dado o estado de dependência e caquexia que não tinha condições para quimio/radioterapia. Acabou por falecer ao 5º mês de internamento.

Este caso destaca-se pela descrição de uma infeção VIH, que ao apresentar-se em estadio SIDA, impõe dificuldades no diagnóstico e representa um desafio na instituição do tratamento empírico, podendo coexistir doenças graves com comportamento oportunista. Paralelamente, demonstra a influência que a sensibilidade e a especificidade dos testes diagnósticos têm na nossa decisão terapêutica, podendo implicar investigação invasiva para confirmação etiológica.

CO-0170 - (4865) - O RETORNO DE UMA DOENÇA HANSESTRAL COMO FENÓMENO DE LÚCIO

Francisca Dâmaso¹; Ana Margarida Ribeiro¹; João Carlos Oliveira¹; Rui Alves²; Ana Lynce¹; Susana Jesus¹; Professora Candida Fonseca¹

1 - Hospital São Francisco Xavier;; 2 - IPO, Lisboa

A Hanseníase, é uma micobacteriose erradicada em Portugal e na Europa desde o século XX. Os casos atualmente notificados pelo SINAVE são maioritariamente importados e escassos (35 entre 2015 e 2021). Esta parasitose intracelular obrigatória, desencadeia uma resposta imunitária do hospedeiro que determinará as manifestações clínicas e a gravidade da doença cutânea e neurológica. O fenómeno de Lúcio é um fenótipo raro de doença grave, definido como vasculite de pequenos vasos e presença de bacilos ácido-álcool resistentes (BAAR) na biópsia cutânea.

Mulher, 64 anos, brasileira, residente em Portugal desde 2009. Sem antecedentes de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por clínica compatível com celulite de membro inferior tratada para ambulatório com amoxicilina/clavulanato. Retornou 24h após a alta, depois de 2 tomas de antibiótico, por púrpura palpável com padrão reticular dos 4 membros, com afeção palmoplantar, dolorosa e não pruriginosa. Em internamento, mencionou perda ponderal involuntária de 30Kg em 1 ano e febre vespertina desde há 4 dias. Apresentava fácies leonina, nariz em sela, nódulos subcutâneos elásticos, indolores, supraciliares e malares. Hipotrofia cartilaginosa da hélix biauricular. Máculas hipopigmentadas e hipostésicas dorsolombares, planas e de contornos regulares. Parestesias de ambos os membros superiores. Analiticamente destacavam-se Anemia normocítica normocrómica (Hemoglobina 9.8 g/dL), Proteína C Reactiva 34.7 mg/dL, VS 94 mm/h, Ferritina 3078 ng/dL e hematoproteinúria. A biópsia do septo nasal revelou tecido de granulação. Os estudos de autoimunidade, microbiológico e imagiológico foram inconclusivos. Aspetos então enquadráveis com poliangeíte granulomatosa (GPA) com serologia negativa, pelo que iniciou corticoterapia. A posteriori, a biópsia das lesões cutâneas revelou “inúmeros BAAR, (...) característicos de Doença de Hansen, (forma lepromatosa)”. Assim considerou-se a hipótese de Eritema Nodoso Leprótico ou de Fenómeno de Lúcio. A doente foi encaminhada ao Centro de Referência Nacional no Hospital dos Capuchos, CHLC iniciando terapêutica antibacilar com kit da OMS.

Os autores apresentam um caso de uma entidade nosológica adormecida e pouco contemplada no leque de diagnóstico diferencial contemporâneo, em países desenvolvidos. No entanto, é destacável pela crescente vaga imigratória, onde esta patologia é endémica, sendo tratável mas cujas sequelas acometem importante incapacidade, nos estadios mais avançados.

CO-0171 - (4780) - NEM TUDO O QUE PARECE DOENÇA DE WHIPPLE SERÁ DOENÇA DE WHIPPLE.

Miguel Silva Cruz¹; João Lima¹; Sofia Ferreira¹; Micaela Manuel¹; Teresa Pereira¹; Joana Fontes¹; Penelope Almeida¹

1 - Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga

INTRODUÇÃO: Infecções por *Micobacterium Avium Complex* (MAC) disseminada representam cerca de 2 casos por 1000 pessoas-ano em doentes com HIV, sendo muitíssimo mais raras em doentes imunocompetentes, os sintomas são inespecíficos e incluem febre, suores noturnos, dor abdominal e diarreia. *Tropheryma whipplei*, tem uma prevalência de cerca de 10 casos por milhão e é caracterizada por sintomas articulares, diarreia crónica e perda de peso. Uma vez que podem ter apresentações clínicas semelhantes, saber distingui-las é fundamental.

CASO CLÍNICO: Homem de 66 anos avaliado em consulta de Medicina Interna por adenopatias cervicais, hipersudorese noturna, perda ponderal (12Kg em 4 meses), anorexia e dor abdominal em cólica associada a dejeções diarreicas com 4 meses evolução. Da investigação de ambulatório: biopsia excisional do gânglio que mostrou a presença de BAAR muito pleomórficos com isolamento de *Mycobacterium intracellulare*; endoscopia digestiva alta com estudo histológico duodenal mostrou células de tipo histiocitário contendo estruturas bacilares intracelulares positivas para ácido periódico de schiff (PAS), sugerindo infeção por *T. whipplei*. Foi encaminhado à Urgência e internado para tratamento com antibioterapia endovenosa. Por persistência de sintomas, complementado estudo com micobacteriológico de fezes, com exame direto positivo para a presença de Bacilos Álcool-ácido resistentes (BAAR) e exame cultural micobacteriológico de fezes que isolou MAC. Face aos achados foi solicitada revisão de lâminas de biopsias duodenais e completado estudo com realização de coloração Zielh Neelson, que ao se mostrar positiva para a presença de BAAR, excluiu doença de Whipple. Assumido diagnóstico de infeção por MAC. Iniciou terapêutica dirigida com Azitromicina, Etambutol, associada a Rifampicina pela hipótese de se tratar de doença disseminada (com atingimento ganglionar e gastrointestinal) com boa resposta clínica.

DISCUSSÃO & CONCLUSÃO: Apesar de raros, já estão descritos em literatura casos de infeção por MAC em indivíduos imunocompetentes. Apesar do gold-standard para o diagnóstico de doença de Whipple ser a positividade para coloração de PAS em biópsia duodenal, este exame tem uma baixa especificidade, podendo outros microorganismos ser positivos para a mesma, nomeadamente o *M. intracellulare*, sendo perentório o diagnóstico diferencial entre estas entidades dado a distinta orientação terapêutica e mais importante, o impacto no prognóstico clínico que representa.

CO-0172 - (4898) - ALÉM DA COINCIDÊNCIA: DOENÇA DE CASTLEMAN EM PACIENTE VIH-POSITIVO

Juliana Andrade¹; Diana Lopes¹; Francisco De Oliveira Simões¹; Rita Matos Sousa¹; Cristina Ângela¹; Alexandre Carvalho¹

1 - Hospital de Braga

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) pode ter diferentes apresentações clínicas e complicações associadas. A doença de Castleman (DC), em sua manifestação multicêntrica, é uma desordem linfoproliferativa rara, muitas vezes associada ao VIH e ao herpes vírus 8 (HHV-8), associada a uma desregulação imunológica. Homem, 32 anos, sem antecedentes de relevo, procurou o serviço de urgência (SU) por febre, mialgia generalizada, suores noturnos e astenia marcada, com uma semana de evolução. Sem doenças sexualmente transmissíveis conhecidas ou hábitos toxifílicos. Último teste anti-HIV há 3 anos que fora negativo e relação sexual desprotegida, 3 meses antes. À admissão, hipotenso e febril, com imagem a mostrar extensas adenomegalias mediastínicas, axilares bilaterais, lombo-aórticas, ilíacas e inguinais, além de acentuada hepatoesplenomegalia e densificações do parênquima pulmonar basais a sugerir infecção. Serologia Anti-VIH positiva, confirmado como VIH 1 subtipo B, sem mutações de resistência a anti-retrovirais, com contagem de CD4 de 140 linfócitos/ μ L e carga viral de 105000 cópias. Em internamento na Medicina Interna (MI), efetuou-se biopsia de gânglio axilar e iniciou-se terapêutica empírica com ceftriaxona e azitromicina, por possível pneumonia da comunidade. Por agravamento respiratório, inicia oxigenoterapia por cânula nasal a 1L/min. Após excluir infecção por *Pneumocystis carinii* (PC) e ter baciloscopias e PCR (reação de polimerase em cadeia) para o Bacilo de Koch (BK) sérica e ganglionar negativas, iniciou terapêutica anti-retroviral. A relevar anemia ferropénica, hipoproliferativa com necessidade transfusional. Ao 5º dia, houve agravamento da insuficiência respiratória, iniciou derrame pleural à direita. Fez broncofibroscopia, sem alterações de relevo e lavado/aspirado broncoalveolar negativos para BK e PC. Desde o 8º dia de internamento sem febre, com descida de parâmetros inflamatórios, sem necessidade de oxigenioterapia. Teve alta após 17 dias de internamento. A biopsia do gânglio revelou DC Multicêntrica, positivo para HHV8. Enquanto aguardava início de quimioterapia, foi novamente internado na MI por exacerbação de atividade da DC, com contributo de síndrome de reconstituição imunológica (IRIS). Iniciou R-CHOP, com ciclos de 3 em 3 semanas. Atualmente com estabilidade clínica e imunológica. Este caso destaca os desafios no diagnóstico e gestão do doente com infecção por VIH e complicações associadas, como a IRIS e a DC multicêntrica.

CO-0173 - (2446) - DOENÇA RARA, TRATAMENTO EFICAZ: PNEUMONIA POR HHV- 6B EM DOENTE IMUNOSSUPRIMIDO

Juliana V. Nogueira¹; Leonor Rodrigues¹; Christian Fernandes Neves¹;
Paula Mesquita¹; Raquel M. Vieira¹; Daniela Ribeiro Alves¹; Filipa Coroado Ferreira¹;
João Fonseca¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

INTRODUÇÃO: O Herpesvírus humano 6 (HHV-6) é um vírus ubiqüitário que infeta a população pediátrica. O subtipo B (HHV-6B) é a causa do exantema súbito e adquire latência no hospedeiro após a primoinfeção. Tal como outros herpesvírus, o HHV-6B pode ser reativado na fase adulta quando há um grave compromisso do sistema imunitário, nomeadamente no contexto de quimioterapia ou transplante de células hematopoiéticas.

CASO CLÍNICO: Homem de 83 anos, previamente diagnosticado com mieloma múltiplo, tratado com lenalidomida e bortezomib, admitido no Serviço de Medicina Interna por tromboembolismo pulmonar. Durante o internamento, desenvolveu insuficiência respiratória grave e febre. Estabeleceu-se o diagnóstico de pneumonia nosocomial, tendo realizado estudo microbiológico (sangue e expectoração) e antibioterapia empírica. Apesar do tratamento o doente manteve febre, disfunção respiratória e desenvolveu exantema eritematoso na face e tronco. Efetuou TC torácica com evidência de opacidades pulmonares em vidro despolido dispersas bilateralmente. Foram ainda colhidas pesquisas séricas de agentes oportunistas (serologias e ADN), destacando-se Ac. IgM citomegalovírus (CMV) positivo, mas antígeno e quantificação de ADN negativos para CMV, mas ADN sérico positivo para HHV-6. A realização de broncofibroscopia com identificação de ADN (PCR) do HHV-6B em lavado broncoalveolar, confirmou a infeção pulmonar por este agente. Os antibióticos foram descontinuados, e iniciou tratamento dirigido com ganciclovir endovenoso (IV), com posterior resolução dos sintomas e da hipoxemia. O doente teve alta e cumpriu 21 dias de valganciclovir no domicílio. Ao final de um ano, o doente permanece sob quimioterapia sem sequelas pulmonares, nem nova reinfeção por HHV6-B.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: O reconhecimento do HHV-6B como causa de pneumonia grave em doentes imunocomprometidos (especialmente se apresentarem exantema) é crucial para o diagnóstico precoce. Este é baseado na realização de TC torácica e pesquisa de ADN no lavado broncoalveolar. As serologias do CMV (também um herpesvírus) são com frequência falsamente positivas. São necessários mais estudos para determinar as melhores estratégias de tratamento para a pneumonia por HHV-6B. Este caso, reforça o papel do ganciclovir e valganciclovir como opções válidas no tratamento desta doença.

CO-0174 - (2679) - ENDOCARDITE DE VÁLVULA NATIVA A CATETER ALOJADO EM CAVIDADE CARDÍACA

Ricardo Martins-Ascencao¹; Hélia Martins¹; João Santos¹; João Morais¹

1 - ULS Região de Leiria

Introdução:

A endocardite de válvula nativa das cavidades direitas corresponde a 10% dos casos de endocardite infecciosa. Os principais fatores de risco são o uso de drogas injetáveis, alterações estruturais valvulares e a presença de dispositivos intracardíacos.

Caso clínico:

Mulher de 66 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão, adenocarcinoma retal T3N2Mx em remissão com quimioterapia em 2004, e endocardite da válvula tricúspide em 2017 a *S. aureus*. Fazia apenas losartan cronicamente.

Recorreu, passados 6 anos, à urgência por febre com 5 dias de evolução, vômitos, cefaleia e astenia. Apresentava-se pálida e desidratada, mas hemodinamicamente estável.

Analicamente com elevação dos parâmetros inflamatórios e agravamento da função renal.

Iniciou empiricamente ceftriaxone e colheu hemoculturas que isolaram *S. aureus* multissensível. Dada a febre sem foco e antecedentes de endocardite repetiu ecocardiograma que destacou válvula tricúspide com aparelho subvalvular, folhetos espessados e presença de massa móvel apensa ao folheto septal, condicionando redução da abertura valvular.

No ecocardiograma transesofágico constatadas vegetações a nível da válvula tricúspide; massa de grandes dimensões na aurícula direita (AD) confirmando o diagnóstico de endocardite. A antibioterapia foi escalada para vancomicina.

Após análise detalhada dos diversos Rx tórax visualizou-se imagem compatível com cateter venoso na AD desde 2017 (cateter de quimioterapia partido no momento da extração?) e concluiu-se tratar-se do foco infeccioso da endocardite de 2017 e da atual.

Dada a migração do cateter não ser recente, era impossível a sua remoção por via percutânea. Foi recusada para remoção cirúrgica pelo que se optou por tratamento conservador.

A utente veio a falecer ao 33º dia de internamento por complicações derivadas de pneumonia nosocomial.

Discussão:

O presente caso representa um desafio diagnóstico e terapêutico.

A descoberta da ponta de cateter de quimioterapia permitiu aos autores a identificação do foco responsável pela recorrência da endocardite. No entanto o período alargado da presença do dispositivo na cavidade determinou a sua inclusão na parede endocárdica, impossibilitando a remoção de forma segura. É importante a remoção completa dos dispositivos endovenosos logo após contactar a quebra porque serão motivo de complicações a longo prazo.

A endocardite infecciosa associada a dispositivo apresenta um mau prognóstico quando não é removido o foco.

CO-0175 - (2050) - EXPLOSÃO TERAPÊUTICA

Sérgio Costa Monteiro¹; Raquel Vieira¹; Sara Bravo¹; Paula Mesquita¹; Bárbara Paracana¹; Jorge Henriques¹

1 - ULS Região de Aveiro

A reação de Jarisch-Herxheimer (JH) corresponde a uma reação aguda, auto-limitada, associada a febre e sintomas constitucionais que ocorre nas primeiras 24 horas após terapêutica para uma infeção por espiroquetas, documentada em até 10% dos doentes com sífilis secundária.

Os autores apresentam o caso de um jovem de 22A, autónomo, saudável, sem diagnósticos médicos que recorre ao SU por rash maculopapular, não pruriginoso, não descamativo, coalescente, com envolvimento do tronco, dorso, membros superiores e membros inferiores, incluindo palmas e plantas com 1h de evolução. Sem envolvimento das mucosas. Associa a febre, tosse seca, odinofagia, cefaleias e artralguas com 2 dias de evolução. Sem outras alterações. Da história clínica referia que 2h antes tinha sido sujeito a administração de penicilina IM por uma amigdalite. Assumido, inicialmente, quadro de reação alérgica à penicilina, tendo sido abordado com tratamento de suporte. Sem alterações analíticas. ECG e RX tórax normais. Durante a 1ª hora de permanência no SU agravamento progressivo das lesões cutâneas, sem outra clínica de anafilaxia. Serologias víricas negativas, incluindo para o VIH. Destaca-se Ac. Anti *Treponema pallidum* positivo (18.51), VDRL/RPR reativo (título = 64 dil.) e TPHA positivo, o que corrobora o diagnóstico de sífilis, assumida como sífilis secundária. Da revisão, sem documentação de lesão prévia compatível com cancroide. As alterações cutâneas foram, assim, interpretadas como uma reação de JH, despoletada pela administração de penicilina IM. Esta reação deve-se a uma destruição das espiroquetas aquando da exposição ao antibiótico e consequente libertação de citoquinas e toxinas em circulação. Apesar dos sintomas serem autolimitados, com resolução em 12-24 horas sem tratamento, a administração de AINE e antipiréticos reduz a gravidade do quadro e a duração da reação. Reavaliado 5 dias após evento agudo, em regime de consulta, já sem qualquer alteração, tendo sido encaminhado para consulta de Infeciologia.

Com este caso alerta-se para a importância do reconhecimento precoce de uma reação não tão incomum, de forma a um pronto diagnóstico diferencial com uma reação alérgica à penicilina, que pode evoluir para choque anafilático ao contrário da evolução benigna da reação JH, sendo estas duas entidades facilmente confundíveis. Mais ainda, o reconhecimento precoce desta reação pode evitar o estabelecimento erróneo de alergia à penicilina, comprometendo futuros regimes antimicrobianos.

CO-0176 - (4530) - UM CASO RARO DE INFEÇÃO POR SPOROPACHYDERMIA CEREANA

Catarina Antunes Salvado¹; Ana Tojal¹; Hugo Alves¹; Mariana Fidalgo¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho

Em doentes imunocomprometidos, as infeções oportunistas são um problema comum e frequentemente ameaçador da vida. Nas infeções fúngicas em particular, o atempado diagnóstico e instituição de terapêutica são particularmente importantes para redução da morbimortalidade. Sporopachydermia cereana é uma levedura rara, encontrada em tecido de cactos. O diagnóstico e tratamento de infeções por este fungo são comprometidos por dificuldades na identificação laboratorial, uma vez que esta espécie escapa às técnicas convencionais de diagnóstico. Numa revisão da literatura, constata-se que a infeção por *S. cereana* foi apenas documentada em cinco doentes, todos gravemente imunodeprimidos.

Mulher de 48 anos com adenocarcinoma do reto localmente avançado, iniciou quimioterapia com XELOX e após o 1º ciclo desenvolveu neutropenia febril e mucosite grave do tubo digestivo. Foram colhidos produtos microbiológicos e instituída antibioterapia empírica com ceftriaxone, ciprofloxacina e metronidazol. Os estudos microbiológicos iniciais foram negativos.

A doente apresentou evolução desfavorável, com agravamento da neutropenia e febre persistente, que motivou escalada de antibioterapia para piperacilina-tazobactam e vancomicina, com associação de caspofungina. Nas hemoculturas colhidas em D12, D14 e D17 de internamento foi identificada fungémia. Por incapacidade de identificação do agente, foram enviadas amostras para laboratório exterior. A persistência da fungémia levou a suspensão da caspofungina e início de anfotericina B, a que se associou voriconazol após isolamento de *S. cereana*. A doente negou qualquer contacto com cactos. Dos atingimentos orgânicos, identificou-se coriorretinite fúngica e excluiu-se endocardite em ecocardiograma transesofágico; foram também excluídos santuários em TC toracoabdominopélvico e em PET-CT com F18-FDG. A doente cumpriu 8 semanas de anfotericina B e 7 semanas de voriconazol, com boa resposta clínica e analítica. Aproximadamente um ano após a alta, permanece assintomática e sem evidência de recidiva.

A infeção por *S. cereana* é rara e de diagnóstico difícil, por não ser identificável pelas técnicas laboratoriais convencionais. Como tal, é possível que este fungo seja, na verdade, mais prevalente e responsável por mais mortes em doentes imunodeprimidos do que se encontra descrito. São também necessários mais estudos de forma a perceber o processo de disseminação da levedura, uma vez que nenhum dos casos conhecidos ocorreu em áreas endémicas.

CO-0177 - (4798) - ABSTINÊNCIA À DERIVA

Ana Patrícia Nunes¹; Mónica Jardim¹; Sara Gomes²; Sofia Almada²;
Andreia C. Fernandes²; Andreia Pestana¹; Teresa Faria¹

1 - Hospital dos Marmeleiros; 2 - Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: A Miocardiopatia Takotsubo (MT) e o Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) são duas entidades clínicas que têm em comum a disfunção transitória de órgão, podendo ser despoletadas em situações de stress sistémico por variadas causas, mas que raramente são descritas em simultâneo. Expomos o caso de uma doente com apresentação clínica de ambos os síndromes despoletada por abstinência a opióides.

Caso Clínico: Doente de 63 anos, antecedentes pessoais de dor crónica, medicada habitualmente com fentanilo e morfina em SOS, é evacuada de navio e enviada ao Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência e suspeita de intoxicação por álcool e opióides. À admissão encontrava-se pouco colaborante e com alucinações visuais, não fornecendo história fidedigna. Durante a observação apresentou crise convulsiva tónico-clónica generalizada. As análises da admissão apresentavam uma discreta elevação dos marcadores de necrose miocárdica, sem outras alterações de relevo, e a pesquisa de etanol foi negativa. A análise de urina foi negativa para opióides. Realizou eletrocardiograma, que revelou alterações difusas do segmento ST, com prolongamento do intervalo QT, e posteriormente realizou ecocardiograma transtorácico que descreveu “hipocinésia grave dos segmentos médio-apicais, depressão moderada da função sistólica global”, levantando a suspeita de (MT). Realizou ressonância magnética cranioencefálica (RM-CE) com “alterações de sinal T2 e Flair na substância branca da convexidade cerebral parieto-occipital, com padrão bilateral e simétrico; na difusão os achados são compatíveis com edema vasogénico”. Levantou-se a suspeita clínica de PRES e Síndrome Takotsubo, inicialmente sem causa identificada. Durante o internamento foi introduzida a terapêutica opióide habitual da doente, com melhoria clínica franca do estado neurológico, após a qual a doente admitiu cessação súbita da terapêutica opióide habitual há 1 semana por se encontrar no navio. Repetiu RM-CE 14 dias após o primeiro exame de imagem com total involução das áreas de edema vasogénico. Repetiu também ecocardiograma com recuperação da função sistólica do ventrículo esquerdo.

Discussão/Conclusão: Embora sejam ambas entidades raras e diagnósticos de exclusão, a MT e a PRES têm fisiopatologias muito semelhantes e podem, embora raramente, apresentar-se em simultâneo. O estudo etiológico é fundamental, e salientamos a privação de opióides como possível causador de stress sistémico.

CO-0178 - (4753) - MORTALIDADE E FATORES DE RISCO PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NUMA POPULAÇÃO DE DOENTES EM HEMODIÁLISE

Micael Pompermayer¹; Lígia Ribeiro¹; João Venda²; João Grilo¹; Joana Coutinho¹; Rui Filipe¹; Catarina Santos¹; Raquel Chorão¹; Ernesto Rocha¹; Alexandre Louro¹; Rui Parente¹; Beatriz Ribeiro¹; Rita Rato¹

1 - ULS Castelo Branco; 2 - ULS Coimbra

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais etiologias causadoras de morbi-mortalidade. Em doentes com doença renal crónica terminal (DRCT) e sob tratamento de hemodiálise (HD), a incidência e o risco de AVC é, substancialmente, mais elevado. Neste grupo em específico, verificam-se piores outcomes e uma maior mortalidade.

Objetivos: Neste estudo pretendemos identificar os fatores de risco e avaliar a mortalidade pós-AVC em doentes em programa regular de hemodiálise (PRHD).

Material e Métodos: Foram avaliados retrospectivamente todos os doentes em PRHD internados com o diagnóstico de AVC, entre 1 de janeiro de 2016 e 31 de dezembro de 2023. Colhidos dados demográficos, clínicos e laboratoriais à data de internamento e realizado follow-up a 1 ano.

Resultados: Foram incluídos 36 doentes (53% mulheres, n=19), com idade média de 81 ± 10 anos. 97% (n=35) dos doentes diagnosticados com AVC do tipo isquémico, e apenas 13,9% (n=5) realizaram fibrinólise. Em 50% (n=18) dos doentes, foi afetado o território abrangido pela Artéria Cerebral Média (ACM). De acordo com a classificação de TOAST, 63,8% (n= 23) foram do subtipo aterosclerose de grandes vasos. Observou-se uma elevada prevalência de hipertensão em 53% (n=19), diabetes mellitus tipo 2 em 56% (n=20), e doença vascular periférica em 50% (n=18). 22% (n=8) tinham história prévia de enfarte agudo do miocárdio, e 44% (n=16) de AVC. À data de internamento, 72% (n=26) estavam medicados com estatinas, e a mediana de LDL foi de 70 [49-87] mg/dL. 22% (n=8) estavam anticoagulados e 44% (n=16) antiagregados. A mortalidade a 1 ano foi de 55% (n=20), dos quais 65% (n=13) faleceram durante internamento. Os doentes que faleceram tinham maior prevalência de insuficiência cardíaca, diabetes, e doença vascular periférica, embora não tenha sido estatisticamente significativo.

Conclusão: Os doentes com DRCT sob HD apresentam uma elevada morbi-mortalidade pós-AVC, realçando a complexidade e fragilidade deste grupo. A maioria dos doentes apresentava múltiplos fatores de risco cardiovasculares e uma elevada proporção já com história de evento prévio. A prevenção através do controlo desses fatores revela-se crucial para a diminuição de outcomes indesejáveis.

CO-0179 - (4743) - SÍNDROME SEROTONINÉRGICO: UMA LONGA LISTA DE AGENTES CAUSAIS

Ana Luís Vasconcelos¹; Luís Neves Da Silva¹; Patrícia Cláudio Ferreira¹; Rita Ribeiro Pinto¹; Margarida Monteiro¹; Rosário Araújo¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: O síndrome serotoninérgico (SS) é uma reação adversa a um ou mais fármacos, que potenciam o efeito agonista da serotonina no Sistema Nervoso Central e Periférico. Tem um espectro de manifestações clínicas extenso, pelo que o diagnóstico pode não ser evidente numa primeira abordagem.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 80 anos, com elevado grau de dependência por síndrome demencial, foi encaminhada ao Serviço de Urgência (SU) por febre, sem cedência a paracetamol 1000mg e ibuprofeno 600mg alternados a cada 4h, com 3 dias de evolução. Associadamente com tremor generalizado, prostração e recusa alimentar. Realizou teste SARS-CoV-2, segundo protocolo da sua instituição residencial, que foi positivo. Negada tosse, rinorreia, dispneia, diarreia ou exantema.

Ao exame físico apresentava temperatura auricular de 38,5°C, hipersudorese, hipertonicidade mais evidente nos membros inferiores, tremor generalizado e hiperreflexia. Estava taquicárdica, normotensa, com saturação periférica de oxigénio de 96% em ar ambiente. O estudo analítico mostrou rabdomiólise (cínase da creatina 358U/L e mioglobina 576 ng/mL), sem elevação da proteína C reativa (6 mg/dL) nem leucocitose. A radiografia de tórax não tinha alterações e a TC crânioencefálica mostrou atrofia cerebral global. A revisão da medicação habitual revelou o início de tramadol 100mg/dia 3 semanas antes. Previamente estava medicada com mirtazapina 45mg/dia e lorazepam 2,5mg/dia.

Após 8h no SU, manteve temperatura entre 39-40°C, sem cedência a paracetamol, metamizol, cetorolac e hidrocortisona. Colocada a hipótese de síndrome serotoninérgico, secundário à associação de tramadol e mirtazapina, pelo que iniciou perfusão de midazolam. Após 24h ocorreu resolução da hipertermia, tremor, hipertonicidade e hiperreflexia.

Discussão: O SS deve ser considerado em qualquer doente medicado com agentes de ação central que apresente clonus, agitação, diaforese, tremor, hiperreflexia, hipertonia ou hipertermia. A lista de fármacos é extensa, desde os inibidores da MAO e da recaptção da serotonina, até aos antagonistas 5-HT₃, tramadol, fentanil ou triptanos. Neste caso, o teste SARS-CoV-2 positivo apareceu como um confundidor, representando uma provável infeção assintomática.

Conclusão: O diagnóstico do SS é clínico e exige um elevado grau de suspeição. O tratamento consiste na remoção do precipitante, administração de benzodiazepinas, e, em casos graves, sedação, bloqueio neuromuscular e intubação traqueal.

CO-0180 - (2782) - ESTADO DE MAL FOCAL MALIGNO

Mariana Nunes¹; Ana Maria Carvalho¹; Beatriz Riquito¹; Elisabete Cerqueira¹;
Olívia Cardoso¹; Fernando Salvador¹

1 - Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: As convulsões são uma complicação comum e devastadora de tumores cerebrais primários e metastáticos. Podem ser de origem focal ou generalizadas. Tumores cerebrais e metástases podem causar convulsões por vários mecanismos: alteração na neurotransmissão excitatória e correntes iónicas extracelulares são a mais comum. Outros mecanismos incluem hipóxia, acidose, inflamação, efeitos mecânicos e interrupção da homeostase local com alterações nos eletrólitos, perfusão e metabolismo. O tratamento das crises passa por medicação anticonvulsivante padrão e tratamento do tumor com cirurgia, radioterapia ou terapêutica sistémica.

Caso clínico: Homem, 58 anos, autónomo; sem antecedentes. Recorreu ao serviço de urgência por movimentos involuntários do membro superior direito de início súbito. Negou: perda de consciência, disartria, défice força muscular. Sem episódios anteriores. Ao exame objetivo: Pressão Arterial 125/69 mmHg; Frequencia cardíaca 70 bpm; SatO₂ periférica de 98%. Neurologicamente consciente orientado e colaborante, sem disartria, apraxia da mão direita, por vezes com postura tônica desse membro com clonias. Restante exame sem alterações. Analiticamente sem alterações. TAC CE que revelou lesão expansiva intraparenquimatosa centrada na substância branca em redor do ventrículo lateral esquerdo, de contornos e limites mal definidos, circundada por halo de edema perilesional que se prolonga ao tálamo ipsilateral, de natureza imprecisa. Fez diazepam endovenoso e levetiracetam sem efeito. Por persistência da crise iniciou perfusão valproato sódio e fez midalozam com melhoria transitória. Fez ainda lacosamida 200mg com resposta parcial: 1 hora sem crises. Após esse tempo retomou a crise mas menos notória, com algumas mioclonias do membro superior direito proximal. Fez dexametasona 10 mg com melhor controlo da crise. Foi assumido estado de mal focal. Ficou internado com dexametasona 5 mg 12/12 horas; levetiracetam 1500mg 12/12h + valproato sódio em perfusão + lacosamida 150mg 12/12h. Em internamento completou estudo com RMN CE que levantou hipóteses: tumor glial de alto grau, linfoma, metástase. Foi encaminhado para Neurocirurgia para biopsia da lesão.

Conclusão: Trata-se de um caso de estado de mal focal de etiologia neoplásica. É um caso relevante pela necessidade de múltiplos fármacos para controlo da crise e pela urgência no diagnóstico, uma vez que, o tratamento da causa é essencial no controlo definitivo da crise epilética.

CO-0181 - (2776) - QUEM VÊ FEBRES NÃO VÊ MIELOMALÁCIAS!

Leonor Neves¹; Inês Sousa¹; Teresa Pereira¹; Rita Penaforte¹; Aurora Zanga¹; Beatriz Pereira¹; Mafalda Duarte¹; Margariga Mourato¹; Sofia Furtado¹; Fernando Aldomiro¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução

A temperatura corporal é regulada internamente pelo hipotálamo, via fibras sistema nervoso autónomo. A disreflexia autonómica (DA) é uma consequência de lesão medular acima do nível T6, sendo tanto mais comum e grave quanto maior o grau de compressão medular, e manifestando-se principalmente por crises paroxísticas de hiperativação simpática. O fator desencadeante é, em 85% dos casos, a distensão de vísceras ocas como a bexiga ou a ampola retal.

Caso Clínico

Relata-se o caso de um jovem de 18 anos com história de kernicterus e consequente paralisia cerebral e tetraparésia espástica, trazido ao serviço de urgência por quadro de vômitos e retenção urinária. Encontrava-se desidratado, febril (39.5°C), hipertenso (173/94mmHg), e analiticamente com sódio 174mmol/L e creatinina 4.9mg/dL, sem elevação de parâmetros inflamatórios, sem leucocitúria. Apuraram-se múltiplos episódios idênticos no passado, sempre medicados como infeção urinária. Foi algaliado, iniciou hidratação endovenosa e antibioterapia empírica, verificando-se normalização do sódio e função renal. Permaneceu, contudo, febril (2-3 picos diários) e hipertenso, com episódios de vômito (2-3 vezes/semana) e sucessivas retenções urinárias. Pediram-se múltiplos rastreios alargados de doenças infecciosas, autoimunes e neoplásicas, todos negativos. Realizou tomografia computadorizada da coluna para exclusão de osteomielite que documentou aparente redução do calibre do canal raquidiano devida a fratura recente da vértebra C2. Realizou ressonância magnética cervical que confirmou mielomalácia a nível C1-C2. A lesão foi discutida com a especialidade de Neurocirurgia, considerando-se que poderia explicar a esta constelação prolongada de sintomas e que carecia de intervenção cirúrgica descompressiva – procedimento que decorreu sem intercorrências e sem recrudescência sintomática.

Discussão & Conclusão

As lesões medulares altas causam DA por perda de transmissão, além do nível lesado, da resposta reguladora parassimpática às crises de hiperativação simpática, explicando a ocorrência de episódios recorrentes de hipertensão, febre e gastroparésia. Este caso clínico alerta para a associação entre mielomalácia e febre, especulando-se que a lesão medular possa ter causado tanto a DA como o seu fator desencadeante (retenção urinária); e foi particularmente desafiante porque os antecedentes do doente condicionaram a anamnese e a observação, não tendo sido apurada, até à data, a causa da fratura axial.

CO-0182 - (2360) - EDEMA AGUDO DO PULMÃO APÓS TERAPÊUTICA COM ATIVADOR RECOMBINANTE DO PLASMINOGÉNIO TECIDUAL (R-TPA): A PROPÓSITO DE UM CASO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Madalena Simões De Carvalho¹; João Francisco Abrantes¹; Mariana Belo Nobre¹; Miguel Carrilho¹; Joana Rosa Martins^{1,2}; Ryan Costa Silva^{1,2}

1 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria; 2 - Clínica Universitária de Medicina I, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

O tratamento de eleição no acidente vascular cerebral (AVC) agudo de etiologia isquémica tem por base, sempre que possível, estratégias de reperfusão cerebral através da trombólise com ativador recombinante do plasminogénio tecidual (r-tPA) e/ou trombectomia endovascular (TEV). A trombólise pode associar-se a complicações sendo a hemorragia a mais frequente, mas existem outras mais raras e pouco reconhecidas como o edema agudo do pulmão (EAP) que se associa a morbimortalidade não desprezível. Apresenta-se o caso de uma mulher de 75 anos, sem antecedentes de relevo, que recorreu à urgência por instalação súbita de hemiplegia direita, afasia e desvio da comissura labial (NIHSS 11). Foi ativada a Via Verde de AVC tendo sido documentada em angio-TC crânio-encefálica oclusão distal da artéria cerebral média esquerda (segmento M1) com ASPECTS 10 pelo que foi submetida a trombólise com r-tPA. Durante a realização de r-tPA, instala-se quadro de dispneia com polipneia, taquicardia sem hipertensão, ingurgitamento venoso jugular, fervores de estase bilaterais e insuficiência respiratória parcial com necessidade de aporte de oxigénio por máscara de Venturi com FiO₂ 60% numa doente que previamente se encontrava em ar ambiente e sem sinais de dificuldade respiratória. Foi diagnosticado EAP, hipótese corroborada por exame de imagem ao tórax sendo que a avaliação complementar excluiu outras etiologias nomeadamente embolia pulmonar, evento coronário agudo ou anafilaxia. Instituído estímulo diurético e ventilação não invasiva em modo CPAP com franca melhoria e resolução da hipoxemia tendo-se optado por suspender também r-tPA. Uma vez estabilizada, foi realizada TEV que decorreu sem complicações e na sequência foi admitida em Unidade de AVC onde se objetivou evolução favorável com resolução dos défices neurológicos. A semi-vida plasmática do r-tPA é de 3-5 minutos e a semi-vida de eliminação de 15-90 minutos. Esta janela temporal é consistente com o tempo de instalação do EAP neste caso, admitindo-se que o r-tPA possa ativar quer o sistema do complemento quer a via da bradicinina precipitando EAP. É uma complicação subdiagnosticada com casos isolados descritos na literatura. Efetivamente, alguns desses diagnósticos foram realizados apenas pós-mortem, em autópsias de doentes com AVC submetidos a r-tPA, denotando a importância de monitorizar estes doentes durante a trombólise e o reconhecimento desta complicação potencialmente fatal, de forma a garantir uma abordagem atempada.

CO-0183 - (4904) - DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E GESTÃO DA HIDROCEFALIA DE PRESSÃO NORMAL IDIOPÁTICA NO IDOSO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Raquel Boto²; Liliia Savka¹; Ana Maria Baltazar¹; Carolina Monteiro¹; Alexandra Wahnou¹; Maria José Pires¹; Nuno Reis Carreira¹

1 - ULS de Santa Maria; 2 - ULS de São José

Introdução

A Hidrocefalia de Pressão Normal Idiopática (HPNi) é uma reconhecida causa de demência reversível e representa a forma mais frequente de hidrocefalia em adultos. Este distúrbio, encontrado em idosos, geralmente manifesta-se através de uma tríade de sintomas: alteração progressiva na marcha, declínio cognitivo e incontinência de esfíncteres.

Caso Clínico

Apresentamos um caso clínico de um homem de 74 anos, autónomo, internado no contexto de quedas frequentes e infeção SARS-CoV-2 ligeira sem sinais de pneumopatia em tomografia computadorizada (TC). Durante internamento com realização de TC-CE com padrão imagiológico de hidrocefalia de pressão normal ("alargamento das valas sylvicas bilateralmente, ectasia dos ventrículos laterais com agudização do ângulo caloso (74°), associado a apagamento dos sulcos da alta convexidade fronto-parietal"), acompanhado por episódios de incontinência urinária descritos pelo próprio e provas cognitivo-comportamentais sem alterações relevantes (MoCA 26/30 e MMSE 30/30), em doente com nível de escolaridade de ensino superior (contabilidade). Após reunião com familiares, verificado ligeiro declínio cognitivo no último ano, sem perda de autonomia. À observação, marcha de base alargada com rotação externa de ambos os pés, joelhos semiflectidos e arrastamento dos pés (magnética). Realizada punção lombar (PL) com saída de 26cc de líquido cefalorraquidiano límpido e claro, sem alterações citológicas e com microbiologia e serologias negativas. Reavaliação da marcha após PL com melhoria significativa do padrão da marcha, com menor flexão dos joelhos e menor magnetismo. Realizou reabilitação física em internamento com maior incidência na marcha autónoma que continuou em ambulatório com melhoria significativa e recuperação da sua autonomia prévia.

Discussão

A HPNi trata-se de quadro recidivante, com necessidade de seguimento pela Neurologia e Neurocirurgia, para discussão de colocação de shunt/derivação ventriculoperitoneal. Com um diagnóstico precoce e tratamento adequado, muitos doentes com HPNi apresentam uma melhoria significativa nos sintomas, especialmente na marcha e na função cognitiva, cruciais na preservação da qualidade de vida, promovendo assim o bem-estar e a funcionalidade cognitiva.

Este caso destaca a importância do reconhecimento precoce e da intervenção terapêutica adequada na gestão da HPNi, visando mitigar os sintomas incapacitantes e preservar a funcionalidade cognitiva em pacientes idosos.

CO-0185 - (4417) - DESAFIOS DO PUERPÉRIO: SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO

Filipa Sousa Gonçalves¹; José Fragoso Duro¹; Pedro Da Torre Pinto¹; André Couto Dias¹; Ana Rita Azevedo²; Nina Jancar¹; Mariana Lessa Simões¹; Patrício Aguiar¹

1 - Hospital de Santa Maria, Unidade de Saúde Local de Santa Maria; 2 - Faculdade de Medicina de Lisboa

O síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa) pós-parto, uma microangiopatia trombótica (MAT), tem uma incidência de 1:25000 partos, com diagnóstico diferencial desafiante. A Covid-19 causa MAT através da ativação da via alternativa do complemento, embora existam ainda poucos casos descritos.

Primigesta de 38 anos, sem antecedentes médicos, 38 semanas de gestação, admitida em trabalho de parto e com pesquisa para SARS-Cov2 positiva, assintomática. Parto por cesariana, sem intercorrências imediatas. Apresenta, 6 horas pós-parto, tonturas, obnubilação e hipotensão, sem perdas hemáticas valorizáveis. Analiticamente: anemia (12,6>7,4g/dL), INR 1,43 e creatinina de 0,8>2mg/dL; TC sem hemorragia significativa. Fez fluidoterapia e suporte transfusional, com recuperação tensional e do estado consciência, persistindo em anúria e acidemia metabólica, culminando em diálise. Durante as 24-36h pós-parto, manteve deterioração global, com anemia sem rendimento transfusional (6,5g/dL), haptoglobina <10mg/dL, esquizócitos no esfregaço, trombocitopenia ($85 \times 10^9/L$), creatinina 3,95mg/dL, PCR 28mg/dL e LDH 4192U/L. TC reavaliação: pequenas opacidades em vidro despolido à periferia do lobo pulmonar superior direito, rins com áreas hipocaptantes, sugerindo necrose cortical renal bilateral. Iniciou corticoterapia e piperacilina/tazobactam. Evolução posterior complicada ainda por fenómenos microtrombóticos: lesão miocárdica, enfartes pulmonares e pancreatite. Avaliação complementar: teste antiglobulina direto negativo, estudo autoimune negativo, anticorpos antifosfolipídicos negativos, sFlt1/PIGF ratio 15.4, atividade ADAMTS13 30.5%, pesquisa de toxinas shiga negativa, exames bacteriológicos e serologias negativos. Assim, assumido SHUa pós-parto. Iniciou, 72h pós-parto, eculizumab 900mg/semana, com recuperação progressiva da função renal, anemia e trombocitopenia. Investigação adicional com estudo normal da via alterna do complemento (CFB, CFH, CFI, anti-factor H, AH50) e sem alterações no estudo molecular painel NGS, permitindo equacionar a ativação anormal do complemento na Covid-19 como causa da SHUa.

O SHU pós-parto apresenta-se com elevada morbimortalidade. A intervenção precoce é crucial para melhorar o prognóstico. Na ausência de outras causas de MAT, assumido que a SHUa foi desencadeada pela Covid-19, realçando que esta deve ser considerado como diagnóstico diferencial, não sendo essencial a presença de COVID-19 grave para o desenvolvimento de MAT.

CO-0186 - (4203) - OSTEOPOROSE E RISCO DE FRATURA - REALIDADE DE UMA ENFERMARIA DE MEDICINA

Leonor Reynolds Sousa¹; Rita Silva Vireira¹; Marta Botelho Sousa²; Sara Moreira Dias²; Madalena Vicente²; Ana Catarina Rodrigues²

1 - Instituto Português de Reumatologia; 2 - Unidade Local de Saúde São José

Introdução. A osteoporose (OP) afeta cerca de 10.2% da população portuguesa. O compromisso do metabolismo do osso conduz à alteração da sua microarquitetura e diminuição da massa óssea, aumentando o risco de fratura (RF) e a fragilidade. Em Portugal, em 2019, foram registadas 70.700 fraturas de fragilidade (FF). O FRAX®Port é uma aplicação que permite o cálculo do risco absoluto de fratura para cada doente sem a necessidade de realização de osteodensitometria. Os doentes com alto RF (FRAX® fratura major $\geq 11\%$ ou FRAX® fratura anca $\geq 3\%$) devem ser considerados para tratamento de OP e aqueles que apresentem risco intermédio (FRAX® fratura major $< 11\%$ e $> 7\%$ e FRAX® anca $< 3\%$ e $> 2\%$) devem realizar avaliação da densidade mineral óssea (DMO). Apesar do impacto da OP e das FF e da facilidade de aplicação das ferramentas de avaliação de RF, em Portugal, 75% das mulheres com alto risco de FF não recebe tratamento.

Objetivo. Avaliar o RF e/ou OP e sua abordagem diagnóstica e terapêutica nos doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna.

Material e Métodos. Realizou-se entrevista e consulta de registos clínicos aos doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna em dois pontos no tempo. Foram critérios de exclusão o diagnóstico prévio de OP, idade > 90 anos ou < 40 anos, morte ou diagnóstico de outras patologias com envolvimento ósseo que alteram RF sem influenciarem o score utilizado. Com os dados colhidos, calculou-se o risco de fratura major e da anca para cada doente utilizando a aplicação FRAX®Port.

Resultados. Obtiveram-se dados de 72 doentes, dos quais 46 foram incluídos. Destes, 7 (58.7%) eram do sexo feminino e a idade média obtida foi de 72.0 ± 12.3 anos. A média do FRAX®Port calculado foi de 9.7 ± 7.3 para fratura major e 4.1 ± 4.3 para fratura da anca. Vinte e três doentes (50%) apresentavam alto RF, 1 intermédio RF e 19 baixo RF. Dos que apresentaram alto RF apenas 1 doente (4.35%) tinha realizado tratamento para OP. O doente que apresentou risco intermédio não tinha realizado osteodensitometria. Nove dos doentes (19.6%) tinham história de fratura prévia espontânea ou decorrente de trauma que em indivíduos saudáveis não resultaria em fratura.

Discussão e Conclusão. A realidade nacional do subtratamento dos doentes com alto RF verificou-se na nossa enfermaria. Limitam este estudo o viés dos métodos de colheita de dados, as limitações do FRAX®Port e das recomendações utilizadas para a abordagem do RF e a não avaliação da relação risco-benefício da instituição de terapêutica em cada doente consoante a sua incapacidade funcional já presente. O internamento, por constituir uma oportunidade importante de revisão terapêutica, pode ser um momento fundamental para a mudança desta realidade.

CO-0187 - (4683) - DOENÇA DE FORESTIER E DIABETES MELLITUS – UMA LIGAÇÃO PERIGOSA

Mariana S. Câmara¹; Bernardo Vidal Pimentel¹; Miguel Casimiro¹; Anabela Raimundo¹

1 - Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A Hiperostose Esquelética Idiopática Difusa (HEID), também conhecida como Doença de Forestier ou Hiperostose Anquilosante, é a uma doença óssea e perióssea, não-inflamatória, degenerativa, caracterizada, principalmente, por calcificação e ossificação dos ligamentos paravertebrais e enteses periféricas. A Espondilite Anquilosante (EA) corresponde a um dos principais diagnósticos diferenciais de HEID. Para estabelecer o seu diagnóstico é necessário haver suspeição clínica e achados imagiológicos compatíveis.

Caso clínico: Homem de 73 anos, com diabetes mellitus tipo 2 insulinotratada, complicada de polineuropatia periférica e disautonomia, doença hepática crónica CHILD-PUGH A e história de múltiplas quedas desde há 2 anos, com intensificação da frequência e gravidade nos últimos meses. A última, um mês antes, com fratura do corpo vertebral C7 submetida a cirurgia. Foi internado por dorsalgia após nova queda condicionada em contexto de lipotimia por hipotensão ortostática. A tomografia computadorizada da coluna demonstrou aspeto anquilosante, evidência de fratura vertebral instável na região D12 e ossificação/calcificação extensa do ligamento longitudinal anterior e posterior nas regiões cervical e dorsal, achados sugestivos de HEID. Durante o internamento, após investigação clínica, imagiológica e laboratorial foram excluídas outras hipóteses diagnósticas, nomeadamente EA, assumindo-se o diagnóstico definitivo de HEID. O doente foi submetido a cirurgia, fisioterapia e foram reforçadas medidas de prevenção de quedas.

Discussão & Conclusão: A HEID manifesta-se, clinicamente, por rigidez sobretudo matinal, apesar de etiologia não inflamatória, com dor local e predispõe para fraturas instáveis da coluna vertebral por trauma de baixa energia. A sua prevalência é maior em idades avançadas e em homens. Embora a etiologia não se encontre bem estabelecida, existe uma correlação desta patologia com diabetes mellitus. A disautonomia corresponde a uma das complicações mais difíceis de gerir da diabetes com implicações importantes na qualidade de vida. Neste caso, a associação com a doença de Forestier, potenciou a gravidade das quedas, sendo fundamental estabelecer um plano de reabilitação e prevenção de quedas para melhorar o prognóstico do doente. Salienta-se a importância da gestão multidisciplinar e elevada suspeição clínica para o seu diagnóstico e abordagem adequados.

CO-0188 - (4787) - DISPNEIA: UMA QUEIXA A SER SEMPRE VALORIZADAA. Beatriz Ferreira¹; Rita Costa²; Duarte Lima¹; Inês Neves¹; Cristina Rosário¹

1 - ULS Matosinhos; 2 - IPO Porto

Introdução: A esclerose sistémica é uma doença autoimune, com uma incidência populacional baixa (8 a 56 novos casos por milhão de pessoas). Atinge maioritariamente mulheres e as suas manifestações vão desde manifestações cutâneas a manifestações sistémicas, com alta taxa de morbilidade.

Caso clínico: Homem, 68 anos, autónomo, com limitação funcional progressiva nos últimos 2 anos por dispneia, empresário da construção civil.

Antecedentes de HTA, dislipidemia, hiperuricemia e adenocarcinoma da próstata tratado e sem evidência de recidiva, com história de exposição a aves.

Orientado para consulta externa por queixas com 2 anos de evolução de dispneia para médios esforços a limitar atividades de vida diária, associada a dor torácica retroesternal e tosse seca.

Do estudo inicial TC torácico com sinais de doença intersticial pulmonar, traduzindo-se por densificações em vidro despolido, acentuação do retículo e bronquiectasias de tração. Hemograma, função renal, ionograma, ecocardiograma e cintigrafia de perfusão miocárdica sem alterações de relevo.

Ao exame objetivo, presença de telangiectasias faciais, esclerodactilia, espessamento do freio sublingual, calcinose cutânea e baquetamento digital.

Do estudo alargado: lavado broncoalveolar com alveolite linfocítica neutrofílica, com relação CD4/CD8 baixa e sem isolamentos micro/micobacteriológicos; prova de função respiratória com alteração ventilatória restritiva ligeira e defeito grave da difusão alvéolo-capilar de CO; eletrocardiograma com atraso da condução intraventricular; estudo autoimune com painel positivo para esclerose sistémica - ANA 1:1280 padrão mosqueado, anticorpos anti-dsDNA positivos (25UI/mL), anticorpos anti-Smith positivos (11 U/mL), anticorpos anti-Scl70 positivos e Nor90 fracamente positivos.

Pela gravidade da doença pulmonar, iniciou tratamento com rituximab e nintedanib, tendo apresentado melhoria clínica e estabilidade das provas funcionais respiratórias após 1 ano de tratamento.

Conclusão: Pretendemos com este caso salientar a importância da valorização da clínica de dispneia para o diagnóstico precoce de esclerose sistémica com atingimento pulmonar dada a implicação prognóstica que o tratamento atempado pode ter nestes doentes.

CO-0189 - (4697) - DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR ASSOCIADA A ARTRITE REUMATÓIDE: UMA APRESENTAÇÃO RARA

Inês Duro¹; Mariana Hipólito Reis¹; Rodrigo Meneses Monteiro¹; Joana Serôdio¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução:

A doença pulmonar intersticial (DPI), manifestação pulmonar mais frequente de artrite reumatóide (AR), caracteriza-se por um vasto leque de padrões radiológicos, permanecendo habitualmente assintomática até estadios avançados da doença. O seu diagnóstico é ainda mais desafiador nos raros casos em que corresponde à manifestação inaugural da AR.

Caso Clínico:

Homem, 76 anos, ex-fumador de 57 unidades maço ano, reformado de serralheiro. Síndrome ventilatório obstrutivo, sem clínica habitual; sem história de artralguas inflamatórias.

Admitido por febre, dispneia para pequenos esforços, tosse produtiva e toracalgia pleurítica, com insuficiência respiratória tipo 1 (IR1). Radiografia torácica com padrão reticular, sendo assumida infeção respiratória vírica com sobreinfeção bacteriana e iniciada antibioterapia.

Evolução com IR1 grave e agravamento dos infiltrados bilaterais, de aspeto confluyente e algodinoso, mantendo padrão reticular persistente há pelo menos 2 anos, após revisão retrospectiva. Assim, levantada hipótese de exacerbação aguda (EA) de patologia do interstício prévia, versus pós-infeciosa aguda, a crescer ao diagnóstico diferencial.

Tomografia computadorizada (TC) torácica revelou extensas áreas de densificação parenquimatosas em vidro despolido dispersas bilateralmente com padrão de crazy-paving, reticulação subpleural bilateral e pneumonia bilateral com sinais de enfisema. Assumida EA-DPI, tendo sido escalada antibioterapia, suspensos pneumotóxicos e introduzida corticoterapia com excelente e célere resposta.

TC de reavaliação mostrou bronquiolectasias e fibrose subpleural bilateral, com predominância média, a afetar os lobos inferiores e vertente anterior dos superiores, achados a favor de pneumonia intersticial usual, em provável relação com doença autoimune.

Este padrão, em conjunto títulos elevados de fator reumatóide e anticorpo antipeptídeo citrulinado, e rápida resposta a corticoterapia, na ausência de sinais de doença articular e restante estudo negativo, apoiaram o diagnóstico de DPI-AR. Manteve corticoterapia em desmame lento com reavaliação a curto prazo.

Discussão & Conclusão:

Este caso de manifestação inaugural de AR como DIP em contexto infeccioso sublinha a importância de um diagnóstico diferencial abrangente e minucioso. O reconhecimento da AR como doença sistémica que transcende as articulações é essencial para um diagnóstico e gestão atempados.

CO-0190 - (2637) - DESVENDANDO A SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA: DIAGNÓSTICO DESAFIANTE, TRATAMENTO CRUCIAL

Sofia Gomes Rocha¹; Andreia Machado¹; Marta Anastácio¹; Carolina Palma¹; Manuel Araújo¹; Cândida Fonseca¹

1 - Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental

Introdução:

A síndrome hemofagocítica (SH) é um entidade rara, potencialmente fatal, mais prevalente na infância (com caráter hereditário), podendo ser secundário a neoplasias (principalmente hematológicas), infecções, doenças autoimunes e imunossupressão na idade adulta. Do ponto de vista fisiopatológico, esta síndrome caracteriza-se pela ativação desregulada do sistema imunitário, com ausência de regulação negativa normal por macrófagos e linfócitos, provocando um ambiente hiperinflamatório com importante destruição tecidual. Na maioria dos casos, a sua apresentação clínica é inespecífica, o que provoca um atraso diagnóstico e na sua abordagem.

Caso clínico:

Homem de 84 anos, residente em zona rural, com antecedentes de Linfoma de Hodgkin (LH) clássico, variante celularidade mista, estágio IVA, internado no Serviço de Medicina Interna por neutropenia febril, com isolamento de *Escherichia coli* positiva para extended spectrum beta-lactamase (E.Coli ESBL) em urocultura. Após término do ciclo de antibioterapia, o doente manteve um perfil febril bididário e pancitopenia grave associada. O estudo alargado de síndrome febril indeterminado excluiu causa infecciosa e revelou um HScore de probabilidade de SH >99% por pancitopenia, doença hematológica prévia, ferritina > 10.000ng/mL, fibrinogénio 1.9g/L, triglicéridos 248 mg/dL, AST 131U/L, ALT 55U/L e esplenomegalia documentada em ecografia. Perante o diagnóstico, o doente iniciou dexametasona e etoposido segundo protocolo, tendo atingindo apirexia e melhoria clínica após 48 horas de terapêutica, tendo sido transferido para o Serviço de Hematooncologia.

Discussão & Conclusão:

Os linfomas emergem como as neoplasias mais associadas à SH, tanto como apresentação inaugural do linfoma quanto como complicação em situações de recidiva ou de progressão de doença. Realça-se que a SH associada ao linfoma apresenta uma maior incidência no linfoma de células T/células natural killer (NK), contrastando com uma menor prevalência nos linfomas de células B e, conforme apresentado, no LH. Com este caso, pretendemos alertar para o subdiagnóstico da SH, pela sua inespecificidade clínica e difícil distinção de outros quadros ou comorbilidades e promover a instrução dos clínicos acerca desta entidade, destacar possíveis patologias associadas e assim promover um diagnóstico e tratamento precoces, essenciais à determinação do prognóstico do doente.

CO-0191 - (4447) - GRUPO DE TRABALHO DE IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO SÍNDROMA HEMOFAGOCÍTICO DO ADULTO - RESULTADOS COMPARATIVOS DA COORTE PRÉ E PÓS INSTITUIÇÃO DO PROTOCOLO DE ATUAÇÃO

António Lamas^{4,7}; Daniel G. Oliveira^{1,3,4}; Rute Alves²; Luísa Regadas⁸; Ana Cipriano⁹; Rita Coutinho^{1,5}; Maria Dos Anjos Teixeira⁶; Raquel Faria^{4,7}

1 - i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto; 2 - Serviço de Medicina Intensiva Polivalente, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia; 3 - Unidade de Doenças Autoimunes, Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, Penafiel; 4 - UMIB - Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomédica e ITR - Laboratório para a Investigação Integrativa e translacional em Saúde Populacional, (UIDB/00215/2020; UIDP/00215/2020; LA/P/0064/2020), ICBAS - School of Medicine and Biomedical Sciences, Universidade do Porto; 5 - Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula Óssea, Instituto Português de Oncologia, Porto; 6 - Unidade de Diagnóstico Hematológico Margarida Lima, Unidade Local de Saúde de Santo António, Hospital de Santo António, Porto; 7 - Unidade de Imunologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Santo António, Hospital de Santo António, Porto; 8 - Serviço de Hematologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Hospital de Santo António, Porto; 9 - Serviço de Doenças Infeciosas, Unidade Local de Saúde de Santo António, Hospital de Santo António, Porto

Introdução: O Síndrome Hemofagocítico (HLH) caracteriza-se por desregulação imune, hiperprodução de citocinas, hiperinflamação e dano tecidular. Precipitado por infeção, neoplasia ou doença imunomediada, tem elevada taxa de mortalidade na fase aguda, e fenótipo clínico e gravidade transversais, independentes da etiologia de base. O tratamento precoce é um dos principais modificadores de prognóstico, e a sua identificação atempada é fulcral. Objetivo: Apresentar o protocolo de atuação do grupo de trabalho multidisciplinar para a identificação e tratamento precoce do HLH do adulto e a revisão da coorte de HLH do adulto pré- e pós-instituição do protocolo, analisando impacto na mortalidade.

Material e Métodos: Revisão dos dados demográficos, clínicos (critérios de diagnóstico de HLH, estratificação da disfunção orgânica, precipitantes e doenças de base) e laboratoriais, tratamento dirigido e desfecho da coorte retrospectiva (1-1-2007 a 31-12-2018) e prospetiva (1-1-2019 a 29-02-2024).

Resultados: O protocolo define estratégias para: identificação precoce; caracterização clínica e analítica; pesquisa sistematizada de fatores precipitantes; otimização da terapêutica precoce e adaptada à gravidade clínica, patologia de base, precipitantes e complicações. Foram revistos 60 episódios de HLH em 54 doentes, 22 (37%) episódios na coorte retrospectiva e 38 (63%) na prospetiva. Trinta e cinco (65%) foram homens. Idade média ao diagnóstico do 1º episódio foi de 53,8 anos e duração média de sintomas até ao diagnóstico de 24 dias. Em 55% dos episódios estavam presentes mais de 5 critérios de Henter (HLH-04). A média de H-score máximo foi de 226 pontos. Foi identificado precipitante em 43 (71%) episódios: infeção bacteriana (não-micobactéria) em 15 (28%); vírica em 24 (47%), fúngica em 6 (18%), tuberculose em 5 (13%) e imunoterapia para neoplasia em 3 (15%). Uma doença de base predisponente foi encontrada em 49 (82%) dos episódios, tendo o episódio de HLH sido a primeira apresentação em 23 (38%) dos casos. Trinta e dois doentes (59%) faleceram, 23 dos quais durante o episódio de HLH (mortalidade absoluta associada a HLH de 43%). A mortalidade do HLH na coorte retrospectiva foi de 40% (n= 8/20 doentes) e na prospetiva de 44% (n= 15/34 doentes). Diagnóstico de linfoma foi 5 vezes superior no coorte prospetivo. Mortalidade associada a linfoma foi de 61% (11/18), a neoplasia sólida 40% (2/5), a infeção VIH 50% (4/8), a infeção crónica persistentemente ativa a EBV 100% (2/2) e a Lupus Eritematoso Sistémico 12,5% (1/8).

Discussão/Conclusão: A avaliação sistemática e multidisciplinar do HLH no adulto visa diminuir a mortalidade associada. A experiência de 4 anos da equipa levou a aumento da identificação de doentes com HLH em doença linfoproliferativa de base, podendo explicar o aumento da mortalidade global dos episódios, existindo ainda atraso na identificação do HLH. Reforça-se, assim, a importância da formação continuada, visando a redução da mortalidade no futuro.

CO-0193 - (2721) - TUBERCULOSE ABDOMINAL - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Francisca A. Correia¹; Francisco Portal¹; Catarina Vale¹; Rui Pedro Ribeiro¹; Jorge Oliveira¹; Jorge Almeida¹

1 - Centro Hospitalar Universitário São João

INTRODUÇÃO:

A tuberculose abdominal representa cerca de 5% de todos os casos de tuberculose no mundo e pode envolver o trato gastrointestinal, peritонеu, gânglios linfáticos ou órgãos sólidos. Pode ocorrer por reativação de tuberculose latente, ingestão de micobactérias, disseminação hematogénica ou a partir de órgãos adjacentes. A clínica é inespecífica e o diagnóstico diferencial pode incluir, entre outros, doença inflamatória intestinal e neoplasias com envolvimento peritoneal.

CASO CLÍNICO:

Género feminino, 21 anos, natural de Moçambique, sem antecedentes de relevo. Apresenta-se com astenia, anorexia e perda ponderal com 4 meses de evolução, associado a derrame pleural direito exsudativo de predomínio linfocítico, sem evidência de células malignas, com adenosina desaminase (ADA) normal e isolamento de uma estirpe de *Mycobacterium fortuitum*, não valorizada como agente etiológico; realizada biópsia pleural com resultado inconclusivo. Internada um mês depois, por ascite de grande volume: baixo gradiente, predomínio mononuclear, sem células malignas e com ADA normal. Imagiologicamente com achados sugestivos de carcinomatose peritoneal ou peritonite infecciosa e ainda evidência de adenomegalia peri-gástrica com aspeto necrótico. O estudo do líquido ascítico foi persistentemente negativo para células malignas e sem isolamentos microbiológicos. Efetuada biópsia da adenopatia peri-gástrica e, posteriormente, biópsia laparoscópica peritoneal. Novamente excluída doença neoplásica e evidência histológica de processo granulomatoso, sem identificação de microorganismos. Pela forte suspeita clínica, foi decidido iniciar tratamento dirigido a *Mycobacterium fortuitum*. Entretanto surge isolamento de *Mycobacterium tuberculosis complex* na adenopatia peri-gástrica biopsada. Assumido diagnóstico definitivo de tuberculose abdominal de tipo peritoneal e ganglionar, tendo iniciado terapêutica antibacilar após 30 dias de internamento.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:

Este caso ilustra a grande dificuldade que existe na confirmação de infecção tuberculosa peritoneal dada a baixa sensibilidade dos testes diagnósticos, sendo geralmente necessário efetuar biópsia laparoscópica peritoneal para diagnóstico definitivo e exclusão de envolvimento neoplásico. Perante elevada suspeita clínica com exames negativos, como no caso descrito, é lícito iniciar tratamento antibacilar, de forma a evitar as graves complicações decorrentes de uma tuberculose abdominal não tratada.

CO-0194 - (3994) - GASTROENTERITE AGUDA POR AEROMONAS SOBRIA – UM CASO RARO EM PORTUGAL

João Figueira¹; Ana Tenreiro¹; Marcel Guerreiro²; Sara Dias²; Marília Fernandes²; Heidi Gruner²

1 - Hospital do Espírito Santo de Évora; 2 - Hospital Curry Cabral

O género *Aeromonas* compreende um grupo de bactérias que se associam a quadros gastrointestinais como gastroenterite, podendo causar quadros graves sobretudo em imunocomprometidos. Encontradas habitualmente em meios aquáticos, o contágio ocorre habitualmente através do consumo de alimentos contaminados. Os poucos casos descritos são sobretudo de países asiáticos em desenvolvimento, sendo este um caso raro em Portugal.

Mulher de 81 anos, com dependência ligeira (pontuação de 7 na escala de Lawton & Brody), pluripatológica e polimedicada com 12 fármacos. Com antecedentes de neoplasia da mama submetida a cirurgia e quimiorradioterapia, neoplasia do ovário submetida a ooforectomia, doença pulmonar obstrutiva crónica tabágica, Diabetes mellitus tipo 2, acidente vascular cerebral lacunar sem sequelas, cardiopatia hipertensiva, dislipidemia e obesidade. Com quadro de vómitos e diarreia um dia após consumo de marisco comprado em Portugal, sem origem conhecida. Recorreu ao SU três dias depois, tendo alta para ambulatório medicada com soro de hidratação oral e probióticos. Um dia depois, regressa por aumento da frequência das dejeções e queda da própria altura associada a lipotimia. Negava febre, sangue, muco ou pus nas fezes. Apresentava-se hemodinamicamente estável, mas desidratada. Analiticamente com leucocitose de 15 000/mm³, neutrofilia relativa e elevação da PCR de 113 mg/L, lesão renal aguda AKIN3 com creatinina de 5,8 mg/dL, acidemia metabólica e múltiplos distúrbios iónicos. Iniciou fluidoterapia e suplementação eletrolítica. Identificada *Aeromonas sobria* nas coproculturas, no entanto, após discussão com infeciologia optou-se por não iniciar antibioterapia. Manteve cuidados internada numa unidade de doentes agudos geriátricos. Por manter elevação de parâmetros inflamatórios optou-se pelo início de antibioterapia com cotrimoxazol que cumpriu por 3 dias. Segundo o Mini Nutritional Assessment, sem valores sugestivos de risco nutricional, apresentou melhoria clínica progressiva e recuperação da função renal habitual.

Apesar do desfecho positivo é de salientar que as infeções por *Aeromonas* podem culminar em quadros graves com elevadas taxas de mortalidade, sobretudo em doentes imunocomprometidos, como os idosos e doentes oncológicos. Por este motivo são necessários mais estudos que avaliem o impacto desde patógeno e estimem a sua incidência em Portugal.

CO-0195 - (4505) - ACTINOMICOSE ESOFÁGICA: UM CASO RARO DE DISFAGIA

Beatriz Belo¹; Diogo Macedo¹; Romana Fagundes¹; Rosélia Lima¹; Pedro Magalhães¹

1 - Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

Introdução: A actinomicose é uma infeção rara causada por uma bactéria Gram positiva anaeróbia (*Actinomyces* spp.), comensal da flora orofaríngea, gastrointestinal e genitourinária. Habitualmente causa infeções indolentes em regiões anatómicas típicas (cervicofaciais, abdominais, pélvicas ou pulmonares). As infeções esofágicas são extremamente raras e ocorrem maioritariamente em doentes imunodeprimidos, contudo podem ocorrer em doentes imuno-competentes e mimetizar processos malignos.

Caso Clínico: Homem, 79 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia, doença pulmonar obstrutiva crónica, cardiopatia isquémica e adenocarcinoma do cólon diagnosticado há 9 anos, atualmente em vigilância e sem evidência de recidiva. Recorreu ao serviço de urgência por disfagia progressiva para sólidos com um mês de evolução associada a anorexia, perda ponderal e sensação de impactação retroesternal. Negava sintomas respiratórios ou dor torácica. Exame objetivo sem achados de relevo à exceção de aspeto emagrecido. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou abaulamento da parede esofágica por provável compressão extrínseca, tendo colocado sonda nasogástrica para suporte nutricional. Realizou tomografia computadorizada que evidenciou lesão solitária no terço inferior esofágico de natureza mesenquimatosa, sugestiva de neoplasia e sem características de abscesso. Repetiu a EDA que demonstrou estenose relacionada com lesão previamente descrita e solução de continuidade com tecido de aspeto fibroso, tendo as biópsias revelado infiltrado inflamatório e colónias de bactérias morfológicamente compatível com esofagite aguda por *Actinomyces*, com ausência de displasia ou sinais de malignidade. No restante estudo realizado, não foram encontradas outras causas de infeção/imunossupressão. Iniciou tratamento com Ceftriaxone endovenoso, com resolução progressiva da disfagia. Reavaliação endoscópica às 4 semanas de antibioterapia sem evidência de colónias de bactérias e novamente sem sinais de displasia ou malignidade. À data de alta, proposto cumprir 6 semanas de antibioterapia parentérica e posterior reavaliação endoscópica.

Conclusão: É importante reconhecer as causas infecciosas como mimetizantes de neoplasia, como a infeção por *Actinomyces*. Estão recomendados esquemas prolongados de 4-6 semanas de antibioterapia parentérica, com recurso a penicilina ou beta-lactâmicos, seguidos de antibioterapia oral, que consoante a resposta se poderá prolongar por meses.

CO-0196 - (2334) - HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA – UMA COMPLICAÇÃO RARA DE ENDOCARDITE INFECCIOSA

Ana Rita Tomás¹; Anna Sukhoviyy¹; Maria Carolina Silva¹; Rodrigo Neves Brandão¹; Maria Inês Silva¹; Daniela Madeira¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é uma patologia frequente mas com elevada morbi-mortalidade. As possíveis complicações são várias e incluem alterações cardíacas, neurológicas, renais, musculo-esqueléticas e pulmonares. Apresentamos o caso de um doente com hemorragia alveolar difusa (HAD) em contexto de EI.

Caso clínico: Doente de 96 anos, parcialmente dependente, com antecedentes de fibrilação auricular, hipertensão arterial, dislipidemia e suboclusão intestinal por volvo um mês antes da admissão, internado por insuficiência cardíaca descompensada. À observação detetou-se um sopro sistólico de novo e analiticamente destacava-se aumento dos parâmetros inflamatórios (PI) com leucitose e PCR 35mg/dL e três hemoculturas positivas para *Enterococcus Faecalis* multissensível. Realizou ecocardiogramas transtorácico e transesofágico que identificaram duas vegetações na válvula mitral. Assumiu-se o diagnóstico de EI e foi medicado com ampicilina e ceftriaxone dirigidos com descida concomitante dos PI. Posteriormente evoluiu com espondilodiscite e artrite séptica do ombro em provável contexto de embolização séptica. Na quarta semana de internamento iniciou hemoptises, insuficiência respiratória parcial grave e subida dos PI, pelo que realizou tomografia computadorizada de tórax que mostrou padrão de HAD. Para estudo etiológico, realizou exame microbiológico da expectoração e estudo da autoimunidade que foram negativos. Iniciou pulsos de metilprednisolona e, não sendo possível excluir sobreinfecção bacteriana, foi escalada antibioterapia com a adição de vancomicina e meropenem. Considerando o risco-benefício de medidas invasivas num indivíduo dependente e com várias comorbilidades optou-se por não as iniciar, e o doente acabou por falecer.

Discussão: O caso descrito ilustra a abrangência e gravidade das possíveis complicações da EI, nomeadamente as imunomediadas, que são pouco frequentes e podem incluir glomerulonefrite, nódulos de Osler e manchas de Roth. Aqui, identificou-se HAD presumivelmente secundária a capilarite alveolar por deposição de imunocomplexos, dada a exclusão de outras causas.

Conclusão: A HAD é uma síndrome pouco comum e potencialmente fatal, classicamente associada a patologias autoimunes. Embora raro, na sua génese podem também ser incluídas causas infecciosas como a EI, sendo necessário um alto índice de suspeição. O rápido diagnóstico é fundamental para a instituição de terapêutica dirigida e consequente melhoria do prognóstico.

CO-0197 - (2717) - INFEÇÕES NOSOCOMIAIS E ANTIBIOTERAPIA NO INTERNAMENTO: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

João Vieira Afonso¹; Mafalda Gomes Dos Santos¹; Joana Castro Vieira¹; Ana Filipa Rodrigues¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste - Unidade das Caldas da Rainha

Introdução: As infeções nosocomiais são infeções associadas aos cuidados de saúde cuja prevalência tem vindo a aumentar. Em grande parte das situações estão associadas a dispositivos (cateter venoso central ou cateter urinário), mas podem também surgir em contexto de ferida cirúrgica, tecidos moles ou mesmo pneumonia e colite. Os agentes responsáveis são maioritariamente bacterianos (Staphylococcus, Streptococcus, Enterococcus, Klebsiella, E.Coli, Pseudomona, Proteus e Clostridium), vírus e fungos (cândida). Na Europa a prevalência de infeções nosocomiais varia entre 7.5-19.2%. A principal forma de transmissão é via contato.

Objetivo: Caracterizar e quantificar as infeções nosocomiais num serviço de Medicina Interna, assim como a utilização de antibioterapia e o isolamento de microrganismos.

Material e Métodos: Foi realizado um estudo transversal durante um período de 6 meses no internamento de Medicina Interna. Os doentes incluídos tinham de estar internados no Serviço de Medicina Interna com patologia médica. Foram recolhidos dados demográficos (idade, género); tipo de infeção nosocomial e antibioterapia prescrita. Dados recolhidos através do programa "SClinico". Foram usadas variáveis numéricas (média e desvio padrão) e variáveis categóricas (frequência relativa-%).

Resultados: Dos 370 internados no período de 6 meses, 25% (93) desenvolveram infeções nosocomiais. A idade média dos doentes afetados foi de 77 anos, sendo que 53% eram do sexo masculino. 24% dos doentes foram transferências de outras unidades/serviços.

A média do nº de dias de internamento foi de 21, sendo que o valor máximo foi de 69 dias e o mínimo de 5.

Na amostra, o diagnóstico principal mais prevalente associado às infeções nosocomiais foi o AVC, representando 18%, sendo que a segunda foi a Insuficiência cardíaca com 11%.

As principais infeções nosocomiais foram as cistites agudas (61%), seguida das pneumonias (23%). A E.coli (14%) foi o microrganismo mais frequente, seguido de Klebsiella Pneumoniae (12%), sendo que em 36% dos casos não foi identificado microrganismo.

Em relação a antibioterapia, a Piperacilina-Tazobactam foi a mais utilizada (20%), seguido de Ceftriaxone (17%) e Amoxicilina-Ácido Clavulânico (12%).

A mortalidade nestes doentes foi de 22%.

Conclusões: As infeções nosocomiais são um dos maiores desafios da medicina, especialmente da Medicina Interna, uma vez que se associa a taxas elevadas de morbimortalidade e representa um aumento do tempo de internamento com todas as repercussões que daí advêm.

CO-0198 - (4336) - UM ESTRANHO CASO DE DOR NO PESCOÇO

Gabriela Costeira Paulo¹; Carolina Veiga¹; Rita Sevivas¹; Catarina Pinto Silva¹; Ilda Coelho¹; Carla Lemos Costa¹; Ana Cláudia Carvalho¹

1 - Unidade Local de Saúde Barcelos/Esposende

A espondilodiscite no idoso requer alto nível de suspeição face às alterações degenerativas comuns nesta idade e à difícil interpretação da dor nesse contexto. Homem, 70 anos, diabético. Admitido por cervicalgia mecânica; cefaleia; febre; odinofagia; anorexia; mastodinia. Evolução com lentificação, desorientação e desequilíbrio. Apresentava-se hipotenso, taquicárdico, com hiperemia de orofaringe, sonolento, sem défices focais, sem sinais meníngeos, com restrição do movimento cervical por dor. Analiticamente com trombocitopenia, lesão renal aguda, citocolestase, procalcitonina 6.6 mg/dL. Vírus respiratórios, monospot e teste rápido leptospira negativo. Serologias HIV, hepatites e CMV negativas. TC craneano sem lesões agudas e TC do pescoço normal. TC-TAP com esteatose, hepatoesplenomegalia. Verificado agravamento do estado de consciência, descrito com rigidez da nuca e insuficiência respiratória tipo 1. LCR com apenas 4 células. Iniciado empiricamente ceftriaxone e aciclovir.

Por febre mantida, escalado antibiótico para meropenem, com boa resposta. No entanto, por persistência de cervicalgia, repetiu TC que mostrou coleção basicervical, suspeito de espondilodiscite. LCR estéril, com PCR positiva para EBV (900 cópias/mL). Isolado *Staphylococcus aureus* sensível a metilicina (MSSA) na hemocultura, tendo sido excluídas vegetações em ecocardiograma transesofágico. Suspendeu-se aciclovir e descalada antibioterapia para flucloxacilina.

Na RM observado componente intraventricular decantado posteriormente, esclarecido com Neurorradiologia tratar-se de pús decantado, sem sinais de ventriculite. Observado ainda empiema cervical, com extensão desde o plano do buraco magno até C4, moldando anteriormente o cordão medular. Realizada laminoforaminotomia, cujo microbiológico foi estéril. Cumpriu 17 semanas de antibioterapia com evolução favorável.

O diagnóstico deste doente foi desafiante pelo reconhecimento da cervicalgia como o sintoma principal, sublinhando a importância de uma boa anamnese e da distinção entre rigidez na nuca e tensão muscular. Embora o envolvimento cervical na espondilodiscite seja o menos frequente, está associado a maior gravidade, neste caso complicada com empiema. Relativamente ao resultado de EBV positivo, cargas virais ≥ 2000 cópias/mL sugerem encefalite, enquanto cargas baixas indicam passagem de linfócitos B ligados ao vírus pela barreira hematoencefálica. De salientar que encefalite por EBV é mais comum em imunodeprimidos.

CO-0199 - (4723) - HEMOFILIA A ADQUIRIDA

Mariana S. R. Costa¹; Carlos A. Guimarães¹; Judite Antas¹; Tânia Lopes¹; Márcia Cravo¹; Célia Cruz¹; Sara Morais¹; António Marinho¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução: A hemofilia A adquirida (HAA) é uma entidade rara que afeta 1,5 pessoas/ milhão/ ano. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de auto-anticorpos contra o fator VIII (FVIII), sendo frequentemente associada a doença autoimune ou oncológica, embora em 50% dos casos seja idiopática. A clínica é heterogénea, podendo cursar com hemorragias leves até potencialmente fatais. As estratégias terapêuticas incluem o tratamento do episódio hemorrágico e a erradicação de inibidor com corticoide, associado a ciclofosfamida ou rituximab, em particular nos casos de níveis de FVIII indetetáveis e título de inibidor elevado [> 20 unidades Bethesda (UB)]. A mortalidade previamente atribuída a complicações hemorrágicas tem sido, em estudos recentes, atribuída de igual modo a complicações da imunossupressão.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma doente de 71 anos com leucemia linfocítica crónica sem indicação terapêutica e esclerose sistémica limitada que desenvolveu hematoma espontâneo do membro superior direito de grande volume. Colhido estudo da coagulação, que revelou um prolongamento isolado do TTPa (117.9s), cujo esclarecimento mostrou ausência isolada de FVIII (0%) e título de inibidor 85UB, confirmando o diagnóstico de HAA. Estudos subsequentes demonstraram ser secundária a doença hematológica e autoimune (excluída neoplasia ativa: TAC TAP sem evidência de malignidade e rastreios oncológicos recentes negativos). Iniciou terapêutica hemostática com complexo protrombínico parcialmente ativado (FEIBA) e erradicação de inibidor com corticoterapia. Em discussão multidisciplinar, decidida adição de rituximab em detrimento de ciclofosfamida, pelo melhor perfil de tolerância e menor risco de reações adversas. Apesar de ter efetuado apenas toma única por complicação infecciosa, apresentou boa resposta global, com melhoria franca dos níveis de FVIII e neutralização de inibidor 5 semanas após início de corticoterapia.

Discussão e conclusão: A hemofilia A adquirida é uma patologia rara mas potencialmente fatal, sendo que níveis mais baixos de FVIII e títulos mais altos de inibidor conferem pior prognóstico. O seu reconhecimento precoce é de suma importância, de forma a possibilitar introdução célere de terapêutica e exclusão de entidades associadas (nomeadamente neoplasias). Neste caso, apesar de cumprir critérios para erradicação de inibidor com associação, o risco infeccioso limitou a sua aplicação. Estes doentes devem manter seguimento apertado pelo risco de recorrência.

CO-0200 - (4365) - POLICITEMIA VERA “MASCARADA” - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

João Luís Miranda¹; Adriana Pereira Guedes¹; Jorge Bernardo Reis¹; Raquel Moura¹; Albina Moreira¹; Fábio Murteira¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Introdução

A policitemia vera (PV) é uma doença mieloproliferativa em que existe uma produção desregulada de eritrócitos, sendo as trombozes venosas profundas uma das complicações comuns desta entidade. Por outro lado, a PV cursa também com esplenomegalia e hiperesplenismo, agravados na presença de hipertensão portal.

Caso Clínico

Homem de 35 anos, com antecedentes de esplenomegalia sem etiologia definida (diagnóstico “incidental” há 10 anos, assumida como constitucional), recorre à urgência por dor abdominal intensa e persistente no quadrante superior direito (QSD) e aumento do perímetro abdominal; sem outras queixas, nomeadamente febre, e da restante anamnese de destacar apenas consumos alcoólicos ligeiros. Ao exame objetivo apresentava-se orientado, hemodinamicamente estável, com dor à palpação abdominal no QSD, sem outras alterações. Análises com hemoglobina 15.6 g/dL sem trombocitopenia, discreta citólise hepática com provas de função hepática normais, sem elevação de parâmetros inflamatórios. Realizou ecografia abdominal que demonstrou trombose completa da veia porta e esplenomegalia maciça (diâmetro bipolar 27 cm), tendo iniciado hipocoagulação com enoxaparina e sido internado.

Durante o seguimento com melhoria clínica progressiva, realizou ainda endoscopia digestiva alta que mostrou varizes esofágicas de grande volume, tendo sido posteriormente documentada evolução com transformação cavernomatosa da trombose da porta. Do estudo etiológico extenso realizado, o único fator etiológico identificado foi uma mutação no gene JAK2; foi realizada biópsia da medula óssea que confirmou o diagnóstico de síndrome mieloproliferativa - PV JAK2+.

Após iniciar terapêutica com hidroxiureia, o doente desenvolveu ligeira anemia e trombocitopenia, compatíveis com resposta expectável ao tratamento. Revendo todo o historial de hemogramas do doente, foi possível constatar que em nenhum período apresentou eritrocitose hematócrito aumentado, fenómeno conhecido como “masked PV”.

Discussão e Conclusão: A PV é geralmente um diagnóstico intuitivo na presença de eritrocitose, achado que pode passar despercebido na presença concomitante de hiperesplenismo. Por outro lado, a presença de linhagens hematológicas absolutamente normais no contexto de esplenomegalia maciça deve fazer considerar essa hipótese, sendo também recomendado o teste genético a todos os casos de trombose da veia porta sem etiologia clara dada a sua elevada prevalência nessa população.

CO-0201 - (2939) - TERAPIA DIURÉTICA E DESEQUILÍBRIOS ELETROLÍTICOS NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA GERIDA EM AMBULATÓRIO

Leonor Neves¹; Ant3nio Pessoa²; Sara Gonalves²; Margarida Madeira²; Hugo Viegas²; Cris3lida Ferreira²; Ana Sousa²; Teresa Pereira¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca; 2 - Hospital S3o Bernardo

Introdu3o: Os diur3ticos, em particular os diur3ticos de ansa, s3o a pedra basilar no tratamento da insufici3ncia card3aca aguda (ICA) congestiva. O “bloqueio sequencial do nefr3nio”, estrat3gia de associa3o de diferentes diur3ticos que atuam em diferentes regi3es que comp3em a sua estrutura, est3 recomendado em doentes com ICA congestiva refrat3ria. Uma associa3o muito frequente 3 a de tiazidas e diur3ticos de ansa, extremamente eficaz mas que pode, contudo, condicionar desequil3brios eletrol3ticos e afetar inversamente o desfecho dos doentes.

Objetivos: Avaliar o efeito do uso de diur3ticos de ansa e tiaz3dicos, relativamente 3 ocorr3ncia de desequil3brios eletrol3ticos e 3 sua tradu3o em eventos adversos, em doentes com ICA congestiva geridos em ambiente de hospital de dia de uma unidade de IC.

Material e M3todos: Realiz3mos um estudo retrospectivo de coorte, unic3trico. Analisaram-se admiss3es consecutivas em hospital de dia, de doentes com ICA congestiva, de maio de 2022 a maro de 2023. Avaliaram-se as caracter3sticas basais da popula3o, as classes de diur3tico utilizadas e a sua forma de administra3o, a ocorr3ncia de desequil3brios eletrol3ticos a sua tradu3o em eventos adversos (definidos como sintomas atribu3dos ao desequil3brio eletrol3tico, necessidade de internamento e morte atribu3da ao desequil3brio eletrol3tico).

Resultados: O estudo incluiu 88 doentes com idade m3dia de 74 (± 12) anos e maior preval3ncia do sexo masculino (n=57, 65%). Metade dos doentes tinha IC de etiologia isqu3mica (n=47, 53%), e a fra3o m3dia de eje3o do ventr3culo esquerdo era de 43% (± 13). Relativamente 3 terap3utica modificadora de progn3stico, cerca de 46% dos doentes estava sob ARNI, 52% sob inibidores da ECA/ARA, 89% sob beta-bloqueantes e 86% sob inibidores da SGLT2. A n3vel de comorbilidades de risco cardiovascular, 46% tinham diabetes, 86% hipertens3o e 61% tinham doena renal cr3nica. Registou-se um total de 139 epis3dios de ICA congestiva. Em 91% (n=80) dos casos, foi administrada furosemida de forma endovenosa. Em 36% (n=32) dos epis3dios, foi administrada metolazona de forma oral. Verificaram-se desequil3brios eletrol3ticos em 23% (n=20) dos casos, correspondendo 11% a hipocali3mia, 13% a hiponatr3mia e 13% a hipomagnesi3mia. O uso de metolazona foi mais frequentemente associado 3 hiponatr3mia (24 vs 7%, p=0,006) e hipocali3mia (22 vs 4%, p=0,002). Os doentes reportaram sintomas que, em 12% (n=11) dos casos, vieram a atribu3dos aos desequil3brios eletrol3ticos. O internamento foi necess3rio em 12% (n=11) dos casos, 7% devido 3 persist3ncia da congest3o e 5% devido a altera3es anal3ticas graves. Tr3s doentes morreram.

Discuss3o & Conclus3o: A terap3utica diur3tica 3 crucial ao manejo de ICA congestiva em regime ambulat3rio, prevenindo internamentos. No entanto, os desequil3brios eletrol3ticos a ela associados s3o frequentes e podem associar-se a eventos adversos. Recomenda-se, por isso, uma monitoriza3o reforada destes doentes.

CO-0202 - (5070) - LEVOSIMENDAM EM PULSOS NA GESTÃO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AVANÇADA EM AMBULATÓRIO – A REALIDADE DE UM HOSPITAL DE DIA

Elisabete Ribeiro¹; Ana Carvalho²; André Silva³; Raquel Moura⁴; Margarida Rosado⁶; Mariana Estrela⁴; Inês Miranda³; Filipa Monteiro⁵; Célia Henriques³; Inês Araújo³; Cândida Fonseca³

1 - Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães; 2 - CHTMAD; 3 - CHLO; 4 - CHVNGE; 5 - HGO; 6 - CHUA

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é um motivo frequente de ida à urgência e consequente internamento, sendo uma importante causa de morbimortalidade. A evolução da IC, independentemente da etiologia, pode cursar com múltiplas descompensações. A gestão destes doentes passa não só pelo tratamento de possíveis descompensações, mas também pela palição numa fase avançada. O levosimendan em pulsos tem um papel fulcral na gestão em ambulatório da IC avançada.

Objetivos: avaliar as características demográficas e clínicas dos doentes com diagnóstico de IC seguidos em Hospital de Dia sob terapêutica com levosimendan em pulsos.

Material/Métodos: estudo retrospectivo unicêntrico dos doentes com IC avançada sob levosimendan em pulsos a cada duas semanas em Hospital de Dia numa Clínica de IC de um hospital universitário, no período de janeiro de 2019 a novembro de 2023. Analisámos as seguintes variáveis: sexo, idade, estratificação da IC, etiologia, terapêutica instituída e taxa de internamento.

Resultados: Dos 23 casos analisados, 87% eram do sexo masculino. Verificou-se que a idade média no início da terapêutica com levosimendan em pulsos foi de 68 anos. A etiologia da IC mais prevalente foi a isquémica (56,5%). Todos estavam sob terapêutica modificadora de prognóstico nas doses máximas toleradas. Destes doentes, 39,1% eram portadores de CDI, 4,4% eram portadores de pacemaker, 30,4% eram portadores de CRT-D e 26,9% não tinham qualquer dispositivo. Em todos os doentes sob levosimendan em pulsos em regime de Hospital Dia o intuito foi paliativo, à excepção de um no qual foi iniciado como ponte para transplante. Destes, cinco foram encaminhados à Consulta de Cuidados Paliativos. Verificou-se que o número médio de sessões do total de doentes foi de 18,7 sessões. Todos realizaram ecocardiograma prévio ao início de tratamento e aos 6M após início de terapêutica. A FEVE média inicial foi de 24% e a FEVE média aos 6M foi de 28%, verificando-se uma variação média da FEVE de 4%. Relativamente à classe NYHA inicial: 48% estavam em classe NYHA IV, 48% em classe NYHA III e 4% em classe NYHA II; na reavaliação aos 6 meses: 72% em classe NYHA II, 21% em classe NYHA III e 7% em classe NYHA I. Relativamente aos reinternamentos por descompensações da IC, houve 4 reinternamentos aos 30 dias e 4 reinternamentos aos 6 meses. Na amostra apresentada, ao longo do protocolo de levosimendan em pulsos, foi possível titular a terapêutica modificadora de prognóstico em 65% dos doentes, sem efeitos adversos relevantes.

Conclusão: O uso de levosimendan em pulsos na IC avançada, em ambulatório e com efeito paliativo foi bem tolerado e teve impacto na qualidade de vida dos doentes, com melhoria na classe funcional de NYHA bem como na FEVE e no número reduzido de internamentos nesta população de alto risco, conforme ilustrado nesta análise estatística.

CO-0203 - (4579) - ISGLT-2 – UMA CLASSE MULTIFACETADA

Catarina Freitas Artilheiro¹; Diogo Borges¹; João Neves¹; Sofia Quaresma¹; Andreia Nunes¹; Pedro Beirão¹

1 - Hospital Garcia de Orta

Introdução: A Doença Renal Crónica (DRC) e a Insuficiência Cardíaca (IC) são patologias frequentes nas enfermarias de Medicina Interna (MI). A utilização de Inibidores do Co-transportador Tipo 2 de Sódio-glicose (iSGLT2) está preconizada neste tipo de patologias dado o seu efeito de proteção cardiorrenovascular.

Objetivos: Verificar a prescrição da classe iSGLT2 em doentes com IC e/ou DRC à data de alta ao longo de 1 ano.

Avaliar o impacto da terapêutica com iSGLT2 no reinternamento e mortalidade num período de 6 meses.

Material e Métodos: Estudo observacional retrospectivo, tendo como amostra os doentes que tiveram alta clínica de uma enfermaria de MI num hospital terciário entre 01/07/2022 e 30/06/2023, com DRC e/ou IC. Os dados foram colhidos através da consulta de processos clínicos no SClínico e a análise estatística feita com SPSS®. Variáveis contínuas foram expressas como média±desvio-padrão, variáveis categóricas foram expressas como valores absolutos e percentagens, comparações foram feitas com o teste T. Valores de $p < 0.05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados: Foram incluídos na presente investigação 183 doentes, dos quais 72,1% (n=132) apresentavam IC (54,6% com FEj preservada), 78,7% (n=144) apresentavam DRC (com TFG média de $50,6 \pm 24,5$ ml/min/1.73m²), e 50,8% (n=93) apresentavam ambas as patologias. A amostra é constituída em 57,4% por mulheres (n=105), com média de idades de $81,2 \pm 10,5$ anos. Da amostra, 16,9% encontravam-se sob iSGLT-2 previamente ao internamento, tendo 29% dos doentes tido alta com um iSGLT-2. Dos doentes que tiveram alta com iSGLT-2, 18,9% foram reinternados (n=10) e 13,2% (n=7) faleceram aos 6 meses. Por comparação, nos doentes com alta sem iSGLT-2, 29,2% (n=38) foram reinternados e 30% (n=39) acabaram por falecer ao fim de 6 meses. Verificou-se uma redução de 10,3% ($p > 0,05$) dos reinternamentos aos 6 meses e de 16,8% ($p > 0,05$) da mortalidade nesse mesmo período, nos doentes que tiveram alta com iSGLT-2 face aos que tiveram alta sem iSGLT-2.

Discussão: Verificou-se uma redução estatisticamente não significativa da morbimorbilidade dos doentes sob iSGLT-2 aos 6 meses.

Observou-se, ainda, um aumento da prescrição da classe iSGLT-2 de 12%, em doentes com IC e/ou DRC. De entre os doentes que tiveram alta sem um fármaco desta classe, salienta-se a existência de doentes que cumpriam critérios para tal. Ainda assim, admite-se que a opção de não prescrição de um fármaco iSGLT-2 possa ser, em parte, justificada pela faixa etária dos doentes (19,7% dos quais com idades >90 anos) - nos quais se pode considerar reduzido o benefício a longo prazo - e pela TFG (9,8% dos doentes com $TFG < 20$ ml/min/1.73m²) - sem indicação formal para iniciar iSGLT-2.

Conclusão: A terapêutica com fármacos da classe iSGLT-2 traduziu-se numa redução da morbimortalidade aos 6 meses. Não obstante, a prescrição desta classe farmacológica é ainda subótima na população com IC e/ou DRC.

CO-0204 - (4414) - UMA QUEDA DE PARTIR O CORAÇÃO

Margarida Arantes Silva¹; Isabel Viana Novo¹; Filipa Guedes¹; Sílvia Oliveira¹; Rita S. Xavier¹; Carla Madureira Pinto¹; Renato Maia Nogueira¹; Mário Esteves¹

1 - Centro Hospitalar Médio Ave

A Cardiomiopatia de Takotsubo, ou síndrome de balonamento apical transitório, é uma disfunção sistólica regional do ventrículo esquerdo, na ausência de doença arterial coronária, afetando, na generalidade, a motilidade de territórios perfundidos por mais do que uma artéria coronária epicárdica.

Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino com 77 anos de idade, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, patologia osteoarticular degenerativa e osteoporose, que deu entrada no serviço de urgência após queda nas escadas com TCE e perda de consciência transitória durante cerca de 2 minutos. Observada inicialmente por Cirurgia Geral com evidência de fratura da escama temporal com extensão a mastoide e fraturas de arcos costais 6° a 8° à esquerda. Após discussão com neurocirurgia e pela ausência de necessidade cuidados cirúrgicos, pedida colaboração de Medicina Interna pela perda de consciência. À observação inicial a doente encontrava-se vigil, orientada e colaborante, hipotensa e taquicárdica. Realizado eletrocardiograma em ritmo sinusal, sem alterações de relevo. No entanto por elevação de troponina de alta sensibilidade, realizada ecoscopia com evidência de acinesia de todo segmento apical, com balonamento e hipercontratilidade dos segmentos basais e disfunção global ligeira. Após discussão com Cardiologia, e atendendo ao achado típico de cardiomiopatia de Takotsubo, foi internada para vigilância e continuação de cuidados. Manteve monitorização eletrocardiográfica durante 48 horas, sem intercorrências, permanecendo durante o internamento assintomática do ponto de vista cardíaco, hemodinamicamente estável, com diminuição progressiva dos marcadores de necrose miocárdica e do NTProBNP. Ao 3° dia de internamento, realizado ecocardiograma com “Função sistólica global do ventrículo esquerdo ligeiramente deprimida, acinesia do ápex e todos os segmentos periapicais (apical ballooning) e hipercontratilidade dos segmentos basais. Função sistólica global do ventrículo direito conservada”. Foi iniciada terapêutica modificadora de prognóstico conforme tolerância tensional da doente, sendo, à data de alta, orientada para consulta externa de Cardiologia.

A importância deste caso prende-se com a crescente incidência de cardiomiopatia associada a stress e à consequente necessidade de consciencialização para esta entidade que tem impacto significativo em doentes mesmo sem historial prévio de insuficiência cardíaca.

CO-0205 - (2702) - REFINING CARDIOVASCULAR RISK ASSESSMENT IN TYPE 2 DIABETES: SCORE2-DIABETES PERSPECTIVE

Francisco Salvaterra¹; Isabel Cruz Carvalho¹; Nuno Magalhães¹; Mariana Alves¹; Nayive Gomez¹; Alda Jordão¹

1 - ULS SANTA MARIA

INTRODUCTION

Patients with diabetes have been classified as having a high or very high cardiovascular risk. The 2021 guidelines from the European Society of Cardiology (ESC) emphasize the ongoing need for improved development of risk scores specifically tailored for evaluating cardiovascular risk in individuals with type 2 Diabetes Mellitus. Acknowledging this necessity, the ESC guidelines of 2023 introduced SCORE2-Diabetes, a predictive model created to assess the 10-year Cardiovascular Disease (CVD) risk specifically in Type 2 Diabetes Mellitus patients. By combining traditional and diabetes-specific risk factors, this innovative tool aims to enhance risk stratification and management, providing a nuanced approach to prevent cardiovascular diseases in this high-risk population.

AIM

Our study aims to calculate and analyse the changes in cardiovascular risk within a cohort of patients with diabetes, utilizing the SCORE2-Diabetes.

METHOD

Cross-sectional, observational, descriptive and unicentric study. A cohort of patients aged 18 or older with Type 2 Diabetes, attending the Day Hospital, were included. Individuals on steroids or erythropoietin stimulating agents, those undergoing dialysis, pregnant patients, and anyone who could not comply or provide informed consent was excluded. Data was collected to calculate SCORE2-DM, including age, gender, age at diabetes onset, glycated hemoglobin, HDL cholesterol, total cholesterol, estimated glomerular filtration rate, systolic blood pressure and smoking status. Descriptive and inferential analysis was performed using STATAv18 software.

RESULTS

A sample of 60 patients was considered, with 56 ultimately selected for inclusion. The median age was 68 years old (IQR 59; 75), with males constituting 55% of the sample and smokers 11%. Median glycated hemoglobin was 7% (IQR 6.5, 8.1). Utilizing the SCORE2-Diabetes for cardiovascular risk stratification, results showed 4% of patients at low risk, 18% at moderate risk, 41% at high risk, and 38% at very high risk. Notably, 21% of patients were classified as low or moderate risk, a significant finding given that previous guidelines typically categorized individuals with Diabetes Mellitus as high or very high risk. These downgraded patients were younger, has smaller disease duration and higher estimated glomerular filtration rate ($p < 0.05$).

CONCLUSION

Our findings reveal a substantial proportion of patients previously categorized as high or very high risk now falling into the low or moderate-risk categories. The simplicity in calculation emphasize SCORE2-Diabetes' potential to refine precision in managing cardiovascular risk for this high-risk population.

CO-0206 - (2633) - ANÁLISE RETROSPETIVA DE UTILIZAÇÃO DE ISGLT2 PARA TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Constantin Sitari¹; Rosario Blanco Sáez¹; Paulo Alano¹; Rafaela Pereira¹; Nina Boer¹; Ana Pimenta De Castro¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve, Hospital de Faro

Introdução: As guidelines recentes do tratamento da insuficiência cardíaca (IC) recomendam utilização dos inibidores de SGLT2 (iSGLT2) como terapêutica modificadora de prognóstico (TMP). A terapêutica com iSGLT2 tem sido associada a uma redução de internamentos por IC e mortes cardiovasculares em doentes com IC indiferente da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE)

Objetivos: Avaliar o uso da TMP com iSGLT2 em doentes internados no serviço de Medicina Interna (SMI) com o diagnóstico de IC-FEr, ligeiramente reduzida (IC-FEmr), preservada (IC-FEp) e não estratificada.

Material e Métodos: Foram analisados retrospectivamente 585 internamentos consecutivos com diagnósticos (principais e secundários) de IC no SMI num hospital de nível III durante os primeiros 6 meses do ano de 2023. Os dados foram recolhidos do arquivo clínico eletrónico, tendo sido avaliados os seguintes parâmetros: a idade, o sexo, a classificação da IC pela FEVE, terapêutica com iSGLT pré e pós internamento e a função renal, através do cálculo de clearance de creatinina (CrCl) calculado pela equação CKD-EPI.

Resultados: Da amostra de 585 de doentes internados com diagnóstico de IC, foram excluídos 196 doentes que faleceram durante o internamento. Foram avaliados os 389 de doentes que tiveram alta hospitalar. A IC foi o diagnóstico principal em 32,39% (N=126) dos internamentos e diagnóstico secundário em 67,61% (N=263). A idade média na amostra foi de 82,13 anos. O sexo feminino foi mais prevalente: mulheres 57,58% (N=224), homens 42,42% (N=165). 47,55% (N=185) dos doentes não tinham estratificação ecocardiográfica da IC; 38,31% (N=149) tiveram diagnóstico de IC-FEp; 9,52% (N=37) de IC-FEr; 4,62% (N=18) de IC-FEmr respetivamente. Durante internamento iniciaram iSGLT2 55 doentes (14,14%), sendo que no dia de alta 29,56% (N=115) de doentes estavam medicados com iSGLT2. Dos 70,44% (N=274) de doentes não medicados no dia de alta com iSGLT2, 72 (26,28%) tinham contra-indicação pela mesma (apresentavam CrCl < 25 ml/min/1.73m²). Nenhum doente interrompeu tratamento com iSGLT2 devido a efeitos indesejáveis.

Discussão e Conclusão: Os iSGLT apresentam uma arma terapêutica eficaz e segura para tratamento de IC independentemente da FEVE. A análise dos resultados deste estudo mostrou que embora houve um aumento do número de doentes que passaram a realizar terapêutica com iSGLT2, o número permanece ainda baixo, mesmo excluindo os doentes com contra-indicações. É necessário realizar esforço suplementar para otimizar a TMP em todos os internamentos seja a IC o diagnóstico principal ou não, evitando a inercia terapêutica.

CO-0207 - (4169) - DIRECT-ACTING ANTIVIRAL THERAPY FOR HEPATITIS C VIRUS HCV INFECTION IS ASSOCIATED WITH BETTER VALUE OF CARDIOVASCULAR PARAMETERS (CVP)

Roman Khomynets¹; Yolanda Sá Pereira¹; Cristina Alcantara¹; Fátima Veloso¹; Paula Alcântara¹; Calos Santos Moreira¹

1 - ULSSM/CAML

Introduction: The Hepatitis C (HCV) is an infectious disease that can cause serious complications, such as cirrhosis, liver failure and neoplasms. The HCV is associated with an increased risk of cardiovascular disease, which involves the heart and blood vessels. Some of the factors that may contribute to this risk are chronic inflammation, oxidative stress, dyslipidemia, insulin resistance and high blood pressure. The treatment of hepatitis C has evolved a lot in recent years, with the development of direct-acting antivirals (DAA), which can have beneficial effects on cardiovascular parameters (CVP), which are indicators of the health of the circulatory system.

Methods: We studied the impact of chronic hepatitis C treatment on cardiovascular parameters, in a prospective comparison study before and after six months, 1, 2 and 3 years after completing treatment. Patients underwent clinical examination, body mass index (BMI), routine laboratory tests, echocardiogram, ambulatory blood pressure measurement (ABPM), measurement of carotid-femoral pulse wave velocity (cfPWV), central aortic blood pressure and echocardiogram. The groups were matched by sex, age and history of hypertension. The model was the paired Student's t-test, with $p < 0.01$. We studied 40 patients diagnosed with hypertension (AH) and 48 without hypertension (AH). We found that there was an increase in cardiac diastolic parameters in both groups with an increase in the Left Ventricular Relaxation Time (LVRT), table 1. We also found a decrease in central pressure with a decrease in pulse pressure and a decrease in pulse wave velocity (Table 1). We found a regression between central pulse pressure and pulse wave velocity ($r = 0.84$, $p < 0.01$).

Conclusions: After treatment with DAA, there was an improvement in PWV, cardiac diastolic parameters and central pressure values in both groups. Our study demonstrated that patients with hepatitis C present lesions in vascular and cardiac parameters and that these lesions tend to increase if there is another factor such as hypertension. These observations reinforce the growing evidence of the association between chronic hepatitis C and cardiovascular disease, and a significant reduction in that risk because of appropriate treatment.

CO-0209 - (4640) - SOB O VÉU DA ATAXIA

Ana Mafalda Abrantes¹; Marco Cristo Tomaz²; Sara Salema Travassos¹;
Inês Parreira¹; Carolina António Santos¹; António Pais Lacerda¹;
António Martins Baptista¹; Ana Alves Cardoso¹

1 - Serviço de Medicina Interna - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital Santa Maria; 2 - Unidade Local de Saúde da Arrábida

Introdução:

A síndrome Miller Fisher (SMF) ocorre em 5 a 10% dos casos de síndrome Guillain Barré (SGB). Caracteriza-se por oftalmoplegia, ataxia e areflexia e, em um quarto dos casos, fraqueza muscular dos membros. Os anti-gangliosídeos IgG Gd1b estão presentes na maioria dos casos.

Caso clínico:

Homem, 60 anos, sem antecedentes de relevo. Recorre ao Serviço de Urgência por parestesias nas extremidades distais das mãos e pés com 3 dias de evolução, bem como, desequilíbrio e alterações na marcha. Refere história de infeção respiratória superior autolimitada há 1 mês. Exame objetivo com reflexos osteotendinosos bicipitais hipoactivos, rotulianos e anquilianos abolidos; prova calcanhar joelho com ataxia à esquerda, marcha autónoma com alargamento da base de sustentação. Avaliação laboratorial e TC-CE sem alterações. Estudo complementar com punção lombar que não revelou dissociação albumino-citológico, exame bacteriológico e micológico negativo, serologias infecciosas negativas, anticorpos anti-gangliosídeos IgG Gd1b e GQ1b positivos. Eletromiografia (EMG) com achados sugestivos de SGB, variante SMF. Iniciada terapêutica com imunoglobulina (IgGIV) 0.4mg/kg/dia com agravamento clínico inicial com progressão proximal de parestesias nos membros, hiperestesia dos membros inferiores abaixo do joelho, marcha atáxica e ataxia dos membros superiores. Houve evolução favorável após cumprir 5 dias de IgGIV com reversão parcial dos défices e contínua melhoria após programa prolongado de reabilitação.

Conclusão:

O presente caso ilustra a heterogeneidade clínica da SGB. As parestesias distais não são achados típicos de SMF e o EMG é frequentemente normal. A correta apreciação clínica, além da confirmação laboratorial e eletromiográfica, foram essenciais para a distinção com outras entidades.

CO-0210 - (2775) - MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DO SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

Madalena Costa Santos¹; Joana Gouveia¹; Miguel Carrilho¹; Mariana Nobre¹; Joana Martins¹; Alba Acabado¹

1 - ULS, Hospital Santa Maria

A Síndrome de Guillain Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia inflamatória desmielinizante aguda (PIDA), que provoca uma paralisia motora flácida, com arreflexia, de evolução rápida e padrão ascendente, sendo a principal causa de paralisia flácida aguda a nível mundial.

Apresenta-se o caso clínico de uma mulher, 43 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 6 semanas de evolução, inicialmente caracterizado por cefaleias frontais, cervicalgia e sinal de Lhermitte, que terá durado 2 semanas. Posteriormente, notou parestesias na mão e braço esquerdos, com diminuição da força associada, e progressão “em relógio” durante uma semana, para o membro superior (MS) direito e membros inferiores (MI), de caráter flutuante, condicionando instabilidade da marcha. Ao exame objetivo destacava-se diminuição da força grau 4 nos MS e MI, ROTs abolidos nos 4 membros, hipoestesia dolorosa nos 4 membros com sensibilidade mantida na região do tronco e Romberg positivo. Da extensa investigação complementar realizada destacava-se a presença de acentuada polineuropatia sensitivo-motora desmielinizante em eletromiografia e punção lombar com dissociação albuminocitológica. Foi assumido o diagnóstico de SGB, forma desmielinizante, com uma evolução subaguda e atípica, tendo cumprido 5 dias de terapêutica com imunoglobulina (IgIV) com melhoria dos défices neurológicos.

A apresentação inicial deste caso clínico remete para uma doença desmielinizante com lesão medular, não só pelo tempo de evolução do quadro, mas também pelos sintomas em si, nomeadamente presença de sinal de Lhermitte e progressão típica das parestesias e da paresia dos membros. Todavia, a ausência de espasticidade, hiperreflexia ou RCP em extensão no exame neurológico, e a ausência de lesão medular nos exames de imagem, levam a que a marcha diagnóstica seja orientada para uma doença com envolvimento do 2º neurónio. Os achados acima descritos na eletromiografia e na punção lombar complementam a hipótese diagnóstica de PIDA, bem como, a resolução dos sintomas após terapêutica com IgIV.

Com este caso clínico, os autores pretendem descrever uma manifestação atípica do SGB, e sobretudo realçar a importância de uma abordagem clínica detalhada, a fim de se obter um diagnóstico correto e realizar o tratamento adequado em cada doente.

CO-0211 - (2282) - DOENÇA DE HUNTINGTON: A BUSCA PELA CAUSA

João Francisco Gouveia¹; Mariana Andrade¹; Mónica Caldeira¹; Carlos Lélis¹; Rafael Freitas¹

1 - Hospital Central do Funchal

Introdução: A Doença de Huntington (DH) é uma doença neurodegenerativa rara caracterizada por sintomas neuropsiquiátricos e défices cognitivos. Esta doença hereditária autossómica dominante afecta predominantemente o Sistema Nervoso Central (SNC) e apresenta como principal determinante da idade de início das manifestações clínicas o número de repetições do trinucleótido CAG no gene HTT.

Caso clínico: Homem de 40 anos, com história pessoal de patologia psiquiátrica não especificada, iniciou quadro de disfagia para sólidos um mês antes da sua admissão no serviço de urgência (SU). Previamente seguido em consulta de Psiquiatria e medicado com olanzapina 15mg e clonazepam 2mg. Sem história familiar de relevo. À observação inicial: discinésias oromandibulares e oculares; marcha ampla e instabilidade postural. Endoscopia digestiva alta: sem alterações. Avaliação psiquiátrica: humor eutímico, sono regularizado, temperamento ansioso; da opinião de que fármacos antipsicóticos prescritos não justificavam o quadro clínico, tendo sido sugerida exclusão de causa orgânica. Teve alta e foi encaminhado para consulta de Neurologia. Em consulta de Neurologia, um mês após a alta do SU, mantinha discinésias da face e foram solicitados os seguintes exames complementares: ressonância magnética do crânio e eletromiografia, que não revelaram alterações. Um ano após a última admissão, trazido novamente ao SU por heteroagressividade e quedas frequentes. Tomografia computadorizada de crânio: padrão de atrofia cerebral cortical difusa e discreta atrofia cerebelar bi-hemisférica. Foi internado para estudo do quadro clínico. Durante o internamento, realizou nova ressonância magnética do crânio: atrofia cortico-subcortical generalizada; foi avaliado pela Oftalmologia: anel de Kayser-Fleischer não observado; e solicitado estudo genético para DH: detectada expansão da repetição CAG em heterozigotia no gene HTT. Apresentou melhoria das discinésias após aumento progressivo da dose de tetrabenazina e teve alta com acompanhamento de equipa multidisciplinar.

Discussão & Conclusão: As manifestações clínicas documentadas neste caso, bem como a presença da expansão da repetição CAG no gene HTT confirmaram o diagnóstico de DH. No entanto, este diagnóstico nem sempre é feito. Com este relato clínico pretende-se assim salientar a importância da DH no diagnóstico diferencial, particularmente de casos que envolvem história pessoal de doença psiquiátrica e movimentos involuntários de novo.

CO-0212 - (2262) - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL CARDIOEMBOLICO E TERAPÊUTICA ANTICOAGULANTE EM DOENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Marta Fernandes¹; Nadine Almeida¹; Yolanda Martins¹

1 - ULS de Entre o Douro e Vouga

O acidente vascular cerebral (AVC) é a primeira causa de morte e incapacidade em Portugal. Entre 13 e 26% dos AVC isquémicos são relacionados com fibrilação auricular (FA). A transformação hemorrágica é relatada em cerca de 9% dos casos. Não existe consenso entre sociedades científicas quanto ao início da anticoagulação após AVC isquémico, sendo que em Portugal preconiza-se o início entre o 3º e 12º dias de acordo com a gravidade.

Objetivo: Avaliar a indicação e início da terapêutica anticoagulante em doentes internados com AVC no Serviço de Medicina Interna (SMI)

Métodos: Estudo retrospectivo, observacional em adultos com diagnóstico de AVC internados no SMI em 2022. Dados colhidos a partir do processo clínico após autorização da comissão de ética. Avaliados critérios para início de anticoagulação assim como o dia de início. Excluídos doentes falecidos durante o internamento ou transferidos para outras instituições.

Resultados: Internados 134 doentes com AVC no SMI em 2022. Destes, 41 faleceram durante o internamento ou foram transferidos para outras unidades, pelo que foram analisados um total de 93 doentes. Dos 93 doentes, 96% apresentavam AVC isquémico. As etiologias mais frequentes foram aterosclerose (50.5%) e cardioembólica (40.5%), sendo que em 2.3% a etiologia não foi identificada. Foram analisados 36 doentes com etiologia cardioembólica e FA. Metade destes iniciaram hipocoagulação no internamento: 11 nas primeiras 48h, 3 entre o 3º e 6º dias, 2 entre o 7º e o 14º dias e 1 ao 15º dia de internamento. Cinco doentes iniciaram anticoagulação apenas na alta. Foi reportada uma complicação hemorrágica não fatal (hematoma da mão) num doente que iniciou anticoagulação nas primeiras 24h de internamento e não existiram complicações hemorrágicas fatais. Dos 36 doentes com indicação para anticoagulação, 16 já estariam anticoagulados antes internamento, sendo que apenas 13 mantiveram a anticoagulação. Dos 18 doentes que não foram anticoagulados, à data de alta, 7 foram medicados com antiagregante e os restantes sem qualquer terapêutica antitrombótica ou anticoagulante. As justificações para não anticoagular apenas estavam descritas em 4. A mortalidade a 30 dias nos doentes com AVC isquémico cardioembólico foi de 22.2% e foi igual no grupos com e sem anticoagulação.

Conclusão: Nos resultados obtidos verifica-se que muitos doentes já se encontravam anticoagulados antes do AVC. Apesar de não se ter estudado, a causa para novo AVC pode dever-se a má adesão ou subdosagem. Em alguns casos o anticoagulante foi alterado por outro com mecanismos diferentes. Os dados analisados permitem-nos confirmar a heterogeneidade nas atitudes tidas nos doentes internados com AVC. Verifica-se que a FA mantém importância significativa como fator de risco, sendo a prevenção e o início da anticoagulação fulcrais. Permite-nos ainda refletir sobre a importância de melhorar registos clínicos, nomeadamente a explicitação do motivo e a escolha da data do início da anticoagulação.

CO-0217 - (2246) - PROJECTO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO: RESULTADOS PRELIMINARES

Manuel G. Costa¹; Diogo Cruz¹; Joana Rodrigues Dos Santos¹

1 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: Uma doença crónica complexa (DCC) é uma condição de difícil gestão que necessita de um plano individual ajustado às necessidades do doente. Os doentes com DCC apresentam frequentemente mais contactos com os serviços de urgência e hospitalizações. Modelos de gestão da DCC centrados no doente demonstraram melhorar a sobrevivência e qualidade de vida destes doentes.

Objectivos: Aferir o impacto de uma abordagem multidisciplinar e personalizada na utilização do Serviço de Urgência Geral (SU) de um hospital distrital.

Material e métodos: Identificaram-se todos os doentes adultos com 15 ou mais admissões no SU durante o ano de 2022. Implementou-se um programa multidisciplinar de personalização dos cuidados médicos durante 4 meses. Avaliou-se o número de admissões no SU destes doentes durante o período da intervenção. Realizou-se uma comparação estatística entre o grupo antes e durante o período da intervenção recorrendo ao Teste T para grupos de amostras emparelhados.

Resultados: Identificaram-se 21 doentes pelos critérios amostrais, correspondendo a 525 admissões no SU durante 2022, 131 admissões por quadrimestre ($6,25 \pm 4,75$ por doente). Dois terços dos doentes ($n = 14$) apresentava pelo menos 2 patologias de gestão potencialmente complexa. Durante o período da intervenção, observaram-se 117 admissões no SU ($5,58 \pm 7,95$ por doente), número que não é estatisticamente diferente do prévio à intervenção ($p=0,655$). Ainda assim, em 15 doentes (71,4%) observou-se uma redução absoluta do número de admissões no SU.

Discussão e Conclusão: A aplicação de um programa multidisciplinar com intervenções personalizadas e centradas nas necessidades individuais de cada doente mostrou reduzir as admissões no SU na maioria dos doentes intervencionados. Ainda que os resultados obtidos não demonstrem uma redução estatisticamente significativa do número global das admissões no SU, há que ter em conta a reduzida dimensão da amostra e o período limitado da intervenção. A expansão do projecto-piloto implementado poderá vir a obter resultados significativos na redução do número de admissões no SU por parte de doentes com DCC. Este potencial benefício, cumulativo com os já demonstrados por projectos semelhantes, será de destacada relevância no contexto socio-político-económico actual.

CO-0218 - (2339) - ASSESSMENT OF POINT-OF-CARE REAGENT-LESS HEMOGRAM ANALYSIS IN THE EMERGENCY ROOM USING A DROP OF BLOOD – THE PREMIER STUDY

Ana Rita Antunes¹; Diogo Macedo¹; Miguel Ângelo Sousa¹; Marta Oliveira²; Tiago Gregório³; Rui Costa Martins⁴

1 - CHVNGE - Hospital Centre of Vila Nova de Gaia e Espinho, R. Conceição Fernandes - Vila Nova de Gaia, Portugal; 2 - Hospital CUF Porto - Estr. da Circunvalação 14341, 4100-180 Porto; 3 - CHVNGE - Hospital Centre of Vila Nova de Gaia e Espinho, R. Conceição Fernandes - Vila Nova de Gaia, Portugal CINTESIS- Centro de Investigação em Tecnologias da Saúde. R. Dr. Plácido Costa, 4200-450 Porto- Portugal; 4 - INESC TEC - Institute for Systems and Robotics and Computer Engineering, Technology and Science - Campus da FEUP, Porto - Portugal

Introduction: Animal studies have demonstrated that hemogram analysis using reagent-less spectral technology at the point-of-care (POC) with an ultra-portable device that requires a single drop of blood is feasible. Such device, powered by artificial intelligence, provides unequivocal advantages in terms of convenience, real-time results, pain-free procedure and reduced risk of infection.

Objectives: The aim of this study was to test the performance of the same device in determining red blood cell count (RBC), hemoglobin concentration (Hgb) and hematocrit (Htc) in adult human patients attending an emergency service.

Materials and Methods: A consecutive sample of 123 adult patients recruited at our emergency department was included for analysis. After informed consent, blood samples were collected by means of standardized venipuncture procedures and an ultra-portable mobile phone spectrometer system was used to record the blood spectra in the ultra-violet, visible, and near-infrared (UV-Vis-NIR, 300-850nm) in a single drop of blood. Obtained spectra were pre-processed for scattering corrections and the relationship to hemogram parameters was computed using a self-learning artificial intelligence algorithm. Observed results were then compared to hemogram parameters obtained with the remaining sample using a Sysmex XN series auto-hematology analyzer and the sodium lauryl sulfate (SLS) method for measuring Hgb concentration.

Results: Spectral POC was able to distinguish the levels of RBC, Hgb, and Htc of human blood with good agreement with the laboratory standard method: correlation coefficients for RBC, Hgb and Htc were 0.77, 0.74 and 0.74 respectively, whereas corresponding total errors were 7.3, 6.4 and 7.6%. These metrics allowed distinguishing both abnormally low and high levels of these hemogram parameters in the context of emergency room for a rapid judgment and integration with other clinical information.

Conclusions: Spectral POC is a promising technique for fast, convenient, pain-free point-of-care hemogram analysis in human patients. More studies are required to refine and validate the instrument, as well as broaden the parameters analysed.

CO-0219 - (2690) - A PERTINÊNCIA DAS UNIDADES DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO - ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS INTERNAMENTOS PARA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

Maria Beatriz Marques¹; Matilde Coimbra¹; Joana Nunes¹; Catarina Lourenço¹; Tiago Mesquita¹; Beatriz Ângelo¹; Cleida Moeda¹; Renata Ribeiro¹; José Delgado Alves^{1,2,3}

1 - Serviço de Medicina IV, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; 2 - Unidade de Doenças Imunomediadas Sistémicas; 3 - Nova Medical School da Universidade Nova de Lisboa

A Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro para 2021-2030 assenta na prevenção, deteção precoce, diagnóstico e tratamento. Para o diagnóstico precoce, o Serviço Nacional de Saúde financia programas de rastreio de cancro de base populacional, sendo os diagnósticos guiados por sinais ou sintomas realizados nos cuidados de saúde primários, em consultas de especialidades hospitalares e, cada vez mais, nos serviços de urgência e nos serviços Medicina Interna, em virtude da ausência de respostas atempadas nos 2 primeiros cenários. A Unidade de Diagnóstico Rápido (UDR) apresentada seria vocacionada para o diagnóstico, em regime ambulatorio, de situações clínicas que incluíssem sinais e sintomas não específicos, mas preocupantes para o diagnóstico de neoplasias. Os seus objetivos seriam melhorar o tempo de resposta hospitalar a doentes com os referidos sintomas, contribuindo para a deteção e diagnóstico precoces e melhorando a experiência global do doente.

Avaliar a pertinência da criação de uma UDR num hospital distrital da área metropolitana de Lisboa.

Análise retrospectiva da coorte de doentes internados num serviço de Medicina Interna durante o ano de 2022 e avaliação da presença de critérios de referência à UDR. Definiram-se como critérios de inclusão ter >18 anos e 1 dos seguintes, desde que não explicados por diagnósticos conhecidos: sintomas constitucionais, alterações relevantes no exame objetivo, alterações laboratoriais ou imagiológicas persistentes. Definiram-se como critérios de exclusão indicação para internamento por insuficiência aguda de órgão ou repercussão hematológica grave, sinais ou sintomas sugestivos de lesão primária específica de órgão, e dependência para as atividades de vida diária.

Do total de 1412 doentes internados, 150 foram internados para investigação diagnóstica. Destes, 117 tinham critérios de inclusão e 58 foram excluídos por apresentarem critérios de internamento. Foram incluídos 59 doentes com idade média de 67,1 ($\pm 16,4$) anos. 76,3% (n=45) dos doentes apresentavam sintomas constitucionais, mais frequentemente fadiga (64,4%, n=38) e perda ponderal (52,5%, n=31), 49,2% (n=29) alterações relevantes ao exame objetivo e 66,1% (n=39) alterações laboratoriais ou imagiológicas persistentes. A mediana do tempo de internamento foi 6 dias (IQR 4-12). 39% (n=23) dos doentes foram diagnosticados com neoplasias, dos quais 25,4% (n=15) em estádios avançados (3 e 4), 27,11% (n=16) com doenças graves não oncológicas.

A ausência de respostas ambulatoriais céleres e adequadas para doentes com sinais ou sintomas preocupantes, tem acarretado a necessidade de internamento para investigação diagnóstica e a apresentação em contextos que necessitam de abordagem urgente em internamento. Uma UDR poderia melhorar o tempo de resposta ambulatoria a estes doentes, reduzindo pelo menos 566 dias de internamento/ ano em serviço de Medicina Interna e melhorando a experiência global do doente.

CO-0220 - (2750) - PICTURE IM: PORTUGUESE INITIATIVE FOR CHARACTERIZING HOSPITALIZATION: A MULTICENTER RETROSPECTIVE REPORT OF INTERNAL MEDICINE

Ana Rita Ramalho¹; Beatriz Castro Silva²; Carlos Gonçalves³; Filipa Ferreira Rodrigues⁴; Filipe Alfaiate⁵; Flávia Freitas⁶; Ricardo Ascensão⁷; Adriana Guedes⁸; Ana Beatriz Silva⁹; Ana Isabel Oliveira¹⁰; Ana Mota Magalhães¹; Ana Patrícia Nunes¹¹; Ana Paula Rezende¹²; Ana Rita Sárria²³; Ana Teresa Rocha²¹; André Carmo¹; Andreia Mandim¹³; Angélica Lopes¹⁴; António Sousa¹⁵; Bárbara Lemos⁷; Bárbara Silva¹⁰; Beatriz Ferreira¹⁴; Beatriz Ribeiro¹⁶; Bruno Campos⁷; Carolina Anjo⁹; Carolina Câmara¹⁷; Carolina Gomes¹⁰; Carolina Queijo¹⁵; Carolina Roias¹⁷; Catarina Forra¹⁶; Catarina Silva^{6,9}; Catarina Veiga⁹; Cláudia Diogo⁷; Cláudia Ferreira¹¹; Cristiana Teles²¹; Daniela Aparício⁹; Daniela Duarte⁹; Daniela Mateus¹⁰; Desirée Farinha¹⁰; Diana Brites¹⁶; Diogo Dias⁵; Duarte Lima²³; Fabiola Figueiredo⁹; Francisca Pereira¹⁴; Francisco Gonçalves⁹; Gabriel Ferreira²; Guilherme Salavisa¹⁶; Helena Antunes¹⁷; Helena Greenfield²³; Hugo Ventura⁹; Inês Albergaria⁹; Inês Ferreira³; Inês Peneda Ferreira¹⁵; Inês Miranda¹⁴; Inês Moreira¹⁷; Inês Pereira¹; Inês Pinheiro¹⁸; Inês Rento⁹; Inês Santos¹⁴; Jéssica Abreu¹⁰; Jéssica Oliveira⁹; Jerina Nogueira¹²; Joana Aguiar¹⁹; Joana Costa⁹; Joana Cunha⁹; Joana Moniz⁷; Joana Pereira¹⁰; João Barroso¹⁰; João Lopes²¹; Lueji Gumbe⁷; Luís Mendes⁹; Mafalda Ferreira¹⁶; Maria Quaresma¹⁰; Mariana Oliveira¹⁷; Mariana Marques¹⁰; Marina Pereira¹⁶; Marta Carinhas²⁰; Mauro Marques⁷; Micaela Sousa²¹; Miguel Oliveira¹⁷; Mónica Jardim¹¹; Monique Alves¹⁵; Nídia Oliveira⁹; Nuno Fontes²³; Patrícia Fernandes⁹; Pedro Simões²¹; Raquel Figueiredo²¹; Renato Gonçalves²²; Ricardo Raposo¹⁷; Ricardo Veiga⁹; Rita Albergaria¹⁷; Rita Bragança¹⁵; Rita Diz²¹; Rita Noversa De Sousa²³; Rita Xavier²⁴; Rui Parente¹⁶; Sara Gomes¹¹; Sérgio Madureira²⁵; Sofia Cruz¹⁰; Sofia Pereira⁹; Sofia Ramalho¹⁴; Soraia Pinho⁷; Tânia Mendes¹⁰; Tatiana Cardoso⁹; Andreia Vilas-Boas¹⁹; Luísa Eça Guimarães¹³; Nuno Bernardino Vieira²⁶; Lèlita Santos¹; Mariana Abegão²⁶

1 - ULS Coimbra; 2 - Hospital Beatriz Ângelo; 3 - ULS Alto Minho; 4 - ULS Santo António; 5 - ULS Alentejo Central; 6 - ULS Barcelos/Esposende; 7 - ULS Leiria; 8 - ULS Gaia e Espinho; 9 - ULS Viseu Dão-Lafões; 10 - ULS Estuário do Tejo; 11 - Hospital Dr. Nélio Mendonça; 12 - ULS Norte Alentejano; 13 - ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde; 14 - ULS Lisboa Ocidental; 15 - ULS Trás-os-Montes e Alto Douro; 16 - ULS Castelo Branco; 17 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; 18 - ULS Região de Aveiro; 19 - Hospital da Luz Arrábida; 20 - ULS Arco Ribeirinho; 21 - ULS Nordeste; 22 - ULS Cova da Beira; 23 - ULS Matosinhos; 24 - ULS Médio Ave; 25 - ULS São João; 26 - ULS Algarve

Introdução: Apesar de muitos estudos serem conduzidos nos doentes internados nos Serviços de Medicina Interna (SMI), muitos poucos avaliam as principais patologias geridas neste contexto, não existindo dados recentes em Portugal, sendo por isso fundamental esta caracterização.

Objetivos: Descrever as características dos doentes internados nos SMI. Determinar a prevalência de doentes internados por motivos sociais.

Material e Métodos: Estudo observacional, retrospectivo, com colheita de dados relativos às características demográficas, comorbilidades e polimedicação, diagnósticos principais e secundários, mortalidade intra e extra-hospitalar, e readmissões. Realizou-se uma análise descritiva e comparativa entre os grupos A (hospital central) e B (hospital distrital) e entre os tempos 1 (25 e 31 de agosto de 2022) e 2 (1 e 7 de janeiro de 2023). A análise estatística realizou-se com recurso ao STATA®.

Resultados: Incluíram-se 6656 doentes de 25 SMI (ainda em fase de recrutamento), 2557 no grupo A e 4099 no grupo B. A idade média foi de $77 \pm 13,8$ anos, a mediana do índice de KATZ foi de 4, sendo a maioria (51%) do género masculino. Os 5 principais diagnósticos foram a pneumonia (20%), a insuficiência cardíaca aguda (8%), as infeções do trato urinário (7%), a sépsis (5%), a doença neoplásica (4%), sendo o grupo X do ICD-10 responsável por 32% dos internamentos. A mortalidade intra-hospitalar foi de 15%, inferior à que seria esperada a 10 anos pelo índice de Charlson (5 ± 3). A duração média do internamento foi de 21 ± 37 dias. Em 15% o internamento prolongou-se por causas sociais, com um tempo médio entre as altas clínica e hospitalar de 38 ± 70 dias. O motivo social foi a causa de internamento em 0,7% dos internamentos. Entre os grupos A1 e B1 verificaram-se diferenças na idade (78 vs 76, $p < 0.05$), no género (46% vs 53% masculino, $p < 0.05$), na distribuição dos grupos nosológicos dos diagnósticos principais (p.ex, 5% vs 11% dos diagnósticos pertenciam ao grupo I do ICD-10, $p < 0.05$). Entre os grupos A2 e B2 verificaram-se diferenças na idade (80 vs 77, $p < 0.05$), na duração do internamento (21 vs 19, $p = 0.04$), na proporção de casos sociais (15% vs 12%, $p = 0.01$), e na distribuição dos grupos nosológicos dos diagnósticos principais (p.ex, 18% vs 25% dos diagnósticos pertenciam ao grupo IX do ICD-10, $p < 0.05$). Não se verificaram diferenças na mortalidade intra-hospitalar entre A1 e B1 (14% vs 14%, $p = 0.08$), nem entre A2 e B2 (15% vs 15%, $p = 0.94$), mas verificaram-se na proporção de internamentos sociais entre A e B (17% vs 14%, $p = 0.01$).

Discussão e Conclusão: A população internada nos SMI é uma população idosa, com motivo de internamento heterogéneo, característica ímpar da MI. Parece haver diferenças nas características dos internamentos entre hospitais centrais e distritais e entre os meses de verão e de inverno. O conhecimento destes dados é fundamental para a implementação de políticas de saúde que visem melhorar os serviços e a formação em Portugal.

CO-0221 - (4053) - IMPACTO DA QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO NA ALTA

Inês Domingues¹; Patrícia Santos¹; Fábio Pé D'Arca Barbosa¹; Vanda Spencer¹

1 - Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO: Uma boa comunicação oral/escrita é crucial aquando da alta hospitalar, sendo fundamental na adesão terapêutica, orientação e evicção de agravamento clínico após a alta.

OBJETIVOS: Avaliar a comunicação médica, compreensão da nota de alta (NA) e estudar o seu impacto na evolução clínica.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospectivo com aplicação de questionário telefónico a utente/familiar de referência, todos internados ao cuidado da mesma equipa médica no período de 01/07/2023 a 31/10/2023. Excluíram-se doentes com óbito durante ou após o internamento.

RESULTADOS: Do total de 36 inquiridos a idade mediana foi de 80 anos. Após leitura da NA, 23.5% responderam que tiveram dúvidas na compreensão das recomendações e terapêutica sendo que destes, 75% apresentavam grau de escolaridade inferior ao 4º ano. A 77.8% dos doentes, foi também explicada oralmente a proposta terapêutica, entre os quais 23.8% permaneceram as dúvidas com a NA. Dos que não se recordam de receber explicações orais, 33.3% afirmaram que não ficaram esclarecidos. 36.8% receberam duplicado em separado da proposta terapêutica, dos quais 92.9% referem ter facilitado o entendimento. Em relação à afluência ao Serviço de Urgência (SU), verificou-se diminuição da recorrência pela mesma causa em doentes esclarecidos (33.3%), comparativamente aos cuja interpretação da NA deixou dúvidas (66.7%). 41.7% dos doentes foram referenciados à consulta de Medicina Interna (MI). Neste grupo, após a alta, 6.7% recorreram ao SU comparativamente a 19% no grupo não referenciado à consulta de Medicina Interna. Porém 91.7% dos doentes confirmaram ter Médico de Família (MF), sendo que 66.7% foi a consulta no centro de saúde de rotina após a alta mas desses, 48.7% necessitaram de recorrer posteriormente ao SU. Apenas 8.3% dos doentes que não recorreram ao MF foram ao SU. O número de re-internamentos pela mesma causa foi independente do grau de esclarecimento. O grau de satisfação com o acompanhamento médico foi de 88.9%.

DISCUSSÃO: Doentes mais esclarecidos com a NA recorrem menos ao SU. Um menor grau de escolaridade associa-se a mais dúvidas na interpretação da NA. A explicação oral adicional e/ou entrega de duplicado com terapêutica facilita a compreensão.

CONCLUSÃO: Uma boa comunicação na alta contribui para a promoção da saúde a longo prazo. É necessário investir no treino de competências de comunicação e empenho para tornar a NA mais perceptível e adaptada cada doente. Apesar da análise estar limitada pela amostra reduzida, os autores consideram os dados promissores enfatizando a importância de existirem mais estudos na área. A referenciação para consulta de MI após a alta associou-se a menos idas ao SU. Já consulta de MF após a alta não reduziu a afluência.

CO-0222 - (4136) - INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS NO INTERNAMENTO - UMA REALIDADE SUBVALORIZADA

Ana Albuquerque¹; Rafael Terceiro¹; Carolina Palma¹; Daniela Cruz¹;
Inês Pintassilgo¹

1 - Hospital Garcia de Orta

Em Portugal, a polimedicação é uma realidade, particularmente relevante em doentes internados. As interações medicamentosas são uma potencial consequência desta, sendo importante a sua identificação de modo a evitar efeitos adversos. O objetivo deste estudo é identificar a frequência destas interações nas enfermarias de Medicina Interna.

Foi realizado um estudo observacional transversal, que consistiu na revisão da terapêutica dos doentes internados, durante um dia, nas enfermarias de Medicina Interna de um hospital terciário. Foi utilizado o software Lexicomp® drug interaction para identificar as interações medicamentosas, particularmente as de tipo X (evitar associação) e D (considerar modificar terapêutica).

Foram revistas as terapêuticas de 113 doentes, 49,6% dos quais eram homens, com uma média de idade de 79 anos. O número médio de fármacos prescritos por doente foi de 10,1. Foram identificadas interações medicamentosas de categoria X e D em 69% dos doentes. Foram identificadas 172 interações medicamentosas no total (de ambas as categorias), sendo que 23,8% das interações foram de categoria X. O fármaco mais frequentemente associado a interações da categoria X foi o brometo de ipratrópio (34): com quetiapina (11), butilescopolamina (4), hidroxizina (3), haloperidol (1), risperidona (1), atropina (1), pelo potencial aumento do efeito anticolinérgico de ambos; com propranolol (1), por diminuição do efeito broncodilatador e com cloreto de potássio (1), por aumento do efeito ulcerogénico deste último. A quetiapina foi também identificada em interações de categoria X com a metoclopramida (3), uma vez que esta potencia os efeitos tóxicos da quetiapina, e cloreto de potássio (1), por potenciar o seu efeito ulcerogénico. Destaca-se a interação de categoria X entre cefuroxima administrada por via oral com pantoprazol (1), uma vez que este diminui a absorção do antibiótico. A claritromicina foi também associada a interação medicamentosa de categoria X com: tansulosina (1) e alprazolam (1), aumentando a concentração destes dois fármacos, e amiodarona (1) por levar a prolongamento do intervalo QT. Em relação às interações de categoria D, é de realçar que o fármaco mais frequentemente identificado em interações foi a enoxaparina (51) com antiagregantes (15) e outros fármacos com ação antiagregante como a sertralina (10) e o escitalopram (10), por aumento do efeito do anticoagulante, e com anti-inflamatórios não esteróides como o metamizol (15), que também potenciam o efeito do anticoagulante.

O estudo revela uma elevada prevalência de interações medicamentosas nas enfermarias de Medicina Interna, resultado da polimedicação dos doentes internados. Realça-se a importância de adotar medidas que minimizem estas ocorrências, nomeadamente através de sistemas informáticos/prescrição computadorizada e cooperação entre a farmácia hospitalar e as enfermarias.

CO-0223 - (2444) - HIPOCALEMIA: UMA CAUSA A NÃO ESQUECER

Beatriz André Marques¹; Carolina Fernandes²; Cláudia Diogo²; Ana Ponciano²; Maria Jesus Banza²

1 - IPO - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil; 2 - ULS Região de Leiria - Hospital de Santo André

Introdução

A hipocalémia é uma alteração hidroeletrólítica comum e potencialmente fatal. Uma causa de hipocalémia é a Acidose Tubular Renal que, apesar de rara e subdiagnosticada, consiste na manifestação renal mais comum da Síndrome de Sjögren primária.

Caso Clínico

Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, 72 anos de idade, com diagnóstico de Síndrome de Sjögren primária, que foi enviada ao serviço de urgência por queixas de fraqueza generalizada, sem outra sintomatologia acompanhante. A gasimetria arterial revelava acidemia por acidose metabólica com gap aniónico normal e hipocalémia grave (pH 7.29; HCO⁻³ 11 mmol/L; gap aniónico 17 mmol/L; K⁺ 2.4 mmol/L), confirmada com o nível sérico de potássio (K⁺ 2.5 mmol/L). Da consulta do processo clínico destacam-se múltiplas vindas recentes ao serviço de urgência, com o diagnóstico de hipocalémia. No internamento, após suplementação endovenosa de potássio e bicarbonato, verificou-se uma melhoria do quadro clínico. Integrando as alterações hidroeletrólíticas e os antecedentes pessoais da doente considerou-se como mais provável tratar-se de uma Acidose Tubular Renal tipo 1 por envolvimento renal da Síndrome de Sjögren primária. Posteriormente, a doente teve alta com agente alcalinizante, sem novos episódios de hipocalémia desde então.

Discussão

A Síndrome de Sjögren primária é uma doença autoimune que se caracteriza pela inflamação crónica e infiltração linfocítica de glândulas exócrinas, mas também de outros órgãos. O atingimento renal desta síndrome é muito heterogéneo, sendo a forma mais comum a nefrite tubulointersticial que se manifesta por alterações da função tubular, nomeadamente, sob a forma de Acidose Tubular Renal tipo 1. As principais alterações analíticas associadas são a hipocalémia grave e persistente, níveis baixos de bicarbonato plasmático condicionando acidose metabólica hiperclorémica e o pH urinário elevado. O tratamento é de suporte, incluindo suplementação com potássio e agentes alcalinizantes.

Conclusão

Perante doentes com hipocalémia persistente e após exclusão de causas comuns de hipocalémia (diminuição do aporte alimentar de K⁺; vómitos; diarreia; hipersudorese profusa; utilização de diuréticos e/ou antibioterapia recente) é importante incluir no diagnóstico diferencial a Acidose Tubular Renal tipo 1 sobretudo se existir um diagnóstico de patologia auto-imune que se associe a esta entidade, como a Síndrome de Sjögren.

CO-0225 - (2719) - DENGUE OU LIMITAÇÃO DOS TESTES DIAGNÓSTICOS DISPONÍVEIS?

Cátia Martins¹; Rui Fernandes¹; Luísa Teixeira¹; Alexandra Rodrigues¹; Maria Aguiar¹; Dinarte Abreu¹; Teresa Faria¹

1 - Hospital Central do Funchal

Introdução: As zoonoses são um diagnóstico a considerar perante quadros febris inespecíficos. A infeção por vírus Dengue transmite-se através da picada do mosquito do género *Aedes* sp, é assintomática na maioria dos casos, mas uma parte dos indivíduos desenvolve doença que varia desde um quadro febril até choque. Os autores apresentam o caso clínico, no sentido de alertar para a importância da suspeita do diagnóstico, atendendo à inespecificidade clínica e por ser uma zona onde existe o mosquito transmissor.

Caso Clínico: Mulher de 33 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorre ao serviço de urgência (SU) por cefaleia frontal e dor retro-orbitária, mialgias e aftas na mucosa oral com 10 dias de evolução. Já tinha recorrido ao SU, tendo sido medicada sintomaticamente. Desconhecia febre, negava sintomas respiratórios e gastrointestinais, artralguas, diminuição da força muscular, alterações cutâneas. Negava viagens recentes. Referia contacto com filho com quadro viral e picada de mosquito 8 dias antes do início do quadro sintomático. Ao exame objetivo, destaca-se apirexia, microadenopatias cervicais e afta na mucosa oral. Analiticamente, apresentava linfocitose, aumento das transaminases, lactato desidrogenase e proteína C reativa, IgM do Vírus Dengue positivo e IgG do Vírus Dengue negativo. Teve alta com o diagnóstico de dengue e foi encaminhada para consulta de Infeciologia. Na consulta, a doente mantinha sintomatologia, constatou-se que o antigénio NS1 e a pesquisa de RNA do vírus do Dengue eram negativos e as IgG e IgM anti-Citomegalovírus (CMV) e a pesquisa de DNA do CMV eram positivos.

Discussão e Conclusão: O diagnóstico de dengue pode ser feito por deteção de RNA do vírus, isolamento do vírus em hemocultura, pesquisa do antigénio NS1 ou por serologia. O vírus e respetivo antigénio podem ser detetado nos primeiros 4-5 dias de sintomatologia e após este período as IgM começam a aumentar, sendo o método de diagnóstico mais indicado. Os resultados da doente seriam, portanto, compatíveis com dengue. A avaliação analítica indicativa de infeção por CMV, o que é concordante com a clínica apresentada, levanta a dúvida se este caso se tratou de um falso positivo IgM do vírus Dengue ou se é um caso de co-infeção. O quadro ligeiro apresentado pela doente, com necessidade apenas de terapêutica sintomática, permitiu que se decidisse por reavaliação serológica do vírus Dengue e CMV para posterior documentação epidemiológica.

CO-0226 - (4208) - UMA ETIOLOGIA RARA DE ABCESSO HEPÁTICO

Inês Fiúza Rua¹; Carolina Coelho¹; Angela Ghiletschi¹; Inês Matos Ferreira¹; Rita Bernardino¹; Sérgio Cabaço¹; Wendy Moniz¹; Amanda Hirschfeld¹; Diogo Ramos¹

1 - CHULC

O abscesso hepático é a manifestação extraintestinal mais comum da amebíase. É a quarta principal causa de mortalidade em todo o mundo devido a qualquer infeção parasitária e tem uma estimativa de 50.000 mortes anualmente. Nos países industrializados, a amebíase é geralmente observada em imigrantes e viajantes para áreas endémicas como a Índia, África, México e partes da América Central e do Sul.

Homem, 43 anos, natural de São Tomé e Príncipe, a viver em Portugal há 1 ano, sem doenças conhecidas. Recorreu ao SU por quadro de febre vespertina, sudorese noturna, mal-estar geral, astenia e anorexia com duas semanas de evolução. Adicionalmente referia perda de peso não quantificada no último ano. Negava sintomatologia respiratória, gastrointestinal ou genitourinária.

À admissão estava normotenso, taquicardico (110bpm), febril (38.4°C), abdómen mole e depressível, com dor difusa à palpação, mais acentuada nos quadrantes superiores. Analiticamente, sem leucocitose ou eosinofilia, PCR 282mg/L, Bilirrubina total 2,36mg/dL, sem alteração das transaminases, GGT 69U/L, FA 72U/L, sem outras alterações. Realizou TC-TAP que revelou uma “imagem nodular circunscrita, no segmento VII hepático, com captação heterogénea do contraste, multi-loculada, colocando-se como primeira hipótese, abscesso (6,5x5,7cm)”. Do estudo complementar realizado durante o internamento, destacam-se serologias virais, *Toxoplasma gondii*, VDRL e IGRA negativos assim como 2HC e cultura para micobactérias igualmente negativas. Realizou EcoTT sem alterações. Foi iniciada antibioterapia empírica com Ceftriaxone 2gr/dia e Metronidazol 2000mg/dia e realizada drenagem percutânea do abscesso, cujo exame microbiológico do material aspirado foi negativo. Do restante estudo a destacar, serologia negativa para Fascíola e positiva para *Entamoeba histolytica* (IgG) - 26U (positivo se >11), *Strongyloides* (IgG) - 48U (positivo se > 11) e *Schistosoma* 1/160 (reação duvidosa). Cumpriu 2 dias de Ivermectina e manteve antibioterapia dirigida com Metronidazol. Perante melhoria progressiva clínica e analítica, teve alta em D18 de internamento, com TC de reavaliação já sem evidência de abscesso.

Este caso destaca-se pela raridade que é encontrar estes agentes comensais como agentes patogénicos causadores de doença extra-intestinal e vem reforçar a importância de se ter um índice de suspeição elevado em doentes vindos de áreas endémicas, dada a sua elevada mortalidade se o tratamento não for realizado precocemente.

CO-0227 - (4160) - MENINGOENCEFALITE POR VÍRUS VARICELA-ZOSTER: UM CASO CLÍNICO DE REATIVAÇÃO EM DOENTE JOVEM IMUNOCOMPETENTE

Patrícia Sobrosa¹; Mónica Eusébio²; Catarina Elias²; Sofia Valdoleiros²; Lurdes Santos²

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 2 - Serviço de Doenças Infecciosas - Unidade Local de Saúde São João

Introdução

Os vírus são as principais causas de infeções do sistema nervoso central. O vírus varicela-zoster (VVZ) é um herpes vírus neurotrópico, cuja infeção primária geralmente cursa com varicela e latência subsequente nos neurónios ganglionares ao longo de todo o neuroeixo. Com a idade ou devido a imunossupressão, a imunidade mediada por células para o VVZ diminui, levando à sua reativação, que se manifesta como zóster, uma erupção vesicular unilateral dolorosa com distribuição dermatomal restrita.

Caso Clínico

Apresenta-se o caso de uma doente de 24 anos, sem antecedentes pessoais. Recorreu ao serviço de urgência por queixas com 5 dias de evolução de cefaleia holocraniana, de intensidade 9/10, associada a náuseas, vómitos, fono e fotofobia. Ao exame objetivo, estava sonolenta, com discurso confuso, emitindo algumas palavras incompreensíveis, sem outros achados. Realizou TC CE e venoTC sem alterações de relevo. Foi submetida a punção lombar com pleocitose (496/uL) com predomínio de mononucleares (97.6%), proteínas 1.48g/L e glicose 52mg/dL. A PCR VVZ foi positiva, com restante estudo serológico e bacteriológico negativo. Estudo de imunossupressão foi negativo, a destacar IgG VVZ positivo. RNM CE para estudo complementar, que revelou suspeita de hipertensão intracraniana (HIC), tendo sido avaliada e orientada por Neurologia, com impressão de HIC idiopática medicada com acetazolamida 250mg bib. Assumida meningoencefalite por VVZ, em contexto de reativação, em doente imunocompetente. Medicada com aciclovir endovenoso 10mg/kg de 8/8 horas durante 10 dias, com melhoria clínica franca. Reavaliada em consulta após 3 semanas, apresentava-se assintomática.

Conclusão

Destaca-se este caso pela raridade de apresentação de reativação da infeção pelo VVZ como meningoencefalite numa jovem imunocompetente. A reativação do VVZ é mais frequente em doentes idosos e/ou imunodeprimidos, manifestando-se por uma erupção vesicular unilateral dolorosa com distribuição dermatomal restrita. Uma complicação rara é a meningoencefalite, sendo que pela sua gravidade e probabilidade de sequelas graves, o tratamento dirigido e iniciado de forma célere é fundamental.

CO-0228 - (4695) - DESVENDANDO A ASPERGILOSE INVASIVA: DE UM ACHADO IMAGIOLÓGICO AO DIAGNÓSTICO

António Cardoso Fernandes¹; Patrícia Sobrosa¹; Patrícia Araújo¹; Maria Inês Risto¹; Ana Frederica Parente¹; Jorge Bezerra¹; Diana Barros¹; Carolina Marques Miranda¹; Cátia Barreiros¹; Carmélia Rodrigues¹

1 - Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: O *Aspergillus* é um agente ubiqüitário. A doença invasiva é incomum e ocorre frequentemente em situações de imunossupressão grave, mas também em doentes com imunossupressão ligeira ou imunocompetentes.

Caso Clínico: Homem, 72 anos. Antecedentes de DPOC e adenocarcinoma do pulmão, submetido apenas a bilobectomia pulmonar direita em 2019, mantendo vigilância em consulta. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) a 06/09 por febre com 1 semana de evolução, dispneia e tosse produtiva, com expectoração purulenta, por vezes hemoptoica. Assumida pneumonia, tendo tido alta medicado com amoxicilina/ácido clavulânico. A 12/09 recorreu a consulta por manter queixas. Medicado com levofloxacina. Não melhorou, mantendo febre e dispneia para esforços moderados. A 16/09 encaminhado ao SU. TC Tórax prévio (28/08) com volumosa lesão no pulmão direito, cavitada e de limites mal definidos, e densificação difusa em vidro despolido e alguns micronódulos com padrão “tree-in-bud”. Internado no Serviço de Medicina, sob ceftriaxone (suspeita de pneumonia lobar vs. tuberculose vs neoplasia). Efetuada biópsia transtorácica do nódulo cavitado e broncofibroscopia. PCR e exame direto para *Mycobacterium tuberculosis* negativos nas secreções e no lavado (LBA). Biópsia pulmonar e citologia do LBA sem evidência de malignidade ou granulomas. Associada clindamicina, considerando-se possível abscesso pulmonar. Bacteriológico de secreções com *S. aureus* metilino-sensível. Manteve, no entanto, febre diária. Repete TC Tórax mantendo imagem de processo infeccioso com cavitação e disseminação endobrônquica. Ao rever imagens, observado achado compatível com aspergiloma. Exame micológico das secreções brônquicas com identificação de *Aspergillus niger*, tendo suspenso antibiótica e iniciado voriconazol. Apirexia sustentada desde então. Antígeno galactomanano sérico e no LBA positivo. Melhoría clínica e imagiológica progressiva sob voriconazol, mantendo seguimento em consulta.

Discussão: O diagnóstico de aspergilose invasiva implica frequentemente uma marcha diagnóstica sistemática, e que engloba o reconhecimento de fatores de risco, assim como os achados imagiológicos e microbiológicos. Salienta-se a importância da revisão dos achados imagiológicos que se mostraram, neste caso, fundamentais para sustentar a suspeita.

CO-0229 - (4614) - DENGUE EM PORTUGAL

Diana Gonçalo Mimoso Cardoso¹; Raquel Moniz¹; Monique Alves¹;
Cátia Cunha Ribeiro¹; Maria João Alves Pinto¹; Marta Rodriguez¹;
Fernando Salvador¹

1 - Unidade Local Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O Dengue é uma doença provocada por um vírus do género Flavivirus que se hospeda no organismo humano através da picada de um mosquito do género Aedes. Há zonas endémicas como é o caso das regiões tropicais ou subtropicais. Pouco frequente no nosso país. O tratamento passa pelo controlo sintomático e vigilância do risco hemorrágico.

Caso clínico: Homem, 25 anos de idade. Sem antecedentes de relevo ou terapêutica habitual conhecida. Recorre ao serviço de urgência por quadro de 4 dias de evolução de febre, cefaleia, mialgias, astenia, náuseas, dor retro-ocular e 'rash' num antebraço, residual no momento de avaliação. Nega perdas hemáticas recentes. Sem fotofobia/sonofobia. Viagem recente por Omã, Maldivas (maior permanência) e Emirades Arabes (onde esteve 2 dias antes do regresso a Portugal). Fez unicamente 1 toma da vacina da Hepatite A. Refere ter usado repelente mas foi picado por insetos. Estava hemodinamicamente estável, eupneico em ar ambiente, apirético. Exame neurológico sem alterações. Apresentava leucopenia com neutropenia e trombocitopenia ligeira. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica sem alterações. Clínica e epidemiologia compatíveis com Dengue. Internou-se ao cuidado de medicina para estudo complementar, controlo sintomático e vigilância pelo risco hemorrágico. Mostrou aumento de transaminasas ao longo do internamento e realizou ecografia abdominal sem alterações. Foram pedidas serologias e pesquisas para confirmação diagnóstica e exclusão de outros agentes. Resultado positivo para RNA V. Dengue, anticorpos IgG para Strongyloides Stercoralis e IgE Anisakis. Teve alta do internamento com melhoria de bicitopenia, com agendamento de reavaliação em Hospital de dia com estudo analítico de controlo, início de terapêutica dirigida aos nematodes e vigilância de possível infeção crónica.

Conclusão: Clínica e epidemiologia sugestivas, confirmado diagnóstico pelo RNA V. Dengue de resultado positivo. Adicionalmente infeção por nematodes Strongyloides Stercoralis e Anisakis. O dengue é uma infeção rara em Portugal, mas pelas alterações climáticas, há quem defenda que é possível a migração e propagação do mosquito infetado noutras regiões. É crucial cultivar conhecimentos sobre a patologia para um eventual aumento de prevalência no futuro.

CO-0230 - (4920) - Q FEVER'S HEMATOLOGICAL SURPRISE

Ana David Do Carmo¹; Filipa Ramalho Rocha¹

1 - Hospital da Luz Lisboa

Intravascular hemolysis represents a distinctive hematologic complication associated with Q fever and the physiopathological mechanisms behind it are not fully understood.

A 64-year-old man presented with a 24-hours history of fever, sweating, malaise, myalgias and intense arthralgias associated with right frontoparietal headache, with photophobia and phonophobia. He reported being recently in a rural area and having found a tick inside the car. The physical examination revealed meningeal signs and mild tenderness upon palpation of the epigastrium. No tache noire or cutaneous lesions were observed. Blood workup showed subtle anemia (13.4g/dL), thrombocytopenia (platelets $87 \times 10^9/L$), mild unconjugated hyperbilirubinemia (1.26mg/dL), slight elevation of transaminases (AST 57UI/L; ALT 76UI/L) and lactate dehydrogenase (LDH 386UI/L), and an increase in C-reactive protein (7.63mg/dL). Direct Coombs test was negative and later measurement of haptoglobin was decreased (3mg/dL). Initially infectious serologies, including *Coxiella burnetii* were negative. He received empirical treatment with doxycycline (100mg 12/12 hours) for 10 days, with resolution of symptoms. Five weeks later, serological tests showed seroconversion for *Coxiella burnetii* (Phase II IgM titre: 48), making the diagnosis of acute Q fever. At this time he also had prolonged activated thromboplastin time, persistent thrombocytopenia, a positive lupus anticoagulant and a positive IgM anti-cardiolipin antibody. One month later antibodies antiphospholipid turned negative and the remaining analytical changes were reversed.

Intravascular hemolysis associated with Q fever is a rare phenomenon. A slight elevation of transaminases and LDH is often observed. However, the presence of other alterations, such as unconjugated hyperbilirubinemia, must raise the hypothesis of hemolysis.

CO-0231 - (2653) - ENDOFTALMITE ENDÓGENA BACTERIANA - UMA ROTA HEMATOGENICA

Sofia Gomes Rocha¹; Andreia Machado¹; Marta Anastácio¹; Carolina Palma¹; Manuel Araújo¹; Cândida Fonseca¹

1 - Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental

Introdução:

A endoftalmite endógena bacteriana (EEB) é uma infeção intraocular resultante de disseminação hematogénica, contrariamente à exógena, secundária a iatrogenia ou trauma ocular. Esta manifesta-se com sintomas agudos como perda de visão, hiperémia conjuntival e dor ocular, constituindo uma emergência oftalmológica pelo comprometimento da acuidade visual (AV). O prognóstico está diretamente relacionado com a virulência do agente infeccioso e com a celeridade do início de terapêutica dirigida.

Caso Clínico:

Homem, 71 anos, com antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2 mal controlada e hábitos etanólicos marcados, internado no contexto de uma prostatite complicada com bacteriémia por *Streptococcus agalactiae* multissensível, tendo iniciado ciprofloxacina dirigida. Concomitante desenvolveu hiperémia conjuntival do olho direito com queixas de diminuição da AV. Face à suspeita de EEB, foi observado por Oftalmologia, que confirmou o diagnóstico. Neste contexto, iniciou esquema de injeções intra-vítreas de ceftazidima e vancomicina e injeção subconjuntival de dexametasona como terapêutica local adjuvante. Atendendo à bacteriémia e focalização de órgão, num doente imunodeprimido, foi realizado estudo ecocardiográfico, que excluiu endocardite. Apesar da boa resposta à antibioterapia inicial, optou-se alterar para ceftriaxone dado acrescentar penetrância no sistema nervoso central/olho. Perante esta abordagem, o doente apresentou uma melhoria paulatina, mas progressiva do quadro.

Discussão & Conclusão:

Segundo a literatura, 1 em cada 2.000 doentes internados com bacteriémia desenvolve EEB, sendo o *Staphylococcus aureus* resistente à Metilina o agente mais frequentemente associado, estando o streptococcus do grupo B (SGB), identificado no doente apresentado, descrito em menos de 2–6% dos casos. Esta é uma patologia com prognóstico reservado, sobretudo quando a AV inicial é baixa, em que a perda de visão é comum. Pretendemos com este caso alertar para a crescente incidência de bacteriémia por SGB, numa população cada vez mais envelhecida, com comorbilidades associadas e incentivar a vigilância e a abordagem proativa, por forma a mitigar as complicações oftalmológicas associadas. Conforme observado, o reconhecimento precoce e a abordagem multidisciplinar destes quadros tornam-se cruciais na preservação da função visual e na promoção de melhores desfechos clínicos.

CO-0232 - (2461) - PNEUMONIA ORGANIZATIVA CRIPTOGÉNICA: UM CASO CLÍNICO

Joana Sofia Rego¹; Tânia Pereira Da Silva¹; Rosa Margarida Cardoso¹; Gabriela Sobreira Pereira¹; Helena Sarmento¹; Jorge Cotter¹

1 - Unidade Local de Saúde Alto Ave

Introdução: A Pneumonia Organizativa Criptogénica (POC) é um tipo de doença intersticial pulmonar difusa que afeta os bronquíolos e alvéolos. O diagnóstico é de exclusão.

Caso Clínico: Mulher de 73 anos, com antecedentes de hipertensão arterial. Sem história de tabagismo.

Recorreu ao Serviço de Urgência por tosse seca, febre e dispneia para pequenos esforços com 3 dias de evolução. Nos 3 meses prévios tinha realizado vários esquemas de antibioterapia por infeções respiratórias, sem melhoria clínica. Apresentava-se hemodinamicamente estável, apirética e com insuficiência respiratória tipo 1 a necessitar de oxigenoterapia a 5 litros/minuto. O estudo analítico tinha elevação dos parâmetros inflamatórios. Realizou tomografia computadorizada (TAC) de Tórax que revelou múltiplas áreas consolidativas peribroncovasculares bilaterais. Foi internada sob antibioterapia com Piperacilina/Tazobactam.

O estudo etiológico foi negativo para os vírus respiratórios, hemoculturas, microbiológico de expectoração, antígenurias (Pneumococo e Legionella), TORCH, EBV, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia Pneumoniae, e Legionella pneumophila. As serologias VIH 1/2, VHB e VHC foram negativas. A autoimunidade (ANA, ANCA-PR3 e anti-MPO, complemento e imunoglobulinas) foi negativa. Realizou broncofibroscopia, cujo lavado broncoalveolar mostrou linfocitose intensa com predomínio de CD8 e citologia negativa para células malignas. Realizou biópsia pulmonar transtorácica com histologia a documentar infiltrado inflamatório crónico reativo e presença de corpos de Masson, aspetos sugestivos de POC. Iniciou prednisolona (1mg/Kg/dia), com melhoria clínica progressiva. Após 6 meses de terapêutica, realizou TAC de tórax que demonstrou resolução praticamente completa das alterações parenquimatosas previamente descritas. A corticoterapia foi descontinuada progressivamente, tendo sido suspensa após 8 meses, sem recorrência clínica até à data.

Discussão & Conclusão: Como frequentemente ocorre na POC, este caso foi inicialmente interpretado como uma Pneumonia com fatores de risco para agentes multirresistentes, sem melhoria clínica apesar da antibioterapia de largo espectro instituída. As alterações descritas em TAC e a histologia da biópsia transtorácica foram muito sugestivas de POC. Com o início de corticoterapia preconizada nestes casos, a evolução clínica foi favorável, sem recaídas e com resolução quase completa das alterações imagiológica após 6 meses de terapêutica.

CO-0233 - (2265) - ALÉM DAS ARTICULAÇÕES – ENVOLVIMENTO PULMONAR DA ARTRITE REUMATOIDE

João Faia¹; Clara Pinto¹; Ana Paiva¹; Ana Sofia Martins¹; Beatriz Pinheiro¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Introdução

A artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune classicamente caracterizada por sinovites nas pequenas articulações da mão e punhos. Apesar do envolvimento maioritariamente articular o leque de manifestações extra-articulares é amplo.

Caso Clínico

Doente de 73 anos, sexo feminino, antecedentes de AR anticorpo antipeptídeo citrulinado cíclico positiva, hipertensão arterial e dislipidemia. Medicada com leflunomida, atorvastatina e olmesartan + hidroclorotiazida. Sem contexto epidemiológico atual ou passado de relevo. Recorre ao serviço de urgência por dispneia e tosse com expectoração mucosa com uma semana de evolução. Além disso, astenia e anorexia com alguns meses de duração. Sem outros sintomas. Exame objetivo a destacar dessaturação periférica e diminuição do murmúrio vesicular nas bases com crepitações associadas. Análises da admissão com discreta elevação dos parâmetros inflamatórios e gasometria arterial com insuficiência respiratória hipoxêmica. Radiografia torácica com hipotransparências reticulares dispersas, sobretudo nos 2/3 inferiores do campo pulmonar esquerdo.

Internada com diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, abordada com Amoxicilina/Ácido Clavulânico + Azitromicina.

Perante os antecedentes realizada tomografia de tórax de alta resolução com extensas áreas de fibrose com padrão favo de mel, distribuídas do ápex às bases pulmonares, mais exuberantes nos segmentos basais e bronquiectasias de tração dispersas bilateralmente. Estudo autoimune sem achados de relevo. Realizou broncoscopia e lavado broncoalveolar pouco celular, com predomínio de neutrófilos e sem evidência de microorganismos. Teve alta medicado com prednisolona 30 mg e oxigenoterapia de longa duração. Realizou posteriormente provas de função respiratória compatíveis com síndrome restritiva e diminuição da capacidade de difusão de monóxido de carbono.

Discutido em reunião multidisciplinar com pneumologia e reumatologia, assumido diagnóstico de fibrose pulmonar com padrão de pneumonia intersticial usual secundária a AR e iniciado micofenolato de mofetil. Atualmente sem progressão clínica nem radiológica da doença.

Discussão e Conclusões

A prevalência de doença pulmonar intersticial nos doentes com AR não é menosprezável, encontrando-se entre os 10 a 50%. Nesse sentido os autores pretendem salientar a vigilância clínica e imagiológica destas populações para um diagnóstico atempado, permitindo intervenções oportunas e melhores resultados a longo prazo.

CO-0234 - (2756) - SARCOIDOSE, ÀS VEZES É PRECISO TER SORTE

Bárbara Rocha¹; Luís Reis¹; Catarina Maia Ferreira¹; Catarina Oliveira Silva¹; Maria Manuel Pereira¹; Ana Ramôa¹; Eduardo Macedo¹; Ana Rita Marques¹; Ilídio Brandão¹

1 - Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: A sarcoidose é uma doença sistémica, de etiologia não esclarecida, caracterizada pela acumulação de granulomas não necrotizantes e, subseqüentemente, fibrose dos tecidos envolventes. É mais prevalente no sexo feminino e a exposição a antigénios ocupacionais (como sílica e berílio) podem pôr-nos na pista etiológica.

Caso Clínico: Homem, 26 anos, com antecedentes de tabagismo, sem medicação habitual. Profissionalmente com manuseamento de material protésico e contacto com poeiras. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia, toracalgia de características pleuríticas e tosse seca com 2 semanas de evolução. Além disso, apresentava hipersudorese noturna e astenia com 6 meses de evolução. Sem perda ponderal. Ao exame físico, eupneico em ar ambiente, sem alterações na auscultação pulmonar, sem adenopatias/massas palpáveis. Analiticamente, com leucocitose, neutrofilia e aumento da proteína C reativa. Na radiografia do tórax com reforço hilar bilateral e alargamento do mediastino. Na tomografia computadorizada do tórax com adenopatias mediastínicas, bandas fibroatelectásicas e focos de densificação em vidro despolido nas bases pulmonares. Do estudo etiológico, com serologias víricas negativas, eletroforese das proteínas sem alterações e enzima de conversão da angiotensina, cálcio total e ionizado normais. Na tomografia por emissão de positrões revelou hiperactividade metabólica a nível ganglionar supraclavicular esquerdo, mediastino-hilar e paraesofágico. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar com 64% de linfócitos (rácio CD4/CD8 > 4:1), citologia negativa para células malignas, exame microbiológico direto e cultural negativo e pesquisa de micobactérias negativa. A biópsia ganglionar realizada por ecoendoscopia revelou linfadenite crónica granulomatosa não necrotizante. Pelo diagnóstico de sarcoidose, o doente foi medicado com prednisolona em baixa dose com desmame lento, encontrando-se atualmente assintomático, sem alterações nas provas de função respiratória ou atingimento ocular.

Discussão: Os testes laboratoriais não são suficientemente sensíveis nem específicos para garantir o diagnóstico de sarcoidose. É necessária a exclusão de outras doenças que possam apresentar-se de forma semelhante e, na maioria dos casos, a análise anatomopatológica é essencial. Neste caso, a hipótese de doença linfoproliferativa ou pneumonite de sensibilidade (atenta a sua exposição a sílica-berílio), levou-nos a confirmar o diagnóstico por histologia.

CO-0235 - (2760) - QUANDO TRABALHAR FAZ MAL À SAÚDE

Nuno Pardal¹; Ana Rita Oliveira¹; Ângela Paredes Ferreira¹;
Daniela Penteadó Salgueiro¹; Marta Batoca Sousa¹; Rita Vilar Da Mota¹;
Luís Pontes Santos¹

1 - ULSAM

INTRODUÇÃO: O “pulmão de fazendeiro” é uma forma de Pneumonite de hipersensibilidade (PH) causada pela inalação de esporos de Actinomyces presentes no bolor do feno. É uma condição que afeta principalmente trabalhadores rurais caracteristicamente de forma intermitente, agravando após a exposição e melhorando nos períodos de evicção. A clínica pode variar de tosse e dispneia a febre e insuficiência respiratória ameaçadora de vida.

CASO CLÍNICO: Uma mulher de 63 anos, não-fumadora, trabalhadora numa quinta, recorreu ao serviço de urgência por dispneia e tosse seca de agravamento progressivo ao longo de 4 semanas e perda ponderal de 5kg em 4 meses. Objetivamente à admissão polipneica, com crepitações finas dispersas bilateralmente na auscultação e sem alterações hemodinâmicas. Constatada insuficiência respiratória (IR) tipo 1 ligeira; sem leucocitose ou neutrofilia, elevação de parâmetros inflamatórios ou de BNP nas análises. A radiografia de tórax mostrava opacidades difusas reticulares bilaterais e a TC tórax extensas densificações em “vidro despolido” bilateralmente sem consolidação. Excluídos SARS-CoV-2 e VIH. Internada sob antibioterapia, sem melhoria. Revendo a história clínica, constatou-se que a doente manipulava regularmente feno em compostagem com exposição ao pó libertado e reconhecia melhoria sintomática nos dias de folga. Perante a clínica e após revisão radiológica admitiu-se o diagnóstico de PH. Por limitações em contexto de pandemia foi indisponível broncofibroscopia célere, iniciando prednisolona com progressiva melhoria da IR. Com evicção completa de contacto com feno e corticoterapia durante 6 semanas apresentou resolução dos sintomas, com regressão imagiológica quase completa e espirometria sem alterações.

DISCUSSÃO: Este caso destaca a importância do reconhecimento da PH, cujo diagnóstico é baseado na história ocupacional, clínica e imagiologia características. É necessário considerá-lo no diagnóstico diferencial da abordagem da dispneia e procurar exposição a partículas específicas, seja em casa ou em ambiente laboral.

CONCLUSÃO: Em casos avançados desenvolve-se fibrose pulmonar com importante impacto funcional, por vezes necessitando de transplante pulmonar. O foco do tratamento é a evicção da exposição ao agente causador numa fase precoce da doença - a educação dos doentes, bem como as medidas de segurança ocupacional, são cruciais para o tratamento, melhoria da qualidade de vida e redução da progressão da doença.

CO-0236 - (2934) - UMA ETIOLOGIA SUBVALORIZADA DE HIPERTENSÃO PULMONAR: UM CASO CLÍNICO

Joana Patrício¹; David Noivo¹; Gisela Lage¹; Ana Dias²; Lúgia Fernandes¹; Ivone Fernandes¹

1 - Hospital São Bernardo, Unidade Local de Saúde Arrábida; 2 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução:

A hipertensão pulmonar (HTP) é uma doença complexa e heterogénea, com etiologias variadas e por vezes sobrepostas, o que resulta num diagnóstico frequentemente tardio. A doença veno-oclusiva pulmonar (DVOP) representa um subgrupo da Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) em que ocorrem alterações ao nível venular/capilar. A sua incidência encontra-se subvalorizada mas estima-se que seja responsável por 3-12% das HAP idiopáticas.

Caso Clínico:

Homem de 68 anos, ex-fumador (40 UMA). Engenheiro agrónomo com exposição breve mas intensa a fertilizantes/pesticidas. Antecedentes de HTA, DM tipo 2, doença renal crónica, doença arterial periférica e tromboembolismo pulmonar (TEP) segmentar sob hipocoagulação oral.

Dispneia de esforço com 1 ano de evolução e insuficiência respiratória parcial grave e hipocapnia com agravamento nos últimos meses. Objetivamente perfil tensional hipotensivo e auscultação pulmonar sem alterações.

Angio-TC torácica sem TEP, com espessamento dos septos interlobulares e reticulações sub-pleurais, enfisema parasseptal e adenopatias hilares bilaterais. Cintigrafia V/Q sem alterações. Analiticamente NT-proBNP 4529 e marcadores de autoimunidade negativos. Ecocardiograma transtorácico (EcoTT) revelou probabilidade elevada de HTP significativa. Por suspeita de DVOP foi transferido para centro de referência onde EcoTT revelou dilatação de cavidades direitas, boa função biventricular, ePSAP 60mmHg, dilatação da VCI, sem colapso inspiratório e exclusão de shunt intracardíaco.

Tendo em conta os achados, após discussão multidisciplinar no centro de referência, admitiu-se a possibilidade de DVOP. Neste contexto, foi iniciada a avaliação da indicação para transplante pulmonar urgente. Porém, o doente evoluiu desfavoravelmente com paragem cardiorrespiratória sem reversibilidade. À data do óbito pendente colheita para estudo genético de HAP hereditária (mutação EIF2AK4).

Discussão e Conclusão:

A patogénese da DVOP é provavelmente multifatorial. Para além da possível causa genética, foi equacionada a exposição intensa a solventes orgânicos. Na ausência de marcadores genéticos/histológicos específicos, o diagnóstico clínico é realizado perante HAP grave, hipoxemia marcada e imagiologia compatível.

A DVOP tem um prognóstico muito reservado e o único tratamento atualmente disponível é o transplante pulmonar, o que reforça a importância de um diagnóstico precoce e referência célere.

CO-0237 - (4707) - PNEUMONIA ORGANIZATIVA POR METAPNEUMOVÍRUS HUMANO EM TRANSPLANTADO PULMONAR

Tânia Lopes¹; Judite Antas¹; Beatriz Melo¹; Fabienne Gonçalves¹; Célia Cruz¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

Os doentes submetidos a transplante pulmonar (TP) têm risco aumentado de infeções respiratórias pela exposição contínua do enxerto a alergénios, diminuição da clearance mucociliar e da drenagem linfática, além dos imunossupressores. As infeções respiratórias associam-se a pior prognóstico e perda do enxerto. O metapneumovirus humano (hMPV) é um vírus de RNA associado a disfunção crónica do enxerto, sendo esta a principal causa de morbi-mortalidade dos doentes submetidos a TP.

Homem de 25 anos, submetido a TP por fibrose quística aos 16 anos, imunossuprimido com Prednisolona 5mg, Micofenolato de mofetil 750mg bdiário e Tacrolimus 6+5+6mg. Sob Cotrimoxazol e Anfotericina B lipossómica para prevenção de infeções no pós-transplante. Clínica de tosse com expectoração mucosa a motivar introdução de Amoxicilina/clavulanato com melhoria inicial, mas reagravamento com febre e dispneia para pequenos esforços, sem insuficiência respiratória. Estudo analítico a mostrar marcadores inflamatórios elevados. Microbiológico de secreções brônquicas sem isolamentos, antigenúrias negativas e zaragatoa de vírus respiratórios (Influenza A e B, VSR e SARS-CoV-2) negativa. Medicado com Levofloxacina 750mg 14 dias com resolução clínica. Uma semana depois novamente com dispneia para esforços, velocidade de sedimentação 35mm (<10) e proteína C reativa 13mg/L (<5). AngioTAC tórax a excluir tromboembolismo pulmonar e a mostrar infiltrados em vidro despolido de predomínio apical com zonas de pneumonia organizativa. Alargado estudo de biologia molecular para restantes vírus com positividade para o hMPV. Lavado broncoalveolar inflamatório, sem isolamento de outros agentes. O doente iniciou Ribavirina (RBV) e Prednisolona na dose de 0.5mg/kg/dia com melhoria clínica e imagiológica.

A associação entre infeção por hMPV e pneumonia organizativa está demonstrada na literatura. Apesar de a RBV ter atividade in vitro contra o hMPV, os estudos existentes não são claros acerca do seu efeito in vivo, mas sugerem clearance mais rápida e melhor prognóstico. O hMPV apesar de frequente, não é por norma testado, já que no doente imunocompetente não há necessidade de tratamento específico. Nos transplantados, os coortes descritos na literatura são de pequenos grupos de doentes, com variáveis distintas (como dose de corticoide), que tornam difícil a interpretação dos dados. A avaliação multidisciplinar, nos centros de referência nacionais, é essencial para o correto diagnóstico e tratamento.

**CO-0238 - (4771) - ALÉM DA SARCOIDOSE:
UM DESAFIO DIAGNÓSTICO.**Carolina Nogueira¹; Filipa Iglésias¹; Maria Vilela¹; Sara Marques¹

1 - Hospital de Braga

A sarcoidose consiste numa doença inflamatória multissistémica, que se caracteriza pela formação de granulomas não-caseosos nos órgãos envolvidos, predominantemente nos pulmões e gânglios intratorácicos. O diagnóstico baseia-se no reconhecimento das características clínicas, imagiológicas e histológicas e exclusão de outras doenças granulomatosas.

Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 62 anos sem antecedentes pessoais relevantes. Foi referenciada à consulta externa de medicina interna por suspeita de sarcoidose. A doente apresentava queixas de tosse crónica, de características secas e irritativas com mais de 2 anos de evolução. Sem febre associada. Realizou tomografia computadorizada do tórax pelo seu médico assistente que demonstrou “múltiplas adenopatias mediastínicas e espessamento peribroncovascular, espessamento dos septos interlobulares e micronódulos - achados compatíveis com sarcoidose”. Apresentava níveis de Enzima Conversora de Angiotensina (ECA) elevados. Na consulta decidiu-se progredir no estudo com biópsia transbrônquica por ecoendoscopia bronquica. Verificou-se presença de granulomas, mas com crescimento de micobactéria atípica – *Mycobacterium fortuitum* 1 e 2. Foi orientada para o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e à data atual, encontra-se a aguardar teste de resistência aos antibióticos para iniciar terapêutica dirigida.

Apesar de a sarcoidose ser a causa mais comum de inflamação granulomatosa é um diagnóstico de exclusão de entre todas as doenças granulomatosas. Este caso ilustra a complexidade clínica e ressalta a cautela necessária na interpretação de achados imagiológicos e histológicos, enfatizando a necessidade de investigação abrangente para garantir a precisão diagnóstica e a otimização do tratamento.

CO-0239 - (4892) - UM CASO DE DERRAME PARAPNEUMÓNICO RAPIDAMENTE PROGRESSIVO

David Campos¹; Marco Tomaz¹; Ana Esteves¹; Filipa Carrega¹; Manuela Fera¹; Ermelinda Pedroso¹

1 - Hospital São Bernardo

Introdução:

O derrame parapneumónico é uma das principais complicações de pneumonia, e cuja epidemiologia tem vindo recentemente a aumentar. Este pode ser subdividido em 3 estádios: simples, sem alterações do pH ou glucose e sem septação ou loculação; complexo, com loculação ou pH < 7,2 e glucose < 40 mg/dL; crónico, com organização do derrame durante semanas a meses. Este caso vem demonstrar uma evolução rapidamente progressiva de um derrame parapneumónico.

Caso Clínico:

Homem de 36 anos apresenta quadro com 5 dias de evolução de toracalgia pleurítica esquerda, de agravamento progressivo. A telerradiografia torácica revela apagamento do seio costofrénico esquerdo, sem alterações parenquimatosas, associado a PCR de 6,8 mg/dL, sem leucocitose ($11,1 \cdot 10^3/\mu\text{L}$). Passadas menos de 24 horas, por cansaço e dispneia para pequenos esforços de novo, repete telerradiografia torácica, a qual demonstra hipotransparência de novo no lobo inferior esquerdo, com elevação da PCR para 11,64 mg/dL, com leucocitose de novo ($14,2 \cdot 10^3/\mu\text{L}$). Após admissão, realiza-se TC torácica 72h após vinda ao SU, que revela marcado derrame pleural esquerdo, tendencialmente loculado, condicionando atelectasias desde o lobo inferior até à língula. Nesta altura documenta-se leucocitose de $23,2 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ com PCR de 34,45 mg/dL. Realiza toracocentese ecoguiada que confirma câmaras hipoecogénicas multisseptadas, sugestivo de derrame parapneumónico complexo. Foram drenados 70 mL de líquido serofibrinoso com pH < 7, glicose 10 mg/dL e hematócrito < 15 %. Após tentativa de realização de toracostomia, que foi ineficaz, foi realizado desbridamento pleural por cirurgia videotoracoscópica (VATS), com boa evolução pós-cirúrgica e descida significativa dos valores de leucocitose ($11,9 \cdot 10^3/\mu\text{L}$) e PCR (4,46 mg/dL). As culturas de líquido pleurítico revelaram-se positivas para *Streptococcus intermedius*, sensível a penicilina, que o doente cumpriu durante 26 dias.

Conclusão:

A evolução dos derrames parapneumónicos pelos vários estádios demora na maioria dos casos dias a semanas. Neste caso, verificamos uma evolução rapidamente progressiva do estádio e tamanho do derrame numa questão de horas, tornado loculado após 72 horas, algo atípico num doente jovem sem patologia pulmonar prévia ou imunossupressão conhecida.

Este caso detalha um caso rapidamente progressivo de derrame parapneumónico, demonstrando a importância do seu diagnóstico e tratamento atempado e dirigido por forma a evitar potenciais complicações

CO-0240 - (4327) - AUDITORIA À PRESCRIÇÃO DE TERAPÊUTICA DE SUBSTITUIÇÃO NICOTÍNICA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Inês Pereira¹; Ana Rubim Correia¹; Inês Henriques Ferreira¹; Paulo Paiva¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma das principais causas de morte prematura na Europa. A literatura destaca a importância e eficácia das intervenções para fumadores ativos aquando do internamento hospitalar.

OBJETIVOS

Avaliar a correta identificação e registo do tabagismo à admissão e alta do internamento, além de parâmetros relativos à prescrição de terapêutica de substituição nicotínica (TSN).

MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva de dados relativos a doentes codificados com o diagnóstico de tabagismo e/ou a quem foi prescrita TSN durante o internamento no Serviço de Medicina Interna da Unidade Local de Saúde de Santo António entre dezembro de 2021 e dezembro de 2022.

RESULTADOS

Foram identificados 519 doentes que cumpriam os critérios de inclusão. Entre eles, apenas 136 (26.2%) receberam TSN sob a forma de penso transdérmico. Na maioria (95.6%) o tabagismo foi registado na admissão, no entanto esta percentagem diminuiu à alta (83.1%). De destacar que em 65 doentes (47,8%) a TSN não foi iniciada na posologia correta. Adicionalmente, apenas numa pequena parte (28,7%) dos doentes foi possível identificar o início da TSN nos registos clínicos. Por outro lado, 107 doentes (78,7%) não receberam orientações específicas na alta nem foram orientados para consulta estruturada de cessação tabágica.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO

Foram identificadas vulnerabilidades significativas na prescrição de TSN durante a hospitalização, e na orientação dos doentes fumadores que pretendem cessar este hábito. Acredita-se que seria vantajosa a sensibilização dos profissionais de saúde para esta temática, na tentativa de melhorar os cuidados prestados.

CO-0241 - (4265) - A QUALIDADE DA MORTE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Rita Queirós¹; Renata Violante Silva¹; Cláudia Barros¹; Iva Sousa¹; Alexandra Pires¹; Sónia João¹; Márcia Mendonça Souto¹; Laura Teixeira¹; Anabela Morais¹

1 - Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: No âmbito dos cuidados paliativos, a qualidade da morte representa um paradigma essencial, que transcende a abordagem clínica e abarca a dignidade, o conforto e o respeito pelos valores e preferências do doente no processo de fim-de-vida. Neste contexto, a revisão criteriosa da prescrição e da estratificação da investigação, emerge como uma prática fundamental e necessária para se evitarem intervenções clínicas potencialmente inapropriadas, causadoras de desconforto ou sofrimento adicionais ao doente.

Objetivos: Investigar a adequação da estratégia clínica nos doentes em fim-de-vida.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo observacional, exploratório-descritivo e transversal, que integrou metodologia quantitativa, decorrido numa Unidade Local de Saúde entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2023. Incluíram-se todos os doentes em processo de agonia seguidos pela Medicina Paliativa (MP), que morreram nas enfermarias de Medicina Interna (MI) e de MP. Caracterizou-se a população de acordo com os dados demográficos, clínicos, prescrições farmacológicas e não farmacológicas que constavam nos respetivos processos individuais.

Resultados: Foram incluídos 410 doentes portadores de doenças crónicas incuráveis em fase terminal de vida. Destes, 151 encontravam-se ao cuidado da MI, serviço onde decorreu o seu fim-de-vida, e os restantes 259 doentes vivenciaram o seu processo de agonia no serviço de MP. Avaliou-se a prescrição de fármacos fundamentais no controlo sintomático (tais como, opioides, benzodiazepinas e neurolépticos), bem como a ministração de medicamentos sem impacto relevante no conforto (nomeadamente antimicrobianos de largo espectro, anticoagulantes, antiagregantes, protetores gástricos, hipoglicemiantes e estatinas). Analisou-se a realização de meios complementares de diagnóstico e execução de técnicas invasivas na última semana de vida. Na coorte da MI constatou-se que 91,39% dos doentes apresentavam uma estratégia clínica direcionada para a prevenção e “cura”, destacando-se o uso inadequado de enoxaparina (39,07%), inibidores da bomba de prótons (72,19%) e antibioterapia de largo espectro (68,87%). A maioria (78,81%) realizava controlos analíticos regulares, por vezes diários, e exames imagiológicos (31,79%) durante a última semana de vida. Paradoxalmente, verificou-se uma insuficiente prescrição de opioides (41,06%) e fármacos sedativos (37,75%). Em oposição, na coorte da MP, foi dada primazia ao controlo sintomático, destacando-se que praticamente a totalidade dos doentes se encontrava sob terapêutica analgésica opioide num esquema fixo. Neste grupo, foram diminutas as intervenções clínicas com intuito de investigação, profilaxia e cura, condicionantes de conforto.

Discussão e Conclusão: É fundamental uma reflexão analítica e crítica da estratégia clínica adotada em enfermarias de MI nos doentes em fim-de-vida. Priorizar a qualidade de morte reflete maturidade profissional bem como um compromisso ético e humanitário inegável.

CO-0242 - (20) - PALLIATIVE CARE AND ADVANCED CHRONIC LIVER DISEASE: A COHORT ANALYSIS OF PALLIATIVE CARE USE AND FACTORS ASSOCIATED WITH REFERRAL

Hugo M Oliveira¹; Helena Pessegueiro Miranda²; Francisca Rego³; Rui Nunes³

1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano; 2 - Centro Hospitalar Universitário do Porto; 3 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introduction: The prevalence and mortality of chronic liver disease has risen significantly. In advanced chronic liver disease, the survival of patients is approximately 2 years, but despite the poor prognosis and the high symptom burden of these patients, studies show that the integration of palliative care in advanced chronic liver disease is reduced.

Objective: Assess the associated factors and trends in palliative care use in recent years.

Materials and Methods: A retrospective cohort multicentric study of patients with advanced chronic liver disease who suffered in-hospital mortality between 2017–2019. Information regarding patient demographics, hospital characteristics, comorbidities, etiology, decompensations and interventions was collected. Two-sided tests and logistic regression analysis were used to identify factors associated with palliative care use.

Results: A total of 201 patients were analyzed, with a yearly increase from 26,7%, in 2017, to 38,3%, in 2019, of palliative care consultation. Patients in palliative care were older ($65,72 \pm 11,70$ vs. $62,10 \pm 11,44$; $p=0,003$), had higher rates of hepatic encephalopathy (32,1% vs. 17,4%, $P = 0.007$) and hepatocarcinoma (61,7% vs. 26,2%; $P = 0.000$). No differences were found for the Model for End-stage Liver Disease score ($19,28 \pm 6,60$ vs. $19,90 \pm 5,78$; $p=0,507$) or the Child-Pugh score ($p=0,739$). None of the patients who died in intensive care unit received palliative care (0% vs 31,6%; $p=0,000$). Logistic regression analysis showed that only the presence of hepatocarcinoma and the Karnofsky index were independently related to referral to palliative care. Half of the palliative care consultations occurred 6,5 days before death.

Discussion and Conclusion: Palliative care use differs based on demographics, disease complications and severity, mainly the presence of hepatocarcinoma or patient's functional state. Despite its increasing implementation, palliative care intervention continues to occur late. Future investigations should identify approaches to achieve an earlier and concurrent care model.

CO-0243 - (2832) - MÃO DE FERRO

Sofia Almada¹; Sara Nunes Gomes¹; Mónica Jardim¹; Elisa Caldeira¹;
Rui Fernandes¹; Francisco Barreto¹; Carolina Freitas Henriques¹;
Maria Da Luz Brazão¹; Teresa Faria¹

1 - Hospital Dr. Nélio Mendonça

INTRODUÇÃO: As porfirias são distúrbios metabólicos causados pela atividade alterada de enzimas da biossíntese do heme. A Porfíria Cutânea Tarda (PCT) é causada pela atividade reduzida da uroporfirinogénio descarboxilase (UROD) e pode estar associada a uma combinação de fatores adquiridos e/ou genéticos. É caracterizada por lesões cutâneas bolhosas crónicas em áreas corporais de maior exposição solar.

CASO CLÍNICO: AVP, sexo masculino, 62 anos, referenciado à consulta de Medicina Interna (MI) pela Médica de Família, por alterações cutâneas nas mãos.

Na consulta de MI verificou-se a presença de hipopigmentação distal das mãos, pequenas cicatrizes, erosões e várias lesões cutâneas bolhosas, não pruriginosas, dispersas em ambas as mãos, tanto na face plantar como dorsal.

Negava toma habitual de medicação, consumos etílicos ou tabágicos, história de dor abdominal aguda ou torácica, ou sintomas neurológicos.

Analicamente apresentava ligeira elevação das transaminases hepáticas, Ferro sérico normal e Ferritina muito elevada (2048.0ng/mL).

Perante suspeita de PCT foi solicitada pesquisa de porfirinas séricas, urinárias e fecais, ácido delta-aminolevulínico e porfobilinogénio urinários, cujo resultado confirmou a suspeita de PCT.

Para a avaliação completa dos fatores de susceptibilidade da PCT foi excluída infeção pelo HIV, Hepatite C e realizado estudo genético a fim de identificar ou excluir variantes patogénicas em UROD e HFE.

A caracterização molecular revelou a mutação c.187C>G (p.HisH63Dsp) e variantes c.340+4T e c.1007-47G>A, todas em homozigotia, no gene da HFE, associadas a Hemocromatose e à sobrecarga de ferro.

Assim, perante diagnóstico de PCT adquirida secundária a Hemocromatose, em colaboração com a Imunohemoterapia, o doente iniciou sessões de Flebotomia.

Após um ano e realização de 8 sessões de flebotomia, apresenta evidente melhoria das lesões cutâneas, franca redução da Ferritina (404ng/mL) e aguarda a realização de exame de imagem para avaliação morfológica hepática.

CONCLUSÃO: Os autores salientam o papel fundamental do Internista no diagnóstico desta doença rara e a correta orientação e seguimento do doente. Gostariam ainda de alertar que, apesar dos doentes com PCT apresentarem, comumente, transaminases elevadas, outras causas de alteração da função hepática devem ser excluídas, já que estes doentes apresentam um risco aumentado, a longo prazo, para cirrose hepática e o desenvolvimento de carcinoma hepatocelular

CO-0244 - (4324) - EFEITOS ADVERSOS DA TERAPÊUTICA COM INIBIDORES DO CHECKPOINT IMUNOLÓGICO: HEPATITE AGUDA A PEMBROLIZUMAB

Ana Rui De Albuquerque¹; Margarida Gonçalves³; Catarina Antunes Salvado²; Pedro Caiano Gil²; Isabel O. Cruz²

1 - Serviço de Medicina Intensiva Polivalente da Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho; 2 - Serviço de Medicina Interna da Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho; 3 - Serviço de Endocrinologia e Nutrição da Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Introdução: Os inibidores do checkpoint imunológico são anticorpos monoclonais humanizados usados no tratamento de várias neoplasias e cuja implementação tem melhorado significativamente o prognóstico destes doentes. No entanto, com o aumento da sua utilização também se identificam mais efeitos adversos (irAEs), que podem afetar vários órgãos.

Caso clínico: Homem de 56 anos, autónomo, com adenocarcinoma do pulmão cT4N0M0 ao diagnóstico em 2019, inicialmente tratado com quimiorradioterapia, que foi alterada ao fim de 4 meses para tratamento de 2ª linha com pembrolizumab por progressão da doença. No final de 2020 desenvolveu colite imunomediada grau 2 tendo suspenso o fármaco transitoriamente e feito ciclo de corticóide, com resolução. Em junho de 2023 recorre ao Serviço de Urgência por noção de icterícia das mucosas e anorexia com 6 dias de evolução. Sem alterações neurológicas. Analiticamente apresentava hiperbilirrubinemia 16 vezes o limite superior do normal (LSN), à custa da conjugada; aumento da aspartato (AST) e alanina (ALT) aminotransaminases 12 e 8 vezes o LSN, respetivamente; fosfatase alcalina (FA) 8 vezes o LSN; gama-glutamil-transpeptidase (G-GT) 31 vezes o LSN e coagulopatia (International Normalized Ratio 1.41). Ecografia abdominal com hepatoesplenomegalia de novo mas sem causas obstrutivas ou trombose de vasos esplâncnicos. Admitido por lesão hepática aguda grave na Unidade de Cuidados Intermédios, onde fez protocolo de N-acetilcisteína. Após exclusão exaustiva de outras causas assumido quadro de hepatite aguda imunomediada relacionada com o pembrolizumab grau 3. O fármaco foi suspenso na admissão e posteriormente iniciou corticoterapia na dose de 0,5 mg/Kg/dia, com rápida melhoria clínica e analítica, não tendo desenvolvido falência hepática aguda. Normalização completa da bioquímica hepática em 5 meses. Sem recidiva após desmame de corticoterapia. Atualmente, encontra-se sem tratamento dirigido ao adenocarcinoma, sob vigilância clínica e imagiológica, com doença estável.

Discussão e conclusão: A identificação precoce dos irAEs é essencial para um tratamento atempado. Quando o doente desenvolve uma complicação grau 3 apenas deve retomar o fármaco após discussão multidisciplinar, pesando a relação risco-benefício. No nosso caso optou-se por manter o fármaco suspenso e o doente tem mantido doença estável.

CO-0246 - (4851) - PRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NO INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA – UM ESTUDO PROSPETIVO

Manuel Maia¹; João Dionísio¹; José Magalhães¹; João Coelho¹; Inês Pereira¹; Patrícia Van Beveren¹; Ricardo Velho¹; David Lopes Sousa¹; Sandra Santos¹; Cátia Pereira¹; Ana Teixeira¹; Joana Coelho¹; Fátima Silva¹; Jorge Fortuna¹; Lèlita Santos¹

1 - ULS-Coimbra

Introdução: Os Inibidores da Bomba de Protões (IBP) são amplamente utilizados no tratamento de doenças gastrointestinais, mas o aumento do seu uso, muitas vezes sem indicação formal, é preocupante. Este estudo pretendeu avaliar a adequação da prescrição de IBP num Serviço de Medicina Interna de um Hospital Central, comparando dois grupos de prescritores: um intervencionado e outro não. Foram avaliadas características demográficas, comorbidades, prevalência e adequação da prescrição de IBP.

Objetivos: Caracterizar dados demográficos e comorbidades de pacientes internados no Serviço de Medicina Interna de um Hospital Central, durante 30 dias, em 2018 e 2023;

Avaliar a prevalência e critérios de uso de IBP em pacientes internados nesses períodos;

Avaliar o impacto da intervenção educativa na adequação da prescrição de IBP para profilaxia de hemorragia gastrointestinal.

Material e Métodos: Estudo prospetivo, analítico, pré e pós teste, em prescritores do Serviço de Medicina Interna num hospital central, durante 30 dias em 2018 e 2023. Os prescritores do grupo intervencionado receberam uma formação teórica única sobre IBP, abordando indicações, contraindicações, dosagem e efeitos secundários. Os dados foram obtidos dos registos eletrónicos de saúde.

Resultados: População de doentes: 643 com média de idade de 81 anos, 92% com mais de 60 anos e 54% do sexo feminino. Do total de doentes, 75,12% teve prescrição de IBP, dos quais 38,30% de forma adequada. Na comparação dos dois grupos, apenas foram observadas diferenças significativas na prevalência de doença hepática. A prescrição adequada de IBP diminuiu no grupo intervencionado, de 44% em 2018 para 35% em 2023, enquanto a não prescrição adequada aumentou de 72% para 88%. Não houve diferenças significativas entre os grupos.

Discussão: O estudo mostrou uma alta inadequação na prescrição de IBP, com uma melhoria mínima após a intervenção educativa. Fatores como a pandemia e a experiência clínica podem influenciar. São necessários estudos futuros para avaliar o verdadeiro impacto da intervenção.

Conclusão: A prescrição de IBP revelou-se inadequada e a intervenção educativa única não foi eficaz na melhoria da prescrição. São necessárias novas estratégias para influenciar os padrões de prescrição de IBP.

Recomenda-se educação médica contínua, protocolos de prescrição, ferramentas de apoio à decisão e auditorias para melhorar a prescrição de IBP.

Os médicos devem considerar, cuidadosamente, as indicações e contraindicações de IBP, usando a dose mais baixa e pelo menor tempo possível.

Esperamos que este estudo contribua para melhorar a qualidade da prescrição de IBP no serviço de Medicina Interna, alertando para a necessidade de recolher dados recentes sobre este tema e melhorar a prática clínica em relação a este fármaco, evitando efeitos iatrogénicos desnecessários e gastos económicos.

CO-0247 - (4553) - ENTEROPATIA POR OLMESARTAN – UMA CAUSA RARA DE DIARREIA CRÓNICA

Beatriz Lopes¹; David Furtado¹; Joana Freitas¹; Sérgio Azevedo¹; Lídia Caley¹; Filipa Pedro¹; Ana Luísa Matos¹; Isabel Martins¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Introdução: Enteropatia por olmesartan define-se por diarreia crónica e perda ponderal, podendo ocorrer meses a anos após início do fármaco. A sua suspensão leva à resolução do quadro, havendo recidiva ao ser reintroduzido. **Caso clínico:** Mulher 72 anos com antecedentes pessoais: hipertensão arterial, dislipidemia, glaucoma e insuficiência mitral. Medicação habitual: monoprost colírio, bisoprolol, ciclobenzaprina, olmesartan, lercanidipina, aspirina, amlodipina, pitavastatina. Internada no serviço de Medicina por 6 dejeções diárias de fezes líquidas e perda de 7 kg com 1 mês de evolução. Nega outros sintomas, viagens, consumo de drogas, comportamentos de risco, início de medicação recente, alteração da dieta e contacto com animais. Análises: lesão renal aguda, hipocaliémia, hipocalcémia, hipofosfatémia e hipomagnesémia; função tiroideia e eletroforese das proteínas normal, calprotectina elevada, estudo imunológico com ANA positivo; marcadores tumorais, estudo virológico, parasitológico e bacteriológico e doenças sexualmente transmissíveis negativos. Realizou Tomografia Computorizada tóraco-abdomino-pélvica normal. Colonoscopia com biópsias ao cólon e reto com anatomia patológica de “Colite com atividade”. Endoscopia digestiva alta normal. No internamento fez suplementação iónica e fluidoterapia, com resolução do quadro e por isso teve alta. Por recidiva da diarreia e dos distúrbios hidro-electrolíticos, foi novamente internada. Realizou Tomografia por Emissão de Positrões sem alterações. Iniciou budesonida oral e suspendeu colírios. Resolução do quadro, com alta. Seguida depois em hospital de dia, mantendo queixas de diarreia e necessidade de suplementação de potássio. Consulta de Psiquiatria, que excluiu patologia deste foro e de Gastroenterologia com indicação para retirar o glúten e lactose e iniciar messalazina. Apesar das alterações, manteve as queixas. Suspendido olmesartan e iniciada amlodipina, para exclusão de iatrogenia medicamentosa. Após suspensão, verificou-se remissão total da sintomatologia e recuperação do peso. Durante os internamentos, a doente não realizava olmesartan por este não estar disponível na farmácia hospitalar. **Discussão e conclusão:** Importância de sensibilizar os profissionais de saúde para esta patologia, derivado de um efeito adverso de um fármaco muito prescrito. Importante alertar os doentes para a sua suspensão caso haja sintomas de diarreia e perda de peso.

CO-0248 - (2490) - HEPATITE C E TOXICIDADE PELA ACETETACINA – ALGUMA RELAÇÃO?

Ana Gomes Saraiva¹; Adriana Henriques¹; André Carmo¹; Patrícia Carvalho¹; Sara Leitão¹; Lèlita Santos^{1,2}

1 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Coimbra; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução

A lesão hepática induzida por fármacos (DILI - drug-induced liver injury) é uma das principais causas de suspensão da comercialização de medicamentos. A sua incidência e gravidade variam de acordo com o fármaco utilizado e a suscetibilidade individual. A doença hepática pré-existente é um fator predisponente e os agentes mais frequentemente associados incluem antibióticos, fármacos com ação no sistema nervoso central e anti-inflamatórios. A suspeita clínica e a interrupção do medicamento são imperativas para resolução de uma situação potencialmente fatal. Sendo a DILI associada a anti-inflamatórios amplamente conhecida, não está descrita hepatotoxicidade associada à acetetacina.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 79 anos, autónoma, com hipertensão arterial e patologia osteoarticular degenerativa, sem outras doenças conhecidas, admitida por queixas de mal-estar generalizado, náuseas, vômitos alimentares, desconforto epigástrico e colúria. Os sintomas tinham 1 semana de evolução e agravamento nas últimas 48h, quando notou icterícia. Referia toma de acetetacina durante 1 semana por gonalgias, 2 semanas antes do início da sintomatologia. Ao exame objetivo, icterícia e hepatomegalia dolorosa à percussão. Analiticamente: GGT 2641U/L, FA 590U/L, ALT 943U/L, AST 808U/L, LDH 360U/L, Bilirrubina Total 22,3mg/dL, 78,4% Direta), lesão renal aguda AKIN 1 e hiponatrémia. Ecografia abdominal com hepatomegalia. No restante estudo, serologia positiva para infeção pelo vírus da hepatite C (VHC), genótipo 1, carga viral 3480000UI/mL.

Não havendo contexto epidemiológico para infeção VHC aguda e na suspeita de DILI pela acetetacina, com critérios de gravidade (Score de RUCAM 6 pontos – provável, com padrão hepatocelular e hiperbilirrubinémia >3mg/dL), realizou biópsia hepática que favoreceu o diagnóstico de DILI, também concordante com a evolução clínica e analítica após a suspensão do fármaco.

Discussão

O desconhecimento de hepatotoxicidade atribuível à acetetacina, os critérios de gravidade, e o diagnóstico simultâneo de infeção por VHC, rara na forma de apresentação aguda, aumentaram a complexidade deste caso, obrigando à realização de biópsia hepática que, não sendo mandatária para o diagnóstico de DILI, é fundamental nos casos mais graves ou em que o diagnóstico é incerto. Um bom exemplo de que todos os fármacos são potencialmente hepatotóxicos e de que doença hepática concomitante pode aumentar a suscetibilidade e agravar o prognóstico.

CO-0249 - (2718) - SPLENOSIS AS A MALIGNANCY MIMICKER AND ITS DIAGNOSTIC CHALLENGE

Rafael Sá E Silva¹; Ana Rubim Correia²; Marta Vaz Matos²; Rui Rua Coelho²; Isabel Fonseca Silva²; João Araújo Correia²

1 - Serviço de Medicina Nuclear, Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA), Porto, Portugal; 2 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA), Porto, Portugal

INTRODUCTION

Splenosis is a benign condition of unknown incidence that presents with heterotopic spleen tissue transplantation throughout the abdominal and pelvic cavities, usually following traumatic spleen rupture or splenectomy. Understanding this condition is crucial, as it can mimic other diseases, particularly malignant ones, requiring differentiated imaging methods for its diagnosis.

CLINICAL CASE

A 51-year-old male with pulmonary hypertension, atrial fibrillation, metabolic syndrome, alcohol consumption and a history of splenectomy over 30 years ago following trauma, presents with unspecific abdominal discomfort for several months and evident ascites on physical examination. Abdominal computed tomography (CT) revealed hepatomegaly with signs of congestion, massive ascites, and heterogeneous aspect of the mesenteric fat with multiple unspecific nodules, but no evidence of a primary tumor. A diagnostic hypothesis of peritoneal carcinomatosis was formulated. Serologies for Human Immunodeficiency Virus (HIV), Hepatitis B and C Viruses (HBV and HCV) and summary immunological study were negative. Fibroscan revealed a median EkPA of 14.4 (F3-F4). Tumor markers, diagnostic paracentesis, endoscopic and imaging studies, and [¹⁸F]F-FDG Positron Emission Tomography/Computed Tomography (PET/CT) were negative for malignancy. Given the patient's history of splenectomy, a diagnosis of splenosis was considered. A ^{99m}Tc-heat-Denatured Red Blood Cells (^{99m}Tc-DRBC) Single Photon Emission (SPECT)/CT (Fig.1) enhanced multiple foci with increased radiotracer uptake that were coincident with the known abdominal nodules on CT (Fig.2), confirming the splenosis hypothesis. The patient remains under follow-up in Internal Medicine Clinic, on diuretic therapy, with cardiac and liver diseases under investigation.

DISCUSSION/CONCLUSION:

The case highlights the consideration of splenosis as a cause of unspecific nodular abdominal nodules, especially with no evidence of malignancy, as it may mimic poor prognostic conditions such as peritoneal carcinomatosis. The use of functional imaging, such as ^{99m}Tc-DRBC SPECT/CT, a non-invasive technique, may reveal its diagnosis. This case further emphasizes the importance of a multidisciplinary approach involving medical, surgical and imaging teams.

CO-0250 - (4584) - ESPLENOMEGALIA DESDE A INFÂNCIA- UM DIAGNÓSTICO POR ESCLARECER

Ana Frederica Parente¹; Patrícia Tinoco Araújo¹; António Cardoso Fernandes¹; Maria Inês Risto¹; Diana Lopes Barros¹; Jorge Bezerra¹; Carolina Marques Miranda¹; António Ferreira¹; Diana Guerra¹; Carmélia Rodrigues¹

1 - ULSAM

Introdução: A doença de Niemann-Pick é uma doença hereditária autossômica recessiva, rara, crônica, progressiva e neurodegenerativa, que se caracteriza pelo défice da enzima Esfingomielinase ácida, o qual leva ao depósito de lípidos, hepatoesplenomegalia, doença pulmonar intersticial e alterações neurológicas.

Caso Clínico: Homem, 22 anos, com suspeita de toxoplasmose congénita por infeção materna durante gravidez, não confirmada, esplenomegalia conhecida desde os 3 anos e adenopatias axilares desde os 14 anos, inicialmente seguido em consulta de Pediatria. O estudo realizado foi negativo, nomeadamente, etiologia infecciosa (serologias Brucella, Rickettsia, Salmonella, VIH, VHB, VHC; micobacteriológico de secreções brônquicas), autoimune e análise histológica ganglionar (microbiológico e histológico). Aos 22 anos, através do médico de família, realizou estudo de imagem com hepatoesplenomegalia agravada e infiltrado intersticial pulmonar. Referenciado à consulta de Medicina Interna em 09/2021. Ao exame objetivo: hepatoesplenomegalia. Não objetivadas alterações neurológicas. Repetido estudo analítico que se manteve sem alterações de relevo, incluindo ESP, LDH, VS, Eletroforese de proteínas, IGRA, serologias víricas, ECA, ANA e ANCAs. Tomografia computadorizada tóraco-abdomino-pélvica com padrão pulmonar micro-retículo-nodular bilateral, associado a hepatomegalia (22cm de maior eixo longitudinal) e esplenomegalia (20cm de maior eixo), com presença de nódulos esplénicos. Tendo em conta a longa evolução desde a infância e estudo exaustivo negativo, consideradas doenças de depósito. Do estudo realizado: alterações compatíveis com doença de Niemann-Pick. Confirmada alteração no gene da esfingomielina fosfodiesterase-1 (SPMD1), pelo que foi referenciado à consulta de Doenças Hereditárias do Metabolismo.

Discussão: A doença de Niemann-Pick é uma doença rara que, apesar de não ter cura, pode ter tratamento, que evita a progressão de sintomas e eventuais complicações. Sendo uma doença hereditária autossômica recessiva, tem relevância a identificação de indivíduos portadores para realização de diagnóstico genético pré-natal.

CO-0251 - (5059) - CASO ATÍPICO DE OCLUSÃO DAS ARTERIAS RETINIANAS BILATERALMENTE

Fabio Pe D Arca Barbosa¹; Ines Domingues¹; Patricia Ramos Dos Santos¹; Vanda Spencer¹

1 - Hospital Garcia de Orta

Introdução: A oclusão de arterias retinianas é considerado um evento vascular cerebral cuja abordagem é em tudo semelhante à do acidente vascular cerebral noutros territórios. Apresenta uma incidencia de aproximadamente 8 casos por cada 100,000 pessoas. Em até 30% dos casos não é possível identificar uma etiologia para o evento isquémico, o que pode comprometer a adequada prevenção de eventos subsequentes.

Caso clínico: Homem de 62 anos com antecedentes pessoais relevantes conhecidos de dislipidemia e fibrilhação auricular, hipocoagulado com dabigatrano, é inicialmente admitido no serviço de Urgência (SU) por quadro de oclusao total da arteria central da retina (ACR) à direita, sem criterios para revascularização pelo que iniciou tratamento em camara hiperbarica e foi encaminhado para consulta externa para estudo etiológico. Cerca de um mês depois apresenta quadro de perda de acuidade visual no olho esquerdo, tendo sido diagnosticado com trombo arterial na ACR à esquerda, que apesar de repermeabilização espontanea condicionou comprometimento de cerca de 90% da acuidade visual. Do estudo etiológico realizado é de referir a presença de placa aterosclerotica significativa na carotida interna direita, tendo sido excluidas outras etiologias nomeadamente arteritica, estados pro-tromboticos ou presença de shunt direito-esquerdo. Atendendo à ausencia de etiologia para o evento arterial à esquerda foi também extendido estudo para exclusão de causas genéticas, tendo sido detectado defice parcial de alfa-galactosidase.

Discussão e conclusões: É aqui apresentado o caso atípico de oclusão as ACR bialteralmente. O estudo etiológico não permitiu chegar a uma etiologia clara, o que motivou o despiste de causas genéticas. Variantes atípicas da doença de Fabry podem apresentar-se em idades mais avançadas e na ausencia de história familiar estabelecida são habitualmente diagnosticadas no decorrer do estudo etiológico de patologia neurológica, renal ou cardíaca.

CO-0252 - (4499) - UMA HERANÇA HEMORRÁGICA

Beatriz Dias Silva¹; Tatiana Cardoso¹; Sofia Camões¹; Hugo Ventura¹;
João Olivério Ribeiro¹; Edite Nascimento¹

1 - Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões

A doença de Osler-Weber-Rendu (OWR), também conhecida como telangiectasia hemorrágica hereditária (THH), é uma doença autossômica dominante rara que se caracteriza por displasia fibrovascular, tornando as paredes vasculares vulneráveis a traumas e ruturas causando hemorragias da pele e mucosas. Assim, as manifestações mais comuns da doença são epistáxis recorrentes, telangiectasias na face, mãos e cavidade oral, bem como malformações arteriovenosas viscerais.

Apresentamos um caso de uma mulher de 46 anos, enviada à consulta de medicina interna por epistáxis recorrente. De salientar que como antecedentes familiares apresenta a sua mãe com diagnóstico estabelecido de THH, tendo, por esta razão, já realizado estudo genético onde foi pesquisada a variante genética patológica da sua mãe, que se revelou negativo. Na consulta verificamos a presença de telangiectasias nos lábios e nas pontas dos dedos. Perante a suspeita diagnóstica THH, realizou uma Tomografia Computorizada, onde se objetivou: “ (...) múltiplos focos relacionam-se muito provavelmente com malformações arteriovenosas.”. As Guidelines Internacionais sobre THH recomendam fazer, ou excluir, o diagnóstico usando os critérios de Curação e/ou identificar variante patogénica num dos genes THH. A presença de três ou mais dos quatro critérios de curação estabelece diagnóstico de THH, assim verificamos a presença dos quatro diagnósticos: epistáxis espontânea e recorrente; múltiplas telangiectasias mucocutâneas em locais característicos (como lábios, língua, mucosa oral, pontas dos dedos); Envolvimento visceral (como telangiectasia gastrointestinal; malformações arteriovenosas (MAVs) pulmonares, cerebrais ou hepáticas); Um parente de primeiro grau com THH. Apesar de não ter sido identificada a variante genética familiar no passado, conseguimos fazer com segurança o diagnóstico da doença de OWR já que estão presentes os outros três critérios de diagnóstico. Neste sentido, foi pedido novo estudo genético com estudo das variantes genéticas patológicas conhecidas THH, que à data se encontra pendente.

O tratamento da doença de OWR inclui terapias dirigidas, bem como terapêuticas sistémicas com o objetivo de reduzir os eventos hemorrágicos potencialmente fatais. Assim torna-se importante a elevada suspeita clínica perante um doente com presença de telangiectasias em locais característicos e/ou epistáxis recorrente.

CO-0253 - (4431) - PORFIRIA CUTÂNEA TARDA FAMILIAR: UM CASO CLÍNICO

Andreia Mandim¹; Raquel Oliveira¹; Beatriz Passos¹; Eduarda Couto¹; Joana Rigor¹

1 - Unidade Local de Saúde - Póvoa de Varzim / Vila do Conde

As porfirias são distúrbios metabólicos raros causados pela atividade alterada de enzimas na via do heme. A porfiria cutânea tarda (PCT) é causada pela atividade deficiente da uroporfirinoogénio decarboxilase (UROD) no fígado e manifesta-se por lesões cutâneas e risco aumentado de doença hepática, nomeadamente carcinoma hepatocelular. Existem 2 tipos, adquirida e hereditária, esta última com uma prevalência de 8 casos em 1 milhão de habitantes. Homem de 36 anos com hábitos alcoólicos excessivos (~42g/dia atualmente, anteriormente ~84g/dia de vinho), e história familiar (mãe e tio materno) de PCT de etiologia desconhecida. Encaminhado dos cuidados de saúde primários por eritema irregular de tom acastanhado nas zonas foto-expostas e predominantemente no dorso das mãos, sem prurido associado. À nossa observação, doente com lesões bolhosas (>5mm) com conteúdo seroso/hemático e áreas em cicatrização caracterizadas por manchas hiperpigmentadas no dorso das mãos bilateralmente. Aumento das porfirinas urinárias, sendo acentuado da uroporfirina e hepatacarboxilporfirina, num padrão compatível com PCT. Ecografia abdominal, enzimas hepáticas, ferritina e saturação da transferrina sem alterações, anticorpos para o vírus da hepatite C e antigénio de superfície do vírus da hepatite B negativos, gene HFE sem mutações. Tendo em conta exclusão de causas secundárias e presença de contexto familiar sugestivo de doença autossómica dominante, pedido estudo do gene UROD que identificou a variante patogénica c912C>A, p.(Asn304Lys) em heterozigotia. Iniciou tratamento com hidroxicloroquina 200 mg uma vez por semana, mantendo seguimento em consulta de Medicina Interna. A PCT familiar é uma doença rara, sendo conhecidas >70 mutações diferentes no gene UROD, com conseqüente baixa prevalência de cada. O reconhecimento desta doença é importante, pois, para além de cursar com lesões cutâneas desfigurantes e dolorosas, pode evoluir para cirrose e hepatocarcinoma. A identificação de mutações do gene UROD permite o estudo familiar, o aconselhamento genético pré-concepcional, e o aumento do conhecimento nesta área, com o eventual desenvolvimento de terapêuticas genéticas dirigidas.

CO-0254 - (2460) - DIAGNÓSTICO DE FRUTOSÉMIA EM IDADE ADULTA

Odete Duarte¹; Diogo Alves Leal¹; Helder Esperto¹; Lèlita Santos¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO: A intolerância hereditária à frutose (IHF) é um distúrbio autossômico recessivo raro (prevalência ~ 1/20.000 na Europa) do metabolismo da frutose, resultante de uma deficiência da atividade hepática de frutose-1-fosfato aldolase. Geralmente, apresenta-se na infância com a introdução de frutose e açúcares relacionados (sacarose e sorbitol) na dieta, manifestando-se com distúrbios gastrointestinais (vômitos, náuseas, anorexia, distensão abdominal, recusa alimentar) e hipoglicemia pós-prandial. A ingestão persistente pode levar a atraso de crescimento, lesões hepática e renal, convulsões, coma e morte. Os doentes que atingem a idade adulta, desenvolvem uma aversão natural a frutas/doces e apresentam história de vômitos e hipoglicemia após a ingestão de frutose. A prevalência de IHF na população adulta não é conhecida. O diagnóstico é confirmado pelo estudo molecular de mutações gene ALDOB (9q22.3), que codifica a enzima aldolase B. Quando nenhuma mutação é encontrada, pode ser realizada uma biópsia hepática para avaliar a atividade da aldolase B.

CASO CLÍNICO: Mulher de 44 anos foi referenciada para consulta por quadro de intolerância, vômitos e hipoglicemias pós-prandiais sintomáticas quando ingeria produtos com açúcar de absorção rápida, sendo que sempre fizera restrição deste tipo de alimentos. Referia episódios frequentes de “pressão psicológica” para ingerir estes alimentos em contexto social e profissional. Apresentava vários familiares (avó, pai e irmã) com sintomatologia semelhante. Tinha sido já seguida em consulta de Medicina Interna, onde tinham sido solicitados vários exames, mas que nunca chegou a realizar. Na suspeita de intolerância à frutose, fez estudo genético com sequenciação do gene ALDOB, que identificou duas variantes patogénicas heterozigóticas, confirmando o diagnóstico de IHF. Foi feito aconselhamento dietético por nutricionista.

DISCUSSÃO: A IFH tem um prognóstico favorável quando são cumpridas as restrições dietéticas, mas é potencialmente fatal sem tratamento. Caso haja ingestão de frutose, a abordagem consiste no tratamento de suporte das manifestações agudas (acidose metabólica, desequilíbrios hidroeletrólíticos, insuficiência hepática e/ou renal e convulsões) e na remoção da frutose e de seus precursores da dieta (inclui excipientes de medicamentos). A suplementação multivitamínica pode ser prescrita para evitar défices de micronutrientes.

CO-0255 - (2472) - GLICOGENOSES: CASUÍSTICA DA CONSULTA DE DOENÇAS HEREDITÁRIAS DO METABOLISMO

Odete Duarte¹; Diogo Alves Leal¹; João Peixoto¹; Sónia Moreira¹; Helder Esperto¹; Lèlita Santos¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO: As doenças de armazenamento do glicogénio, (Glycogen Storage Diseases, GSD), também conhecidas como glicogenoses, são doenças metabólicas hereditárias raras, provocadas pela deficiência de enzimas envolvidas no metabolismo do glicogénio. Estas ocorrem essencialmente no fígado ou músculos, e podem causar hipoglicemia ou deposição de glicogénio nos tecidos. A idade do doente, as manifestações clínicas e a gravidade variam com o tipo.

OBJETIVO: Avaliação descritiva dos doentes com GSD, seguidos em consulta de Doenças Hereditárias do Metabolismo (DHM) de um Serviço de Medicina Interna de um Hospital Central.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospectivo dos doentes com o diagnóstico de GSD, avaliados em consulta de Medicina Interna-DHM, com colheita de dados demográficos e clínicos. Os doentes foram divididos em 2 grupos, consoante o tipo de GSD: hepática ou muscular.

RESULTADOS: Num total de 12 doentes avaliados, 8 apresentavam GSD hepática e 4 GSD muscular. No grupo das GSD hepáticas, a maioria dos doentes apresentavam GSD tipo Ia (5 casos), seguida da GSD Ib (2 casos) e GSD IX (1 caso), sendo 62,5% do sexo masculino. Todos os doentes deste grupo foram diagnosticados na infância, tendo confirmação genética. Apenas um doente obteve o diagnóstico de GSD I através de biópsia hepática, sendo em idade adulta reclassificado como tipo IX. Como quadro inicial, todos apresentaram sintomas compatíveis com hipoglicemia, acidose metabólica ou hepatomegália. As complicações mais observadas foram episódios de hipoglicémia (100%) obesidade/excesso ponderal, dislipidémia (75%), hiperuricémia (62.5%), adenomas hepáticos (43%, 3/7), diabetes mellitus (25%). Apenas um doente fez transplante hepático aos 8 anos; chama-se a atenção que os doentes com GSD transplantados em idade pediátrica são preferencialmente seguidos em consulta de Transplante Hepático. No grupo das GSD musculares, apenas são seguidos doentes com GSD V; a idade média de diagnóstico foi aos 30,5 anos e 75% são mulheres. Como quadro inicial, todos os doentes apresentavam mialgias, intolerância ao esforço e 75% apresentaram rabdomiólise. Apenas um doente realizou biópsia muscular; todos os doentes realizaram estudo genético.

CONCLUSÕES: Na população em estudo, as GSD hepáticas são mais comuns e as que apresentam mais complicações, exigindo uma monitorização cuidada. As GSD musculares têm uma apresentação mais insidiosa, sendo diagnosticadas já em idade adulta. Apesar do prognóstico vital ser mais favorável que nas GSD hepáticas, a GSD V associa-se a sintomatologia mais frequente, podendo mimetizar outras doenças, particularmente reumatológicas.

CO-0257 - (2427) - HIPOCALÉMIA E SURDEZ – PODERÁ HAVER ALGUMA RELAÇÃO?

Sílvia Ferreira De Oliveira¹; Inês De Albuquerque Monteiro¹; Adriana Basílio¹; Pedro Rodrigues¹; Joana Barros¹; Mário Esteves¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Ave

Introdução: A Síndrome de Gitelman trata-se de uma patologia autossômica recessiva rara que se caracteriza pela perda de iões devido a má reabsorção no túbulo renal. Isto deve-se a uma mutação inativadora no gene SLC12A3 que codifica o co-transportador de NaCl sensível aos tiazídicos. Estão descritos na literatura casos de perda auditiva bilateral em doentes com esta síndrome.

Caso-clínico: Mulher, 40 anos, com antecedentes de surdez súbita neurosensorial bilateral e episódios de hipocaliémia recorrente. Enviada ao serviço de urgência por hipocaliémia em estudo analítico de rotina. Do estudo efetuado foi documentado: alcalose metabólica com alcalémia e hipomagnesémia associada e ionograma urinário com cloro elevado (105mEq/L). A doente teve alta do serviço de urgência com suplementação oral de cloreto de potássio e magnésio e foi orientada para consulta externa de Medicina Interna. Efetuou estudo complementar em ambulatório, que incluiu estudo genético, revelando mutação SLC12A3 com duas mutações em heterozigotia. Foi pedido o estudo genético dos progenitores, atualmente em curso, para confirmação de diagnóstico.

Conclusão: A Síndrome de Gitelman, apesar de rara é a tubulopatia hereditária espoliadora de potássio mais comum. Como tal, o seu diagnóstico deve ser equacionado em casos de hipocaliémia recorrente em doentes jovens, sem outros antecedentes de relevo.

CO-0258 - (4177) - PEMBROLIZUMAB – UMA CAUSA RARA DE ACIDOSE TUBULAR RENAL DISTAL

Sara Pereira Henriques¹; Inês Amaral Pinto¹; Ana Rita Antunes¹;
Maria Alexandra Martingo²; Catarina Almeida²; Isabel O Cruz¹

1 - Serviço de Medicina - Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho; 2 - Serviço de Nefrologia - Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho

Introdução: Os inibidores do checkpoint imunológico (ICI) são anticorpos monoclonais que atuam potenciando a resposta anti-tumoral do sistema imunitário. Apesar da sua elevada eficácia, o uso crescente destes fármacos tem culminado num aumento da incidência de efeitos adversos imunorrelacionados (EAir). A toxicidade renal é uma complicação rara (2-5%), sendo a nefrite intersticial aguda a manifestação mais frequente.

Caso Clínico: Homem de 79 anos com carcinoma epidermóide do pulmão submetido a 4 ciclos de carboplatina, paclitaxel e pembrolizumab e sob tratamento de manutenção com pembrolizumab desde 12/2021, sem evidência de recidiva. História prévia de EAir com dermatite grau 3 em 01/2022 tratada com corticóide sistémico e colite grau 1 em 03/2022 confirmada histologicamente e resolvida com medidas sintomáticas. Ambos sem necessidade de suspensão do tratamento. Recorreu ao serviço de urgência a 01/2024 encaminhado da consulta de Pneumologia por hipocalémia de 2,4mmol/L. Referia quadro de astenia, prostração, confusão e anorexia associado a infeção respiratória cerca de 3 semanas antes, atualmente com recuperação para o seu estado basal. Negava diarreia. Última toma de pembrolizumab 2 meses antes. Sem alterações de relevo ao exame físico. Do estudo realizado, a destacar creatinina sérica de 1.45mg/dL (habitual 1.3-1.5mg/dL), acidemia metabólica ligeira com anion gap (AG) normal (pH 7.33, HCO₃⁻ 13.3mmol/L, pCO₂ 25.4mmol/L, Cl 113mmol/L e AG 15.5mmol/L), hipocalémia de 2.2mmol/L, pH urinário de 7.0 e AG urinário de 10.2mEq/L. Tendo em conta o exposto e após exclusão de outras causas, assumida acidose tubular renal distal secundária a pembrolizumab. Iniciou suplementação endovenosa de cloreto de potássio com melhoria lenta, mas sustentada dos distúrbios metabólicos. À data de alta, creatinina sérica 1.17mg/dL, K⁺ 4.17mmol/L e HCO₃⁻ 17.2mmol/L. Manteve suplementação oral de cloreto de potássio. Foi orientado para consulta de Nefrologia, onde iniciou posteriormente suplementação oral de bicarbonato de sódio.

Discussão/Conclusão: Com este caso pretende-se destacar a acidose tubular renal distal como uma possível complicação dos ICI que deve ser considerada na presença de acidemia metabólica com AG normal e hipocalémia. A identificação precoce é essencial já que o tratamento adequado previne complicações crónicas, como osteoporose e declínio da função renal, e agudas, como hipocalémia grave com fraqueza e paralisia muscular.

CO-0259 - (4285) - NEFRITE INTERSTICIAL AGUDA ASSOCIADA A PEMBROLIZUMAB

José Fragoso Duro¹; Filipa Sousa Gonçalves¹; André Couto Dias¹; Patrício Aguiar¹; Pedro Da Torre Pinto¹

1 - ULS Santa Maria

Nefrite intersticial aguda associada a pembrolizumab

Pedro da Torre Pinto, José Fragoso Duro, Filipa Sousa Gonçalves, André Couto Dias, Patrício Aguiar

Introdução: A nefrite intersticial aguda é um mecanismo de lesão renal aguda frequentemente associada à administração de fármacos. Deve suspeitar-se em doentes com agravamento da função renal associado a sintomas constitucionais, manifestações de hipersensibilidade como eosinofilia, microhematúria, leucocitúria e proteinúria não nefrótica.

Caso clínico: Homem, 73 anos, com antecedentes relevantes de carcinoma urotelial da bexiga, tendo realizado quimioterapia neoadjuvante e cistoprostatectomia radical com ureteroileostomia. Por volumosa recidiva tumoral local e múltiplas intercorrências infecciosas urinárias, o doente recusou quimioterapia, sendo iniciada imunoterapia com pembrolizumab off-label 3 meses antes da admissão. Encaminhado ao Serviço de Urgência pela consulta de Oncologia por agravamento da função renal com valores de creatinina de 7,22mg/dl (basal cerca de 2mg/dL) e acidémia metabólica com hiato aniónico normal. Admitido em internamento com diagnóstico de doença renal crónica agudizada; em virtude da relação entre a introdução do pembrolizumab e o surgimento de eosinofilia periférica, agravamento progressivo da função renal e proteinúria de possível etiologia tubular (dissociação franca entre proteinúria total e albuminúria) foi assumida nefrite intersticial aguda associada ao pembrolizumab. Manteve suspensão deste fármaco e iniciou hidratação endovenosa e bicarbonato com progressiva melhoria laboratorial (creatinina 3,7mg/dl e acidose metabólica corrigida à data de alta). Foram ainda excluídas outras etiologias de agudização, como obstrução, gamapatia monoclonal ou imunomediada.

Discussão e conclusão: Pembrolizumab é um anticorpo monoclonal humanizado anti-PD1, que pode condicionar reações adversas que afetam mais frequentemente a pele, trato gastrointestinal, fígado e sistema endócrino, normalmente por mecanismo imunomediado. Podem também afetar o rim, estando descritos alguns casos limitados de nefrotoxicidade. A monitorização laboratorial é essencial em doentes submetidos a tratamento com biológicos anti-PD1 e torna-se imperativo a suspensão do medicamento e a correção dos respetivos distúrbios assim que objetivadas manifestações de toxicidade renal.

CO-0260 - (4407) - GLOMERULONEFRITE C3: UMA CAUSA RARA DE DOENÇA RENAL

Ana Paiva Santos¹; Inês Pintor¹; Margarida Resendes¹; Telma Amorim Santos¹;
Guilherme Violante Cunha¹; Pedro Lopes¹

1 - ULS Região de Aveiro

INTRODUÇÃO: A patologia glomerular pode resultar de várias alterações, quer hereditárias como adquiridas e estão associadas a um amplo espectro de manifestações, que vão desde as alterações urinárias assintomáticas à lesão renal aguda e à doença renal crónica terminal. Habitualmente, a biópsia renal é importante para o diagnóstico da patologia subjacente.

CASO CLÍNICO: Homem de 46 anos. Sem antecedentes pessoais de relevo. Sem medicação habitual. Recorre ao Médico de Família por queixas de cansaço para pequenos esforços, associado a perda ponderal em contexto de dieta restritiva, com 4 meses de evolução. Exame objetivo sem alterações de relevo. Realizado estudo analítico com anemia normocítica e normocrómica, associada a creatinina de 0,67mg/dL, microalbuminúria em amostra única de 2432,18 mg/g e ecocardiograma transtorácico com evidência de hipertrofia do ventrículo esquerdo excêntrica severa e insuficiência aórtica moderada a grave. Neste contexto é avaliado em consulta de Hematologia, que exclui discrasia plasmocitária ou outra doença hematológica primária. Posteriormente, é internado para estudo. Analiticamente, agravamento da função renal com creatinina de 1,9mg/dL, associado a proteinúria de 24h de 7,4g, ligeira diminuição da albumina, ligeiro consumo de C3, sem consumo de C4; serologias víricas e autoimunidade negativos. Ecografia renal com aumento difuso da ecogenicidade. Faz-se biópsia renal cuja microscopia ótica apresenta glomerulonefrite (GN) proliferativa endo e extra-capilar com crescentes e depósitos de C3 e microscopia eletrónica compatível com GN proliferativa mesangial com depósitos de tipo imune mesangiais e subendotelais. Já do ponto de vista cardíaco, realiza RMN que confirma os achados do ecocardiograma, bem como sinais sugestivos de edema mmiocárdico. Nesse contexto, é realizada biópsia endomiocárdica que confirma sinais de Miocardite, sem características de especificidade. Assume-se GN C3 e inicia corticoterapia e micofenolato de mofetil.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: As GN C3 são um grupo raro de patologia renal caracterizado pela desregulação da cascata do complemento, conduzindo ao depósito de C3 no parênquima renal. O doente típico apresenta-se com hematuria, proteinúria e hipertensão arterial, associado a diminuição do C3. Dada a apresentação clínica inespecífica o diagnóstico principal é extenso. O prognóstico é variável.

CO-0261 - (4630) - GLOMERULONEFRITE PAUCI-IMUNE EM DOENTE IMUNOCOMPROMETIDO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Peneda Ferreira¹; Círia Sousa²; Inês Filipa Silva¹; João Borges¹; António Sousa¹; Carolina Queijo¹; Natália Lopes¹; Fernando Salvador¹

1 - ULS Trás-os-Montes e Alto Douro; 2 - ULS Tâmega e Sousa

Introdução

A insuficiência renal rapidamente progressiva (IRRP) crescêntica é uma entidade clínica caracterizada pelo desenvolvimento de doença glomerular com formação de crescentes e disfunção renal, podendo ocorrer em qualquer idade. Pode ainda ter uma apresentação semelhante à glomerulonefrite (GN) pós-infecciosa com hematúria, edemas, diminuição do débito urinário e hipertensão, sendo a GN pauci-imune um tipo de IRRP crescêntica necrotizante, com raros a ausentes depósitos imunes na imunofluorescência.

Caso clínico

Sexo masculino, 70 anos, autónomo. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, artrite reumatóide sob metotrexato e prednisolona, anemia da doença crónica e dissecção da aorta tipo A. Admitido por sépsis com ponto de partida em pneumonia adquirida na comunidade a *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* em doente imunodeprimido. Durante o internamento, diagnóstico inaugural de fibrilhação auricular e desenvolvimento de insuficiência renal rapidamente progressiva (creatinina sérica máxima de 6.8 mg/dL), hematúria macroscópica com eritrócitos dismórficos e proteinúria de 1.6 g/dia, com exclusão de componente obstructivo. Do restante estudo, identificação de consumo de C3 e pico monoclonal IgG/lambda na electroforese de proteínas séricas, com auto-imunidade negativa. Prosseguido estudo com biópsia renal, compatível com glomerulonefrite crescêntica com identificação de crescentes em 38,9% dos glomérulos, necrose e atrofia tubular, fibrose intersticial e infiltrado linfocítico. Imunofluorescência negativa para IgA, C3c, IgM, C1q, IgG, Kappa e Lambda. Realizou tomografia axial computadorizada toraco-abdomino-pélvica para exclusão de etiologia paraneoplásica, com identificação de nódulo tiroideu EUTIRADS 4, posteriormente biopsado com características histológicas de benignidade. Proposta terapêutica imunossupressora com bólus de metilprednisolona, que recusou. Iniciou técnica de substituição da função renal no internamento por desenvolvimento de sintomatologia urémica e redução do débito urinário, sem recuperação da função renal. Assumida doença renal terminal, tendo integrado programa regular de hemodíalise, encontrando-se actualmente estabilizado do ponto de vista nefrológico.

Discussão e conclusão

A glomerulonefrite crescêntica é uma causa de IRRP, salientando-se neste caso a importância da integração clínica e o papel da biópsia renal no diagnóstico diferencial com glomerulonefrite pós-estreptocócica.

CO-0262 - (5024) - NEFRITE TÚBULO-INTERSTICIAL AGUDA ASSOCIADA A PEMBROLIZUMAB

Ana Alves¹; Vitor Fernandes¹; Rafael Figueiredo¹; Nuno Melo¹; Jorge Almeida¹

1 - ULS de São João

INTRODUÇÃO : Os inibidores do checkpoint imunológico (ICI) são anticorpos monoclonais que permitem aumentar a eficiência do sistema imunitário na destruição das células neoplásicas. Dada a potencial desregulação imunológica induzida por estes fármacos, vários efeitos adversos relacionados com fenómenos auto-imunes têm vindo a ser reportados em praticamente todos os órgãos.

CASO CLÍNICO Mulher, de 33 anos, com diagnóstico recente de carcinoma da mama triplo negativo com 2 lesões na mama esquerda, sem adenopatias locorregionais, tendo iniciado quimioterapia neoadjuvante com Paclitaxel e Carboplatino associada a Pembrolizumab há 4 meses. Sem outra medicação habitual (incluindo inibidor da bomba de prótons). Recorre ao Serviço de Urgência (SU) encaminhada da consulta de Oncologia por lesão renal aguda (creatinina de 2,12 mg/dL). Referia percepção de diminuição do débito urinário associada a edema periférico e febrícula nas últimas duas semanas. Negava disuria, poliaquiúria, urina espumosa, hematúria ou outras alterações das características da urina. Sem dor lombar e sem história familiar de doença renal em idade jovem. Do estudo efectuado no SU apresentava acidose metabólica ligeira (bicarbonato 20 mmol/L) ; sem leucocitose e sem sinais sugestivos de microangiopatia trombótica, proteína C reativa 112 mg/L, disfunção renal agravada (ureia 145, creatinina 4,77 mg/dl) e hiponatremia (Na 126 mmol/L). Exame sumário de urina com leucocitúria ligeira (35/uL), (sem eritrócitos ou proteinúria). Ecografia renal com rim esquerdo normal mas rim direito com aumento difuso da ecogenicidade cortical e aumento da diferenciação corticomedular. Sem hidronefrose bilateralmente. A doente foi admitida sob fluidoterapia com agravamento analítico nas primeiras 24 horas pelo que na suspeita de nefrite tubulointersticial aguda ao pembrolizumab iniciou Prednisolona 1mg/Kg (60mg). Do restante estudo, sem alterações do complemento e/ou estudo imunológico. Fez biópsia renal com achados sugestivos de nefrite tubulointersticial aguda, neste contexto interpretado no contexto de exposição a pembrolizumab. é o que se associa mais frequentemente a nefrite tubulo-intestinal. Após descontinuação do fármaco e corticoterapia evolui favoravelmente da função renal.

DISCUSSÃO: A lesão renal aguda ocorre em 1 a 5% dos doentes sob ICI. O tratamento passa sobretudo pela suspensão do fármaco e corticoterapia; contudo, em 40% dos doentes os valores séricos de creatinina não retornam ao basal.

Outro | Trabalho prospetivo/ retrospectivo

CO-0265 - (4346) - INTERNAMENTO POR TROMBOEMBOLISMO VENOSO: PESQUISA DE NEOPLASIA OCULTA E PADRÃO DE ANTICOAGULAÇÃO PARA AMBULATÓRIO

Guilherme Vilhais¹; Joana Costa Simões²; Luísa Fraga Fontes²

1 - Serviço de Oncologia Médica e Hematologia, Hospital CUF Descobertas e Hospital CUF Tejo; 2 - Serviço de Medicina Interna, Hospital CUF Descobertas

Introdução: O tromboembolismo venoso (TEV) é frequentemente a 1ª manifestação de uma neoplasia, constituindo uma oportunidade para diagnóstico oncológico precoce. O esclarecimento etiológico pode influenciar a estratégia anticoagulante, nomeadamente nalgumas neoplasias. No entanto, não existe consenso quanto à indicação e metodologia para pesquisa de neoplasia oculta em doentes com TEV idiopático.

Nos últimos anos, assistiu-se à generalização dos anticoagulantes orais diretos (ACOD) pela sua eficácia, segurança e comodidade posológica, inclusive nos doentes oncológicos. Contudo, a escolha entre ACOD permanece maioritariamente baseada na experiência dos centros e preferência do clínico.

Objetivos: Pretendeu-se caracterizar a realização de estudo imagiológico para excluir neoplasia oculta em internamento por TEV e analisar o padrão de anticoagulação à data de alta e após revisão em consulta.

Material e Métodos: Reporta-se uma série de casos de doentes internados por TEV. Foi utilizada uma amostragem não aleatória consecutiva, tendo sido incluídos todos os doentes internados por TEV num hospital português entre Janeiro 2022 e Dezembro 2023. Para efeitos de estatística descritiva e inferencial foram utilizados os programas Google Sheets e SPSS, respetivamente. Foram utilizados os testes t e Qui-quadrado para significância estatística de $p < 0,05$.

Resultados: Foram incluídos 138 doentes, com idade média de 63 anos e predomínio do sexo feminino (60,9%). A grande maioria (91,9%) apresentava tromboembolismo pulmonar (TEP), com ou sem trombose noutras territórios. A média de internamento foi 7,1 dias e a taxa de mortalidade 2,2% (n=3).

Foi solicitado pelo menos um exame de imagem para pesquisa de neoplasia oculta em 63% dos casos, sendo a TC de corpo e a ecografia da tiróide os exames mais requisitados. Foram diagnosticados 5 casos de neoplasia, mas apenas 2 como resultado direto deste estudo (2% dos doentes submetidos a exames). Não se verificou associação entre a realização de estudo e a idade e sexo do doente ou duração do internamento ($p = 0,458, 0,480$ e $0,375$, respetivamente).

A maioria dos doentes (70%) teve alta sob ACOD, com preferência por edoxabano e rivaroxabano. Os restantes 30% apresentavam fatores que favoreceram a escolha de heparina de baixo peso molecular ou varfarina, mas 21,5% acabou por sofrer switch para ACOD após reavaliação em consulta.

Discussão & Conclusão: Solicitam-se exames de imagem para excluir neoplasia oculta após TEV idiopático numa percentagem elevada de doentes, com baixa rentabilidade e custos associados. A abordagem deve privilegiar a avaliação clínica, análises sumárias e atualização de rastreios oncológicos, reservando-se estudos complementares para doentes de alto risco para neoplasia.

A maioria dos doentes tem alta sob ACOD, com preferência pelos de toma única diária, sendo que, após revisão em consulta, esta percentagem aumenta refletindo a preferência do doente e conclusão do estudo para trombofilias.

CO-0266 - (3989) - IMPACTO DA DOR NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Maria Meneses Rebelo¹; Luís Coelho¹; Mafalda Leal¹; Beatriz Sampaio¹; Beatriz Barata¹; Catarina Costa¹; Madalena Eurico Lisboa¹

1 - ULS São José - Hospital Santos António dos Capuchos

Um em cada três portugueses sofrem de dor crónica, e o internamento (Int) permite iniciar e rever terapêutica anti-álgica(TAI), com intuito de melhorar a qualidade de vida do doente.

O objectivo é estudar e caracterizar a prevalência de dor numa população de doentes internados num Serviço de Medicina Interna. Estudo prospetivo observacional com amostra de 100 doentes, com consulta de dados demográficos no processo clínico e realização de questionário ao doente/cuidador. Avaliado grau de dependência (escala de Katz), caracterização da dor: aguda/crónica, intensidade (escala numérica/escala visual), oncológica/não oncológica e tipo. Registada TAI antes, durante o Int e à data da alta.

Em 100 doentes 72% admitiam dor. Destes, 64%(n=46) tinham dor não oncológica(DNO) vs 36%(n=26) oncológica(DO).

Do grupo DNO, 52% (n=24) do sexo feminino, média de idades 81 anos, média de índice de Katz de 3.4, uso de escala numérica da dor em 91%(n=42): média à admissão de 4.1, com melhoria durante o Int. Dor nociceptiva em 44%(n=20), neuropática em 26%(n=12) e mista em 30%(n=13). Dor aguda em 41%(n=19), destes só 10%(n=2) sob TAI em ambulatório (Amb), causas infecciosa em 58%(n=11), gastrointestinal 16%(n=3) e traumática 26%(n=5). Dor crónica em 59%(n=27), com dor não controlada(DNC) em 44%(n=12), e sob TAI em Amb em 66.6%(n=18); causas vascular em 18.5%(n=5), osteoarticular 77.7%(n=21) e inflamatória 3.8%(n=1).

TAI em Amb, maioria com mais de uma classe de fármaco- 30%(n=12) sob analgésicos, 20%(n=9) AINEs, 4%(n=2) corticóides, 10%(n=5) opióides e 22%(n=10) sob anticonvulsivantes. No Int aumento da prescrição de analgésicos, AINEs e opióides, com 34%(n=16) sob esquema SOS. Em 33%(n=10) foi feito ajuste de terapêutica na alta sendo que a maioria dos doentes teve alta com menor TAI que à admissão. Apenas 11%(n=5) foram referenciados a consulta da dor.

Do grupo de DO, 58%(n=15) sexo feminino, média de idades 72 anos, média de índice de Katz 4, uso de escala numérica da dor em 85%(n=22): média à admissão de 4, com melhoria ligeira ao longo do internamento. Apenas 23%(n=6) seguidos em consulta de dor. 7 Óbitos com dor média 5.7 à admissão, todos com ajuste de TAI no Int.

Dor nociceptiva em 31%(n=8), neuropática 15%(n=4) e mista em 54%(n=14). Causa: dor óssea em 65%(n=17) e dor abdominal em 35%(n=9). Dor crónica em 85%(n=22), DNC em 73%(n=16), e sob TAI em Amb em 42%(n=11): analgésicos em 58%(n=15), AINE 15%(n=22), corticóides 12%(n=3), opióides 23%(n=6) e anticonvulsivantes em 12%(n=3). No Int 73%(n=19) tiveram necessidade de SOS, com aumento da prescrição de opióides em esquema, sendo que em apenas 26%(n=5) foi ajustada TAI na alta.

Do grupo de doentes sem dor(n=28), 29%(n=8) realizou TAI SOS no Int, com ajuste terapêutico à alta em apenas 1 caso.

A dor é frequente na enfermaria, e a sua avaliação fulcral. É uma comorbilidade importante, com grande impacto na qualidade de vida do doente, sendo indispensável a sua caracterização e gestão adequada no Int e alta.

CO-0267 - (2529) - IMPACTO DO INTERNAMENTO NO STATUS FUNCIONAL DOS DOENTES DE UMA ENFERMARIA COVID-19 DE MEDICINA INTERNA AOS 3 MESES PÓS-ALTA

Henrique Atalaia Barbacena^{1,2}; Inês Matias Lopes¹; António Moreno Marques¹; Patrícia Trindade¹; Raquel Soares¹; Patrícia Howell Monteiro¹

1 - Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria; 2 - Instituto de Farmacologia e Neurociências Básicas, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

O internamento hospitalar e a doença aguda acarretam perda de capacidade funcional, especialmente nos idosos, tornando-se essencial definir fatores de risco preditores de uma maior perda funcional.

Avaliar, numa enfermaria COVID-19 de Medicina Interna num hospital terciário, o papel do internamento sobre a qualidade de vida e identificar aos 3 meses pós-alta (3Mpa) fatores preditores de retoma funcional pré-internamento.

Estudo prospetivo, observacional, com análise dos doentes internados entre janeiro e fevereiro de 2022. Dados sobre sexo, idade, duração do internamento e Clinical Frailty scale (CFS) à admissão e alta recolhidos do processo clínico. Aos 3Mpa aplicado via telefónica o questionário EQ-5D-3L e avaliado o CFS, após consentimento oral. Análise dos dados no SPSS® (significância estatística $p < 0,05$).

A população final incluída no estudo foi de 36 doentes, distribuição por sexos com 55% homens e 45% mulheres, média de idades de 64,6 anos e duração média do internamento de 8,6 dias. A comparação do CFS na admissão com a alta mostra agravamento em 33% dos doentes. Apesar de não estatisticamente significativo, 72% dos doentes que agravaram tinham idade ≥ 65 anos e internamento ≥ 7 dias. O CFS na admissão ($p=0,284$) e a realização de fisioterapia (FT; $p=0,219$) não influenciaram o agravamento do CFS. Aos 3Mpa, 28 doentes (78%) mantiveram/melhoraram o CFS. Apenas a idade < 65 anos mostrou ter uma relação significativa com a manutenção ou recuperação ($p=0,001$). O CFS à admissão ($p=0,314$) ou à alta ($p=0,396$), e a realização de FT em internamento ($p=0,374$) não tiveram relação com a melhoria do CFS 3Mpa. A destacar que 75% dos doentes que não melhoraram aos 3Mpa tiveram internamentos ≥ 7 dias. Sobre o EQ-5D-3L, o agravamento do CFS durante o internamento não mostrou ter relação com as diferentes esferas (mobilidade $p=0,599$; autocuidado $p=0,742$; atividades $p=0,669$; ansiedade $p=0,193$; dor $p=0,955$). Contudo, a melhoria aos 3Mpa mostrou ter relação com a manutenção das atividades ($p=0,046$) e autonomia no autocuidado ($p=0,004$). A classificação global de saúde (CGS) não mostrou ter relação com o agravamento do CFS durante o internamento ($p=0,941$), mas sim com a sua melhoria aos 3Mpa ($p=0,012$).

O estudo apresentando identificou a idade à admissão como preditor da recuperação funcional aos 3Mpa, associando-se esta última, a maior autonomia no autocuidado, na realização de atividades habituais e numa melhor CGS. Da mesma forma, a idade à admissão influenciou a variação do CFS durante o internamento, estando a idade ≥ 65 anos e a duração mais prolongada do internamento associados a agravamento do CFS, ainda que de forma não estatisticamente significativa. Por sua vez a duração do internamento influenciou negativamente a recuperação do CFS 3Mpa.

O impacto do internamento na funcionalidade dos doentes é um tema ainda pouco estudado na realidade portuguesa, tornando-se essencial identificar fatores de risco e proteção a fim de se melhorarem os cuidados de saúde como um todo

CO-0268 - (3992) - MARCADORES DE GRAVIDADE NA SÉPSIS

Cristiane Pais Macedo¹; Ana Margarida Coutinho¹; Patrícia Afonso Mendes¹; Jandira Lima¹; Rui Pina¹; Lèlita Santos¹

1 - Medicina Interna, CHUC

INTRODUÇÃO: Em Portugal, cerca de 34% dos doentes têm infeção documentada aquando a admissão em unidades de cuidados intensivos, sendo a sépsis e o choque séptico responsáveis por 20-30% de mortalidade intra-hospitalar. Vários marcadores de gravidade têm sido propostos para melhor estratificação e tratamento da doença.

OBJETIVOS: Avaliar os rácios PCR/albumina (PCR/alb), procalcitonina/albumina (Pct/alb), lactato/albumina (Lact/alb) e neutrófilos/linfócitos (N/L) como marcadores de gravidade da sépsis.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospectivo, com recurso à informação clínica dos doentes internados por sépsis ou choque séptico numa unidade de cuidados intermédios médicos, entre 2019 e 2022. Foram incluídos doentes com idade igual ou superior a 18 anos, com critérios de sépsis. Foi utilizado o SPSS®, com recurso a correlações de Pearson, assim como curvas de ROC e análise de sobrevivência de Kaplan-Meier, com nível de significância para rejeição da hipótese nula $p < 0,05$.

RESULTADOS: Dos 203 doentes analisados após randomização da amostra, 58,1% (n=118) eram do sexo masculino, e 59,6% dos doentes foram admitidos por choque séptico (n=121). A mortalidade intra-hospitalar foi de 27,1% (n=55).

Existiu uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o rácio PCR/alb, N/L e Lact/alb e a morte até 30 dias (rpb=0,288, n=200, $p=0,001$; rpb=0,144, n=201, $p=0,001$; rpb=0,189; n=193, $p=0,008$), assim como com os scores calculados à admissão na unidade (SOFA, SAPS II e APACHE II). Dos novos rácios, o Lact/alb foi o único que apresentou correlação significativa com os dias de internamento (rpb=0,256; n=191, $p=0,000$), assim como com o uso de terapêutica vasopressora (rpb=0,35; n=193, $p=0,001$) mas, ainda assim, com r inferior ao SOFA ($r=0,480$).

Comparando os vários scores validados ou não para predizer a mortalidade, um valor mais alto de SAPS II foi o que se melhor se correlacionou com a mortalidade, seguido do APACHE II e rácio PCR/alb ($r=0,287$; $0,231$, $0,228$ respetivamente).

No entanto, apesar da correlação ser mais forte nesses rácios, o melhor preditor de mortalidade revelou ser o Lact/alb tendo a melhor AUC (AUC=0,656) com sensibilidade 80,4% e especificidade de 47,8% para Lact/alb $< 0,51$. A AUC do rácio Lact/alb foi superior à do lactato isolado (AUC = 0,662 vs 0,614 respetivamente).

Na análise de sobrevivência de Kaplan-Meier, um rácio Lact/alb $>0,51$ mostrou uma diferença negativa estatisticamente significativa na sobrevivência dos doentes ($p < 0,01$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: Possíveis marcadores de gravidade têm vindo a ser estudados, tais como os rácios lactato/albumina, PCR/albumina, procalcitonina/albumina, que neste estudo não demonstraram a significância esperada, obtendo-se correlações positivas fracas com a mortalidade. Em estudos prospetivos futuros, com recurso à bioinformática, os novos rácios poderão ser integrados nas calculadoras, com objetivo de aumentar a sensibilidade e especificidade, na estratificação dos doentes.

CO-0269 - (2036) - ESTUDO RETROSPETIVO DA RESPOSTA MÉDICA NUM EVENTO MASS GATHERING PROLONGADO: CASO DAS JORNADAS MUNDIAIS DA JUVENTUDE DE 2023

Bernardo Silva¹; Joana Xavier Fialho²

1 - Hospital Distrital de Santarém, EPE; 2 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A preparação de equipas de saúde para eventos de mass gathering tem sido descrita frequentemente embora não existam muitos dados sobre a resposta a eventos com duração prolongada no tempo.

A Jornada Mundial da Juventude 2023 que decorreu em Lisboa, recebeu na cidade e áreas circundantes cerca de um milhão e meio de peregrinos.

Os resultados apresentados são reflexo da prestação de cuidados de uma equipa de saúde de apoio a cerca de 9000 peregrinos da Jornada Mundial da Juventude de 2023, distribuídos geograficamente por 12 postos de saúde, entre os dias 31 julho e 8 de agosto.

Objetivos: Documentar a tipologia de lesões, a utilização de cuidados de saúde e a gestão de equipas num evento mass gathering, com o objetivo de ajudar as organizações futuras a planear os recursos médicos de apoio.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo que teve por base os dados obtidos através da criação de formulários digitais para registo das ocorrências e sua abordagem, incluindo a identificação das vítimas, a idade, o país de origem, a data e hora do incidente, o tipo de incidente, a necessidade de utilização/disponibilização de fármacos e a necessidade de encaminhamento hospitalar.

A assistência médica foi prestada por enfermeiros e médicos disponíveis 24h/dia em regime presencial ou de prevenção (das 02:00h-07:00h). Os locais de apoio foram salas pré-preparadas ou enfermarias já existentes, com equipamento de primeira abordagem, junto aos dormitórios onde os peregrinos pernoitavam.

Resultados: A prevenção e assistência médica tiveram uma duração de 9 dias, durante os quais uma equipa de médicos e enfermeiros prestaram apoio a cerca de 9000 participantes, tendo tido um registo de 584 ocorrências. As vítimas tinham idades compreendidas entre os 11 e os 66 anos, com uma média de idades de 23 anos. As principais nacionalidades dos participantes atendidos foram Espanhola (29.3%), Portuguesa (17.8%) e Italiana (16.8%). As diferentes necessidades de assistência foram por patologia médica (55.5%), cuidados de feridas (29.1%) trauma (12%) e queimadura (2.1%), com necessidade de administração de fármacos em 65.1% dos casos mas com necessidade de evacuação hospitalar em apenas 1.7% (10) das situações.

O pico de atividade ocorreu nos turnos da manhã (07:00h-13:00h), sendo que 48.1% das ocorrências se deram nesse período. Ao longo dos dias o número de ocorrências foi gradualmente aumentando atingindo o seu pico no dia 5 de apoio.

Discussão e Conclusão: A análise da resposta de uma equipa de saúde num evento mass gathering com a duração de 9 dias, dos principais incidentes e picos de ocorrência no tempo, bem como a verificação da capacidade de reduzir a necessidade dos peregrinos terem de se deslocar a serviços de urgência pode reforçar a importância da existência destas equipas e ajudar as organizações a planificar eventos futuros.

CO-0270 - (2499) - O INVASOR SILENCIOSO

Carolina Almeida Robalo¹; Ana Teixeira Reis¹; António Pessoa¹; Valeriya Zaruba¹; Pedro Freitas¹; Pedro Carreira¹; Susana Marques¹; Ermelinda Pedroso¹

1 - Hospital de São Bernardo

A doença de Lyme é uma doença sazonal e endémica em Portugal, com maior prevalência no norte e centro do país. Embora o rash seja característico, 20 a 30% dos doentes não o apresentam. Pode desencadear manifestações sistémicas variadas entre as quais as neurológicas, que por vezes surgem semanas a meses após o início da infeção. Esta afeta até 15% dos doentes e geralmente apresenta-se como meningite linfocítica, paralisia do nervo facial ou radiculoneurite. No entanto, outras manifestações neurológicas são possíveis pelo que este diagnóstico pode facilmente ser ignorado.

Homem, 36 anos, previamente saudável, residente em meio rural, é admitido no serviço de urgência por dor abdominal com irradiação para o dorso. Ao exame objetivo apurou-se paralisia facial periférica esquerda, disartria, descoordenação motora, diplopia, disfagia e quadriparesia arreflexa flácida. Por fraqueza muscular generalizada, iniciou quadro de insuficiência respiratória com necessidade de suporte ventilatório invasivo e admissão em UCI. A análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) revelou 95% linfócitos e proteinorráquia (268 mg/dL) tendo-se assumido síndrome de Guillain-Barré atípica e iniciada imunoglobulina intravenosa. Ao 4º dia de terapêutica verificou-se agravamento com tetraplegia e oftalmoparesia, sem outros sintomas associados. Foi realizada plasmáferese, mas sem melhoria.

Para investigação adicional foi pedida ressonância magnética da coluna que revelou espessamento das raízes da cauda equina e emergências radiculares dorsais e realce em T1 após administração de gadolínio; e electromiografia onde mostrava polineuropatia axonal sensorio-motora grave. Adicionalmente a cultura de LCR revelou anticorpos contra *Borrelia burgdorferi* positivos bem como hemoculturas com isolamento do mesmo agente. Assumiu-se neuroborreliose e iniciou-se Ceftriaxone durante 4 semanas, com melhora paulatina desde então.

O caso deste jovem sublinha a natureza multifacetada do impacto da doença de Lyme no sistema nervoso. A neuroborreliose apresenta-se como uma entidade clínica altamente heterogênea e facilmente negligenciada, especialmente nas manifestações atípicas. É necessária a consciencialização sobre as apresentações possíveis de forma a iniciar um tratamento célere e eficaz.

CO-0271 - (4721) - OLHO NO HEMOGRAMA

Célia Tuna¹; Artur Costa¹; Paulo Simão¹; Fábio Santos¹; Rozeane Santiago¹; Céu Evangelista¹; Maria Valente¹; Margarida Ascensão¹

1 - ULS Cova da Beira

Introdução: A Pneumonia Eosinofílica Crónica (PEC) é uma doença rara, responsável por 2.5% dos casos de Doença Pulmonar Intersticial, e caracteriza-se pela acumulação de eosinófilos no pulmão. Geralmente ocorre entre os 30 e 40 anos de idade e a asma pode preceder ou surgir depois em metade dos casos.

Caso Clínico: Mulher, 41 anos, com hiperreatividade brônquica e tosse seca de predomínio noturno com mais de 1 ano de evolução. Medicada com montelucaste e budesonida-formoterol. Teve Covid-19 e poucas semanas depois foi internada por pneumonia vírica (Vírus Sincicial Respiratório) com sobreinfecção bacteriana e insuficiência respiratória; foi medicada com Levofloxacina. Teve alta com corticoide (CT) em desmame. Com a redução de CT, apresentou agravamento progressivo da tosse, cansaço e dispneia. Foi novamente internada, 1 mês depois, com quadro respiratório assumido como infecção nosocomial. Apresentava infiltrados pulmonares tanto na radiografia como na tomografia computadorizada (TC) de tórax; no hemograma destacava-se marcada eosinofilia (8800 eosinófilos (EO), 34%). Verificou-se que tinha EO aumentados desde 2018. Retomou novamente CT sistémico com resolução clínica e melhoria progressiva das alterações no hemograma. Teve alta com CT em desmame, mas não tolerou dose <10mg de prednisolona, apresentando recidiva de sintomas. Continuou estudo na consulta de Medicina e Pneumologia - estudo auto-imune, testes de imunoalergologia, pesquisa de parasitas: negativos; IgE total: normal; lavado broncoalveolar (LBA) revelou 41% de EO, com aspectos inflamatórios crónicos de natureza inespecífica; provas de função respiratória foram normais. Foi considerada a possibilidade de Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte (GEP), pelo que fez TC dos seios perinasais: sinusite e polipose nasal. Mantém seguimento nas consultas e CT na dose de 10mg; se permanecer a dependência a CT, poderá ser candidata a tratamentos biológicos.

Discussão e Conclusão: A clínica respiratória, os achados imagiológicos, o aumento de EO no sangue e LBA e a resposta ao CT, fazem o diagnóstico de PEC. No futuro, esta doença poderá evoluir para GEP, uma vasculite das artérias de pequeno e médio calibre. É um caso clínico pouco frequente, daí necessitar de uma forte suspeição diagnóstica para chegar a ele atempadamente. Devemos estar sempre atentos às alterações nos exames complementares de diagnóstico, mesmo os mais básicos, para conseguir alcançar o diagnóstico correto e de forma célere.

CO-0272 - (4520) - INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA HIPOXÉMICA REFROTÁRIA CONDICIONADA POR FORAMEN OVAL PATENTE

Catarina Antunes Salvado¹; Rui Salvador¹; Adriana Pereira Guedes¹; Ana Sofia Reis¹; Miguel Ângelo Sousa¹; Mariana Fidalgo¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho

O foramen ovale patente (FOP) é uma alteração cardíaca congénita que persiste em cerca de 10-30% da população adulta e é uma entidade habitualmente benigna. Em casos raros, pode tornar-se sintomática e dar origem a uma síndrome de platipneia-ortodexia ou eventos vasculares cerebrais ou periféricos por embolia paradoxal.

Homem de 76 anos, fumador, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) GOLD B, cronicamente medicado com indacaterol e brometo de glicopirrónio. Foi internado por pneumonia adquirida na comunidade com insuficiência respiratória (IR) hipoxémica. Cumpriu 7 dias de antibioterapia empírica com levofloxacina, com melhoria analítica, resolução da febre e tosse produtiva mas com persistência da IR, com elevação do gradiente alvéolo-arterial (A-a) associada. Realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax, que excluiu complicações, e ecocardiograma transtorácico, com administração de soro salino agitado, que sugeriu presença de shunt intracardíaco. O ecocardiograma transesofágico confirmou a presença de FOP e revelou adicionalmente fluxo compatível com comunicação fistulosa entre a circulação coronária e pulmonar. Realizou encerramento do FOP com dispositivo Amplatzer, verificando-se melhoria significativa da hipoxemia no período pós-operatório imediato. Persistiu insuficiência respiratória residual, resolvida após reabilitação cardiorrespiratória.

As consequências clínicas do shunt direita-esquerda condicionado pelo FOP (como a insuficiência respiratória) podem tornar-se mais evidentes durante episódios em que os doentes se apresentem hemodinamicamente instáveis e em contexto de intercorrências infecciosas, como foi o caso. Paralelamente, doentes com hipertensão pulmonar (como a tipo 3, associada a patologia respiratória crónica de que o doente padecia) apresentam maior risco de desenvolver shunt clinicamente significativo. Em doentes cuja insuficiência respiratória persiste após resolução do episódio agudo, otimização da terapêutica da doença de base, e sobretudo na presença de elevação de gradiente A-a e/ou clínica de platipneia-ortodexia, deve considerar-se e procurar excluir-se a presença de shunt intra-cardíaco.

CO-0273 - (4739) - OBESIDADE - O POTENCIAL DO TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO

Rita Gano¹; Constança Durão¹; Miguel Ardérius^{1,2}

1 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria - Serviço de Medicina Interna, Área A, Hospital Pulido Valente; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: A obesidade é uma doença crónica multifatorial. Quase 40% da população mundial (>1,9 mil milhões) tem excesso de peso e 13% obesidade. Tem importante impacto para o indivíduo e para a sociedade, associando-se a morbimortalidade e custos socioeconómicos avultados. O tratamento melhora qualidade e esperança de vida, sendo que uma perda ponderal de 5-10% reduz significativamente o risco de diabetes, hipertensão e doença cardiovascular. Existem atualmente várias opções farmacológicas que, em conjunto com modificação de hábitos de vida, permitem resultados impressionantes.

Objetivos: Analisar os resultados de um programa multidisciplinar para o tratamento de doentes obesos.

Metodologia: Estudo prospetivo observacional realizado por recolha de dados clínicos e laboratoriais de uma coorte de doentes integrados num programa multidisciplinar dirigido ao tratamento não cirúrgico da obesidade, com a participação de médicos internistas e fisiatras, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas.

Foram incluídos doentes que, ao longo do ano de 2023, cumpriram cumulativamente os seguintes critérios: idade ≥ 18 anos, IMC $> 27 \text{ kg/m}^2$, ≥ 1 comorbilidade relacionada, tentativa prévia de perda ponderal sem sucesso e ≥ 3 meses de tratamento farmacológico dirigido ininterrupto. Foram analisados dados demográficos (sexo, idade, peso e IMC); classe de obesidade; comorbilidades (síndrome depressiva, hipertensão, dislipidémia, diabetes, hipotiroidismo, síndrome de apneia obstrutiva do sono e osteoartrose sintomática); hábitos alimentares; estilo de vida; e terapêuticas iniciadas. A cada 3 meses foi avaliado peso e IMC.

Resultados: 28 doentes, idade $51,3 \pm 14,6$ anos, 82% do sexo feminino. Peso inicial $106,8 \pm 17,5 \text{ kg}$, IMC $39,3 \pm 6,0 \text{ Kg/m}^2$, 36% com obesidade classe 3.

As principais comorbilidades eram síndrome depressiva (46%), hipertensão (43%), dislipidémia (39%), diabetes (32%), hipotiroidismo (29%), síndrome de apneia obstrutiva do sono (25%) e osteoartrose sintomática (25%). 82% tinham vida sedentária, 75% tinham alimentação inadequada e 43% referiam compulsão alimentar.

64% iniciaram semaglutido e 32% liraglutido e 4% bupropiom/naltrexona.

Após 3 meses de tratamento verificava-se uma perda ponderal de $6,0 \pm 4,3 \text{ kg}$, após 6 meses (n=26) de $10,1 \pm 7,5 \text{ kg}$, após 9 meses (n=15) de $14,2 \pm 8,6 \text{ kg}$ e após 12 meses (n=7) de $20,2 \pm 7,9 \text{ kg}$.

A maioria dos doentes atingiu os objetivos propostos aos 3 (61%), 6 (75%), 9 (73%) e 12 meses (57%).

Apenas surgiram efeitos secundários ligeiros/moderados (náuseas, vómitos, obstipação e cefaleias) em 29%.

Conclusão: O tratamento farmacológico, associado a intervenção nos hábitos de exercício e alimentares e acompanhamento psicológico, demonstrou resultados muito positivos nesta amostra. A continuidade e expansão deste programa poderá permitir melhorias relevantes nesta enorme epidemia.

CO-0274 - (4777) - LESÃO HEPÁTICA EM ANOREXIA NERVOSA

Miguel Silva Cruz¹; João Lima¹; Rafael Ramos¹; Micaela Manuel¹; Teresa Pereira¹; Márcia Meireles¹

1 - Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga

Introdução: A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar caracterizado pela restrição da ingestão calórica face às necessidades, medo intenso de ganhar peso e perturbação no modo como o peso ou a forma corporal são vivenciados. É cerca de 10 vezes mais comum no sexo feminino e geralmente inicia na adolescência. Tem elevada taxa de mortalidade comparativamente a outras doenças psiquiátricas devido às disfunções orgânicas generalizadas causadas pela desnutrição grave subjacente, com taxa bruta de mortalidade de 5% por década. Um órgão passível de afeção é o fígado, causando citólise e podendo mesmo levar a insuficiência hepática aguda. Os autores apresentam um caso de hepatite aguda em doente com AN de longa data.

Caso clínico: Mulher de 34 anos, com AN há 20 anos, sem medicação habitual, trazida ao serviço de urgência por prostração e hipoglicemia de 50mg/dL identificada no local. Ao exame objetivo destacar índice de massa corporal (IMC) de 13,3 Kg/m² com palidez cutânea e desidratação. Analiticamente com elevação dos parâmetros de citólise (aspartato aminotransferase (AST): 5602 U/L, valores de referência 5-34U/L; alanina aminotransferase (ALT): 3161 U/L, valores de referência: 0-55U/L) e INR > 1,5. Sem alterações na ecografia e doppler abdominal. Pela citólise franca e coagulopatia, foi internada para vigilância e estudo etiológico. Após a exclusão de outras causas de doença hepática, foi estabelecido o diagnóstico de lesão hepática mediada por AN. Foi articulado o seguimento com o apoio de Psiquiatria e Nutrição adaptando o plano alimentar à clínica e necessidades nutricionais da doente, que esta tolerou, mantendo-se assintomática, com normalização dos parâmetros de citólise (AST: 42 U/L e ALT: 22 U/L) e melhoria do IMC para 15.0 Kg/m². Foi posteriormente transferida para o internamento do Serviço de Psiquiatria.

Discussão & Conclusão: O aumento da incidência de AN nas últimas décadas é alarmante pois pode causar disfunção de órgão, nomeadamente lesão hepática e até insuficiência hepática aguda. As elevações das enzimas hepáticas são associadas a anorexia significativa (IMC <15kg/m²), sugerindo existir uma relação inversamente proporcional entre a adiposidade e os níveis de enzimas hepáticas. Raramente excedem >1000U/L, sendo este caso excepcional pela magnitude de elevação de transaminases. Os autores pretendem alertar para as complicações graves da AN e a importância de serem reconhecidas e tratadas atempadamente.

CO-0275 - (4783) - O DESMASCARAR DE UMA HIPOGLICEMIA – RELATO DE CASO DE UM INSULINOMA

Luis Filipe Santos Silva¹; Sara Vasconcelos¹; Rita Soares Costa¹;
João Bessa Martins¹; André Pinto¹; Lúcia Guedes¹; Filipa Martins Duarte¹

1 - Unidade Local de Saúde Entre o Douro e Vouga

Introdução:

A hipoglicemia em doentes não diabéticos é uma entidade clínica rara e na presença da tríade de Whipple (hipoglicemia objetivada laboratorialmente + sintomas neuroglicopénicos + recuperação após aporte de glicose) tem de ser investigada. O insulinoma, um tumor neuroendócrino das células beta pancreáticas, é uma entidade clínica rara, no entanto caracteriza-se por hipoglicemias recorrentes podendo ser evocada como hipótese diagnóstica. A correlação entre dados clínicos, laboratoriais e exames imagiológicos permite confirmar o diagnóstico, sendo essencial excluir outras causas de hipoglicemia.

Caso clínico:

Homem de 48 anos admitido no Serviço de Urgência por síncope da qual resultou acidente de viação ligeiro; no local objetivada glicemia capilar (GC) de 30mg/dL. Apresentava como antecedentes obesidade, dislipidemia e asma; sem história pessoal ou familiar de Diabetes Mellitus e sem consumo de fármacos hipoglicemiantes. Adicionalmente, referia história com 14 anos de evolução de hipoglicemias esporádicas com sintomas neuroglicopénicos associados, previamente assumidas em contexto de insulinoresistência. Na admissão, hemodinamicamente estável e com GC de 98mg/dL. Do estudo complementar realizado, confirmada hipoglicemia em estudo analítico de 46 mg/dL e ligeira hipocalemia (3.2mmol/L). Iniciou fluidoterapia com aporte de glucose e dadas hipoglicemias recorrentes apesar da terapêutica realizada, foi equacionada a hipótese de insulinoma. Realizou Tomografia Computorizada verificando-se a presença de um nódulo sólido exofítico adjacente à cauda do pâncreas com cerca de 43 mm, compatível com a hipótese de insulinoma. Decidido internamento, tendo realizado prova de jejum prolongado que confirmou hiperinsulinismo endógeno e Ressonância Magnética que confirmou a presença de massa exofítica adjacente à cauda do pâncreas, pelo que foi proposto para exérese cirúrgica desta.

Discussão e Conclusão:

O estudo de hipoglicemia em doentes não diabéticos podem ser desafios difíceis de resolver na prática clínica. O insulinoma é uma causa rara de hipoglicemias, sendo, contudo, potencialmente tratável e por isso deve ser um diagnóstico diferencial a ter em conta em hipoglicemias recorrentes e não explicadas. Porém, é uma entidade que conta com um grande espectro de sinais e sintomas inespecíficos que tornam o diagnóstico desafiante levantando elevada suspeição clínica especialmente na presença de tríade de Whipple.

CO-0276 - (4816) - DÉFICE DE VITAMINA B1 E ENCEFALOPATIA DE WERNICKE – UM CASO ALÉM FRONTEIRAS

Rita Gano¹; Samuel Marques¹; Tiago Marques^{2,3}; Miguel Ardérius^{1,3}

1 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria - Serviço de Medicina Interna, Área A, Hospital Pulido Valente; 2 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria - Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital de Santa Maria; 3 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: A encefalopatia de Wernicke (EW) é uma síndrome grave causada pelo défice de tiamina. A tríade clássica inclui confusão mental, disfunção oculomotora e ataxia da marcha. O diagnóstico é linear quando estas alterações surgem num indivíduo com história conhecida de alcoolismo, mas tal acontece em apenas um terço dos casos, causando subdiagnóstico. O diagnóstico clínico pode ser corroborado por exames laboratoriais e imagiológicos, como a ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE). O tratamento atempado com tiamina é seguro e geralmente eficaz, mas se ausente a maioria dos doentes progride para coma e morte.

Caso Clínico: Homem de 78 anos, sem antecedentes relevantes e sem consumo etanólico excessivo conhecido, guia turístico, regressado de viagem prolongada pelo Senegal, Benim e Nigéria, desenvolveu edema periférico, alterações na marcha, desequilíbrio, amnésia, desorientação e confusão. Diagnosticado inicialmente com insuficiência cardíaca, cumpriu terapêutica diurética durante um mês, com melhoria do edema, mas agravamento da restante sintomatologia, com aparecimento de nistagmo, lentificação psicomotora, ataxia da marcha, palidez, desidratação e hipotensão. Foi excluído o consumo de medicação não prescrita, drogas recreativas ou exposição a venenos conhecidos, infecção, alterações iónicas ou distúrbios do sistema nervoso central. A RM-CE apresentou hipersinal em FLAIR nos corpos mamilares sugestivo de EW. Cumpriu reposição de tiamina e piridoxina, com melhoria clínica progressiva ao longo de várias semanas. Não foi possível obter doseamento de tiamina sérica previamente ao início do tratamento.

Discussão: A interpretação que fazemos deste caso é de EW com causa multifatorial. O inquérito a familiares revelou consumo etanólico mais marcado do que inicialmente se julgava e os países visitados apresentam uma gastronomia tradicional com utilização de larvas da traça *Anaphe venata*, ricas em tiaminases. A estes fatores juntou-se um terceiro: a terapêutica diurética prescrita terá potenciado a excreção urinária deste co-fator enzimático, precipitando a agudização do quadro. A melhoria clínica após o tratamento dirigido corrobora o diagnóstico de EW.

Conclusão: Apresentamos este caso pela apresentação atípica, alertando para a necessidade de alto índice de suspeição, mas também para o potencial benefício de exames de imagem que corroborem o diagnóstico ou identifiquem etiologias alternativas, sendo a RMN-CE o que apresenta maior sensibilidade.

CO-0277 - (4422) - DESAFIOS E DESCOBERTAS: SÍNDROME DE MAURIAC ASSOCIADA A DIABETES MELLITUS

Patrícia Neves¹; Daniela R. Nogueira¹; Sara M. Rocha¹; Rute Sousa Martins¹;
José N. Magalhães¹; Inês Sousa Braga¹; Patrícia Vieito¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução

A síndrome de Mauriac é uma complicação rara da diabetes mellitus tipo 1 (DM1) cronicamente mal controlada, que evolui com baixa estatura e hepatomegalia com infiltração glicogénica. É importante reconhecer a síndrome devido às suas complicações e necessidade de abordagem terapêutica.

Caso Clínico

Apresentamos o caso de uma mulher de 20 anos, natural do Brasil e residente em Portugal. DM1 diagnosticada aos 2 anos, com mau controlo metabólico crónico e incumprimento de medidas dietéticas, complicada com retinopatia e gastroparésia, submetida a gastrectomia parcial em 2021. Apresenta baixa estatura desde a infância (153 centímetros) e puberdade tardia. Foi internada por pancreatite aguda alitiásica idiopática. Durante o internamento, vários episódios de hiperlactacidemia, coincidentes com maior descontrolo glicémico, levantando a suspeita de doença hereditária do metabolismo. A ecografia abdominal confirmou hepatomegalia e alterações sugestivas de esteatose. A biópsia hepática afirmou hepatopatia glicogénica. Do estudo adicional alargado, destaca-se perfil de ácidos orgânicos sugestivo de disfunção mitocondrial.

Discussão e Conclusão

A síndrome de Mauriac é uma complicação rara, mas grave, da DM1, apresentando a doente as 3 manifestações típicas. A baixa estatura pode ser atribuída à cronicidade da desregulação glicémica e ao comprometimento do crescimento ósseo. A hepatomegalia resulta da acumulação de glicogénio no fígado, com glicogenização e esteatose na biópsia, típico da hepatopatia glicogénica. A ocorrência de hiperlactacidemia tipo B e mesmo as pancreatites podem ser explicadas pela disfunção mitocondrial associada à doença, que alguns autores defendem ser a causa primária do mau controlo glicémico.

O controlo glicémico rigoroso é a única forma eficaz de reverter a hepatopatia glicogénica. Em situações raras, poderá ser necessário transplante hepático. O reconhecimento precoce e a gestão adequadas são essenciais para prevenir ainda mais complicações e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

CO-0278 - (4308) - QUEM TEM OLHO TEM MEDO

Francisco Nogueira Gonçalves¹; Ana Margarida Simões¹; Filipa Paraíso¹; Cláudia Teixeira¹; Vítor Oliveira¹; Márcia Andreia Lopes¹; Vítor Duarte¹; Ana Nunes¹; Edite Nascimento¹

1 - ULS Viseu Dão- Lafões

Introdução A gestão da Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) exige uma monitorização frequente dos níveis de glicemia no sangue, de modo a atingir níveis adequados de controlo metabólico, sem comprometer a segurança do utente. O tratamento com recurso a dispositivos de perfusão subcutânea contínua de insulina (PSCI) melhora o controlo metabólico, reduzindo o número de hipoglicemias e a variabilidade glicémica. Esta evolução tecnológica tem contribuído de forma crucial para a gestão da doença e prevenção de complicações.

Caso Clínico Utente do sexo masculino, 48 anos, diagnosticado com DM1 aos 22 anos, seguido em Unidade de Diabetologia, com controlo metabólico insuficiente, resultante de fraca adesão a um regime intensivo de insulino-terapia e a desafios socioeconómicos. Aos 35 anos, após uma diminuição súbita da acuidade visual, foi diagnosticado com descolamento tracional da retina do olho esquerdo, com recuperação visual parcial. Este evento marcou um ponto de viragem na gestão da sua doença, com “obsessão” em manter hemoglobina glicada (A1c) abaixo de 6,5%, levando a múltiplas hospitalizações devido a hipoglicemias severas. Em 2018 (A1c 6,7%, 32% hipoglicemias), iniciou a utilização de sistema de monitorização flash de glicose e, em 2020, tratamento com dispositivo de PSCI que, apesar dos avanços, ainda resultava em episódios frequentes de hipoglicemia (A1c 6,2%, 19% hipoglicemias, variabilidade 55,6%). O upgrade para tratamento com PSCI preditivo com monitorização contínua (CGM), em 2023, resultou numa melhoria significativa do controlo glicémico e da qualidade de vida (A1c 6,5%, 2% hipoglicemias e variabilidade 30,8%).

Discussão/Conclusão O diagnóstico e tratamento da DM1 exige um equilíbrio constante entre controlo glicémico rigoroso e prevenção de hipoglicemias, bem como adaptação permanente do estilo de vida. O caso ilustra a importância da evolução tecnológica na gestão da DM1, desde a utilização de regimes intensivos de terapêutica com insulina até à adoção de sistemas avançados de monitorização da glicemia e administração de insulina de forma contínua. A introdução de tecnologias tais como PSCI preditivo com CGM transformou significativamente a gestão da doença, permitindo um controlo glicémico mais estável, com menos hipoglicemias e melhor qualidade de vida. Desta forma, a crescente inovação tecnológica revelou-se crucial na gestão da doença crónica, com ganhos em saúde e qualidade de vida a curto e a longo prazo.

CO-0279 - (4397) - DIABETES SECUNDÁRIA A DOENÇAS DO PÂNCREAS EXÓCRINO

Tiago Gaspar¹; Catarina Costa¹; Madalena Lisboa¹; Felisbela Gomes¹; Jorge Frade¹; Inês Urmal¹

1 - ULS São José

A diabetes secundária a doenças do pâncreas exócrino engloba várias condições benignas e malignas como pancreatite aguda e crónica (a mais comum), hemocromatose, fibrose cística, agenesia pancreática, neoplasias e status pós-pancreatectomia. O objetivo do estudo é caracterizar uma população de doentes com diabetes associada a doença do pâncreas exócrino seguida em consulta de Diabetologia.

Estudo retrospectivo por consulta de processo clínico. Analisados doentes seguidos em consulta com patologia pancreática. Registados dados demográficos, dados relativos à diabetes (idade de diagnóstico (Dx), HbA1c inicial e atual, terapêutica e complicações), e dados relativos à doença pancreática (tipo, data de Dx e relação com aparecimento de diabetes). Excluídos doentes com registos incompletos ou ausentes.

De um total de 481 doentes foram incluídos 23 doentes, 61%(n=14) do sexo masculino, média de idades de 68 anos.

Em 52%(n=12), a diabetes foi secundária a Pancreatectomia Parcial/Necrosectomia Percutânea (PP/NP) (22%(n=5) com resseção da porção distal (RD) e 30%(n=7) com remoção cirúrgica proximal (RP)). Destes, 75%(n=9) com diabetes até 1 ano após cirurgia e tempo médio até instalação de 1,8 anos. O grupo submetido a RD teve um tempo médio de 0,8 anos, enquanto que no grupo submetido a RP este foi de 2,6 anos. 83%(n=10) iniciaram insulino terapia, com um tempo médio até início de 2,9 anos. Doentes submetidos a RD iniciaram insulino terapia num tempo médio de 2,5 anos, enquanto que doentes submetidos a RP iniciaram 3,2 anos após cirurgia. A HbA1c média ao Dx foi de 7,4%: 4 iniciaram antidiabéticos orais (ADO), 3 insulina e 5 ambas. HbA1c atual média é de 7,1%.

Em 22%(n=5), a diabetes foi devida a pancreatite aguda (n=1) e pancreatite crónica (n=4), com um tempo médio até o Dx de diabetes de 5 anos. 80%(n=4) iniciaram insulino terapia, em média 10,5 anos após Dx de patologia pancreática. A HbA1c média ao Dx foi de 7,8%: 3 iniciaram ADO, 1 insulina e 1 ambos. HbA1c atual média é de 7%.

Em 26%(n=6) o Dx de diabetes foi prévio à doença pancreática (3 neoplasias pancreáticas com necessidade de PP/NP, 1 sem necessidade de cirurgia, 1 pancreatite aguda e 1 crónica). Destes, 83%(n=5) iniciaram insulino terapia com um tempo médio de 1,8 anos, sendo que 67%(n=4) fizeram-no à data da doença pancreática. HbA1c atual média é de 7,2%.

70% (n=16) dos doentes tiveram hipoglicemias leves, com apenas 1 caso grave. Sem cetoacidoses. 39% (n=9) apresentaram complicações micro ou macrovasculares.

Apesar da influência clara da patologia pancreática no curso da diabetes, esta área é pouco estudada, sendo relevante a realização de estudos que avaliem o comportamento da doença nesta população. Embora seja uma amostra pequena, as PP/NP parecem determinar uma diabetes de início mais abrupto com maior necessidade de insulina, sobretudo nas RD. Nos doentes com diabetes prévia, a doença pancreática leva a um agravamento da doença com necessidade de incremento terapêutico.

CO-0281 - (2803) - MIOPATIA NECROTIZANTE IMUNOMEDIADA ANTI-HMGCR E PNEUMOMEDIASTINO: UMA NOVA ASSOCIAÇÃO?

Rui Rua Coelho¹; Marcelo Pinto Alves¹; Rute Sousa Martins¹; Sara M. Rocha¹; Ana Campar¹; Paulo Paiva¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução

A miopatia necrotizante imunomediada (MNI) anti-HMGCR é uma miopatia inflamatória com produção de anticorpos contra a HMG-CoA redutase. Apesar de ser uma doença tipicamente associada às estatinas, esta associação não é ubíqua, existindo um subgrupo de doentes sem exposição a estatinas mais jovens, com valores mais altos de creatina quinase (CK) e mais resistentes à terapêutica.

Caso Clínico

Homem de 19 anos, frequentador de ginásio e antecedentes de asma medicada e MNI anti-HMGCR positiva, sob prednisolona 15 mg, imunoglobulina endovenosa mensal e metotrexato semanal. Recorre ao serviço de urgência em Agosto de 2023 por quadro com 3 dias de evolução de dor retroesternal pleurítica agravada com a anteflexão do tronco. Analiticamente com CK de 851 UI/L, eletrocardiograma e ecocardiograma sem alterações e radiografia do tórax a indiciar pneumomediastino confirmado posteriormente em tomografia do tórax sem contudo sugerir etiologia nem complicações como pneumotórax, perfuração esofágica ou envolvimento intersticial pulmonar. Do estudo etiológico foi descartada infeção, eventos traumáticos ou esforço extenuante, síndrome de Boerhaave (endoscopia alta normal), inalação ou consumo de drogas. Ficou em vigilância e repetiu imagem às 72h que se revelou sobreponível. Assumiu-se inicialmente pneumomediastino espontâneo tendo em conta os fatores de risco apresentados. Por ausência de controlo adequado da doença de base, decidido adicionar azatioprina ao esquema prévio. Realizou tomografia de controlo passado 3 meses com resolução total do pneumomediastino e CK de 517 UI/L.

Discussão e Conclusão

A miopatia necrotizante imunomediada anti-HMGCR é uma entidade rara e relativamente recente, pelo que grande parte da informação é baseada em casos clínicos ou coortes de doente. Apesar da ausência de casos relatados de pneumomediastino espontâneo associado à miopatia anti-HMGCR, considerando que o doente não apresentava controlo absoluto da doença imunológica, foi discutido em reunião multidisciplinar a possível ligação entre as entidades, e não sendo possível excluir relação, optou-se por iniciar um segundo imunossupressor. A ausência de biomarcadores específicos de atingimento pleuropulmonar dificulta o estabelecimento do elo de ligação entre as patologias e a existência de outros fatores de risco adicionam complexidade ao caso. São necessários mais estudos para comprovar esta ligação.

CO-0282 - (2673) - ÚLCERAS DE CAMERON - UMA CAUSA ESQUECIDA DE ANEMIA FERROPÉNICA

Carlos Morido Nancassa¹; Tetiana Baiherych Tetiana Baiherych¹

1 - Hospital Distrital de Santarem

Introdução: A anemia ferropénica é o tipo da anemia mais comum em todo o mundo, sendo a principal causa em mulher pós-menopausa e homem são hemorragia digestiva (HD). As úlceras de Cameron (UC) são uma causa pouco comum, frequentemente esquecida no diagnóstico diferencial de anemia por HD alta, com consequente anemia ferropénica. Caracteriza-se por úlceras lineares ou erosões dispostas sobre as pregas da mucosa gástrica, ao nível da impressão diafragmática, em doentes com hérnia do hiato volumosa. O diagnóstico requer alto grau de suspeita, geralmente feito nos estudos endoscópicos (EE) subsequentes, por ser lesões facilmente despercebidas durante realização de exame. Os inibidores da bomba de prótons (IBP) são essenciais no tratamento, associada a suplementação de ferro. Entretanto, situações refratárias beneficiam do tratamento cirúrgico.

Caso clínico: Mulher, 60 anos, caucasiana, obesa, diagnosticada anemia ferropénica há 4 meses sem alteração no EE. Admitida na urgência por astenia, cansaço e intolerância importante ao exercício. Nega sintomas B, perdas hemáticas e discrasias hemorrágicas. Á observação apresentava pálida, taquicárdica. Analiticamente destaca-se anemia ferropénica (Hb 6.5g/dL, VGM 66.4fL, HGM 17.8pg; ferro 26µg/dL, transferrina 312mg/dL, CTFF 437µg/dL, ferritina 5.59ng/mL). Na TC toracoabdominopélvica observa-se volumosa hérnia gástrica do hiato esofágico. Ficou internada para estudo etiológico e tratamento da anemia. Fez endoscopia digestiva alta (EDA), mostrou estomago com hérnia do hiato, cerca de 5 cm, com várias erosões longitudinais na mucosa em redor da impressão diafragmática (em relação com úlceras de Cameron). Durante internamento fez transfusão de concentrado eritrocitário, IBP e suplemento de ferro. Evoluiu com melhora do quadro clínico e estabilização da hemoglobina.

Discussão: Apesar da associação importante entre as UC (em doentes com hérnia do hiato) e anemia ferropénica, ela não está amplamente representada na literatura devido a falta de conscientização entre médicos incluindo os gastroenterologistas, acabando por cair esquecida no diagnóstico diferencial de anemia por perdas hemáticas.

Conclusão: O diagnóstico de UC deve ser considerado em pacientes que apresentem hérnia do hiato. O nosso objetivo é chamar atenção para esta causa da anemia e a importância de diagnóstico precoce e tratamento adequado, evitando complicações crônicas, como a anemia ferropénica, e agudas, que podem cursar com hemorragias importantes.

CO - (2354) - FEBRE SEM FOCO – A COMPLEXIDADE DIAGNÓSTICA DA FEBRE Q

Sofia Mota Teixeira¹; Rita Magalhães¹; Ana Filipa Rebelo¹; Fernando Salvador¹

1 - Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

A febre Q é uma zoonose causada pela *Coxiella burnetii*, microorganismo presente na urina e fezes de animais infectados, mais comumente gado e gatos. A doença é endémica em Portugal, sendo o seu diagnóstico complexo, dado apresentar um amplo espectro clínico – desde um quadro gripal autolimitado a um quadro potencialmente fatal decorrente de pneumonia, hepatite, endocardite ou complicações do SNC.

Homem de 55 anos, sem antecedentes de relevo, a residir em meio rural com a esposa, com contacto com cão adequadamente desparasitado e vacinado. Faz uso apenas de água potável e não consome produtos lácteos. Trabalha na panificação. Deu entrada no SU por febre, astenia, náuseas, anorexia e sudorese noturna com uma semana de evolução. Objetivamente sem alterações de relevo. Analiticamente AST 103 U/L, ALT 195 U/L, GGT 283 U/L e FA 597 U/L e PCR de 24.78 mg/dL. Da investigação realça-se vírus respiratórios, hemoculturas, urocultura, painel zoonoses e pesquisa de doenças autoimunes negativas. As serologias VHB, VHC, VIH 1 e 2, CMV, EBV, WRIGHT, WIDAL negativas, medulograma sem atipias. Realizou TAC TAP que mostrou quistos hepáticos e esplenomegalia homogénea. Ecocardiograma TT, PET e EDA sem alterações. Manteve febre ao longo de 15 dias, apesar de tratamento empírico com ceftriaxone durante 10 dias. Resolução espontânea da febre a partir do 17º dia de internamento, mantendo colestase hepática. Procedeu-se à biópsia hepática, que veio a revelar lesões de hepatite portal e predominantemente lobular, com microgranulomas, sugestivos de infecção por *Brucella* e *Coxiella*, com resultado posterior de títulos de anticorpos IgM fase II de 400, IgM fase I 1600, e IgG fase II de 400 (positivo > 50). Na consulta de reavaliação, assintomático com melhoria progressiva da colestase hepática.

Segundo a literatura, os testes diagnósticos baseados na deteção do Anticorpo *C. burnetii* podem permanecer negativos nos primeiros 7 a 15 dias de doença. Nesta fase, apenas a deteção de *C. burnetii* por PCR (Polymerase chain reaction) faz diagnóstico. Realça-se com este caso a importância da suspeição clínica da Febre Q no caso de doente com contexto epidemiológico, febre prolongada e hepatite, de forma a iniciar atempadamente o tratamento, a fim de evitar complicações potencialmente fatais. Este caso é singular pelo diagnóstico ter sido realizado após biópsia hepática.

Os autores pretendem reforçar com este caso a complexidade e espectro clínico da febre Q e a dificuldade no diagnóstico.

CO - (2412) - CRISE MIASTÉNICA DESPOLETADA POR COVID19

Cecilia Moreira¹; Filipa David¹; Diana Rocha¹; Rute Cruz¹; Ana Teresa Vieira²; Lia Bastos³; Filipa Maldonado¹; Claudia Agostinho⁴; Ana Mesquita¹

1 - Hospital Pedro Hispano; 2 - Hospital de Évora; 3 - Hospital Egas Moniz; 4 - 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 toilette brônquica, com uso de insuflador-exsugador 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-CoV2 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.

CO - (4551) - PSICOSE DE NOVO NO IDOSO E RIGIDEZ –PERTURBAÇÃO NEUROCOGNITIVA MAJOR APENAS?

Leonor Magalhães¹; Francisco Cardoso¹; Ana Raquel Soares¹; Carolina Nunes¹; Raquel Gonçalves¹; Marta Orantos¹; Valentina Tosatto¹; Paula Nascimento¹; A Mário Santos¹

1 - Unidade Funcional 4 do Serviço de Medicina Interna, Hospital Santa Marta, ULS S. José, CCAL

Introdução:

A perturbação neurocognitiva major implica declínio persistente de pelo menos um dos domínios da cognição. A maioria está associada a demência vascular ou Alzheimer, sendo comumente um diagnóstico presuntivo na ausência de outras causas justificativas. A neurodegenerescência por acumulação de ferro no cérebro (NBIA) é um síndrome hereditário raro com vários subtipos, que cursa com sintomas extrapiramidais, declínio cognitivo e deposição anómala de ferro nos gânglios da base, visível em ressonância magnética cerebral (RM CE).

Caso Clínico:

Homem, 84 anos, história médica de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatia isquémica, acidente vascular cerebral sem sequelas major (2004), síndrome depressivo e insónia. Autónomo até janeiro/2023, quando inicia declínio cognitivo ligeiro e alteração do comportamento (irritabilidade e desinibição). Em agosto/2023, por psicose grave com delírio persecutório e de grandiosidade, internamento involuntário no serviço de Psiquiatria. Medicado à data de alta com memantina e risperidona, com progressiva dependência nas atividades de vida diárias, com rigidez muscular generalizada, marcha pequenos passos e episódios de incontinência de esfíncteres.

Internado em fevereiro/2024, por pneumonia adquirida na comunidade. Admitido com marcada caquexia, prostração mesmo após suspensão de neurolépticos e adequada hidratação, mantendo rigidez generalizada, predominante nos membros inferiores e bradicinesia, hipofonia, sem alterações da linguagem ou dos movimentos oculares objetivadas. Perante as alterações neuropsiquiátricas rapidamente progressivas pedida RM CE que relata “exuberante deposição de componentes ferromagnéticos na substância nigra e globo pálido - NBIA?”. Restante estudo de causas reversíveis de demência negativo e ferropenia documentada, enquadrável na NBIA.

Discussão/Conclusão

Este caso realça a relevância da RM CE no estudo etiológico das perturbações neurocognitivas major, ilustrando um caso raro de NBIA com apresentação tardia. As alterações neuropsíquicas, a rigidez, e disfonia enquadram-se na apresentação clínica, sendo a terapêutica dirigida às mesmas.

CO - (4704) - SÍNDROME DE ANTON: O CEGO QUE AFIRMA VER

Inês Ferreira¹; Rafael Freitas¹; Sabina Azevedo¹; Sara Pereira¹; Paula Cerqueira¹; Raquel Costa¹; Amanda Rey¹; Paula Brandão¹; Nereida Monteiro¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital Conde de Bertiandos

Introdução:

A cegueira cortical é uma entidade clínica caracterizada por diminuição da acuidade visual, causada por lesões bilaterais no lobo occipital e não por causas oftalmológicas. Demonstra-se como hemianopsia bilateral completa com reflexo fotomotor bilateral preservado. Pode ser acompanhada de anosognosia, onde os pacientes não reconhecem a perda da visão, negando-a, uma condição clínica rara conhecida como Síndrome de Anton.

Caso clínico:

Doente do sexo masculino, 61 anos, com hipertensão arterial e antecedentes de três eventos cerebrovasculares hemorrágicos sem sequelas neurológicas nem causa estrutural identificada. Admitido no Serviço de Urgência por cefaleia e vômitos com 6 horas de evolução. Ao exame objetivo apresentou hemianopsia bilateral completa, reflexo fotomotor presente, ausência de reflexo ocular à ameaça bilateral, sem limitação da oculomotricidade e sem outros défices objetivos. Realizou tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica que revelou hematoma intraparenquimatoso agudo corticossubcortical parietal e occipital direito. Internado na Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC) com o diagnóstico de AVC hemorrágico occipital direito. Nas primeiras 24 horas apresentou agravamento clínico com parésia facial central esquerda e hemiplegia esquerda, realizou TC urgente de reavaliação que demonstrou discreto aumento do edema em comparação com o exame de admissão. Submetido a drenagem cirúrgica do hematoma parietal direito com redução acentuada do efeito de massa demonstrada em reavaliação imagiológica. O estudo cardiovascular não revelou alterações de relevo. Etiologia suspeita de angiopatía amilóide. Durante todo o tempo de internamento o doente afirmava acuidade visual normal, negando cegueira. Apresentou melhoria paulatina dos défices, com recuperação completa dos défices motores e parcial dos défices visuais. Orientado para Consulta Externa, na qual, 4 meses depois, se verificou recuperação parcial da visão.

Discussão:

Relata-se um caso de cegueira cortical com o AVC como etiologia, que vai de encontro aos achados da literatura desta condição rara. Estão descritos casos de reabilitação com recuperação parcial da visão nos 6 meses após o AVC.

Conclusão:

As alterações da visão têm múltiplas etiologias e é de extrema importância um exame neurológico detalhado. Nem sempre os doentes colaboram, como no Síndrome de Anton, que negam condições que determinam diagnósticos.

PO-0001 - (1026) - ENDOCARDITE INFECCIOSA OU TROMBOS CARDÍACOS – COMPLEXIDADE DA GESTÃO DAS MÚLTIPLAS COMPLICAÇÕES

Catarina Santos Reis¹; João Da Silva Gomes¹; Ana Luísa Maceda Rodrigues¹; Maria João Oura¹; Isabel Camões¹; Jorge Almeida¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) representa um diagnóstico de suspeição que se associa a um elevado número de complicações e morbimortalidade. Este caso ilustra o desafio e a complexidade da sua gestão quando este diagnóstico é colocado.

Caso Clínico: Homem de 63 anos, portador de prótese mecânica desde 2020 por estenose aórtica grave. Internamento há 6 dias por AVC isquémico em território da ACME, não submetido a terapêutica de reperfusão, com PFC direita e disatria sequelares. Recorreu ao Serviço de Urgência 2 dias após alta hospitalar por quadro de febre e agravamento de défices neurológicos, com 8 horas de evolução. Associadamente, polaquiúria e dor abdominal difusa. Ao exame neurológico, NIHSS 7. Toque retal com próstata volumosa, dolorosa ao toque. Analiticamente, com PCR de 172 mg/dL, função renal e hepática normais, INR 1.17. Exame sumário de urina com nitritos negativos, leucócitos 31/μL. Realizou TC-CE sem lesões isquémicas ou hemorrágicas de novo. Internamento com diagnóstico de prostatite aguda. As hemoculturas isolaram MSSA, pelo que iniciou antibioterapia com flucloxacilina. Para exclusão de EI, realizou Eco-TT que revelou prótese funcionante, sem vegetações. Ao 3º dia de internamento, apresenta agravamento de défices neurológicos, com TC-CE a evidenciar múltiplas lesões hemorrágicas intraparenquimatosas com edema circulante. Progride estudo com TC toracoabdominopélvica que demonstrou embolização séptica esplénica. Sem evidência de aneurismas micóticos em angiografia cerebral. É estabelecido o diagnóstico definitivo de EI segundo os critérios de Duke (1 major e 3 minor) com switch de antibioterapia (flucloxacilina + rifampicina), que cumpriu durante 6 semanas. Reintrodução de hipocoagulação 21 dias após, com evolução clínica e imagiológica favorável. Por quadro de insuficiência cardíaca aguda, realizou Eco-TE que evidenciou 2 massas nodulares na região da prótese e um trombo séssil adjacente ao apêndice auricular direito. Discussão multidisciplinar com dúvida se as massas cardíacas correspondiam a vegetações ou trombos. Repetição de Eco-TE uma semana após hipocoagulação em níveis terapêuticos, com redução do tamanho das massas cardíacas e desaparecimento às 4 semanas.

Conclusões: Uma das complicações mais severas da EI é a embolização séptica. A evidência de trombos cardíacos alerta para a importância da reintrodução precoce da hipocoagulação para a prevenção de novos eventos, sendo muitas vezes um desafiador o timing para o fazer.

PO-0002 - (2045) - TUMEFACÇÃO INGUINAL NUM DOENTE HIV POSITIVO - HÉRNIA INGUINAL OU ALGO MAIS?

Matilde Ramos Gonçalves¹; João Santos¹; Ana Catarina Águas¹; Tiago Moura Rodrigues²

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve; 2 - Hospital Particular do Algarve - Gambelas

Introdução: Os abscessos do psoas por tuberculose são raros, com curso indolente e sintomatologia frustrante, pelo que, um alto nível de suspeição é necessário para o seu diagnóstico.

Caso Clínico: Homem, 24 anos, natural do Brasil, com o diagnóstico de HIV-1 há um ano após internamento por tuberculose disseminada. Por queixas de tumefacção inguinal com três meses de evolução, com gradual aumento dimensional e dor, foi solicitada uma ecografia de partes moles em contexto programado, por suspeita de hérnia inguinal. A ecografia revelou colecções de conteúdo heterogéneo em ambos os músculos psoas, motivando a realização de tomografia computadorizada de urgência, que confirmou a existência de volumosos abscessos intramusculares. Coexistiam adenopatias inguinais e ilíacas com centro necrótico, sugerindo-se como primeira hipótese tuberculose ganglionar com abscessos intramusculares por M.Tuberculosis. Iniciou tratamento empírico para a tuberculose. Procedeu-se à drenagem percutânea orientada por ecografia de ambos os abscessos, tendo sido identificado no exsudado profundo M.Tuberculosis. O doente cumpriu 7 dias de internamento, tendo alta com melhoria clínica significativa.

Discussão: Os abscessos do psoas dividem-se em primários (por disseminação hematogénica ou linfática) e secundários (por infeção contígua nos tecidos adjacentes). Os principais agentes relacionados são o *S. aureus* e o *Streptococcus*, sendo a *M. Tuberculosis* frequente nas regiões com alta prevalência de tuberculose. A tuberculose é uma infeção oportunista, que ocorre mais frequentemente e com maior gravidade em pacientes HIV positivos, podendo envolver o sistema musculoesquelético. Os abscessos secundários estão associados a tuberculose vertebral. Neste caso clínico, admite-se como mais provável, tratarem-se de abscessos do psoas bilaterais primários, por disseminação linfática, num paciente com tuberculose ganglionar, uma vez que não foram identificadas outras fontes de infeção nos tecidos adjacentes ao abscessos. O facto dos abscessos não condicionarem sintomatologia significativa, e estenderem-se além da região inguinal, condicionou a primeira hipótese diagnóstica (hérnia inguinal). O gold standard é a tomografia computadorizada. O tratamento inclui antibioterapia dirigida, e se necessário drenagem (cirúrgica ou percutânea).

Conclusão: O conhecimento desta entidade rara, com particular relevância em pacientes HIV positivos, permite antecipar o seu diagnóstico, diminuindo a morbimortalidade associada.

PO-0003 - (2084) - UM SOPRO QUE TARDOU A APARECER

Sara Frazão De Brito¹; João Horta Antunes¹; Inês Pereira Lopes¹; Bárbara Picado¹; Célia Machado¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo - Loures

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) pode ser a primeira manifestação de endocardite infecciosa (EI). Numa EI complicada de embolização, os êmbolos afetando a circulação esplénica e cerebral são frequentemente assintomáticos e diagnosticados por exames imagiológicos.⁽¹⁾

Caso-clínico: Sexo feminino, 66 anos, com hipertensão arterial e diabetes tipo 2. Recorre ao Serviço de Urgência por lombalgia após queda com traumatismo crânio-encefálico. No exame objetivo apresenta dismetria à direita, ataxia e marcha de base alargada. Destaca-se TC crânio-encefálica com discreta área de hipodensidade cortical hemisférica cerebelosa à esquerda de provável natureza vascular subaguda e prováveis enfartes lacunares crónicos núcleocapsulares mais expressivos à esquerda. Admitido AVC isquémico cerebeloso esquerdo. Durante o internamento apresenta febre e sopro sistólico mitral de novo, com isolamento de *Streptococcus agalactiae* em hemoculturas. Admitida a hipótese de EI complicada por embolização. O ecocardiograma transtorácico evidenciou uma estrutura filamentosa móvel no folheto posterior da válvula mitral, suspeita de vegetação. Iniciou gentamicina e penicilina. O ecocardiograma transesofágico confirmou os resultados. O Holter 24 horas revelou fibrilhação auricular de novo. A TC toraco-abdómimo-pélvica revelou pequeno enfarte esplénico. Cumpriu antibioterapia com resolução do quadro, confirmado por hemoculturas negativas e novo ecocardiograma transe-sofágico sem alterações.

Discussão: Este caso ilustra a dificuldade de um diagnóstico precoce de EI, podendo a primeira manifestação ser já decorrente de complicações. Nesta doente, a marcha diagnóstica inicia-se com a investigação de um episódio de queda, com o gradual desenvolvimento de mais pistas diagnósticas.

Conclusão: As manifestações de EI podem ser silenciosas ou dissimuladas, decorrentes das suas complicações. É importante estar atento à possibilidade de EI, para obter um diagnóstico e tratamento atempado, a fim de diminuir a morbilidade e mortalidade associada.

(1) Delgado, V., Ajmone Marsan, N., de Waha, S., Bonaros, N., Brida, M., Burri, H., Caselli, S., Doenst, T., Ederhy, S., Erba, P. A., Foldager, D., Fosbøl, E. L., Kovac, J., Mestres, C. A., Miller, O. I., Miro, J. M., Pazdernik, M., Pizzi, M. N., Quintana, E., ... Zeppenfeld, K. (2023). 2023 ESC guidelines for the management of endocarditis. *European Heart Journal*, 44(39), 3948–4042. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193>

PO-0004 - (2159) - UMA CAUSA RARA DE LESÃO RENAL AGUDA

Carolina António Santos¹; Inês Parreira¹; Sara Salema Travassos¹; Ana Mafalda Abrantes¹; Ana Alves Cardoso¹; António Pais De Lacerda¹; António Martins Baptista¹

1 - unidade local de saúde Santa Maria

Introdução

A nefrite intersticial aguda (NIA) é uma infiltração inflamatória do interstício renal que está associada a múltiplas etiologias, sendo a mais frequente a iatrogenia farmacológica, nomeadamente a terapêutica antibiótica. Descrevemos um caso paradigmático de NIA a beta-lactâmico.

Caso clínico

Mulher de 87 anos, trazida ao Serviço de Urgência por prostração com 5 dias de evolução, sem outra sintomatologia acompanhante ou antecedentes pessoais relevantes neste contexto. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios (leucócitos 11600u/L com 79,1% de neutrófilos, PCR 32,3mg/dL, PCT 0,31ng/mL) e lesão renal aguda (ureia 139 mg/dL, creat 2,24 mg/dL), exame sumário de urina com presença de leucocitúria e urocultura com isolamento de *Proteus mirabilis* sensível a cefuroxime e cotrimoxazol. Assumiram-se os diagnósticos de infeção do trato urinário e lesão renal aguda (LRA) KDIGO 2 de etiologia pré-renal e iniciou fluidoterapia e antibioterapia com ceftriaxone, com resolução da LRA. Em D5 de antibioterapia, febre de novo e elevação dos parâmetros inflamatórios, decidindo-se escalar antibioterapia para piperacilina-tazobactam que cumpriu durante 7 dias com resolução do quadro infeccioso. No entanto, em D3 desta terapêutica começou a apresentar LRA de agravamento progressivo (KDIGO 3) com oligoanúrica, sem acidemia, hipercaliemia ou sobrecarga hídrica. Excluiu-se causa pré e pós-renal e assumiu-se nefrite intersticial aguda secundária a piperacilina-tazobactam, iniciando por isso corticoterapia sistémica na dose 1mg/kg/dia durante 2 semanas com posterior desmame, com recuperação da função renal e do débito urinário.

Discussão

A maioria dos casos de nefrite intersticial aguda devem-se a fármacos, nomeadamente a beta-lactâmicos. O diagnóstico geralmente dispensa biópsia renal e faz-se pela relação temporal entre a toma do fármaco e a LRA, sendo que esta pode ocorrer no 1º dia de terapêutica ou após vários meses, não sendo dose-dependente. O tratamento consiste na suspensão do fármaco responsável por esta patologia e início precoce de corticoterapia de forma a evitar a progressão do processo infeccioso e aumentar a probabilidade de recuperação total.

PO-0005 - (2170) - MENINGOENCEFALITE POR HERPES 6: REATIVAÇÃO OU PRIMOINFEÇÃO? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Marinho Silva¹; Isabel Correia¹; Gonçalo Cruz¹; Eugénia Ferreira¹; Margarida Mouro¹; Margarida Lopes¹; Cristina Valente¹

1 - Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução O vírus herpes humano 6 (HHV6) é um agente de cadeia dupla de ADN e é subdividido em 6A e 6B. O subtipo 6B infeta 90% da população na infância, permanecendo em fase de latência; em contraste, o HHV6A é raro associando-se risco de reativação no doente imunodeprimido, e quando sintomático pode apresentar-se sob a forma encefalite.

Caso Clínico Homem de 77 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu ao serviço de urgência por desorientação e sensação de diminuição da força à esquerda com um dia de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se vígil, desorientado, discurso incoerente, sem outras alterações. Não apresentava alterações no estudo analítico nem na TAC crânio-encefálica. Realizada punção lombar que apresentou proteinorraquia, sem pleocitose, tendo sido identificado HHV6 no painel multiplex por método PCR. Foi quantificado o ADN do HHV6 no líquor (2424 cp/ml) e no plasma (13 9911 cp/mL) com diferenciação para HHV6A. Foi excluída imunodeficiência primária e secundária. Iniciou Ganciclovir 5mg/kg q12h durante 21 dias. Apresentou favorável evolução gradual do quadro neurológico após 5 dias de tratamento.

Discussão e Conclusão O caso clínico descreve uma apresentação clínica grave em doente imunocompetente sem contexto epidemiológico relevante. O HHV6A habitualmente é detetado em doentes transplantados e/ou com imunodeficiências, sendo a infeção do sistema nervoso central (SNC) rara, a sintomatologia inespecífica, afetando no adulto áreas do hipocampo e temporal (se primoinfeção) e da região límbica (se reativação); contudo as alterações imagiológicas nem sempre estão presentes, como no caso clínico apresentado. O HHV6, após a sua primoinfeção na infância, incorpora-se no cromossoma do hospedeiro e pode manter replicação de forma indefinida (integração cromossómica), sendo também capaz de reativação que resulta da indução do ciclo replicativo devido à transcrição dos genes IE1 e IE2. A quantificação de ADN viral pelo método de PCR apresenta elevada sensibilidade e especificidade, permitindo discriminar entre os diferentes subtipos e avaliar a carga viral em circulação. Apesar de ausência de recomendações, a quantificação do ADN permite a distinção entre integração cromossómica e reativação. Assumindo-se uma primoinfeção neste caso clínico, a importância desta diferenciação prende-se com a possibilidade de existir a necessidade de realizar estudo adicional para uma imunodeficiência subjacente não diagnosticada.

PO-0006 - (2590) - O RISCO DA TERAPÊUTICA ANTI-TNF α : A PROPÓSITO DE UM CASO DE TUBERCULOSE GANGLIONAR ATÍPICA

Margarida Peixoto¹; José Diogo Martins¹; Patrícia Sobrosa¹; Maria Guilherme Muchata¹; Patrícia Coelho¹; José Carvalho¹

1 - ULSAM

Os agentes biológicos representam um avanço na eficácia do tratamento de patologias auto-imunes, como a psoríase, artrite reumatóide, entre outras, que não respondem a terapêuticas convencionais. Destes, são os agentes inibidores do Fator de Necrose Tumoral alfa (anti-TNF α), sobretudo o infliximab e adalimumab, os que mais interferem na resposta imune que contém o *Mycobacterium tuberculosis*. O papel do TNF α no recrutamento e funcionamento contínuo de células imunes fundamentais à resposta granulomatosa contra micobactérias, leva a que a sua inibição aumente o risco de tuberculose ativa, frequentemente apresentada na forma disseminada ou extrapulmonar. Entre esta, a tuberculose ganglionar constitui a apresentação mais frequente, que se manifesta comumente como uma linfadenopatia isolada, crónica, não dolorosa, afetando sobretudo a região cervical. A ausência de atingimento pulmonar e, muitas vezes, de sintomas constitucionais, contribuem para o atraso do diagnóstico. Descreve-se o caso de um homem de 63 anos com múltiplas vindas ao Serviço de Urgência por um quadro de febre sem foco e odinofagia intensa, com um mês de evolução. Dos antecedentes pessoais, a destacar: psoríase em placas, tendo iniciado adalimumab seis meses antes da admissão, trombocitose essencial, sob hidroxiureia, e um tumor intestinal neuroendócrino grau 1, sob vigilância e sem progressão. Na marcha diagnóstica efetuada, realça-se uma prova de Mantoux e Interferon Gama Release Assay (IGRA) positivos de novo, face ao estudo prévio ao início de anti-TNF α , com um contexto epidemiológico de risco para tuberculose, após início de adalimumab. Contudo, sem achados de relevo ao exame objetivo e estudo imagiológico efetuado com radiografia de tórax e Tomografia computadorizada (TC) craniana e toraco-abdomino-pélvica. Apenas com a realização de tomografia por emissão de positrões com 18F-fluorodesoxiglicose (PET 18F-FDG), se identificaram pequenas adenopatias hipermetabólicas, uma na região cervical, não palpável, acessível por biópsia, cujo resultado reforçou o diagnóstico de tuberculose ganglionar. Este caso merece atenção por realçar a necessidade de se considerar atempadamente o diagnóstico diferencial de tuberculose extrapulmonar, num doente com febre sem foco, após início de anti-TNF α e a utilidade da PET 18F-FDG na identificação de material potencial para avaliação histopatológica, na ausência de outros achados, numa apresentação atípica de tuberculose ganglionar.

PO-0007 - (2183) - NEURALGIA DO TRIGÉMIO POR OSTEOMIELENITE DA BASE DO CRÂNIO: DESAFIO DIAGNÓSTICO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Francisco Laranjeira¹; Mariana Câmara¹; Domingos Coiteiro¹; Miguel Magalhães¹; Raquel Gouveia¹; Rita Ribeiro¹; Anabela Raimundo¹

1 - Hospital da Luz Lisboa

A neuralgia do trigémio é uma das síndromes de dor craniofacial mais comuns, sendo na maioria dos casos, considerada idiopática. Mecanismos como compressão do nervo por contacto vascular, neoplasia ou desmielinização por esclerose múltipla são os mais frequentes, mais raramente, pode haver casos associados a infeções da base do crânio.

Homem de 83 anos, diabético, internado para estudo de neuralgia do trigémio direito com dor refratária a estratégias farmacológicas, que surgiu após procedimento dentário. A ressonância magnética (RM) da face mostrou massa com captação heterogénea de contraste e contacto com V3 direito, invasão clivus, da grande asa do esfenóide e do limite ósseo do segmento petroso, coexistindo componente líquido no espaço retrofaringeo desde o clivus até nível C7, sugerindo osteomielite da base do crânio (OBC). Foi realizada biópsia e drenagem de exsudado da parede lateral direita da nasofaringe, com isolamento de *Staphylococcus lugdenensis* multissensível. A citologia foi negativa para células neoplásicas. Foi admitido diagnóstico de OBC, com indicação para antibioterapia (ATB) tendo iniciado flucloxacilina endovenosa, e ajuste da analgesia com melhoria clínica em geral e da dor em particular. Ao 24º dia de ATB, surgiu nova exacerbação da dor com subida dos parâmetros inflamatórios. A repetição da RM mostrou agravamento do processo de osteomielite. Discutido em reunião multidisciplinar e, apesar do isolamento prévio, admitiu-se provável infeção polimicrobiana e, portanto, insuficiência antibiótica. Mantendo-se a impossibilidade de intervenção cirúrgica foi aumentado o espectro antibiótico e iniciou meropenem. Houve franca melhoria clínica e analítica com resolução da dor e descida da velocidade de sedimentação e proteína C reativa. Cumpriu 6 semanas de meropenem e teve alta sob levofloxacina e metronidazol orais que manteve até perfazer 3 meses de ATB. A cintigrafia óssea com Gálio de reavaliação após termino de ATB mostrava ausência de processo inflamatório valorizável na base do crânio. Na consulta de follow-up aos 3 meses mantinha-se assintomático.

A OBC é uma entidade rara difícil de diagnosticar precocemente, tanto clínica quanto radiologicamente, e cujo tratamento assenta em ATB prolongada complementada, quando sempre que possível, por intervenção cirúrgica de limpeza/drenagem. É uma doença potencialmente fatal e neste caso o diagnóstico e o tratamento foram difíceis e repletos de dúvidas sobre a sua adequação.

PO-0008 - (2201) - ACTINOMICOSE PULMONAR NUM DOENTE COM DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA

Ana Catarina Gameiro¹; Ana Rita Martins²; Francisco Henriques²; Ângela Cunha²; João Machado¹; Salvato Feijó¹

1 - ULS - Região de Leiria; 2 - ULS- Região de Leiria

Introdução: A actinomicose pulmonar é uma infeção bacteriana crónica rara, causada por bactérias do género *Actinomyces* spp. Ocorre principalmente por aspiração de secreções orofaríngeas/trato gastrointestinal. A presença de doença pulmonar crónica aumenta a suscetibilidade a esta infeção.

Caso clínico: Homem, 70 anos. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e Discinesia Ciliar Primária a condicionar situs inversus, pansinusite e bronquiectasias. Na consulta, em junho 2023, apresentava queixas de anorexia e perda ponderal nos últimos 3 meses, associado a expectoração hemoptóica e hipersudorese noturna nas 3 semanas anteriores. Negava febre, mas desde fevereiro apresentava aumento da purulência e volume da expectoração com necessidade de cumprir 3 ciclos de antibioterapia. Analiticamente com leucocitose, neutrofilia e PCR 150 mg/L. Três culturas de expectoração e dois pares de hemoculturas foram negativas. A TC-Torax mostrava múltiplos micronódulos centroacinares (tree-in-bud) e consolidação com broncograma aéreo no lobo superior esquerdo. Foi realizada broncofibroscopia com lavado broncoalveolar (LBA). Apesar da ausência de isolamentos nos exames microbiológicos, na citologia do LBA identificaram-se inúmeros neutrófilos a envolver bactérias com características sugestivas de *Actinomyces*. Assim, e após discussão com Infeciologia, foi assumido o diagnóstico de actinomicose pulmonar e iniciada antibioterapia. Findo o tratamento repetiu broncofibroscopia, sem alterações.

Discussão: A actinomicose é uma infeção de diagnóstico difícil. Os sintomas são inespecíficos e os achados imagiológicos podem mimetizar outras infeções crónicas ou doença maligna. Analiticamente os achados mais frequentes são elevação de parâmetros inflamatórios e as culturas são frequentemente negativas. O teste diagnóstico gold-standard é a cultura e análise histológica de biópsia tecidual. O tratamento consiste em antibioterapia prolongada com derivados da penicilina. Inicialmente deve ser preferida formulação endovenosa 4 a 6 semanas, seguida de antibioterapia oral prolongada, consoante resposta clínica e radiológica.

Conclusão: Este caso ilustra a dificuldade diagnóstica da infeção por *Actinomyces* e a eficácia da terapêutica prolongada na evicção de recorrência. Ressalva-se ainda a presença de bronquiectasias como fator de risco importante e na presença do qual a actinomicose é um diagnóstico diferencial a ter em conta.

PO-0009 - (4161) - PERANTE SURTO GRIPE A, NEM TUDO É SÓ GRIPE A

Sara Velho Meirinhos¹; Hugo Félix¹; António Marques¹; Maria Ana Flores¹;
Maria Ana Cunha¹; Sérgio Paulo¹; Robert Badura¹; Álvaro Ayres Pereira¹

1 - Hospital Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria

A epidemia de influenza A ocorre quase todos os anos, repercutindo-se no aumento de internamentos hospitalares. Atualmente, a ampla disseminação dos testes rápidos contribui para a rapidez de identificação vírus gripe. Durante os períodos de epidemia de gripe, os médicos podem menosprezar queixas relacionadas com síndromes febris por outras causas. Na Europa, os casos de malária (transmitidos principalmente pela picada de uma fêmea infetada do mosquito *Anopheles* spp.) são importados por viajantes e imigrantes de zonas endémicas, no entanto as alterações climáticas resultam em condições climatéricas que favorecem a proliferação do mosquito e o desenvolvimento do parasita, facilitando a transmissão da malária na Europa.

Descreve-se o caso de um homem de 49 anos, autónomo, ancestralidade europeia, residente em Luanda, de férias em Portugal. À chegada recorreu a hospital periférico por quaro febril, confusão mental, palidez e sudorese profusa. Laboratorialmente apresentava leucopenia, trombocitopenia, elevação das aminotransferases e boa função renal. Realizou TC abdominopélvica que demonstrou hepatoesplenomegalia acentuada. Perante teste rápido por PCR positivo para Influenza A, teve alta medicado com oseltamivir. Por agravamento do quadro, três dias depois foi admitido no SU por lentificação, icterícia, febre (39°C), taquicardia, diminuição do murmúrio vesicular e ronos dispersos à auscultação. Laboratorialmente com anemia de novo, lesão renal aguda (creat 2.61 mg/dL, ureia 132 mg/dL, sem acidose metabólica), hiperbilirrubinémia. A pesquisa de *Plasmodium falciparum* por gota espessa revelou parasitémia 3%. Foi assumido quadro de malária com critérios de gravidade (febre biliosa hemoglobínúrica), tendo sido medicado com quinino e doxiciclina endovenosos, mantendo lesão renal e hepática sem hiperlactacidémia com recuperação lenta. Após melhoria e presença de via oral, foi medicado com mefloquina 500 mg 8/8 horas. Reavaliado em consulta, sem lesão renal aguda, sem hemólise, repete controlo laboratorial em Angola, para onde regressou.

A globalização e livre circulação de pessoas torna mais provável os diagnósticos de doenças tropicais em doentes provenientes de zonas endémicas. Reitera-se a importância de realização de história clínica com relevância para história de viagens, de forma a não atrasar diagnósticos alternativos de síndrome febril, dado que o tratamento da malária é tão mais eficaz, quanto maior a rapidez da sua instituição.

PO-0010 - (4737) - QUANDO A TUBERCULOSE NÃO É TODA PULMONAR NEM BACILÍFERA

Sara Velho Meirinhos¹; Rita Tavares Fernandes¹; Leda Frederico D´Almeida¹; Manuel Ferreira Gomes¹

1 - Hospital Santa Maria, UNidade Local de Saúde Santa Maria

A inalação de gotículas que contêm *M. tuberculosis* pode causar doença primária com início imediato de doença ativa, infeção latente ou doença de reativação com início da doença ativa muitos anos após um período de infeção latente. Em indivíduos com infeção latente e sem comorbilidades, a doença de reativação ocorre aproximadamente em 5 a 10 % dos casos, mas o risco de reativação aumenta acentuadamente em pacientes com VIH.

Os autores descrevem um doente do sexo masculino, 77 anos, ancestralidade africana, natural da Guiné-Bissau, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de cansaço fácil progressivo, ortopneia, anorexia, perda ponderal e tosse pouco produtiva com com 1 mês de evolução. Realizou TAC tórax que mostrou derrame pleural, observado pela Pneumologia, não realizou toracocentese, dado que a ecografia torácica mostrou pleura espessada, multiloculada, sem grande janela de intervenção. Colocada como hipótese diagnóstica mesotelioma e foi aconselhada intervenção pelo Serviço de Cirurgia Torácica. Foi internado por derrame pleural multiloculado de etiologia a esclarecer, tendo sido requisitada toracocentese com biópsia pleural, suspeitando-se de tuberculose. É diagnosticada infeção VIH-1 inaugural, CD4+ 100 cells/uL, estadio 3, carga viral VIH - 1 136 0000 cópias /mL. Log 6.3. Ziehl-Neelsen negativo, não foi realizado IGRA pelo facto de o doente provir de zona endémica, pelo que mesmo que o resultado fosse positivo, não teria implicações em termos de diagnóstico atual ou prognóstico. Apesar de solicitada desde a admissão em internamento, não foi realizada biópsia pleural aquando da toracocentese, o que atrasou o diagnóstico do doente. Após nova solicitação foi realizada biópsia pleural que revelou PCR positiva para *M. tuberculosis*, diagnosticando-se tuberculose pleural. Foi iniciada terapêutica com antituberculosos e protelaram-se antiretrovirais pelo risco de síndrome inflamatória de reconstituição imunológica. O doente veio a falecer por sépsis com choque séptico de ponto de partida urinária.

A tuberculose pleural é a segunda forma mais comum de tuberculose extrapulmonar (depois do envolvimento ganglionar) e é a causa mais comum de derrame pleural em áreas onde a tuberculose é endémica. Em doentes com VIH a forma extrapulmonar de tuberculose é mais frequente relativamente aos doentes não VIH positivos.

PO-0011 - (2411) - DORSO-LOMBALGIA CRÓNICA POR OSTEOMIELE E ESPONDILODISCITE BRUCÉLICA

Ricardo Martins-Ascencao¹; Joana Pereira Moniz¹; Pedro Tavares¹; João Santos¹; Renato Saraiva¹

1 - ULS Região de Leiria

Introdução:

Uma osteomielite vertebral trata-se de uma infeção dos corpos ósseos vertebrais. Encontra-se frequentemente associada a espondilodiscite, isto é, com envolvimento do disco intervertebral. As infeções por *Brucella* complicam geralmente com a formação de abscesso, sobretudo osteoarticular a nível vertebral.

Caso clínico:

Utente de 46 anos do sexo feminino, autónoma. Apresenta como antecedentes pessoais hipertrigliceridemia e ligeira leucocitose crónica (sem estudo hematocitológico conclusivo).

Reside em meio rural, tendo contacto com galinhas e porcos. Consome laticínios de produção local.

Apresenta quadro de lombalgias de padrão misto, com cerca de 15 anos de evolução, de agravamento progressivo, sem irradiação, com parestesias associadas. Sem febre ou sudorese noturna.

Como medicação habitual fazia estatina, fenofibrato, pregabalina, e tramadol + paracetamol.

Encaminhada para estudo em internamento após realização de RM da coluna em ambulatório a constatar alterações marcadas com hipersinal das plataformas L4, L5 e S1 com extensão aos corpos, sem componente intracanal, sugestivo de inflamação exuberante/infeção.

Repetiu RM no internamento que corroborou achados para além de evidenciar também edema dos corpos vertebrais C5-C7, D8-D10, a sugerir processo de osteomielite e espondilodiscite.

Análiticamente apresentava leucocitose ligeira, PCR 37.4 mg/L e VS 95 mm/h, e RT-PCR positiva para *Brucella Abortus* mas com hemoculturas negativas. Não realizou cultura de biópsia óssea vertebral por impossibilidade de aceder ao foco.

Iniciou antibioterapia empírica, tendo-se descalado para rifampicina e ciprofloxacina após evidência de infeção por *brucella*.

Apresentou melhoria sintomática e dos parâmetros inflamatórios, tendo tido alta para consulta. Cumpriu um total de 12 semanas de antibioterapia.

Após 8 meses de término da antibioterapia apresentou agravamento da dor juntamente com agravamento imagiológico em L4, tendo iniciado novo tratamento com gentamicina, rifampicina e doxiciclina por 12 semanas.

Discussão:

O tratamento de osteomielite vertebral cursa geralmente com melhoria e resolução da lombalgia. No entanto, a taxa de sucesso é dependente da prontidão com que se inicia tratamento, sendo que a utente do caso apresentava um quadro já com vários anos de evolução.

O curso da doença pode modificar-se ao longo do tratamento, sendo a recorrência frequente, motivo pelo qual estes doentes devem ser sempre proximamente acompanhados.

PO-0012 - (2254) - PERICARDITE AGUDA DEVIDO A INFEÇÃO POR COXIELLA BURNETII – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Daniela Barbosa Mateus¹; Carolina Gomes¹; João Barbosa Barroso¹; Jéssica Abreu¹; Joana Tavares Pereira¹; Sofia Guerreiro Cruz¹; Bruno Ferreira¹; Leuta Araújo¹

1 - Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: A febre Q é uma zoonose causada pela bactéria *Coxiella burnetii*. É dividida em forma aguda e crónica e o espectro de doenças é variável, incluindo a pericardite. Os autores apresentam um caso de pericardite causada por infeção por *Coxiella burnetii*.

Caso Clínico: Masculino, 29 anos, sem história médica relevante. Admitido no Serviço de Urgência por mialgias, odinofagia, febre com uma semana de evolução; negava toracalgia, dispneia, sintomas urinários, sintomas gastrointestinais e dor abdominal; sem viagens recentes, sem ingestão de alimentos mal confeccionados, sem contacto com animais. Ao exame objetivo apresentava-se com perfil tensional adequado, eupneico em ar ambiente com boas saturações e com apirexia sustentada; a auscultação cardiopulmonar não tinha alterações, apenas se destacava hepatomegalia com bordo hepático palpável 4 dedos abaixo do rebordo costal direito. Do estudo efetuado: eletrocardiograma em ritmo sinusal, 97 bpm, com discreto supra-ST V4-V6, DI e DII; radiografia de tórax sem alterações; analiticamente com padrão de citocolestase: aspartato aminotransferase 67U/L; alanina aminotransferase: 149U/L; gama glutamil transferase: 134 U/L; fosfatase alcalina: 157U/L; bilirrubina total normal, proteína C reativa 13,3 mg/dL, troponina I alta sensibilidade 156,8pg/mL; ecografia abdominal com evidência de hepatomegalia de estrutura homogénea com discreta hipocogenicidade difusa questionando infeção/inflamação; ecocardiograma com fina lâmina de derrame pericárdico retroauricular direito e ligeira hipocogenicidade da membrana pericárdica. Assumiu-se pericardite aguda e iniciou terapêutica com colchicina. Do estudo realizado, positividade dos anticorpos anti-coxiella burnetii fase II IgG e IgM, com títulos 1/512 e 1/92 respetivamente, sendo os anticorpos de fase I negativos; restantes serologias (vírus da imunodeficiência humana, vírus Ebstein-Barr, hepatite B e C, citomegalovírus) foram negativas. Iniciou tratamento com doxiciclina e teve alta referenciado à consulta de Infeciologia.

Discussão/Conclusão: A etiologia da pericardite frequentemente é idiopática. Apesar da pericardite ser uma manifestação rara da febre Q, esta deve ser considerada no diagnóstico diferencial, mesmo quando não existe contexto epidemiológico sugestivo, com vista ao tratamento atempado e evicção da evolução para infeção crónica.

PO-0013 - (2310) - HEPATITE AGUDA NO IDOSO - UMA ETIOLOGIA ESQUECIDA

Henrique Cerveira¹; Daniela Olívia Gomes¹; Marta Valentim¹; Maria Lume¹; Natalia Buruian¹; Tiago Valente¹; Jorge Almeida¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: A hepatite sífilítica (HS) é uma entidade rara que pode ocorrer em qualquer fase da infeção, embora mais frequentemente em fases precoces. O seu diagnóstico implica (1) elevação de enzimas hepáticas, (2) evidência serológica de sífilis, (3) exclusão de outras causas de hepatite e (4) recuperação da função hepática após antibioterapia adequada. A clínica é muito inespecífica e pode manifestar-se desde citocolestase ligeira a grave até insuficiência hepática fulminante.

Caso clínico: Mulher, 79 anos, antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca de etiologia valvular. Admitida em contexto de urgência por alteração do estado de consciência e dispneia com 2 dias de evolução. À avaliação: hemodinamicamente estável, polipneica sob FiO₂ 31% com saturação periférica 92%, sonolenta, desorientada, murmúrio globalmente diminuído. Na gasometria, insuficiência respiratória com acidemia metabólica e hiperlactacidemia. Do estudo analítico destaque para: anemia (10.5 g/L) com esquizócitos, trombocitopenia, citólise marcada (AST 3360 U/L, ALT 2159 U/L) e colestase (GGT 168 U/L, BT 3.47 mg/dL), albumina 36.4 g/L, amónia 132 umol/L, PCR 316 mg/L, creatinina 1.83 mg/dL e APTT 29s. Ecografia abdominal, raio X de tórax e TC-CE sem alterações, níveis de acetaminofeno e drogas de abuso negativos. Admitida em Cuidados Intensivos por hepatite aguda a condicionar insuficiência hepática com disfunção neurológica, renal, respiratória e coagulopatia. Estudo etiológico negativo para: vírus hepatotrópicos, etiologia tumoral, auto-imune, metabólica e farmacológica. Após estabilização, ainda com persistência de citocolestase, transferida para enfermaria onde se prossegue estudo, solicitando-se biópsia que acaba por não realizar ao surgir evidência serológica de sífilis. Iniciada antibioterapia com resolução da citólise e insuficiência hepática.

Discussão: Embora a sífilis esteja em aumento em grupos de risco como os homens que fazem sexo com homens, algumas revisões alertam para o aumento de casos na população idosa. A HS é uma manifestação rara da sífilis latente tardia descrita em 0.2-3% dos casos, sem manifestações clínicas específicas e cuja resposta à antibioterapia é fundamental para a confirmação do diagnóstico. Pretende-se alertar para o risco crescente desta manifestação no grupo geriátrico.

PO-0014 - (2343) - E QUANDO O FÍGADO FALA AMARELO?

Pedro Laranjo¹; Valentyn Roshkulets¹; Mónica Ferro Da Silva¹; Ana Santos E Silva¹; Yulia Shigaeva¹; Henrique Rita¹

1 - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Introdução: A infecção pelo vírus da hepatite E (HEV), ainda que subdiagnosticada, é uma das causas mais comuns de hepatite viral aguda, sendo a sua transmissão fecal-oral por ingestão de alimentos ou água contaminados. Sendo geralmente autolimitada, é estimado pela World Health Organization (WHO) que seja responsável por 3.3% das mortes relativas a hepatites virais.

Caso clínico: Homem de 79 anos, com antecedentes de colecistectomia, recorreu ao serviço de urgência por quadro caracterizado por icterícia, colúria, acolia e náuseas com 10 dias de evolução. Negava consumo de tóxicos, medicamentos, alimentos não pasteurizados, cogumelos, álcool, suplementos de ervanária ou viagens recentes. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, destacando-se apenas icterícia generalizada. Do estudo complementar relevante: bilirrubina total 15.9 mg/dL, bilirrubina directa 8.75 mg/dL e padrão citocolestático (AST 775 U/L, ALT 1321 U/L, fosfatase alcalina 184 U/L e gama-glutamilttransferase 288 U/L), sem elevação de parâmetros inflamatórios de fase aguda. Ficou internado para estudo etiológico de icterícia. Durante o internamento, observou-se melhoria espontânea e gradual da icterícia, mantendo-se apirético e hemodinamicamente estável. Do estudo realizado: ferro 183 ug/dL, ferritina 1480 ng/mL, índice de saturação de transferrina 97%, B12 > 1500 pg/mL; serologias de hepatite B, C, HIV e CMV negativas; colesterol total 99 mg/dL, colesterol LDL 94 mg/dl, triglicéridos 191 mg/dL, HbA1c 5.5%. Pedidas serologias para Hepatite A com resultado negativo e Hepatite E com IgM anti-HEV positivo. O doente teve alta assumindo infeção aguda a Hepatite E, tendo sido posteriormente re-avaliado em consulta, com normalização das provas hepáticas e do estudo do ferro e vitamina B12.

Discussão e Conclusão: Embora pouco frequente, a hepatite E afeta cerca de 20 milhões de pessoas por ano. O quadro clínico surge habitualmente cerca de 5-6 semanas após a incubação e é caracterizado mais comumente por febre, anorexia, náuseas, vômitos, dor abdominal, artralgias, icterícia, colúria e acolia, podendo encontrar-se ainda hepatomegalia ao exame objetivo, que podem durar entre 1 e 6 semanas. Em casos raros pode ser fulminante. O diagnóstico pode ser suspeitado pela epidemiologia e confirmado por serologia, não existindo terapêutica dirigida e geralmente não exigindo internamento.

PO-0015 - (2381) - QUANDO VIAJAR DE AVIÃO PODE EVIDENCIAR UMA DOENÇA METASTÁTICA A MSSA.

João Pedro Santos¹; Isabel Ribeiro Ferreira¹; Anna Sukhoviy¹; Clara Matos¹; Teresa Branco¹

1 - ULSAS - Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca

Introdução: O *Staphylococcus aureus* é um importante agente patogénico, responsável por muitas das infeções adquiridas na comunidade e infeções nosocomiais, variando as suas apresentações desde uma simples foliculite, até a uma endocardite ou mesmo uma osteomielite.

Caso Clínico: O caso que descrevemos é de um jovem de 19 anos, natural de Timor, que recorre ao SU por dor e edema do membro inferior esquerdo, após viagem de avião para Portugal. Na anamnese, apurou-se que, cerca de um mês antes, o doente tinha tido um acidente de viação que resultou numa ferida do joelho, que cicatrizou sem tratamento antibiótico. No serviço de urgência apresenta elevação dos parâmetros inflamatórios e aumento dos d-dímeros. Realiza doppler venoso do membro inferior esquerdo, com trombose das veias femoral comum, femorais profunda e superficial esquerdas. Realizou angiotomografia torácica que evidenciou tromboembolismo das artérias pulmonares dos segmentos do lobo superior e inferior direito e lobo inferior esquerdo. Da restante investigação imagiológica realizada, denota-se ainda, múltiplos abscessos pulmonares, um abscesso cerebral frontal direito e osteomielite do fémur esquerdo. No serviço de urgência, o doente evoluiu com disfunção neurológica, ventilatória, hematológica, hepática e renal, com necessidade de admissão no Serviço de Medicina Intensiva (SMI). Foi isolado um *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina em hemoculturas, tendo iniciado flucloxacilina. Como intercorrência, teve uma hemorragia da via aérea, com necessidade de suspensão de anticoagulação e de colocação de um filtro na veia cava inferior. Como complicação posterior, objetivou-se ainda traqueomalácia com estenose subglótica, com necessidade de colocação de prótese traqueal. O doente cumpriu 68 dias de flucloxacilina, tendo alta sob clindamicina, que ainda mantém. Verificou-se resolução dos abscessos pulmonares, mas mantém ainda abscesso cerebral e osteomielite, ambos com evolução favorável.

Discussão: A doença metastática por *S. aureus* representa uma complicação da bacterémia por este agente e implica uma duração de antibioterapia mais prolongada, que não está bem definida dado a variedade de focalizações possíveis. Neste caso, destaca-se a focalização cerebral como pouco frequente e de difícil resolução.

Conclusão: Este caso destaca a complexidade e complicações de uma doença metastática estafilocócica, num jovem previamente saudável.

PO-0016 - (2389) - LYME NEUROBORRELIOSIS AS THE INITIAL EXPRESSION OF LYME DISEASE IN AN ELDERLY PATIENT

Emídio Mata¹; Bárbara Lage Garcia¹; André Oliveira Pereira¹; Flávia Santos¹; Carlos Fernandes¹; Jorge Cotter¹

1 - Hospital de Sr^a da Oliveira/Guimarães

Lyme disease is a tick-borne illness caused primarily by the spirochete *Borrelia burgdorferi* and is characterized by distinct clinical phases.

We present a case detailing an early neurological manifestation of Lyme disease in an 84-year-old male. The patient was admitted to the emergency department after a seizure episode. Initial assessments unveiled fever and erythematous oropharynx. Standard laboratory tests disclosed elevated inflammatory markers, rhabdomyolysis, and acute kidney injury. The electrocardiogram revealed flutter bradycardia with variable conduction, and full-body CT imaging yielded unremarkable results. Upon admission, the patient received a single penicillin shot for presumed tonsillitis. One hour after administration, the patient experienced a non-pruritic mild scaling erythematous macular rash across the entire body, which disappeared after 4 hours. In the first 24 hours after admission, the patient was lethargic and manifested aggressive behavior, with physical examination uncovering two well-defined round erythematous lesions on the neck and right shoulder, that expanded outward in the first days of hospitalization. A lumbar puncture was performed, revealing polymorphonuclear pleocytosis (85 cells/ μ L), normal glucose levels (81 mg/dL) and elevated protein levels (86.9 mg/dL). A course of ceftriaxone antibiotics was started following the results. Lyme disease was diagnosed by detecting IgM antibodies to *Borrelia burgdorferi*, supported by specific clinical manifestations. The initially perceived rash, initially mistaken for a drug allergy, was later identified as a Jarisch-Herxheimer reaction, and the two observed skin lesions were interpreted as erythema migrans. Additionally, the seizure episode with the cerebrospinal fluid analysis was consistent with the diagnosis of neuroborreliosis. Ceftriaxone was continued with a complete recovery of the patient's mental status. The clinical course, however, was complicated by gastrointestinal bleeding requiring 3 units of packed red blood cells and a *Clostridium difficile* infection in the context of antibiotic therapy, managed with oral vancomycin. After the successful treatment of these complications, the patient fully recovered and was discharged.

This case underscores the importance of recognizing neurologic deterioration in patients with infectious diseases and outlines Lyme neuroborreliosis as an initial manifestation of Lyme disease.

PO-0017 - (2393) - PADRÕES DE RESISTÊNCIA DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE: 5 ANOS DE PNEUMONIAS NUM HOSPITAL DISTRITAL

Rita Tinoco Magalhães¹; Soraia Mendes¹; Edgar Amaro¹; Luís Miguel Pereira¹; Rita Valadas¹; Maria Margarida Andrade¹; Ana Gorgulho¹; Patrícia Cipriano¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: A resistência a antibióticos é um efeito direto do consumo dos mesmos e a prescrição racional depende do conhecimento da epidemiologia local. O *Streptococcus pneumoniae* é o principal agente etiológico da pneumonia adquirida na comunidade (PAC), sendo a sua identificação, muitas vezes, por antigenúria, sem disponibilidade de teste de sensibilidade a antibióticos (TSA). A evidência existente relativa a resistência do pneumococo à penicilina em Portugal é antiga e as recomendações mais utilizadas (americanas) não espelham a epidemiologia do nosso país.

Objetivo: Avaliação dos padrões de resistência de *S. pneumoniae* nas PAC, para guiar a anti-bioterapia dirigida a este agente na ausência de TSA.

Materiais e métodos: Avaliados os TSA de todos os isolamentos de *S. pneumoniae* em amostras biológicas (expectoração, secreções brônquicas, lavado broncoalveolar e hemoculturas) de doentes com PAC, no Hospital de Cascais, entre 2017 e 2021 e calculada a percentagem de resistência a benzilpenicilina (P), amoxicilina/ampicilina (A/A), cefalosporinas de 3ª geração (C3G), eritromicina (E), levofloxacina (LF), vancomicina (V) e linezolida (LZ).

Resultados: Foram identificadas 171 amostras com isolamento de *S. pneumoniae* entre 2017 e 2021. Destas, 108 foram de hemoculturas (63,2%), 39 de expectoração (22,8%), 21 de secreções brônquicas (12,3%), 2 de lavado broncoalveolar (1,2%) e 1 de aspirado brônquico (0,6%). Todas as amostras foram testadas para sensibilidade a P, 167 para A/A, 169 para C3G e levofloxacina e 170 para vancomicina e linezolida.

Em 4,1% das amostras (7) identificou-se resistência à P e em 16,4% (28) sensibilidade com alta exposição (SAE). As restantes (79,5%, 136) foram sensíveis.

Dos 7 isolados resistentes, 3 eram sensíveis a A/A e a C3G. Os restantes 4 eram resistentes a A/A, sendo 3 dos quais SAE a C3G.

Em apenas duas amostras invasivas (hemoculturas) se documentou resistência a P (1,9%), das quais uma resistente e a outra SAE a C3G.

A taxa global de SAE a A/A foi de 4,2% (7), a C3G 8,9% (15), a LF 10,7% (18). A taxa global de resistência a A/A foi de 8,9% (15), a C3G 0,59% (1), E 14,6% (24). Não houve resistência a LF. Em todas as amostras se documentou sensibilidade a V e LN.

Discussão & Conclusão: A taxa de resistência a P foi inferior a 5%, apoiando assim a utilização deste antibiótico no tratamento de PAC pneumocócica na ausência de TSA. A percentagem de 16,4% de SAE não parece constituir um entrave, uma vez que a dose de penicilina habitualmente utilizada é a de alta exposição (2 MUI a cada 4-6 horas). A A/A é uma alternativa válida, com taxa de resistência inferior a 10%. Estas, no entanto, não são usualmente prescritas na sua dose de alta exposição, pelo que a percentagem adicional de 4,2% de SAE poderá constituir um problema.

São, no entanto, necessários mais estudos, multicêntricos, para melhor definir o padrão de resistências do pneumococo em Portugal.

PO-0018 - (2451) - ENDOCARDITE INFECCIOSA DE VÁLVULA NATIVA

Helena De Oliveira^{1,2}; Rúben Costa¹; Carolina Machado¹; Tiago Valente¹; Marta Patacho¹; Jorge Almeida¹

1 - CHUSJ; 2 - CHSUJ

A endocardite infecciosa (EI) corresponde a um desafio diagnóstico pela heterogeneidade da apresentação clínica. Devemos considerar este diagnóstico em todos os doentes com febre sem foco, sobretudo na presença de fatores de risco. Doente de 61 anos, com antecedentes de estenose aórtica grave sintomática (a aguardar cirurgia de substituição valvular) e ataxia cerebelosa progressiva (provavelmente por degenerescência cerebelosa alcoólica em doente com consumos abusivos no passado), admitido por síndrome constitucional (astenia, anorexia e perda ponderal de cerca de 15 Kg em 1 mês) e lombalgia incapacitante com 2 meses de evolução. Objetivada febre no internamento tendo sido colhido rastreio séptico com identificação de *Streptococcus mitis* multissensível em hemoculturas. Iniciada antibioterapia com vancomicina e posteriormente alterada para piperacilina G após resultado de TSA. Ecocardiograma transesofágico (ETE) com vegetações na válvula aórtica e RMN lombar com artrite séptica L3-L4, empiema epidural posterior endocanal e espondilodiscite D11-D12. Diagnosticado com EI de válvula nativa aórtica por *S. mitis* em doente com EAo severa de etiologia degenerativa. Encontrada relação temporal entre início de sintomas e tratamento ortodôntico com várias extrações dentárias sem antibioterapia profilática. RMN cerebral com achados compatíveis com embolia séptica cerebral (sem alterações no exame neurológico). Repetido ETE após 3 semanas de antibioterapia eficaz com progressão notória do processo infeccioso com múltiplas vegetações e abscesso perivalvular com comunicação com a câmara de saída do ventrículo esquerdo e aorta sendo submetido de forma urgente a cirurgia de substituição de valvular e exclusão de abscesso após 23 dias de antibioterapia com penicilina G. Repetida RMN lombar após 40 dias de antibioterapia com melhoria dos sinais de artrite séptica e regressão do empiema epidural posterior endocanal. Manteve antibioterapia até cumprir 8 semanas após controlo de foco. O diagnóstico de EI é baseado em critérios major e minor que foram atualizados para incluir disseminação embólica vascular, incluindo lesões assintomáticas identificadas apenas por exames de imagem. O tratamento adequado da EI inclui a instituição imediata de terapêutica antimicrobiana eficaz, monitorização da resposta à mesma e avaliação de potenciais focos de infeção e necessidade de remoção de quaisquer dispositivos implantados infetados e identificação dos doente com indicação cirúrgica.

PO-0019 - (2483) - NEUTROPENIA IATROGÉNICA SEVERA - UM CULPADO INCOMUM

Cassiana Vasconcelos¹; Rita Tinoco Magalhães¹; Rita Relvas¹; Nuno Ferreira Monteiro¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais

Introdução:

A infeção pelo vírus Influenza pode requerer, no doente portador de fatores de risco para doença grave, o início de terapêutica com inibidor da neuraminidase oseltamivir, que apresenta um bom perfil de segurança na maioria dos doentes. Os autores apresentam um caso raro, mas grave, de agranulocitose induzida por oseltamivir.

Caso clínico:

Homem, 81 anos, com patologia multivalvular cardíaca e prótese biológica aórtica e mitral e anuloplastia da tricúspide, internado por endocardite infecciosa aguda por *Streptococcus sanguinis* sob antibioterapia com ceftriaxone e gentamicina. Apesar da evolução favorável, verifica-se na terceira semana de internamento recidiva de picos febris e linfopenia ligeira de novo; para esclarecimento foi pedido painel viral respiratório com pesquisa positiva de antigénio para VSR e PCR de vírus influenza A. Neste contexto, por doente frágil com risco de doença grave, inicia terapêutica com oseltamivir na dose de 75mg a cada 12h. No 4º dia inicia quadro multissistémico com hipotensão arterial, exantema exuberante crânio-caudal, recrudescência de picos febris e prostração de novo. Concomitantemente instalação de leucopenia com neutropenia de 0.210×10^9 /L sem eosinofilia ou afeção das restantes linhagens. Estando descritos casos de agranulocitose a oseltamivir, e sendo temporalmente coerente com a introdução do fármaco, assumiu-se iatrogenia grave; com suspensão imediata do oseltamivir, introdução de anti-histamínico e corticoide sistémico (prednisolona 40mg/d), assistiu-se a resolução progressiva do quadro clínico e normalização sustentada de contagem leucocitária ao fim de 4 dias.

Discussão:

A utilização do oseltamivir na infeção por vírus Influenza baseia-se na redução de tempo de sintomas, risco de complicações e mortalidade. Contudo, os estudos na população idosa, imuno-deprimida e/ou com comorbilidades graves são escassos – nomeadamente efeitos secundários ou interações medicamentosas. Apesar da infeção viral poder cursar com alterações da linhagem branca, esta na contagem linfocítica; a instalação posterior de neutropenia severa com a introdução do oseltamivir, em associação ao rash, favorece o diagnóstico de iatrogenia ao fármaco, e ambos estão descritos como efeitos adversos possíveis, mas raros.

Conclusão:

O caso reforça a importância de reconhecermos reações iatrogénicas graves e de estarmos sensibilizados para o rápido diagnóstico e intervenção, melhorando o prognóstico.

PO-0020 - (2504) - PNEUMOCISTOSE EM DOENTES INFETADOS COM VIH – UMA EXPERIÊNCIA DE 6 ANOS

Paula Teixeira Pinto¹; Cláudia Gaspar¹; Joana Oliveira¹; Isabel Rodrigues¹; Ana Pimenta De Castro¹

1 - Unidade de Saúde Local do Algarve

INTRODUÇÃO: A pneumonia causada pelo fungo *Pneumocystis jirovecii* é a doença definidora de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida mais reportada em Portugal, com um ligeiro aumento de casos nos últimos anos.

OBJETIVOS: Analisar as características clínicas e sociodemográficas dos doentes infetados com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) admitidos por pneumocistose num hospital de nível II

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo. Incluíram-se doentes adultos infetados com VIH admitidos entre Janeiro de 2017 e Dezembro de 2022 com o diagnóstico definitivo ou presumido de pneumocistose conforme as guidelines da European AIDS Clinical Society e codificados segundo a CID10. Os dados recolhidos a partir da consulta dos processos clínicos eletrónicos foram analisados com o programa Microsoft Excel.

RESULTADOS: Identificaram-se 28 casos de pneumocistose, correspondentes a 15% dos doentes admitidos por patologia pulmonar. Os novos casos diminuíram no período analisado (7 em 2017 e 3 em 2022). Predominou o sexo masculino (n=17;60.71%), com idade média de 47 anos. Dezanove doentes (67.86%) tinham diagnóstico prévio de VIH e 9 (32.14%) corresponderam ao diagnóstico inaugural. A maioria não cumpria a terapêutica com antirretrovirais (n=15;78.95%). A dispneia para esforços desenvolvida ao longo de em média 14±8 dias foi a principal manifestação clínica (n=22;79%). A hipoxemia na admissão foi comum (n=25;89.2%) e observou-se um infiltrado bilateral na radiografia torácica de todos os doentes. O diagnóstico foi essencialmente presumido (n=26;92.86%). A carga viral encontrava-se elevada na globalidade dos doentes (n=23;82.14%) e a contagem de CD4+ teve uma mediana de 22 cel/μL. A desidrogenase láctica mostrou-se elevada em 7 casos (46.67%). Dois doentes (7.14%) necessitaram de oxigenoterapia por alto fluxo (7.14%) e uma doente (3.57%) realizou ventilação mecânica invasiva. O tratamento instituído foi essencialmente o cotrimoxazol em dose terapêutica (n=25;89.28%), ocorrendo reações adversas em 2 casos (8%), nomeadamente intolerância gastrointestinal e toxidermia. A prednisolona foi utilizada como adjuvante (n=17;60.71%). Em média, o internamento durou 19 dias. A maioria dos doentes evoluiu favoravelmente e teve alta com terapêutica profilática contra a pneumocistose (n=25;82.14%). A mortalidade foi de 10.71%.

DISCUSSÃO&CONCLUSÃO:A pneumocistose é uma doença oportunista que acomete doentes infetados com VIH não aderentes à terapêutica antirretroviral e indivíduos não rastreados para a doença. A dispneia para esforços instala-se de forma subaguda e a hipoxemia é frequente. Embora a insuficiência respiratória possa ser grave e o internamento prolongado, a terapêutica empírica com cotrimoxazol é eficaz e bem tolerada, resultando numa evolução favorável. Apesar da diminuição de novos casos nesta série, ênfase na adesão terapêutica e generalização do rastreio do VIH poderão contribuir para a diminuição da incidência da doença.

PO-0021 - (4963) - ENCEFALITE COMO APRESENTAÇÃO DE FEBRE Q CRÓNICA

Fabiana Gouveia¹; Helena Rodrigues¹; Beatriz Ferreira¹; Elsa Gaspar¹; Isabel Fonseca¹; Lèlita Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: A *Coxiella Burnetti*, o agente etiológico da Febre Q, é uma bactéria transmitida essencialmente pela inalação de aerossóis provenientes de animais infetados. A Febre Q pode ser completamente assintomática ou apresentar-se como uma síndrome gripal, pneumonia ou hepatite. Apesar de maioritariamente ser auto-limitada, alguns doentes podem apresentar Febre Q crónica com endocardite e hepatite crónicas. As manifestações neurológicas como a encefalite, meningoencefalite, neuropatia periférica e meningite asséptica são extremamente raras. Por este motivo, não são, por vezes, equacionadas durante a investigação de demências e quadros de deterioração cognitiva.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 74 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por astenia, diminuição da força muscular, confusão e sonolência com 3 meses de evolução. Apresentava discurso lentificado e febre nas últimas semanas. Não apresentava outro tipo de sintomas. A doente vivia em meio rural e era seguida em consulta de Neurologia por suspeita de síndrome demencial. Não possuía outros antecedentes relevantes.

À observação encontrava-se prostrada, hemodinamicamente estável, com febre, rigidez da nuca e hipertonia generalizada. Apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios, sem alterações de relevo na TC-CE e com proteinorráquia e glicorráquia no Líquor. Foi internada e medicada com ceftriaxone, aciclovir e ampicilina, por suspeita de encefalite ou meningite. No internamento, realizou eletroencefalograma que constatou encefalopatia de grau moderado e apresentou títulos elevados de anticorpos anti-*C. burnetii* no estudo serológico. Foi iniciada doxiciclina e feito teste confirmatório com IgG fase I e II positivos, tendo sido feito o diagnóstico Febre Q crónica com encefalite. A doente apresentou melhoria clínica e à data de alta não apresentava alterações ao exame neurológico.

Discussão: A apresentação do caso clínico teve como objetivo alertar para complicações raras da Febre Q. Embora a infeção seja frequente e estejam descritos casos de encefalite e meningoencefalite por *Coxiella* na literatura, esta é uma complicação rara e, por isso, subdiagnosticada. Neste caso, a doente era seguida em consulta pelo diagnóstico de síndrome demencial, não tendo sido ainda equacionada a hipótese de encefalite por *Coxiella*.

Conclusão: Em doentes com quadros de deterioração cognitiva e demência recentes, devemos incluir nas hipóteses de diagnóstico diferencial a infeção por *Coxiella*.

PO-0022 - (2257) - A PROPÓSITO DE UMA CRISE CONVULSIVA

Daniela Barbosa Mateus¹; Leonor Calçada¹; Carolina Gomes¹;
João Barbosa Barroso¹; Jéssica Abreu¹; Joana Tavares Pereira¹;
Sofia Guerreiro Cruz¹; Leuta Araújo¹

1 - Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: A neurocisticercose é uma infeção do sistema nervoso central e das meninges pelo estadio larval da *Taenia solium*, a ténia do porco. O diagnóstico assenta numa associação entre a história clínica, exame de neuroimagem e exames laboratoriais.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de uma doente de 24 anos, puérpera, natural de Cabo Verde a residir em Portugal há um ano, trabalhadora numa fábrica de produtos cárneos. Recorreu ao Serviço de Urgência por crise convulsiva tónico-clónica generalizada com incontinência de esfíncteres e pós-crítico prolongado, sem défices neurológicos focais. Referiu dois episódios semelhantes em Cabo Verde, medicada temporariamente com carbamazepina que suspendeu por efeitos adversos. Realizou tomografia computadorizada de crânio que revelou múltiplas discretas hipodensidades subcorticais bi-hemisféricas que abrangiam a substância branca e o subcórtex nas regiões parietais e frontais, em provável contexto infeccioso. Posteriormente, realizou ressonância crânio encefálica com evidência de múltiplas lesões intra-axiais quísticas de morfologia irregular, infracentimétricas, justa-corticais, dispersas pelos hemisférios cerebrais, algumas envolvidas por halo de edema vasogénico; demonstravam sinal similar ao do líquido cefalorraquidiano, mas com presença de ponto central intermédio - cyst with dot sign; após administração de contraste demonstraram realce periférico/anelar, sendo a hipótese mais provável de neurocisticercose em estadio vesicular coloidal. Analiticamente a destacar positividade para IgG *Taenia solium*, restantes serologias revelaram-se negativas (citomegalovírus, vírus hepatite B e C, vírus da imunodeficiência adquirida, vírus Epstein-Barr, *Toxoplasma gondii* (IgG e IgM); hemoculturas negativas. Foi assumido diagnóstico de neurocisticercose em estadio vesicular coloidal, foi excluído envolvimento ocular e iniciou terapêutica com albendazol, corticoterapia sistémica e anti-comicial, com boa resposta, sem novos episódios de crises convulsivas. Teve alta referenciada à consulta de Infeciologia e Neurologia, com indicação para cumprir tratamento com albendazol 14 dias e corticoterapia concomitante.

Discussão/Conclusão: A neurocisticercose deverá ser hipótese diagnóstica em doentes com contexto epidemiológico e com apresentação clínica sugestiva, nomeadamente com crises convulsivas. Neste caso, o início da terapêutica anti-parasitária e anti-comicial foi fundamental para a evolução favorável da doente.

PO-0023 - (4084) - REAÇÕES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EM DOENTES SOB ANTIBIOTERAPIA NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

João Nóvoa^{1,3}; Marta Sousa¹; Rita Vieira Silva^{1,2}; Diana Santos^{1,4}; Anna Taulaigo¹; Madalena Vicente¹

1 - ULS São José- Medicina 7.2 Hospital Curry Cabral; 2 - Instituto Português de Reumatologia; 3 - ULS São José - Serviço de Doenças Infecciosas Hospital Curry Cabral; 4 - ULS São José- Nefrologia Hospital Curry Cabral

INTRODUÇÃO: As reações adversas ao medicamento (RAM) são comuns sendo ainda mais prevalentes no internamento onde são muitas vezes introduzidos novos fármacos em doentes já polimedicados. O recurso aos antimicrobianos é frequente na prática clínica e há muitas RAM e de hipersensibilidade relacionadas com antimicrobianos que podem ou não ser dose ou tempo dependentes e cuja gravidade é variável, desde ligeiras alterações de parâmetros analíticos até quadros clínicos graves.

OBJETIVO: Identificação e caracterização descritiva das reações adversas medicamentosas por antibióticos no internamento num serviço de Medicina Interna.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo observacional retrospectivo, realizado através da análise dos processos clínicos dos doentes internados num serviço de Medicina Interna de um Hospital Central num período de um mês. Para a análise dos dados foi utilizado o SPSS.

RESULTADOS: No referido mês houve 104 doentes internados com predomínio do sexo feminino (61,5%, n=64) e idade mediana de 79 anos (IQR 23) [27-98]. A mediana dos dias de internamento foi 12 dias (IQR 16) [1-110] e verificou-se diferença estatisticamente significativa entre a mediana de número de dias de internamento nos doentes com infeção nosocomial versus sem infeção nosocomial (p<0,001). A infeção foi motivo de internamento em 55 doentes (52,9%) e 24 doentes internados (23%) desenvolveram intercorrência nosocomial sendo as mais frequentes as infeções urinárias (n=11). Apenas 5 doentes (4,8%) tinha história de alergia a antibióticos. Foram identificadas RAM em 4 doentes sendo elas: eosinofilia por meropenem, agravamento da função renal por vancomicina; hepatite tóxica em 2 doentes sob piperacilina + tazobactam. A mortalidade global neste período foi de 10,6% (n=11).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: O clássico doente de uma enfermaria de Medicina Interna, com múltiplas comorbilidades e polimedicado, tem risco aumentado de interações e RAM. Apesar de uma amostra pequena e do carácter retrospectivo, o estudo permitiu-nos perceber que as RAM passam muitas vezes despercebidas no internamento mas que de facto ocorrem e que é importante estar sensibilizado e alerta para as conseguir identificar e abordar de forma correta.

PO-0025 - (2065) - HIPERVISCOSIDADE E AVC NA POLICITEMIA VERA: DESAFIOS E TRATAMENTO

Rodrigo Andrade¹; Elisabete Pinelo¹; Francisca Martins¹; Eugénia Madureira¹

1 - Unidade Local de Saúde (ULS) do Nordeste

Introdução:

A Policitemia Vera (PV), um distúrbio mieloproliferativo raro associado à mutação JAK2, leva a uma produção descontrolada de células sanguíneas. Este caso destaca a complexidade desta condição, evidenciando não só a sua apresentação clínica, mas também a importância do diagnóstico precoce e da gestão terapêutica devido aos elevados riscos trombóticos.

Caso Clínico:

Paciente do sexo masculino, 59 anos, agricultor, procurou o serviço de urgência com déficit motor no membro superior direito (Paresia G1) e paresia facial central direita, evoluindo ao longo de 8 horas. NIHSS 4. Angio-TC craniana não revelou lesões agudas. Simultaneamente, diagnosticada policitemia/poliglobulia (Hgb 23.7g/dL ; HTC 67.5%) ; restante hemograma normal. Ao exame físico, apresentava fácies pletórica, eritromelalgia nas mãos e esplenomegalia palpável. Investigação adicional revelou trombose esplénica.

Discussão:

O diagnóstico da PV baseou-se em critérios da OMS, considerando massa total de glóbulos vermelhos, saturação de oxigénio arterial, esplenomegalia e nível sérico de eritropoietina diminuído (<1.0 mUI/mL). A confirmação envolveu a presença da mutação JAK2V617F. Trombose cerebral e esplénica adicionam complexidade, destacando a associação da PV com riscos trombóticos. A abordagem diagnóstica interdisciplinar foi crucial, envolvendo internistas, hematologistas, neurologistas e radiologistas. Tratamento visa reduzir viscosidade sanguínea e minimizar riscos trombóticos. Iniciado desde o início flebotomias e aspirina. Considerando este paciente de alto risco trombótico, foram também iniciadas terapias citorredutoras - hidroxiureia. A importância para a prevenção e monitorização de eventos trombóticos é enfatizada, considerando o histórico do paciente.

Conclusão:

O caso destaca a necessidade de abordagem abrangente na Policitemia Vera, especialmente em complicações associadas à síndrome de hiperviscosidade. Diagnóstico preciso, critérios específicos e confirmação genética são cruciais. Considerando os elevados riscos trombóticos associados à PV, o sucesso terapêutico depende da colaboração entre diversas especialidades, visando melhorar qualidade de vida e prevenir complicações graves em pacientes com esta condição hematológica.

PO-0026 - (4082) - HEMOFILIA A SECUNDÁRIA A MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM

José Fragoso Duro¹; Filipa Sousa Gonçalves¹; Pedro Da Torre Pinto¹; André Couto Dias¹; Patrício Aguiar¹

1 - ULS Santa Maria

Introdução: A hemofilia A é uma coagulopatia hereditária, existindo no entanto formas adquiridas mais raras.

Caso Clínico: Homem de 83 anos, observado em consulta por hemorragia de sutura cirúrgica da coxa direita. Duas semanas antes, fora internado por hematoma espontâneo da coxa direita, com necessidade de drenagem cirúrgica, complicada de hemorragia após drenagem. Antecedente de macroglobulinemia de Waldenström (MW), sem que tenha sido submetido a qualquer terapêutica prévia. Realizou avaliação complementar de diátese hemorrágica, destacando-se contagem plaquetária normal, prolongamento do APTT sem correcção após teste de mistura com plasma, INR normal, diminuição da actividade do fVIII (4%), actividade do fIX 119%, fXI 75%, fvW 344% e identificação de inibidores de fVIII. Foi reinternado com diagnóstico de hemofilia A adquirida, iniciando terapêutica de reposição com fVIII, sem resposta clínica, seguido de reposição com fVII e ácido tranexâmico, com resolução da hemorragia. Por persistência de níveis elevados de inibidores fVIII, iniciou terapêutica imunossupressora com prednisolona e ciclofosfamida, respondendo com elevação da actividade fVIII e diminuição dos inibidores. Após investigação complementar, na ausência de etiologia alternativa, foi assumida hemofilia A adquirida em contexto de MW e a evolução favorável permitiu a alta, mantendo posterior vigilância e seguimento na consulta de Hematologia.

Discussão e Conclusão: A hemofilia A é classicamente uma coagulopatia recessiva ligada ao X, causada por mutação no gene F8 resultando em défice de produção de fVIII, afectando 1/8000 homens. Designa-se de hemofilia A adquirida o défice de fVIII causado por inibidores adquiridos contra o fVIII, sendo a maioria associada a doença autoimune, linfoproliferativa, oncológica ou em peri-parto. Entre as condições oncológicas mais associadas estão as neoplasias sólidas, sendo mais raramente neoplasias hematológicas. Neste caso, a hemofilia A adquirida foi associada a MW, uma associação rara previamente descrita. A presença de diátese hemorrágica, acompanhada de prolongamento isolado de APTT, deve levantar a suspeição de hemofilia adquirida, que muitas vezes se associa a doença hematoncológica subjacente.

PO-0027 - (2156) - ATINGIMENTO ÓSSEO COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA DE CÉLULAS T

Soraia G. Araujo¹; Ana Isabel Oliveira¹; Martinha Vale¹; Inês Araújo¹; Inês Silveira¹; Raquel Azevedo¹; Sofia Esperança¹

1 - Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: O linfoma de células T periférico é um tipo raro de linfoma não-Hodgkin. Desenvolve-se a partir de células T maduras e é responsável por, aproximadamente, 7% de todos os casos de linfoma não-Hodgkin. O subtipo inespecífico é o mais frequente nos países ocidentais e pode envolver qualquer órgão, mas, mais frequentemente, atinge o trato gastrointestinal, medula óssea, pulmões e mama.

Caso Clínico: Doente de 71 anos recorre ao SU por dor a nível da anca esquerda com 6 meses de evolução e agravamento progressivo. Ao longo deste período, recorreu duas vezes ao serviço de urgência sendo medicada com analgésicos para possível patologia osteoarticular. Associadamente, referia anorexia, perda ponderal involuntária (14,5% do seu peso em 1 ano), hipersudorese noturna e prurido generalizado. Realiza radiografia e ecografia que revelaram volumosa lesão lítica óssea a nível da crista ílaca esquerda, envolvendo tecidos moles, traduzindo provável lesão secundária. O TC toracoabdominopélvico identifica adenopatias axilares bilaterais, a maior à direita com 3cm, assim como várias formações ganglionares na raiz do mesentério e lomboaórticas. Estudo analítico com elevação da LDH (1069U/L) e da $\beta 2$ microglobulina (3585 ng/mL). Realizada biopsia da lesão lítica e gânglio axilar, que demonstram proliferação de linfócitos sugestiva de doença linfoproliferativa do tipo linfoma não Hodgkin. A PET sugere envolvimento neoplásico ganglionar supra e infradiafragmático, esplénico e ósseo multifocal, assim como possível envolvimento gástrico. Diagnóstico final de Linfoma de células T periférico, subtipo inespecífico, estadio IVB (envolvimento ósseo).

Discussão: Este caso retrata uma doença rara com uma apresentação inicial atípica (dor na anca esquerda) que pode ser facilmente confundida com múltiplas patologias mais frequentes, como é o caso da patologia osteoarticular. Torna-se importante alertar para esta patologia de forma a prevenir o atraso no diagnóstico e início do tratamento, condicionando assim o prognóstico vital.

PO-0028 - (2220) - MASSA ESPLÉNICA COMO CAUSA DE ANEMIA E TROMBOCITOPENIA

Isabel Marques Correia¹; Ana Lourenço Jardim¹; Cátia Barra¹; Rita Figueiró¹; Pedro Guerreiro¹; Patrícia Alves¹; Isabel Fonseca¹; Lèlita Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde de Coimbra, EPE

O hamartoma esplénico é um tumor benigno raro (0,024-0,13%)¹ composto pelos constituintes normais do parênquima esplénico dispostos de forma desorganizada. Apesar da maioria ser inferior a 3 cm, podem atingir 20 cm e manifestar-se com rutura espontânea. A trombocitopenia e anemia podem ocorrer secundariamente ao sequestro.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 66 anos, apresentou-se por síncope com pródromos nos últimos 3 dias, referindo perda ponderal e hipersudorese nos 3 meses precedentes. Os antecedentes pessoais consistiam em ataxia cerebelosa, a condicionar desequilíbrio na marcha e quedas ocasionais, e anemia e trombocitopenia com 1 ano de evolução. Não tomava hipocoagulantes ou antiagregantes plaquetares.

Objetivamente, foi identificada palidez mucocutânea, taquicardia e baço palpável. Nas análises tinha trombocitopenia e anemia ferripriva com necessidade transfusional mantida. Imunofenotipagem de sangue periférico normal. A TC abdominal mostrou volumosa massa esplénica (15 x 12 cm) heterogénea, predominantemente isodensa com área de indefinição de contorno e calcificações internas grosseiras, tendo sido colocada a hipótese de hamartoma. Foi realizada endoscopia digestiva alta que identificou distensibilidade reduzida no corpo gástrico por compressão extrínseca. A cintigrafia de eritrócitos marcados identificou eventual hemorragia cecal e na colonoscopia foi identificado e excisado um pólipó no cólon. A PET mostrou captação heterogénea pela massa esplénica. Foi tentada biópsia, que não foi representativa.

Em reunião de decisão terapêutica optou-se por esplenectomia, tendo a doente realizado profilaxia vacinal da sepsis pós-esplenectomia. O exame histológico da peça operatória descreveu hematoma de grande dimensão, identificou hematopoiese ligeira e áreas de parênquima esplénico de polpa vermelha, tendo sido colocadas as hipóteses de o hematoma estar num parênquima esplénico sem lesão ou dentro de um hamartoma. Foi apontada provável causa traumática e excluída neoplasia maligna.

Discussão: Embora a constituição idêntica do hamartoma e do parênquima esplénico normal torne possível a suspeita do primeiro, dificulta também a sua confirmação histológica após a formação do hematoma. Dada a raridade daquela entidade clínica, com este caso pretendemos alertar para a possibilidade da sua ocorrência como causa improvável de anemia e trombocitopenia e, também, para a necessidade de uma orientação atempada, de modo a evitar resultados desfavoráveis.

PO-0029 - (2288) - LINFOMA DE BURKITT: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA E POUCO FREQUENTE

Inês Monteiro Araújo¹; Martinha Vale¹; Soraia Araújo¹; Raquel Azevedo¹; Ana Isabel Oliveira¹; Margarida Robalo¹; Carla Maravilha¹; Sofia Esperança¹; Paulo Gouveia¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: O linfoma de Burkitt é um linfoma não-Hodgkin de grandes células B, tendo por base a expressão do protooncogene MYC. Tipicamente cursa com massas de crescimento rápido, tendo elevado risco de síndrome de lise tumoral. São conhecidas três formas clínicas distintas: endêmica, esporádica e associada à imunodeficiência.

Caso clínico: Homem de 55 anos, sem antecedentes de relevo. Quadro de lombalgia com um mês de evolução e desenvolvimento, nas últimas duas semanas, de febre, diminuição da força e sensibilidade nos membros inferiores, obstipação e retenção urinária aguda. Ao exame neurológico evidente paraparesia flácida dos membros inferiores com diminuição dos reflexos. Analiticamente com anemia, alteração da fórmula leucocitária com surgimento de formas imaturas e linfócitos atípicos, elevação da lactato desidrogenase, da proteína C reativa e da velocidade de sedimentação, com procalcitonina negativa. Estudo de autoimunidade e serologias víricas negativas à exceção das relativas ao vírus Epstein-Barr, cujo DNA no sangue se revelou positivo. B2 microglobulina elevada. Tomografia computadorizada (TC) da coluna sem alterações justificativas do quadro. Ressonância magnética a revelar provável infiltração tumoral óssea. Líquido cefalorraquidiano com predominância de linfócitos e monócitos/macrófagos, com análise citológica a sugerir processo linfoproliferativo. Tomografia por emissão de positrons com captação medular/óssea e hepática. Agravamento clínico com desenvolvimento de síndrome da dificuldade respiratória aguda, tendo necessidade de admissão em unidade de cuidados intensivos. A biópsia medular permitiu o diagnóstico de linfoma de Burkitt. Iniciada quimioterapia life-saving, contudo com evolução rápida desfavorável.

Discussão: O caso descrito retrata uma forma atípica de apresentação de linfoma de Burkitt, sendo os sintomas B ausentes numa fase inicial, destacando-se a dor lombar como sintoma predominante, com desenvolvimento posterior dos défices neurológicos. O atingimento do sistema nervoso central ocorre em até 50% dos casos, sendo, contudo, pouco frequente ao diagnóstico. A forma esporádica de Burkitt é também infrequente em adultos. O mecanismo inerente à associação com a reativação do vírus Epstein-Barr não está ainda totalmente esclarecido.

Conclusão: A evolução rápida e fatal descrita neste caso, demonstra a agressividade deste tipo de linfoma, exigindo um esforço acrescido para o diagnóstico célere, com vista ao tratamento precoce.

PO-0030 - (2337) - PEELING BACK THE LAYERS: BEYOND THE SKIN IN PRURIGO NODULARIS AND WALDENSTROM'S MACROGLOBULINEMIA

Francisca Torres Sarmento¹; Filipa Fialho Reis¹; Mariana Pereira Silva¹; Sara Sarmento¹; Teresa Fonseca¹

1 - Hospital Pulido Valente, ULS Santa Maria

Prurigo nodularis (PN) is a chronic inflammatory dermatological condition recognized by the presence of symmetrical pruritic hyperkeratotic nodular lesions with distribution on the extensors surfaces of the extremities that can have a significant impact on a patient's quality of life. Although the cause is unknown, the condition is associated with other skin diseases, systemic diseases, neurologic and psychiatric disorders, and neoplasms.

The authors present a case of an 86-year-old woman with no underlying disease, admitted to the hospital with a 3 months history of fatigue, headaches, and weight loss. Physical examination showed innumerable, itchy, nodular, erythematous lesions, 1-2 cm in diameter, affecting the extensor surfaces of the upper and lower limbs. No lymphadenopathy or organomegaly were found. Blood work showed anemia and leukopenia. The patient was admitted to an internal medicine ward. A skin biopsy confirmed the PN diagnosis. Serum protein electrophoresis showed monoclonal gammopathy (M protein spike) of 2.2g/dL and IgM > 5000mg/dL. Immunophenotyping of peripheral blood was positive for CD20+, CD19+, CD5+, and CD200+, and a bone marrow biopsy was performed. Considering clinical features, increased serum IgM levels, and immunophenotyping, a presumptive diagnosis of Waldenstrom's Macroglobulinemia. Considering the IgM value >5000mg/dL with severe anemia and headaches (hyperviscosity symptom), the patient was transferred to the Hematology department to initiate treatment.

Given the significant association between PN and multiple malignancies, clinicians must be alert for this condition, as it can be the initial and only presentation of an underlying disease.

PO-0031 - (2378) - PERICARDITE, UMA MANIFESTAÇÃO ATÍPICA

Ana Albuquerque¹; Rafael Terceiro¹; Carolina Palma¹; Ivo Mendes¹; Daniela Cruz¹; Inês Pintassilgo¹

1 - Hospital Garcia de Orta

A pericardite é uma patologia benigna e auto-limitada, cuja etiologia mais frequente é infecciosa. Associa-se a neoplasias em apenas cerca de 5% dos casos, sendo que esta associação aumenta para 12 a 23% quando existe concomitantemente derrame pericárdio.

Este caso retrata um homem de 71 anos, com antecedentes de artrite reumatóide sob terapêutica imunossupressora, ex-fumador. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor abdominal e febre com um dia de evolução. Realizou tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica [IP1] [AA2] [IP3] com evidência de derrame pericárdico e eletrocardiograma com supradesnivelamento do segmento ST com concavidade superior, compatível com pericardite aguda. Teve alta medicado com colchicina e naproxeno. Regressou ao SU sete dias depois, por quadro de dor torácica tipo aperto com irradiação dorsal e para o membro superior esquerdo e dispneia. Analiticamente, apresentava aumento de d-dímeros, tendo realizado angio-TC com evidência de tromboembolismo pulmonar periférico bilateral e ficado internado. Foi objetivada pancitopenia com défice de ácido fólico associado, assumindo-se etiologia multifatorial - toxicidade farmacológica (metotrexato, hidroxicloroquina e colchicina), défice de ácido fólico e infeção. Foram suspensos os fármacos em questão, tendo mantido terapêutica com corticoterapia e ácido fólico. Apesar das medidas manteve pancitopenia com aparecimento de [IP4] [AA5] 11% de blastos no sangue periférico pelo que realizou mielograma com evidência de 32.3% de blastos e mais de 80% de células monocíticas, compatível com leucemia monocítica aguda. Assumiu-se pericardite aguda e tromboembolismo pulmonar em contexto neoplásico, tendo mantido corticoterapia e hipocoagulação terapêutica e tido alta para consulta de Hematologia.

Os autores apresentam um caso clínico de leucemia mielóide aguda com apresentação atípica. A leucemia pode afetar qualquer órgão ou sistema, incluindo o pericárdio. Está frequentemente associada a derrame pericárdico, mas a sua associação a pericardite é infrequente. A pericardite como manifestação inicial de leucemia é ainda é mais rara, estando apenas descritos alguns casos na literatura e ocorrendo mais frequentemente em crianças.

PO-0032 - (2395) - ANEMIA SEVERACarolina Fernandes¹; Luís Luz¹; Sandra Cunha¹; Filipa Alçada¹; Renato Saraiva¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

A anemia é uma alteração hematológica que surge com muita frequência na prática clínica. A anemia pode ser classificada quanto à morfologia dos eritrócitos permitindo dirigir o estudo para que seja identificada a sua etiologia.

Os autores descrevem caso de mulher de 64 anos, natural de Angola e a residir em Portugal por tempo indeterminado. Foi trazida ao Serviço de Urgência após ter sido encontrada desorientada e a vagar na via pública. À admissão a doente encontrava-se consciente, desorientada com discurso lentificado, sem défices neurológicos focais, perfil tensional adequado com taquicardia sinusal com frequência cardíaca 105bpm, escleróticas ictéricas e sem perdas hemáticas objetivadas. A doente foi também avaliada por Psiquiatria que considerou que a doente apresentava síndrome confusional agudo com a existência de sintomas psicóticos funcionais. Analiticamente a destacar hemoglobina de 2.1g/dL, volume globular médio (VGM) 68.1fL, plaquetas 72.000/ μ L, neutrófilos 800/ μ L, bilirrubina total 61.0umol/L com bilirrubina não conjugada 49.7umol/L, cinética de ferro sem alterações, ácido fólico normal, vitamina B12 indoseável e coombs direto negativo. Restantes resultados do estudo de anemia pendentes. Ecografia abdominal sem alterações. A doente foi submetida a suporte transfusional com bom rendimento mantendo sempre estabilidade clínica. Feita também correção do défice de vitamina B12 com cianocobalamina intramuscular. Posteriormente disponíveis resultados de pesquisa de Plasmodium negativa; eletroforese da hemoglobina com HbA 84.7%, HbA2 1.9% e HbF 4.8%; anticorpos anti-fator intrínseco e anti-células parietais gástricas positivos; esfregaço de sangue periférico com presença de anisopoiquilocitose com marcada hipocromia e microcitose, presença de macrócitos, frequentes esquizocitos, sem agregados plaquetares. Assim, assumido tratar-se de doente portadora de provável beta talassemia e anemia megaloblástica de etiologia perniciosa com sintomas neuropsiquiátricos. Verificou-se resolução gradual dos sintomas neuropsiquiátricos identificados à admissão hospitalar, a doente voltou ao seu país de origem.

A anemia megaloblástica está associada à presença de VGM elevado. No entanto, se existir outro distúrbio associado, tal como no caso descrito, esta associação poderá não acontecer.

PO-0033 - (2498) - ANEMIA PERNICIOSA: UM DIAGNÓSTICO RARO MAS VITAL

Inês Matos Ferreira¹; Angela Ghiletschi¹; Carolina Coelho¹; Rita Bernardino¹; Inês Fiúza M Rua¹; Diogo Ramos¹; Sérgio Cabaço¹; Wendy Moniz¹

1 - ULS São José

A anemia perniciosa (AP) é uma forma rara de anemia macrocítica causada pelo défice de absorção de vitamina B12, secundária à interferência de autoanticorpos que têm como alvo as células parietais gástricas ou o factor intrínseco. Estes constituem um auxílio importante no diagnóstico no entanto, o anticorpo anti-factor intrínseco (anti-FI) sendo muito específico é pouco sensível estando presente em apenas 70% dos casos. Por outro lado, o anticorpo anti-células parietais é pouco específico, podendo estar presente noutras doenças autoimunes do sistema gastrointestinal e ausente em 10% dos doentes com AP. A anemia por défice de vitamina B12 constitui 1,4% de todas as anemias, sendo por isso um diagnóstico relativamente raro. Dentro da raridade, a causa mais frequente é a diminuição do aporte vitamínico, sendo normalmente suficiente a reposição com terapêutica oral. A importância de encontrar a etiologia do seu défice prende-se com a necessidade de reposição parentérica periódica em caso de ausência de absorção. Apresenta-se o caso de um homem de 80 anos, que recorre ao serviço de urgência por astenia e cansaço progressivos com 6 meses de evolução. À admissão na urgência objectivava-se palidez mucocutânea, sem outras alterações ao exame objectivo. Analiticamente, destacava-se uma hemoglobina de 6,7x10g/dL, com VGM 110,2 fL e HGM 40,1 pg. Apresentava também uma discreta leucopenia de $4.65 \times 10^9/L$, trombocitopenia de $139 \times 10^9/L$ e um esfregaço de sangue periférico com neutrófilos hipersegmentados, característico do défice de vitamina B12. Os doseamentos vitamínicos revelaram um ácido fólico sérico dentro dos valores de referência com 7.9 ng/mL e uma vitamina B12 indoseável, < 100 pg/mL. Foi transfundido, cumpriu reposição vitamínica parentérica e ficou internado para estudo. No internamento, a destacar avaliação analítica com anticorpos anti-factor intrínseco (anti-FI) e anti-células parietais negativos. Realizou endoscopia digestiva alta com biópsia cujo resultado confirmou o diagnóstico de anemia perniciosa, mostrando gastrite crónica com atrofia glandular severa, associada a metaplasia pseudopilórica e intestinal, sugestiva de etiologia autoimune. Este caso destaca-se pela raridade do diagnóstico, cuja prevalência se estima que ronde 0.1% da população, e pela particularidade de apresentar serologias negativas, tendo sido a biópsia gástrica a confirmar o diagnóstico.

PO-0034 - (2521) - UMA ANEMIA HEMOLÍTICA NUNCA VEM SÓ: UMA SÉRIE DE CASOS CLÍNICOS

Daniela Diniz¹; Ana Lúcia Rosário¹; Vânia Junqueira¹; Inês Felizardo Lopes¹; Rosa Amorim¹

1 - Serviço de Medicina Interna, Unidade de Saúde Local do Oeste, EPE - Caldas da Rainha

A anemia hemolítica autoimune (AHA) resulta da produção autoanticorpos contra antígenos dos eritrócitos, levando a sua destruição precoce e consequente anemia. É maioritariamente idiopática, mas existe associação a doenças linfoproliferativas, fármacos, infeções virais ou doenças autoimunes. Apresentamos uma série de casos de AHA ocorridos em 2023 num serviço de Medicina Interna. Caso 1: Homem, 63 anos recorreu ao serviço de urgência (SU) por cansaço fácil e palidez. Tomava suplemento homeopático no último mês. Analiticamente, hemoglobina 7g/dL, haptoglobina <8, teste de antiglobulina direto (TAD) positivo para IgG+C3d e anticorpos irregulares AGH. Restante estudo foi inconclusivo não se podendo excluir associação com o suplemento. Caso 2: Homem, 32 anos, dirige-se ao SU por cefaleias, vômitos e febre com 72h de evolução. Ao exame objetivo: taquicardia, hipotensão, sudorese e rash cutâneo peteiquial não pruriginoso. Imagiologia: hepatomegalia e esplenomegalia em tomografia computadorizada. Analiticamente trombocitopenia e elevação da proteína C reativa. Iniciou toracalgia e dispneia, objetivou-se hemoglobina de 4.6g/dL com TAD positivo para IgG+C3d e haptoglobina < 8. Admitiu-se, AHA no contexto infeccioso provavelmente viral. Caso 3: Mulher, 61 anos foi ao SU por hemoglobina de 6.4g/dL, em análises pedidas por cansaço para mínimos esforços com 10 dias de evolução. À auscultação pulmonar ferveores basais. Analiticamente: hemoglobina de 6.6g/dL, LDH de 1788/uL e haptoglobina <8. TAD positivo para IgG+C3d, presença de aglutininas a frio e fator reumatoide positivo. Caso 4: Mulher, 60 anos, admitida no SU por astenia, dor e edema das articulações metacarpofalangicas bilateralmente. Analiticamente: pancitopenia, aumento da LDH, haptoglobina < 8 e TAD positivo. Destacava-se ainda défice de vitamina B12 e ácido fólico com imunologia compatível com anemia perniciosa. Estudo de autoimunidade sugestivo de sobreposição de artrite reumatoide e Lúpus eritematoso sistémico. Todos os pacientes iniciaram corticoterapia, sendo que a doente do caso 3 necessitou de imunoglobulina endovenosa e rituximab e a doente do caso 4 necessitou de reposição com cianocobalamina e ácido fólico. Discussão: O conjunto de casos evidência a diversidade etiológica da AHA, uma condição rara nas enfermarias de Medicina Interna onde causas subjacentes devem ser pesquisadas no sentido de não só oferecer tratamento de suporte, mas também de direcionar terapêutica se causa subjacente identificada.

PO-0036 - (2106) - PODE TER TUDO OU PODE NÃO TER NADA?

João Carlos Oliveira¹; Pedro Lupi¹; Antony Dionísio¹; Francisca Dâmaso¹; Ana Margarida Ribeiro¹; Marta Anastácio¹; Joana Duarte¹; Cândida Fonseca¹

1 - Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

A Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) é uma microangiopatia trombótica rara, caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesões de órgão alvo resultantes de trombose vascular. A PTT resulta do défice da protease do factor de Von Willebrand (ADAMTS13), que pode ser hereditário devido a mutações genéticas ou mais frequentemente adquirido devido à presença de auto-anticorpos.

Mulher, 30 anos, nacionalidade indiana, a residir em Portugal há 7 meses. Sem antecedentes pessoais de relevo ou medicação habitual. Recorre ao serviço de urgência por dor abdominal, náuseas, vómitos, febre, cefaleia e alteração do estado de consciência com 5 dias de evolução. Encontrava-se prostrada (Escala de Coma Glasgow 10), febril (39°C) e taquicárdica (120 bpm), com mucosas descoradas, escleróticas ictéricas e palpação abdominal dolorosa. Analiticamente com anemia macrocítica (Hb 5,9 g/dL e VGM 101 fL), trombocitopenia grave ($10 \times 10^9/L$), sem leucocitose ou elevação da Proteína C Reactiva, hiperbilirrubinémia indirecta (4,72 mg/dL), haptoglobina indoseável, elevação da desidrogenase láctica (1882 U/L) e testes de Coombs directo e indirecto negativos. No esfregaço de sangue periférico observava-se anisopoiquilocitose, esferócitos e dacriócitos raros com esquizócitos (2%) e reticulócitos (16%). Desenvolveu posteriormente hemiparésia direita de predomínio braquial, apesar de imagiologicamente não se objetivarem alterações isquémicas ou hemorrágicas a nível cerebral. Detectou-se ausência de actividade de ADAMTS13 (0%) com presença de auto-anticorpos e pesquisa de toxina Shiga negativa, compatível com PTT adquirida. Iniciou terapêutica com plasmaferese, associada a corticoterapia (pulsos de metilprednisolona 1000 mg durante 3 dias e de seguida 1 mg/Kg/dia), administração diária de caplacizumab e semanal de rituximab, com resolução da trombocitopenia, dos défices focais e melhoria do estado de consciência.

É descrito um caso de PPT adquirida num doente previamente saudável. Habitualmente os episódios agudos de PTT são associados a factores de risco como doença auto-imune, infecção, gravidez ou cirurgia recente, apesar de neste caso não se ter identificado nenhum factor predisponente. Alerta-se também para a importância de incluir a PTT no diagnóstico diferencial de anemia hemolítica e trombocitopenia, em particular, em doentes que evidenciem sintomas neurológicos, devendo ser iniciado o tratamento o mais precocemente possível se existir suspeita clínica.

PO-0037 - (2628) - UM CASO DE ANEMIA HEMOLÍTICA SECUNDÁRIA

Luís Miguel Pereira¹; Rita Tinoco¹; Soraia Mendes¹; Edgar Amaro¹; António Carneiro¹; Natália Fernandes¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais

A anemia hemolítica auto-imune (AHAI) tem origem em anomalias extrínsecas dos eritrócitos e pode-se dividir em 2 grandes grupos: a mediada por anticorpos quentes, a forma mais comum e que pode ser ainda classificada por primária ou secundária; e a mediada por anticorpos frios, cuja etiologia pode ser idiopática, infecciosa ou por distúrbios linfoproliferativos.

Reporta-se o caso de homem de 77 anos, autónomo, com hábitos etanólicos. Admitido no Serviço de Urgência por quadro constitucional com 1 ano de evolução, cansaço e aumento do perímetro abdominal. Identificada miocardiopatia dilatada não isquémica com fracção de ejeção diminuída e bloqueio aurículo-ventricular completo, tendo sido submetido a implantação de dispositivo de ressincronização cardíaca com melhoria exuberante do quadro de insuficiência cardíaca direita, mas com progressivo agravar do estado geral, tendo apresentado também anemia por perdas gastrointestinais por Lesão de Dieulafoy do antro.

À data de admissão em Medicina Interna doente iniciou estudo dirigido para quadro constitucional, com marcada astenia, anorexia, perda ponderal de 12Kg em 1 ano, sarcopenia e acrocianose das extremidades em agravamento, com perda da actividade funcional e prostração.

Do estudo efectuado realça-se quadro inflamatório sistémico, com velocidade de sedimentação >100 e ferritina >1000; IGRA positivo, beta 2-microglobulina ligeiramente elevada, electroforese de proteínas com alteração na região gama com medula óssea reactiva, serologias negativas, ANA positivos.

Exames de imagem sem neoplasia ou infecção activa, com granuloma residual no ápice esquerdo. Tomografia de positrões sem alterações suspeitas de doença maligna metabolicamente activa.

Por COVID nosocomial grave iniciou corticoterapia sistémica com melhoria do estado geral e melhoria parcial de acrocianose. Acrocianose agravada com titulação de corticoterapia, tendo-se realizado teste Coombs com TAD Monoespecífico IgG e identificação de anticorpos irregulares, com reactividade apenas a 4°C e temperatura ambiente, compatível com a presença de autoanticorpos frios. Excluíram-se outros anticorpos.

Assumiu-se diagnóstico de AHAI a anticorpos IgG e teve alta melhorado a cumprir terapêutica corticóide e tuberculostáticos. Novo estudo Coombs, crioglobulinas e parâmetros de hemólise todos negativos, firmando-se diagnóstico AHAI secundária. Actualmente assintomático, sem acrocianose e sem sintomas B.

Pretende-se com este trabalho a revisão de AHAI.

PO-0038 - (2642) - LESÕES LÍTICAS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ana Rita Figueiredo¹; João Francisco Abrantes¹; Teresa Alegria Neto¹;
Madalena Simões De Carvalho¹; Inês Sofia Ferreira De Silva¹; Inês Sopa¹;
Lígia Peixoto¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução O plasmocitoma é um tumor raro de células plasmáticas de tecidos moles ou ósseos, sem evidência de manifestações sistêmicas de mieloma múltiplo. Corresponde a cerca de 5% dos casos das neoplasias plasmocitárias.

Caso clínico O caso que apresentamos trata uma doente de 67 anos, previamente autónoma, aparentemente saudável até 1 mês antes do internamento quando inicia quadro de dor infra-escapular direita com irradiação ao membro superior homolateral, intensa e refratária à analgesia, associada a parestesias. Realizou TC-coluna que revelou fratura patológica de D1 com compressão medular e lesões líticas de C7, D3, D4, L1 e L2. Realizou RM-coluna que confirmou as lesões sugestivas de depósitos secundários. Após avaliação por neurocirurgia iniciou dexametasona. Do estudo etiológico: analiticamente sem anemia, lesão renal ou hipercalemia, eletroforese de proteínas com banda em gama com pico de 0,5g/dL; imunofixação sérica com componente biclonal IgG lambda e kappa; imunofixação urinária com bence jones lambda; mielograma com 6% de plasmócitos não clonais e 13% de linfócitos dos quais não foi feita imunotipagem; biópsia osteomedular compatível com MGUS. A doente teve alta com continuação de estudo em ambulatório. Intercorrência, passado 1 mês, de encefalite herpética com pesquisa de HSV1 positiva no LCR, a motivar internamento no serviço de medicina intensiva com necessidade de ventilação invasiva, em doente com antecedentes de infecção por herpes zoster 4 anos antes. Cumpriu 22 dias de terapêutica antiviral. Melhoria do estado neurológico gradual e progressiva após 1 mês de infeção, sob tratamentos de medicina física e reabilitação e terapia da fala. A doente foi intervencionada pela Neurocirurgia passados 3 meses, com biópsia de lesão lítica compatível com plasmocitoma. Cumpriu radioterapia (7 sessões) sob segmento C7-D1. Até a data, sem expressão laboratorial de doença.

Discussão e Conclusões Com este caso pretendemos apresentar um plasmocitoma de diagnóstico particularmente difícil atendendo intercorrência infecciosa neurológica grave que atrasou a marcha diagnóstica. Ainda que devemos prosseguir a marcha diagnóstica de acordo com a clínica, mesmo quando os exames complementares sugerem outras etiologias.

PO-0039 - (2732) - O MANTO À DESCOBERTA

Maria Aguiar¹; Carolina Morna¹; Alexandra Rodrigues¹; Cátia Martins¹; Dinarte Abreu¹; Miguel Pernetá Santos¹; Teresa Faria¹

1 - Hospital Central do Funchal - SESARAM, EPERAM

Introdução: O linfoma do manto é um tipo de linfoma não-Hodgkin agressivo e raro, mais frequente em homens caucasianos na 6ª década de vida. A sua forma clássica e mais comum (nodal) é frequentemente detectada já em estadió avançado (66% em estadió IV).

Caso Clínico: Homem de 69 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, ansiedade e doença cardíaca isquémica, duplamente antiagregado. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de melenas e dor abdominal tipo cólica no epigastro, com irradiação em cinturão, com 1 dia de evolução. Realizada endoscopia, sem sinais de hemorragia digestiva alta. Analiticamente sem alterações de relevo à admissão. Admitido em internamento para marcha diagnóstica, tendo sido solicitada tomografia computadorizada abdómino-pélvica com contraste que revelou espessamento parietal do íleon distal (cerca de 7cm), assim como múltiplas adenopatias abdominais, retroperitoneais e pélvicas e ligeira esplenomegália homogénea (14cm), sugestivas de doença linfoproliferativa ou metastização ganglionar de tumor neuroendócrino (NE). Analiticamente com leucocitose ligeira e neutrofilia, elevação ligeira da beta2-microglobulina, enolase específica de neurónio (NSE) e cromogranina A; CA 19.9 e CEA negativos.

Realizou enteroscopia por duplo balão a documentar, até ao íleon médio, erosões com mucosa eritematosa e úlceras de 5mm, intercaladas com mucosa poupada. A anatomia patológica foi compatível com linfoma de células B do manto.

Estudo complementado com mielograma de estadiamento que apresentava série linfóide muito aumentada (61%), com predomínio de linfócitos pequenos e maduros de núcleo irregular, e alguns linfócitos com inclusões citoplasmáticas azurófilas. Fenotípicamente CD5+, CD10-, CD19+, CD23-, confirmando-se a hipótese de doença linfoproliferativa de células B, linfoma do manto.

O doente foi referenciado a hematologia, tendo iniciado terapêutica com R-CVP.

Conclusão: A apresentação clínica do linfoma do manto (subtipo nodal) é maioritariamente caracterizada por linfadenopatias, associada ou não a esplenomegalia, que podem passar despercebidas ao doente e contribuir assim para o atraso no diagnóstico. O envolvimento gastrointestinal é comum e motiva mais frequentemente a procura de cuidados médicos, sendo importante a abordagem sistémica do doente, de modo a identificar casos suspeitos.

PO-0040 - (4155) - LINFOMA NÃO HODGKIN CUTÂNEO CÉLULAS T – UM CASO-CLINICO DE SÍNDROME DE SÉZARY

Fátima Cereja¹; Mariana Antão¹; Joana Rodrigues Coelho¹; Catarina Agueiras¹; Cláudia Fitas¹; Joana Lopo¹; Mariana Figueiras¹; Catarina Mendonça¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

Introdução: O linfoma cutâneo primário (LCP) é um conjunto heterogéneo de linfomas não-Hodgkin com envolvimento da pele. Nos casos de linfomas de células T, 2/3 são classificados como Micose Fungóide ou Síndrome de Sézary (SS). A SS é definida como a forma leucémica do LCP associado a eritrodermia, linfadenopatias e com circulação de células de Sézary no sangue periférico (SP).

Caso Clínico: Sexo masculino, 60 anos, raça negra, recorre ao serviço de urgência por eritema da pele com três meses de evolução. O eritema teve início na região parimaleolar direita progredindo para os membros inferiores, superiores e tronco, associado a prurido e descamação. Associava-se a xerose palmo-plantar, com abertura de fissuras interdigitais. Objetivaram-se múltiplas adenomegalias bilateralmente, de consistência dura, aderentes ao plano profundo, na cadeia ganglionar occipital, cervical posterior e anterior, retroauricular, inframaxilar e axilares com 2-3 cm de diâmetro e na região inguinal com 4-5 cm de diâmetro. A pele apresentava eritrodermia e descamação difusa, queratodermia nas plantas e palmas com fissuras interdigitais. Tendo em conta a rápida evolução dos sintomas o doente foi internado para investigação de doença linfoproliferativa, infecciosa ou autoimune. Do estudo realizado destaca-se leucocitose, com predomínio linfocítico, com células sugestivas de células de Sézary no esfregaço de SP. As biópsias cutânea e ganglionar cervical foram compatíveis com linfoma de células T CD4+. O estadiamento revelou envolvimento ganglionar maioritariamente axilar e inguinal com hipermetabolismo cutâneo.

Com o diagnóstico de LCP de células T, com características sugestivas de SS, o doente foi encaminhado para um Centro de Referência, onde iniciou quimioterapia local e sistémica.

Discussão: O SS é uma entidade rara de LCP. O diagnóstico realiza-se com biópsia cutânea e ganglionar, exames laboratoriais e imunofenotipagem de sangue periférico. Para o estadiamento é essencial estratificar o envolvimento cutâneo, ganglionar, visceral e clonalidade. O tratamento engloba terapêutica cutânea dirigida, quimioterapia, imunoterapia ou transplante hematopoético alogénico em caso de doença avançada e refratária.

Conclusão: O diagnóstico de SS é uma patologia cujo diagnóstico é desafiante, dada a sua raridade, complexidade e forma de apresentação. A suspeição clínica, o diagnóstico precoce e o estadiamento são essenciais para definir o prognóstico.

PO-0041 - (2845) - DOENÇA DE CASTLEMAN - BOAS NOTÍCIAS NUMA SUSPEITA DE LINFOMA

Inês Moreira¹; Nadine Amaral¹; Carolina Câmara¹; Ricardo Raposo¹; Madalena Meneses¹; Luís Dias¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Introdução: O derrame pleural pode ter diversas causas, desde causas pulmonares a sistémicas, benignas ou malignas. Dado o diagnóstico diferencial tão extenso e variado, os exames complementares de diagnóstico são de extrema importância, de modo a identificar etiologias que requeiram intervenção urgente. As adenopatias mediastínicas podem ser, comumente atribuídas a neoplasia pulmonar, linfomas ou a sarcoidose. Por vezes, resultam de entidades menos comuns que mimetizam as anteriores.

Caso clínico: Homem de 76 anos, com antecedentes de Insuficiência Cardíaca e de Valvuloplastia Aórtica. Quadro de dispneia e desconforto torácico. Avaliação inicial sem elevação dos parâmetros inflamatórios e radiografia do tórax com hipotransparência de todo o hemitórax direito. Realizou toracocentese evacuadora, com saída de líquido pleural seroso, com critérios de Light para exsudado e anatomia patológica negativa para células neoplásicas. Ecocardiograma transesofágico com regurgitação moderada da válvula mitral por prolapso do folheto posterior por provável rotura de corda tendinosa. Tomografia computadorizada (TC) do tórax revelou achados sugestivos de disseminação tumoral pleural direita e ganglionar mediastínica. Repetiu TC tórax, após melhoria do derrame pleural, que mostrou espessamentos pleurais focais captantes, sugerindo implantes pleurais tumorais, bem como volumosos aglomerados de adenomegalias mediastino-hilares. Anatomia patológica de gânglios mediastínicos, após biópsia por mediastinoscopia, revelou o diagnóstico de Doença de Castleman, variante hialino-vascular. Com boa evolução durante o internamento, sendo orientado para consulta de Hematologia.

Discussão: A Doença de Castleman compreende um grupo variado de distúrbios linfoproliferativos com histologia semelhante, que pode estar associada à infecção por Herpesvirus humano 8 e a várias neoplasias como linfomas. A clínica varia de sintomas constitucionais e inflamatórios sistémicos a apenas presença de adenomegalias. Neste caso, a evolução e os exames diagnósticos iniciais sugeriam causa tumoral maligna, desde o derrame pleural com características de exsudato, aos achados da TC. No entanto, a biópsia ganglionar revelou um diagnóstico raro.

Conclusão: A Doença de Castleman é uma doença linfoproliferativa benigna rara que se apresenta com adenomegalias e pode mimetizar um linfoma.

PO-0042 - (2857) - NECROSE AVASCULAR ÓSSEA NO MIELOMA MÚLTIPLO ... PODE O TRAÇO TALASSÉMICO CONTRIBUIR?

André Da Silva Neves¹; Joana Formiga Viegas¹; Daniela Pinheiro¹; Ana Paula Vilas¹

1 - Hospital Santa Maria

I: A necrose avascular da cabeça do fémur e do úmero pode ocorrer no mieloma múltiplo (MM) em doentes sob quimioterapia contendo Dexametasona, mas é rara e depende da dose cumulativa do corticoide. Está descrita em mais dum terço dos casos de drepanocitose, mas muito raramente em portadores de traço falciforme.

CC: Mulher de 64 anos, melanodérmica, com heterozigotia AS e MM IgG kappa com Bence-Jones kappa diagnosticado em 2007. Após tratamento de indução com Bortezomibe e Dexametasona, fez autotransplante de medula óssea em 2009, seguindo-se remissão da doença. Em 2013, iniciou omalgia direita e coxalgia bilateral de carácter mecânico. A radiografia da bacia e a TC do ombro direito evidenciaram colapso das superfícies articulares e delimitação das áreas por bordo esclerótico, achados muito sugestivos de necrose avascular. A PET mostrou hipercaptação da cabeça femural bilateralmente e do ombro direito, interpretada como 2^ª a patologia osteodegenerativa grave versus a MM. Fez radioterapia dirigida à bacia, sem melhoria do quadro algico. Em 2015 documentou-se hipercalcémia, passando a fazer Pamidronato. Em 2018 foi documentada recidiva do MM e em 2019 iniciou Lenalidomida e Dexametasona. Seguiu-se agravamento do quadro algico e da incapacidade funcional e foi proposta para prótese total da anca (PTA), recusando inicialmente, mas aceitando posteriormente. Em 2022 suspendeu a Dexametasona. Encontra-se atualmente a aguardar cirurgia (PTA), apresentando elevado grau de incapacidade.

D: Embora não haja consenso sobre a dose cumulativa de Dexametasona necessária para induzir necrose avascular, os estudos existentes sugerem doses entre 105 a 300mg. Esta dose foi claramente excedida no caso desta doente, mas ela seguiu um protocolo de tratamento do MM e na grande maioria dos doentes sob o mesmo protocolo, não ocorre necrose avascular óssea. Este caso é também chamativo pelo envolvimento de 3 articulações, úmero direito e ambos os fémures. Embora na literatura apenas existam relatos pontuais de necrose avascular óssea em doentes portadores de traço talassémico, no caso presente somos levados a equacionar se este traço não teve um papel contributivo para a osteonecrose.

PO-0043 - (2885) - DERRAME PLEURAL – ETIOLOGIA ATÍPICA

Nuno Faria¹; Margarida Araújo¹; Severina Lafuente¹; Ana João Gonzaga¹; Francisco Nunes Gonçalves¹; Luisa Pinto¹; Paulo Gouveia¹

1 - Hospital de Braga

A etiologia do derrame pleural é variada, sendo as causas mais frequentes as infeções parapneumónicas, a insuficiência cardíaca e as neoplasias. Consequentemente, o estudo e o seguimento destes doentes acaba por ser bastante desafiador.

Apresenta-se o caso de um homem, 84 anos, com antecedentes pessoais de hiperplasia benigna da próstata. Recorreu à urgência por dispneia com mais de 1 mês de evolução, sem sintomas constitucionais ou febre. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios. Angio-Tomografia Corporal (TC) pulmonar: “volumoso derrame pleural à esquerda, com colapso quase total do pulmão esquerdo”. Avaliado por Pneumologia e realizada toracocentese com saída de líquido pleural (LP) com características de exsudato, predomínio linfocitário (49%). Citologia do LP negativa para células malignas. No internamento foi colocado dreno de Jolly procedeu-se a biópsia pleural por toracoscopia médica que mostrou infiltração da pleura de possível etiologia neoplásica, com a seguinte histologia: “a monoclonalidade identificada na população plasmacítica não permite excluir processo linfoproliferativo”. Imunoelectroforese com pico monoclonal zona gama do tipo IgM/Lambda. Realizou imunofenotipagem do sangue periférico cujo resultado foi “plasmócitos patológicos que podem corresponder a uma Macroglobulinemia de Waldenstrom ou se associado a clínica, a um linfoma plasmoblástico” e TC AbdominoPélvica com “presença de volumosa massa aparentemente na dependência da flexura esplénica do cólon (...) sendo de considerar nos diagnósticos diferenciais massa linfomatosa.”. Seguiu-se colonoscopia com massa do ângulo esplénico que foi submetida a biópsia que revelou linfoma da zona marginal de tipo MALT.

À data de alta, o doente encontrava-se assintomático, sem sintomas B, em apirexia sustentada e sem citopenias. Foi orientado para consulta externa de Hematologia para continuação de estudo, nomeadamente realização de exame medular e orientação terapêutica.

O linfoma MALT é um subtipo de linfoma não Hodgkin relativamente raro. A sua principal localização é o estômago, mas pode surgir noutros locais, sendo um deles o colon. A apresentação de derrame pleural associado ao linfoma MALT é atípica mas pode ocorrer devido a múltiplos mecanismos como a diminuição da drenagem linfática ou a infiltração da pleura pelo tumor. É importante estar atento, pois por norma, o quadro inicial é indolente e com escassas manifestações clínicas.

PO-0044 - (4052) - HIPERVISCOSIDADE AO LIMITE – QUANDO DEMASIADO SANGUE É... DEMASIADO

Inês Domingues¹; Patrícia Santos¹; Fábio Pé D'Arca Barbosa¹; Vanda Spencer¹

1 - Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO: A policitemia Vera é uma doença mieloproliferativa caracterizada pela produção anormalmente excessiva de eritrócitos e é geralmente identificada em contexto de elevação anormal de hemoglobina e/ou hematócrito séricos. Porém, por vezes manifesta-se por sintomas de hiperviscosidade, nomeadamente Acidente Vascular Cerebral (AVC).

CASO CLÍNICO: Homem de 58 anos, hipertenso e fumador ativo com carga tabágica elevada (80 Unidades Maço-Ano), sem outros antecedentes conhecidos. Admitido no Serviço de Urgência por quadro com 6 horas de evolução de hemiparesia esquerda, parésia facial esquerda do tipo central e disartria. Do exame objetivo destacava-se, para além dos défices neurológicos já descritos, normoxemia em ar ambiente e plétora facial. Sem outros achados nomeadamente outros sintomas sugestivos de hiperviscosidade. A tomografia crânio-encefálica realizada confirmou o diagnosticado de AVC isquémico estriatocapsular direito, tendo sido internado para vigilância e estudo etiológico. Do estudo realizado, foram excluídas patologia aterosclerótica de grandes vasos do pescoço bem como patologias cardíacas estrutural e arritmica. Analiticamente destacava-se hemoglobina de 24.9g/dL, hematócrito de 78.8%, leucocitose de 15900/mm³, eritropoietina no limite inferior da normalidade e défice de ácido fólico. Perfil lipídico, metabólico, estudo do ferro, hemóstase, estudo de trombofilias e autoimunidade não revelaram alterações. Durante o internamento realizou tratamentos de reabilitação motora, iniciou antiagregação com ácido acetilsalicílico 100mg/dia e citorredução com hidroxiureia tendo ainda realizado flebotomias terapêuticas diárias, num total de 8, com melhoria analítica e clínica progressiva. A pesquisa da mutação no gene JACK2 (V617F) revelou-se positiva, confirmando a hipótese diagnóstica de Policitemia vera.

DISCUSSÃO: Este caso ilustra a importância de manter sempre uma elevada suspeição para causas alternativas, embora menos frequentes, de eventos vasculares isquémicos nomeadamente de etiologias mieloproliferativas como a policitemia vera permitindo, desta forma, o diagnóstico e terapêutica dirigida com o objetivo de atenuar a sintomatologia e prevenir complicações e eventos futuros.

PO-0045 - (4119) - DA EPISTAXIS RECORRENTE À PLASMAFERESE EMERGENTE: UM CASO CLÍNICO DE MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM

Sérgio Azevedo¹; Beatriz Lopes¹; Raquel Batista¹; Isabel Martins¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Introdução: A Macroglobulinemia de Waldeström (MW) é uma doença hematológica rara, caracterizada pela produção excessiva de imunoglobulina M monoclonal. A sua apresentação clínica é variada e pode envolver múltiplos sistemas. O surgimento de sintomas associados à síndrome de hiperviscosidade são indicação para plasmaferese emergente.

Caso Clínico: Homem de 71 anos, antecedentes de neoplasia colorretal submetido a hemicolectomia esquerda sem estadiamento em 2017, esplenectomia iatrogénica, doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão arterial, esteatose hepática e hipertrofia benigna da próstata. Não medicado com antiagregantes plaquetares ou hipocoagulação. É encaminhado à consulta de medicina interna por epistaxis recorrente com cerca de 4 meses de evolução. Sem outra sintomatologia associada. Análises prévias identificavam anemia com anos de evolução, trombocitopenia e alteração nas provas de coagulação (elevação do TP e aPTT). Assintomático para os restantes sistemas de órgãos. Realizado estudo analítico preliminar onde se objetiva anemia de 9,4g/dL [12,5-15,5] macrocítica, trombocitopenia de 100 000cél./L [150-400], TP 18,50seg [9,00-13,00], aPTT 46,00seg [24,7-39,0], proteínas totais 13,9g/dL[6,6-8,3] e a eletroforose das proteínas séricas evidencia pico exuberante na fração gama. A imunofixação das proteínas séricas revela banda monoclonal IgM/kappa com doseamento de IgM de 153,40g/L [0,46-3,04]. Atendendo à clínica do doente e à hiperviscosidade do soro pela elevada proteína IgM em circulação, foi referenciado à Hematologia para plasmaferese urgente, tendo sido encaminhado para esta técnica em menos de 24h atendendo ao risco clínico inerente. O estudo subjacente confirma o diagnóstico de Macroglobulinemia de Waldeström.

Discussão e Conclusão: Este caso clínico destaca a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado na Macroglobulinemia de Waldeström. A apresentação inicial do doente com episódios recorrentes de epistaxis ressalta a necessidade de uma abordagem abrangente e investigação minuciosa diante de sintomas persistentes. Por meio de discussão deste caso, pretendemos aumentar a conscientização sobre a Macroglobulinemia de Waldeström e incentivar uma abordagem multidisciplinar no tratamento desta patologia.

PO-0046 - (4124) - SWEET SYNDROME

Joao Fonseca Oliveira¹; Filipa Ribeiro Verdasca¹; Joana Catarina Silva¹;
Miguel João Pinheiro¹; Beatriz Flores¹

1 - Unidade Local de Saúde de São José

O Síndrome de Sweet é uma doença inflamatória caracterizada pelo aparecimento súbito de pápulas, placas ou nódulos eritematosos, dolorosos à palpação e com edema proeminente na derme superior e infiltrado inflamatório de neutrófilos.

Aqui descreve-se um caso de uma mulher de 75 anos, sem antecedentes pessoais relevantes para o caso, que inicia um quadro de tosse seca persistente primeiro por dois meses, sem melhoria após ciclo de azitromicina e budesonido nasal, que entretanto regride mas inicia um quadro de exantema pustular e artrite periférica, com algumas lesões a cicatrizarem e desaparecerem. Nesta altura, sem febre, perda ponderal ou sudorese nocturna. Inicia estudo etiológico das manifestações dermatológicas, onde teve também diagnóstico de BAV completo, tendo colocado pacemaker. Esta intervenção foi complicada por quadro de infeção da loca do gerador do pacemaker, pelo que realizou ciprofloxacina empiricamente, tendo as culturas do sangue e do exsudado da loca sido estéreis. Após esta remoção, foi internada por persistência do quadro dermatológico, e febre de novo.

Analicamente apresentava: Leucocitose 16.400, com Neutrófilos 79%, PCR 182, VS 53, Ureia 121, Creatinina 2,7, anti-dsDNA e ENAs negativos, ANA 1:160, Anca-MPO (+), FR 21, Anti-CCP positivo, AntiDNase B (+)

O extenso diagnóstico diferencial neste caso com necessidade de excluir vasculite fez com que se realizasse biópsia renal que revelou alterações inespecíficas com necrose tubular aguda que foram associadas a um quadro infeccioso intercorrente e foi realizada biópsia de pele que revelou "Infiltrado neutrofílico denso na derme com abcedação e ulceração focal".

A doente foi tratada empiricamente com antibioterapia inicialmente até exclusão de endocardite ou outros focos infecciosos e posteriormente iniciado ciclo de corticoides com melhoria paulatina da febre e das manifestações dermatológicas.

PO-0047 - (2813) - OPORTUNIDADES DIAGNÓSTICAS PERDIDAS AO LONGO DE UM TRAJETO COMPLEXO

Luís Neves Da Silva¹; Ana Luís Vasconcelos¹; Patrícia Ferreira¹; Rita Pinto Ribeiro²; Rosário Araújo¹; Margarida Monteiro¹

1 - Serviço de Medicina Interna, ULS de Braga; 2 - Serviço de Endocrinologia, ULS de Braga

Introdução: A leucemia mieloide aguda (LMA) pode ser secundária a outras condições, como por exemplo a leucemia mielomonocítica crónica (LMMC). A LMMC é uma doença mielodisplásica/mieloproliferativa caracterizada por monocitose. Clinicamente é heterogénea, podendo ter um fenótipo mais displásico com citopenias, ou um fenótipo proliferativo com hematopoiese extramedular e sintomas constitucionais.

Caso Clínico: Sexo feminino, 65 anos de idade, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. No espaço de um ano foi diagnosticada com: doença inflamatória intestinal (DII) controlada, em 3ª linha, com ustecinumab e corticoterapia; acidente vascular isquémico lacunar, sem sequelas; pneumonia; aspergiloma pulmonar no lobo superior direito; trombose venosa profunda poplítea bilateral, hipocoagulada durante 6 meses. Nos períodos de doença aguda apresentava monocitose, neutropenia, linfopenia, trombocitopenia e anemia macrocítica com necessidade transfusional. Entre eventos tinha anemia normocítica (Hb 10-11g/dL).

Vinda ao SU por febre e mau estar generalizado. De relevo, com Hb 6.5g/dL e macrocitose, plaquetas 118.000/ μ L, monocitose 5200/ μ L (50,3%) e PCR 282.5 mg/L. Constatado um derrame pleural esquerdo com critérios de Light para exsudado, 8450 células/ μ L das quais 85% eram macrófagos/monócitos, sem glicose baixa, e com estudo negativo para causa infecciosa.

No internamento, a biópsia medular mostrou hiperplasia mieloide com predomínio de formas monocitóides, com desvio esquerdo da maturação e elementos displásicos enquadráveis em LMMC. Já a imunofenotipagem revelou 40% de blastos da linha mieloide em estadio de monoblasto, displasias na linhagem de neutrófilos e eritroide, bem como assincronismo maturativo na linhagem monocítica que se associam a mutação NPM1. Assim, estes achados sugeriam o diagnóstico de LMA secundária a LMMC.

Discussão e Conclusão: Este caso mostra uma paciente que, no espaço de 1 ano, desenvolveu vários eventos com alterações do hemograma indicativas de LMMC, que não foram interpretadas como tal. O uso de imunossuppressores pode ter influenciado a apresentação da doença, com ausência de alterações típicas do hemograma entre eventos. É importante considerar que, os eventos trombóticos, a DII e o derrame pleural, possam ter sido manifestações da LMMC, apesar da raridade. Nota-se que a presença de um fenótipo sugestivo de mutação NPM1 é um fator de risco para LMA, podendo ter acelerado o seu desenvolvimento.

PO-0048 - (2687) - CORTICOIDE E O RISCO DE MITIGAÇÃO DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA

Rui Salvador¹; Catarina Antunes Salgado¹; Ana Sofia Reis¹; Miguel Ângelo Sousa¹; Elena Suarez¹; Adriana Pereira Guedes¹

1 - ULSGE

A trombocitopenia imune (PTI) é uma trombocitopenia adquirida e uma das causas mais comuns de trombocitopenia grave em adultos assintomáticos.

Homem, 31 anos com obesidade grau 3. Antecedentes de PTI sob corticoterapia, diagnosticada após ida ao serviço de urgência (SU) por retorragias, gengivorragias e epistaxis, tendo sido detetada trombocitopenia 20.000/uL e adenopatias inguinais- a maior de 29mm em tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica (TC-TAP). Após 6 meses, recorre ao nosso SU, por perda ponderal de 17kg, astenia, hipersudorese noturna e mialgias. Analiticamente, apresentava anemia 12.0g/dL, lactato desidrogenase 1000 IU/L e velocidade de sedimentação 120 mm/hora. Foi internado para estudo. Realizou TC-TAP que revelou múltiplas linfadenopatias inguinais, axilares e mediastínicas, bem como lesões infiltrativas a nível renal, hepático e esplênico. Devido a queixas persistentes de dor na arcada dentária, foi examinado por Estomatologia, e uma biópsia da mucosa oral levantou hipótese de linfoma de Burkitt, confirmada posteriormente em biópsia de gânglio inguinal. Foi ainda avaliado por Neurologia por parestesia mentoniana direita, otalgia direita e diplopia. Realizou ressonância magnética que revelou infiltração linfoproliferativa dos ossos do crânio, de ambas os seios frontais, do nervo trigêmeo direito e da órbita esquerda com compressão dos músculos extraoculares. Foi posteriormente orientado para Hematologia com diagnóstico de Linfoma de Burkitt metastizado para tratamento dirigido.

O linfoma de Burkitt é um diagnóstico raro no estudo de adenopatias, representando cerca de 1% dos linfomas de adultos; no entanto, perante a presença de um conglomerado adenopático inguinal suspeito, esta entidade não deve ser esquecida, dado ser um linfoma altamente agressivo. Deve também ser cautelosa a introdução de corticoterapia em doentes com aglomerados adenopáticos de etiologia desconhecida.

PO-0049 - (2101) - ATÉ A CONGESTÃO NASAL PODE SER PERIGOSA

Tetiana Baiherych¹; Cláudia Abranches Belo²; Viktor Baiherych¹; Patrícia Simões¹; Cláudia Alves¹; Carlos Nancassa¹; Mafalda Cordeiro De Sousa³; Bernardo Silva¹; Sandra António¹

1 - Hospital Distrital de Santarém; 2 - ACES Lezíria; 3 - IPO de Lisboa

Introdução: Congestão nasal e rinorreia são os sintomas mais comuns das infecções respiratórias superiores e alergias. Apesar disso, podem ter outras causas mais perigosas, como processo neoplásico de cavidade nasal, linfoma ou melanoma nasal.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso de doente de 65 anos de idade, sexo masculino, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e SAOS, medicado com Metformina, Pitavastatina e Fenofibrato. O doente recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de edema da língua e congestão nasal com um mês de evolução, diplopia e desequilíbrio na marcha com um dia de evolução. Referia perda ponderal de 12 kg nos últimos 3 meses. À observação apresentava-se consciente, colaborante e orientado com ptose incompleta do olho direito, oftalmoparesia do olho esquerdo na supralevoção, diplopia monocular, marcha lenticificada, sem aparente desequilíbrio; linfadenopatias dolorosas do pescoço bilaterais, de maiores dimensões à direita. Analiticamente não foram identificadas alterações. TC cráneo-encefálica, das órbitas e do pescoço revelou: "(...) espessamento tumoral do espaço retrofaríngeo a nível da nasofaringe com remodelação e destruição óssea ligeira; múltiplas adenopatias bilateralmente com necrose associada. O doente ficou internado para estudo. Foi realizada biópsia nasal e estadiamento por TC abdomenopelvica, que revelou espessamento difuso de ambas as glândulas supra-renais em relação à hiperplasia vs envolvimento secundário e adenopatias célio-mesentéricas, lombo-aórticas e peri aortocava. Infelizmente o doente evoluiu desfavoravelmente, apresentando hiponatremia hipoosmolar em provável contexto de SIADH, lesão renal aguda, crescimento tumoral progressivo com vários episódios de epistaxis. Ao 12º dia do internamento o doente faleceu. Posteriormente a biópsia revelou extensa infiltração por população linfóide de células médias a grandes - aspectos compatíveis com linfoma de células T periférico, com características sugestivas de linfoma de células T/NK extraganglionar (LNKTN).

Conclusão: O LNKTN é um dos linfomas mais agressivos e raros na população ocidental de maior incidência em homens idosos. Os sintomas iniciais são pouco específicos o que faz esse diagnóstico desafiante. O diagnóstico faz-se pelo estudo anatomopatológico com imunofenotipagem. O tratamento do LNKTN extraganglionar baseia-se na poliquimioterapia e, por vezes, quimiorradioterapia. O prognóstico habitualmente muito desfavorável.

PO-0050 - (2135) - QUANDO UMA PARAPLEGIA É UMA NEOPLASIA MAMARIA

Ana Paula Rezende¹; Jerina Nogueira¹; Emanuel Fernandes¹; Frederica Parente²; Nidia Calado¹; Armando Cruz Nodarse¹; Isabel Lavadinho¹

1 - Unidade Local Saúde Alto Alentejo; 2 - Unidade Local de Saúde Alto Minho

O carcinoma lobular invasor representa o segundo carcinoma da mama invasor mais frequente, seguindo-se ao carcinoma ductal invasor. A sua incidência tem vindo a aumentar provavelmente devido ao uso de hormonas esteroides. A deteção precoce por exame físico ou mamografia é difícil, é frequente encontrar-se no momento do diagnóstico doença localmente avançada e em alguns casos metastização à distância.

Doente do sexo feminino de 32 anos, que recorreu ao serviço de urgência por incapacidade de marcha com 2 dias de evolução. Sem antecedentes pessoais de relevo. Trata-se da terceira vinda ao SU por dor cervical e lombar, na altura com incapacidade de ortostismo com 2 dias de evolução. Refere que desde há 4 meses tem dor cervical com irradiação para a coluna lombar progressiva, após um movimento de abaixamento “apanhar um objeto do chão” sem peso. Refere que a dor foi agravando, que não cedia com analgesia. Doente refere dor numa escala 8 em 10, tipo moimha e que a impede de colocar-se em pé desde há 2 dias. Nega perda sensibilidade, perda de controlo de esfíncteres, febre. Nega perda de peso e sinais/sintomas do foro respiratório, cardiovascular, gastrointestinal. Inicialmente foi avaliada pela ortopedia que pediu uma tomografia axial computadorizada da coluna cervical, dorsal e lombar que revelou: “inúmeras lesões líticas dorso-lombo-sagradas, associadas a lesões das costelas e sacro-ílicas, compatíveis com deposições secundárias; marcada deformação somática da vértebra L2 em topografia direita, compatível com fractura patológica.” Pedida colaboração a Medicina Interna para estudo. Da anamnese realizada destacou-se que mãe e avó materna faleceram por neoplasia mamaria. A doente refere que não faz auto-rastreio mamário nem ecografia mamaria mas que tem citologias de acordo com o plano de rastreio. Ao exame objetivo, verificamos a presença de nódulo sólido, duro, aderente, com cerca de 6cm, indolor à palpação, com retração da pele, no quadrante superior-interno da mama direita e uma adenomegalia axilar palpável. Suspeitando-se logo de uma neoplasia mamária com metastização óssea, pedimos os exames complementares de diagnóstico (biopsia do nódulo, TAC torax abdomino pelvico...) e pedido de colaboração urgente a oncologia para um tratamento dirigido. Doente cumpriu ciclo de radioterapia e quimioterapia e reabilitação física. Este caso clinico serve para explicarmos que uma anamnese dirigida e uma forte suspeição clinica é essencial para este diagnóstico.

PO-0051 - (2172) - ADENOCARCINOMA GÁSTRICO INTRAMUCOSO - O PARADIGMA DA “PERSISTÊNCIA DIAGNÓSTICA”

Inês Alves Gaspar¹; Jorge Gama Prazeres¹; Beatriz Gonzaga¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE

Introdução

Com o advento dos meios complementares de diagnóstico e o seu desenvolvimento tecnológico, torna-se igualmente necessário promover e preservar as capacidades de raciocínio clínico e espírito crítico dos médicos, com vista a uma gestão eficiente desses mesmos meios.

Caso Clínico

Apresentamos o caso de um homem de 72 anos de idade, caucasiano, que recorreu ao serviço de urgência por perda ponderal não intencional de 9 Kg e dor abdominal periumbilical e hipogástrica com 1 ano de evolução, associada a posteriori a anemia ferropénica e diarreia com retorragias em pequena quantidade. Realizou em regime de ambulatório Endoscopia Digestiva Alta (EDA) e Colonoscopia que documentavam candidíase esofágica, divertículos e 2 lesões planas no cólon transverso. A sublinhar de antecedentes, patologia hemorroidária e hábitos tabágicos progressivos, totalizando uma carga tabágica de 50 unidades maço ano. Ao exame objetivo, destacava-se palpação abdominal dolorosa nos quadrantes inferiores, sem defesa ou sinais de irritação peritoneal, e membros inferiores edemaciados bilateralmente. Laboratorialmente com anemia microcítica, hipocaliémia e PCR de 6,46 mg/dL; proteinúria, leuco e eritrocitúria. Realizou TC-Abdominopélvica, que não revelou a origem do quadro, documentando espessamento parietal difuso da bexiga.

Posto isto, foi internado para esclarecimento de hemorragia digestiva baixa e síndrome consumptivo, iniciando antibioterapia para tratamento de cistite e fluconazol para a infeção fúngica supracitada. Durante o internamento, realizaram-se novos exames endoscópicos com identificação de lesão gástrica e gastropatia erosiva do antro, com resultado histológico de biópsias positivo para Adenocarcinoma do tipo intestinal ulcerado e gastrite crónica não atrófica.

Posteriormente, foi submetido a dissecação da submucosa gástrica por via endoscópica, com excisão completa da lesão, verificando-se ausência de invasão profunda, linfática ou perineural do tumor.

Discussão & Conclusão

Este caso alerta não só para a necessidade de elevada suspeição de malignidade perante sinais e sintomas consumptivos, mas também para a potencial falência diagnóstica de técnicas endoscópicas, cuja sensibilidade não é de 100%, em parte por ser operador-dependente. Assim, a persistência e a repetição de certos exames é crucial para o diagnóstico, e muitas vezes prognóstico, de muitos doentes.

PO-0052 - (4496) - NÃO HÁ DUAS SEM TRÊS

Joana Araújo Correia¹; António Leão¹; Mariana Isabel Santiago¹;
Sérgio Duarte Da Costa¹; Frederico Sanches¹; Joana G. Rodrigues¹; Flávia Dias¹;
Vilma Laís Grilo¹

1 - Hospital Garcia de Orta

A cefaleia é um motivo frequente de procura do Serviço de Urgência (SU). Apesar de, na maioria das vezes, ter uma natureza benigna, a cefaleia constitui a primeira manifestação clínica em 20% dos casos de neoplasia do sistema nervoso central (SNC). Nas idades mais jovens, os tumores cerebrais primários são mais comuns. À medida que a idade avança, a prevalência de metástases aumenta, podendo ter como ponto de partida uma neoplasia pulmonar, melanoma, neoplasia de células renais, da mama, entre outras. Apresentamos o caso de um homem de 76 anos, com antecedentes de adenocarcinoma da próstata, sem doença metastizada, que recorreu ao SU por cefaleia frontoparietal direita, pulsátil, persistente, com início durante o sono e com 2 semanas de evolução. Não identificava fatores de agravamento nem fatores de alívio. Notou ainda desequilíbrio na marcha, desorientação espacial e lapsos mnésicos no último mês. Mencionava que, ultimamente, era frequente esquecer-se do trajeto para casa enquanto conduzia. Ao exame neurológico, apresentava hemianópsia homónima esquerda, sem outras alterações. Fez TC-CE que identificou uma lesão intra-axial envolvendo o istmo parietal e hipocampo posterior direitos, com edema adjacente, a condicionar moldagem do sistema ventricular e desvio incipiente das estruturas medianas para a esquerda. Dada a idade e aos antecedentes pessoais, a hipótese de metastização era plausível. O caso foi discutido com a Neurocirurgia, que realizou craniotomia e exérese da lesão. Inesperadamente, o diagnóstico anatomopatológico revelou um glioma de alto grau. Posteriormente o doente iniciou radioterapia e quimioterapia adjuvantes. Durante o seguimento iniciou hematúria persistente. Após investigação etiológica, foi diagnosticada uma neoplasia vesical. Tratava-se de um doente com neoplasias primárias múltiplas. Nos meses seguintes, verificou-se uma deterioração do estado global do doente que acabou por falecer. Os sinais de alarme da cefaleia detetados através da anamnese e do exame neurológico podem indicar a presença de lesão do SNC. A incidência das neoplasias primárias múltiplas tem vindo a aumentar ao longo das últimas décadas. A abordagem do glioma de alto grau já é complexa por si só e a presença de outras neoplasias concomitantes tornam a marcha terapêutica e prognóstica num verdadeiro desafio.

PO-0053 - (2320) - LESÃO INTRADIPLOICA EM DOENTE COM NEOPLASIA DA MAMA

Gisela Moreira Pinheiro¹; Sara Soares Costa¹; Inês Rodrigues¹; Fátima Leal-Seabra¹

1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: As Lesões Ocupantes de Espaço (LOE) cerebrais podem ter diversas etiologias, nomeadamente, neoplásicas (primária vs. metástases) ou não neoplásicas como abscessos ou hemorragias. As metástases cerebrais são a neoplasia cerebral mais comum. As LOE podem ter manifestações inespecíficas como cefaleias e náuseas ou mais focalizadas consoante a sua localização e estruturas adjacentes comprimidas.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 65 anos, com antecedentes de carcinoma invasor mamário à esquerda diagnosticado em 2022, estadiado cT2/3N0, hormonossensível, submetido a quimioterapia neoadjuvante, tumorectomia, radioterapia e hormonoterapia adjuvante com letrozol, que a doente suspendeu por sua iniciativa. Em janeiro/2024, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por tumefação frontotemporal direita com 3 meses de evolução associada a dor em moedeira com agravamento paulatino, visão turva e diplopia uniocular à direita com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo, com tumefação frontotemporal direita de consistência pétreia, sem alterações da pele adjacente e edema periorbital/palpebral à direita a condicionar ptose. Exame neurológico sumário sem alterações. Realizou Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica (TC CE) que mostrou lesão expansiva, intradiploica pterional direita. Contactou-se a oncologista assistente para avaliação breve em ambulatório e realização de Ressonância Magnética Crânio-Encefálica (RM CE) para melhor caracterização da lesão. Teve alta do SU com corticoterapia, pantoprazol e profilaxias. Uma semana depois, realizou RM CE que corroborou os achados da TC CE: lesão expansiva intradiploica frontal direita que cresce para tecido celular subcutâneo e cavidade intracraniana que se estende pelo osso esfenoide inferiormente ao pólo temporal e seio cavernoso com envolvimento do canal do nervo ótico com reforço dural, marcado edema do parênquima cerebral subjacente e algum apagamento da ponta ventricular anterior do ventrículo homolateral, podendo corresponder a meningioma intradiploico.

Discussão/conclusão: Os meningiomas são o tumor primário mais comum. Os meningiomas intradiploicos geralmente apresentam-se como uma tumefação dura, indolor e de crescimento lento, associada a cefaleias, tonturas e défices neurológicos, consoante a sua localização. Nos doentes com antecedentes de neoplasia é fundamental a exclusão de metastização do tumor primário, pelo que é imprescindível realizar novos estudos para reestadiamento da doença.

PO-0054 - (2326) - MIELOMA MÚLTIPLO: O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Daniel Rodrigues¹; Elsa Gonçalves¹; Beatriz Rosa¹; Joana Silva¹

1 - Unidade Local de Saúde Barcelos-Esposende - Serviço de Medicina Interna

MIELOMA MÚLTIPLO: O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Introdução

O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia dos plasmócitos caracterizada pela produção de imunoglobulina monoclonal e invasão do tecido ósseo adjacente. As manifestações mais comuns a dor óssea, insuficiência renal, hipercalcemia, anemia e infeções recorrentes, contudo a sua apresentação clínica é heterogénea, o que dificulta o diagnóstico precoce.

Caso Clínico

Homem de 42 anos, seguido em consulta de Medicina Interna, após referenciação do serviço de urgência por episódio de síncope, em doente com internamento recente por derrame pleural parapneumónico. Com antecedentes patológicos de apneia obstrutiva do sono. Doente apresentava dor localizada no hemitórax direito, pleurítica e com agravamento após a ingestão de alimentos. Sem febre, hipersudorese noturna ou perda ponderal. Do estudo realizado observou-se a presença de gastrite antral e infecção por *H. pylori*, anemia microcítica, défice de imunoglobulinas e proteinúria de Bence-jones, que motivaram a suspeita de MM. A avaliação adicional incluiu estudo imagiológico que reforçou a hipótese diagnóstica. O doente foi referenciado para consulta de Oncologia em hospital de referência, efetuou estudo medular que confirmou presença de MM de cadeias leves lambda e iniciou tratamento dirigido.

Discussão

A apresentação clínica do MM pode ser bastante heterogénea, neste caso o doente apresentava, predominantemente, semiologia respiratória e gastrointestinal, contudo a dor atípica e o derrame pleural num doente jovem, motivou uma investigação abrangente, que possibilitou a identificação da patologia subjacente.

Conclusão

O reconhecimento precoce de sintomas atípicos e a realização de exames complementares apropriados são fundamentais para um diagnóstico precoce do MM e permitem a instituição precoce de tratamento dirigido em centros especializados, melhorando o prognóstico do doente.

PO-0055 - (2486) - QUANDO AS PONTAS DOS DEDOS REVELAM O SEGREDO: ISQUÉMIA DIGITAL UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE DOENÇA NEOPLÁSICA

Ana Gomes Saraiva¹; Joana Duarte¹; Pedro Dias Lopes¹; Patrícia Carvalho¹; Sara Leitão¹; Lèlita Santos^{1,2}

1 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Coimbra; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução

A isquémia aguda dos membros superiores, representa 17% de todos os casos de isquémia aguda, podendo estar associada a embolia arterial, placas ateroscleróticas, lesões traumáticas, acessos arteriais, vasculites ou radioterapia. A isquémia digital é uma síndrome paraneoplásica rara, com poucos casos descritos, associados a adenocarcinomas do trato gastrointestinal, pulmão e mama.

Caso Clínico

Homem de 84 anos, autónomo, ex-fumador (40 UMA's), admitido por queixas de edema dos membros inferiores, dispneia e cansaço para pequenos esforços com 2 semanas de evolução. Tinha alteração da coloração do 2º ao 5º dedos de ambas as mãos, já com evolução para necrose na mão direita.

No estudo complementar realizado não foram identificadas causas tromboembólicas, autoimunes ou hematológicas. A TAC torácica e a PET-CT com FDG foram sugestivas de neoplasia pulmonar com metastização ganglionar. A biópsia excisional de gânglio supraclavicular direito identificou um adenocarcinoma pulmonar com diferenciação sarcomatóide, com estadiamento IIIb (T1aN3M0).

Durante o internamento cumpriu 4 semanas de iloprost em perfusão endovenosa diária com estabilização da necrose digital da mão direita que ficou restrita às falanges distais, e recuperação da isquémia da mão esquerda. Teve alta do internamento com seguimento nas consultas de Cirurgia Vasculard, Cuidados Paliativos e Oncologia – Pneumologia. Aguarda o resultado de Next Generation Sequencing para decisão de terapêutica.

Discussão

A incidência de isquémia digital associada a doença neoplásica tem vindo a aumentar como demonstrado pelo aumento do número de casos, sendo o intervalo médio de tempo entre o aparecimento da isquémia e o diagnóstico da neoplasia de 2 meses. O tratamento, muitas vezes emergente como no caso deste doente, passa pela estabilização e se possível reversão da isquémia com recurso a fármacos com efeito vasodilatador, mas só o tratamento da doença neoplásica pode resolver este envolvimento vascular. Neste contexto, em doentes idosos, com sintomas constitucionais e isquémia digital, é imperativo considerar a hipótese de neoplasia oculta para que o diagnóstico e tratamento sejam o mais precoces possível.

PO-0056 - (2494) - O MISTÉRIO MEDIASTINAL

Carolina Almeida Robalo¹; Ana Teixeira Reis¹; David Sousa Pires²; Margarida Neto¹; Pedro Carreira¹; Ermelinda Pedroso¹

1 - Hospital de São Bernardo; 2 - Hospital de Santa Maria

Um teratoma mediastinal é derivado de células germinativas, sendo o mediastino anterior a área mais frequente. É raro, geralmente benigno e mais comum em adultos jovens. São normalmente de crescimento lento, assintomáticos por longos períodos ou demonstrando sintomas mínimos.

Apresentamos o caso de uma mulher de 35 anos, com história de massa mediastínica em investigação. Deu entrada no Serviço de Urgência (SU) por dispneia. Ao exame objetivo com diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. Dos exames complementares de diagnóstico a salientar d-dímeros aumentados e hipotransparência em toalha na radiografia (raio-x) tórax, tendo sido pedida uma angiotomografia torácica que relatava extensa densificação no mediastino anterior, com múltiplas coleções de limites infiltrativos. A densificação exercia efeito de massa sobre o pulmão esquerdo, determinando atelectasia do parênquima pulmonar adjacente e área hipertransparente do lobo médio, sugerindo área de aprisionamento aéreo. Por estabilidade clínica e melhoria sintomática, teve alta com o diagnóstico de infeção respiratória, sob terapêutica com Azitromicina e Amoxicilina e Ácido Clavulânico. Regressa após 2 semanas ao SU, novamente por dispneia e toracalgia com irradiação dorsal. Deu entrada na sala de reanimação por dor intensa e episódio de hemoptises. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios, no raio-x tórax apresentava atelectasia pulmonar direita e derrame pleural bilateral. Decidido internamento, colhidas hemoculturas e iniciado ceftriaxone. Contactada cirurgia cardiotorácica e após melhoria clínica, foi transferida para excisão da massa e ressecção no lobo superior esquerdo.

A maioria dos sintomas está relacionada com a compressão de estruturas próximas, como dor torácica, dispneia, tosse ou infeção pulmonar. A cirurgia deve ser executada para esclarecimento diagnóstico ou sempre que as complicações, tais como a atelectasia pulmonar, a adesão ou a compressão de estruturas adjacentes, ou a transformação maligna são prováveis.

O caso desta paciente ressalta a necessidade de uma abordagem multidisciplinar envolvendo internistas, pneumologia, oncologia e cirurgia torácica para garantir o melhor resultado possível para os pacientes com essa condição rara. Após ressecção cirúrgica completa o prognóstico é excelente.

PO-0057 - (2607) - TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO

Nuno Cerejeira¹; Fernando Roxo¹; Orlando Pedro¹; Catarina Tavares¹;
Verónica Guiomar¹

1 - ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

O tumor fibroso solitário engloba um espectro de tumores fibroblásticos mesenquimatosos que raramente metastizam e surgem normalmente na caixa torácica, podendo aparecer por todo o corpo, incluindo o sistema nervoso central. Como é uma entidade pouco estudada, para a qual existem essencialmente estudos retrospectivos e case reports, a sua abordagem ainda não está comumente estruturada.

Mulher de 83 anos, com diagnóstico em 2014 de polisserosite (derrame pleural, derrame pericárdico e ascite) em associação a pseudo-Síndrome de Meigs. Assintomática desde 2017, teve alta e manteve-se no seu habitual até novembro de 2023, altura em que recorreu ao serviço de urgência por astenia e dispneia com 1 semana de evolução, associada a dor à palpação da região escapular esquerda. Ao exame objetivo, a salientar apenas diminuição bilateral do murmúrio vesicular. Analiticamente, a salientar apenas lesão renal aguda AKIN 1 e elevação dos D-dímeros. Realizou angiografia por tomografia computadorizada, que revelou derrame pleural bilateral, ascite de pequeno volume e uma massa localizada entre a escápula esquerda e a clavícula ipsilateral, com provável componente de destruição óssea associada. Revendo exames prévios, essa massa já existia em TC de 2014, mas aumentou de dimensões. Fez ressonância magnética (RMN) que descreveu massa de tecidos moles, medindo 66x46x64 mm, de provável etiologia neurogénica/sarcomatosa. Efetuou biópsia guiada por TC, com histologia compatível com tumor fibroso solitário. A doente foi referenciada a consulta de Oncologia de tumores mesenquimatosos para orientação terapêutica.

Concluindo, só foi possível chegar ao diagnóstico após o resultado da histologia, sendo também essencial a imunohistoquímica para diferenciação e exclusão de outras entidades como os mesoteliomas ou sarcomas, que exigem abordagens mais agressivas. Como o tumor fibroso solitário é um tumor indolente, apesar de existirem poucos estudos e abordagens pré-definidas, deve existir uma avaliação em consulta de grupo especializado para decisão sobre as intervenções a propor.

PO-0058 - (2725) - FIBRILHAÇÃO AURICULAR COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE NEOPLASIA PULMONAR

Nuno Cerejeira¹; Sara Soares Costa¹; Teresa Medeiros¹; Daniel Seabra¹; Ricardo Pereira¹

1 - ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Na população portuguesa, a neoplasia pulmonar surge como um dos tipos de cancro mais prevalente. O seu diagnóstico exige uma abordagem sistematizada, integrando clínica, fatores de risco e considerando as diversas formas da sua apresentação. Para além disso, esta doença está frequentemente associada a uma clínica incipiente e que torna, muitas vezes, o seu diagnóstico tardio.

Por outro lado, a Fibrilhação Auricular (FA) em doentes com mais de 70 anos apresenta uma prevalência crescente na população.

Homem, 73 anos, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica, recorreu ao serviço de urgência em março de 2023 por edemas periféricos, palpitações sem relação com esforços e dispneia para médios esforços com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo, a salientar auscultação cardíaca arritmica e murmúrio vesicular diminuído no hemitórax esquerdo. No eletrocardiograma apresentava FA com resposta ventricular rápida (RVR) (151 batimentos por minuto), com tempo de evolução indeterminado. A radiografia torácica apresentava uma hipotransparência de grande volume no hemitórax esquerdo, descrita em tomografia Computadorizada como extensa densificação tecidual neoformativa peri-hilar e paramediastínica esquerda, de contornos ligeiramente espiculados, medindo aproximadamente 11,4 por 6 cm, associada a linfangite carcinomatosa. Realizou broncofibroscopia, em que foi visível abaulamento da parede lateral esquerda da traqueia, ao nível do seu terço médio e oclusão do orifício do brônquio lobar superior esquerdo por massa vegetante, de aspeto nacarado e sangrante ao toque. A histologia foi compatível com carcinoma do pulmão de não pequenas células. Ao ecocardiograma transtorácico não se verificou compressão extrínseca da aurícula esquerda, mas foi assumida, pela proximidade da lesão, ter tido interferência na condução elétrica, por inflamação dos tecidos envolventes. No internamento, por FA de difícil controlo com desenvolvimento de pausas com cerca de 10 segundos e síncope associada, foi decidida a implantação de pacemaker definitivo. Iniciou quimioterapia tendo, no entanto, apresentado progressão de doença com metastização cerebelosa, pleural e pancreática.

Este caso torna-se relevante pela atipia da apresentação da neoplasia pulmonar e pela fisiopatologia da arritmia. Assim, num doente admitido por uma arritmia de novo, é importante integrar na abordagem inicial uma imagem torácica, que permita avaliar o parênquima pulmonar e a silhueta cardíaca.

PO-0059 - (4255) - METÁSTASES DE TUMOR PRIMÁRIO DESCONHECIDO – ABORDAGEM DIAGNÓSTICA EM AMBULATÓRIO

Filipa Duarte-Ribeiro¹; Mariana Estrela¹; Mariana Fidalgo¹; Raquel Barreira¹; Carina Silva¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Introdução: O cancro constituiu uma das principais causas morte em todo o mundo. As metástases de tumor primário desconhecido surgem em cerca de 4% de todos os doentes com cancro, podendo ser a forma de apresentação da doença. As Unidades de Medicina de Ambulatório (UMA) permitem o início rápido da marcha diagnóstica, bem como a gestão do doente e sintomas agudos em ambulatório, evitando recurso ao serviço de urgência (SU) e internamento.

Objetivo: Caracterizar a atividade assistencial prestada em regime de consulta aberta de Medicina Interna a doentes com diagnóstico de novo de metástases de tumor primário desconhecido.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo descritivo, com o objetivo de analisar a atividade assistencial prestada numa UMA, de Fevereiro de 2022 a Fevereiro de 2024, a doentes com diagnóstico de novo de metástases de tumor primário desconhecido. Os dados recolhidos foram analisados em formato excel.

Resultados: Foram avaliados 25 doentes, 11 dos quais mulheres, com idade média de 68.5 anos; 18 referenciados do SU e 7 dos centros de saúde (CS). Média de consultas por doente: 2.6. Em 7 doentes as metástases eram hepáticas, 6 ósseas, 4 cerebrais, 4 ganglionares, 1 peritoneais, em outro pulmonares e 2 tinham atingimento de 2 ou mais órgãos. Após referência para a UMA, a primeira consulta ocorreu em média em 2.12 dias e os doentes realizaram o primeiro exame auxiliar de diagnóstico em média em 3.12 dias. Foi possível identificar o tumor primário em 68% dos casos. Todos os doentes completaram o estudo em ambulatório.

Conclusões: A complexidade e gravidade destes doentes exige uma gestão célere e multidisciplinar. A referência direta dos CS, aliada à criação de protocolos com os diferentes serviços envolvidos, em particular de via rápida de Imagiologia/Radiologia de Intervenção, permite, como acontece na nossa UMA, a obtenção célere de um diagnóstico com o benefício acrescido de uma melhor gestão de recursos, poupando necessidade de internamento e/ou idas ao SU.

PO-0060 - (5079) - SÍNDROME DE TROUSSEAU OU EFEITO ADVERSO DOS INIBIDORES DE PD-1?

José Fragoso Duro¹; Pedro Da Torre Pinto¹; André Couto Dias¹; Filipa Sousa Gonçalves¹; Patrício Aguiar¹

1 - ULS Santa Maria

Introdução: A associação entre cancro e trombose venosa está amplamente documentada, sendo conhecidos vários mecanismos patogénicos. O reconhecimento de determinados padrões e mecanismos pode ter implicações diagnósticas e terapêuticas.

Caso Clínico: Homem de 58 anos, observado em consulta por edema, dor e calor do membro inferior esquerdo com 4 dias de evolução. Antecedente de adenocarcinoma do pulmão diagnosticado 3 meses antes, estágio IV com metastização hepática, renal e suprarrenal, sob pembrolizumab. Neste período, com episódio de trombose venosa profunda (TVP) do membro inferior direito e de trombose venosa superficial (TVS) em ambos os membros superiores, medicado sob tinzaparina. No episódio actual, realizou eco-Doppler venoso do membro inferior esquerdo, que confirmou TVP neste membro. Foi internado e alterou terapêutica anticoagulante para enoxaparina; não podendo excluir trombose mediada por mecanismo imune associado a pembrolizumab, iniciou também corticoterapia. O estudo de trombofilias, autoimunidade e re-estadiamento não identificou outra causa para o novo evento trombótico. Registou-se melhoria clínica, tendo alta sob enoxaparina e prednisolona.

Discussão: A síndrome de Trousseau caracteriza-se por eventos trombóticos venosos espontâneos, recorrentes ou migratórios, em doentes com tumor sólido maligno oculto ou recém-diagnosticado. É mais frequentemente associado a adenocarcinomas produtores de mucinas do pulmão e pâncreas. Nestes casos, está descrita uma maior eficácia no tratamento e prevenção de eventos trombóticos venosos sob terapêutica com heparina, por apresentar diferentes mecanismos de acção incluindo inibição da ligação das selectinas plaquetárias com as mucinas, ao contrário de anticoagulantes com mecanismos mais dirigidos como os antagonistas da vitamina K ou os inibidores directos da trombina. Assim, e apesar da variedade de mecanismos que associam cancro e trombose venosa, pode ser útil reconhecer o fenótipo de Trousseau devido ao potencial impacto diagnóstico e terapêutico. Adicionalmente, o uso crescente de imunoterapias em contexto oncológico, como o pembrolizumab, tem sido associado a eventos trombóticos venosos, por aparente mecanismo imunomediado.

Conclusão: Descrito há mais de um século, a síndrome de Trousseau mantém utilidade clínica, que ultrapassa o reconhecimento da associação entre cancro e trombose venosa. O uso de novas terapêuticas oncológicas pode gerar mais um mecanismo nesta conhecida associação.

PO-0061 - (2112) - CLINICAL SIGNIFICANCE OF EXTREME ELEVATION OF THE ERYTHROCYTE SEDIMENTATION RATE: DIAGNOSES AND SURVIVAL IN 681 PATIENTS IN A PORTUGUESE HOSPITAL

Tiago Tribolet De Abreu¹; Bárbara Batista¹; Nuno Manso²

1 - Hospital do Espírito Santo-Évora EPE; 2 - Hospital CUF Tejo

Objective: To study the association between extreme erythrocyte sedimentation rate (ESR) elevations (>100 mm/h), and the distribution of disease categories, diseases, age, sex, and C-reactive protein (CRP) levels, as well as five-year survival.

Patients and Methods: This was a retrospective study of all 681 patients with extreme ESR values examined at a Portuguese hospital, from January 1, 2008, through December 31, 2012. Independent variables included disease category (infection, autoimmune, malignancy, renal disease and unknown), subcategories of diseases, patient demographic characteristics (age, sex), and CRP level. Two-sided chi-square tests (or Fisher's exact tests) were used to assess associations between each disease category and categorical variables. The association between ESR and CRP level was assessed using the Pearson correlation coefficient. Living status and date of death was determined using the Portuguese Electronic Prescription System (PEM), and a log-rank test was run to determine if there were differences in the survival distribution for the different categories of disease.

Results: An ESR above 100 mm/h was found in 1.5% of all ESR determinations. The leading diagnosis category associated with extreme ESR elevations was infection (461, 65.1%), followed by malignancy (107, 15.1%), and inflammatory/autoimmune (85, 12.0%). The most prevalent disease was pneumonia (227, 33.3% of all patients). Infection was much less likely in outpatients (20.7%), and as was malignancy in females (11.4%). The correlation between ESR and CRP level was not statistically significant ($p=0.149$). The five-year mortality rate was 70.3%, higher in patients with malignancy (83%) and lower in patients with inflammatory/autoimmune disease (45.9%).

Conclusion: We found that almost all patients with an extreme ESR elevation have an identifiable etiology, with infection observed in nearly two-thirds and pneumonia being the most common disease in one-third of all patients. Infection was less likely in outpatients, as was malignancy in females. The ESR and CRP levels correlated poorly in patients with extremely elevated ESRs. The five-year mortality rate was 70.3%, with survival being significantly lower in patients with malignancy, and higher in those with inflammatory/autoimmune disease. These findings may enhance the diagnostic and prognostic evaluation of patients with extreme elevations in ESR.

PO-0062 - (2180) - SARCOIDOSE PULMONAR – UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO

Tiago João Valente¹; Helena Silva¹; Catarina Oliveira¹; Filipe Martins¹;
Jorge Almeida¹

1 - Centro Hospitalar Universitário de São João

A sarcoidose é uma doença caracterizada pela formação de estruturas inflamatórias - granulomas não-caseosos - num ou vários órgãos, que provocam alterações na arquitetura dos tecidos e consequentemente afetam a sua função. Os sintomas dependem do órgão afetado, embora alguns sintomas comuns incluam: fadiga, tosse persistente, dispneia, rash cutâneo e adenopatias. Apresenta-se o caso de um homem de 53 anos, com antecedentes de HTA, DM 2 sob ADO sem LOA e Vitiligo, que recorreu ao SU por cansaço para pequenos esforços, tosse mucosa, perda ponderal (~5% em 1 semana) e hipersudorese noturna com 2 semanas de evolução, inicialmente assumida infeção respiratória e medicado empiricamente com amoxicilina+ácido clavulânico. Por manutenção de sintomas recorre novamente ao SU tendo realizado TC de tórax: "adenomegalias mediastino hilares e padrão micronodular periférico", internado para estudo etiológico. Negava febre ou exposições ocupacionais, tabagismo, alterações cutâneas, artralgias, icterícia ou massas intra-abdominais. Do estudo analítico destaca-se VS aumentada (64mm/1^ªh), ANCA <2 U/mL, PCR 10.5 mg/L, sem hipercalcemia, ECA normal, sem hipergamaglobulinémia, IFT com inversão CD4/CD8, sem BAAR visualizados, sem isolamentos microbiológicos, Mycobacterium tuberculosis negativo, serologias viricas HIV e VHC negativas, imunidade a VHB, sem alteração da função hepática ou da função renal. Realizou broncofibroscopia e ecobroncoscopia, destacando-se linfocitose >40% e razão CD4/CD8 4.1 no lavado broncoalveolar e histologia a revelar granulomas epitelioides não necrotizantes no EBUS. Teve alta do internamento com diagnóstico de Sarcoidose pulmonar tendo sido medicado com corticoide oral que cumpriu durante 1 mês com melhoria sintomática inicial, mas com recorrência de sintomas com desmame tendo-se iniciado metotrexato, com controlo sintomático e com melhoria imagiológica em consulta de reavaliação subsequente. O pulmão é o órgão preferencialmente afetado nos doentes com sarcoidose, embora envolvimento pode ocorrer em qualquer órgão. O seu tratamento baseia-se no uso de corticoide oral (1^ª linha), sendo que outros imunossuppressores como o metotrexato ou a azatioprina estão indicados como segunda linha. O Prognóstico é variável e depende sobretudo do envolvimento órgão.

PO-0063 - (2200) - VASCULITE SISTÊMICA –UM ALERTA VERMELHO

Inês Miranda¹; Kristoffer Brustad¹; Raquel Domingos¹

1 - Hospital Egas Moniz, Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental

Introdução

As vasculites sistêmicas são doenças inflamatórias dos vasos, podendo constituir doença primária ou secundária a outra condição.

Caso clínico

Mulher de 28 anos, enfermeira. Antecedentes de asma brônquica desde a infância de difícil controlo e dermatite atópica.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por febre, tosse produtiva mucopurulenta e odinofagia, tendo sido medicada com antibioterapia durante 7 dias. Ao 6º dia de antibioterapia por manutenção do quadro, aparecimento de exantema no tronco e membros inferiores e artralguas inflamatórias foi novamente avaliada no SU. Objectivaram-se lesões purpúricas nos membros inferiores e sinais inflamatórios ao nível das articulações dolorosas. Do estudo complementar a destacar elevação de parâmetros inflamatórios, radiograma de tórax com hipotransparência no lobo superior direito e TAC de tórax a demonstrar infiltrados bilobares à direita.

Teve alta para a consulta de Medicina Interna, medicada com corticoterapia sistémica.

À reavaliação em consulta (em 4 dias) a destacar sintomas constitucionais, exantema purpúrico nos membros inferiores, epistáxis, melhoria das artralguas e apirexia.

Do estudo complementar realizado destaca-se, etiologia infecciosa e imunológica negativas. TC dos seios perinasais e avaliação pela ORL sem alterações. Reavaliação torácica com melhoria franca.

Em 1 mês verificou-se resolução da sintomatologia e cicatrização das lesões cutâneas, abdicando-se da biópsia, permitindo a descalada da corticoterapia.

Assumi-se provável vasculite pós-infecciosa ou medicamentosa.

Discussão/Conclusão

As vasculites sistêmicas têm manifestação clínica bastante variável. Podem constituir doença grave e rapidamente progressiva, sendo importante uma avaliação cuidada, com a revisão de órgãos e sistemas. É importante estar alerta para sinais de alarme para uma abordagem célere e eficaz, uma vez que a mortalidade sem tratamento é elevada.

PO-0065 - (2306) - EDEMA EM JOVENS: EXPLORANDO A RELAÇÃO COM PODOCITOPATIAS RENAIS

Helena Margarida Silva¹; Tiago João Valente¹; Joana Frias Da Silva¹;
Jorge Almeida¹; Diana Ferrão¹; Filipe Martins¹

1 - ULS São João

INTRODUÇÃO: Edema generalizado pode ser uma manifestação de várias patologias. Em indivíduos jovens é mais comumente causado por síndrome nefrótica, doença renal crónica, insuficiência cardíaca, estados de hipoalbuminemia, doença hepática, gravidez e hipotireoidismo.

CASO CLÍNICO: Apresenta-se o caso de um homem de 34 anos, com obesidade grau I, que recorre ao serviço de urgência por noção de edema periférico e aumento do perímetro abdominal com 4 dias de evolução. Teve um episódio de amigdalite há 40 dias, com 2 tomas de penicilina e AINES. Negou alterações da urina ou outros consumos. Ao exame físico, sem edema peri-orbitário, com edema simétrico e bilateral até à raiz da coxa. Analiticamente com creatinina de 9,39 mg/dL (valor anterior de 0,9mg/dL). Ao exame sumário de urina com leucoeritrocitúria, com presença de cilindros e proteinúria de 10g/L. O estudo imunológico foi negativo, serologias víricas e sífilis negativos. Foi assumido diagnóstico de doença de lesões mínimas, tendo sido realizados 3 pulsos de prednisolona seguidos de prednisolona na dose de 1mg/kg/dia, com melhoria franca do edema (peso 124» 111 kg). Teve melhoria franca da função renal, à data de alta com creatinina de 1,8 mg/dL. O estudo imunológico foi negativo, urina 24h com proteinúria 18,3g/24h, albuminúria de 6g/24h. Realizou biópsia renal, sem hiperplasia mesangial ou endocapilar, sem crescentes, com lesões moderadas de necrose tubular aguda, sem fibrose intersticial ou atrofia tubular valorizável. A microscopia eletrónica com fusão difusa dos pedicelos podocitários, >90%, com membrana basal glomerular difusamente espessada, ligeiro aumento da matriz e esclerose mesangial e da membrana basal glomerular: podocitopatia /lesões mínimas com necrose tubular aguda.

CONCLUSÃO: As podocitopatias afetam os podócitos que, quando danificados ou disfuncionais, criam compromisso da função renal. Estas incluem nefropatia por IgA, síndrome nefrótica, doença de lesões mínimas, glomerulopatia membranosa e glomerulosclerose segmentar e focal (GESF). O tratamento das podocitopatias depende da causa subjacente e pode incluir fármacos imunossupressores, modificação da dieta, controlo da pressão arterial e, em alguns casos, diálise ou transplante renal.

PO-0066 - (2319) - CORAÇÃO NÃO SE SAFOU! ENFARTE MIOCÁRDIO EVOLUÍDO POR ESQUECIMENTO DA MEDICAÇÃO!

Hugo Ventura¹; Ricardo Veiga¹; Beatriz Silva¹; Jéssica Oliveira¹; Sofia Moreira¹; José Fonseca¹; Joana Marques¹; Edite Nascimento¹

1 - Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, E.P.E.

INTRODUÇÃO: O Síndrome Antifosfolipídico (SAF) é uma condição autoimune caracterizada por manifestações clínicas e evidência laboratorial persistente de anticorpos antifosfolipídicos (AAF). O SAF pode ser primário ou secundário a doença autoimune particularmente ao Lúpus Eritematoso Sistémico (LES). A persistência de AAF sem manifestações clínicas (SAF analítico) pode ser fator preditor de evento vascular.

CASO CLÍNICO: Mulher, 40 anos, com antecedentes de hipertensão arterial bem controlada, excesso de peso, Artrite Reumatoide (AR) e LES com atingimento cutâneo e articular, sob terapêutica biológica. Por persistência de Anticoagulante Lúpico e aumento moderado-alto de Anti-B2-glicoproteína IgM em determinações seriadas, considerado alto risco vascular, tendo sido instituída profilaxia primária com Ácido Acetilsalicílico (AAS). Em outubro de 2023, submetida a cirurgia ortopédica ao pé. Suspenso AAS com indicação para retomar após procedimento - não retomou por esquecimento. Assintomática até dezembro quando apresentou dor interescapular com irradiação para ambos os braços, autolimitada. Em janeiro de 2024, por recorrência do quadro e cansaço progressivo, realizou eletrocardiograma com alterações compatíveis com fibrose anterior extensa. Elevação de troponina de alta sensibilidade. Coronariografia com estenose de 90% da artéria descendente anterior (DA) com oclusão por volumoso trombo sem características ateroscleróticas. Ecocardiograma transtorácico com função sistólica severamente deprimida por acinesia das paredes do território da DA e presença de trombo intracavitário. Ressonância Magnética Nuclear confirmou cardiopatia isquémica sem viabilidade da região afetada. Necessidade de suporte aminérgico com melhoria hemodinâmica posterior e perfil decrescente de troponina. Alta sob varfarina para seguimento.

CONCLUSÃO: SAF analítico é uma identidade que deve ser valorizada pelo risco de desenvolvimento de complicações vasculares. A doente, com SAF analítico de alto risco, encontrava-se sob profilaxia primária com antiagregação, o que vai ao encontro das recomendações da European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR). A suspensão do AAS após a cirurgia ortopédica poderá ter contribuído para a gênese do evento vascular. Nos doentes com patologia inflamatória, as dores podem ser desvalorizadas e confundidas com queixas habituais. Admitimos que, neste caso, o enfarte agudo do miocárdico foi um evento vascular enquadrado no SAF, face ao exposto.

PO-0067 - (2416) - NEFRITE INTERSTICIAL AGUDA COM ACIDOSE TUBULAR RENAL DISTAL, EM CONTEXTO DE SÍNDROME DE SJOGREN

Sílvia Ferreira De Oliveira¹; Isabel Viana Novo¹; Rita S.Xavier¹; Olinda Miranda¹; Joana Barros¹; Mário Esteves¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Ave

Introdução: O Síndrome de Sjogren é uma doença autoimune crónica e multissistémica que acomete, principalmente, as glândulas salivares e lacrimais, podendo existir envolvimento pulmonar, neurológico, articular e renal.

Caso-clínico: Mulher, 28 anos, com suspeita de síndrome de Sjogren (a aguardar biópsia de glândula submandibular), episódios de hipocaliémia desde 2022 (não estudados) e com antecedentes familiares de síndrome de Sjogren (mãe). Recorreu ao serviço de urgência por síncope, após quadro de sensação de frio com tremor associado e 2 episódios de dejeções líquidas na semana anterior. Encontrava-se hemodinamicamente estável, documentando-se: hipocaliémia 2.8mg/dL; acidose metabólica hiperclorémica com acidemia e discreto aumento de anion GAP; análise sumária de urina: pH >5.3, leucócitos >500/μL e 100 proteínas; creatinina 1,28mg/dL; ANA 1/640, VS 71mm/h, SSA positivo, RO-52 positiva, SSB negativo e fator reumatóide positivo (383 UI/mL). Assumida nefrite intersticial e acidose tubular renal tipo 1 em provável contexto de Sjogren. Contactada nefrologia. Iniciada prednisolona 60mg e suplementação de bicarbonato e cloreto de potássio. Orientada para consulta externa de Nefrologia. Do estudo efetuado: ecografia renal sem alterações de relevo; biópsia renal (sob corticoterapia) com infiltrado inflamatório linfocitário intersticial, sem dano tubular, embora com alguma tubulite ligeira. Na imunofluorescência com marcação de C3c arteriolar; biópsia de glândula salivar compatível com síndrome de Sjogren primário. Por acidose tubular renal não controlada, iniciou micofenolato de mofetil, com melhoria da hipocaliémia.

Discussão: Existem variadas formas de manifestação de doença renal no síndrome de Sjogren primário e o prognóstico depende do tipo de atingimento renal. Dado o atingimento multissistémico do Síndrome de Sjogren, devemos estar alerta para a patologia renal nestes doentes, de forma a podermos identificá-la e tratá-la precocemente, melhorando o prognóstico e sintomatologia.

PO-0068 - (2481) - ARTERITE TEMPORAL E VASCULITE CEREBRAL APRESENTANDO-SE COM DIPLOPIA E PTOSE: UM CASO CLÍNICO RARO

João Casanova Pinto¹; Beatriz Fernandes¹; Carlos Ramalheira¹; Manuel G. Costa¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida

Introdução

A arterite temporal constitui uma vasculite de grandes vasos que pode condicionar alterações visuais e até mesmo amaurose. A sua apresentação com afecção oculomotora é rara, assim como a sua associação com vasculite intracerebral.

Caso Clínico

Mulher de 62 anos, com dislipidemia, e um quadro de 4 semanas de evolução de cefaleia bitemporal, dor no couro cabeludo, claudicação mandibular e febre esporádica, apresenta-se com diplopia binocular nas 24 h anteriores à admissão. Ao exame físico, constatou-se rigidez à palpação das artérias temporais, ptose da pálpebra superior direita e uma dextro e supravversão do olho direito resultando em diplopia oblíqua. Os pulsos periféricos eram simétricos e o restante exame objectivo era normal.

O estudo laboratorial revelou leucocitose, VS 48 mm/h e PCR 15.99 mg/dL. A angiotomografia cervical e craniana não demonstrou alterações. Prontamente, foi administrado um pulso endovenoso de metilprednisolona 1 g, seguido de um regime diário de prednisolona 40 mg per os. Durante as 2 semanas seguintes, foi efectuado estudo complementar exaustivo. As hemoculturas e o estudo do líquido (incluindo citoquímico, directo e cultural microbiológico, Herpesviridae, auto-imune, bandas oligoclonais) foram normais. A pesquisa de anticorpos anti-nucleares, ANCA, IGRA, VHB, VHC e VIH revelou-se negativa. A RM crânio-encefálica evidenciou focos hiperintensos (T2 FLAIR), bi-hemisféricos de topografia fronto-parietal, compatíveis com vasculite. A biópsia de artéria temporal, efectuada com às 2 semanas sob corticóide, corroborou a fragmentação da camada elástica interna e inflamação crónica, sem células gigantes, todavia. Com 16 pontos segundo os critérios EULAR, foi confirmado o diagnóstico de arterite temporal, com associação intracerebral.

2 semanas após o início da prednisolona, verificou-se melhoria significativa de todos os sintomas. Aos 4 meses de seguimento e actualmente sob esquema de 52 semanas de titulação lenta de corticóide (GiACTA trial), a doente apresenta remissão clínica completa, com resolução da parésia do 3º par craniano direito e normalização dos marcadores inflamatórios (VS 1 mm/h).

Discussão

Apesar de incomum, a diplopia pode manifestar-se em 1-19% dos casos de arterite temporal. A ocorrência da parésia do nervo oculomotor, especialmente associada a ptose, é uma raridade.

Conclusão

Esta miríade sintomática deve ser encarada como uma emergência oftalmológica, levando ao célere início de corticoterapia.

PO-0069 - (2549) - UM CASO DE SÍNDROME PULMÃO-RIM POR VASCULITE ANCA MPO

João Corrêa¹; André Ferreira²; Carolina Ferreira²; Ana Rodrigues²; Andreia Silva²; Miguel Oliveira²; Sérgio Lemos²

1 - Unidade Local de Saúde da Cova da Beira; 2 - Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões

INTRODUÇÃO: As vasculites associadas a anticorpos citoplasmáticos antineutrófilo (ANCA) representam um grupo de doenças raro, com uma incidência de 10-20 casos por milhão de habitantes, que causa inflamação imunomediada de artérias de pequeno calibre. Tipicamente têm um pico de incidência aos 55 anos e afetam o rim e o trato respiratório.

CASO CLÍNICO: Homem, 81 anos, com antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2 sob metformina, hipertensão arterial e hiperuricemia, recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de anorexia, náuseas e vômitos com 8 dias de evolução. No SU, objetivada hipertensão (186/88mmHg), lesão renal aguda não oligúrica (Creatinina 1.12 -> 9.70 mg/dL, Ureia 225mg/dL), anemia (Hb 8.4g/dL) e acidose metabólica compensada.

Durante o internamento evoluiu desfavoravelmente com agravamento de lesão renal, oligúria e hipervolemia, a necessitar de hemodiálise, e verificou-se ainda presença de hematúria microscópica em agravamento, proteinúria nefrótica (3.8g/24h) e alterações sugestivas de hemorragia intra-alveolar em tomografia computadorizada pulmonar, confirmada após broncofibroscopia.

O estudo etiológico documentou apenas a presença de anticorpos ANCA mieloperoxidase (MPO) e, atendendo à apresentação clínica e evolução desfavorável, foi assumido o diagnóstico de Vasculite ANCA com Síndrome Pulmão-Rim. Foi iniciada terapêutica combinada com corticóides e ciclofosfamida, com melhoria da anemia e manifestações pulmonares e normalização do título de ANCA MPO, mas sem evidência de melhoria do atingimento renal mantendo necessidade de hemodiálise aos 2 anos de follow-up.

CONCLUSÃO: Mesmo em faixas etárias mais avançadas, na presença de sinais de glomerulonefrite, e especialmente se doença renal rapidamente progressiva ou envolvimento de outros órgãos típicos, deve-se levantar a suspeita de Vasculite associada a ANCA. A biópsia deve ser realizada sempre que possível, mas não deve atrasar a instituição de terapêutica se elevado índice de suspeição e presença de 'organ/life-threatening disease'. O tratamento recomendado é a combinação de corticoterapia (dose equivalente 1 mg/kg de prednisolona) e ciclofosfamida, podendo o rituximab ser uma alternativa à última.

PO-0070 - (2570) - A 30-YEAR EXPERIENCE IN NEURO-BEHÇET DISEASE

Isabel Fonseca Silva¹; Lénia Silva²; Tomás Fonseca^{3,4}; Luísa Serpa Pinto¹; Bárbara Leal^{4,5}; Paulo Pinho E Costa^{4,5}; Liliana Igreja⁶; Bruno Moreira⁶; Ernestina Santos^{2,4}; Carlos Vasconcelos^{3,4}; António Marinho^{3,4}; João Araújo Correia^{1,3,4}

1 - Internal Medicine Department, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal; 2 - Neurology Department, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal; 3 - Clinical Immunology Unity, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal; 4 - Unit for Multidisciplinary Research in Biomedicine, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal; 5 - Immunogenetic laboratory, Institute for Molecular and Cell Biology, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal; 6 - Neuroradiology Department, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal

Introduction: Behçet disease (BD) is a primary systemic vasculitis, which can involve several organs, with a wide spectrum of severity. The Neuro-Behçet (NB) phenotype is one of the most feared, as it can cause permanent neurological deficit or death.

Objectives: We analyzed our experience in NB between 1993-2023, in a series of BD patients, followed in our Center.

Material and methods: Retrospective clinical, laboratory, neuroradiological and therapy analysis in patients with NB criteria.

Results: Of 300 BD patients, 96 (32%) had a formal neurological evaluation, of which 62 (21%) were classified as NB (29/47% definite and 33/53% probable), according to 2014 international criteria. This NB cohort has 46 (74.2%) women, with a mean age of 36 (± 11.8) years at NB diagnosis.

We identified 44 events - 34 (77%) parenchymal (19 brainstem syndrome, 11 meningoencephalitis, 2 spinal cord syndrome, 2 encephalopathy) and 10 (23%) non-parenchymal (4 ischemic stroke, 2 aseptic meningitis, 2 cerebral venous thrombosis, 2 cerebral aneurysms rupture). Of those, 22 (76%) were monophasic and 7 (29%) relapsed (3 brainstem syndrome recurred, 3 had meningoencephalitis and 1 stroke), with a mean time of 10 (± 9) years to the second event. The definite NB events occurred by the time of BD diagnosis in 13 (45%), after the diagnosis also in 13 (45%) (mean time: 7.3years) and before BD symptoms in 3 (10%) (mean time: 5.7years). In those, cerebrospinal fluid pleocytosis was present in 8/10 samples, and oligoclonal bands were detected in 3/10. In the NB probable group, chronic headaches were detected in 27 (82%), of which 10 (37%) had mild lesions in brain magnetic resonance imaging (MRI).

Globally, the most frequent neurological symptom reported was headache (40/65%), significant cognitive complaints were present in 6 (10%) patients and severe psychiatric disease in 2 (3%). Regarding brain MRI, parenchymal lesions were noticed in 28 (45%) patients (21 in supratentorial cortex and deep white matter, 12 in the brainstem, 4 in basal ganglia), and at the spinal cord in 2 (3%) patients (of 6 MRI). HLA-B*51 allele frequency was significantly higher in NB (38%) compared to the general population (23%) (OR=2.03, 95%CI=1.03–3.99, p=0.04). Corticotherapy was often the acute treatment. Cyclophosphamide was used as a disease-modifying treatment in older cases, and infliximab more recently, with clinical benefit and no relapses.

Discussion and conclusions: The prevalence of NB (20%) in our cohort (77% parenchymal and 23% non-parenchymal) is similar to the previous literature. Opposed to previous publications, there was a female predominance and a high frequency of neurological symptoms preceding the diagnosis of BD. Having the HLA-B*51 allele confers a two-fold higher risk of developing NB compared to the general population. A favorable clinical result is related to the early diagnosis and effective therapy, validating an increasing affirmation of biological therapy with anti-TNF α .

PO-0071 - (2684) - NOT EVERYTHING IS AS IT SEEMS: UNUSUAL INITIAL PRESENTATION OF SYSTEMIC SCLEROSIS

Matilde Vieira Ferreira¹; Maria Eduarda Moniz²; Cláudia C. Sousa²; Carolina Olim²; Catarina Teles Neto²; Carolina Gouveia²; Manuela Lélis²; Teresa Faria²

1 - Serviço de Cardiologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM EPERAM, Funchal, Portugal; 2 - Serviço de Medicina Interna, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM EPERAM, Funchal, Portugal

Introduction: Many clinical displays seen in the Emergency Room(ER) require further investigation, as appearances can be deceiving. Approximately 10-15% of patients with Systemic Sclerosis(SSc) may develop heart involvement, including heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF).

Case Report: We present a case of a 67-year-old female patient with no medical history past-smoker, who presented to the ER with sudden shortness of breath, fatigue, and edema of extremities for 1 week. A transthoracic echocardiogram described “normal global systolic function, dilated right heart cavities with reduced systolic function of the right ventricle and markedly increased pulmonary artery systolic pressure(PSAP) 81 mmHg) with severe Pulmonary Hypertension(PH). Interventricular septum straightening consistent with subacute/acute pulmonary embolism(PE)”. Patient was admitted to the HF Unit for study of new onset HF and PH. Blood tests showed D-dimers 384 and NTproBNP 3841. Chest Computed Tomography Angiography revealed “no signs of PE, but ectasia of the pulmonary trunk, sign of PH. Signs of right-sided hHF with dilation of the right atrium and reflux into the suprahepatic veins”. Thorough Physical examination revealed Raynaud’s phenomenon with a history of ulcers and sausage-like fingers(sclerodactyly), dysphagia and dry eyes and mouth, so SSc was under investigation. Capillaroscopy revealed “microangiopathy with minor nonspecific alterations. Capillary loops with tortuosities and dilations”. Autoimmune study revealed ANA(AC-3 Centromere), Anti-Ro-52 Antibodies(Abs), Anti-Centromere Abs and Anti-CENP A Abs positive; Anti-Scl 70 Abs, Anti-dsDNA Abs and Anti-CCP Abs negative, confirming the diagnosis of SSc.

Discussion: SSc is a chronic autoimmune disease defined by abnormal thickening of the skin and connective tissues. There are two main types of SSc: Limited cutaneous SSc and Diffuse cutaneous SSc, which differ by the extent of skin involvement and severity of internal organ involvement. Treatment typically focuses on managing symptoms and preventing complications. SSc is characterized by its clinical heterogeneity, meaning that it can manifest differently in each individual, making diagnosis and treatment challenging.

Conclusion: In this case, what seemed to be a straightforward decompensated HF was actually masking a SSc causing severe PH, affecting the right heart. Early diagnosis and intervention are crucial for improving outcomes and quality of life.

PO-0072 - (2700) - INSUFICIÊNCIA ADRENAL APÓS ENFARTE BILATERAL DAS GLÂNDULAS SUPRARRENAIS EM DOENTE COM SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDEO

Maria Alexandra Martinho²; Sara Sousa Rodrigues²; Susana Pereira²; Mariana Martinho²; Susana Ventura²; Clara Almeida²; Patrícia Araújo¹

1 - Unidade Local Saúde do Alto Minho; 2 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Introdução

A insuficiência adrenal primária, na sua maioria associada a doença autoimune, pode também ocorrer por enfarte adrenal bilateral (hemorragia ou trombose das veias adrenais). Apesar de raro no Síndrome Antifosfolipídeo (SAF), esta é a complicação endócrina mais comum.

Caso Clínico

Homem, 52 anos. Diagnóstico de SAF em 2002 após trombose venosa profunda ileofemoropoplíteia direita. Hipocoagulado com varfarina desde então. Em 1/2018 internado por SAF catastrófico - atingimento cutâneo (úlceras venosas) e renal (LRA não oligúrica). Iniciou hemodíalise que veio a suspender em 9/2021 por recuperação parcial da função renal (creatinina 3,6mg/dL). A 5/1/2024 recorreu ao SU por dor e edema do membro inferior esquerdo (MIE). Constatados sinais inflamatórios do terço médio da perna esquerda. Análises: leucocitose com neutrofilia, PCR 21.8mg/dL, creatinina 4.8mg/dL, INR >17. Ecografia MIE: achados sugestivos de celulite. Internado na Nefrologia por LRA pré-renal em DRC e celulite do MIE. Foi revertida hipocoagulação com vitamina K (INR 2.35) e iniciada antibioterapia. Manteve terapêutica com varfarina - INR lábil (2.5-4.7). A 14/jan apresentava dor abdominal intensa, localizada nos quadrantes superiores, com irradiação dorsal, com fraca resposta à analgesia. ECG, marcadores de necrose do miocárdio, amilase e lípase normais. Ecografia abdominal sem alterações agudas. No dia seguinte mantinha dor abdominal, náuseas e hipotensão de novo (90/40mmHg). Fez TC abdominal que mostrou enfarte agudo bilateral das suprarrenais. Tinha INR 2.23. Otimizada analgesia e o alvo da hipocoagulação. Iniciou terapêutica para possível insuficiência adrenal sob orientação de Endocrinologia. Alcançado INR alvo de 3.5, com resolução da dor abdominal, melhoria do perfil tensional e recuperação parcial da função renal.

Discussão

Apesar do receio de INR supraterapêuticos e risco hemorrágico associado, o presente caso mostra que não se pode descurar a importância de INR dentro do valor alvo (3.5) em doentes com SAF, dada a elevada probabilidade de complicações trombóticas.

PO-0073 - (2145) - QUANDO O EXECUTAR É MAIS RELEVANTE DO QUE O LEMBRAR - RELATO DE CASO DE DEMÊNCIA VASCULAR

Daniela Olívia Gomes¹; Henrique Cerveira¹; Marta Valentim¹; Jorge Almeida¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: A demência vascular é a segunda entidade mais frequente dos quadros demenciais e a forma mais prevalente de demência secundária, sobretudo na população idosa. O diagnóstico de demência vascular assenta em critérios imagiológicos e clínicos como o comprometimento cognitivo em diversos domínios, incluindo afeição da memória (amnésia) e de um ou mais transtornos cognitivos como afasia, apraxia, agnosia ou disfunção executiva, comprometendo a autonomia prévia.

Caso clínico: Mulher de 60 anos, arquiteta, com diagnóstico de provável Demência de Alzheimer aos 52 anos no Brasil. Apresentava rápida deterioração clínica e cognitiva, heteroagressividade e perda de autonomia crescente, motivando o afastamento da profissão. Admitida em internamento por pielonefrite aguda com disfunção neurológica, optou-se, após estabilização clínica, pelo estudo da demência face à pobre abordagem diagnóstica. No exame neurológico apresentava perda de memória a curto prazo e de funções executivas, bradicinesia global, marcha de pequenos passos arrastada com postura fletida. Pesquisa de serologias víricas e estudo autoimune sem positivities. Na ressonância magnética cerebral constatou-se atrofia temporal mesial bilateral grau III, com gliose de aspeto confluyente nos centros semiovais e mais focal na região da coroa radiada, dos gânglios de base e tálamos, coexistindo lacunas associadas neste último, aspetos traduzindo doença micro-circulatória crónica grau II de Fazekas. Descritos pequenos espaços perivasculares alargados na região dos gânglios da base, configurando éat criblé, um achado imagiológico descrito na presença de alargamento difuso dos espaços de Virchow-Robin nos gânglios da base e no corpo estriado. O eletroencefalograma não demonstrou atividade epileptiforme. Doente com diagnóstico de quadro demencial em contexto de doença vascular.

Discussão/Conclusão: A demência vascular é sugerida na presença da tríade: fatores de risco cerebrovascular, manifestações clínicas de episódios cerebrovasculares prévios e a existência de quadro demencial. Apesar de ser uma entidade clínica conhecida e frequente, o seu diagnóstico é complexo uma vez que a perda de memória recente é uma manifestação pouco característica, assumindo maior relevo clínico a perda progressiva de função executiva. Ainda não existe tratamento específico, os sintomas são controlados como as demais demências, assumindo nesta um papel primordial o controlo dos fatores de risco cardiovasculares.

PO-0074 - (2211) - DOENÇA VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICA SECUNDÁRIA A MENINGITE PNEUMOCÓCICA

Beatriz Fernandes¹; Carlos Anjo¹

1 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução

A meningite bacteriana é uma infecção das leptomeninges e o atingimento do sistema nervoso central (SNC) ocorre por disseminação hematogénea, com ponto de partida habitual na nasofaringe, ou por contiguidade com infecções dos seios perinasais, mastóide ou ouvido. Constitui uma emergência médica, exigindo tratamento imediato. A mortalidade permanece elevada, atingindo 30% na meningite pneumocócica.

Caso clínico

Homem, 20 anos, saudável. Diagnóstico 6 dias antes da admissão de sinusite frontoetmoidomaxilar esquerda medicada com amoxicilina/clavulanato. Após viagem de avião, desenvolveu cefaleia frontotemporal bilateral de intensidade 10/10, fotofobia, dor cervical e febre. Da observação inicial destacava-se sudorese, temperatura 37.6°C e rigidez da nuca.

Realizada punção lombar (PL) com saída de líquido turbido e purulento, com noção de aumento de pressão. Admitindo-se meningite bacteriana, iniciou ceftriaxone, vancomicina e dexametasona.

Nas análises havia aumento de parâmetros inflamatórios e a tomografia computadorizada (TC) do crânio revelou hipodensidades cortico-subcorticais frontal esquerda e parieto-occipitais bilaterais (provável etiologia isquémica), sinusopatia etmoido-maxilar esquerda, ausência de sulcos, e amígdalas cerebelosas que ultrapassavam o plano do forâmen magno.

O exame citoquímico do líquido corroborou a hipótese diagnóstica: proteinorráquia de 1154 mg/dL, >200 000 leucócitos/ μ L, glicorráquia residual (<1 mg/dL). A pesquisa de antígeno *S. pneumoniae* no líquido foi positiva.

Durante a permanência na urgência desenvolveu vômitos, cefaleia refratária a analgesia, letargia e bradicardia.

Perante sinais clínicos e imagiológicos de hipertensão intracraniana e isquémia cerebral, foi transferido para uma Unidade de Cuidados Intensivos.

Foi submetido a craniectomia descompressiva, verificando-se evolução desfavorável, com isquémia cerebral difusa, falecendo alguns dias depois.

Discussão e conclusão

A doença cerebrovascular não é uma complicação incomum da meningite. Esta pode ser consequência de trombose arterial ou venosa, vasculite ou hemorragia, sendo que o prognóstico é pior em doentes com isquémia cerebral.

Perante a suspeita de meningite, a realização de exames complementares, incluindo PL e TC não deve atrasar o tratamento. Este caso pretende sublinhar a importância do diagnóstico e tratamento precoces da meningite bacteriana.

PO-0075 - (2787) - SÍNDROME DE HORNER - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Constante¹; Francisco Belchior¹; Beatriz Afonso¹; Ana Rodrigo Costa¹; Líliliana Torres¹; Lindora Pires¹

1 - Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Horner (SH) é um quadro neurológico que classicamente se apresenta com miose, ptose e anidrose. Resulta de uma lesão ao longo da via simpática de três neurónios com origem no hipotálamo. A etiologia é classificada em função do neurónio afetado.

CASO CLÍNICO: Homem, 45 anos, sem patologias conhecidas. Recorreu à Urgência por quadro de ptose do olho direito e cervicalgia ipsilateral. Referia manipulação recente de elevadas cargas. Objetivamente a destacar ptose e miose do olho direito, sem outras alterações. Analiticamente sem alterações. Tomografia Computorizada Cranioencefálica (CE) com estenose severa da artéria carótida interna (ACI) direita ao longo do segmento cervical, com aspeto afilado com pré-oclusão no segmento intracraniano. Internado no Serviço de Medicina Interna para estudo. Realizou Ressonância Magnética Nuclear CE que identificou afilamento, seguido de oclusão, do segmento cervical proximal da ACI direita e no seu segmento cervical alto, com presença de trombo mural. Ecodoppler Transcraniano revelou sinais de colateralização intracraniana para o território carotídeo direito pelas artérias oftálmica ipsilateral e comunicante anterior, mantendo assimetria das velocidades de fluxo entre os segmentos M1, sendo inferiores à direita. Admitido o diagnóstico de SH de terceira ordem por dissecção da ACI direita. Discutido caso multidisciplinarmente com Neurologia e Neurorradiologia, decidido melhor tratamento médico com dupla antiagregação plaquetária e reavaliação imagiológica ao fim de 1 mês. À data de alta com ptose e miose ligeiras.

DISCUSSÃO: Os autores destacam a importância do reconhecimento precoce da SH no jovem e das suas etiologias como a dissecção da ACI. A abordagem precoce desta patologia e um tratamento adequado são fundamentais, considerando que é uma causa frequente de acidente vascular cerebral isquémico. Associadamente este caso espelha a importância da abordagem multidisciplinar entre especialidades tendo em vista a melhor orientação do doente. A evolução favorável do doente até à alta hospitalar sugere uma resposta adequada ao tratamento instituído.

CONCLUSÃO: A SH representa um quadro cujas causas podem variar de benignas a graves, exigindo uma abordagem metódica para avaliação diagnóstica e terapêutica precoce e adequada de forma a promover a recuperação e prevenção de complicações graves associadas.

PO-0076 - (2290) - PARÉSIA DO OCULOMOTOR, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Miguel Rodrigues¹; Patrícia Ramos Dos Santos¹; Joana Sousa Varela¹; Ana Glória Fonseca¹; Maria Francisca Delerue¹

1 - Hospital Garcia de Orta, Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

A parésia do oculomotor (POM) é causada por uma lesão ao longo do seu trajeto desde o núcleo oculomotor no mesencéfalo até aos músculos extraoculares na órbita. É dividida entre parcial ou completa, e com afeção ou não da pupila. Na POM com afeção da pupila a etiologia mais comum são os aneurismas da artéria comunicante posterior seguida da etiologia microvascular, em até cerca de 30% dos casos.

Homem de 75 anos, antecedentes pessoais de hipertensão arterial sem lesão de órgão alvo, hiperuricemia e neoplasia da próstata tratada. De hábitos a salientar alcoolismo ligeiro a moderado e ex-fumador com carga tabágica de 16 unidades maço-ano. Admitido no serviço de urgência por quadro de diplopia binocular que melhorava com oclusão olho direito. À observação inicial a destacar ptose parcial do olho esquerdo, parésia completa do nervo oculomotor esquerdo, diplopia horizontal e ausência inicial de afeção pupilar. Nos dias seguintes, à reavaliação, verificou-se ptose completa do olho esquerdo e midríase à esquerda com reflexo fotomotor diminuído, mantendo alterações prévias descritas. Do estudo realizado a tomografia axial computadorizada crânio-encefálica com angiografia não demonstrou lesão vascular aguda, presença de aneurismas ou lesões expansivas, holter, ecocardiograma e dopplers sem alterações significativas, dislipidemia com colesterol total 216 e LDL 144 mg/dL, hemoglobina glicada 6.75%, e ressonância magnética encefálica com ligeira leucoencefalopatia microangiopatia crónica sem lesão vascular aguda. Pela apresentação clínica, exame objectivo e achados nos exames complementares chegou-se à conclusão de se tratar mais provavelmente de uma POM com afeção pupilar de etiologia microvascular e iniciou terapêutica para controlo apertado dos fatores de risco vasculares. Reavaliado em consulta após 3 meses com melhoria do quadro clínico.

O diagnóstico atempado e realização de neuroimagem é essencial na abordagem da POM. Nestes casos, a adequada avaliação da pupila pode-nos guiar ao diagnóstico mais provável, no entanto apesar de na etiologia isquémica a pupila ser habitualmente poupada, existem casos descritos de afeção da mesma na etiologia microvascular como é o caso do nosso paciente. Nestes casos os fatores de risco vasculares devem ser cuidadosamente controlados e os pacientes devem ser reavaliados regularmente até resolução do quadro neurológico durante pelo menos 6 meses, devendo realizar-se investigação adicional caso não haja essa melhoria.

PO-0077 - (2294) - OFTALMOPARÉSIA INTERNUCLEAR: IDENTIFICANDO UMA RARA, MAS IMPORTANTE, APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Miguel Simões Rodrigues¹; Patrícia Ramos Dos Santos¹; Joana Sousa Varela¹; Ana Glória Fonseca¹; Maria Francisca Delerue¹

1 - Hospital Garcia de Orta, Unidade Local de Saúde Almada-Seixal

A oftalmoparésia internuclear (OIN) é uma patologia do movimento ocular causada por uma lesão no fascículo longitudinal medial, e é caracterizada por compromisso da adução no olho ipsilateral com nistagmo do olho abductor. Tem como principais etiologias as lesões vasculares e a esclerose múltipla.

Mulher de 60 anos, melanodérmica, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia, incumpridora da terapêutica. Admitida na urgência por quadro de vertigens e diplopia. Ao exame objectivo, salientava-se como positivo, a dextroversão ocular, limitação quase completa da adução do olho esquerdo, com nistagmo horizontal com fase rápida para a direita na abdução do olho direito, diplopia binocular horizontal na dextroversão ocular com desaparecimento da imagem periférica com a oclusão ocular esquerda, e ainda desequilíbrio para a esquerda da marcha em linha. Realizou tomografia axial encefálica, demonstrando apenas leucoencefalopatia microangiopática sem lesão vascular aguda. Internada para vigilância e estudo etiológico. Durante o internamento realizou ecocardiograma e holter de 24 horas sem alterações de relevo, hemoglobina glicada de 13.2%, colesterol total 322 e LDL 174 mg/dL, serologias virais negativas, e dopplers intracraniano e dos vasos do pescoço demonstrando apenas estenose carotídea difusa com má janela temporal para adequada visualização transcraniana. Realizou ressonância magnética (RM) encefálica com angio-RM que documentou enfarte recente em topografia cerebelosa e mesencefálica posterior parassagital esquerda, com estenose da artéria basilar e ausência de preenchimento da origem da artéria cerebelosa superior esquerda. Tendo em conta os achados descritos concluiu tratar-se de um acidente vascular encefálico da circulação posterior com envolvimento cerebeloso e do tronco cerebral (responsável pelo padrão de OIN), tendo iniciado dupla anti agregação plaquetária por 90 dias, seguida de simples ad eternum e também controlo dos restantes factores de risco vasculares.

Este caso clínico demonstra-nos a importância do adequado controlo dos factores de risco vasculares para mitigar a probabilidade de aparecimento de complicações numa fase precoce da vida. É, ainda, importante estar atento às pequenas alterações neurológicas e o conhecimento de neuroanatomia para reconhecimento atempado das diferentes apresentações clínicas das lesões vasculares presentes na circulação posterior.

PO-0078 - (2314) - MIASTENIA GRAVIS COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE UM TIMOMA

Adriana Henriques¹; Isabel Correia¹; Ana Isabel Rodrigues²; Ana Rita Ramalho¹; Ana Patrícia Coimbra¹; Regina Costa¹; David Sousa¹; Diana Ferreira¹; João Pina Cabral¹; Lèlita Santos¹; Jandira Lima¹

1 - ULSCoimbra - centro hospitalar e unversitário de coimbra; 2 - Centro Hospitalar de Leiria

Introdução:A miastenia gravis (MG) é uma doença neuromuscular autoimune caracterizada por fraqueza muscular flutuante que pode envolver os músculos oculares, bulbares, membros e/ou respiratórios. Pode apresentar-se como uma manifestação paraneoplásica, afetando até 50% dos doentes com timoma. Contudo, apenas 10% dos doentes com MG apresentam timoma associado ou, mais raramente, carcinoma tímico.

Caso clínico: Sexo feminino, 70 anos, recorreu ao serviço de urgência (SU) por diminuição da força muscular dos membros inferiores com 1 mês de evolução, de agravamento progressivo, ptose palpebral, disfagia e disartria com 15 dias de evolução e diminuição súbita da força muscular dos membros superiores e pescoço. Referia episódio de ptose palpebral bilateral há cerca de 1 ano, seguida de recuperação gradual. À admissão no SU apresentava-se consciente, orientada e colaborante, com parâmetros hemodinâmicos estáveis, apirética e com saturação de O₂ normal, disartria moderada, ptose palpebral bilateral com fatigabilidade, tetraparésia grau 4-, com fatigabilidade e fraqueza muscular grau 4- na flexão do pescoço. Dos antecedentes pessoais destaca-se hipertensão arterial e dislipidémia. Com o objetivo de investigar a etiologia destes sintomas foram realizados exames complementares de diagnóstico. A gasimetria evidenciava insuficiência respiratória hipoxémica. O estudo analítico, radiografia pulmonar e eletrocardiograma não tinham alterações. Era portadora de electromiograma que evidenciava alterações compatíveis com doença da transmissão neuromuscular do tipo miasténico. Assim, foi internada cumprindo 5 dias de imunoglobulinas IV - 25 g/dia e corticoterapia com recuperação quase total dos défices. Foram realizados exames complementares para estudo etiológico da crise miasténica de novo tendo sido identificado um timoma. Foi orientado para cirurgia cardiotorácica, a aguardar intervenção cirúrgica.

Discussão: O tratamento definitivo do timoma está indicado em todos os doentes com MG, independentemente do doseamento de anticorpos e do tipo de miastenia. Doentes com MG secundária a um timoma tendem a apresentar défices neurológicos de maior gravidade e a resposta à timectomia é inferior aos que não apresentam timoma. Apesar de rara, a neoplasia tímica deve ser sempre equacionada em doentes com crise miasténica de novo. O caso clínico apresentado salienta assim a importância de um diagnóstico preciso e de um tratamento atempado como fatores preditores para um prognóstico favorável.

PO-0079 - (2614) - UMA HISTÓRIA DIFÍCIL DE CONTAR

Sandra Suescún Sepúlveda¹; Ana Rita Rocha¹; Sara Sousa Carvalho¹; Monica Spencer¹; Patricia Serpa Soares¹; Catarina Serafim¹; Pedro Costa¹

1 - ULSBA Baixo Alentejo, Hospital José Joaquim Fernandes

INTRODUÇÃO

As infecções do sistema nervoso central por *Mycobacterium tuberculosis* englobam a meningite, o tuberculoma, a aracnoidite e a mielite transversa. São mais frequentes em doentes imunossuprimidos, particularmente com infecção VIH.

CASO CLÍNICO

Descreve-se o caso de um homem de 64 anos, com antecedentes de défice cognitivo ligeiro pós-meningite na infância, hiperplasia benigna da próstata e infecções urinárias “de repetição”, admitido no Serviço de Urgência por febre e prostração.

Não fornecia história e apresentava-se febril e com dor hipogástrica. Analiticamente com PCR elevada e lesão renal aguda. Foi internado com o diagnóstico de infecção urinária, sob ciprofloxacina. Evoluiu com febre mantida e agravamento progressivo do estado de consciência (Glasgow Coma Scale 8), pelo que realizou tomografia computadorizada crânio encefálica com suspeita de hidrocefalia activa de predomínio supratentorial, e punção lombar com pressão normal, pleocitose mononuclear (96% de 313 células), proteínas 530mg/dL e glicose 17g/dL. Após discussão com Neurologia e Neurocirurgia iniciou ceftriaxone, vancomicina e dexametasona. Ex. bacteriológico e VDRL no liquor negativos, pelo que suspendeu antibióticos e iniciou antibacilares na suspeita de meningite tuberculosa. Realizou ainda pesquisa VIH negativa, TC torácica com suspeita de envolvimento pulmonar e broncofibroscopia com lavado broncoalveolar. Apesar da terapêutica instituída, o doente evoluiu desfavoravelmente com múltiplas intercorrências infecciosas, e faleceu ao 65.º dia de internamento. Obtiveram-se resultados post mortem dos exames culturais micobacteriológicos do líquido cefalorraquidiano e lavado broncoalveolar, com detecção de *M. tuberculosis* multissensível.

DISCUSSÃO

Neste caso destacou-se a dificuldade na obtenção de uma história clínica detalhada, atendendo aos antecedentes cognitivos do doente, e o provável de tempo de evolução prolongado à data do diagnóstico. A presença precoce de hidrocefalia foi também um sinal de mau prognóstico.

CONCLUSÃO

Apesar de infrequente, e com apresentação clínica inespecífica, a tuberculose meníngea é um diagnóstico a ponderar, pois a instituição atempada de terapêutica está directamente relacionada com o outcome final.

PO-0080 - (2624) - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E ESTUDO ETIOLÓGICO - MECANISMOS CONCORRENTES

Joana Pereira¹; Mónica Amado¹; Carolina Fernandes¹; Lueji Gumbe¹; Ana Ponciano¹; Tiago Seco¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma importante causa de morte e morbidade, sendo essencial efetuar o respetivo estudo etiológico. Existem vários fatores contribuidores para a ocorrência de AVC, entre elas condições cardíacas.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, 77 anos, com antecedentes de AVC isquémico em 2019 de provável etiologia cardioembólica, insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, cardiopatia de fenótipo hipertrófico assimétrico (ecocardiograma de 2020), fibrilação auricular (FA) paroxística anticoagulada, diabetes mellitus tipo2, hipertensão arterial. Antecedentes familiares a destacar: morte paterna aos 65 anos e materna aos 60 anos por AVC, o irmão faleceu subitamente aos 18 anos de causa cardíaca não especificada. Recorreu ao Serviço de Urgência por paralisia facial direita, disartria, afasia mista de predomínio de expressão grave e discreta parésia dos membros à direita. Realizou tomografia computadorizada (TC) que confirmou o diagnóstico de AVC com isquémia recente na região frontoparietal esquerda e várias sequelas vasculares. Durante o internamento realizou ecocardiograma transtorácico que destacou hipertrofia severa do Septo IntraVentricular (SIV), ápex e segmentos médios apicais, miocárdio brilhante e de aspeto granuloso, fração de ejeção normal e com movimento anómalo do SIV. Para esclarecimento destas alterações realizou estudo, a destacar imunofixação sérica e urinária que não detetaram pico monoclonal, IGRA negativo, ECA que se encontrava dentro dos valores de referência e cintigrafia cardíaca que demonstrou que não existia evidência de captação miocárdica anómala sugestiva de amiloidose cardíaca associada a TTR. Foi pedido painel de teste genético para miocardiopatia hipertrófica que se encontra pendente.

Discussão e Conclusão: O caso clínico refere-se a uma doente com história de AVC de etiologia cardioembólica pela FA, que, anticoagulada tem recorrência de AVC também de provável causa cardioembólica. Como fatores contribuintes realça-se a FA e as alterações ecocardiográficas - provável miocardiopatia hipertrófica. Doentes com miocardiopatia hipertrófica têm maior risco de AVC, principalmente se FA concomitante. Neste contexto, salienta-se a importância de estratificar os doentes com maior risco de eventos, relembrando que no estudo etiológico do AVC é possível encontrar vários mecanismos etiológicos que podem ser concorrentes entre si.

PO-0081 - (2706) - DO DEPÓSITO AO DANO: ANGIOPATIA AMILÓIDE CEREBRAL

Sofia Teixeira¹; Pedro Silva Rodrigues¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: A angiopatia amilóide cerebral é uma forma comum de doença de pequenos vasos causada pela deposição progressiva de β -amilóide nas paredes dos vasos leptomeníngeos e corticais, fragilizando-os. A principal manifestação clínica é a hemorragia intracerebral aguda de localização cortical ou subcortical relacionada com a deposição de depósitos amilóides que privilegiam essa localização.

Caso Clínico: H, 78 anos, com múltiplos fatores de risco CV, doença cerebrovascular (AVC em 2022) e com FA hipocoagulado com apixabano 5mg recorre ao hospital devido a 2 episódios de queda não presenciados, com perda de continência urinária, sem memória para o sucedido. Noção da esposa de maior confusão e lentificação, com alternância entre apatia e heteroagressividade. Apresentava mordedura da língua e mioclonias oculares (que cessaram após 10 mg de diazepam). No TAC CE verifica-se a existência de uma área focal espontaneamente hiperdensa frontal anterior esquerda de natureza imprecisa. Durante o internamento surgem novos défices neurológicos (disartria, hemiparésia facial direita e plegia ipsilateral). Faz RMN cerebral onde eram evidentes lesões hemorrágicas no hemisfério cerebral esquerdo, intercetando planos corticosubcorticais, deposição hemática subaracnoideia direita e lesão sequelar a hemorragia cortico-subcortical parietoccipital traduzida por cavitação com deposição de hemossiderina à periferia. Múltiplos focos microhemorrágicos de predomínio subcortical e siderose cortical superficial, no estudo de susceptibilidade magnética. Neste contexto surgem novas crises epiléticas com início focal (membros superiores) e algumas com generalização secundária, sem recuperação da consciência entre crises, assumido por isso, estado de mal epilético.

Discussão: A presença de AAC deve ser uma hipótese em indivíduos com mais de 50 anos com hemorragia intracerebral e/ ou alterações da substância branca na RM cerebral, na ausência de uma causa alternativa. Apesar do diagnóstico definitivo ser feito apenas postmortem, o diagnóstico provável pode ser feito através das manifestações clínicas e dos achados mais comuns na RM cerebral, atendendo aos critérios de Boston 2.0.

Conclusão : Apesar de ser uma patologia frequente em indivíduos idosos, o diagnóstico clínico é desafiante. A apresentação varia de acordo com a região afetada e o tamanho das lesões, num espectro que vai desde a presença de défices neurológicos focais isolados até à alteração do estado de consciência.

PO-0082 - (4152) - ARRIVING LATE TO THE PARTY – MOYA-MOYA ANGIOPATHY AS THE CAUSE OF HEMORRHAGIC STROKE IN AN ELDERLY PATIENT

Olga Capontes^{1,2}; Ana Sofia Lopes Coelho³; Sara Nunes Gomes¹; Carolina Barros¹; Hugo Mota Dória³; José Franco³; Lino Nóbrega¹; Mariana Martins¹; Patrício Freitas¹; Pedro Freitas¹; Tiago Esteves Freitas¹

1 - Unidade AVC, Hospital Central do Funchal - SESARAM; 2 - Hospital Egas Moniz, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE; 3 - Unidade de Neurorradiologia, Hospital Central do Funchal - SESARAM

INTRODUCTION: Hemorrhagic strokes represent a minority of patients admitted to Stroke Units (SU) but account for high mortality and morbidity rates. Moya-Moya angiopathy (MMA) is a rare etiology, yet increasingly diagnosed in the elder adults. This condition is characterized by progressive stenosis of the internal carotid arteries and its tributaries and the formation of a compensatory network of fragile vessels.

CLINICAL CASE: A 60-year-old woman was admitted to the emergency department with headache and right-sided weakness starting 48 hours before admission, following a lipothymia episode. No trauma was reported. Initial assessment confirmed a right-sided sensorimotor deficit, predominantly in the upper limb and slightly elevated blood pressure. The remaining physical examination was unremarkable. The brain CT-scan revealed a left fronto-parietal hematoma, bilateral subarachnoid hemorrhage and a thin subdural hematoma. The initial diagnostic hypothesis was an hypertensive hemorrhagic stroke and the patient was admitted to the SU for monitoring and further investigation. Atherosclerotic risk factors such as diabetes and dyslipidemia were excluded. MRI revealed the occlusion of both internal carotid arteries, with poor filling of the anterior, medial and posterior cerebral arteries, associated with an extensive leptomeningeal network originating mainly from the external carotid and vertebral arteries. These findings suggested an end-stage MMA, later confirmed by the angiography (Suzuki Stage VI). Due to the stage of the disease, revascularization treatment was not pursued.

DISCUSSION: The prevalence of asymptomatic patients with MMA may exceed previous estimates, leading to diagnoses beyond the classical peak. Intracerebral hemorrhage (ICH) as the inaugural manifestation of MMA is rarer than ischemic events, but in adults over 40 years-old it occurs more frequently. Consider MMA in patients lacking typical primary ICH risk factors that present with hemorrhage in brain regions supplied by small vessels that branch from the Circle of Willis.

CONCLUSION: This case describes an unusual presentation of a rare condition. With the aging population and the improved diagnostic techniques, MMA is increasingly diagnosed in the elderly. Therapeutical options in this age group remain limited, warranting further research on natural course and treatment outcomes.

PO-0083 - (2878) - MIELITE TRANSVERSA, UM DIAGNÓSTICO POUCO FREQUENTE A CONSIDERAR

Ana Jorge Martins¹; Daniela Maurício¹; Dilva Silva¹; Lèlita Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde de Coimbra, Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A mielite transversa (MT) é uma inflamação da medula espinhal, geralmente de vários segmentos vertebrais, pouco frequente, com incidência estimada de 1,34-4,6 por milhão/ano. Manifesta-se com défices motores, sensitivos e/ou autonómicos agudos ou subagudos, associados a alterações na ressonância magnética (RM) e no líquido cefalorraquidiano (LCR) e no pleocitose (mononucleares) e elevação de IgG ou bandas oligoclonais.

Caso clínico: Mulher, 73 anos, medicada há 1 mês com deflazacorte 22,5mg por presumível polimialgia reumática (PR), sem melhoria. Foi internada por gastroenterite aguda, resolvida com o tratamento instituído. Já no internamento apurou-se haver quadro de dores osteoarticulares generalizadas com 6 meses de evolução, diminuição progressiva da força muscular nos membros inferiores (MI) e incontinência urinária e fecal súbitas com 1,5 meses de evolução. Objetivou-se paraparésia assimétrica e hipostesia dos MI, agravada à direita. Realizou TC da coluna lombar que mostrou alterações degenerativas sem compromisso radicular ou medular. A RM revelou hipersinal T2 e STIR do cone medular moderadamente expandido, e hipótese de fístula dural arteriovenosa, excluída após angiografia. A punção lombar (PL) mostrou pleocitose à custa de mononucleares (128/mm³), proteinorráquia (153mg/dL) e bandas oligoclonais positivas. Assim, apresentava critérios compatíveis com MT longitudinalmente extensa com atingimento do cone medular. Paralelamente, foi realizado estudo complementar, analítico (incluindo LCR) e imagiológico, para pesquisa de causas infecciosas, autoimunes, neoplásicas, metabólicas e défices vitamínicos, com resultados negativos à exceção de tuberculose latente para a qual iniciou tratamento. Fez 5 dias de metilprednisolona 1g e plasmáferese, ambos sem melhoria. Iniciou programa de reabilitação. Realizou PL, RM medular e PET de reavaliação, mantendo alterações compatíveis com mielite. Mantém seguimento em consulta de Neurologia.

Discussão: Descrevemos um caso de MT ainda de etiologia indeterminada, inicialmente interpretado como PR. 15-30% das MT são idiopáticas, sendo múltiplas as causas secundárias (pós-infecciosa e infecciosa, autoimune, desmielinizante, paraneoplásica, tóxica). O seu diagnóstico diferencial é também extenso, incluindo doenças vasculares, traumáticas, inflamatórias, neoplásicas, tóxicas, metabólicas.

Conclusão: A MT deve ser considerada na abordagem de sintomas neurológicos compatíveis, sendo um desafio diagnóstico e etiológico.

PO-0084 - (4472) - IMPORTÂNCIA DO EXAME NEUROLÓGICO NA AVALIAÇÃO DO DÉFICE DE FORÇA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Artur Santos¹; Liliana Pedro¹; Carolina Martins¹; Beatriz Querido¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital Terras do Infante

Introdução: O exame neurológico sumário (ENS) permite identificar lesões neurológicas, assim como distinguir lesão de primeiro ou segundo neurónio motor. Na lesão de primeiro neurónio, o doente pode apresentar clonus, aumento do tónus e dos reflexos tendinosos profundos e reflexo cutâneo plantar em extensão (sinal de Babinski). A lesão de segundo neurónio apresenta uma atrofia muscular mais severa, fasciculações, tónus e reflexos diminuídos ou abolidos e reflexo cutâneo plantar em flexão. O ENS deve ser sempre utilizado na avaliação de défices de força no serviço de urgência.

Caso clínico: Homem, 76 anos, previamente autónomo, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus 2, obesidade, alcoolismo (5 meses de abstinência) e ex-fumador há 50 anos.

Recorre ao serviço de urgência por queda da própria altura, com dor na anca e joelho do membro inferior direito, rotação externa da perna e parestesias no pé. Histórico de quedas recentes, diminuição da força dos membros inferiores assimétrica, mais acentuada à direita, com limitação funcional da marcha e recurso a auxiliador da marcha. Perda ponderal de 20kg com 2 meses de evolução.

Sem sinais de fratura no raio-x da anca. Após analgesia, mantinha déficit de força assimétrico, excluindo limitação por componente algico. Ao exame físico, laxidez e hiper mobilidade rotuliana e sem alterações vasculares. Ao ENS apresentava força 2/5 no membro inferior direito, 5/5 no contralateral, sem alteração dos reflexos rotulianos, mas com sinal de Babinski positivo à direita e dúvida à esquerda.

Pedida TC coluna lombar por suspeita de compromisso medular dado sinal de primeiro neurónio, que relata metástases ósseas. O doente é internado para estudo de tumor primário, com diagnóstico posterior de Neoplasia da Próstata.

Conclusão: Apesar da história de queda, a gonalgia apresentada pelo doente devia-se a um Síndrome Femoro-Patelar, com compensação da marcha e dor referida na anca. Um déficit de força assimétrico pode ser explicado por uma causa musculoesquelética, por norma com componente algica associada, mas também neurológica ou vascular. Com um reflexo cutâneo plantar em extensão, era sugestiva uma lesão de primeiro neurónio que poderia indicar uma possível lesão medular. Este caso demonstra a importância do exame físico e principalmente do exame neurológico na avaliação de um doente com déficit de força no serviço de urgência.

PO-0085 - (2086) - REDUÇÃO DE INTERNAMENTOS POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA APÓS DOIS ANOS DE SEGUIMENTO

Maria Eduarda Moniz¹; Cláudia Sousa¹; Matide Ferreira¹; Luís Santos¹; Manuela Lélis¹; Catarina Neto¹; Bela Machado¹; Carolina Gouveia¹; Teresa Faria¹

1 - sesaram

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) caracteriza-se por uma síndrome clínica complexa cuja incidência e prevalência têm vindo a aumentar, paralelamente ao maior envelhecimento da população. Atualmente constitui uma das principais causas de internamento em Portugal. Um doente com IC internado mantém elevadas taxas de readmissão hospitalar e de mortalidade.

Objetivo: Este estudo tem como objetivo avaliar o quanto o seguimento de doentes com IC em consulta especializada influenciou readmissões hospitalares. Assim, comparámos os números de internamentos dos doentes observados antes e após serem seguidos na nossa consulta, em períodos homólogos.

Material e Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo com uma amostra de 140 doentes, admitidos entre Outubro de 2021 e Dezembro de 2023, observados em consulta. Apresentavam idade média de 66.0 anos, a maior parte do sexo masculino (57.9%). A principal causa de IC presente era a isquémica (29.3%), em segundo a hipertensiva (19.3%) e, em terceiro, a alcoólica (15.0%). Relativamente à fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), a maioria destes doentes apresentavam à admissão uma FEVE reduzida (44.3%), seguida de FEVE preservada (30.0%) e, por último, FEVE ligeiramente reduzida (25.7%).

Resultados: Neste estudo verificou-se uma redução dos internamentos após 1, 3, 6, 12 e 24 meses de seguimento, com percentagens de redução de 81.6%, 74.7%, 63.4%, 66.7% e 44.4%, respetivamente, face aos períodos homólogos prévios.

Conclusões: Após o início do seguimento de doentes com IC em consulta especializada, verificou-se uma redução das admissões hospitalares face ao mesmo período previamente à consulta. Isto denota o impacto positivo da otimização terapêutica e seguimento regular destes doentes na evolução da IC.

PO-0086 - (2273) - ENDOCARDITE OCULTA: LIÇÕES DIANTE DA APARENTE NORMALIDADE

João Faia¹; José Miguel Martins¹; Carolina Morgado¹; Ana Sofia Martins¹; Beatriz Pinheiro¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) corresponde a uma infeção do endocárdio, acometendo normalmente válvulas cardíacas ou dispositivos intracardíacos. Dentro dos fatores de risco destacam-se história de patologia valvular ou cardiopatia congénita, consumo de drogas endovenosas, uso de cateteres endovenosos, entre outros.

Caso Clínico

Doente de 62 anos, sexo masculino. Antecedentes de perturbação de ansiedade, dislipidemia, estenose aórtica severa e síndrome de Heyde, este último condicionando internamento na semana anterior por anemia ferripriva com necessidade transfusional. Durante o mesmo internamento, apresentou como intercorrência tromboflebite da veia basílica esquerda medicada com flucloxacilina 500 mg de 6 em 6 horas. De medicação habitual escitalopram e sinvastatina + ezetimibe.

Recorre ao serviço de urgência por queixas de astenia para pequenos esforços com uma semana de evolução. Sem outra sintomatologia. Exame objetivo sem achados de relevo e com resolução da tromboflebite. Análises com novo agravamento da anemia de características hiperproliferativas. (hemoglobina de 5,7 mg/dL, índice de produção reticulocitária 2.17). Realizado endoscopia alta com tratamento de angiectasia gástrica sangrante com árgon-plasma.

Internado para vigilância e estabilização. Durante o internamento quadro de febre e evidência de bacteriemia a *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, abordada com vancomicina. Perante todos os achados, realizou ecocardiograma transesofágico (ETE) com presença de válvula aórtica (VA) bicúspide sem achados compatíveis com endocardite. Realizada tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, sem alterações de relevo. Por manutenção de febre realizada tomografia por emissão de positrões (PET-TC) com 18F-FDG com focos de hipercaptação a nível da válvula aórtica, levantando a suspeita de EI. Repetiu ETE demonstrando destruição da VA e fístula entre o lúmen aórtico e câmara de saída do ventrículo esquerdo. Assumida EI, mantida antibioterapia e transferido posteriormente para cirurgia cardíaca para cirurgia de substituição valvular, sem intercorrências e com evolução clínica posterior favorável.

Discussão e Conclusões

O presente caso destaca a importância da repetição do ETE, nos doentes cujo exame ecocardiográfico inicial seja negativo, mas exista manutenção da suspeita clínica. Além disso, salienta-se a importância de novas modalidades de imagem, como a PET-TC e a tomografia cardíaca, no diagnóstico desta patologia.

PO-0087 - (2275) - HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA: NEM TUDO É ESSENCIAL

Rodrigo Neves Brandão¹; Maria Carolina Silva¹; Ana Rita Tomás¹; Anna Sukhoviyy¹; Daniela Madeira¹; Teresa Branco¹

1 - Hospital Fernando Fonseca

Introdução: A Hipertensão arterial (HTA) é o fator de risco vascular mais prevalente a nível mundial e, segundo a Organização Mundial da Saúde, afeta cerca de 1.28 mil milhões de pessoas entre os 30 e os 79 anos. Apesar da HTA essencial ser a principal causa, pensa-se que 10% dos doentes hipertensos tenham HTA secundária. Dez por cento destes últimos são causados por doença renovascular, como a aterosclerose (em 10% dos casos) e a displasia fibromuscular (DFM), em 5% dos casos. A DFM é uma doença não inflamatória e não aterosclerótica que conduz à estenose arterial, existindo 2 subtipos: DFM focal e DFM multifocal.

Caso Clínico: Mulher guineense de 33 anos, sem história médica pregressa conhecida, encaminhada para a consulta dedicada de HTA por HTA grau 3, objetivada em internamento de Infeciologia por diagnóstico inaugural de hepatite B. Por perfil tensional não controlado, com múltiplas idas ao Serviço de Urgência por crise hipertensiva, foi necessário titular terapêutica até seis classes farmacológicas, sem nunca se conseguir um adequado controlo tensional. Por suspeita de HTA secundária, realizou tomografia computadorizada abdomino-pélvica que demonstrou estenose distal da artéria renal esquerda de cerca de 75% do vaso sem placas ateroscleróticas, não tendo sido possível realizar estudo do eixo renina-angiotensina-aldosterona e metanefrinas, dado o mau controlo tensional.

Discussão: Deste modo, foi assumido o diagnóstico de estenose grave da artéria renal esquerda a condicionar HTA secundária, provavelmente por DFM focal, tendo em conta o sexo feminino, idade jovem e características da estenose. A doente foi submetida a angioplastia com colocação de stent com o objetivo de preservação da função renal e controlo tensional não atingido com terapêutica médica otimizada bem como desejo de engravidar. Posteriormente, na consulta de HTA de seguimento, apresentou valores tensionais médios de 130/100 mmHg, estando medicada apenas com dois anti-hipertensores.

Conclusão: Este caso realça a necessidade de um alto índice de suspeição para as causas de HTA secundária, especialmente em doentes jovens e com valores significativamente elevados de pressão arterial (PA) e/ou de difícil controlo. Importa ainda destacar o sucesso terapêutico obtido com o tratamento endovascular, que resultou numa diminuição considerável dos valores de PA e preservação da função renal.

PO-0088 - (2377) - HIPERTENSÃO PULMONAR, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Margarida Soares Resendes Margarida Resendes¹; Margarida Midões Almeida¹; João Faia¹; Ana Corte Real¹; Flávio G. Pereira¹; Susana Cavadas¹

1 - Centro Hospitalar do Baixo Vouga

INTRODUÇÃO: A Hipertensão Pulmonar (HTP) pode ter múltiplas etiologias, sendo a Esclerose Sistémica uma delas. Trata-se de uma patologia com evolução progressiva e fatal se não diagnosticada precocemente e tratada.

CASO CLÍNICO: Mulher, 78 anos, com antecedentes de dislipidemia e HTA, recorre ao SU por dispneia para pequenos esforços com cerca de 1 ano de evolução, com agravamento progressivo e perda ponderal associada. A doente não apresentava alterações cutâneas, disfagia e não foi objetivado fenómeno de Raynaud, mas referia episódios pontuais de parestesias nos dedos das mãos. No exame objetivo apresentava ritmo cardíaco regular, hiperfonese de S2, sem sopros, murmúrio vesicular mantido com roncocal na base esquerda, crepitações dispersas e ligeiros edemas bialeolares. O ECG tinha sinais de sobrecarga ventricular direita. Analiticamente com Hg 13.4g/dL; leucócitos $9.7 \times 10^9/L$; creatinina 1.22 mg/dL; LDH 427 U/L (HB, CREAT) sem outras alterações de relevo. TC tórax com aumento do calibre da artéria pulmonar de 40 mm sugestivo de HTP. Foi internada para esclarecimento etiológico. Fez ETT que revelou fração de ejeção de 53%, dilatação do ventrículo direito com depressão da função sistólica, insuficiência tricúspide severa e PSAP de 83 mmHg e ligeira dilatação da artéria Pulmonar confirmado por ETE; Cintigrafia ventilação/perfusão pulmonar que excluiu TEP; Anticorpos anti centrómero A e B, AMA- MP2, AMA BPO positivo; Sp100 positivos e Scl 70 negativo; o que permitiu o diagnóstico de Esclerose Sistémica. No internamento apresentou agravamento da insuficiência respiratória e hiperlactacidemia condicionada por FA de novo com RVR. Transferida para UCIC onde fez cardioversão elétrica com posterior choque refratário tendo sido transferida para a UTICA onde acabou por falecer.

CONCLUSÃO: A HTP é uma complicação frequente da Esclerose Sistémica sendo uma das principais causas de morte. Esta última doença na sua maioria enquadra-se na HTP do grupo 1 (arterial), mas pode ser enquadrada no grupo 3 (por doença pulmonar intersticial) ou 2 (patologia cardíaca). A HTP deve ser identificada o mais precocemente possível de forma a prevenir o desenvolvimento de insuficiência cardíaca direita.

PO-0089 - (2484) - PLATIPNEIA ORTODEOXIA

Rita Menezes Azevedo¹; Sara Henriques¹; Ana Sofia Silva¹; João Luís Miranda¹; Lígia Santos¹; Pedro Oliveira¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho

A platipneia-ortodeoxia é uma síndrome rara caracterizada por dessaturação e dispneia em ortostatismo que melhoram em decúbito. Ocorre em várias condições clínicas que envolvem shunt pulmonar (como a síndrome hepatopulmonar) ou intracardíaco (como o foramen ovale patente e outras malformações do septo interauricular) associado a um componente funcional que agrava o shunt em ortostatismo. O tratamento depende da causa.

Doente do sexo feminino, 77 anos, autónoma, seguida na Consulta Externa de Medicina Interna (MI) por insuficiência cardíaca de etiologia valvular, com valve-in-valve aórtica por estenose aórtica em contexto de bicuspidia, e dislipidemia. Durante consulta de rotina foi objetivada dessaturação de 82% em ar ambiente, apesar de doente totalmente assintomática do foro respiratório, tendo sido realizada gasimetria arterial, com insuficiência respiratória tipo 1 grave (pH 7.48, pO₂ 42.3 mmHg, pCO₂ 35.1 mmHg, HCO₃⁻ 26.8 mmol/L, ratio pO₂/FiO₂ 201). Foi enviada ao Serviço de Urgência (SU). À admissão, sem alterações de relevo ao exame objetivo, exceto auscultação cardíaca com sons protésicos no foco aórtico. Analiticamente sem alterações, vírus respiratórios negativos. AngioTC torácico sem alterações. Realizada gasimetria arterial em decúbito a 0° com O₂ suplementar a 4 L/min por cânula nasal, com melhoria da insuficiência respiratória (pH 7.42, paO₂ 87.8mmHg, paCO₂ 40.4mmHg, HCO₃⁻ 26.1mmol/L, ratio pO₂/FiO₂ 243). Realizou ecocardiograma transtorácico sumário, não se observando shunt intracardíaco; no entanto, pela alta suspeita clínica, realizado ecocardiograma transesofágico, que mostrou septo interauricular aneurismático, com marcado abaulamento para a aurícula esquerda e ampla abertura de foramen ovale, com shunt predominantemente direito-esquerdo. Ficou internada no Serviço de MI. Realizou encerramento de FOP durante o internamento, após o qual foi possível realizar desmame progressivo de O₂ suplementar, sem intercorrências e com SatO₂ 96% em ar ambiente. Teve alta com indicação para dupla antiagregação plaquetária durante 1 mês e posteriormente manter aspirina pelo menos 6 meses. Manteve seguimento em consulta de MI, sem intercorrências desde o internamento.

O presente caso expõe uma situação rara da prática clínica, que exige alta suspeição para que o diagnóstico seja possível, mostrando a importância da realização de um exame objetivo completo e abrangente.

PO-0090 - (2520) - SÍNDROME DE ROUBO DA SUBCLÁVIA: A IMPORTÂNCIA DA SEMIOLOGIA MÉDICA

Isabel Viana Novo¹; Filipa Guedes¹; Alexandra Silva Azevedo¹; Alice Pinheiro¹; Carla Melo¹; Mário Esteves¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Ave, EPE

Síndrome de Roubo da Artéria Subclávia (SRAS) refere-se à inversão do fluxo sanguíneo na artéria vertebral ipsilateral, resultante de uma lesão hemodinamicamente significativa localizada proximalmente à sua origem ou ao nível do tronco braquiocefálico. A aterosclerose afigura-se como a principal causa. Apesar de frequentemente assintomática, pode desencadear sintomas variáveis em função dos territórios afetados. O diagnóstico definitivo é imagiológico, mas as alterações ao exame objetivo são fortemente sugestivas, nomeadamente um diferencial tensional >15mmHg entre os membros superiores.

Homem de 71 anos, fumador, com fatores de risco cardiovascular (FRCV), a destacar dislipidemia, hipertensão arterial (HTA) e AVC isquémico. É encaminhado para a consulta externa de Medicina Interna por tonturas com 3 meses de evolução. Ao exame objetivo, apresentava pele e mucosas coradas e hidratadas, auscultação cardiopulmonar sem alterações, uma frequência cardíaca de 69 bpm e, a destacar uma tensão arterial no membro superior direito de 99/69 mmHg. Por não ser compatível com o antecedente de HTA, suscitou a necessidade de uma reavaliação no membro contralateral, com valores de 170/90 mmHg no membro superior esquerdo. Perante este diferencial de perfil tensional, sugestivo de oclusão do tronco braquiocefálico, requisitou-se um Ecodoppler dos vasos cervicais que mostrava um fluxo retrógrado ao nível da artéria vertebral direita, sugerindo estenose da artéria subclávia proximal e um Angio-TC dos troncos supraórticos que confirmou o diagnóstico de SRAS direita. Foi referenciado à consulta de Cirurgia Vasculare onde foi proposto para cateterismo, que decorreu sem intercorrências. Após a intervenção, o doente deixou de apresentar sintomas ou diferencial tensional.

Este caso clínico demonstra o papel crucial de dispormos de tempo para um exame físico minucioso, mesmo estando sujeitos a períodos de consulta rígidos, sem nunca descuidar do primordial: o contacto com o doente. A SRAS deve ser corrigida mesmo que assintomática. Atualmente, a angioplastia é o tratamento de primeira linha, com altas taxas de sucesso e permeabilidade a longo prazo. O follow-up é essencial, de modo a evitar consequências potencialmente catastróficas, nomeadamente pela avaliação clínica e realização anual de Ecodoppler da artéria subclávia. É ainda crucial implementar mudanças de estilo de vida, de forma a prevenir a progressão da doença aterosclerótica.

PO-0091 - (4099) - UM CASO DE CARDIOTOXICIDADE POR QUIMIOTERAPIA

João Lagarteira¹; Carla Oliveira Ferreira²; Sara Sá¹; Rita Pera¹; Andres Carrascal¹; Eugenia Madureira¹

1 - ULSNE - Hospital de Bragança; 2 - ULS Braga

Introdução: As fluoropirimidinas, como o fluorouracilo (FU), são a base dos regimes de quimioterapia (QT) para uma ampla variedade de doenças malignas. O FOLFIRINOX é um dos regimes de QT com base no FU. A cardiotoxicidade relacionada ao FU é um efeito adverso incomum (1.6-7%), mas potencialmente letal, variando a sua incidência de acordo com o esquema e a via de administração. Atualmente, o FU é o segundo agente quimioterápico mais comum associado à cardiotoxicidade. No entanto, a cardiotoxicidade associada ao FU permanece uma entidade mal definida. A manifestação clínica mais comum é a angina de peito, mas são relatadas outras como as arritmias e paragem cardiorrespiratória (PCR).

Caso clínico: Homem 66 anos. Antecedentes de neoplasia pancreática sob QT adjuvante com FOLFIRINOX, com bom prognóstico global. Apresentação com PCR por Fibrilhação Ventricular (FV), com recuperação circulação espontânea ao fim de 3 choques. Eletrocardiograma após recuperação sem sinais de isquemia aguda. Gasimetria com acidemia metabólica com hiperlactacidemia resolvida após ressuscitação volémica. Angio-TC torácico sem tromboembolismo pulmonar ou alterações a nível cardíaco/pulmonar. Ecocardiograma (cerca de 12 horas pós-PCR) com depressão ligeira da função sistólica global do ventrículo esquerdo (fração de ejeção do ventrículo esquerdo - FEVE 45%) por hipocontratilidade global, provável stunning miocárdico pós-paragem. Ressonância Magnética Cardíaca (4 dias após PCR) com dilatação ligeira da aorta ascendente, cavidades cardíacas de dimensões normais com função biventricular conservada (FEVE 60%) e sem fibrose / necrose miocárdica. Após exclusão de outras causas, assumida a cardiotoxicidade da QT como causa da PCR em FV. Assim sendo, foi ainda colocado um Cardioversor/Desfibrilhador implantado (CDI) e manterá seguimento em consulta de Cardiologia. Foi ainda agendada consulta de grupo de Oncologia para alteração da estratégia de QT.

Discussão: O reconhecimento da cardiotoxicidade da QT é clinicamente importante. A administração repetida da QT pode levar a danos permanentes, potencialmente evitáveis, e inclusivamente à morte. Por outro lado, a interrupção prematura da QT eficaz devido a eventos cardíacos não relacionados pode reduzir a eficácia da QT e pode até comprometer o tratamento. Assim sendo, é fundamental uma avaliação e discussão multidisciplinar em prol do benefício do doente.

PO-0092 - (2596) - DA DESCOMPENSAÇÃO À ETIOLOGIA, UM CASO DE AMILOIDOSE CARDÍACA

Carolina Olim¹; Rodolfo Virissimo Gomes¹; Cláudia C. Sousa¹; Matilde Ferreira¹; Teresa Faria¹

1 - SESARAM

INTRODUÇÃO: A amiloidose cardíaca é uma patologia subdiagnosticada com uma grande variedade de apresentações, entre as quais a insuficiência cardíaca (IC).

CASO CLÍNICO: Homem, 81 anos, com antecedentes de IC e doença renal crónica de etiologias desconhecidas e fibrilhação auricular (FA) recorreu ao serviço de urgência por mal-estar inespecífico, astenia e desconforto torácico. Ao exame objetivo destacava-se sons cardíacos arritmicos, auscultação pulmonar com ferveres de estase, presença de refluxo hepatojugular e turgescência venosa jugular a 45°. Analiticamente com leucocitose, aumento da proteína C reativa e da porção N-terminal do péptido natriurético tipo B. Urina II sugestiva de infeção urinária, sem proteinúria. Eletrocardiograma em FA com complexos de baixa voltagem, distúrbio inespecífico da condução intraventricular sugestivo de sobrecarga. Ecocardiograma transtorácico com ventrículos não dilatados com paredes hipertrofiadas e de aspeto mosqueado.

Internado por IC descompensada por cistite aguda, tendo cumprido antibioterapia com melhoria do quadro infeccioso. Mediante a ausência de etiologia estabelecida da IC e ecocardiograma sugestivo de doença restritiva infiltrativa foi levantada a suspeita de amiloidose cardíaca. Fez estudo analítico que excluiu gamapatia monoclonal e cintigrafia cardíaca que mostrou aumento moderado de captação do radiofármaco no miocárdio (score 2), que permitiram a confirmação diagnóstica de amiloidose cardíaca por deposição de transtirretina. Nesse sentido, realizado pedido à Comissão de Farmácia e Terapêutica para início de terapêutica dirigida com tafamidis.

DISCUSSÃO: Os doentes com amiloidose cardíaca são frequentemente intolerantes à terapêutica habitualmente instituída para a IC. O caso clínico apresentado revela interesse na medida em que demonstra a importância da identificação etiológica da IC para estabelecer um plano terapêutico adequado.

Para além disso, é de salientar o facto de os avanços tecnológicos permitirem atualmente estabelecer um diagnóstico definitivo obviando a necessidade da realização de biópsia endomiocárdica.

CONCLUSÃO: A amiloidose cardíaca é uma cardiomiopatia restritiva cujo diagnóstico é habitualmente tardio uma vez que as suas manifestações clínicas são pouco específicas. O seu diagnóstico depende de uma elevada suspeita clínica e de uma abordagem sistemática. O tratamento deve ser dirigido à doença de base e controlo sintomático.

PO-0093 - (2695) - AN UNFORGETTABLE DIVE: A STRESSFUL EXPERIENCE LEADING TO STRESS CARDIOMYOPATHY

Matilde Ferreira¹; Francisco Sousa¹; Gonçalo Bettencourt Abreu¹; João Adriano Sousa¹; Carolina Gouveia²; António Drumond¹

1 - Serviço de Cardiologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM EPERAM, Funchal, Portugal; 2 - Serviço de Medicina Interna, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM EPERAM, Funchal, Portugal

Introduction: Takotsubo cardiomyopathy(TC) is a neurocardiological disorder deemed to be triggered by stress or emotions, usually in postmenopausal women. It causes elevation of cardiac biomarkers(CBMs) and thus mimicking myocardial infarction(MI), yet remains an exclusion diagnosis(EDx).

Case Report: A 64-year-old female with unknown medical history and no daily medication, presented to the Emergency Room(ER) with chest pain(CP). The CP started after a 10-15 meters deep dive. While, the patient felt an abrupt peak of stress and sudden CP, described as tight pressure, followed by shortness of breath even for a few meters. Due to recurring symptoms and lack of response to symptomatic medication she presented to the ER the following day. Physical examination exposed lung crackles. Electrocardiogram showed sinus rhythm 84 beats per minute, ST depression/inversion of T wave in DI, aVL and biphasic T wave from V1-V3. Blood tests showed elevation in CBMs-troponin 0.328, CK 609, CK-MB 46 and NT-proBNP 3140. An acute heart failure(HF) diagnosis was made and a non-ST elevation Myocardial Infarction(NSTEMI) was considered. Thus, Transthoracic Echocardiogram(TTE) yielded “depressed systolic function, a symmetrical/non-ischemic pattern: akinesia of the mesoventricular(MV) segments with hyperdynamic motion of the basal and apical segments. She was admitted to Cardiology for further investigation. A coronary angiography showed clear coronary arteries, excluding MI. A cardiac ventriculography was compatible with the initial guess of MV TC. On discharge, the patient had no signs of HF and left ventricular function had recovered under classic pillars of HF therapy.

Discussion TC typically has a positive outlook, yet in exceptional cases, it might lead to complications like HF. In-hospital mortality may reach 2% and recurrence over time 5-22%. The primary approach to managing TC is providing supportive care and medical therapy. There are variants of TC, in which the apex is spared, with higher proportion of premenopausal women being affected; versus to the typical form of “apical ballooning”, which mainly affects postmenopausal women.

Conclusion: Due to lack of awareness among many physicians regarding this condition, some cases of TC are misdiagnosed as MI or just myocardial injury. It is crucial for doctors to be aware when they come across patients having CP and elevated cardiac enzymes, especially those under significant stress, always acknowledging that this is an EDx.

PO-0094 - (2737) - ANAMNESE, A PRINCIPAL ARMA DIAGNÓSTICA DO INTERNISTA

Bárbara Rocha¹; Luís Reis¹; Catarina Maia Ferreira¹; Catarina Oliveira Silva¹; Ana Ramôa¹; Eduardo Macedo¹; Marta Mendes¹; Ana Rita Marques¹; Ilídio Brandão¹

1 - Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: A pericardite aguda é a doença mais comum que envolve o pericárdio. Em doentes imunocompetentes, a maioria dos casos é de causa vírica ou idiopática e segue um curso relativamente benigno após o tratamento com anti-inflamatórios. Os doentes de alto risco, como imunocomprometidos, devem ser internados de forma a iniciar terapêutica e agilizar uma avaliação inicial completa, visto terem maior risco de complicações a curto prazo.

Caso Clínico: Homem, 60 anos, com antecedentes de Doença de Crohn multissegmentar do delgado e perianal, a realizar infliximab. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de febre, astenia e dor retroesternal, sem irradiação, com agravamento em decúbito lateral esquerdo, com 2 semanas de evolução. Previamente, recorreu ao médico assistente e foi medicado com amoxicilina 500 mg 8/8h. Por manutenção das queixas, foi reavaliado com prescrição de azitromicina 500 mg que cumpriu durante 3 dias. Ao exame físico no SU, hemodinamicamente estável, sem alterações na auscultação cardíaca ou pulmonar. Sem alterações eletrocardiográficas. Analiticamente, sem leucocitose ou neutrofilia, marcadores de necrose miocárdica negativos, com aumento da proteína C reativa. Na tomografia computadorizada do tórax, apresentava derrame pleural mínimo à esquerda e cardiomegalia moderada, acompanhada de derrame pericárdico de médio volume e realce dos folhetos pericárdicos pelo contraste injetado por via endovenosa. O ecocardiograma confirmou derrame pericárdico de pequeno-moderado volume, sem compromisso das cavidades direitas ou sinais de tamponamento. Do estudo complementar, apresentou anticorpo anti-adenovírus positivo (IgM + IgG) e hemoculturas negativas. Restante estudo etiológico sem alterações de relevo. Pelo diagnóstico de pericardite aguda, iniciou ácido acetilsalicílico 1800 mg 8/8h e colchicina 0,5 mg 12/12h. Durante o internamento, o doente evoluiu favoravelmente, com resolução do quadro clínico e descida dos parâmetros inflamatórios.

Discussão: O diagnóstico de pericardite aguda exige uma alta suspeição clínica, sendo fundamental uma anamnese e um exame físico detalhados. Neste caso, assistiu-se a um prolongamento do tempo sem diagnóstico e ao tratamento desnecessário com antibioterapia. Apesar da faixa etária do doente e atendendo às suas comorbilidades, é um diagnóstico a ser considerado em primeira linha e em que o internamento e o início atempado da terapêutica foram essenciais para o prognóstico do doente.

PO-0095 - (4001) - EVOLUÇÃO CLÍNICA E ANALÍTICA EM DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA QUE INICIARAM TERAPÊUTICA COM INIBIDOR DO COTRANSPORTADOR SÓDIO GLICOSE 2 EM SEGUIMENTO NUMA UNIDADE MÉDICA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE AMBULATÓRIO – UM ESTUDO OBSERVACIONAL LONGITUDINAL

Margarida Midões Almeida¹; Sérgio Monteiro¹; João Oliveira¹; Margarida Resendes¹; José Miguel Martins¹; Ana Corte-Real¹; Joana Neves¹; Susana Cavadas¹

1 - ULSRA

Introdução: A Insuficiência Cardíaca (IC) é um problema crescente de saúde pública. Em Portugal, atualmente, a prevalência estimada é de 5.2%. O Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) é um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida no doente com IC. O péptido natriurético do tipo B (BNP) é uma hormona libertada principalmente pelo coração. A clivagem da pro-hormona (proBNP) produz N-terminal proBNP (NT-proBNP). Além de útil na avaliação diagnóstica do doente, fornece também informações relevantes em relação ao prognóstico e, potencialmente, poderá permitir a monitorização do tratamento da IC.

Objetivos: Avaliar a evolução clínica através do KCCQ e analítica através do NT-proBNP em doentes com IC de fração de ejeção preservada (ICFEp), leve e reduzida (ICFEr) que iniciaram terapêutica com inibidor do cotransportador sódio glicose 2 (iSGLT2), em 6 meses de seguimento numa unidade médica de IC de ambulatório (UMICA).

Material e Métodos: Estudo observacional longitudinal que abrangeu os pacientes admitidos entre novembro de 2022 e julho de 2023 numa UMICA.

Resultados: Foram avaliados 268 doentes com IC (48.5% mulheres e 51.5% homens), 51% com classificação de ICFEp, 18% com ICFEI e 19% com ICFEr (12% ainda não estratificada).

Durante os 6 meses de seguimento, 40 doentes com IC (70% ICFEp, 15% ICFEI e 15% ICFEr) iniciaram e mantiveram a terapêutica com ARNI. Relativamente ao KCCQ, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa antes (M=73, SD=16.4) e após seis meses de acompanhamento pela UMICA (M=87.9, SD=13.2), com aumento do valor de KCCQ ($p < 0,001$). Relativamente ao NT-proBNP, foi também encontrada uma diferença estatisticamente significativa antes (M=3110.1, SD=2816.8) e após seis meses de acompanhamento pela UMICA (M=2133.3, SD=2999.9), com diminuição do valor de NT-proBNP ($p = 0.038$).

Discussão e Conclusão: O aumento do valor de KCCQ expressa a melhoria da qualidade de vida nos doentes com IC (FEp, FEI e FEr) que iniciaram terapêutica com iSGLT2. A diminuição do NT-proBNP representa um melhor controlo e prognóstico da IC (FEp, FEI e FEr) nos doentes que iniciaram iSGLT2.

Os doentes com IC mantêm elevadas taxas de mortalidade e re-hospitalização, bem como custos exuberantes para o sistema nacional de saúde. Este estudo demonstra que um correto seguimento e implementação de terapêutica, como a introdução de iSGLT2 em doentes com ICFEp, ICFEI e ICFEr são essenciais para a melhoria da qualidade de vida, controlo e prognóstico da doença.

PO-0096 - (2883) - AMILOIDOSE CARDÍACA: O CASO DE UMA DOENÇA SUBESTIMADA

Adriano Heemann Pereira Neto¹; Joana Pereira¹; Ricardo Ascensão¹; Lueji Gumbe¹; Ana Ponciano¹

1 - Centro Hospitalar de Leiria

A amiloidose cardíaca é caracterizada pela deposição extracelular de proteínas amiloides no miocárdio. Embora seja considerada uma doença rara, dados recentes sugerem que a amiloidose cardíaca é subestimada como causa de doença cardíaca, o que atrasa ou impossibilita o seu diagnóstico.

Apresentamos o caso de uma mulher de 71 anos, trazida à urgência por quadro de dispnéia desde há 3 dias, sem febre, tosse ou outros sintomas. Analiticamente apresentava hipercalemia, ProBNP 24650 pg/ml, troponina 290 ng/mL, eletroforese com perfil monoclonal igG Lambda, e proteinúria. Realizou tomografia computadorizada de tórax que mostrava moderado derrame pericárdico com 12 mm de espessura e derrame pleural volumoso bilateral, além de ectasia generalizada do pulmão esquerdo e 75% do direito. Ao exame objetivo, apresentava crepitações na auscultação pulmonar, sopro sistólico 3 em 6, e edema bialeolar. O doente ficou internado ao cuidado da medicina interna para investigação do quadro.

Realizou ecocardiograma que mostrou hipertrofia concêntrica grave das paredes dos ventrículos, com aspecto mosqueado, sugestivo de patologia infiltrativa, com disfunção do ventrículo esquerdo, achados que também foram confirmados posteriormente por ressonância magnética cardíaca. No seguimento do estudo desses achados foi realizada biópsia da gordura abdominal profunda que demonstrou presença de depósito de substância amilóide quando corada com vermelho do Congo sob luz polarizada. Clinicamente, a doente manteve-se dispneica, com episódios de arritmias cardíacas sintomáticas, mesmo sob terapêutica médica otimizada, e acabou por falecer durante o internamento.

A amiloidose cardíaca é uma doença subdiagnosticada e com diagnóstico tardio. Deve suspeitar-se de desta na presença de, entre outros achados, proteinúria, insuficiência cardíaca desproporcional aos achados no ecocardiograma, insuficiência cardíaca direita “inexplicável”, ou derrame pericárdico idiopático, vários desses presentes no caso clínico. O tratamento e prognóstico destes doentes depende do tipo de proteína associada, assim como do grau de acometimento miocárdico, muitas vezes com poucos meses de sobrevida.

O diagnóstico precoce da amiloidose cardíaca pode modificar o prognóstico mas requer um alto índice de suspeição e uma abordagem clínica sistemática. É importante conhecer esta patologia para a reconhecer e assim iniciar o tratamento o mais precocemente possível.

PO-0097 - (4625) - HIPONATRÉMIA GRAVE SECUNDÁRIA À CIPROFLOXACINA

Ricardo Mortágua Velho¹; Manuel Maia¹; Filipa Páscoa¹; Joana Paixão¹; Fátima Silva¹; Ana Sofia Teixeira¹; Jorge Fortuna¹; Lèlita Santos¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Unidade Local de Saúde de Coimbra

INTRODUÇÃO

A hiponatrémia grave é uma emergência caracterizada pela diminuição significativa dos níveis séricos de sódio, com manifestações clínicas ligeiras a graves, como convulsões ou coma. Uma causa rara de hiponatrémia (cerca de 10 casos descritos na literatura) é a síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH) secundária à ciprofloxacina. Estudos *in vitro* revelam que as propriedades lipofílicas do antibiótico permitem que este atravesse a barreira hematoencefálica, estimulando os receptores do ácido gama-aminobutírico (GABA) e do N-metil D-Aspartato (NMDA), receptores que estão envolvidos na síntese e secreção da hormona anti-diurética (ADH). Apresenta-se um caso de um doente com hiponatrémia hiposmolar grave secundária à ciprofloxacina.

CASO CLÍNICO

Homem, 84 anos, institucionalizado em lar, com antecedentes de síndrome demencial grave com heteroagressividade marcada e necessidade de terapia antipsicótica. Foi trazido ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia e baixa saturação periférica de oxigénio (75% em ar ambiente). Apresentava à admissão uma hiponatrémia grave (103 mmol/L) com hiposmolaridade (221 mOSM/Kg) em doente euvolémico, com concentração de sódio urinário de 96 mmol/L e osmolaridade urinária de 236 mOsm/Kg, cumprindo critérios de SIADH. Necessitou de internamento prolongado prévio recente por pneumonia de aspiração, tendo permanecido 8 dias no lar até regressar ao SU. No referido internamento manteve sempre natrémia normal. Durante a permanência no lar, por agravamento das queixas respiratórias, iniciou antibioterapia com ciprofloxacina. Não houve qualquer outra medicação instituída ou alteração na sua medicação habitual. Função tiroideia, renal e suprarrenal sem alterações. Após admissão no SU suspendeu a ciprofloxacina e foram iniciadas medidas de correcção da hiponatrémia, incluindo restrição hídrica e administração de solução salina hipertónica, com progressiva normalização dos níveis sanguíneos de sódio. Sem novos episódios de hiponatrémia durante a permanência hospitalar.

DISCUSSÃO & CONCLUSÃO

Neste caso pretende-se alertar para a possibilidade de surgimento de hiponatrémia grave por SIADH associado à ciprofloxacina, um efeito adverso muito raro deste fármaco. Importa ainda ressaltar que a necessidade de medicação antipsicótica neste doente mascarou os sintomas neurológicos clássicos de uma hiponatrémia grave.

PO-0098 - (2066) - DIABETES MELLITUS TIPO 2 E DOENÇA HEPÁTICA

Margarida Ribeiro¹; Francisca Dâmaso¹; João Oliveira¹; Marta Anastácio¹; Manuel Araújo¹; Cândida Fonseca¹

1 - Hospital de São Francisco Xavier

Introdução

O fígado gordo não alcoólico (FGNA) é a doença hepática mais prevalente nos países ocidentais e engloba um espectro variável entre a esteatose hepática e o carcinoma hepatocelular. A sua fisiopatologia inclui fatores ambientais e não ambientais envolvidos no metabolismo da glicose e lípidos, insulinoresistência e insulino-secreção, explicando a relação com a diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Caso Clínico

Mulher de 74 anos com IMC 21 kg/m², antecedentes de DM2 não insulino-tratada há 20 anos e esteatose hepática documentada em ecografia a janeiro de 2022. Sem hábitos alcoólicos ou medicação habitual hepatotóxica.

Internada no serviço de medicina em agosto de 2022 por quadro de encefalopatia hepática grau I. A ecografia revelou fígado dismórfico, contornos lobulados e ecoestrutura heterogênea, veia porta ectasiada, permeável e sem trombose e varizes na parede abdominal e espleno-renais, sugerindo hipertensão portal com circulação porto-sistémica.

Do estudo etiológico de doença hepática crónica foi realizada pesquisa de vírus hepatotróficos que se revelou negativa, cinética de ferro normal, níveis normais de ceruloplasmina e alfa-1-antitripsina, eletroforese de proteínas séricas com aumento da gama globulina, estudo da auto-imunidade negativo, inclusivamente ANAs, anticorpos anti-musculo liso e anticorpo anti-antigénio hepático e perfil lipídico sem alterações (Triglicéridos 46 mg/dL; Colesterol total 77 mg/dL; Colesterol HDL 64 mg/dL; Colesterol LDL 12mg/dL).

Assumida esteatohepatite não alcoólica como causa de doença hepática crónica. Ao longo do internamento cumpriu terapêutica laxante atingindo o objetivo de 2-3 dejetões diárias, com melhoria progressiva do estado neurológico.

Discussão

A ausência de excesso de peso e perfil lipídico normal contribuem para a atipicidade do caso e sublinham a relação entre a DM2 e a FGNA. Com o presente caso pretende-se destacar a importância da DM2 como fator de risco preponderante para o desenvolvimento de FGNA.

PO-0099 - (2099) - UM CASO DE OSTEOPOROSE SECUNDÁRIA A MUTAÇÃO DO GENE LRP5

Christine Canizes¹; Tiago Jorge Costa¹; Odete Duarte¹; Helder Esperto¹

1 - Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, ULS Coimbra

Introdução:

A osteoporose é um problema de saúde pública. Caracteriza-se por uma redução da densidade óssea e confere um risco aumentado de fraturas. Pode ser classificada como primária, ocorrendo tipicamente após a menopausa e em idades avançadas, ou, como secundária (OPS), quando é encontrada uma causa específica. Pode-se suspeitar de OPS em situações comuns, como terapêutica com corticosteroides, doença renal crónica ou doenças que causem malabsorção. Existem ainda várias doenças genéticas que conduzem a osteoporose ou genes que conferem um risco aumentado de osteoporose.

Caso Clínico:

Mulher de 51 anos, observada em consulta de Medicina após diagnóstico de Síndrome Osteoporose-Pseudoglioma (OPPG) em 2 filhos. Trata-se de uma doente com antecedentes de glaucoma desde 2013 e enxaqueca. Sem história prévia de fraturas, apenas com referência a dor esporádica a nível dos membros inferiores, com início há mais de 20 anos. Realizou densitometria óssea (DMO) que identificou osteoporose a nível da coluna lombar, fémur proximal esquerdo e colo femoral, com índice T de -2.6, -2.9 e -3.3 desvio-padrão respetivamente, correspondendo a um índice Z de 21%, 33% e 37% abaixo do esperado para o grupo etário. Analiticamente com deficiência de vitamina D, sem outras alterações de relevo. Iniciou suplementação com cálcio, vitamina D e terapêutica semanal com alendronato. Foi referenciada para a consulta de Aconselhamento Genético para pesquisa de variantes familiares, tendo sido identificada a presença da variante c.356dup p.(Asp11Glyfs*36) em heterozigotia no gene LRP5, que confere risco aumentado de osteoporose. Aguarda consulta de Oftalmologia para avaliação de eventual patologia ocular associada, embora a variante identificada não esteja comumente associada a alterações.

Discussão e Conclusão:

A OPPG é uma entidade muito rara (prevalência < 1/1 000 000), de transmissão autossómica recessiva, onde mutações de perda de função do gene que codifica a proteína-5 relacionada com o receptor de lipoproteína de baixa densidade (LRP5) são responsáveis pela doença. Manifesta-se habitualmente com cegueira congénita e osteoporose grave juvenil, muitas vezes confundida com osteogénese imperfeita.

Os pais dos doentes com OPPG devem ser submetidos a estudo genético, DMO e avaliação Oftalmológica. Embora não curativa, a terapêutica com bifosfonatos mostrou melhoria da dor óssea, redução de risco de fratura e recuperação da densidade óssea.

PO-0100 - (2132) - PODES FUGIR MAS NÃO TE PODES ESCONDER

Diana Marreiros¹; Mónica Silva¹; Maria Luísa Alvarenga¹; Rodrigo Morgado¹; Cátia Albino¹; Henrique Rita¹

1 - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Introdução: A anemia perniciosa (AP) é uma doença autoimune em que há défice de vitamina B12 (VitB12) pela presença de anticorpos contra o fator intrínseco (FI), contra as células parietais gástricas ou ambos. As manifestações incluem anemia macrocítica, sintomas gastrointestinais e neurológicos. O diagnóstico e tratamento atempados podem evitar complicações irreversíveis.

Caso Clínico: Homem, 67 anos. Em 2020 recusou internamento para investigação de anemia macrocítica. Recorreu ao Serviço de Urgência em dezembro 2023 por quadro arrastado de astenia, icterícia e colúria. Ao exame objetivo com palidez e icterícia da pele e escleróticas, bem como lesões cutâneas sugestivas de vitiligo na face e membros. Exame neurológico sem alterações. Do estudo realizado destaca-se anemia macrocítica (Hb 3.9g/dL, VGM 124.9fL, reticulócitos 6%), plaquetas 45000/uL, LDH 5713U/L, AST 122U/L, ALT 65U/L, amilase 36U/L, FA 48U/L, bilirrubina total 8.0mg/dL e direta 2.06mg/dL; VitB12 43.0pg/mL; teste de Coombs direto negativo; TC abdominal com espessamento circunferencial do antro gástrico (12 mm de espessura máxima). Foi internado em enfermaria de Medicina Interna e iniciou reposição com cianocobalamina com melhoria clínica gradual, subida da Hb, diminuição da LDH, correção da trombocitopenia e enzimas hepáticas. A pesquisa de anticorpos anti-FI foi positiva e de anticorpos anti-células parietais gástricas negativa. Endoscopia digestiva alta: gastropatia atrófica do fundo e corpo. Biópsias gástricas: metaplasia intestinal moderada e ligeira atrofia glandular. Pesquisa de *Helicobacter pylori* (Hp) positiva. O doente teve alta com Hb 5.8g/dL e indicação para manter reposição de VitB12 intramuscular. Um mês após a alta apresentava Hb 11.3g/dL, VGM 93.9fL e VitB12 497pg/mL, sem evidência de hemólise intravascular.

Discussão: Este caso clínico mostra-nos a importância do diagnóstico e tratamento célere da AP pois o défice de VitB12 poderá ter complicações irreversíveis como insuficiência cardíaca, neuropatia periférica, alterações neuropsiquiátricas e risco de cancro gástrico. A presença de Hp poderá também estar associada ao défice de VitB12, contudo, ainda não existe evidência científica que suporte esta teoria. O doente deverá fazer a erradicação da Hp.

Conclusão: A AP é uma doença pouco frequente e com sintomas pouco específicos, o que poderá atrasar o diagnóstico e tratamento. A relação médico-doente é fulcral para uma maior adesão ao tratamento e evicção de complicações.

PO-0101 - (2158) - SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE TIPO III: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Filipa Fernandes¹; Mariana Moura Portugal¹; Daniela Maurício¹;
José Teixeira Magalhães¹; Inês Fonseca¹; José Pereira De Moura¹; Lèlita Santos¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

As síndromes poliglandulares autoimunes (SPAs) caracterizam-se pela associação de duas ou mais doenças autoimunes (DAIs) endócrinas, podendo também envolver DAIs não endócrinas.^{1,2} São mais prevalentes no sexo feminino e surgem na meia-idade. Apresentam um componente hereditário associado ao antígeno leucocitário humano classe II, e importante impacto de fatores ambientais.² As SPAs dividem-se em três tipos clínicos: Tipo I (doença de Addison, candidíase mucocutânea crônica ou hipoparatiroidismo idiopático), Tipo II (doença de Addison, doença autoimune da tireoide (DAT) e/ou diabetes tipo 1 (DM1)), e Tipo III (DAT e outras DAIs, excluindo o envolvimento da glândula suprarrenal).³ O caso apresentado reporta uma SPA tipo III, que é a forma mais comum de SPA.

Mulher de 69 anos, com quadro de anorexia e perda ponderal de 27% num ano. Sem outras queixas. Sem alterações ao exame objetivo. Tinha diabetes não controlada, diagnosticada aos 53 anos, não insulino-tratada, medicada com quatro antidiabéticos; e hipotireoidismo subclínico, medicada com Levotiroxina. Foi pedido estudo complementar, com painel de autoimunidade. Verificou-se positividade para anticorpos anti-Ilhéus Langerhans e anticorpos anti-descarboxilase do ácido glutâmico 65, e ausência de níveis séricos de Peptídeo-C, diagnosticando-se diabetes autoimune latente do adulto (LADA). Iniciou insulino-terapia com redução significativa da hemoglobina glicada após seis meses. Identificou-se também positividade para anticorpos anti-tiroperoxidase (anti-TPO), estabelecendo o diagnóstico de Tiroidite de Hashimoto (TH). Foi excluído envolvimento suprarrenal, com níveis séricos de cortisol e hormona adrenocorticotrófica normais. Mantém-se em vigilância clínica e analítica, e até ao momento sem outras DAIs diagnosticadas.

A LADA é uma forma tardia de DM1, apresentando elevado risco de desenvolver outras DAIs.⁴ Até um terço dos doentes com DM1 desenvolve uma SPA.^{5,6} A TH é a DAT mais frequentemente associada à DM1, visto que 25-50% destes doentes apresentam anticorpos anti-TPO.^{4,6} Apesar de alguma controvérsia no rastreio de DAIs, alguns autores defendem que doentes com DM1 devem ser rastreados periodicamente para DAT.^{4,5} A associação entre DAT e DM1 faz da SPA tipo III a forma mais comum de SPA.⁷ O tratamento e a morbi-mortalidade são idênticos aos das mesmas doenças na sua forma isolada.⁷ É importante manter vigilância da função suprarrenal, uma vez que uma SPA tipo III pode ser reclassificada em SPA tipo II.

PO-0102 - (2371) - DOENÇA DE GRAVES ASSOCIADA AO PEMBROLIZUMAB – RARA COMPLICAÇÃO

Catarina Morete Cabrita¹; Nuno Amorim¹; Joana Bernardino Cardoso¹; Catarina Medeiros¹; Ana Carolina Silveira¹; Fátima Pinto¹

1 - Hospital da Horta

Introdução: Não é rara a escolha da imunoterapia em neoplasias várias como a do pulmão, próstata ou pele. No carcinoma de pulmão não-pequenas células, nomeadamente no adenocarcinoma, dependendo da expressão do biomarcador PD-L1 (programmed cell death ligand 1), observa-se uma tendência crescente para a adoção da monoterapia com pembrolizumab, em virtude da sua significativa eficácia demonstrada.

O pembrolizumab, sendo um anticorpo monoclonal dirigido ao PD-L1, tem expressão em diversos tecidos, não sendo exclusivo apenas do pulmonar, tendo interações com efeitos associados nomeadamente na glândula tiroideia, como noutros órgãos, interferindo também a nível da auto-imunidade. A incidência de casos de tiroidite associados ao uso deste modulador imunitário é relativamente frequente. Mediante a fase inflamatória, são descritos casos de hiper ou hipotiroidismo subclínicos ou clínicos. Contudo, a doença de Graves induzida por pembrolizumab é extremamente incomum.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 67 anos, inicialmente seguida em consulta de Medicina Interna por nódulos tiroideus e hipertiroidismo subclínico transitório, com estudo global da doença tiroideia normalizado: função tiroideia, anticorpos e TRABS (Thyrotropin receptor antibodies) negativos. É referenciada novamente pela Oncologia, após diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão (PD-L1 95%), com metastização cerebral sob pembrolizumab em monoterapia.

Durante o seguimento em Oncologia é evidenciado um hipertiroidismo subclínico, assintomático, após os 21 dias de tratamento com pembrolizumab. O estudo efetuado na consulta de Medicina Interna revelou hipertiroidismo subclínico (apesar de ligeira elevação de T3L-Triiodotironina livre), com presença de TRABS positivo, confirmando a patologia de Graves. Ressalva-se estudo prévio (13 meses antes) com TRABS negativo, reforçando o diagnóstico etiológico atribuído ao uso do medicamento.

Discussão/Conclusão: A doença de Graves induzida pela imunoterapia com pembrolizumab é um evento adverso imunorrelacionado, porém raro. Aqui relatamos o caso de uma doente com hipertiroidismo subclínico, assintomática.

PO-0103 - (2409) - IMPACTO DA CIRURGIA BARIÁTRICA NOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES

Carolina Martins¹; Beatriz Simões¹; Ana Catarina Lucas¹; Lèlita Santos¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Apesar da obesidade ser uma das doenças crónicas mais prevalentes na atualidade, ainda não é vista como tal, sendo frequentemente desvalorizada, subdiagnosticada e consequentemente menos tratada. Está frequentemente associada a fatores de risco vasculares como a HTA, dislipidémia e DM tipo 2, que aumentam a morbimortalidade cardiovascular.

Objetivos: Avaliar o impacto da cirurgia bariátrica nos fatores de risco e eventos cardiovasculares em doentes obesos seguidos em Consulta de Doenças Nutricionais do serviço de Medicina Interna.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo descritivo, baseado em dados recolhidos nos processos clínicos dos doentes da consulta de Doenças Nutricionais de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Foram incluídos todos os doentes que foram submetidos a cirurgia bariátrica no intervalo de 2011 a 2023, tendo sido recolhidos dados relativamente à prevalência de fatores de risco e eventos cardiovasculares antes e após cirurgia. A avaliação estatística realizou-se com o programa SPSS Statistics versão 26.0@.

Resultados: Os 221 doentes selecionados tinham idades entre 26 e 69 anos (média $49.56 \pm 0,67$ anos), com uma clara predominância do sexo feminino (81,45%, n=180). Antes da cirurgia, 3,16 % dos doentes apresentava obesidade grau I (n= 7), 19,46 % apresentava obesidade grau II (n= 43) e a maioria (77,37%, n= 171) apresentava obesidade grau III. Quanto a fatores de risco cardiovasculares, 19,45% (n=43) dos doentes tinham DM tipo 2, 42,99% (n=95) tinham HTA, 31,22% (n=69) apresentavam dislipidémia e 6,33% (n=14) tinham sofrido um evento cardiovascular até à data. Após a cirurgia bariátrica, considerando a última avaliação em consulta antes da colheita dos dados, houve uma diminuição significativa do IMC dos doentes, sendo que 12 (5,43%) apresentam peso normal, 28,05% apresenta excesso de peso (n=62), 40,72% (n=90) obesidade grau I, 16,29% (n=36) obesidade grau II e 9,50% (n=21) obesidade grau III. Também ocorreu diminuição de FRV, com prevalência de 16,74% (n=37) de DM tipo 2, 39,82% (n=88) de HTA, havendo contudo uma manutenção do número de doentes com dislipidémia (32,13%, n=71). Ocorreu também uma menor prevalência de eventos cardiovasculares (n=4, 1,81%).

Discussão e conclusão: Apesar das limitações inerentes ao trabalho (retrospectivo, com períodos de tempo diferentes entre a cirurgia e a avaliação atual), a cirurgia bariátrica auxiliou numa perda de peso significativa, mais notória na obesidade mórbida, com a redução da sua prevalência para apenas 9,50%. Também mostrou benefícios a nível de fatores de risco cardiovasculares, nomeadamente da HTA e da DM tipo 2, com a diminuição da sua incidência. Além disso, apesar da diminuição na prevalência de eventos cardiovasculares, estes ainda ocorreram, destacando a necessidade de monitorização contínua e gestão de risco cardiovascular nestes doentes.

PO-0104 - (2530) - HIPOGLICÉMIA E NEOPLASIA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Palma¹; Rafael Terceiro¹; Ana Albuquerque¹; Daniela Cruz¹;
Inês Pintassilgo¹

1 - Hospital Garcia de Orta

Introdução: A hipoglicémia define-se como glicose sérica <70mg/dL e a principal causa é a iatrogenia por fármacos antidiabéticos. Causas mais raras como insulinoma, hipocortisolismo, dumping tardio ou tumor de células não-ilhéu devem ser consideradas na ausência de diabetes ou iatrogenia.

Caso Clínico: Os autores reportam o caso de um homem de 73 anos, com antecedentes relevantes de diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratada, cardiopatia isquémica e acidente vascular cerebral hemorrágico, admitido no serviço de urgência por quadro de urossépsis. Analiticamente apresentava hipoglicémia (glicose sérica 62.4mg/dL), lesão renal aguda e alteração das provas hepáticas. Realizou tomografia computadorizada abdominal, fortemente sugestiva de neoplasia das vias biliares com secundarização hepática extensa. Durante o internamento, o doente apresentou um perfil glicémico persistentemente baixo na ausência de terapêutica com anti-diabéticos orais ou insulina, refratário a glicose em perfusão. Do estudo realizado destaca-se insulinémia indoseável (<0.4mUI/L), péptido-C normal (0.96ng/mL), cortisol sérico matinal normal (21.60 µg/dL) e hormona adrenocorticotrófica matinal normal (15pg/mL). Colocou-se a hipótese de hipoglicémia por tumor de células não-ilhéu e iniciou-se tratamento com hidrocortisona (300mg/dia), com normalização do perfil glicémico. O doente acabou por falecer por progressão da neoplasia.

Discussão: A hipoglicémia por tumor de células não-ilhéu é um diagnóstico a considerar em quadros de hipoglicémia, especialmente se coexistir neoplasia. A fisiopatologia compreende dois mecanismos principais: a produção pelo tumor de pro-insulin growth factor-2 (pro-IGF-2) (que ativa os receptores da insulina e exerce o papel desta hormona), ou invasão hepática extensa com compromisso importante da gluconeogénese e glicogenólise hepáticas. O tratamento consiste, quando possível, na ressecção tumoral, e em corticoterapia, pelo seu efeito de promoção da clearance renal de pro-IGF-2 e indução de insulino-resistência. No caso apresentado, o mecanismo de doença é provavelmente secundário à extensa invasão hepática, não se podendo excluir um mecanismo mediado por pro-IGF-2 dada a rápida resposta à corticoterapia.

Conclusão: Pretende-se ilustrar a importância de um elevado grau de suspeição na identificação desta síndrome, especialmente no contexto de neoplasia terminal metastática, tendo em conta a sua gravidade e existência de opções terapêuticas potencialmente eficazes.

PO-0105 - (2195) - MAIS DO QUE UMA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Patrícia Lima¹; Andrea Duarte¹; Elena Pirtac¹; Francisca Delerue¹

1 - ULS Almada-Seixal - Hospital Garcia de Orta

Introdução:

O hiperaldosteronismo primário representa uma causa de hipertensão arterial (HTA) pouco equacionada na prática clínica. Estima-se que seja responsável por 5 a 20% dos casos de HTA. Os sinais característicos são hipertensão, hipocalemia e alcalose metabólica. Adenomas secretores de aldosterona enquadram-se no subtipo mais comum. A co-secreção de cortisol pode ocorrer quando os adenomas assumem diâmetros ≥ 1.5 cm, sendo necessário a realização de provas de frenação.

Caso clínico:

Mulher, 65 anos, autónoma com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Medicada com azilsartan e clorotalidona. Recorreu ao serviço de urgência por episódio de síncope e queixas de perda ponderal involuntária com anorexia associada. À avaliação analítica, a destacar hipocaliemia grave de 1.8 mmol/L com tradução eletrocardiográfica com aplanamento das ondas T. Assumiu-se hipocaliemia iatrogénica medicamentosa e procedeu-se à reposição endovenosa e oral de potássio, tendo suspenso terapêutica diurética. Por quadro de hipertensão, hipocaliemia e alcalose metabólica foi realizado o estudo para despiste de hiperaldosteronismo primário concomitante. Optou-se por substituição de fármaco antagonista do receptor da angiotensina para fármaco bloqueador dos canais de cálcio como estratégia antihipertensora, com indicação para doseamento de aldosterona e renina séricas após 4 semanas. Realizou tomografia computadorizada toracoabdominopélvica por sintomas constitucionais com achados de incidentaloma adrenal esquerdo (19mm de diâmetro) confirmado em ressonância magnética, tendo realizado estudo de metanefrinas sem alterações. Avaliação analítica com renina ativa 3.1 pg/mL, aldosterona sérica 104.6 ng/dL e adrenocorticotrofina 6.6 pg/mL. Realizou prova de frenação noturna com dexametasona com resultado de cortisol de 2.2 ug/dL. Admitido o diagnóstico de hiperaldosteronismo primário por provável adenoma co-secretor aldosterona e cortisol. Encaminhada para consulta de endocrinologia e cirurgia geral para adrenalectomia.

Conclusão:

Este caso revela a importância do conhecimento teórico aplicado na prática clínica, uma vez que o hiperaldosteronismo primário continua a ser uma causa de hipertensão arterial subdiagnosticada, associada a um aumento da morbimortalidade cardiovascular.

PO-0106 - (5097) - DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NÃO CLASSIFICADA - PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carlos Morido Nnacassa¹; Adelaide Figueiredo¹

1 - Hospital Distrital de Santarem

Introdução: Doença inflamatória intestinal (DII) corresponde as duas identidades, colite ulcerosa e doença de Crohn. Quando a diferenciação não é possível e o acometimento é no colón, utiliza-se o termo colite indeterminada ou não classificada. A etiologia permanece indefinida, envolvendo varios fatores genéticos, ambientais com mediação autoimune.

Caso clínico: Homem, 32 anos, com antecedentes pessoais polimiosite. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor abdominal tipo cólica associada a episódios de vômitos e diarreia sanguinolenta. Refere história de viagem um pais africano há 2 semanas, tendo regressado de urgência para Portugal devido o quadro clínico. No exame objetivo apresentava desidratado, taquicárdico, dor difusa a palpação abdominal sem sinais de irritação peritoneal. Dos exames complementares de diagnósticos destaca-se leucocitose com neutrófila, elevação de VS e PCR. Exame parasitológico das fezes, toxinas de Clostridium difficile serologias víricas e de DII (p-ANCA e ASCA) e autoimunidade foram negativas. Calprotectina fecal elevado. Prova Mantoux e Teste Igra foram negativas. TC abdominal: Espessamento difuso todo colon sugestivo de alterações inflamatórias/ infecciosas. Colonoscopia: Progressão até aos 40 cm da margem anal, não se progredindo mais por colite grave e risco de perfuração. Endoscopia digestiva alta sem alteração. Biópsias normais. Assumiu-se colite grave provável de etiologia autoimune. Iniciou antibioterapia e Sulfassalazina sem resposta. Por impossibilidade de controlar a doença sob 5-ASA, em dose máxima tolerada e corticoterapia, optou-se pela terapia biológica com Inflixamab 5mg/kg (0,2,6 e 8 semanas) combinada com azatioprina 1mg/kg, com boa resposta. Conclusão: Salienta-se a pertinência do caso por tratar-se de uma DII não classificada, visto que o diagnóstico é difícil e nem sempre é possível estabelecê-lo.

PO-0109 - (12) - DO SEVOFLURANO AO MAL EPILETICO

Sofia Miguelote¹

1 - Hospital Cuf Porto

INTRODUÇÃO:

A epilepsia é uma doença neurológica crónica, presente em 1% da população mundial¹. O clínico deve ter o conhecimento de todas as suas apresentações para que seja capaz de a reconhecer. A atividade epileptiforma do Sevoflurano tem sido exaustivamente estudada^{2,3}. Uma revisão retrospectiva avaliou a correlação entre o Sevoflurano e alterações epileptiformes no eletroencefalograma e/ou movimentos convulsivos em pacientes com diagnóstico ou não de epilepsia.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 40 anos, saudável, com antecedentes pessoais de epilepsia na adolescência, sem qualquer tratamento farmacológico à data do ocorrido. A paciente foi submetida a cirurgia eletiva tendo a mesma ocorrido sem intercorrências. Durante o período peri-operatório desenvolve mioclonias dos membros inferiores que rapidamente generalizam. Foram iniciadas as terapêuticas preconizadas para as crises convulsivas com Diazepam, total de 25 mg, seguindo de Midazolam/Propofol devido a evolução para mal epilético com duração total de 2h e com 3 crises durante esse período. Realizou ainda Tomografia Computorizada-Cranio Encefálica que era normal. Concomitantemente iniciou-se 3 g de Levetiracetam. Durante o quadro convulsivo foram efetuados exames complementares de diagnóstico que não demonstraram quaisquer alterações. A paciente manteve-se internada numa unidade de cuidados intermédios por um período de 12h. À data da alta ficou medicada com Levetiracetam 1g 2x/dia com marcação de Ressonância Magnética Cranioencefálica e Eletroencefalograma..

CONCLUSÃO:

Uma crise é definida como “presença de sinais e/ou sintomas transitórios resultantes de uma atividade neuronal síncrona e excessiva”⁴. O clínico deverá estar consciente da panóplia de apresentações de tais sinais para que as possa identificar e tratar adequadamente⁴. Segundo a International League Against Epilepsy 2017, com crise focal, generalizada ou desconhecida, sendo que todas elas podem ser sub-categorizadas com atingimento motor ou não-motor.

O tratamento das crises convulsivas inicia-se com Diazepam e não revertendo deve-se iniciar profusão de Levetiracetam, ou, caso o doente tenha já tratamento com o seu de base. Concomitantemente deve-se realizar EA completo. Caso realize algum tratamento deve-se-á dosear o mesmo. ECG e TC-CE estão indicados para exclusão de eventos agudos ou malformações congénitas. Posteriormente deve-se-á realizar um EEG e deixar pedido de consulta de Neurologia.

PO-0110 - (1020) - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR - UM COCKTAIL DE PRECIPITANTES

Ana Sofia Silva¹; Inês Soares¹; Beatriz Bessa¹; Bárbara Soeiro¹

1 - ULS Gaia e Espinho

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é a terceira doença cardiovascular mais prevalente em Portugal, condicionando grande afluência aos serviços de saúde, nomeadamente ao serviço de urgência (SU). O diagnóstico etiológico, embora não alterando a atitude terapêutica na maioria dos casos, torna-se fundamental para caracterizar não só a patologia como também o prognóstico a longo prazo. As causas de TEP são variadas e a sua pesquisa deve ser adequada à faixa etária e aos antecedentes do doente.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem, 32 anos, fumador ocasional. Trazido ao SU após episódio de lipotímia e cefaleias no domicílio, resultando em queda sem traumatismo craniano. À admissão, apresentava-se sudorético, pálido, taquicárdico, polipneico em ar ambiente, com saturação periférica de oxigénio 80%. Objetivou-se insuficiência respiratória (IR) tipo 1 grave (pO₂ 44,7mmHg) com hipocapnia (pCO₂ 34mmHg) e hiperlactacidemia (3mmol/L). Foi encaminhado para a Sala de Emergência, pela suspeita de TEP com IR grave. O eletrocardiograma apresentava padrão S1Q3T3 e realizou-se tomografia computadorizada torácica com contraste endovenoso (Angio-TC) com evidência de extenso TEP envolvendo ambas as artérias pulmonares principais, lobares e segmentares, com sinais de hipertensão pulmonar. Realizou ecoscopia sumária, evidenciando dilatação do ventrículo direito, com tronco pulmonar dilatado e abaulamento do septo, sugestivo de TEP de intermédio-alto risco, tendo-se optado por realização de fibrinólise com alteplase. Colheu estudo pró-trombótico pré-fibrinólise, verificando-se posteriormente ser portador da mutação genética do fator V de Leiden em heterozigotia, o que confere um risco tromboembólico sete vezes superior à população em geral; de referir que o doente apresentava ainda, no momento do evento agudo, infeção por SARS-Cov2, assintomática. O doente foi internado e evoluiu favoravelmente, tendo alta encaminhado para a consulta externa de tromboembolismo venoso, onde mantém seguimento, sob hipocoagulação terapêutica.

Conclusão: Com este caso, pretende-se alertar para o diagnóstico etiológico de TEP, nomeadamente em idades jovens, pela probabilidade de trombofilias hereditárias e síndrome anti-fosfolipídica, que podem provocar não só novos eventos como também maior probabilidade de complicações associadas. Outras patologias agudas devem ser descartadas, pois podem ainda conferir maior gravidade ou sobrepor-se às características individuais de cada doente.

PO-0111 - (2387) - SÍNDROME SEROTONINÉRGICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Patrícia Silva¹; Marta Ferreira¹; Ana Grilo¹; Fernando Gonçalves¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

Síndrome Serotoninérgica: A propósito de um caso clínico

Introdução: A síndrome serotoninérgica é uma entidade potencialmente ameaçadora, causada por uma sobreactividade serotoninérgica decorrente da utilização de fármacos serotoninérgicos em doses terapêuticas ou supra terapêuticas, ou pelas interações farmacológicas com os inibidores do CYP450. As manifestações clínicas têm início tipicamente nas 24 horas seguintes, incluem disfunção autonómica, excitabilidade neuromuscular (exemplo, rigidez, hiperreflexia, hipertermia) e alterações do estado mental. O diagnóstico é clínico, mas a avaliação analítica permite-nos excluir complicações como a rabdomiólise. O tratamento envolve a descontinuação dos fármacos serotoninérgicos e a gestão das complicações associadas. Na maioria dos casos, os sintomas desaparecem no prazo de 24 horas após a interrupção dos fármacos. Os doentes com características de doença grave podem necessitar de suporte de órgão.

Descrição do caso: Mulher 79 anos com Doença de Paget, medicada com paracetamol e tramadol introdução recente de tapentadol, trazida ao Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência e febre (Temp máx 40.5°C) instalação em 24 horas. Sem queixas respiratórias, gastrointestinais ou urinárias prévias. À observação pupilas midríaticas, resposta ocular e motora à dor, sem resposta verbal, shivering, pele marmoreada, polipneica, tremores generalizados, sinais meníngeos negativos. Gasimetria arterial a revelar alcalémia respiratória. Avaliação analítica Hb 12.2g/dL, discreta leucocitose de 11620/L, pU 26mg/dL, pCreat 0.48mg/dL, CK 268U/L, mioglobina 226ng/mL, Na⁺133mmol/L, K⁺5.7mmol/L, Cl⁻87mmol/L, Ca⁺⁺8.7mg/dL, P-2.7mg/dL, Mg⁺1.68mg/dL; PCR 5,5mg/dL, PCT 0.08ng/mL, TSH/FT4 normal. A TC crânio não mostrou alterações. Verificou-se hipertermia refratária ao paracetamol, acetilsalicilato de lisina e metamizol, para além de medidas de arrefecimento corporal, colocada hipótese de Hipertermia Maligna secundária a opióides, realizou-se a administração de dantroleno 60mg com descida térmica. Boa evolução com recuperação do estado fisiológico habitual. Foi suspensa a terapêutica opioide.

Conclusão: A utilização de fármacos serotoninérgicos, é frequente na nossa prática clínica. A gestão do doente com dor crónica, sobretudo no doente idoso, é complexa e desafiante, de maneira que devemos ter presente os seus potenciais efeitos adversos para rapidamente reconhecermos situações que implicam risco de vida.

PO-0112 - (2392) - DOENÇAS AUTOIMUNES NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA: UM ESTUDO DE COORTE DE 12 ANOS

Sofia Miranda¹; Daniel Calado¹; Diogo Oliveira²; Ana Elisa Brás²; Raquel Costeira²; Joana Subtil²; Joana Rua²; Guilherme Assis Cardoso²; Miriam Cimbron¹; Francisco Esteves²; Nelson Barros²

1 - Hospital do Divino Espírito Santo; 2 - Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

As doenças autoimunes (DAI) são um grupo de patologias crónicas que assentam na desregulação dos sistemas imunes inato e adaptativo. Actualmente, estão identificadas cerca de 100 DAI, cujo acometimento pode variar de limitado a multissistémico, estimando-se que afectem cerca de 3 a 5% da população mundial.

Investigar a prevalência de doentes com diagnóstico de DAI multissistémica ou do foro dos 6 domínios do SOFA score numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Centro Hospitalar de grande-média dimensão e realizar uma análise estatística descritiva.

Estudo retrospectivo observacional de Janeiro de 2010 até Dezembro de 2022 de doentes admitidos numa UCI de um Centro Hospitalar de grande-média dimensão. Os seus processos clínicos foram revistos para obter informações acerca da demografia dos doentes, das suas características clínicas e analíticas, da terapêutica utilizada e do desfecho.

Foram admitidos 59 doentes com diagnóstico de DAI, num total de 67 episódios, tendo-se registado 4 readmissões, 1 reinternamento e admissões em anos distintos em 2 doentes. Observou-se um predomínio do sexo feminino (36; 61.0%) e uma idade média de 64.0 ± 19.0 anos. A proveniência mais frequente foi o Serviço de Urgência (33; 49.3%), seguido das enfermarias médicas (19; 28.6%). Os diagnósticos mais frequentes foram as vasculites (15; 25.4%), a miastenia gravis (13; 22.0%) e a artrite reumatóide (11; 18.6%). Contudo, em apenas 26 episódios (38.8%) o motivo de admissão era atribuível a manifestações da doença ou em contexto iatrogénico. Dentro deste subgrupo, a causa mais frequente foi a insuficiência respiratória (10; 14.9%), seguida de síndrome pulmão-rim (5; 7.5%). Verificou-se necessidade de suporte de órgão em 46 casos (68.6%), com introdução de suporte ventilatório em 41 (61.2%), de suporte aminérgico em 17 (25.4%) e de técnica de substituição renal em 5 casos (7.5%). Reflectindo o motivo de admissão ou intercorrências durante o internamento, 49 episódios (73.1%) necessitaram de antibioterapia. A corticoterapia foi a terapêutica dirigida a tratamento de DAI mais administrada, com 42 episódios (62.3%) a requerem a sua utilização. Houve necessidade de plasmafereze em 5 casos (7.5%): 2 de miastenia gravis, 2 de poliangeíte microscópica e 1 de síndrome de Goodpasture. Relativamente à gravidade, o APACHE médio foi 17.1 e o SAPS II 33.9. Já o SOFA médio à admissão foi de 5.2, enquanto à saída foi de 3.1. A limitação de esforço terapêutico foi instituída em 8 casos (11.9%), tendo 7 (10.4%) resultado em óbito na UCI. Registaram-se ainda 7 óbitos (10.4%) adicionais durante a permanência hospitalar. Assim, a mortalidade standardizada estimada para o SAPS II foi de 1.

Embora representem uma causa residual de admissão em UCI, a importância associada ao pronto reconhecimento e abordagem das DAI não pode ser menosprezada, atendendo à elevada percentagem de doentes que desenvolvem necessidade de suporte de órgão.

PO-0113 - (2453) - COMA MIXEDEMATOSO

Joana Freitas Ribeiro¹; Ana Luísa Matos¹; Pedro Santos¹; Nuno Ferreira¹;
José Ramalho¹; Lucília Pessoa¹; Andreia Salvado¹; Isabel Martins¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Introdução: O coma mixedematoso é uma complicação rara e extrema do hipotiroidismo, tem alterações multiorgânicas e pode ser fatal. Apresenta uma incidência estimada de 0,22 por 1.000.000 no mundo ocidental, sendo mais comum em mulheres e nos meses de inverno. Pode ser a apresentação inicial de qualquer forma de hipotiroidismo, independentemente da causa. A clínica mais frequente é a alteração do estado de consciência e hipotermia, juntamente com os achados comuns do hipotiroidismo. Um elevado índice de suspeição e o diagnóstico precoce são fundamentais.

Caso clínico: Mulher de 79 anos, antecedentes de hipertensão arterial e hipotiroidismo com história de abandono da medicação. Admitida na urgência por prostração. À observação com via aérea permeável, eupneica em ar ambiente, sem alterações na auscultação cardíaca e pulmonar, normotensa, bradicárdica (frequência cardíaca 38 batimentos por minuto), hipotermia (temperatura timpânica 28.9°C), hipoglicemia (glicemia capilar 63mg/dL), abertura ocular espontânea, emissão de sons incompreensíveis, localizando a dor mas sem cumprir ordens, sem défice de força muscular e com edema periorbitário. Tomografia computadorizada crânio-encefálica com protocolo angio sem evidência de lesões agudas. Gasimetricamente bem oxigenada e ventilada, sem hiperlactacidemia. Analiticamente a salientar hormona estimulante da tiróide e tiroxina T4 livre indoseáveis (>50.500 µUI/mL e 0.0 ng/dL, respetivamente), sem elevação de parâmetros inflamatórios ou alterações eletrolíticas. Foi admitida no Serviço de Medicina Intensiva e iniciada terapêutica com Levotiroxina e Hidrocortisona.

Discussão e Conclusão: A taxa de mortalidade do coma mixedematoso é elevada, pelo que todos os doentes devem ser admitidos em Unidade de Cuidados Intensivos. O início imediato da terapêutica com hormonas da tiróide é de extrema importância quando existe suspeita desta patologia, mesmo antes dos resultados das hormonas tiroideias. A administração de Hidrocortisona antes da terapêutica com as hormonas é recomendada, sobretudo se doente hipotenso, para evitar crises suprarrenais. O prognóstico é difícil de estabelecer devido ao reduzido número de casos reportados. A taxa de mortalidade é variável, variando entre 60% e 20 a 25% na presença de cuidados intensivos avançados. Idade avançada, bradicardia e hipotermia persistente estão associados a pior prognóstico. Se não for tratado, o coma mixedematoso é fatal.

PO-0114 - (2587) - CHOQUE TÓXICO APÓS VACINAÇÃO

Tatiana Soares Correia¹; Rui Gomes¹; Melanie Ferreira¹; Antero Fernandes¹; Francisca Delerue¹

1 - Hospital Garcia de Orta

A síndrome do choque tóxico é uma patologia multissistémica aguda mediada por toxinas que causa choque distributivo e tem uma alta taxa de mortalidade. Sabe-se que está presente em cerca de 50% dos casos de fascíte necrotizante e principalmente associada a infeção por *Streptococcus* grupo A, podendo, no entanto, estar associada a infeções por outras bactérias Gram positivas.

Os autores apresentam o caso de um homem francês de 42 anos, paraplégico há 18 anos após acidente de Ski, hipertenso e com remoção cirúrgica de corpo estranho da coluna 9 meses antes da vinda à urgência com posterior antibioterapia prolongada. Foi admitido no serviço de urgência por febre, vômitos e diminuição do débito urinário com 4 dias de evolução. Teria realizado vacinação contra febre amarela 7 dias antes. À admissão apresentava-se lentificado, hipotenso, ictérico e apirético e analiticamente com hiperlactacidemia, elevação marcada dos parâmetros inflamatórios, disfunção hematológica, renal e hepática. Perante gravidade clínica fica ao cuidado da Medicina Interna constando-se edema, rubor e calor ao nível do membro superior esquerdo sem porta de entrada identificada. Realizou TC do membro que revelou achados compatíveis com fascíte. Foi realizada abordagem cirúrgica com fasciotomia, sem evidência de coleções drenáveis. Admitido em unidade de cuidados intensivos onde manteve antibioterapia de largo espectro e foi iniciada imunoglobulina considerando-se choque tóxico refratário. Apresentou disfunção multiorgânica refratária às medidas instituídas e acabou por falecer cerca de 48 horas após a admissão hospitalar. As hemoculturas vieram a revelar bacteriemia por *Streptococcus viridans* e *Streptococcus anginosus* multissensíveis.

O presente caso destaca-se pela fascíte com possível relação com inoculação recente bem como pela presença de um quadro compatível com síndrome de choque tóxico causado por patogéneos menos habituais. A rápida evolução do quadro requer um diagnóstico célere para tratamento dirigido, destacando-se o papel da Medicina Interna na gestão da abordagem multidisciplinar.

PO-0115 - (2922) - APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UMA DOENÇA FATAL: A DISSECÇÃO AÓRTICA

Ana Oliveira¹; Rita Figueira¹; Joana Melo¹; Gisela Gonçalves¹; Valter Duarte¹; Tatiana Rodrigues¹

1 - Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução:

A disseção aórtica (DA) associa-se a mortalidade significativa e muitos doentes morrem antes de chegar ao hospital ou antes do diagnóstico. Os sintomas clássicos da DA incluem dor torácica intensa com irradiação dorsal e de início súbito. Contudo, a DA pode apresentar-se por sintomas atípicos, nomeadamente sem dor torácica. Este caso ilustra um doente com disseção aórtica tipo A que se apresentou com dor lombar e parésia direita.

Caso Clínico:

Homem, 58 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor lombar à direita com irradiação para o membro inferior direito com duas horas de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se hipotenso, taquicárdico e com parésia do membro inferior direito (MID) (força grau 2). Pulso femoral direito com menor amplitude em comparação com o esquerdo. Após cerca de 20 minutos da admissão evolui com plegia do MID, sinais de má perfusão do mesmo e dor de difícil controlo. Nesta fase pulso femoral não palpável à direita. TC toraco-abdomino-pélvica com angio-TC a demonstrar disseção aórtica tipo A com extensão desde a aorta ascendente até às artérias renais, enfarte renal difuso à esquerda e enfarte do pólo superior do rim direito. A disseção aórtica estende-se às artérias ilíacas direita e esquerda. Discutido caso com Cirurgia Cardiorádica e Cirurgia Vasculare e transferido para o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC). No CHUC realizado intervenção com substituição da aorta ascendente e cirurgia de revascularização com transposição da veia safena interna na coronária direita. Evolui com instabilidade hemodinâmica e distensão abdominal de novo. Exame de imagem de reavaliação com progressão da disseção atingindo a mesentérica superior já com colite isquémica instalada. Evolução desfavorável resultando no óbito.

Discussão e Conclusão:

Este caso demonstra uma apresentação atípica da disseção aórtica, com dor lombar em provável contexto do enfarte renal já estabelecido e com plegia por má perfusão do MID. Assim, síndromes neurológicas agudas associado a alterações da perfusão podem ser um sinal de etiologia vascular de causa não central, nomeadamente alterações vasculares, pelo que nestes doentes a disseção aórtica deve ser tida com uma hipótese diagnóstica e a palpação dos pulsos é crucial para nos orientar nesta hipótese diagnóstica. Mesmo diagnosticada precocemente, o prognóstico é reservado, tal como foi observado neste caso.

PO-0116 - (4016) - INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA POR QUETIAPINA - ALÉM DA ANAMNESE

Jorge Governa¹; Beatriz Marquês¹; Pedro Avelar¹; Manuel Ribeiro¹; Liliana Simões¹; Sérgio Borges¹; Ana Costa¹; Rosa Amorim¹

1 - Centro Hospitalar do Oeste - Torres Vedras

Introdução: A Quetiapina é um antipsicótico atípico utilizado no tratamento de perturbações psiquiátricas. Apresentamos uma doente com sintomas de intoxicação medicamentosa aguda por um neuroléptico desconhecido, e salientamos o desafio diagnóstico e a orientação da entrevista anamnésica que permitiu a identificação do fármaco responsável.

Caso Clínico: Mulher de 61 anos, autónoma, leucodérmica, com antecedentes de perturbação depressiva, com alteração terapêutica recente, medicada com Amisulprida 50mg, Venlafaxina 225mg, Sulbutiamina 200mg, Trazodona 50mg, Quetiapina 50mg e Zolpidem 10mg. Admitida no Serviço de Urgência por depressão do estado de consciência com 9h de evolução. Segundo o marido, a doente adormeceu após toma da medicação ao pequeno-almoço, e não acordou mais espontaneamente. Negou evidência de movimentos involuntários ou incontinência de esfínteres. À observação, a doente encontrava-se em estupor, com score de Glasgow de 8 (O2, V1, M5), sem défices neurológicos focais, apirética, normotensa, com auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. Gasimetria arterial e glicémia capilar normais. Hemograma, ionograma, função renal, provas hepáticas e função tiroideia sem alterações. A análise toxicológica da urina veio inocente. TC-CE sem alterações estruturais. ECG não revelou alterações, nomeadamente prolongamento do QT. Após inspeção da medicação da doente, constatou-se que a caixa de Quetiapina (iniciada dois dias antes) apenas continha três comprimidos dos 60 iniciais. Admitiu-se intoxicação medicamentosa com 2750mg de Quetiapina. Iniciou fluidoterapia IV e monitorização cardio-respiratória com recuperação progressiva da consciência após 24h. Posteriormente a doente confirmou tentativa de suicídio com 55 comprimidos de Quetiapina, tendo sido encaminhada para Consulta de Psiquiatria.

Conclusões: A intoxicação aguda por Quetiapina traduz-se habitualmente por uma exacerbação do seu efeito clínico, que se manifesta 1 a 2 horas após a ingestão, com o pico entre as 4 a 6 horas e a resolução ao fim de 12 a 48 horas, sendo os efeitos sobre o sistema nervoso central os mais frequentes, nomeadamente letargia e sedação. Verifica-se uma baixa incidência de toxicidade grave e de letalidade, estando as doses tóxicas dependentes da intoxicação concomitante por outros fármacos, da idade do doente e de se tratar ou não de uma exposição inaugural. Neste caso, os achados clínicos e a evidência de ingestão excessiva de Quetiapina conduziram ao diagnóstico.

PO-0117 - (4035) - EXUBERANTE HEMATOMA DA PAREDE ABDOMINAL SECUNDÁRIO À ADMINISTRAÇÃO DE ENOXAPARINA

Ana Sara Monteiro¹; Pedro Reboredo¹; Rita Domingos¹; Crsitina Sousa¹; Luisa Melão^{1,2}; Rita Rita Fernandes¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Faro; 2 - mmelao@chalgarve.min-saude.pt

Introdução: Os hematomas da parede abdominal secundários à administração subcutânea de enoxaparina (HPASE) de baixo peso molecular estão descritos como raros e com uma evolução clínica desde a hemorragia autolimitada ao choque hemorrágico.

Caso clínico: Uma mulher de 71 anos com antecedente de fibrilhação auricular e aterosclerose sistêmica com stents coronários e carotídeos, hipertensão primária, Diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crônica foi internada na enfermaria de medicina interna com um diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada. Foi medicada com furosemida endovenosa, enoxaparina 1mg/kg 12/12h e clopidogrel 75mg, além da medicação de ambulatório.

Três dias após o início da deambulação, a paciente apresentou quadro de dor abdominal nos quadrantes esquerdos e uma massa abdominal dolorosa era palpável, mantendo-se hemodinamicamente estável. A hemoglobina caiu de 9g/L para 5,9g/L em 48 horas. Foi colocada a hipótese de hemorragia intra-abdominal. A TC de abdomen mostrou volumoso hematoma intramuscular envolvendo o reto abdominal esquerdo medindo 27x17x8,5cm com sangramento recente. Não foram identificados focos claros de hemorragia ativa. Foi realizada transfusão de sangue e plaquetas. A anticoagulação e a antiagregação foram suspensas. Dada a estabilidade hemodinâmica e da hemoglobina, foi adotada uma atitude conservadora. Após 10 dias reintroduziu-se clopidogrel e, 35 dias depois, anticoagulação terapêutica com dabigatran, sem novas complicações hemorrágicas, tendo recebido alta hospitalar. Após 3 meses a doente foi re-admitida com febre, dor abdominal e subida dos parâmetros inflamatórios. A TC abdominal mostrou aumento do volume do hematoma e pequenas bolhas gasosas em topografia não dependente admitindo-se sépsis com ponto de partida no hematoma abdominal infectado. Procedeu-se à drenagem ecoguiada do hematoma, mas a doente progrediu para choque séptico com paragem cardiorrespiratória.

Discussão: Os HPASE são raramente relatados e os dados de incidência são escassos. A nossa paciente apresentava pelo menos 3 dos 4 fatores de risco conhecidos (idade avançada, sexo feminino, anticoagulação e atividade física). Adicionalmente, trata-se de uma mulher com múltiplas comorbidades, em terapêutica antiplaquetária, o que pode ter contribuído para o risco hemorrágico. A dor abdominal e a queda inexplicada da hemoglobina devem levar à investigação do ponto de sangramento.

PO-0118 - (4088) - INTOXICAÇÃO AGUDA POR METOTREXATO

Mariana Moura Portugal¹; Ana Carolina Martins¹; Carla Serodio¹

1 - ULS Coimbra

I:O metotrexato é um agente imunossupressor amplamente utilizado no tratamento de várias doenças, como artrite reumatoide, psoríase e neoplasias. No entanto, tem um intervalo terapêutico estreito, com risco de toxicidade, especialmente em populações vulneráveis.

CC:Mulher, 85 anos, autónoma nas atividades de vida diária, veio ao serviço de urgência (SU), reencaminhada de outro hospital, por quadro de desorientação, hipotensão, cianose labial e erupções cutâneas tipo queimadura dispersas pelos membros superiores e dorso. Antecedentes pessoais de pênfigo bolhoso e hipertensão arterial, medicada com metotrexato 7,5mg, losartan 50mg e hidroclorotiazida 12.5mg.

À observação no SU encontrava-se taquicárdica e febril (38.2°C), com mucosite hemorrágica labial e lesões eritematosas violáceas dispersas pelo tegumento e confluentes no dorso com sinal de Nikolsky positivo e com área de envolvimento corporal <10%.

Analicamente com pancitopenia, neutropenia, rabdomiólise, lesão renal aguda de etiologia pré renal, aumento dos parâmetros inflamatórios e défice de ácido fólico. As hemoculturas foram positivas para *E. faecalis*.

Assumiu-se intoxicação aguda por metotrexato com necrólise epidérmica e sépsis por *E. faecalis* e foi internada na unidade de cuidados intermédios médicos.

Iniciou fluidoterapia, levofolinato de cálcio, analgesia, filgrastim, antibioterapia e realizou transfusão de 1 unidade de concentrado de plaquetas.

Ao longo do internamento a doente teve necessidade de suporte vasopressor e de ventilação não invasiva. Ao 4º dia de internamento, o quadro agravou, apresentando-se prostrada, não comunicativa e com hemiplegia flácida esquerda. Fez TAC-CE que mostrou lesões isquémicas agudas em parte do território da artéria cerebral média direita e da artéria cerebelar inferior direita. Foi observada pela Neurologia que considerou que não tinha indicação para tratamento de reperfusão/revascularização.

Apesar das medidas instituídas e da otimização terapêutica, a doente acabou por falecer ao 5º dia de internamento.

D:Este caso realça a importância da vigilância dos doentes a cumprir metotrexato. Nos casos de intoxicação, a rápida abordagem com administração de fluidos e de levofolinato de cálcio é fundamental para reverter os sintomas agudos e reduzir o risco de complicações graves. Devemos ter particular atenção nos doentes idosos que, frequentemente, apresentam alterações fisiológicas, comorbidades médicas e polimedicação, aumentando o risco de toxicidade.

PO-0119 - (4141) - SÍNDROME DE LYELL: A PROPÓSITO DE UM CASO

Ana Tenreiro¹; Filipe Alfaiate¹; João Figueira¹; Sofia Calaça¹; Susana De Carvalho¹

1 - Hospital do Espírito Santo de Évora

A síndrome de Lyell, ou necrólise epidérmica tóxica, é uma doença rara e potencialmente fatal. Associa-se à administração de fármacos que, através de um mecanismo de base imunológica que não está totalmente esclarecido, induz a necrose aguda da epiderme. Caracteriza-se pelo aparecimento súbito de febre elevada, sinais de toxicidade sistémica e exfoliação mucocutânea extensa, de mais de 30% da superfície corporal. A sua abordagem passa pela suspensão de fármacos suspeitos e internamento precoce em Unidade de Queimados ou de Cuidados Intensivos.

O caso apresentado trata-se de um homem de 81 anos, autónomo nas atividades de vida diárias, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e anemia ferropénica, que recorreu ao Serviço de Urgência por erupção cutânea que progrediu do tronco para o dorso, membros e face com 1 semana de evolução. Cerca de 1 mês antes do início deste quadro, o doente apresentava lesões pruriginosas ao nível dos membros inferiores, tendo sido medicado com a seguinte terapêutica tópica: benzoato de benzilo, furoato de mometasona e terbinafina, por suspeita de escabiose versus infeção fúngica. O doente foi internado com hipótese diagnóstica de toxidermia com causa provável a terbinafina e, após resultado histológico de biópsia cutânea que confirmou a suspeita diagnóstica, iniciou-se corticoterapia. No entanto, após cerca de 1 semana de internamento, observou-se evidente agravamento do quadro, com aumento da extensão do exantema (> 90% da superfície corporal) e exfoliação das lesões, pelo que o doente foi transferido para uma Unidade de Queimados. Na Unidade de Queimados o doente foi submetido a fluidoterapia vigorosa, cuidados de pele dirigidos e terapêutica analgésica, tendo tido uma evolução favorável sem evidência de complicações.

Neste caso, a progressão rápida e grave do exantema cutâneo, associada à administração prévia de medicamentos suspeitos, ressalta a importância da vigilância atenta aos sinais de toxicidade medicamentosa e da célere intervenção para suspensão dos agentes desencadeadores. O encaminhamento precoce para unidades especializadas, como Unidades de Queimados ou de Cuidados Intensivos, é crucial para a gestão eficaz desta condição, e ressalta a importância de uma intervenção multi-disciplinar na Síndrome de Lyell.

PO-0120 - (4151) - UM CASO DE AMILOIDOSE INAUGURAL COM CHOQUE DISTRIBUTIVO

Maria Meneses Rebelo¹; Sara Tavares¹; João Henriques¹; Catarina Pires¹; Nuno Germano¹

1 - ULS São José - UCIP7 Hospital Curry Cabral

A Amiloidose (Am) AL é o tipo mais comum de amiloidose sistémica. É uma discrasia plasmocitária, com deposição de fibrilhas compostas por fragmentos de cadeias leves que levam a disfunção multi-orgânica. Apresenta-se um caso de diagnóstico inaugural com choque distributivo.

Masculino, 55 anos, previamente autónomo, proteinúria nefrótica em estudo. Pai com diagnóstico de MGUS. Quadro com cerca de 2 meses de evolução de astenia, perda ponderal, hipotensão sintomática, oligoanúria e parestesias nas extremidades. Recorre ao serviço de urgência do hospital onde é seguido, apresentando-se hipotenso, com hiperlactacidémia de 3,8mmol/L. Analiticamente padrão colestático, hipoalbuminémia grave, INR elevado, mas factor V normal. Transferido para Unidade de Cuidados Intensivos de nível 3 para realização de suporte vasopressor. Cumpridos 3 dos 4 critérios diagnósticos de AmAL sistémica: Envolvimento renal, cardíaco (provável por ecocardiograma), sistema nervoso periférico (parestesias) e hepático (verificado em RMN); Biópsia renal que cora com Vermelho do Congo; Rácio cadeias leves Kappa/Lambda aumentado a nível sérico e urinário. Não foi possível admitir diagnóstico definitivo de AmAL por biópsias renal e hepática, inconclusivas - sendo que na primeira foi possível excluir tipos AA e TTR

Apresentou evolução desfavorável rápida ao longo do internamento, apresentando quadro de choque distributivo com disfunção hematológica, renal, cardiovascular e hepática.

Por quadro de encefalopatia houve necessidade de intubação oro-traqueal para proteção de via aérea, assim como técnica de substituição renal e suporte vasopressor múltiplo em dose elevada. Sem isolamento de agente infeccioso em múltiplos exames microbiológicos. Cumpriu 2 ciclos de antibiótico de largo espectro empírico sem melhoria do quadro. Analiticamente com hiperlactacidémia em crescendo, bilirrubina total com valor máximo de 25mg/dL e hiperamoniémia 206ug/L. Face ao diagnóstico não confirmado de AmAL, e não caracterização do distúrbio plasmocitário associado não foi possível administrar tratamento dirigido. Iniciou dexametasona 20mg/dia, mas manteve evolução desfavorável com desfecho fatal ao 13º dia de internamento.

É importante considerar a AmAL pelas implicações graves que o atraso no tratamento implica. A AmAL é rara, de diagnóstico desafiante, com sobrevivência média sem tratamento de 1-2anos.

PO-0121 - (2093) - O QUE SE ESCONDE POR DETRÁS DO MANTO ROSA?

Gisela Lage¹; Lúgia Fernandes¹; Ivone Fernandes¹; Vera Clérigo¹; Andreia Ferrão¹

1 - Hospital São Bernardo Setúbal- ULS Arrábida

Introdução: No tratamento da tuberculose são utilizadas associações de fármacos por um período de tempo prolongado. A associação farmacológica visa evitar falências de tratamento, recidivas e prevenir resistências, aumentando em contrapartida o risco de reações adversas por vezes difíceis de gerir, como no caso apresentado.

Descrição do caso clínico: Homem, 74 anos, com antecedentes de tabagismo primário pregresso (carga tabágica de 65 unidades maços ano), internado por tuberculose pulmonar cavitada multisensível, sem imunossupressão conhecida. Iniciou tratamento com isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida ajustadas ao peso. Nas primeiras semanas de internamento registaram-se múltiplas sobreinfecções bacterianas (sem vacinas Extra Plano Nacional de Vacinação) tendo sido medicado com vários antibióticos (amoxicilina-ácido clavulânico, cefuroxime, piperacilina-tazobactam e meropenem). Após 7 semanas de antibacilares e 1 semana do término de meropenem desenvolveu exantema eritematoso macular pruriginoso com envolvimento do tronco e membros, assumindo-se provável toxicodermia subaguda aos antibacilares, suspendendo-se a rifampicina. Apesar da suspensão do fármaco, apresentou hipereosinofilia periférica (máximo de 4000 eosinófilos/microL) e febre flutuantes assim como hepatotoxicidade, suspendendo-se os restantes antibacilares. A hipótese de síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) foi equacionada, pontuando 4 pontos nos critérios de RegiScar (diagnóstico de DRESS provável). Iniciou esquema de corticoterapia com prednisolona 0.5mg/Kg/dia, durante 2 semanas, com posterior desmame progressivo. Manteve suspensão dos antibacilares iniciais durante 13 dias e após resolução total do exantema, disfunção hepática e eosinofilia periférica reiniciou esquema de segunda linha, não hepatotóxico com bedaquilina+ cicloserina+ clofazimina+ levofloxacina+ linezolid sem reações adversas e com resposta clínica favorável.

Conclusões: A síndrome de DRESS é uma reação farmacológica potencialmente fatal com mortalidade de 10%, devendo ser ativamente investigada perante um quadro exuberante sugestivo de hipersensibilidade tardia em doentes polimedicados. É imperioso o diagnóstico precoce e a suspensão imediata do(s) fármaco(s) imputável(is), sendo os tuberculostáticos de primeira linha e os antibióticos beta lactâmicos fármacos de elevado risco.

PO-0122 - (2571) - TOXICIDADE PULMONAR PELO RITUXIMAB: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Bernardo Belchior¹; Adriana Henriques¹; Joana Paixão¹; Jorge Fortuna¹; Lèlita Santos¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O rituximab(RTx) é um anticorpo monoclonal que atua ao nível da proteína CD20, expressa à superfície dos linfócitos B, com indicação terapêutica nos linfomas não-Hodgkin (LNH). Apesar de ser uma complicação rara, têm sido cada vez mais descritos vários padrões de lesão pulmonar associados ao tratamento prolongado com RTx.

Caso Clínico: Homem, 71 anos, com LNH hepático em remissão sob RTx semestral, recorreu ao Serviço de Urgência(SU) por febre persistente, astenia, anorexia e mialgias com 1 mês de evolução, apesar de medicado com levofloxacina, na última semana. No SU apresentava febre, tremores e insuficiência respiratória hipoxémica(IR); radiografia torácica com infiltrados bilaterais e, analiticamente, apenas com aumento da citocolestase hepática e da PCR, com microbiologia alargada negativa. Ficou internado sob Piperacilina-tazobactam e Linezolid empíricos, assumindo-se pneumonia em imunodeprimido. Apesar de melhoria clínica e analítica iniciais, em D2 sem antibiótico reiniciou febre e IR. A TC toracoabdominal demonstrou áreas de densificação em vidro despolido, bilaterais de natureza inflamatória/infeciosa, sem alterações hepáticas. Realizou, ainda, PET, que excluiu recidiva do LNH. Após reunião multidisciplinar, efetuou broncofibroscopia, sem isolamento de germens no lavado broncoalveolar. Assim, foi colocada como hipótese toxicidade pulmonar ao RTx, iniciando corticoterapia(CT) em megadoses durante 3 dias, seguindo-se redução progressiva a partir de 1mg/kg de metilprednisolona, constatando-se significativa melhoria clínica após 48h. Teve alta, com o referido esquema, que manteve durante 2 meses. Em consulta de reavaliação, estava assintomático, tendo a nova TC evidenciado apenas áreas residuais em vidro despolido.

Conclusão: A toxicidade pulmonar tardia, por pneumonia organizativa(PO), ao RTx é muito rara, ainda que potencialmente fatal em 20% dos casos. A iatrogenia deste anticorpo manifesta-se essencialmente, na forma aguda ou subaguda e responde à CT em doses adaptadas à gravidade clínica. O seu diagnóstico é desafiante, visto que a inespecificidade das manifestações clínicas e imagiológicas pode suscitar outros diagnósticos, nomeadamente infecciosos, protelando o início do tratamento adequado. A ausência de histologia a confirmar PO é um aspeto limitante no nosso doente; contudo, em decisão multidisciplinar, pela adequada resposta à CT, e ao facto de ser segura a suspensão de RTx, optou-se por manter vigilância expectante.

PO-0123 - (2779) - HIPERTENSÃO PULMONARGarcieith Gomes¹; Isabel Ferreira¹

1 - Unidade Local de Saúde Amadora e Sintra

Introdução: A Hipertensão pulmonar (HP) é uma entidade clínica progressiva e fatal, de etiologia múltipla e cuja base fisiopatológica é pouco esclarecida. Por definição, é considerada como aumento da pressão média da artéria pulmonar (mPAP) >20 mmHg, medida por cateterismo cardíaco direito (CCD), gold standard. A frequência de HP em unidade de cuidados intensivos (UCI) é estimada em 42%. O tratamento baseia-se no alívio dos sintomas e no atraso da progressão da doença, alguns doentes beneficiam de transplante pulmonar.

Caso Clínico: Doente de 54 anos com aspergilose pulmonar crónica fibrosante com bronquiectasias sob voriconazol, insuficiência respiratória global (IRG) crónica sob oxigenoterapia de longa duração e ventilação não invasiva (VNI). Admitido por dispneia de evolução progressiva, IRG agudizada e choque cardiogénico por falência do ventrículo direito (VD) e obstrutivo por tamponamento cardíaco. À entrada, hipotérmico, estuporoso, hipotenso, com sinais de hipoperfusão periférica e polipneico. Gasimetria arterial com IRG e acidemia respiratória e láctica. Ecocardiograma revelou derrame pericárdico e HP grave. Feita pericardiocentese. Inicialmente manteve-se com VNI e suporte aminérgico e inotrópico. Por agravamento da acidemia respiratória a condicionar alteração do estado de consciência foi submetido a entubação endotraqueal (EET) para suporte ventilatório invasivo. Iniciou ON cumprindo por 8 dias e na ausência de choque, sildenafil 25mg e milrinona aerossolizada 4mg 6/6h, com melhoria, tendo sido possível extubação para oxigenoterapia de alto fluxo (ONAF). Melhoria clínica e analítica, com Glasgow 15 e sem suporte de órgãos, sendo transferido para a Pneumologia em D10 de UCI.

Discussão: a taxa de sobrevida em doentes com HP é baixa; em um relato de caso de 119 doentes com HP a mortalidade ou necessidade de transplante pulmonar urgente foi de 38% em 90 dias. Os critérios de mau prognóstico incluem $pO_2/FiO_2 < 185$, plaquetas $< 196000/L$, idade > 37 anos, lactatos > 2.45 mmol/l e sódio < 130 mmol/l. No caso descrito, a rápida identificação da complicação associada a HP (cor pulmonale) com evolução a choque, permitiram início imediato de terapêutica dirigida que foram fundamentais para um desfecho mais favorável.

Conclusão: A HP é frequente e fatal. A identificação da causa subjacente, a caracterização hemodinâmica por ecocardiograma ou CCD são cruciais para avaliar a gravidade, orientar a abordagem terapêutica com vista a melhorar os desfechos.

PO-0124 - (2838) - AFINAL NÃO FOI SÓ UMA QUEDA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Santos Gomes¹; Diogo Múrias Gomes²; Isabel Barahona²; Maria João Costa¹

1 - USF Amoreira - ULS Alto Alentejo; 2 - Hospital Santa Luzia de Elvas - ULS Alto Alentejo

Introdução: O abscesso pulmonar trata-se de uma complicação grave consequente de infeções pulmonares. Caracteristicamente é uma coleção localizada no parênquima pulmonar, cavitada e de conteúdo purulento. Os principais agentes patogénicos são bactérias anaeróbias. Os sintomas mais frequentes são febre, dispneia, dor pleurítica, tosse produtiva e astenia.

Caso Clínico: Género masculino, 42 anos, sem antecedentes de relevo, fumador de 4 UMA. Referenciado ao SU desde o centro de saúde por dispneia e toracalgia tipo pleurítica associada a febre com uma semana de evolução e tosse produtiva. Refere história de queda de aproximadamente 2 m de altura com consequente traumatismo do hemitórax direito há 3 semanas. Desde então com múltiplas idas ao centro de saúde por toracalgia sem outros sintomas associados e sem alterações ao exame objetivo. Nas radiografias realizadas sem sinais de fraturas ou alterações do parênquima. À avaliação no SU apresentava-se polipneico sem SDR. SpO2 94% aa. ACP murmúrio diminuído no hemitórax direito. Realizou Rx Tórax que revelou reforço basal direito e analiticamente leucocitose com neutrofilia e PCR > 30 mg/dl. Neste sentido realizou-se TC-Tórax onde se visualizou no “segmento medial basal do lobo inferior direito um conglomerado de lesões cavitadas, de conteúdo líquido compatíveis com abscessos intrapulmonares que coalescem entre si. Existem pequenos focos de densificação pulmonar em vidro despolido no lobo pulmonar inferior direito, provavelmente de etiologia infecciosa.(...) Fraturas da vertente posterior da 9ª, 10ª e 11ª costelas à direita, com formação de calo ósseo, alinhadas, não consolidadas”. Fica assim internado no serviço de medicina, por ABCESSO PULMONAR no contexto pós-trauma torácico sob Ceftriaxona e Clindamicina. Com alta após completar esquema de antibioterapia e clinicamente melhorado.

Discussão: O abscesso pulmonar é uma patologia pouco frequente, afeta maioritariamente o sexo masculino, e que pode resultar numa morbidade significativa. O diagnóstico é feito com base na clínica e exames de imagem, sendo a TC-Tórax o Gold Standart. O tratamento é feito com antibioterapia empírica e prolongada de forma a cobrir uma flora bacteriana mista. Caso o abscesso persista após completar tratamento conservador deve-se ponderar a drenagem do mesmo.

Conclusão: Destacamos este caso devido à sua etiologia pós trauma torácico fechado pela forma incomum da sua evolução para abscesso pulmonar.

PO-0125 - (2930) - QUANDO O TRATAMENTO DESPOLETA A DOENÇA - UM CASO CLÍNICO

Joana Patrício¹; Filipe Modesto¹; Vânia Caldeira¹; Ivone Fernandes¹

1 - Hospital São Bernardo, Unidade Local de Saúde Arrábida

Introdução

As doenças difusas do parênquima pulmonar induzidas por fármacos (DI-ILD) apresentam crescente prevalência, com a lista de medicamentos responsáveis a aumentar, especialmente pelo uso de novos anticorpos monoclonais e terapêuticas biológicas no tratamento de neoplasias e doenças reumatológicas. O diagnóstico é desafiante, dependendo da identificação de exposição a fármacos com toxicidade pulmonar e exclusão de outras etiologias, já que não existem características clínicas ou meios complementares de diagnóstico (MCDTs) específicos. A célere identificação e descontinuação do fármaco constituem os pilares do tratamento associando-se a corticoterapia sistémica perante DI-ILD grave.

Caso Clínico:

Homem de 76 anos, com antecedentes de SAOS grave e mielofibrose sob ruxolitinibe e hidroxiureia há 5 meses.

Recorre à urgência por prostração e dispneia progressiva (mMRC 4) com 3 dias de evolução. À admissão oximetria de pulso de 88% (O₂ 4L/min) e sibilos e crepitações bibasais. Apresentava hipoxemia grave e hipocapnia, radiografia de tórax com infiltrado pulmonar bilateral e analiticamente bicitopenia com leucocitose neutrofílica e PCR 7,71mg/L. Antigenúrias para Legionella e Streptococcus pneumoniae e painel de vírus respiratórios negativo. TC torácica revelava padrão em vidro despolido/mosaico bilateral, com maior expressão no lobo médio e lobos inferiores.

Assumida Pneumonite por toxicidade medicamentosa secundária a ruxolitinibe/hidroxiureia, sem possibilidade de exclusão de pneumonia em doente imunossuprimido, pelo que iniciou pulsos de metilprednisolona 1g e antibioterapia de largo espectro. Ao 4º dia por falência respiratória foi iniciada ventilação mecânica invasiva e foi transferido para a UCI onde manteve agravamento clínico falecendo 24 horas depois.

Discussão e Conclusão:

Fármacos antineoplásicos são a principal causa de DI-ILD, correspondendo a 23-51% dos casos. A hidroxiureia e o ruxolitinibe são agentes antineoplásicos utilizados nas neoplasias mieloproliferativas e ambos podem causar raramente pneumonite aguda e/ou grave e ARDS. A existência de um elevado grau de suspeição clínica associada à vigilância imagiológica é essencial na deteção precoce e no prognóstico destes doentes.

PO-0126 - (3983) - PNEUMONIA NECROTIZANTE, UMA COMPLICAÇÃO RARA

Mariana Lobo Oliveira¹; Ana Cristina Peixoto¹; Luana Alves¹; Nuno Mendes Piedade¹; Luís Nogueira Silva^{1,2}; Jorge Almeida¹

1 - ULS - S.João; 2 - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS). Universidade do Porto.

INTRODUÇÃO: A pneumonia necrotizante (PN) é uma complicação rara da pneumonia. Surge quando há destruição do parênquima pulmonar durante a infeção e conseqüentemente surgem focos de necrose e cavitação. Os microorganismos mais frequentemente implicados são *Staph. aureus* e *Strep. pneumoniae*. O diagnóstico de PN implica a utilização de antibioterapia de largo espectro e monitorização contínua dada a elevada mortalidade.

CASO CLÍNICO: Mulher, 48 anos, com história médica prévia de glioma de baixo grau parietal esquerdo e temporal direito com sinais de evolução para alto grau na última ressonância magnética em Maio 2023. Foi internada na enfermaria do Serviço de Medicina Interna por infeção respiratória por Influenza A com acidemia respiratória e com provável sobreinfeção bacteriana, tendo apresentado boa resposta clínica e analítica após cumprir 7 dias de tratamento com amoxicilina/ácido clavulânico. Teve novo agravamento clínico com recrudescência dos parâmetros inflamatórios, motivo pelo qual se iniciou piperacilina-tazobactam e se realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax que mostrou áreas de cavitação no lobo superior direito e no lobo inferior esquerdo. A doente foi colocada em isolamento de via aérea até exclusão de tuberculose e adicionou-se vancomicina ao esquema terapêutico. Manteve desde aí tosse com expectoração hemoptóica. No estudo bacteriológico das secreções brônquicas (SB) foi isolada *Pseudomonas aeruginosa* resistente à piperacilina-tazobactam, motivo pelo qual se alterou a terapêutica para meropenem no 12º dia de antibioterapia. A doente manteve insuficiência respiratória hipoxémica com ratio pO_2/FiO_2 de cerca de 150, febre com frequência quase diária, persistência de elevação dos marcadores inflamatórios e isolamento do agente em repetições do estudo bacteriológico de SB, com o mesmo perfil de sensibilidade. A repetição da TC mostrou agravamento das áreas de cavitação. Dada a evolução desfavorável, no 46º dia de internamento foi decidido iniciar tratamento com tobramicina inalada. Contudo, nesse mesmo dia, a doente faleceu por episódio de hemoptises de grande volume.

DISCUSSÃO & CONCLUSÃO: A PN é uma complicação rara da pneumonia, em que o tratamento médico por vezes é ineficaz. Este caso clínico ilustra a incapacidade em interromper o processo de destruição do parênquima pulmonar, neste caso por um agente nosocomial, que justifica a elevada morbidade e mortalidade da doença.

PO-0127 - (4172) - PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÓNICA - NEM TUDO É INFEÇÃO RESPIRATÓRIA

Inês Gonçalves¹; Carla Ferreira¹; Cleide José Maria¹; Ana Filipa Martins¹; Rita Sousa¹; Olga Pires¹; Rosa Carvalho¹; Joana Sousa Morais¹; Maria João Regadas¹

1 - Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: Pneumonia Eosinofílica Crónica (PEC) é uma Doença do Interstício Pulmonar de causa idiopática. O diagnóstico baseia-se na apresentação clínica, achados imagiológicos de opacidades periféricas e lavado broncoalveolar (LBA) com eosinofilia. Todavia, nem sempre estes achados estão presentes, tornando desafiante o diagnóstico.

Caso Clínico: Homem, de 71 anos, ex-fumador com exposição profissional breve a amianto. Internamento prévio por sépsis com ponto de partida respiratório e disfunção multiorgânica. Tomografia computadorizada (TC) torácica inicial a revelar derrame pleural esquerdo sugestivo de empiema e áreas de densificação em vidro despolido no parênquima pulmonar direito, traduzindo padrão crazy paving. Assumida etiologia infecciosa, tendo colocado dreno torácico e cumprido concomitantemente ciclo de antibioterapia (ATB) e corticoterapia. Boa evolução clínica com ligeira melhoria imagiológica das alterações parenquimatosas à data da alta, sob desmame de corticóide. Pouco tempo depois, doente novamente internado por insuficiência respiratória grave. Inicialmente equacionada causa infecciosa nosocomial, porém, identificados infiltrados intersticiais bilaterais em vidro despolido, com padrão crazy paving e fibrose em favo de mel, a traduzir provável pneumonite intersticial, em franco agravamento face à TC anterior. Analiticamente, consumo ligeiro do complemento C3 com IgA e IgE elevados. Pela ausência de clínica ou sinais sugestivos de infeção, optou-se por suspender a ATB e assumiu-se diagnóstico provável de Doença do Interstício Pulmonar. Por agravamento respiratório, com necessidade de oxigenoterapia (O₂) de alto fluxo, iniciada metilprednisolona. Após 48h de tratamento, melhoria franca, com desmame progressivo de O₂. Na reunião de interstício pulmonar, levantada a hipótese de PEC, dada a evolução clínica. Assim, realizada broncofibroscopia com LBA, que evidenciou exame microbiológico negativo com 58% de macrófagos, sem eosinofilia, em doente já no 13º dia de corticoterapia. À alta, doente assintomático, sem necessidade de O₂, em desmame lento de corticoterapia.

Discussão: Neste caso, foram vários os fatores confundidores e, mesmo não tendo os achados imagiológicos típicos nem a eosinofilia no LBA, o aumento de IgE total e a melhoria clínica franca 48 horas após início de corticoterapia sistémica tornam PEC o diagnóstico mais provável. Caso não melhorasse, o próximo passo seria a biópsia pulmonar para ponderar outras hipóteses diagnósticas.

PO-0128 - (4221) - DERRAME COMPLICADO PERSISTENTE: UMA ESTRATÉGIA DIFERENTE MAS EFICAZ

Glória Gonçalves¹; Margarida Arantes Silva¹; Alice Pinheiro¹; Olinda Miranda¹; Ana Pessoa¹; Mário Esteves¹

1 - Centro Hospitalar Médio Ave

A pneumonia é uma das infeções mais comuns no nosso dia-a-dia; a maioria sem grandes complicações associadas. Contudo, estas podem surgir e não ser facilmente resolvidas. O derrame pleural parapneumónico é uma complicação relativamente comum desta patologia que por vezes necessita de uma abordagem personalizada na sua gestão.

Apresentamos o caso de um homem de 31 anos, toxicodependente (consumo de drogas intravenosas), trazido ao serviço de urgência por quadro de dispneia, hipersudorese e febre. Analiticamente apresentava aumento de parâmetros inflamatórios, e a investigação subsequente revelou tratar-se de uma pneumonia direita com derrame pleural associado e características sugestivas de loculação/abcesso pulmonar. Para melhor caracterização do derrame e definição de estratégia terapêutica, foi realizada toracocentese ecoguiada diagnóstica, que revelou líquido pleural compatível com exsudado. Foi assim assumida pneumonia complicada com derrame loculado, iniciada antibioterapia empírica, e colocado dreno torácico para controlo de foco. Numa fase inicial, a drenagem foi escassa apesar de lavagens frequentes, havendo necessidade de colocação de um segundo dreno com apoio da radiologia de intervenção. Apesar da identificação de agente etiológico (*Staphylococcus aureus* suscetível à metilicina) e feito ajuste de antibioterapia de acordo com respetivo antibiograma, o doente manteve febre, parâmetros inflamatórios elevados e ausência de drenagem significativa. A reavaliação imagiológica revelou ausência de controlo de foco por derrame multiloculado. Atendendo a complicação local de difícil gestão com medidas instituídas, em colaboração com a Pneumologia foi planificada a realização de trombólise intrapleural, que se mostrou bem sucedida no controlo de foco, com melhoria excecional do derrame. O doente terminou antibioterapia com evolução favorável, sem recorrência de sintomas ou de outras complicações.

O caso supracitado exemplifica uma complicação comum da pneumonia, mas, neste caso, resistente às estratégias habituais, o que nos levou a pensar em estratégias alternativas, com eficácia notória. De facto, os agentes fibrinolíticos podem ter diversas aplicações, apresentado resultados equivalentes ao tratamento cirúrgico no derrame loculado.

PO-0129 - (4232) - QUANDO TUDO INDICAVA METASTIZAÇÃO PULMONAR – CASO CLÍNICO

Joana C. Ramos¹; Ana Isabel Santos¹; José Filipe Santos¹; Inês Correia Brasil¹; Patrícia Dias¹

1 - Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: O cancro do pulmão ou a metastização pulmonar de outra neoplasia é a principal suspeita num doente com múltiplos nódulos pulmonares dispersos. O diagnóstico diferencial inclui patologias como a tuberculose pulmonar ou a sarcoidose. Um tuberculoma pulmonar é um nódulo/massa caseosa encapsulada causada por *Mycobacterium tuberculosis*, sem inflamação ou disseminação circundantes.

Caso clínico: Homem de 55 anos, fumador ativo, sem antecedentes patológicos, apresentou-se no serviço de urgência com toracalgia esternal aguda, sem irradiação, tosse seca matinal crónica e perda ponderal não quantificada com 2 semanas de evolução. Sem sudorese noturna, febre, hemoptises ou dispneia; exame objetivo sem alterações e gasimetricamente sem insuficiência respiratória. Analiticamente, apresentava elevação de D-dímeros. Na radiografia torácica, opacidades parenquimatosas nodulares bilaterais. A angio-tomografia computadorizada (TC) arterial do tórax não mostrou sinais de tromboembolia pulmonar e identificou múltiplas formações nodulares sólidas com contornos espiculados e caudas pleurais, sugestivas de processo neoplásico primitivo/metástases. O doente foi orientado para continuação do estudo na consulta externa. O estudo analítico em ambulatório, apresentou serologias de rubéola, citomegalovírus, treponema, toxoplasmose, vírus de hepatite B, C e HIV negativos e interferão gama negativo. A TC cranioencefálica apenas identificou uma possível lesão osteoblástica, e a TC abdomino-pelvica foi normal. A PET/CT demonstrou múltiplos nódulos dispersos e formações ganglionares mediastino-hilares com captação intensa de 18FDG. Após discussão com pneumologia, a broncofibroscopia não foi realizada por as lesões serem periféricas. Duas biópsias transtorácicas guiadas por TC foram inconclusivas. Por fim, a biópsia cirúrgica de dois nódulos pulmonares revelou tuberculomas. O doente foi orientado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico e iniciou terapêutica antibacilar.

Discussão e Conclusão: Os tuberculomas pulmonares são nódulos benignos, geralmente encontrados sob a forma de nódulo solitário e geralmente nos lobos superiores. Contudo, neste caso, apresenta-se como nódulos múltiplos dispersos bilateralmente, que mimetizam metástases pulmonares, sobretudo com um interferão gama negativo. O diagnóstico de tuberculoma pulmonar permanece desafiante por requerer um procedimento invasivo e pelo diagnóstico diferencial importante com doença maligna, que poderá coexistir.

PO-0130 - (4256) - PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO: UM DIAGNÓSTICO A TER EM CONTA

Bárbara Fraga Campos¹; Maria João Vilela¹; Pedro Amaro¹; Diogo Lopes¹; Ana Oliveira Sá¹; Teresa Pimentel¹; Narciso Oliveira¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: O pneumomediastino espontâneo é uma condição rara definida pela presença de ar livre no mediastino, na ausência de história recente de trauma, cirurgias ou outros procedimentos invasivos. São considerados fatores desencadeantes vômitos incoercíveis, crises intensas de tosse, uso de drogas inalatórias, broncoespasmo e até mesmo gritos intensos ou uso de instrumentos de sopro. É mais frequente em jovens e apresenta uma evolução geralmente benigna.

Caso clínico: Homem de 20 anos, autónomo. Fumador ativo. Com antecedentes pessoais de asma na infância. Sem medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência (SU), por tosse produtiva, rinorreia e odinofagia com cerca de 3 dias de evolução. Refere dispneia associada a toracalgia de características pleuríticas naquela manhã e agravamento da tosse produtiva. Negava febre ou outros sintomas acompanhantes. Ao exame físico, hiperemia conjuntival, saturação periférica de oxigénio de 93% em ar ambiente e à auscultação pulmonar audível sibilância dispersa e alguns roncos.

Do estudo realizado, de salientar neutrofilia; elevação da proteína C reativa; insuficiência respiratória tipo 1. Na radiografia de tórax visível hiperinsuflação pulmonar. Dada a dor pleurítica intensa, dispneia e insuficiência respiratória com hipocapnia, foi solicitado angio-TC de tórax que excluiu tromboembolismo pulmonar, mas revelou a presença de pneumomediastino de pequeno volume, estendendo-se ao longo de todo o mediastino e região cervical inferior. O doente ficou internado durante 2 dias com oxigenoterapia suplementar e broncodilatação, apresentou boa evolução clínica e radiográfica.

Discussão e Conclusão: O pneumomediastino é mais frequente em jovens do sexo masculino, sendo a dor torácica (geralmente retroesternal). O sintoma mais comum, seguido de dispneia, tosse e desconforto cervical. Devemos suspeitar de outros diagnósticos diferenciais, tais como síndrome coronariana aguda, pericardite, espasmo esofágico, pneumotórax e TEP.

No caso deste jovem, a investigação clínica, embora desenhada para exclusão de outra causa, tornou-se bastante relevante para o diagnóstico de uma entidade que não é frequente. Como fator precipitante do pneumomediastino identificamos como causa mais provável os acessos de tosse intensa.

PO-0131 - (4293) - PNEUMONIA CAVITADA A MSSA EM DOENTE DIABÉTICO – UM CASO CLÍNICO

Beatriz Barata¹; Inês Urmal¹; Beatriz Sampaio¹; Carlota Lalanda¹; Mafalda Leal¹; Jorge Salsinha Frade¹; Ana Catarina Pina Pereira¹; Maria Meneses Rebelo¹; Sofia Salvo¹; Ana Bravo¹; Elisabete Margarido¹; Madalena Lisboa¹

1 - Unidade Funcional de Medicina 2.1, Hospital de Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: A pneumonia necrotizante é uma forma grave de infeção, onde existe destruição do tecido pulmonar e pode levar à formação de cavitações. Ainda que rara, é mais comum em homens adultos com diabetes mellitus, etanolismo, ou doentes imunodeprimidos.

Caso clínico: Homem de 54 anos, com história de diabetes mellitus mal controlada (HbA1c de 14,6%), hipertensão arterial e consumo etanólico diário elevado, observado em serviço de urgência por queixas respiratórias em contexto de pneumonia. Evolui com deterioração rápida com insuficiência respiratória severa e hipotensão; é admitido choque séptico e internado em unidade de cuidados intensivos, onde recebeu suporte com oxigenoterapia de alto fluxo e suporte aminérgico com noradrenalina. Destaca-se isolamento em hemoculturas de *Staphylococcus aureus* multissensível e infeção por Influenza A H1N1.

Sob antibioterapia dirigida com flucloxacilina, o doente evoluiu favoravelmente do ponto de vista clínico e analítico, com hemoculturas negativas ao fim de 3 dias. Porém a nível imagiológico com agravamento global com incremento da extensão das áreas de consolidação e aparecimento de vários focos de cavitação. Isto motivou novo estudo com exclusão de sobreinfeção e outras focalizações através de TC abdomino-pélvica e ecocardiograma. Foi prolongada antibioterapia até 3 semanas após negativação de hemoculturas. Clinicamente com boa evolução, ainda que sem resolução total da insuficiência respiratória, à data de alta sob oxigenoterapia a 1L/min e mantendo importantes alterações imagiológicas.

Discussão: A pneumonia a *Staphylococcus aureus* é uma entidade que implica diagnóstico e tratamento precoce, visto que se associa a complicações como pneumonia necrotizante, sépsis com ou sem choque e doença invasiva. Quando isolado em hemoculturas, deve ser excluída outra focalização, sem nunca esquecer a endocardite. A antibioterapia deve ser contabilizada apenas a partir da esterilização das hemoculturas.

Neste caso temos ainda a diabetes mal controlada e o etanolismo como importantes factores contribuintes para a gravidade e morbilidade do doente.

Conclusão: Pretende-se com este caso reforçar a abordagem rápida e estruturada da pneumonia a *S. aureus* dada a sua gravidade potencial. Também não podemos esquecer o impacto da diabetes mal controlada como factor predisponente a infecções mais graves.

PO-0132 - (4479) - DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL – A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Jorge Reis¹; Margarida Choupina¹; João Luís Miranda¹; Mariana Estrela Santos¹; Raquel Moura¹; Mariana Fidalgo¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho

A doença pulmonar intersticial é um grupo heterogéneo de doenças com manifestações clínicas, radiográficas e patológicas semelhantes e evolução comum, com desenvolvimento de fibrose progressiva do tecido pulmonar.

Homem, 83 anos, antecedentes de insuficiência cardíaca de etiologia valvular e com fração de ejeção preservada, fatores de risco vascular (hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia) e história prévia de adenocarcinoma da próstata, medicado com furosemida 40mg qd, bisoprolol 2,5mg qd, amlodipina + valsartan 5mg + 80mg qd, atorvastatina 20mg qd e metformina 1000mg bid. O doente era taxista reformado e atualmente criador de pombos.

Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dispneia em agravamento progressivo (inicialmente para pequenos esforços e atualmente em repouso) com uma semana de evolução. Referia também tosse com expectoração mucosa e astenia. Sem febre, dor torácica, ortopneia, dispneia paroxística noturna ou perda ponderal. Ao exame físico a destacar polipneia em repouso, saturação periférica de 88% em ar ambiente e auscultação pulmonar com crepitações bilaterais nos 2/3 inferiores do tórax. Nos exames complementares a realçar insuficiência respiratória (IR) com paO_2 53,4mmHg e $paCO_2$ 33,7mmHg e hipotransparência bibasal na radiografia de tórax. O quadro foi interpretado como agudização da patologia cardíaca de base, tendo o doente sido internado para otimização volémica e monitorização.

Verificou-se ausência de resposta à terapêutica instituída, mantendo IR e crepitações dispersas à auscultação. Ao 3º dia de internamento realizou TC pulmonar de alta resolução, que demonstrou distorção arquitetural do parênquima, espessamento dos septos interlobulares e áreas de densidade em vidro despolido, de predomínio subpleural e nos lobos inferiores. Foi feito o diagnóstico de non specific interstitial disease, com overlap com pneumonia organizativa. À alta mantinha hipoxemia com necessidade de oxigenoterapia. Foi orientado para consulta externa de Pneumologia, para progressão do estudo e instituição de terapêutica anti-fibrótica.

Perante IR refratária, particularmente com a coexistência de fatores de risco para patologia do interstício, é importante considerar a possibilidade deste diagnóstico, para que a abordagem terapêutica seja célere e dirigida. Neste caso, não se tratava de descompensação da patologia de base, mas de um quadro de doença pulmonar não diagnosticado, num doente criador de pombos.

PO-0133 - (2063) - QUANDO UMA CONDIÇÃO BENIGNA TEM UM COMPORTAMENTO MALIGNO

Gabriel De Carvalho Ferreira¹; Gustavo Lemos Correia¹; Joana Vinhais Rodrigues¹; Marta Sanches¹; Daniel Castanheira¹; Vânia Rodrigues Pereira¹; Margarida Pimentel Nunes¹; Célia Machado¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

O pseudomixoma peritoneal é uma situação rara, normalmente associada a neoplasias do apêndice, e que se caracteriza pela presença de ascite mucinosa na cavidade peritoneal.

Neste caso clínico falamos de um doente do sexo masculino, de 84 anos com história de pseudomixoma peritoneal (diagnosticado em 2019, tendo recusado terapêutica dirigida, nomeadamente cirúrgica), epilepsia e glaucoma (a causar diminuição da acuidade visual e maior dependência). Foi levado ao Serviço de Urgência por crise convulsiva tonico-clónica generalizada. O filho referia também recusa alimentar e enfartamento precoce, a causar redução da ingesta alimentar (com incumprimento terapêutico) e acamamento nas duas semanas anteriores. Ao exame objetivo apresentava-se muito emagrecido, febril, com abdómen distendido e massas palpáveis, duras e de contornos irregulares, nos quatro quadrantes do abdómen. Dos exames realizados apresentou pesquisa de SARS-CoV-2 positiva, assumindo-se infeção COVID-19 com crises convulsivas em contexto de febre e incumprimento terapêutico. Realizou ainda TC abdominal, que revelou alterações quísticas ocupando grande parte do abdómen superior, condicionando scalloping do contorno hepático, em relação com o diagnóstico de pseudomixoma peritoneal. Durante o internamento apresentou resolução do quadro infeccioso, mas manteve queixas de enfartamento em contexto de compressão extrínseca gástrica pelo pseudomixoma, com recusa alimentar e incumprimento terapêutico neste sentido, tendo apresentado nova crise convulsiva. Dado situação clínica do doente, restantes comorbilidades e estágio da lesão abdominal, decidido em equipa ausência de benefício em tratamento com intuito curativo. Sob medicação via subcutânea não voltou a apresentar novas crises e com optimização de terapêutica pro-cinética foi possível uma melhor tolerância de alimentação por via oral. Teve alta para o domicílio, mantendo seguimento em consultas de Cuidados Paliativos.

Falamos de uma condição rara que, embora tradicionalmente considerada como sendo benigna, atualmente já é vista como estando no limite da malignidade. De facto, neste caso, dadas as grandes dimensões das lesões abdominais e a compressão gástrica que causavam, levou a um quadro de caquexia e descontrolo sintomático importante.

PO-0134 - (2956) - A DECISION WITH AN EXPECTED OUTCOME – IMPORTANCE OF ANTIRETROVIRAL THERAPY

Hugo Gonçalves¹; Rosa Sá¹; Francisco Simões¹; Ana Sá¹; Narciso Oliveira¹; Teresa Pimentel¹

1 - ULS Braga

Introduction: Human immunodeficiency virus (HIV) infection poses a significant global health challenge, making individuals vulnerable to various opportunistic infections such as *Pneumocystis jirovecii* pneumonia (PCP) and candidiasis. These infections contribute to morbidity and mortality, especially in those with advanced disease and inadequate viral suppression due to non-adherence to antiretroviral therapy (ART). This case report highlights the crucial role of ART adherence in preventing opportunistic infections and optimizing outcomes in HIV-positive patients.

Clinical Case: A 61-year-old HIV-positive man presented to the emergency department with dyspnea, asthenia and weight loss over the past two months. He had a history of non-adherence to ART, discontinuing therapy since 2020. His medical history included HIV-1 infection, hepatitis C and a background of substance abuse managed with methadone substitution therapy. On examination, the patient displayed signs of severe respiratory distress and hypotension. His laboratory assessment showed a CD4 cell count of 9 cells/mm³ and a positive viral load of 472,000 copies/mL. Further laboratory investigation revealed anemia, leukocytosis, lymphopenia and elevated inflammatory markers. Arterial blood gas analysis demonstrated hypoxemia and respiratory alkalosis. Chest imaging revealed bilateral diffuse opacities and *Pneumocystis jirovecii* and *Candida albicans* were isolated in bronchoalveolar lavage. Treatment was initiated with trimethoprim-sulfamethoxazole, corticosteroids because of the respiratory insufficiency and fluconazole, resulting in significant clinical improvement. Two weeks later, to minimize the risk of immunologic reconstitution syndrome, ART was initiated based on previous HIV genotype, which was resistant to nucleoside and non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors.

Discussion and Conclusion: This case highlights the challenges associated with non-adherence to ART in HIV-positive patients, leading to increased susceptibility to opportunistic infections like PCP and candidiasis. Timely diagnosis and initiation of appropriate treatment are paramount in improving outcomes for patients. Moreover, this case underscores the pivotal role of ART adherence in preventing opportunistic infections and reducing morbidity and mortality in HIV-positive populations. Healthcare providers should prioritize patient education and support to improve ART adherence and enhance outcomes in HIV-positive populations.

PO-0135 - (4110) - PÊNFIGO BOLHOSO: UMA MANIFESTAÇÃO CLÍNICA COMPLEXA - A ABORDAGEM NUM SERVIÇO DE MEDICINA PALIATIVA

Raquel Flores¹; Leonor Teixeira Gil²; Maria Ana Sobral³; Tânia Varela³;
Luísa Pereira³

1 - ULSLO - Hospital Egas Moniz; 2 - Fundação Champalimaud; 3 - Hospital Cuf Tejo

Introdução: O Penfigóide Bolhoso (PB) é a dermatose bolhosa auto-imune mais comum na população idosa. É uma doença progressiva e incurável, que exige uma abordagem multidisciplinar, pela gestão clínica e farmacológica complexa e impacto na qualidade de vida. Apresentamos um caso clínico de PB com anemia hemolítica (em contexto de síndrome paraneoplásico, secundário a melanoma de alto risco).

Caso clínico: Homem de 76 anos, totalmente dependente e institucionalizado por síndrome demencial (FAST scale 7), diagnóstico de Melanoma em 2021, operado e submetido a tratamento com pembrolizumab, suspenso após 7 ciclos por desenvolvimento de alterações cutâneas compatíveis com diagnóstico de PB. Com várias admissões no serviço de urgência por desconcontro sintomático, nomeadamente: dor, gemido persistente, agravamento das úlceras cutâneas e anemia grave (Hb 4gr/dl) com necessidade de suporte transfusional sem rendimento. Foi posteriormente admitido em unidade de cuidados paliativos para controlo sintomático. À admissão, apresentava mau estado geral, sarcopenia importante, dermatose bolhosa generalizada (>90% superfície corporal), com afeção simétrica das regiões flexoras, ausência de sinal de Nikolsky e anemia hemolítica. O caso foi discutido com a dermatologia e dado o enquadramento e fragilidade, a biópsia cutânea foi protelada e assumido o diagnóstico presuntivo de PB. Após discussão multidisciplinar o plano terapêutico incluiu sedoanalgesia programada, corticoterapia sistémica e apoio emocional à família, verificando-se um bom controle sintomático com regressão das lesões e das queixas algicas. A evolução clínica foi de provável encefalopatia anóxica em contexto de anemia hemolítica refractária e o óbito ocorreu de forma expectável ao 26º dia de internamento.

Conclusão: De acordo com a evidência internacional a referenciação para CP de doenças dermatológicas graves é limitada, apesar do seu impacto clínico e psicossocial. O caso apresentado evidencia a necessidade de uma gestão multidimensional e multidisciplinar centrada no alívio do sofrimento. A referenciação para os CP (apesar de tardia), permitiu não só otimizar os cuidados, minimizar a futilidade terapêutica e promover a qualidade de vida do doente e suporte à família.

PO-0136 - (4371) - DOENÇA DE MCARDLE: UM DESAFIO MULTIDISCIPLINAR

Patrícia Neves¹; Daniela R. Nogueira¹; Rute Sousa Martins¹; Sara M. Rocha¹; Rosa Ribeiro¹; Paulo Paiva¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução

A doença de McArdle é uma doença metabólica caracterizada por deficiência na miofosforilase, levando a intolerância ao exercício e rabdomiólise. Apresentamos o caso de uma mulher de 27 anos com antecedentes de doença de McArdle, rabdomiólise recorrente e síndrome dolorosa do membro superior direito (MSD) associada a alodinia.

Caso Clínico

A doente apresentava sintomas típicos de Doença de McArdle desde a infância, incluindo fenómeno de second wind. Em 2016, episódio grave de rabdomiólise no MSD, com subsequente síndrome compartimental e dor persistente. Sob opióides cronicamente, com auto-titulação da dose e consumo de cannabis fumado.

Recorreu ao serviço de urgência por dor intensa no membro inferior esquerdo (MIE) e limitação funcional sem etiologia claramente definida. Do estudo efetuado com creatininaquinase (CK) 17.535 U/L, mioglobina 229 mg/dL e lesão renal aguda AKIN 1. Excluídas complicações e outras etiologias para rabdomiólise e iniciada fluidoterapia intensiva associada a repouso no leito. Mesmo sob medidas otimizadas com agravamento de destruição muscular (CK máxima de 72.000 U/L). Revisitada a anamnese foi constatada abstinência a opióides e cannabis, a contribuir para mioclonias e contraturas dispersas intensas presentes, previamente ao internamento, o que contribuiu para o agravamento clínico. Foi adotada uma abordagem multidisciplinar, envolvendo Psiquiatria, Psicologia, Dor Crónica e Medicina Física e de Reabilitação.

Iniciou buprenorfina transdérmica e reabilitação funcional após melhoria da rabdomiólise com melhoria do controlo da dor e diminuição progressiva da CK e mioglobina. No entanto, a destacar a dificuldade da doente no reconhecimento e aceitação do uso abusivo de opióides e canabinóides como obstáculo adicional.

Discussão e Conclusão

Este caso destaca os desafios na gestão da doença de McArdle, especialmente quando complicada por quadros de rabdomiólise exuberante com dor de difícil controlo. Uma abordagem multidisciplinar é crucial para o tratamento, reabilitação e educação dos doentes.

PO-0137 - (4747) - A VERY RARE CASE OF MEDULLARY INVASION IN ASTROCYTOMA – A SEIZED DAY WITH PALLIATIVE CARE.

Ana Isabel Oliveira²; Bernardo Pimentel¹; Rita Abril¹; Isabel Galriça Neto¹

1 - Hospital da Luz de Lisboa; 2 - ULS Estuário do Tejo - Hospital de Vila Franca de Xira

Introduction: Diffuse astrocytoma, the most common primary brain tumor in adults, remains incurable and quality-of-life limiting. It rarely presents with medullary invasion, which inevitably deepens its complexity and prognosis.

Case report: A previously healthy 45-year-old man presented in an appointment with intermittent diplopia, frontal headache, left homonymous hemianopsia and bilateral papillary edema suggestive of intracranial hypertension. A cranial computerized tomography followed by a magnetic resonance (MR) revealed a parietal lesion with malignant characteristics. A total excision was performed and the histologic examination revealed a diffuse IDH-mutated astrocytoma. After adjuvant radiotherapy and temozolomide, the lesion persisted. Because of lower limbs intense neuropathic pain, a spine MR was performed, revealing metastatic bone lesions. The patient was referred to the palliative care department for case management. Besides initial pain improvement, asthenia, anemia, and thrombocytopenia developed and persisted. Initially, the cytopenia was associated with temozolamide, but a further medullary biopsy revealed metastatic medullary invasion. Later, he was admitted at the hospital for symptom control. A multidisciplinary discussion took place and palliative radiotherapy was initiated. After an individualized plan of care with focus on comfort, symptoms were controlled and he discharged after 2 weeks. Two weeks later, he was readmitted because of worsened pain, anemia and (very severe) thrombocytopenia. Besides symptoms control, metastasis kept progressing and the patient died reportedly peacefully after 1 month (1 year after 1st diagnosis). This complex case management included medical decisions, pharmacological and non-pharmacological management, prognosis discussions, family support and dignity promotion.

Discussion & Conclusion: We report a case of a diffuse astrocytoma complicated by the very rare occurrence of medullary invasion. Despite advancements in neurosurgical techniques and adjuvant therapies, the prognosis for patients with medullary infiltrative primary brain tumors remains very poor. Nonetheless, the provision of comprehensive care plays a crucial role in optimizing patient comfort, dignity and quality of life throughout the disease trajectory. We underscore the importance of continued research and clinical integration to better understand medullary invasion from astrocytoma and to improve patients outcomes.

PO-0138 - (2240) - SEDAÇÃO PALIATIVA – CASUÍSTICA DE 1 ANO NUMA EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Margarida Araújo¹; Ana Raquel Oliveira²; Céu Rocha²; Hugo Oliveira²

1 - Hospital de Braga; 2 - ULS Matosinhos

Introdução: Na fase terminal da vida, há diferentes sintomas que se podem tornar refratários às medidas de suporte paliativo dirigidas, sendo a sedação paliativa uma potencial solução.

Objetivos: Conhecer a realidade prática da aplicação da sedação paliativa a nível hospitalar.

Material e Métodos: Foram identificados os doentes submetidos a sedação paliativa por uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) durante o ano de 2022.

Resultados: Dos 484 episódios de acompanhamento pela EIHSCP, 55 doentes foram submetidos a sedação paliativa (11,4%). 69,1% eram do sexo masculino, idade média 70,4 anos ($\pm 14,5$ anos). 70,9% apresentavam doença oncológica e 25,5% não oncológica. A doença oncológica mais prevalente foi do pulmão (30,8%); não oncológica foi a insuficiência cardíaca (35,7%). O principal motivo de sedação foi a inquietação terminal (47,3%). O midazolam foi o fármaco utilizado em todos os doentes, em doses 0,3-5mg/h. Em 96,4% dos doentes utilizou-se opióide, sobretudo morfina (94,3%). Em 18,2% utilizou-se um anti-psicótico, sobretudo o haloperidol (40%) ou a levomepromazina (40%). 63,6% dos doentes cumpriram fluidoterapia. Em 54,6% dos doentes atingiu-se controlo sintomático; em 38,2% dos casos este dado não constava dos registos clínicos. O tempo mediano até à morte foi de 32,5 horas, sendo que 64,8% dos doentes faleceu em <48h. Comparando os doentes com doença oncológica com não oncológica, não houve diferença estatisticamente significativa na idade ($p=0,738$), dose máxima de midazolam ($p=0,407$), mortalidade <48h ($p=1,00$) ou sobrevida média ($p=0,820$). Comparando os doentes com neoplasia do pulmão com outras neoplasias, não houve diferença estatisticamente significativa na idade ($p=0,754$), mortalidade <48h ($p=0,486$) ou sobrevida média ($p=0,826$). Verificou-se uma tendência para utilizar doses superiores de midazolam na neoplasia do pulmão, embora não tenha alcançado a significância estatística ($p=0,06$). Não se verificou correlação entre a dose máxima de midazolam e mortalidade <48h ($p=0,395$). **Discussão:** Há poucos estudos a documentar a prática clínica da sedação paliativa. Enquanto noutros estudos o delirium foi o principal motivo de sedação, neste foi a inquietação terminal; os autores consideram que pode haver alguma confusão e sobreposição destes sintomas na fase terminal. O midazolam foi o principal fármaco utilizado, conforme já descrito. Apesar das recomendações sugerirem uma documentação do grau de controlo sintomático e de sedação, numa significativa percentagem dos doentes isso não foi realizado, sendo um cuidado a melhorar no futuro. Os dados obtidos mostram que a decisão de sedação paliativa responde a critérios clínicos objetivos, sem que exista relação com a idade do doente, doença subjacente ou sobrevida.

Conclusão: A sedação paliativa é uma estratégia terapêutica específica, usada em casos selecionados em que não existe alívio de sintomas com as estratégias habituais, e sem impacto no prognóstico vital.

PO-0139 - (4981) - REFLETINDO SOBRE OS CUIDADOS EM FIM DE VIDA: ANÁLISE RETROSPETIVA DOS PROCEDIMENTOS E TERAPÊUTICAS EM DOENTES INTERNADOS EM SERVIÇOS DE MEDICINA INTERNA

Sara Sarmento¹; Francisca Sarmento¹; Mariana Silva²; Joana Antunes¹; Isabel Cruz Carvalho¹; Raquel Dias¹; Francisco Salvaterra¹; Marta Freixa¹

1 - Hospital Pulido Valente, ULSSM; 2 - Hospital de Santa Maria, ULSSM

Introdução: Devido ao envelhecimento da população e aumento das doenças crónicas avançadas, atualmente, os serviços de Medicina Interna são dos principais locais de prestação de cuidados em fim de vida. Contudo, existe pouca uniformização e por vezes inadequação dos cuidados prestados a estes doentes.

Objetivos: Analisar os cuidados prestados no último dia de vida dos doentes falecidos num Serviço de Medicina.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo, de revisão de processos clínicos dos doentes que faleceram em 2023 num serviço de Medicina Interna de um hospital terciário, com análise de dados demográficos e revisão de procedimentos, dispositivos e terapêuticas instituídas nas 24, 12 e 2 horas prévias ao óbito.

Resultados: Identificaram-se 133 doentes, 52,6% (n=70) do sexo masculino e com idade média de 81,6 anos (entre 29 e 102 anos), com 66,9% dos doentes (n= 89) com ³ 80 anos. Dos motivos de óbito apenas 31% (n=42) correspondia a neoplasias em progressão, sendo a maioria relacionada com causas infecciosas. Da amostra em estudo verificou-se que foram colhidas análises sanguíneas em 35,3% (n=47) nas 24h antes do óbito, em 16,5% (n=22) nas 12h antes e em 6,8% (n=9) nas 2h antes; foram colhidas gasometrias em 29,3% (n=39) nas 24h antes do óbito, em 15,5% (n=21) nas 12h antes e em 7,5% (n=10) nas 2h antes. Relativamente a terapêuticas realizadas, constatou-se que 54,9% (n=73) estavam sob antibioterapia EV nas 24h antes, 45,9% (n=61) nas 12h antes e 21,1% (n=28) nas 2h antes; 21,1% (n=28) estavam sob fluidoterapia endovenosa (EV) nas 24h antes, 18% (n=24) nas 12h antes e 13,5% (n=18) nas 2h antes; 12,8% (n=17) estavam sob insulinoaterapia nas 24h antes, 9% (n=12) nas 12h antes e 3,8% (n=5) nas 2h antes; 24,8% (n=33) estavam sob analgesia em perfusão nas 24h antes, 25,6% (n=34) nas 12h antes e 24,1% (n=32) nas 2h antes. Analisando outras medidas instituídas identificou-se que 10,5% (n=14) estavam sob contenção física e 61,7% (n=82) tinham dispositivos nas últimas 24h - 42,9% (n=57) sonda nasogástrica (SNG), 29,3% (n=39) sonda vesical, 9% (n=12) sob Ventilação não invasiva e 5,3% cateter venoso central. Dos doentes assumidos pela equipa Médica Assistente como estando em cuidados de conforto (n=34), 55,9% (n=19) apresentavam dispositivos nas 24h antes (que se mantinham 2h antes), 38,2% (n=13) estavam sob antibioterapia EV nas 24h antes, 17,6% (n=6) colheram análises nas 24h antes, 14,7% (n=5) estavam sob fluidoterapia EV nas 24h antes e 50% (n=17) estavam sob analgesia em perfusão nas 24h antes do óbito.

Discussão & Conclusão: O estudo revela inadequação dos cuidados prestados aos doentes nas últimas horas de vida, com elevada prevalência de medidas invasivas como colocação de dispositivos, antibioterapia endovenosa e avaliação laboratorial, mesmo em doentes assumidos pela equipa médica como estando em cuidados de conforto, sendo importante refletir sobre a qualidade e adequação dos cuidados em fim de vida.

PO-0140 - (2854) - REGRESSÃO?? DE UMA NEOPLASIA DO PULMÃO EM ESTADIO IV

Márcia Mendonça Souto¹; Rita Queirós¹; Renata Silva¹; Cláudia Barros¹; Iva Sousa¹; Luísa Nascimento¹; Anabela Morais¹

1 - ULSTMAD

Introdução: O desaparecimento de um cancro metastizado sem explicação científica credível raramente é aceite. Este processo é chamado de Regressão ou Remissão espontânea e, em casos excepcionais, os doentes ficam curados.

Caso Clínico: Mulher 79 anos, antecedentes pessoais de Hipertensão arterial e dislipidemia, observada no Serviço de Urgência por dor torácica esquerda de características pleuríticas, astenia, hipersudorese noturna e perda ponderal (7kg em 4 meses). Avaliação imagiológica por Angio-Tomografia Computadorizada do Tórax (TAC) que evidencia: “Massa perihilar esquerda de 52 mm a envolver o brônquio lobar superior esquerdo, adjacente à crossa da aorta e coração. Adenopatias no mediastino anterior.”

Encaminhada para a Consulta Externa de Pneumologia e Cuidados Paliativos. Prosseguido estudo complementar com Broncofibroscopia: “Sinais indiretos de neoplasia no BLS, com alargamento do esporão de divisão B1+2-B3 com estenose parcial destes segmentos” e Ecobroncoscopia: “Adenopatia hilar 20x30mm, de aspeto globoso e heterogéneo. A nível de BLE, presença de parede brônquica espessada que continua até região infracarinal e conglomerado adenopático irregular de aproximadamente 40x50mm muito vascularizado”. As biópsias destes dois exames foram inconclusivas.

A Tomografia por Emissão de Positrões relata: “Consolidação/massa para-hilar esquerda com intensa atividade metabólica, em provável relação com neoplasia pulmonar maligna. Metastização ganglionar (mediastino-hilar e supraclavicular esquerda), pulmonar esquerda e pleural ipsilateral.”

Durante a investigação a doente apresenta agravamento clínico com astenia marcada, perda ponderal e dor torácica incapacitante, com necessidade de escalada de terapêutica analgésica para sistema transdérmico opióide.

É então agendada Radiologia de Intervenção para realização de biópsia a gânglio supraclavicular esquerdo, que não foi possível, pois no momento do procedimento este não é observado. Volta a realizar TAC de Tórax: “Sem nódulos pulmonares ou áreas de consolidação parenquimatosa de natureza suspeita.”

Discussão/Conclusão: A regressão de uma doença neoplásica está descrita desde 1960. É uma situação incomum e o mecanismo exato dessa regressão é desconhecido. A doente evoluiu com melhoria do estado geral, estando atualmente assintomática e sem evidência de doença neoplásica. Mantém seguimento, apenas, em Consulta de Cuidados Paliativos a seu pedido pela relação que estabeleceu, ao longo do tempo, com a equipa.

PO-0141 - (2676) - O CANCRO NÃO VÊM SÓ

Bianca Cristea¹; Helena Fernandes¹; Juan Carlos Puentes¹

1 - Instituto Português de Oncologia Lisboa

As síndromes paraneoplásicas referem-se a distúrbios clínicos que não podem ser diretamente atribuídos aos efeitos físicos do tumor primário ou metastático, com mecanismos fisiopatológicos diversos e, em alguns casos, não totalmente esclarecidos. Podem ser síncronas ao tumor em si, mas também podem preceder ou suceder o diagnóstico do tumor.

Mulher, 84 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca crónica, recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal no hipocôndrio esquerdo. Da investigação realizada, destacou-se na TC abdomino-pélvica a presença de massa abdominal de grandes dimensões no hipocôndrio esquerdo. O resultado histopatológico da amostra obtida por microbiopsia guiada por TC fez o diagnóstico de tumor fibroso solitário, sem evidência de metastização. Foi submetida a intervenção cirúrgica com intuito paliativo, com excisão do tumor em bloco com o baço e a cauda do pâncreas, não sendo candidata a tratamento oncodirigido sistémico. Foi encaminhada á Consulta de Cuidados Paliativos para controlo sintomático, iniciando quadro de hipoglicemias sintomáticas, caracterizadas por sudorese e confusão mental, 3 anos após o tratamento cirúrgico. Da avaliação analítica destacou-se um aumento do nível sérico de IGF-II, com um rácio IGF-2/IGF-1 >10, sugestivo de síndrome de Doege-Potter em contexto de recidiva da neoplasia de base. No âmbito da consulta de Cuidados Paliativos, iniciou terapêutica com dexametasona, com titulação progressiva até uma dose total de 3mg/dia. A doente apresentou um desfecho desfavorável em contexto da sua doença oncológica.

Os tumores fibrosos solitários são tumores infrequentes, com boa resposta a ressecção cirúrgica e baixa percentagem de recidiva. A hipoglicemia sintomática é uma manifestação rara deste tipo de tumor e, quando presente, é conhecida como síndrome de Doege-Potter. A síndrome de Doege-Potter representa um desafio diagnóstico, pela sua raridade e complexidade terapêutica, sendo que os efeitos da hipoglicémia, sobretudo a nível neurológico, podem ser devastadores, se não for feita a correção atempadamente.

PO-0142 - (4510) - DOR IRRUPTIVA – PREVALÊNCIA E ABORDAGEM NUMA POPULAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Teresa Vieira¹; Hugo Martins²

1 - Hospital do Espírito Santo de Évora; 2 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A dor irruptiva é uma exacerbação da dor que pode ocorrer de forma espontânea ou em relação com um desencadeante, independentemente do controlo basal da dor. A sua prevalência é elevada, no entanto variável dependendo da população em estudo, reportando-se valores entre os 40 e 80% de prevalência. São objetivos deste estudo analisar a prevalência de dor irruptiva numa população acompanhada por uma equipa de cuidados paliativos e avaliar a adequação terapêutica implementada.

Métodos: Estudo transversal retrospectivo dos doentes acompanhados por uma equipa de cuidados paliativos no ano de 2022. Foram consultados os registos clínicos e recolhidas as variáveis em estudo para uma base de dados em Microsoft Excel, para posterior análise.

Resultados: No total avaliaram-se 117 doentes com queixas algícas, com uma idade média de 69 anos, sendo maioritariamente homens (62%, n=73) e 91% (n=73) apresentavam diagnóstico oncológico. Em todos os episódios houve uma avaliação formal da dor, classificada como irruptiva em 19% (n=27). Nos doentes com dor irruptiva, 96% tinha diagnóstico oncológico (n=26) e 93% apresentava doença metastizada (n=25), sendo a metastização óssea a mais frequente (66%, n=18). A generalidade dos doentes tinha analgésicos em esquema fixo (52%, n=14) com opioides ligeiros e AINE, 33% (n=9) não apresentava nenhum analgésico. Após intervenção da equipa foi atingido um controlo da dor em todos os doentes, a maioria ficou com analgésico fixo (66%, n=18), sobretudo com opióides fortes (59%, n=16). Relativamente à medicação de resgate, a molécula mais usada e que permitiu um melhor controlo sintomático foi o fentanil sublingual (48%, n=13).

Conclusão: Com este estudo vemos que a percentagem de dor irruptiva documentada é inferior à descrita na literatura. As recomendações clínicas atuais sugerem o uso de opióides de resgate de ação rápida para a dor irruptiva, sendo as formulações sublinguais ou intranasais de fentanil, o gold standard do tratamento. Na população analisada foram efetivamente usadas estas moléculas em apenas metade dos doentes. A abordagem da dor irruptiva deve ter em conta vários fatores não só relacionados com a dor, mas também do doente como capacidade de colaboração e condição socioeconómica. Por vezes a onerosidade de algumas estratégias pode obrigar a adaptar as recomendações clínicas, contudo neste estudo vemos que foi atingido o controlo sintomático na maioria dos doentes.

PO-0145 - (2068) - NEM TUDO É O QUE PARECE – A PROPÓSITO DE UM CASO DE ENDOCARDITE SUBAGUDA

Bárbara Lemos¹; João Carlos Oliveira²; Raquel Diogo³; Diogo Mendes Pedro³; Tiago Marques³

1 - Centro Hospitalar de Leiria; 2 - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Ocidental; 3 - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte

A endocardite infecciosa é uma doença rara associada tipicamente a fatores de risco como o sexo masculino, doença valvular, procedimentos dentários recentes, entre outros. O diagnóstico definitivo é estabelecido através de critérios patológicos (microbiologia ou histologia) e clínicos.

Homem de 27 anos com antecedentes de válvula aórtica bicúspide e história de procedimentos dentários no último ano.

Observado pelo Médico Assistente por astenia, anorexia, perda ponderal, sudorese noturna e petequias nos membros inferiores, com 3 meses de evolução, acompanhado por anemia e esplenomegalia. Por suspeita de doença linfoproliferativa foi referenciado ao IPO onde a hipótese foi excluída após realização de mielograma e TC de toraco-abdomino-pélvica. Foi ainda realizado ecocardiograma transtorácico que revelou vegetações na válvula aórtica.

Pela hipótese de endocardite foi transferido para o Serviço de Doenças Infecciosas, onde se apresentou febril. Foi iniciada antibioterapia empírica com amoxicilina-ácido clavulânico, descalada para penicilina e gentamicina após identificação de *Streptococcus sanguinis* em hemoculturas, assumindo-se o diagnóstico de acordo com os critérios de Duke. Dada a estabilidade clínica foi protelada a intervenção cirúrgica.

Após 10 dias de antibioterapia, iniciou quadro de dispneia e polipneia. Foi realizado um novo ecocardiograma que evidenciou prolapso valvular e insuficiência aórtica grave, com indicação para correção cirúrgica emergente, pelo que o doente foi transferido para a Cirurgia Cardiorádica. Foi submetido a implantação de prótese valvular mecânica, mantendo-se estável e sem novos episódios de agudização.

Com este caso pretende-se realçar que, embora pouco frequente, é importante que a endocardite seja considerada como diagnóstico diferencial nas situações em que estão presentes fatores de risco. Este doente apresentava já uma bicuspidia aórtica, o que dificultaria à partida a noção de alterações de novo à auscultação cardíaca. Contudo, identificaram-se lesões petequiais e esplenomegalia, provavelmente secundárias a embolização séptica.

Ainda que a doença linfoproliferativa tivesse de ser excluída, o atraso no início da terapêutica leva a um aumento do risco de pior prognóstico, sobretudo caso se tivesse verificado embolização para a vasculatura cerebral. Sublinha-se assim a importância de considerar precocemente a hipótese de endocardite infecciosa de forma a permitir um diagnóstico célere e evitar potenciais complicações.

PO-0146 - (2175) - NEM TUDO O QUE PARECE É: ATINGIMENTO ARTICULAR NA DOENÇA DE LYME

Laura Ramos¹; Sara Camões²

1 - Serviço de Oncologia Médica, IPO-Porto; 2 - Serviço de Medicina Interna, ULISM-HPH

A doença de Lyme é causada pela espiroqueta *Borrelia* spp, transmitida por picada de carraça. O espetro clínico é amplo e relaciona-se com a fase e extensão da doença, sendo mais frequentes e características as alterações cutâneas: lesões em alvo migratórias, na fase localizada precoce. O atingimento articular é também possível, tanto na fase precoce como na tardia.

Apresentamos o caso de um homem de 61 anos caucasiano, com múltiplos fatores de risco vascular (hipertensão arterial, diabetes mellitus não insulino-tratada, dislipidemia e fumador ativo). Foi referenciado à consulta de Medicina Interna pela Imunohemoterapia para despiste da doença autoimune sistémica, após doseamentos positivos e confirmados de anticoagulante lúpico, anticorpos IgM anticardiolipina e IgM anti-B2 glicoproteína, solicitados por prolongamento do aPTT, documentado em estudo de cefaleia (resolvida após ajuste de anti-hipertensor). Sem história pessoal ou familiar de tromboembolismo. Descreve artralguas com cerca de 2 anos de evolução, com atingimento dos cotovelos, punhos, joelhos e tornozelos, com padrão aditivo e sem ritmo algico claro – refere rigidez matinal moderada, mas maior dor vespertina e associadamente mialgias generalizadas. Negou febre e alterações cutâneas; sem outras queixas, revendo por aparelhos e sistemas. Recorda contacto prévio com cães e mais recente com ambiente de floresta, sem outro contexto epidemiológico relevante. Analiticamente com anticorpos antinucleares (ANA) positivos (1:80, padrão mosqueado), VS e PCR normais, creatina cinase e função tiroideia normais, IgM *Borrelia* positiva em título elevado (67.4RU/mL, IgG negativa), com restantes serologias e estudo imunológico inocentes. Considerando possível relação entre clínica articular e infeção por *Borrelia*, cumpriu 14 dias de doxiciclina, com resolução das artralguas. Confirmado em immunoblot contacto com *Borrelia*. Assim, comprovada e resolvida doença de Lyme, permanecendo assintomático após 3 meses. Sem vantagem em repetir serologia por poder não existir seroconversão, pelo menos numa fase inicial.

As artralguas são manifestação documentada da doença de Lyme, podendo surgir logo na fase precoce, mas também permanecer meses a anos após infeção inicial. No entanto, a maioria resolve após tratamento dirigido, como ocorrido neste caso. A infeção por *Borrelia* pode ainda estar associada à (falsa) positividade dos anticorpos antifosfolipídicos e ANA, ainda por esclarecer neste caso particular.

PO-0147 - (2383) - BACTERIEMIA A RALSTONIA MANNITOLILYTICA EM DOENTE DIALISADO

João Pedro Santos¹; Maria Carolina Silva¹; Anna Sukhoviyy¹; Clara Matos¹; Teresa Branco¹

1 - ULSAS - Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca

Introdução: *Ralstonia mannitolilytica* é uma bactéria aeróbia gram-negativa comumente presente na água e no solo mas tem emergido como microorganismo causador de infecções nosocomiais em doentes imunocomprometidos por contaminação de fluidos parentéricos ou dispositivos médicos. Os doentes dialisados são um grupo particularmente vulnerável dada presença e manipulação frequente de acessos vasculares, muitos deles acessos venosos centrais (CVC).

Caso clínico: Homem de 43 anos com história médica conhecida de hábitos toxicófilos, trombose da veia cava superior, doença renal crónica estadio 5 em programa de hemodiálise (HD) por catéter tunelizado e múltiplos internamentos por bacteriemia de ponto de partida no CVC. Por quadro de febre e astenia em sessão de hemodiálise é enviado ao serviço de urgência. Colheu hemoculturas e iniciou antibioterapia empírica com vancomicina e ceftazidima. Para exclusão de eventual doença sistémica fica internado mantendo esquema antibiótico. Três dias depois, isolou-se em hemoculturas *Ralstonia mannitolilytica* resistente a ceftazidima e Meropenem. Revendo a literatura, optou-se por alterar antibioterapia para Ceftriaxone e trimetoprim-sulfametoxazol que cumpriu durante 14 dias, tendo completado o tratamento em hospitalização domiciliária. O doente melhorou clínica e analiticamente, com hemoculturas de controlo que se revelaram negativas.

Discussão: A infeção por *Ralstonia mannitolilytica* deve ser considerada em doentes imunocomprometidos com suspeita de infeção sistémica, pela implicação na escolha de antibioterapia uma vez que mais de 50% das estirpes identificadas são resistentes a carbapenemases, piperacilina-tazobactam ou aminoglicosídeos.. Este foi o primeiro caso de infeção por *Ralstonia mannitolilytica* na nossa instituição, admitindo-se provável porta de entrada em cateter de hemodiálise num doente com história de utilização de drogas endovenosas e imunodeprimido em contexto da sua doença renal crónica..

Conclusão: A *Ralstonia mannitolilytica* começa a ser identificada como uma causa emergente de doença sistémica geralmente em contexto de imunossupressão grave. Destacamos este caso pela identificação de um agente pouco frequente de bacteriemia e pela ausência de um gold-standard para o seu tratamento, sendo o teste de sensibilidade aos antibióticos determinante para a escolha de uma antibioterapia eficaz nestes doentes.

PO-0148 - (2560) - TUBERCULOSE PULMONAR COMPLICADA DE PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO E DERRAME PLEURAL

João Corrêa¹; Maria De Sá Pacheco¹; João Pereira¹; Sara Begonha¹; Ana Patrícia Silva¹; Joana Coelho¹; Renato Gonçalves¹; Juliana Barata¹; Mafalda Baptista¹; Marlene Louro¹; Dália Estevão¹; Maria Jesus Valente¹; Leopoldina Vicente¹

1 - Unidade Local de Saúde da Cova da Beira

INTRODUÇÃO: A Tuberculose (TB) tem uma elevada prevalência mundial, particularmente em áreas endémicas como a Índia. O derrame pleural é a segunda forma mais comum de TB extrapulmonar sendo, em idade adulta, mais frequente na reativação da doença. O pneumotórax espontâneo é atualmente uma complicação rara, estando presente em cerca de 1% dos doentes hospitalizados por TB.

CASO CLÍNICO: Mulher, 30 anos, de nacionalidade indiana, em Portugal há 4 meses, recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de tosse produtiva, sintomas constitucionais e perda ponderal com 2 meses de evolução. Realizou radiografia e tomografia computadorizada (TC) torácicas, compatíveis com diagnóstico de TB, confirmado após observação direta de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) e teste polymerase chain reaction (PCR) de amostra de expetoração.

Ao 22º dia sob terapia antibacilar, apresentou insuficiência respiratória, hipotensão, taquicardia, recorrência da febre e elevação de parâmetros inflamatórios. Repetiu TC torácica que revelou pneumotórax espontâneo e derrame pleural à esquerda, com características de exsudado e presença de BAAR no líquido pleural (LP).

O teste PCR, expetoração e LP, foi positivo para presença de *Mycobacterium tuberculosis*, com gene de resistência à rifampicina não detetável, e negativo para a presença de outras micobactérias. Os exames culturais (meio sólido, líquido e hemoculturas) foram negativos, não permitindo avaliação adicional do perfil de resistência. Não foram identificados outros agentes patogénicos, nomeadamente co-infeção pelo vírus da imunodeficiência humana, malária ou outras zoonoses.

Após colocação de dreno torácico e controlo de foco apresentou evolução favorável, com alta hospitalar ao 98º dia de tratamento. Durante o follow-up, houve necessidade de readmissão por novo derrame pleural esquerdo complicado (loculado, com espessamento parietal e conteúdo hidroaéreo), hemático e com necessidade de nova drenagem. Atualmente, a doente encontra-se no 7º mês de tratamento, sem novas intercorrências, e com ganho ponderal de 4Kg.

CONCLUSÃO: Em caso de terapia antibacilar adequada, a evidência de agravamento clínico deve levantar a suspeita de complicação associada à TB e/ou resistência à terapêutica. A drenagem torácica deve ser equacionada no derrame pleural sem empiema se associada a sintomatologia como dispneia, toracalgia ou febre; e quase sempre necessária nos casos de pneumotórax, particularmente na presença de fistulização.

PO-0149 - (2682) - UM ENFARTE E ABCESSO ESPLÉNICOS SECUNDÁRIOS A UMA QUEDA

João Horta Antunes¹; Sara Frazão De Brito¹; Inês Pereira Lopes¹; Bárbara Picado¹; Célia Machado¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: As lesões focais do baço são raras sendo as mais frequentes os enfartes e os abscessos esplênicos. A apresentação clínica é inespecífica, sendo a febre, distensão abdominal e dor no hipocôndrio/flanco esquerdo os achados mais comuns.¹

Caso Clínico: Sexo feminino, 86 anos, parcialmente dependente, com história de doença hepática crônica, cardiopatia isquêmica com insuficiência cardíaca e fibrilhação auricular. Recorre ao serviço de urgência por aumento do volume abdominal e dispneia. Previamente com episódios frequentes de quedas, o último cerca de 2 semanas antes de um lance de 12 degraus, do qual resultou hematomas extensos dos glúteos e coxas, tendo suspenso hipocoagulação. Na admissão no SU, febre de 38,0°C, distensão abdominal e ascite. Analiticamente com leucocitose 14.050/mm³, neutrofilia 76,7% e PCR 168 mg/L. Realizou TC abdomino-pélvica (TC AP) onde se destacou extensa área de hipocaptação esplênica, segmentar, em relação provável com enfarte esplênico.

Ficou internada para esclarecimento do quadro, colheu culturas e iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone. Por manutenção da febre ao 3º dia escalada antibioterapia para piperacilina-tazobactam. Evolução no internamento com febre persistente, discreto desconforto no hipocôndrio esquerdo e subida dos parâmetros inflamatórios, pelo que realizou nova TC AP que evidenciou manutenção da área hipodensa ocupando cerca de dois terços do volume esplênico, agora com liquefação parenquimatosa.

Foi assumido abscesso esplênico tendo sido submetida a esplenectomia.

Discussão: Os enfartes esplênicos têm diversas causas: cardioembólica, drepanocitose, trauma, cirrose, aterosclerose e infecciosas. Muitas vezes podem sobreinfetar e originar abscessos esplênicos cujo tratamento pode ir desde a antibioterapia até à esplenectomia dependendo das dimensões e gravidade clínica. Este caso evidencia a dificuldade deste diagnóstico, podendo ter manifestações clínicas insidiosas em que o leque de sinais e sintomas característicos demora tempo a manifestar-se.

Conclusão: Apesar de raros, os abscessos esplênicos deverão ser uma hipótese diagnóstica, especialmente existindo febre e dor abdominal, constituindo situações graves com necessidade de diagnóstico e tratamento atempados.

¹Splenomegaly and other splenic disorders in adults. UpToDate. (2023, April). <https://www.uptodate.com/contents/splenomegaly-and-other-splenic-disorders-in-adults>

PO-0150 - (2685) - SÍFILIS, “A GRANDE IMITADORA”Flávio Quadrado¹; Ana Teresa Vieira¹; Margarida Jacinto¹; Rita Ribeirinho¹

1 - Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum* e representa um desafio persistente para a saúde pública. A sua forma secundária, caracterizada por lesões cutâneas, febre e mal-estar, surge semanas a meses após a infecção inicial, e essa fase, se não tratada, pode progredir para estádios mais graves, causando danos irreversíveis. Conhecida como “a grande imitadora” devido à sua capacidade de imitar uma variedade de doenças, compreender os sinais, sintomas e métodos de prevenção da sífilis secundária é essencial para mitigar o seu impacto na saúde global¹.

Caso Clínico

Homem de 30 anos sem antecedentes relevantes, recorre ao serviço de urgência por um quadro de 6 semanas de evolução de exantema papular rosado no tronco com prurido associado que progrediu para os membros superiores e posteriormente para os inferiores. Apresentava também cefaleia holocraniana pulsátil que não cedia a medicação e no exame objectivo apresentava hepatomegalia, apresentando alterações das enzimas hepáticas em análises realizadas antes do início do quadro. Referiu ser consumidor de haxixe mas negou outros consumos ou relações extraconjugais.

Ficou internado para estudo, e em análises apresentou imunoglobulina G e imunoglobulina M positivas para citomegalovirus (CMV), e por manter cefaleia de difícil controlo realizou punção lombar para exclusão de infecção do sistema nervoso central por CMV, tendo sido excluído a presença de *treponema*, com VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) negativo. Cumpriu terapêutica com ganciclovir mas por manutenção do exantema foi pedido o apoio de Dermatologia que perante as lesões sugeriu que se trata-se de sífilis secundária, apresentando em segunda avaliação, RPR (Rapid Plasm Reagin) positivo e com anticorpos anti-*treponémicos* em curso à data da alta. Cumpriu terapêutica com penicilina. As serologias de hepatite e HIV foram negativas.

Conclusão

A abordagem do caso clínico ressalva a importância da vigilância e da avaliação cuidadosa diante de sintomas aparentemente não relacionados. O diagnóstico de sífilis secundária, mesmo diante de outras possíveis condições, destaca a sua complexidade e a sua capacidade de imitar outras doenças. A prontidão na identificação e tratamento, aliada à colaboração interdisciplinar entre especialidades médicas, é crucial para evitar complicações graves e interromper a disseminação da sífilis secundária.

PO-0151 - (2692) - CARATERIZAÇÃO DE DOENTES COM MALÁRIA NO DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE HOSPITAL TERCIÁRIO

Miguel Neno¹; Irene Soares¹; Graça Gonçalves¹; Sandrina Machado¹; Sara Abreu¹; Ana Costa¹; Ana Luisa Barbosa¹; Paula Janeira¹; Cláudia Ferrão¹

1 - Hospital das Forças Armadas polo do Porto

Introdução: A malária é causada por protozoários do género Plasmodium e é uma das principais causas infecciosas de mortalidade a nível mundial, sobretudo se causada por *P. falciparum*. Menos prevalente e com uma distribuição geográfica mais restrita o *P. ovale* cursa normalmente com doença menos grave mas, tal com o *P. vivax*, apresenta uma fase de latência hepática responsável por recorrência até vários meses após a primo-infecção.

Objetivos: Avaliação epidemiológica, clínica e outcome em doentes diagnosticados com malária entre Dezembro 2022 e Janeiro 2024.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo da amostragem identificada utilizando o Excell como ferramenta estatística. Foram incluídos doentes com diagnóstico e/ou seguimento no Hospital em questão.

Resultados: Identificaram-se oito homens, com idades entre 22 e 41anos. Todos os casos foram adquiridos na África subsariana. Todos receberam quimioprofilaxia com doxicilina, sendo que 4 doentes admitiram incumprimento após regresso a Portugal. O tempo médio decorrido entre a saída de país endémico e o desenvolvimento de malária foi 98,6 dias (min 10 dias, máx 266). Quando corrigido apenas para *P. falciparum* o tempo médio de desenvolvimento de sintomas desce para 19 dias. O tempo de latência entre o início de sintomas e o diagnóstico oscilou entre 6 e 45 dias. A identificação da espécie foi possível em todos doentes: 50% foram infectados por *P. ovale*, 37,5% por *P. falciparum* e em 12,5% verificou-se infeção mista por ambos os agentes. Malária grave foi observada em 2 doentes, ambos infectados por *P. falciparum*. O índice de parasitemia foi $\leq 1\%$ em 5 doentes, até 5% em dois doentes e 18,5% em um doente. 62,5% (n=5) necessitaram de vigilância em unidade de Cuidados Intermédios e 25% (n=2) em Unidade de Cuidados Intensivos. Relativamente às disfunções desenvolvidas: 6 doentes com disfunção hematológica; 3 com lesão renal aguda; 1 com enfarte esplénico, 1 com disfunção neurológica, 1 com ARDS. A maioria dos doentes (n=6) foi tratada com derivados da artemisina, 5 deles com terapêutica oral com artemeter/lumefantrina. Todos os doentes com malária por *P. ovale* realizaram tratamento de consolidação com primaquina após exclusão de défice de glucose 6 fosfato desidrogenase. Cinco tiveram alta da consulta, curados sem complicações; os restantes mantêm seguimento.

Discussão & Conclusão: O diagnóstico de malária exige um elevado grau de suspeição e deve ser equacionado em todos os doentes provenientes de área endémica que se apresentem com quadro febril. Qualquer atraso no diagnóstico pode aumentar a mortalidade e morbidade. A discussão multidisciplinar entre Medicina Interna, Infeciologia e Medicina Intensiva diminui tempos de espera e melhora outcome. A elevada proporção de infeção por *P. ovale* nesta casuística, inusitada, alerta para a necessidade de pesquisa de malária em doentes regressados há vários meses de área endémica.

PO-0152 - (4838) - INFECÇÃO POR CITOMEGALOVÍRUS EM ADULTOS IMUNOCOMPETENTES: A OBSERVAÇÃO AINDA É A MELHOR ESTRATÉGIA?

Inês Amaral Pinto¹; Inês Machado Vaz¹; Diogo Macedo¹; Rita Menezes Azevedo¹; Ana Rita Antunes¹; Rita Rei Neto¹

1 - Unidade Local Saude Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: Colite por citomegalovírus (CMV) é uma infecção gastrointestinal rara, afetando predominantemente doentes imunocomprometidos. No entanto, foram identificados 91 casos de doentes imunocompetentes com colite por CMV até 2008.

Caso Clínico: Mulher de 60 anos com dislipidemia, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dor abdominal súbita e intensa no hipogastro, resistente a analgésicos. À admissão: hipotensa, febre e com dejeções líquidas, sem sangue ou muco. Ecografia abdominal: “espessamento do cólon descendente e sigmóide”; tomografia axial computadorizada confirmou o diagnóstico de colite. Nas primeiras 48h, a PCR aumentou de 0,3mg/dL para 43,9mg/dL e foi iniciada antibioterapia empírica com ciprofloxacina e metronidazol. Hemoculturas negativas; pesquisa de vírus, parasitas e bactérias nas fezes foram negativas; excluída infecção por Clostridium e pesquisa retal de Neisseria gonorrhoeae e Chlamydia trachomatis negativas. Serologia para HIV, hepatite B e C negativas. Foram excluídas doenças autoimune, neoplasia ou endocardite. Cumpriu 10 dias de antibiótico com melhoria analítica, mas persistência de febre, diarreia, dor e vômitos. Foi iniciada nutrição parentérica e realizada retossigmoidoscopia: “ulceração difusa e circunferencial da mucosa com pequenas áreas de mucosa poupada com aspeto congestivo” - foi feita biópsia: “infiltrado inflamatório crônico leve a moderado com criptite focal e abscesso de cripta e pesquisa de Polymerase Chain Reaction (PC) para CMV e tuberculose negativa.” Após um mês, continuou com a mesma clínica e colonoscopia foi repetida: “úlceras em fase de cicatrização”, com nova biópsia. Do estudo exaustivo inicial, a pesquisa de DNA-CMV era fracamente positiva (13U/mL) e na segunda biópsia do cólon foi encontrado PC de CMV, confirmando o diagnóstico de colite por CMV - iniciou ganciclovir intravenoso durante 5 dias, com resolução dos sintomas e teve alta.

Discussão: Apesar da primeira biópsia ser negativa para PC de CMV, a pesquisa de DNA-CMV no sangue positiva e o resultado da segunda biópsia confirmam o diagnóstico. Os anticorpos IgM podem não ser detetáveis no início, o que atrasa o diagnóstico. Ainda, a viremia por CMV parece ser mais frequente em pacientes imunocomprometidos em comparação com os imunocompetentes.

Conclusão: A doença grave causada pela infecção por CMV é incomum entre indivíduos imunocompetentes e o trato gastrointestinal é o mais afetado. O diagnóstico pode ser um desafio conforme descrito.

PO-0153 - (2746) - ORIGEM IMPREVISÍVEL DE FASCEÍTE NECROTIZANTE EM DOENTE IMUNOSSUPRIMIDA

Patrícia Araújo¹; Ana Frederica Parente¹; António Fernandes¹; Duarte Silva¹; António Ferreira¹; Cátia Barreiros¹; Emília Guerreiro¹; Diana Guerra¹; Carmélia Rodrigues¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução

Fasceíte necrotizante (FN) é uma infeção life-threatening que resulta da destruição progressiva da fáscia muscular e do tecido subcutâneo.

Caso Clínico

Mulher, 78 anos. Seguida em consulta de Medicina por granulomatose eosinofílica com poliangeíte desde 2019, sob corticoterapia (CCT). Diverticulite aguda (transição retosigmoideia) complicada com abscesso em abr/2022, resolvida com antibioterapia. Proposta para colectomia sigmoideia em jun/2022, não realizada. Internamento em jan/2023 por flare da vasculite com atingimento cutâneo, renal e pulmonar – aumentada CCT para 1mg/Kg/dia e iniciado rituximab (última toma a 7/fev). A 15/mar/2023: dor e edema assimétrico do membro inferior esquerdo (MIE) com 1 semana de evolução, astenia e anorexia; obstipação de 2 dias. Sem dor abdominal ou vómitos. Destacava-se palidez e edema duro do MIE. Ecodoppler excluiu trombose venosa profunda. Análises: anemia (Hb 7.9g/dL), leucocitose com neutrofilia, disfunção renal aguda (creatinina 3.18mg/dL), hipercaliémia (K+ 6.9) e PCR 45,2mg/dL. Realizou TC abdominopélvico (AP) e MIE: FN da coxa, com coleção e extensão subperitoneal, à região nadegueira e glútea alta esquerda. Colhidas hemoculturas, iniciados fluídos e antibioterapia empírica com vancomicina, piperacilina/tazobactam e clindamicina. Realizada fasciectomia da coxa e região glútea, desbridamento e lavagem. Internada nos Cuidados Intensivos com evolução em choque séptico com disfunção cardiovascular, respiratória, hematológica e renal. Re-intervenção cirúrgica a 17/mar. A 21/mar com drenagem fecalóide pela ferida da coxa/região glútea. Escalado ATB para imipenem. TC AP: perfuração da parede postero-lateral esquerda do reto superior. Nova cirurgia, desta vez à cavidade abdominal, revelou perfuração do cólon sigmóide e ainda massa no reto provocando estenose - realizou colostomia. Retomou ao bloco operatório reiteradamente por manter pensos com drenagem fecalóide. Culturas com isolamento de Klebsiella pneumoniae ESBL e E. coli multissensível. Evolução desfavorável em agravamento progressivo, com necessidade crescente de suporte vasopressor, vindo a falecer a 27/mar. Histologia da peça cirúrgica: diverticulite aguda com perfuração focal. Considerada FN da coxa esquerda com ponto de partida em diverticulite perfurada.

Discussão

A FN está associada a elevada mortalidade (até 80%) mesmo com terapêutica otimizada e dirigida, pelo que é determinante a intervenção cirúrgica imediata e investigação da causa subjacente

PO-0154 - (2752) - SÍNDROME DE BANNWARTH

Carolina Basílio Lemos¹; Alfredo Martins¹; Luís Magalhães¹; José Mário Roriz¹; Joana Reis Aguiar¹; Rafaela Ribeiro¹; Gonçalo Fonseca¹; António H. Carneiro¹

1 - Hospital da Luz Arrábida

Introdução

A doença de Lyme (DL) é transmitida por picada de carraça do género *Ixodes ricinus* complex, vetor de uma espécie patogénica de espiroquetas, a *Borrelia burgdorferi*. Ocorre em regiões temperadas do hemisfério norte, é a doença transmitida por vetores mais frequente na Europa e é considerada emergente. A DL pode ocorrer em diferentes estádios clínicos, com diferentes manifestações clínicas. A Neuroborreliose de Lyme pode apresentar-se com meningite subaguda, com ou sem neuropatia craniana (geralmente facial) e, mais raramente, radiculonevrite álgica (Síndrome de Bannwarth).

Caso Clínico

Mulher de 67 anos, sem antecedentes médicos relevantes. Viagem aos EUA por 1 mês com regresso na véspera de colecistectomia eletiva. No 2º dia pós-op, notada lesão na região supraclavicular esquerda com sinais inflamatórios, que regrediram após antibioterapia. Um mês depois, apresenta-se com cefaleia holocraniana persistente, dor abdominal intensa localizada aos QS e com irradiação dorsal, com 10 dias de evolução. Noção de hipostesias/disestesias associadas, no mesmo local da dor, e febre. Ao exame físico, mancha vermelho-acastanhada na região supraclavicular esquerda, sem outras alterações ao exame neurológico (EN). Abdómen doloroso à palpação dos QS. Analiticamente sem SIRS, sem citocolestase, amilase normal. TC TAP normal. Internada para estudo da etiologia da dor.

Em D3, mantinha dor abdominal e surge ao EN uma paralisia facial periférica direita, de novo. RMN cerebral e medular com áreas de captação bilateral nos nervos faciais que interpretámos como Nevrite Facial bilateral. Punção lombar com LCR a documentar meningite linfocítica. PCR de BK e VDRL negativos. Serologias de HSV 1 e 2, CMV, VZV, HHV 6 e 7, IGRA, HIV, VDRL e hemoculturas negativas. IgG *B. burgdorferi*+ no sangue e LCR; IgM+ no LCR, confirmado por Western-Blot. Assumido diagnóstico de Neuroborreliose. Tratamento com ceftriaxone 2g id iv, com switch para doxiciclina 100mg bid oral, para completar 21 dias, e prednisolona 80mg id por 7 dias. Resolução completa das alterações ao EN, das queixas álgicas e da febre.

Conclusão

A globalização deve fazer-nos pensar acerca destes diagnósticos com um limiar baixo de suspeição. Na Neuroborreliose, um quadro clínico característico associado à produção meníngea de anticorpos, com respetiva identificação no LCR, consolida o diagnóstico. As serologias por ELISA/Imunofluorescência são sensíveis, mas pouco específicas, devendo ser confirmadas por Western-Blot.

PO-0155 - (2615) - DESVENDANDO A COLITE A CITOMEGALOVÍRUS

Sofia Gomes Rocha¹; Marta Anastácio¹; Carolina Palma¹; Manuel Araújo¹; Cândida Fonseca¹; Andreia Machado¹

1 - Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental

Introdução:

O citomegalovírus (CMV) é um vírus formado por ácido desoxirribonucleico com espectro de apresentação diverso e dependente do hospedeiro. Em imunocompetentes, a infecção é habitualmente assintomática, ocasionalmente manifestando-se como mononucleose. Contudo, em contextos de imunossupressão (IS), associa-se a uma morbidade e mortalidade elevadas. Nestes doentes, as expressões mais frequentes incluem diarreia, febre, hemorragia gastrointestinal e dor abdominal, dada a afinidade do CMV pelo trato gastrointestinal (TGI), particularmente o cólon sigmóide e o reto.

Caso clínico:

Mulher de 81 anos, com síndrome de Sjogren primário e sobreposição com artrite reumatóide, sob prednisolona 5mg diária há mais de 10 anos e hidroxiquina, internada por pericardite secundária a Covid 19. Durante o internamento, apresentou hematoquézias em abundante quantidade, com agravamento progressivo de anemia e necessidade de suporte transfusional. À inspeção, verificou-se um prolapso hemorroidário ulcerado, biopsado por suspeita de neoplasia do canal anal. Integrando o estudo, a doente realizou uma rectossigmoidoscopia, que permitiu a observação e biópsia de duas úlceras - justa-anal e no reto médio. O resultado das biópsias revelou raras células grandes com inclusões nucleares eosinofílicas do tipo viral, positivas para CMV, mesmo com uma carga viral de CMV no soro indetetável. Assim, atendendo aos achados numa doente sob imunossupressão iatrogénica, foi iniciada terapêutica com ganciclovir, posteriormente alterada para valganciclovir, que manteve durante seis semanas com progressiva melhoria, culminando na cessação dos episódios de hematoquézias. A doente manteve seguimento clínico pós alta, não tendo apresentado sinais ou sintomas sugestivos de recidiva de colite por CMV.

Discussão & Conclusão:

Mais de 90% da população adulta mundial é seropositiva para CMV, a maioria assintomática ou com expressão clínica ligeira. Em contexto de IS, seja iatrogénica, como no caso clínico, ou secundária a condições médicas, a reativação por CMV é potencialmente fatal. No panorama das infecções do TGI por CMV, o tratamento antiviral exhibe eficácia notável, independentemente do tipo de IS. Dada a elevada probabilidade de complicações e mortalidade, pretendemos destacar o carácter crucial de um diagnóstico precoce e implementação imediata do tratamento como elementos cruciais para o prognóstico e a sobrevida dessa população.

PO-0156 - (2936) - ENDOCARDITE INFECCIOSA: 10 ANOS EM REVISÃO NUM CENTRO HOSPITALAR

Alexandra Machado¹; Cátia Henriques¹; Rafael Ramos¹; Nadine Almeida¹; Rui Baptista¹; Luís Andrade¹; Heloísa Ribeiro¹

1 - Unidade Local de Saúde de Entre o Douro e Vouga

Introdução: Embora a endocardite infecciosa (EI) seja uma patologia largamente descrita, a sua evolução tem sido condicionada pela alteração dos fatores demográficos e de risco, microrganismos e desenvolvimentos tecnológicos. O objetivo deste trabalho é a caracterização de uma população de doentes com o diagnóstico de EI internados num centro hospitalar em 10 anos.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo dos doentes codificados com o diagnóstico de EI através dos grupos de diagnóstico homogêneos com data de alta entre janeiro de 2013 e junho de 2023. A recolha de dados foi baseada na análise dos processos clínicos.

Resultados: Foram incluídos 90 doentes, com um pico de casos em 2019 (n=16). A maioria dos doentes eram do sexo masculino (n=64, 71,1%) com idade mediana de 69 anos (IQR 25,3); 62,2%(n=56) foram internados no serviço de Medicina Interna, seguindo-se do serviço de Cardiologia com 13,3%(n=12). Dos fatores de risco identificados, salienta-se a presença de doença valvular nativa prévia em 60,7% (n=37) dos doentes. O envolvimento univalvular mitral e aórtico ocorreu na mesma proporção (40,3%), tendo ocorrido envolvimento simultâneo em 7,5% dos casos. Todos os doentes colheram hemoculturas, havendo identificação de agente em 64 (71,1%) casos. Dos restantes 26, apenas 3 tinham realizado antibioterapia prévia à colheita da hemocultura. Os agentes identificados foram na sua maioria *Streptococcus* spp. orais (37,5%, n=24), seguindo-se de *Staphylococcus aureus* metilina-sensível (23,4%, n=15). A identificação de *Staphylococcus aureus* metilina-resistente ocorreu em 1,6%(n=1).

Cerca de três quartos dos doentes (n=66, 73,3%) apresentaram complicações associadas à EI, sendo a insuficiência cardíaca a mais frequente (n=41, 62,1%), seguindo-se da embolização em 48,5%(n=32).

Houve indicação cirúrgica em 42 (46,7%) doentes, com uma demora mediana de 3,50 dias (mínimo 0dias, máximo 210dias) entre o diagnóstico e a transferência para o serviço de Cirurgia Cardiorádica. A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 26,7% (24 doentes). Quando comparados os grupos dos doentes sujeitos a tratamento médico exclusivo com os submetidos a cirurgia, verifica-se quase o dobro da mortalidade no primeiro grupo (20% vs 8,89%, respetivamente).

Discussão e conclusão: Na nossa amostra contactou-se uma baixa prevalência de microrganismos multirresistentes comparativamente a outras séries nacionais. Relativamente ao tratamento, verificamos uma taxa de candidatos a tratamento cirúrgico concordante com outros estudos. Atendendo à elevada taxa de mortalidade na presente amostra, é perentório definir uma equipa multidisciplinar dedicada ao diagnóstico e tratamento desta patologia. Neste sentido, é nosso objetivo o desenho e aplicação de um protocolo intra-hospitalar de atuação na EI. Adicionalmente, existe também a necessidade do desenvolvimento de um registo prospetivo, multicêntrico e multidisciplinar de doentes com EI.

PO-0157 - (2804) - ENFARTE ESPLÉNICO POR MALÁRIA FALCIPARUM

Beatriz Tallon¹; Margarida Proenca¹; Ines Margarido¹; Luis Landeiro¹; Debora Sousa¹; Joao Galaz Tavares¹; Natalia Marto¹

1 - Hospital da Luz Lisboa

Introdução

A malária é uma doença parasitaria que afeta residentes e viajantes de áreas onde é endémica. É transmitida aos humanos pelo mosquito Anopheles. O enfarte esplénico está descrito como complicação rara da malária, o que pode resultar de sub-diagnóstico, uma vez que a dor abdominal é um sintoma frequente de apresentação da doença e pode não ser adequadamente valorizada.

Caso clínico

Homem, 66 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por diarreia e vómitos com 3 dias de evolução, tendo estado em Angola na semana anterior. Ao exame objetivo, a salientar lentificação psicomotora. Dos exames realizados, a referir lesão renal aguda e pesquisa de Plasmodium falciparum positiva com parasitémia 12%. Ficou internado por malária grave tendo iniciado Artemeter/Lumefantrina. Já durante o internamento, surgiu quadro de dor abdominal no hipocôndrio esquerdo com defesa, motivando a realização de TC abdominal que mostrou baço globoso de dimensões aumentadas, assinalando-se heterogenidade traduzida por duas áreas grosseiramente nodulares hipodensas compatíveis com enfartes esplénicos. Perante a hipótese de embolização ponto de partida sistémico realizou: ecocardiograma transtorácico sem evidência de vegetações e Holter sem eventos disrítmicos. Admitiu-se enfarte esplénico em contexto de infeção por Plasmodium falciparum. Houve evolução favorável com as medidas instituídas.

Discussão

O enfarte esplénico é uma complicação descrita nos casos de malária por Plasmodium falciparum, mas desconhece-se a sua frequência, presumivelmente por ser infradiagnosticada e infrareportada. Clínica de dor no hipocôndrio esquerdo no doente com malária pode ser um sinal indicador de enfarte esplénico e deve motivar investigação adequada.

PO-0158 - (2836) - DOENÇA DESCONHE(SIDA)

Sara Gomes¹; Sofia Almada¹; Mónica Jardim¹; Elisa Caldeira¹; Rui Fernandes¹; Francisco Barreto¹; Carolina Freitas Henriques¹; Alexandra Malheiro¹; Maria Da Luz Brazão¹; Teresa Faria¹

1 - Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: O Sarcoma de Kaposi é uma doença angioproliferativa associada a infeção por herpes vírus 8. É caracterizado pelo aparecimento de lesões maculo-papulares ou nódulos violáceos de predomínio mucocutâneo, mas pode envolver qualquer órgão. Classificado em 4 subtipos etiológicos; clássico ou esporádico, endémico, iatrogénico ou associado à SIDA.

Caso clínico: Homem, 64 anos, autónomo. Antecedentes de DM II, hemocromatose, HTA; Dislipidemia; Cateterismo eletivo há 1 ano. Medicado habitualmente com Pantoprazol; Ramipril; Metformina e empagliflozina; Bisoprolol; Ácido acetilsalicílico, Rosuvastatina e Insulina glargina. Sem alergias medicamentosas.

Recorre ao SU por aparecimento de lesões cutâneas no tronco e face, bem como lesão na cavidade oral com 3 meses de evolução. Referia também astenia, anorexia, perda de peso e lesões penianas esporádicas que resolviam espontaneamente desde há 1 ano. À admissão apresentava lesões maculo-papulares no terço superior da face anterior do tórax, de coloração violácea. Na orofaringe objetivou-se lesão no dorso da língua e no palato duro. Palpavam-se adenomegalias nas cadeias cervicais e axilares, de consistência elástica, indolores e não aderentes aos planos profundos. Analiticamente constatou-se linfopenia ($1.0 \times 10^3/\mu\text{L}$) e anemia normocrómica e normocítica (Hb 10.9 g/dL), VSE aumentada (48mm), sem outras alterações. Foi admitido para estudo do quadro clínico no Serviço de Medicina Interna. Durante a marcha diagnóstica foi detetado infeção por VIH-1 e sarcoma de Kaposi com disseminação pulmonar e gastrointestinal, após confirmação por biopsia do corpo gástrico. Iniciou terapêutica antirretroviral e, posteriormente, quimioterapia, com boa resposta analítica e clínica. Atualmente, mantém seguimento pelas especialidades de Infeciologia e Oncologia.

Discussão: Os autores salientam a importância do papel do internista para a obtenção de uma anamnese completa, na capacidade de integração dos dados e na aptidão para efetuar um raciocínio clínico rápido e sistemático, que irá permitir alcançar o diagnóstico. Apesar de o doente se encontrar numa fase avançada da sua doença, possibilita a correta orientação do mesmo, melhorando a sua qualidade de vida.

Abreviaturas: DM II- Diabetes Mellitus tipo II; HTA- Hipertensão arterial; SU- Serviço de Urgência; TEP- Tempo, espaço e pessoa; HD- hemodinamicamente; VSE- Velocidade de sedimentação.

PO-0159 - (2925) - UM CASO DE FEBRE REUMÁTICA NO ADULTO

Hugo Ventura¹; Ricardo Veiga¹; Inês Rento¹; Tatiana Cardoso¹; Adriana Dias¹; José Fonseca¹; Joana Marques¹; Edite Nascimento¹

1 - Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, E.P.E.

INTRODUÇÃO: A febre reumática é uma complicação inflamatória aguda, não supurativa, da infeção por *Streptococcus* do Grupo A. A sintomatologia inicia-se, normalmente, após latência de 2 a 3 semanas. O diagnóstico baseia-se nos critérios de Jones modificados. Ocorre habitualmente em crianças, estando descritos casos raros em adultos, mesmo em países desenvolvidos e sem doença na infância.

CASO CLÍNICO: Homem de 71 anos. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial e acidente vascular cerebral hemorrágico sem sequelas. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por febre e artralguas da tibiotársica direita, punho direito e joelho esquerdo, de forma aditiva. No SU com artrite do joelho esquerdo. Realizada artrocentese com drenagem de líquido citrino espesso, com ausência de cristais e incontáveis leucócitos polimorfonucleares. Gram amicrobiano. Analiticamente com leucocitose (14480/mm³), aumento da proteína C reactiva (26.19 mg/dL) e velocidade de sedimentação (73 mm/h). O doente referia vacinação para a COVID-19 e gripe sazonal cerca de 20 dias antes e infeção respiratória 10 dias antes. Sem alterações dermatológicas ou história de picada de artrópode. Sem sintomatologia respiratória, urogenital e abdominal. Não introduzida antibioterapia e iniciado anti-inflamatório não esteróide (AINE) fixo, na presunção de artrite reativa em eventual contexto da vacinação. Involução rápida dos parâmetros inflamatórios e queixas articulares, persistindo discreta dor no punho direito. Pesquisa de anti-péptido citrulinado, fator reumatoide, HLA B27, serologias de agentes infecciosos nomeadamente *Borrelia Burgdorferi*, exames culturais de sangue, urina e líquido sinovial negativos. Doseamento do título de anti-estreptolisina O (TASO) francamente aumentado (1366.3 UI/mL). Admitida possibilidade de febre reumática, tendo feito terapêutica com azitromicina e AINE. Em consulta de seguimento francamente melhorado.

CONCLUSÃO: A apresentação do doente com febre e oligoartrite pressupõe a exclusão de alguns diagnósticos diferenciais. Existem casos descritos de artrite reativa à vacina da COVID 19. A presença de títulos elevados de anticorpos contra antigénios do *Streptococcus* reforçam a presença de infeção pelo agente. Haveria a considerar a possibilidade de artrite reactiva pós-estreptocócica, mas o doente apresentava elevação marcada dos parâmetros de inflamação, rápida resposta a AINE e cumpre critérios de Jones modificados para febre reumática o que favorece este último diagnóstico.

PO-0160 - (2953) - AORTITE SIFILITICA: APRESENTAÇÃO COMO ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL

Margarida Ribeiro¹; Francisca Dâmaso¹; João Oliveira¹; Marta Anastácio¹

1 - Hospital de São Francisco Xavier

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção causada pelo microorganismo *Treponema pallidum*. Quando não é tratada no estadio inicial, a infecção pode disseminar, causando doença sistémica.

O envolvimento cardíaco ocorre geralmente 15 a 30 anos após a infecção inicial. Manifesta-se, mais frequentemente, como aortite ou aneurisma da aorta torácica, podendo levar a regurgitação aórtica. Mais raramente pode apresentar-se como aneurisma da aorta abdominal (AAA).

CASO CLÍNICO

Homem, 55 anos. Antecedentes de dislipidemia mista. Refere história de sífilis no passado, não sabe precisar data mas terá sido há mais de 10 anos. Não se recorda se terá feito tratamento. Deste ponto de vista assintomático desde então.

Quadro de dor abdominal súbita com irradiação dorsal, 9/10, acompanhado de síncope. À chegada ao serviço de urgência (SU) Glasgow 15, pálido e sudorético, polipneico com saturação periférica de O₂ 100%, tensão arterial 70/40 mmHg, frequência cardíaca 105 batimentos por minuto em ritmo sinusal, extremidades frias com tempo de reperfusão capilar aumentado. Hiperlactacidemia 4 mmol/L. Apirético.

Analicamente hemoglobina 12 g/dL, troponina T <2.3 ng/mL e PCR 1 mg/dL, sem outras alterações de relevo. Ecografia abdominal: "(...) evidência de AAA e liquido livre intra-abdominal". TC toraco-abdomino-pélvica a revelar ausência de envolvimento da aorta torácica e "AAA com diâmetro aproximado 10cm, compatível com rutura, associado a moderada quantidade de retroperitoneu, envolvendo sobretudo o rim esquerdo. Não há extravasamento ativo de contraste o que sugere uma rutura contida."

O doente foi submetido a reparação endovascular com colocação de prótese distal bifurcada e evoluiu favoravelmente.

Do estudo VDRL positivo e TPHA reativo, pelo que o doente iniciou terapêutica com Penicilina G Benzatina.

DISCUSSÃO

O reconhecimento da doença em fases iniciais e a existência de terapêutica adequada para a mesma faz com que casos como o apresentado sejam pouco comuns na atualidade. Adicionalmente o AAA é uma manifestação rara, apresentando-se a doença geralmente como aortite ou aneurisma da aorta torácica.

CONCLUSÃO

Apesar da baixa prevalência de estadios avançados, uma vez que a sífilis se apresenta como clinicamente heterogénea, é importante a suspeição clínica elevada, principalmente no caso de doentes sem fatores de risco cardiovasculares, de doenças relacionadas com aortite sífilítica.

PO-0161 - (3954) - FASCIOLA HEPATICA, UM AGENTE ESCONDIDO

Sara Silva Pereira¹; Sabina Belchior Azevedo¹; Paula Cerqueira¹; Bárbara Azevedo Sousa¹; Marta Matos Pereira¹; Selmira Faraldo¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução. A fasciolíase hepática é uma rara infeção parasitária hepatobiliar causada pelo trematódeo *Fasciola hepatica* após ingestão de água ou plantas aquáticas contaminadas. Apesar das suas manifestações clínicas inespecíficas, a tríade de dor abdominal, febre e eosinofilia deve levantar a suspeita diagnóstica.

Caso Clínico. Homem de 48 anos, residente em área rural, com síndrome de apneia obstrutiva do sono. Admitido no SU por dor abdominal, febre e hipersudorese noturna (1 mês de evolução), sem alterações ao exame físico. Analiticamente, com eosinofilia ($5300/\text{mm}^3$) e aumento da fosfatase alcalina (316U/L) e gama glutamil transferase (195U/L). Realizou TC abdominal, com hepatomegalia heterogénea com áreas dispersas pseudonodulares hipodensas e adenopatias no hilo hepático. Foi internado e realizou RM abdominal, com microabscessos hepáticos e adenomegalias peri-aórticas, celíacas e portais de provável natureza reativa. O doente relatou consumo de agriões crus de produção caseira, e a serologia de *Fasciola hepatica* foi positiva. O restante estudo complementar foi negativo (autoimunidade, parasitológico de fezes, serologias de *Strongyloides stercoralis*, *Entamoeba histolytica*, *Taenia solium*, *Schistosoma*, *Leishmania*, *Toxocara canis* e *Toxoplasma*). Decidido tratamento com triclabendazol 10mg/kg (toma única). Verificada evolução clínica favorável, mas agravamento imagiológico em RM abdominal realizada 2 meses após tratamento. Por possível falência ao tratamento prévio, este foi repetido com triclabendazol 20mg/kg/dia em 2 dias consecutivos. Manteve-se assintomático e aguarda atualmente reavaliação imagiológica.

Discussão & Conclusão. As manifestações clínicas da fasciolíase hepática são inespecíficas, obrigando à consideração de múltiplas hipóteses diagnósticas. Particularmente em regiões endémicas e em doentes provenientes de países em desenvolvimento, este diagnóstico deve ser precocemente considerado. O diagnóstico é feito por identificação de ovos nas fezes ou outros produtos biológicos, larvas em estudo endoscópico ou peça cirúrgica, ou serologia. Os exames de imagem podem mostrar sinais sugestivos como abscessos hepáticos. O triclabendazole é a primeira linha terapêutica, e atinge taxas de cura de >90%. A incidência de fasciolíase hepática aumentou nos últimos anos, sendo importante manter um baixo limiar de suspeição desta patologia. Neste caso, o contexto epidemiológico forneceu a pista diagnóstica, permitindo o adequado tratamento do doente.

PO-0162 - (2616) - UMA INFEÇÃO NUNCA VEM SÓ – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês De Albuquerque Monteiro¹; João Correira Cardoso¹; Filipa Guedes¹; Sofia Festa¹; Pedro Macedo Neves¹; Jorge Salomão¹; Mário Esteves¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Ave

A meningoencefalite causada por *Listeria monocytogenes* é rara e acarreta uma alta taxa de mortalidade, sendo essencial o tratamento dirigido precoce e adequado. A gravidade da infeção, ainda que em imunocompetentes, torna os doentes mais suscetíveis a infeções concomitantes nomeadamente bacteriemia.

Apresentamos uma doente de 76 anos, autónoma, residente em meio rural, antecedentes de Prótese valvular aortica, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e anemia, que recorreu ao serviço de urgência por febre sustentada, alteração do estado de consciencia e dor torácica com três dias de evolução. À admissão, hemodinamicamente estável, períodos de desorientação, temperatura auricular 38.9°C, sem outras alterações nomeadamente rigidez da nuca, Brudzinski e Kernig. Analiticamente: leucocitose (11385/uL) com predominio de neutrófilos (92%), PCR 41,02 mg/dL, sumária de urina sem alterações, virus respiratórios negativos; Imagiologicamente, raio-X torax e tomografia computadorizada abdominal sem alterações. Por persistência da febre e agravamento do estado neurológico, realizada punção lombar [Leucócitos 40 / mmE3; Polimorfonucleares 87,5 %; Proteínas 82,5 mg/dL; Glicose 76 mg/dL] painel meníngeo positivo para *Listeria monocytogenes* tendo iniciado Ampicilina e Gentamicina. Inicialmente, com melhora do estado neurológico, ao quarto dia identificada bacteriemia por *staphylococcus aureus* resistente a ampicilina, tendo iniciado vancomicina. Ao sexto dia novo agravamento neurológico, realizou TC cerebral que excluiu evento central ou outras complicações. Simultaneamente, apresentou um rash pruriginoso disperso, sugestivo de toxicodermia a vancomicina, que suspendeu. Realizou ecocardiograma transesofágico com imagem de endocardite tendo iniciado flucloxacilina, gentamicina e rifampicina. Realizou RM Crânio de reavaliação (cerebrite e embolização séptica cerebral) e imagem abdominal (enfartes renais). Ao décimo dia, défice motor esquerdo, realizou TC cerebral com evidencia AVC da ACM direita subagudo, possivelmente por embolização séptica. Proposta para cirurgia valvular urgente, não aceite pela fraca recuperação do estado neurológico e grau de dependência. A doente manteve antibioterapia dirigida, com progressivo agravamento clínico, tendo evoluído desfavoravelmente.

Com este caso os autores pretendem alertar para uma entidade rara e grave e para as dificuldades identificadas no tratamento e orientação de duas infeções distintas, mas que se potencializam mutuamente.

PO-0163 - (3969) - UM CASO RARO DE MENINGITE POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE

Elisa Caldeira¹; Sofia Almada¹; Sara Gomes¹; Eduarda Moniz¹; João Loja¹; Carolina Freitas Henriques¹; Sofia Silva¹; Maria Da Luz Brazão¹; Teresa Faria¹; Miriam Capelo¹

1 - Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM

A meningite bacteriana é uma infeção do Sistema Nervoso Central (SNC), tendo como principais responsáveis os agentes *S. pneumoniae* e *Neisseria meningitidis*, quando adquirida na comunidade. Os mecanismos fisiopatológicos para o desenvolvimento desta infeção envolvem a colonização da nasofaringe, com invasão subsequente da corrente sanguínea e, posteriormente, do SNC; bacteriémia com origem numa infeção localizada, como a endocardite; ou entrada direta dos organismos no SNC por contiguidade, por trauma ou por leak do líquido céfalo-raquidiano.

Doente de 61 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial, Dislipidemia e Epilepsia medicadas, recorre ao Serviço de Urgência por dor lombar com 24h de evolução. Refere internamento recente para realização de artroplastia total do joelho esquerdo, para a qual foi submetida a anestesia epidural, 15 dias antes.

Ao exame objetivo, estava consciente, colaborante e orientada, febril (38.5°C), muito queixosa da coluna lombar, com dor à palpação, sem sinais inflamatórios ou outras alterações cutâneas visíveis. Os sinais meníngeos eram negativos. A ferida operatória do joelho apresentava-se indolor, sem sinais inflamatórios.

Analicamente apresentava leucócitos 16×10^3 uL, neutrófilos 14×10^3 uL, hemoglobina de 9.7 g/dL, função renal normal e PCR de 114 mg/dL. Realizou TC da coluna lombar, que não mostrou evidência de espondilodiscite, espondilite, osteomielite ou artrite séptica. A radiografia do tórax e a análise de urina também se apresentaram sem alterações. Posto isto, decidiu-se internar a doente para investigação etiológica da febre.

No 1º dia de internamento, por manutenção de dor lombar e por cefaleia holocraniana associada, realizou punção lombar, que mostrou 38 células com predomínio de polimorfonucleares, 1620 glóbulos vermelhos, 138 mg/dl de proteínas e glicose de 37 mg/dL. Perante estes resultados, iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e vancomicina, tendo sido posteriormente transferida para o Serviço de Infeciologia. No 4º dia de internamento, foi isolada no liquor uma *Klebsiella Pneumoniae* sensível ao ceftriaxone.

A tríade clássica da meningite aguda, constituída pelos sintomas febre, rigidez da nuca e alteração do estado mental, pode estar ausente em cerca de 58% dos doentes, o que se verificou neste caso, constituindo um desafio diagnóstico.

PO-0164 - (3990) - INFEÇÕES E ANTIBIOTERAPIA NO INTERNAMENTO

Mafalda Maria Santos¹; João Vieira Afonso¹; Joana Castro Vieira¹; Ana Filipa Rodrigues¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste – Unidade Caldas da Rainha

Introdução: As infeções fazem parte da vida de um internista, representando a maioria dos internamentos num Serviço de Medicina Interna. São uma importante causa de morte especialmente em pessoas com mais de 65 anos.

Objetivo: Caracterizar, quantificar e qualificar as infeções num serviço de Medicina Interna, assim como a utilização de antibioterapia e o isolamento de microrganismos.

Material e Métodos: Foi realizado um estudo transversal durante um período de 6 meses no internamento de Medicina Interna. Os doentes incluídos tinham de estar internados no Serviço de Medicina Interna com patologia médica. Foram recolhidos dados demográficos (idade, género); tipo de infeção e antibioterapia prescrita. Dados recolhidos através do programa "SClinico". Foram usadas para as variáveis numéricas, a média e o desvio padrão, e para as variáveis categóricas, a frequência relativa-%.

Resultados: Dos 370 internados no período de 6 meses, 69% (257) apresentaram infeções, quer fossem adquiridas na comunidade (64%) ou nosocomiais (36%). A idade média dos doentes afetados foi de 70 anos, sendo que a incidência foi igual em ambos sexos.

88% dos doentes tiveram como proveniência o serviço de urgência

A média do nº de dias de internamento foi de 20, sendo que o valor máximo foi de 69 dias e o mínimo de 1.

As infeções com ponto partida urinário foram as mais frequentes (45%), seguido das respiratórias (40%). Os choques sépticos e sépsis representaram 9% dos casos.

Em 45% dos casos não foi identificado agente responsável pela infeção. O microrganismo isolado mais frequente foi a *Escherichia Coli* (15%), seguido de *Pseudomona Aeruginosa* (7%)

Foi utilizada antibioterapia em 396 ocasiões, em 257 doentes, sendo que muitas vezes foram necessárias associações. A associação mais frequente foi Amoxicilina-Ácido Clavulânico com Azitromicina. O antibiótico mais utilizado foi o Ceftriaxone (n=79), uma cefalosporina de 3º geração de amplo espetro com atividade frente a Gram Positivos e Negativos, seguido pela Amoxicilina-Ácido Clavulânico (n=73) e Azitromicina (n=56)

A mortalidade nestes doentes foi de 17%.

Conclusões: Os doentes idosos com doenças crónicas apresentam uma maior alteração da imunidade o que leva a maior suscetibilidade de infeções. A pneumonia é a principal causas de morte respiratória no nosso país, com taxas de hospitalização entre 20-50%. As infeções do trato urinário contribuem para a morbimortalidade dos idosos, sendo que representam uma percentagem importante no internamento.

PO-0165 - (3991) - INFEÇÕES ASSOCIADAS A PRÓTESES VASCULARES- A PROPÓSITO DE UM CASO

Carolina Gomes¹; João Barbosa Barroso¹; Desireé Farinha¹; Daniela Barbosa Mateus¹; Ana Isabel Oliveira¹; Bruno Ferreira¹; Luís Dominguez Cuña¹

1 - Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: As infeções de próteses vasculares são pouco frequentes, dada a técnica de assepsia e a profilaxia antibiótica realizada. No entanto, para além de existirem doentes suscetíveis a sobreinfeção, a existência de um corpo estranho é propícia à formação de biofilme por alguns agentes microbianos, aquando infeções sistémicas ou por continuidade. Na impossibilidade/contraindicação para limpeza cirúrgica com substituição de prótese, deve ser realizada anti-bioterapia por tempo indeterminado. Desta forma, tratam-se de infeções com elevada taxa de mortalidade a longo prazo, dado o risco de aquisição de resistência à anti-bioterapia.

Caso clínico: Os autores reportam o caso de um doente de 86 anos, autónomo, com história pessoal de hipertensão arterial, anemia ferropénica, diverticulose da sigmóide, status pós gastrectomia total em 2014 por neoplasia gástrica, status pós correção de aneurisma da aorta abdominal em 2009 e status pós colecistectomia em 2014. Admitido por pielonefrite aguda com isolamento de *Klebsiella pneumoniae*, pelo que iniciou anti-bioterapia dirigida com Piperacilina/Tazobactam. Por persistência de dor abdominal e febre realizou tomografia computadorizada que evidenciou abscesso no músculo psoas-íliaco com suspeita de envolvimento da prótese vascular. Após discussão do caso com a cirurgia vascular, realizou tomografia por emissão de positrões que revelou processo infeccioso ativo na aorta abdominal e na região proximal da artéria ilíaca primitiva esquerda com extensão à vertente anterior do músculo iliopsoas esquerdo. Avaliado pela cirurgia vascular que considerou não ter capacidade para intervenção major e recomendou anti-bioterapia por tempo indefinido. Apresentou progressiva melhoria clínica, analítica e teve alta sob anti-bioterapia dirigida com Cotrimoxazol. Na avaliação em consulta doente assintomático e com melhoria imagiológica.

Discussão & Conclusão: Este caso pretende lembrar a importância da vigilância apertada de infeções sistémicas complicadas, bem como o risco de processos crónicos associados a dispositivos implantados; como as próteses vasculares, cuja substituição poderá ser complexa ou mesmo impossível. Desta forma poderá ser necessário manter anti-bioterapia a longo prazo, acautelando sempre o risco de incidência de estirpes multirresistentes.

PO-0166 - (4015) - ANEMIA HEMOLÍTICA COMO MANIFESTAÇÃO DE INFECÇÃO PELO VÍRUS EPSTEIN-BARR

Rita Magalhães¹; Mariana Certal¹; Sofia Teixeira¹; Pedro Almeida¹; Ana Carvalho¹

1 - ULSTMAD

Introdução: A infeção pelo vírus Epstein-Barr (EBV) afeta mais de 90% da população mundial^[1], sendo geralmente assintomática^[2]. Apresentamos o caso de uma jovem cuja infeção por EBV se manifestou por anemia hemolítica mediada por crioglobulinas e alterações das provas de biologia hepática (PBH).

Caso Clínico: Mulher, 19 anos, sem antecedentes, admitida no serviço de urgência (SU) por icterícia, edema peri-orbitário com duas semanas de evolução e início recente de dor abdominal, colúria e febre. Com toma habitual de contraceptivo oral e início recente de mirtazapina. Ao exame objetivo, apresentava-se estável, febril, icterícia, com hepatomegalia e dor à palpação do hipocôndrio direito e epigastro. Analiticamente destaca-se a presença de anemia, linfocitose, aumento das transaminases, hiperbilirrubinémia direta e consumo de complemento. Imunoglobulinas EBV foram positivas e a carga viral de 743 cópias. O restante estudo serológico e microbiológico foram negativos. A ecografia confirmou a presença de hepatoesplenomegalia. A doente ficou internada sob vigilância e em estratégia de controlo sintomático. Durante o internamento, apresentou melhoria clínica e analítica das PBH. Ao 3º dia houve agravamento da anemia hemolítica com Hb 8,7 g/dL, presença de aglomerados eritrocitários no esfregaço de sangue periférico e positividade para crioglobulinas. Foram excluídas outras causas de hemólise, incluindo defeitos da membrana eritrocitária.

A doente iniciou terapêutica com 1mg/kg/dia, com melhoria progressiva da hemólise. Teve alta para o domicílio com corticoterapia em esquema de desmame e foi reavaliada uma semana após a alta, apresentando-se assintomática e sem alterações analíticas.

Discussão: As infeções por EBV podem manifestar-se com clínica respiratória superior, adenopatias cervicais e sintomas constitucionais como cansaço e febre. No entanto, existem outras apresentações menos comuns que devem ser consideradas uma vez que este vírus pode afetar virtualmente qualquer órgão ou sistema. O caso apresentado mostra uma forma de apresentação mais rara e grave da infeção pelo EBV, reforçando a necessidade do reconhecimento precoce para estabelecimento de terapia dirigida.

¹-Odumade OA, Hogquist KA, Balfour HH. Progress and problems in understanding and managing primary Epstein-Barr virus infections. Clin Microbiol Rev. 2011 Jan;24(1):193-209.

²-Womack J, Jimenez M. Common questions about infectious mononucleosis. Am Fam Physician. 2015 Mar 15;91(6):372-6.

PO-0167 - (2228) - PEQUENA MAS POUCO – UM CASO DE BACTERIÉMIA A PARVIMONAS MICRA

Mónica Ferro Da Silva¹; Ana Santos E Silva¹; Diana Marreiros¹; Cátia Albino¹; Henrique Rita¹

1 - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Introdução: A *Parvimonas micra* é um coco gram-positivo anaeróbico, maioritariamente encontrada na cavidade oral e trato intestinal. Causando muitas vezes infeção em doentes imunocomprometidos, associa-se geralmente a coleções abcedadas, não sendo frequente associar-se a bacteriémia.

Caso clínico: Homem de 79 anos, com hipertensão arterial, fibrilhação auricular e hipertrofia benigna da próstata. Recorreu ao hospital por história de dispneia, febre e prostração. Da história, apuravam-se queixas de disúria, oligúria e febre com uma semana, tendo já cumprido 4 dias de ciprofloxacina. À observação, encontrava-se febril, hipotenso, taquicárdico, taquipneico e com extremidades frias, pálidas e suadas. Gasimetricamente com hiperlactacidemia 4.7 mmol/L. Assumido choque séptico de provável ponto de partida urinário, tendo sido iniciada ressuscitação volémica, suporte vasopressor e piperacilina/tazobactam após colheita de estudo microbiológico. Do estudo laboratorial destacava-se leucocitose com neutrofilia, PCR 24 mg/dl, creatinina 4.1 mg/dl, AST 162 UI/L, ALT 140 UI/L e bilirrubina total 3.1mg/dl. Transferido para o Serviço de Medicina Intensiva, tendo mantido antibioterapia e iniciado hidrocortisona 200mg/dia, com melhoria progressiva. O estudo veio a revelar bacteriémia a *Parvimonas micra* com urocultura negativa. Realizou TC-AP que mostrou uma coleção abcedada, com extensão desde a região obturadora interna direita até à vertente lateral direita da próstata, com continuação para a vertente mais superior do esfíncter anal, medindo cerca de 100 x 20 mm. Realizou também RM-AP mantendo-se a dúvida da origem do abscesso (urinário versus gastrointestinal). Discutidas imagens com Cirurgia Geral e Urologia, tendo sido realizada drenagem do abscesso ao 14º dia de antibioterapia, sendo o líquido já estéril, e com colheita de hemoculturas concomitante, também estéreis. Fez antibioterapia durante 24 dias (até 10 dias após controlo de foco), com resolução do quadro.

Discussão e conclusão: *Parvimonas micra* é geralmente associada a infeções do trato gastrointestinal, existindo descrições raras de infeções pulmonares e urinárias. Não existindo clínica específica sugestiva, a única forma de investigação passa pelo estudo microbiológico, sendo que um atraso no mesmo pode conduzir a bacteriémia e desfecho desfavorável. Dado o número de casos reportados associados a malignidade importa também não esquecer de pesquisar etiologia neoplásica para clarificar a origem da infeção.

PO-0168 - (3988) - DESAFIOS NA PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO DE BACTERIÉMIAS: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

José Ganicho¹; Francisca Reymão¹; Leonor Saldanha¹; Renata Martinho¹; Agnieszka Czajkowska¹; Marcel Guerreiro¹; Ana Rita Gomes¹; Mariana Popovici¹; Eunice Patarata¹; Claudia Mihon¹; Heidi Gruner¹

1 - ULS São José / Hospital Curry Cabral

Introdução: A bacteriémia é uma infeção severa que pode evoluir rapidamente para disfunção multiorgânica e choque séptico (1). Associado à severidade desta infeção, está a complexidade da gestão do tratamento devido à resistência antimicrobiana (RAM), classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das dez mais importantes ameaças à Saúde Global (2). Para além da prevenção, é fundamental diagnosticar rapidamente as bacteriémias de forma a garantir um tratamento eficaz e uma prescrição racional antibiótica.

Objetivos: Caracterizar as bacteriémias e fatores de risco dos doentes internados num Serviço de Medicina Interna.

Materiais e Métodos: Estudo retrospectivo observacional das Bacteriémias e respetivos isolamentos, dos doentes internados num Serviço de Medicina de um Hospital Central, entre novembro de 2022 e agosto de 2023. Foram excluídos microrganismos cuja cultura foi considerada contaminada. Através da consulta do processo clínico eletrónico foi feita uma caracterização demográfica dos doentes e avaliados os fatores de risco externos e intrínsecos através do Índice de MacCabe, uma classificação da gravidade das comorbilidades, incluindo doenças crónicas e condições que impactam o sistema imunológico (3). Foi ainda analisado o desfecho dos doentes internados (alta, transferência ou óbito) e a microbiologia isolada.

Resultados: Foram analisadas hemoculturas positivas de 29 doentes, com 33 microrganismos isolados. Após aplicação dos critérios de exclusão, dos 28 doentes, 11 (39,29%) eram do sexo feminino e 17 (60,71%) do masculino, com uma média de idades de 71,5 anos, sendo que 21 (75%) doentes tinham Doença Não-Fatal e 7 (25%) tinha Doença Fatal a Prazo. Relativamente a fatores de risco externos, 27 (96,43%) doentes tinham cateter venoso periférico (CVP), 10 (35,71%) tinham cateter venoso central (CVC) e 7 (25%) tinham cateter vesical (CV). A maioria dos doentes (25; 89,29%) não apresentava feridas crónicas. Relativamente à origem da infeção, em 6 (21,43%) doentes foi secundária a infeção urinária, em 5 (17,86%) foi secundária a infeção respiratória e em 3 (10,71%) estava relacionada com o CVC. Não foi possível identificar a origem em 9 (32,14%) doentes. O *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina (MSSA) foi o microrganismo mais isolado (4; 12,12%), sendo que 22 (78,57%) infeções foram associadas aos cuidados de saúde. Dos 28 doentes analisados, 12 (41,86%) tiveram alta, 7 (25%) foram transferidos e 9 (32,14%) resultaram em óbitos.

Discussão e Conclusão: As bacteriémias são infeções de complexa gestão que em 1/3 dos doentes levaram ao seu óbito. Para além disso, em cerca de 1/3 dos doentes não foi possível identificar a origem da infeção. Concluindo, para além da importância do diagnóstico microbiológico para o tratamento dirigido, é fundamental minimizar os fatores de risco extrínsecos, nomeadamente o uso de dispositivos invasivos como CV e CVC, para reduzir a incidência deste tipo de infeções.

PO-0169 - (2095) - ESFEROCITOSE HEREDITÁRIA: UM DIAGNÓSTICO TARDIO

Maria Margarida Rosado¹; Sara Campos¹; Nuno Bernardino Vieira¹; Luísa Arez¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Portimão

Introdução: A esferocitose hereditária (EH) é uma causa de anemia hemolítica não-imune, resultante de um defeito nas proteínas da membrana do eritrócito, com uma prevalência de 1:2000 indivíduos.

Caso Clínico: Mulher, 80 anos, com quistos renais sem disfunção renal, estenose aórtica e hipertensão arterial, foi referenciada à consulta de Medicina Interna pela Nefrologia por anemia refratária à terapêutica com estimulador da eritropoiese. Anemia conhecida desde 2015, altura em que iniciou contacto com os cuidados de saúde, com hemoglobina (Hb) variando entre 8-11 g/dL, normocítica, normocrómica e com elevação persistente da concentração de Hb corpuscular média (CHCM), com períodos de hiperbilirrubinemia indireta e elevação da LDH, coincidentes com intercorrências infecciosas. Em 2017 documentada pancitopenia ligeira transitória (nadir leucócitos 3000/uL, plaquetas 140 000/uL), mantendo anemia com as mesmas características. Do estudo realizado: reticulócitos aumentados, esfregaço de sangue periférico (ESP) sem alterações, haptoglobina diminuída, teste de Coombs direto negativo e mielograma com alterações reativas. Admitida possível hemólise macroangiopática em contexto de estenose aórtica, com resolução da leucopenia, trombocitopenia e hemólise e subida de Hb para 11,1 g/dL em 4 semanas. Em reavaliação em 2023, repetiu estudo analítico, que confirmou anemia hemolítica não-imune. Por elevação persistente da CHCM, sugestiva de esferocitose, requisitado ESP que documentou a presença de esferócitos, com posterior realização de teste de ligação Eosina-5'-Maleimida, com resultado compatível com EH. Dada a idade da doente e doença ligeira a moderada, iniciou apenas terapêutica com ácido fólico 5 mg em dias alternados.

Discussão e Conclusão: A EH tem gravidade clínica variável, podendo apenas apresentar-se de forma ligeira ou assintomática. A maioria dos casos são diagnosticados na infância. O caso clínico apresentado destaca a importância da abordagem diagnóstica sistemática da anemia, com valorização dos índices eritrocitários, que permitiu identificar uma causa hereditária para o quadro de forma tardia. O diagnóstico apenas na terceira idade levou a que a doente tivesse sido submetida a procedimentos invasivos e terapêuticas desnecessários. O diagnóstico incorreto da EH não é incomum ocorrendo, por um lado, pela sua apresentação heterogénea, e, por outro, pelo desconhecimento da doença, devendo ser uma etiologia a considerar na anemia hemolítica não-imune.

PO-0170 - (2178) - A RARA E IMPREVISÍVEL SÍNDROME DE RITCHER

Francisco Laranjeira¹; Mariana Câmara¹; Paulo Bernardo¹; Cristina João²;
Manuela Mafra¹; Anabela Raimundo¹

1 - Hospital da Luz Lisboa; 2 - Fundação Champalimaud

Síndrome de Richter (SR) é uma entidade rara que se refere ao desenvolvimento de linfoma de alto grau a partir de leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico de pequenas células (LLC/LLP), caracterizando-se por deterioração clínica rápida. A transformação de LLC/LLP para linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o mais comum, representando 2-9% dos casos.

Mulher de 82 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu ao serviço de urgência por queixas com 2 semanas de evolução de sudorese noturna, perda ponderal (6kg) e 2 dias antes da admissão, aparecimento súbito de exuberante massa cervical. Referia história no passado de poliadenopatias cervicais autolimitadas, desde então em vigilância na Hematologia. À admissão, destacava-se conglomerado adenopático supraclavicular esquerdo doloroso, duro e aderente aos planos profundos. Análises com anemia 10.7g/L normocítica e normocrómica, restantes linhagens celulares bem, VS 77mm/h, PCR 7.1mg/dL e LDH 399U/L. Para estudo, fez tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que documentou múltiplas adenopatias dispersas com maior expressão a nível cervical, supraclavicular à esquerda, axilar, para além de volumoso conglomerado adenopático inter-aorto-cava. Realizou biópsia excisional dos gânglios cervicais, cujos achados foram compatíveis com LDGCB, de tipo centro germinativo, transformado a partir de LLC/LLP, também conhecida como SR. Iniciou imunoquimioterapia intensiva e realizou estudo genético que revelou mutação do gene TP53. Apesar da terapêutica instituída precocemente, verificou-se rápida progressão da doença e consequente óbito.

Este caso reforça que apesar da raridade do SR, o reconhecimento precoce é fundamental pois tratando-se de uma doença muito maligna, a sobrevida global, apesar dos tratamentos instituídos, continua a ser baixa de 5 a 8 meses. As pesquisas mais recentes destacam aspetos genéticos, que podem orientar e prever o surgimento de SR, em particular a variante de LDGCB descrita neste caso.

PO-0171 - (2391) - ANEMIA HEMOLÍTICA GRAVE EM DOENTE JOVEM

Rita Tinoco Magalhães¹; Soraia Mendes¹; Edgar Amaro¹; Luís Miguel Pereira¹; Rita Valadas¹; Maria Margarida Andrade¹; Patrícia Cipriano¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução

A hemoglobinúria paroxística noturna (HPN) é uma doença rara, caracterizada por paroxismos de hemólise intravascular, com conseqüente hemoglobinúria. A tríade clássica da HPN inclui anemia hemolítica, trombose venosa e insuficiência medular.

Caso clínico

Mulher de 28 anos recorre ao Serviço de Urgência por cansaço para pequenos esforços, de instalação rápida e recente, apresentando apenas palidez das mucosas. Descrevia episódios recorrentes e autolimitados de urina avermelhada, interpretado como hematúria.

Analicamente, a destacar hemoglobina de 6,2 g/dL, hiperbilirrubinemia indireta ligeira (bilirrubina total 1,89 mg/dL, bilirrubina direta 0,28 mg/dL), elevação da desidrogenase láctica (4505 UI/L), reticulocitose de 20,2%, haptoglobina < 3 mg/dL, ferritina 32 µg/L. O esfregaço do sangue periférico revelou policromatofilia e anisopoiquilocitose, eliptócitos, dacriócitos, esquizócitos e células em alvo. O teste de Coombs direto foi negativo e a atividade de ADAMTS13 revelou-se normal. Excluíram-se causas infecciosas de anemia hemolítica e o doseamento de vitamina B12 revelou-se normal. A destacar exame sumário de urina com hemoglobinúria.

Do restante estudo, destaca-se ecografia abdominal, renal e vesical, e ecocardiograma transtorácico sem alterações relevantes. Colocou-se a hipótese de HPN, confirmada por citometria de fluxo, com identificação de um clone de HPN em 98% dos granulócitos, 99% dos monócitos e 71% dos eritrócitos.

Durante o internamento, foi realizada transfusão de concentrado eritrocitário, com bom rendimento, bem como terapêutica marcial. Após a alta orientada para consulta externa de Hematologia, aguardando início de tratamento com eculizumb.

Discussão & Conclusão

A HPN deve ser considerada na presença de alterações compatíveis com hemólise intravascular, com teste de Coombs negativo. Embora esteja descrita uma tríade clássica, esta nem sempre está presente e o grau de suspeição deve ser elevado. A hemoglobinúria que tipicamente a acompanha pode causar alteração macroscópica da urina e confundir-se com hematúria recorrente, atrasando o diagnóstico. É também frequente a existência de ferropénia concomitante, pelas perdas crónicas urinárias, que deve ser corrigida.

PO-0172 - (2730) - PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA RECIDIVANTE

Francisca A. Correia¹; Francisco Portal¹; Carolina Guimarães¹; Helena Hipólito Reis¹; Jorge Oliveira¹; Jorge Almeida¹

1 - Centro Hospitalar Universitário São João

INTRODUÇÃO:

A Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) é uma doença rara, causada pela atividade reduzida da protease ADAMTS13, caracterizada pela oclusão trombótica difusa da microcirculação, resultando em isquemia tecidual. As principais manifestações são anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, alterações neurológicas, insuficiência renal e febre. A PTT é uma emergência médica, quase sempre fatal se o tratamento adequado não for iniciado de imediato. A recidiva de PTT corresponde à recorrência de um episódio agudo após remissão da doença.

CASO CLÍNICO:

Mulher, 62 anos, com história prévia de PTT em 2013, 2018 e 2021, tratados com plasmáfereze, corticoterapia e Rituximab. Apresenta-se com quadro de cefaleia, petéquias e equimoses nos membros superiores com 3 dias de evolução. Analiticamente, anemia hemolítica microangiopática (Hemoglobina 9g/dL, 3.19% Reticulócitos, Esquizócitos positivos, Haptoglobina 30mg/dL, Lactato desidrogenase 400U/L, Bilirrubina Total 0.42mg/dL, Bilirrubina Direta 0.08mg/dL, Prova de Coombs negativa) e trombocitopenia (Plaquetas 22000/uL). Sem disfunção renal nem elevação de parâmetros inflamatórios. Foi considerada nova recidiva de PTT e iniciou tratamento com corticoterapia e plasmáfereze, após colheita de atividade ADAMTS13 e anticorpo anti-ADAMTS13, cujos resultados foram de 0% e 3.61U (positivo), respetivamente. Após 2 dias de tratamento, sem melhoria analítica e com desenvolvimento de isquemia cerebral trombótica no território da artéria cerebral média esquerda e lesão miocárdica secundária (Troponina I máxima 1700ng/L). Perante PTT recidivante com eventos trombóticos cerebrais e cardíacos iniciou tratamento com Rituximab e Caplacizumab. Apresentou evolução favorável, clínica e analiticamente, com normalização de contagem plaquetar (>150000/uL) e da atividade ADAMTS13 (>20%).

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:

A recidiva de PTT é rara desde a disponibilidade de tratamentos como o Rituximab e o Caplacizumab. Normalmente ocorre no primeiro ano após remissão e o principal fator de risco é a persistência de deficiência grave de ADAMTS13. Estamos perante um caso de múltiplas recidivas de PTT com mais de um ano após remissão e sempre tratadas com, pelo menos, Rituximab. O tratamento da recidiva de PTT é idêntico ao episódio inicial, devendo ser considerado o Caplacizumab quando a recidiva se apresenta com manifestações graves ou na ausência de resposta à plasmáfereze e corticoterapia, tal como no caso descrito.

PO-0173 - (2888) - A IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

André Couto Dias¹; José Fragoso Duro¹; Pedro Da Torre Pinto¹; Filipa Sousa Gonçalves¹; Patrício Aguiar¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE

Introdução: A Policitemia Vera (PV) é uma doença rara, tratável e potencialmente fatal, cuja expressão fenotípica é pleiotrópica. Aproximadamente ¼ dos doentes com PV terão um evento tromboembólico em 20 anos, constituindo esta a maior causa de morbilidade e mortalidade nesta entidade nosológica.

Caso Clínico: Homem de 85 anos, ex-fumador desde há 30 anos (50UMA) e com antecedentes de hiperplasia benigna da próstata e hérnia discal, recorre ao Serviço de Urgência por quadro com 1 dia de evolução de desorientação espacial, instabilidade da marcha, hemiparesia esquerda de predomínio braquial e parestesias ligeiras do membro superior esquerdo, sensação de mal-estar e insónia. Negava prurido aquagénico, cefaleia, eritromelalgia ou outros sintomas atribuíveis a hiperviscosidade. Ao exame objetivo, salientava-se prova de braços estendidos com pronação à esquerda, hipostesia algica do hemicorpo esquerdo, hemianopsia homónima esquerda, extinção sensitiva e auditiva, dismetria do membro superior esquerdo na prova dedo-nariz e marcha instável com queda preferencial para a esquerda (NIHSS 6). A TC-CE revelou hipodensidade córtico-subcortical de novo em topografia occipital direita, tendo sido diagnosticado AVC isquémico da artéria cerebral posterior direita. Iniciou ácido acetilsalicílico e estatina de alta intensidade com recuperação neurológica progressiva. Realizou electrocardiograma sem alterações relevantes, Holter com variabilidade da frequência cardíaca diminuída e Ecografia com Doppler dos vasos cervicais revelando estenose da bifurcação carotídea direita, com extensão à artéria carótida interna de 20-30%, sem repercussão hemodinâmica. Da avaliação complementar, destacava-se eritrocitose (Hb 17.2g/dL) e trombocitose (463*109/L). Da investigação etiológica, destacavam-se níveis de eritropoietina inapropriadamente suprimidos (1.6mU/mL), gasometria arterial, incluindo CO-oximetria sem alterações e sem sugestão de Hb de alta afinidade. Foi detetada a mutação JAK2 V617F, pelo que foi assumido o diagnóstico de Policitemia Vera.

Discussão e conclusão: Este caso ilustra um caso de AVC como apresentação inaugural de PV. O índice de suspeição deve ser alto, em particular na presença de alterações de hemograma sugestivas e na abordagem de patologia com etiologias mais frequentes como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) para que o tratamento dirigido, que previne novos eventos trombóticos e aumenta a sobrevida, possa ser instituído com a maior brevidade possível.

PO-0174 - (4158) - LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA E ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO – UM DIAGNÓSTICO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Fátima Cereja¹; Mariana Antão¹; Joana Rodrigues Coelho¹; Catarina Agueiras¹; Cláudia Fitas¹; Joana Lopo¹; Mariana Figueiras¹; Catarina Mendonça¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

Introdução: A leucemia mielóide aguda (LMA) é a leucemia aguda mais comum nos idosos, com sobrevida a 5 anos inferior a 27%. A evolução pode ser galopante ou insidiosa, podendo cursar com emergências ameaçadoras de vida.

Caso Clínico: Homem de 88 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão, síndrome mielodisplásico (SMD) de diagnóstico recente.

Recorre ao serviço de urgência (SU) por precordialgia opressiva, sem irradiação, com 15 dias de evolução, com 3 dias de agravamento. Referia cansaço para pequenos esforços e hipersudorese.

Ao exame objetivo encontrava-se com pele pálida e sudorética, sem outras alterações relevantes. Analiticamente com anemia macrocítica (Hb 73mg/dl), leucocitose ($156.7 \times 10^9/L$) com formas imaturas em circulação periférica (blastos 24%), trombocitopenia ($40 \times 10^9/L$). O doseamento de troponinas era de 362 mg/dL e o eletrocardiograma revelou infradesnivelamento do segmento ST em V2-V6.

Com o diagnóstico LMA e enfarte agudo do miocárdio (EAM) tipo 2, em contexto de leucoestase, contactou-se Serviço de Hematologia de referência e iniciou tratamento com hidroxiureia, rasburicase, alopurinol e fluidoterapia. Durante o internamento apresentou melhoria da dor torácica e resposta citoreduzora inicial, mas com agravamento após o 8º dia, acabando por falecer ao 20º dia de internamento.

Discussão: A apresentação inicial da LMA pode se associar à hiperleucocitose, à síndrome de lise tumoral e à coagulação intravascular disseminada. A hiperleucocitose é definida por uma contagem de leucócitos superior a $50 \times 10^9/L$ e está presente em 10-20% dos doentes com diagnóstico de novo. A leucostase é responsável pelas manifestações pulmonares, cardíacas (EAM) e do sistema nervoso central.

O diagnóstico requiere >20% de blastos no sangue periférico ou na medula óssea. O objetivo do tratamento deve ser uma decisão partilhada entre a equipa médica, o doente/familiares. Nos doentes idosos e com comorbilidades deve ser privilegiado o controlo sintomático e qualidade de vida, face ao controlo da doença ou a remissão, optando por tratamentos de menor intensidade.

Conclusão: A LMA é uma neoplasia hematológica maligna complexa. O diagnóstico precoce, a estratificação do risco e o tratamento são essenciais para o desfecho clínico e qualidade de vida dos doentes. A sobrevida é baixa e está associada a pior prognóstico nos doentes com idade avançada e com comorbilidades, pelo que o tratamento deve individualizado.

PO-0175 - (4361) - SÍNDROME DE BUDD-CHIARI, UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM DE AMILOIDOSE AL

João Luís Miranda¹; Catarina Antunes Salvado¹; Leonor P. Silva¹; Tiago Guimarães Costa¹; Isabel O. Cruz¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Introdução: A síndrome de Budd-Chiari (SBC) representa uma obstrução do sistema de drenagem venosa hepático, geralmente por trombose das veias supra-hepáticas. A sua causa mais frequente são doenças mieloproliferativas, mas pode estar associada a qualquer estado de hipercoagulabilidade.

Caso Clínico: Homem de 58 anos, sem antecedentes de relevo, em estudo em consulta há cerca de um mês por adenopatias inguinais, recorre à urgência por edema bilateral dos membros inferiores e astenia marcada. Referia ainda aumento do perímetro abdominal e sensação de enfarçamento precoce, bem como emagrecimento paulatino nos últimos 3 meses, sem febre ou outros sintomas constitucionais. Ao exame objetivo em anasarca, sem outras alterações evidentes. Do estudo realizado, de destacar ligeira citólise hepática com restante estudo normal. Realizou TC abdominal que mostrou hepatomegalia e oclusão completa das veias supra-hepáticas (SBC), derrame pleural bilateral e ascite de médio volume. Fez ainda paracentese diagnóstica que confirmou hipertensão portal como etiologia para a ascite, iniciou hipocoagulação com enoxaparina e foi internado para prosseguir estudo. Identificada síndrome nefrótica (proteinúria 10g em 24h, edema, hipoalbuminemia e hiperlipidemia) a justificar o evento trombótico, tendo sido diagnosticado nessa sequência uma gamopatia monoclonal de cadeias leves lambda. Ecocardiograma revelou hipertrofia ventricular esquerda com strain longitudinal diminuído e padrão de apical sparing, sugestivos de cardiopatia amiloidótica. Por esse motivo realizou estudos medulares e biópsia das glândulas salivares, resultando no diagnóstico de mieloma múltiplo com envolvimento multiorgânico por amiloidose AL. O doente apresentou má resposta à terapêutica diurética com ascite refratária e lesão renal e citocolestase de agravamento progressivo. Ponderada colocação de TIPS para descompressão portal, não realizada por agravamento franco com falência hepática, culminando no óbito ao 17º dia.

Discussão e Conclusão: A amiloidose AL é geralmente associada a complicações hemorrágicas, sendo menos habituais os eventos trombóticos. A síndrome nefrótica resulta frequentemente num estado de hipercoagulabilidade, estando neste caso na origem da SBC. O diagnóstico etiológico célere é essencial ao prognóstico destes doentes, que pelo envolvimento multissistémico não são habitualmente candidatos a transplante hepático, sendo essencial o tratamento precoce da doença de base e cuidados de suporte.

PO-0176 - (4367) - MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTROM; UM CASO CLÍNICO

João Pereira¹; Carla Gonçalves¹; Renato Gonçalves¹; Juliana Carneiro¹; Miguel Gonçalves¹; Lúcia Jardim¹; Rita Elvas¹; João Côrrea¹; Joana Coelho¹; Patrícia Silva¹; Maria Pacheco¹; João Bento¹

1 - ULS Cova da Beira

A macroglobulinemia de Waldenstrom (mW) é uma entidade rara, de etiologia desconhecida, caracterizada por linfoma linfoplasmocítico na medula óssea com gamapatia monoclonal IgM no sangue periférico. Afeta cerca de 3 pessoas por milhão de habitantes, com mediana de idade nos 70 anos. Os doentes manifestam sintomas relacionados com a infiltração de tecido hematopoiético ou outros, destacando-se os sintomas B, hemorragias, sintomas neurológicos, hepatoesplenomegalia, alterações na fundoscopia, síndrome de hiperviscosidade. Lesões osteolíticas e renais são raras.

Homem de 71 anos, sem antecedentes de relevo ou medicação habitual, internado por quadro de dispneia e cansaço, sendo diagnosticada pneumonia a Influenza A com sobreinfecção bacteriana. Necessidade de oxigenoterapia e escalar antibiótico por agravamento clínico nos primeiros dias de internamento. Identificada anemia normocítica/hormocrónica, posteriormente com informação, corroborada por familiar, de história de anorexia e perda ponderal, prévios ao internamento. Cinética do ferro com ferropenia. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia sem alterações. Ecografia abdominal com esplenomegalia de 18cm. AngioTC tórax a evidenciar derrame pleural bilateral. Requisitada eletroforese de proteínas que evidenciou banda monoclonal IgM. Caso comentado com Hematologia que propôs hipótese diagnóstica de mW. Dada evolução favorável, teve alta com orientação para consulta de Hematologia. Em ambulatório, realizou TC TAP que destacou esplenomegalia já conhecida e adenopatias pericentimétricas axilares e lomboaórticas, sem outras alterações. Pesquisa de mutação MYD88 L265P positiva e biópsia medular a evidenciar linfoma linfoplasmocítico. Permanece em vigilância em consulta de Hematologia.

A mW trata-se de uma doença linfoproliferativa tendencialmente indolente, com um risco de progressão acrescido nos primeiros 5 anos da doença. Em todas as fases estes doentes devem ser vigiados e os marcadores de progressão (IgM > 4500mg/dL, B2 microglobulina > 4mg/dL, albumina <3.5g/dL, infiltração de medula óssea > 70%) avaliados. Os doentes devem ser alertados para os sinais típicos de doença em progressão, a fim de recorrerem ao serviço de urgência. O tratamento apresenta um espectro vasto que varia desde vigilância, passando pela necessidade de anticorpos monoclonais ou inibidores da tirosina cinase, até à plasmaferese.

PO-0177 - (4408) - DERRAME PLEURAL LINFOCÍTICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Diana Lopes Barros¹; Ana Frederica Parente¹; Jorge Bezerra¹; Carolina Marques Miranda¹; António Cardoso Fernandes¹; Duarte Lages Silva¹; Mafalda Pimenta De Castro¹; Carmélia Rodrigues¹; Diana Guerra¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: O derrame pleural representa uma condição clínica comum, muitas vezes complexa, de etiologia diversa: infecciosa, neoplásica, cardiogénica, traumática ou autoimune. A abordagem diagnóstica inclui anamnese, exames de imagem e análise do líquido pleural (LP). A gestão correta envolve não apenas o alívio sintomático, mas também a identificação e tratamento da causa subjacente.

Caso Clínico: Mulher, 84 anos, autónoma. Antecedentes de asma e neoplasia da mama submetida a tumorectomia há >40 anos. História de anorexia e sudorese noturna há 4 meses. Recorre ao SU por dispneia de agravamento progressivo (2 semanas de evolução), ortopneia e edema dos membros inferiores. À avaliação, pálida, sons respiratórios diminuídos na metade inferior do hemitórax direito e base esquerda, edema dos membros inferiores e SpO₂ 90% (ar ambiente). Documentada insuficiência respiratória hipoxémica, anemia microcítica/hipocrómica (Hb 8,6g/dl) e elevação dos parâmetros inflamatórios. Radiografia torácica com derrame pleural bilateral, mais extenso à direita. Toracocentese diagnóstica com descrição de LP sero-hemático, com critérios de exsudado e predomínio de linfócitos. Iniciado empiricamente Piperacilina-Tazobactam admitindo-se derrame pleural parapneumónico (ciclo prévio de levofloxacina). No internamento, repetida toracocentese que revelou LP de aspeto leitoso, triglicéridos 203mg/dl, compatível com quilotórax. Análises revelaram pico monoclonal IgM/K (1.8mg/dL), com IgM 4243mg/dl. Sem hiperproteinemia, hipercalcemia ou disfunção renal. TC toraco-abdominopélvico relatou derrame pleural bilateral, densificação inespecífica do mediastino anterior, da raiz do mesentério e do retroperitонеu. Imunofenotipagem do LP sugestiva de Linfoma Linfoplasmocítico (LLP), resultado confirmado por biópsia da densificação retroperitoneal e pela pesquisa da mutação MYD88 no LP que foi positiva. Assumido o diagnóstico de LPP estadio IV-B, iniciou R-CVP, com necessidade persistente de toracocenteses evacuadoras. Atualmente, sob uma 2ª linha com lbrutinib, com estabilidade da doença hematológica, sem necessidade de oxigenoterapia ou toracocentese. Sobrevida até à data de 11 meses.

Discussão: As manifestações pulmonares de LLP/Macroglobulinemia de Waldenstrom ocorrem em 3-5% dos casos, sendo a apresentação com quilotórax muito incomum. Este caso sublinha a importância da consideração de diagnósticos diferenciais abrangentes e a relevância do aspeto macroscópico e citoquímico do LP.

PO-0178 - (4508) - ASCITE COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE LINFOMA DE BURKITT ESPORÁDICO

Ana Rita Oliveira¹; Rita Vilar Da Mota¹; Nuno Pardal¹;
Ângela Paredes Ferreira Ferreira¹; Marta Batoca Sousa¹;
Daniela Penteadó Salgueiro¹; Mafalda Castro¹; João Pedro Pais¹; Ana Rita Cambão¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital Santa Luzia

O Linfoma de Burkitt (LB) é um subtipo agressivo de linfoma não Hodgking (LNH), de células B, responsável por <1% dos casos. São reconhecidas 3 entidades: endêmico, esporádico e associado a imunodeficiência.

Homem, 54 anos, admitido por astenia, enfartamento pós-prandial e aumento do perímetro abdominal com agravamento progressivo nos últimos 15 dias. A TC abdominopélvica mostrou ascite de volume considerável, espessamento do íleo e conglomerado de adenomegalias volumosas localregionais. Internado no serviço de cirurgia geral para estudo de eventual neoplasia. Pedido de colaboração por lesão renal aguda (LRA). O estudo analítico à admissão com hemograma normal, leucocitose com neutrofilia e monocitose, LRA, DHL elevada. Durante o internamento, verificou-se a persistência das alterações do leucograma, agravamento da LRA, elevação do ácido úrico e fósforo, com elevação importante de DHL (5238UI/L). O líquido ascítico apresentava características de exsudado (GASA 1.1g/dL), hiper celularidade com 9% de linfócitos e DHL 19042 UI/L. No esfregaço de sangue periférico observava-se desvio à esquerda da linha granulocítica: 6% metamielócitos e 3% de blastos. Pela elevada suspeita de doença hemato-oncológica de alto grau foi realizado mielograma e biópsia medular - medula com sinais de envolvimento neoplásico de células tipo B (CD20+) com identificação do rearranjo no gene MYC (8q24). Assumiu-se diagnóstico de LB com ascite maligna inaugural e síndrome de lise tumoral (SLT) espontâneo: 2 critérios analíticos (hiperuricemia e hiperfosfarémia) e 1 critério clínico (LRA). Iniciou tratamento do SLT e foi transferido para o IPO Porto para realização de esquema de QT intensiva.

A forma esporádica do LB tem baixa incidência na Europa e a sua apresentação inicial mais comum é a abdominal. Neste caso, verifica-se evolução clínica rápida com evidência de SLT espontâneo, refletindo a elevada taxa de replicação característica do LB e exigindo um diagnóstico imediato e tratamento agressivo. O prognóstico está associado à extensão e carga tumoral ao diagnóstico.

PO-0179 - (2250) - PANCITOPENIA EM DOENTE COM DÉFICE GRAVE DE ÁCIDO FÓLICO POR TERAPIA COM METOTREXATO

João Coutinho De Sousa¹; Teresa Pinto¹; Filipe Gomes Pereira¹; Maria Inês Risto²

1 - SSST ARS Norte; 2 - Serviço Medicina Interna - ULS Alta Minho

INTRODUÇÃO: O metotrexato é um inibidor da enzima dihidrofolato redutase que está implicada, em última instância na síntese de DNA, essencial na replicação celular. O seu efeito como imunossupressor é fundamental no tratamento de diversas doenças, no entanto se incorretamente usado pode levar a efeitos laterais nefastos.

CASO CLÍNICO: Mulher de 74 anos, com antecedentes de artrite reumatoide e hipotireoidismo medicada com metotrexato e levotiroxina. Neste caso clínico os autores salientam o mais recente internamento no qual se documentou pancitopenia grave. Doente internada em contexto pós-operatório de colocação de uma prótese total da anca, no qual foi medicada com ampicilina no contexto de infeção da prótese. Durante o internamento, foi objetivado ao exame físico exantema no tronco e na região inguinal, assumindo-se Reação Cutânea Adversa Severa no contexto da toma de beta-lactâmico Posteriormente inicia queixa de dor orofaríngea, sendo documentada mucosite orofaríngea. Do estudo analítico destaco pancitopenia com hemoglobina 6.9 g/dL, leucócitos 1630 / μ L e 35000 plaquetas/ μ L. Leucopenia e trombocitopenia confirmadas por esfregaço de sangue periférico. Durante o estudo etiológico destacou-se índice de reticulócitos diminuído (0.1 %), cinética de ferro e vitamina B12 dentro de valores da normalidade e défice grave de ácido fólico (0.81 ng/mL). Atendendo aos antecedentes de artrite reumatoide medicada com metotrexato não suplementada, presumiu-se pancitopenia por supressão medular por fármacos (toma de ampicilina com toxicodermia) e por défice de ácido fólico em doente com baixa reserva fisiológica exposta a stress pós-cirúrgico. Após suspensão do metotrexato e suplementação com ácido fólico e vitamina B12, a doente recuperou as contagens celulares.

DISCUSSÃO: Com o presente caso clínico, os autores salientam a importância da suplementação com ácido fólico em doentes sob terapêutica com inibidores da via dos folatos, dado que estes fármacos podem afetar tecidos altamente replicativos como é o caso da medula óssea.

PO-0180 - (2071) - SÍNDROME DE HIPERVISCOSIDADE NUM DOENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO

Inês Salvado De Carvalho¹; Maria João Baldo¹; João Correia¹

1 - ULS Guarda

INTRODUÇÃO: A síndrome de hiperviscosidade é uma emergência oncológica, que pode ocorrer como manifestação clínica de Mieloma Múltiplo.

RESUMO: Doente sexo masculino, 77 anos, autónomo, recorre ao SU por dor abdominal, astenia, anorexia, náuseas e vômitos, com evolução 2 semanas. Referia toma de AINE'S prolongada por dorso-lombalgia. Antecedentes pessoais: Hemorragia digestiva alta após polipectomia gástrica há 3 meses com lesão renal aguda; hipertensão; dislipidemia e anemia normocítica normocrómica. Exame objetivo, emagrecido e palidez cutânea. Sem outras alterações. Analiticamente, creatinina 8.08 mg/dl (basal 2 mg/dl); ureia 146 mg/dl, sódio 128 mmol/L; hemoglobina 8.2g/dl, LDH 477U/L. Gasometria, acidose metabólica compensada. Ecografia Renal: rins com redução da diferenciação parenquimossinusal. Admitida Doença Renal Crónica agudizada não oligúrica por toma AINE's. Em internamento, melhoria residual da creatinina com terapêutica conservadora. Realizou: Análise Urina: hemoglobina presente, sem dimorfismo, Razão proteínas/creatinina 13g/g; Urina 24h: Proteinúria total 7,33 g/g; Imunofixação urinária: Cadeias pesadas Gama (IgG) e Cadeias Leves Livres (CLL) Kappa (K) Monoclonais; Eletroforese de proteínas: Cadeias monoclonais 5g/dL; Imunofixação sérica: proteína monoclonal IgG K e CLL K; IgA < 0.5 g/dL; IgG 60g/dL; IgM < 0.25g/Dl; CLL Lambda 2.6mg/dL; CLL K 7362.2mg/dL; Relação CLL K / CLL K 2831.630. Assumida Nefrite tubulo-intestinal provavelmente associada a discrasia dos plasmócitos. Realizou medulograma, com 48% de plasmócitos fenótipo diferente das células plasmáticas da medula óssea normal, sugestivo Mieloma Múltiplo. Não realizou biópsia renal por hipertensão e necessidade transfusional. Ao 7ª dia, apresentou confusão mental, lentificação, visão turva e crise hipertensiva, sugestivo síndrome de hiperviscosidade. Realizou plasmaferese com melhoria clínica. Transferido para hematologia para terapêutica dirigida.

CONCLUSÃO: O MM IgG é uma causa pouco frequente de síndrome de hiperviscosidade, ocorre em apenas 5% dos casos.

PO-0181 - (15) - PARESTESIAS COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA PULMONAR – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Santos Reis¹; Ana Luísa Maceda Rodrigues¹; Maria João Oura¹; Catarina Faustino¹; Isabel Camões¹; Jorge Almeida¹

1 - Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: As parestesias refletem uma alteração na perceção sensorial decorrente de uma condução anómala dos estímulos sensitivos, apresentando uma panóplia de diagnósticos diferenciais. Os síndromes paraneoplásicos neurológicos podem ser associados a qualquer neoplasia, sendo a pulmonar uma das mais frequentes.

Caso Clínico: Homem de 79 anos, antecedentes relevantes de hipertensão arterial e dislipidemia, fumador ativo com carga tabágica de 50 UMAs. Recurso ao Serviço de Urgência por quadro com cerca de 15 dias de evolução de alteração progressiva da sensibilidade do hemicorpo esquerdo, com componente disestésico, a condicionar desequilíbrio na marcha. Sem outra sintomatologia acompanhante. Refere acontecimento de vida recente que associa a maior período de stress. Ao exame objetivo, hemodinamicamente estável, hipostesia no hemicorpo esquerdo, sem défices motores. Eletrocardiograma com ritmo sinusal, sem alterações da condução. Analiticamente, anemia microcítica (Hb 10,6 g/dL), sem outras alterações de relevo, nomeadamente no ionograma, estudo de coagulação e troponina. Realizou Angio-TC cerebral e de troncos supra-aórticos, seguido de ressonância magnética, sem alterações agudas. Progrediu estudo com TC de corpo onde se objetivou massa pulmonar de contornos lobulados medindo 40x39 mm no segmento anterior do lobo superior esquerdo, com caudas pleurais e espessamento irregular dos septos interlobulares, sugerindo neoplasia pulmonar com eventual linfangite carcinomatosa. Ainda, nódulo espiculado na base pulmonar direita (20x13mm) e nódulo apical no lobo superior esquerdo (8mm). A tomografia por emissão de positrões corroborou os achados, não identificando outros focos de captação anómala. Submetido a biópsia da lesão, cuja histologia revelou tratar-se de carcinoma de pequenas células. Decidida em reunião de grupo oncológico, início de terapêutica com quimiorradioterapia.

Conclusão: A apresentação clínica das neoplasias pulmonares é heterogénea e o seu diagnóstico desafiante. Este caso ilustra a importância do diagnóstico diferencial de um sintoma frequente e muitas vezes despercebido, as parestesias, com ênfase para as causas menos comuns tantas vezes esquecidas e que merecem especial atenção.

PO-0182 - (2173) - SINTOMAS NEUROLÓGICOS - UM ALERTA PULMONAR TARDIO

Inês Alves Gaspar¹; Jorge Gama Prazeres¹; Beatriz Gonzaga¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE

Introdução

Uma parte dos adenocarcinomas pulmonares apresentam-se com sintomas decorrentes da metastização à distância, resultando em diagnósticos tardios e prognósticos reservados. Mais do que saber tratar estas condições, deve-se saber gerir em equipa e multidisciplinarmente, por forma a otimizar a qualidade de fim de vida do doente.

Caso Clínico

Apresentamos o caso de uma mulher de 55 anos, previamente autónoma, sem antecedentes relevantes, nem hábitos nocivos. A doente recorreu ao serviço de urgência por instabilidade da marcha, com 4 meses de evolução, associada a perda ponderal não intencional (8Kg em 6 meses) e cansaço generalizado. Referia ainda desde há 3 meses “flashes luminosos” (sic) no campo visual superior esquerdo, com duração de 1 min e reversão espontânea. Realizou TC-CE que documentou várias lesões intra-axiais supra e infratentoriais, de predomínio cortical, assumidas como secundárias a neoplasia oculta, pelo que complementou o estudo com TC-TAP, identificando-se nódulo pulmonar espiculado no ápex pulmonar direito, adenopatias mediastínicas e supra-clavicular direitas e metastização pleural e óssea lítica. Com efeito, a lesão pulmonar foi biopsada, diagnosticando-se a posteriori Adenocarcinoma TTF-1 positivo.

A doente foi internada para otimização terapêutica e reabilitação psicomotora. Foi ainda realizada punção lombar, observando-se no liquor células compatíveis com carcinoma TTF-1 positivo. Dada a estabilidade clínica da doente e segurança para regressar ao domicílio, teve alta clínica encaminhada para a especialidade de Pneumologia Oncológica. Iniciou tratamento dirigido com Osimertinib e Radioterapia.

Passado um mês, foi novamente internada por progressão da doença com dor mal controlada, risco de queda elevado e alterações cognitivocomportamentais, carecendo de uma abordagem multidisciplinar pelo Serviço Social, Cuidados paliativos, Medicina Física e de Reabilitação e Psiquiatria.

6 meses após o primeiro internamento, a doente foi admitida numa Unidade de Cuidados Continuados, estando atualmente acamada e cada vez mais dependente.

Discussão & Conclusão

Os sintomas neurológicos são frequentemente os primeiros sintomas do estágio final de muitas doenças malignas, nomeadamente pulmonares. Exigem especial atenção e crédito pela subjetividade que lhes pode estar inerente. Além disso, este caso sensibiliza para a necessidade de ativação breve de meios de suporte médico e social, vitais para estes doentes.

PO-0183 - (2252) - UM DERRAME PLEURAL COM 25 ANOS DE DOENÇA

Henrique Cerveira¹; Daniela Olívia Gomes¹; Marta Valentim¹; Maria Lume¹; Tiago Valente¹; Natalia Buruian¹; Jorge Almeida¹; Ana Marques¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: Estima-se que 75% das neoplasias da mama apresentem micrometástases no momento do diagnóstico e que pelo menos 20% recorram após o tratamento, tendo já sido descritos casos de recidiva 30 anos após o diagnóstico inicial, o que sugere um estado de dormência das células metastáticas que pode durar anos até existir um ambiente propício à sua reativação e multiplicação ativa. A recorrência tardia (após 5 anos do diagnóstico inicial) parece ser mais incidente em tumores com recetor de estrogénio (RE) positivo e recetor HER2 negativo.

Caso clínico: Mulher, 64 anos, com antecedentes de hipopituitarismo após remoção de macroadenoma hipofisário e carcinoma da mama direita RE positivo submetido a cirurgia conservadora, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia, sem evidência de recidiva no estudo mamário. Admitida por sépsis com ponto de partida em infeção por influenza A com sobreinfeção a condicionar disfunção neurológica, renal e respiratória (insuficiência respiratória [IR] e derrame pleural extenso à esquerda). Durante o internamento, para esclarecimento do derrame, foi realizada toracocentese a identificar um exsudado, com exames bacteriológico e micobacteriológico negativos. Por persistência da IR e do derrame, associada a novas informações como tosse e perda ponderal marcada no último ano, foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de corpo, que revelou metastização pulmonar, hepática e lesão osteoblástica esternoclavicular. Citológico de líquido pleural entretanto compatível com adenocarcinoma de origem mamária. Realizou mamografia e biópsia mamária ecoguiada com histologia sem evidência de malignidade. Proposta biópsia hepática que mostrou carcinoma da mama positivo para RE e GATA3, negativo para HER2. Completou estudo de extensão com cintigrafia que descartou metastização óssea descrita em TC. Atualmente sob tratamento e seguimento por Oncologia Médica.

Discussão: Este caso pretende alertar para possíveis recidivas de cancro da mama décadas após o diagnóstico inicial, muitas vezes com apresentações sugestivas de outras etiologias (neste caso derrame pleural inicialmente interpretado como parapneumónico) e cujo diagnóstico pode ser dificultado por resultados inesperados (biópsia mamária descrita como benigna e dúvidas quanto a possíveis focos de metastização).

PO-0184 - (2479) - SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO - QUANDO PENSAR NESTA ENTIDADE? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Adriana Costa¹; Catarina Faustino²; Francisca Correia¹; Vanessa Chaves¹; Jorge Almeida¹

1 - ULS São João; 2 - USL São João

A Linfohistiocitose Hemofagocítica é uma síndrome de excessiva ativação imunológica, que pode ter múltiplos triggers. O reconhecimento precoce, apesar de essencial para um bom outcome, é dificultado pela raridade da síndrome e pela miríade de apresentações clínicas.

Mulher, 50 anos, com história de Colite Ulcerosa em remissão, em tratamento tópico, e Neoplasia da Mama, estadiamento pT1c(m) N1a R0, submetida a quimioterapia adjuvante (seis ciclos de Doxorrubicina e Ciclofosfamida e um ciclo de Trastuzumab. Recorreu ao Serviço de Urgência por mialgias generalizadas com doze horas de evolução. Do estudo realizado a doente apresentava insuficiência respiratória hipoxémica de novo e após exclusão de infeção e de Tromboembolismo Pulmonar, foi internada para estudo.

No primeiro dia de internamento a doente apresentou alteração do estado de consciência de novo, com exclusão de metastização cerebral e eventos cerebrais agudos com Tomografia Computorizada (TC) cerebral. Adicionalmente no estudo analítico realizado, a doente apresentava bicitopenia (Hb 10.6 g/dl e plaquetas $27 \times 10^9/L$), AST (78 U/L) e LDH (3309 U/L) elevadas, hiperferritinemia (12 359 ng/ml) e hipertrigliceridemia (331 mg/dl) de novo. Tendo em conta estes achados foi levantada a hipótese de Síndrome Hemofagocítico, que se confirmou com achados de hemofagocitose no mielograma, com uma pontuação de 243 no H-Score, equivalente a uma probabilidade superior a 99% de se tratar desta entidade. Iniciou o protocolo de tratamento HLH – 94, com Dexametasona 10mg/m², com melhoria progressiva, quer clínica, quer analítica, com recuperação das linhagens celulares. Teve alta no 17º dia de internamento, com esquema de desmame de corticoterapia.

Neste caso, após exclusão de progressão da doença e infeção, a quimioterapia realizada poderá ter sido o trigger da Síndrome Hemofagocítico. Apesar do mau prognóstico que esta entidade acarreta, parece-nos que o trigger autolimitado e o reconhecimento e o tratamento precoce da mesma terão sido os principais fatores para o desfecho favorável.

PO-0185 - (2612) - UM CASO DE ANGIOSSARCOMA ESPLÉNICO

Luís Miguel Pereira¹; Edgar Amaro¹; Rita Tinoco¹; Soraia Mendes¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais

Os tumores primitivos do baço são entidades raras, sendo mais comum o envolvimento secundário em doenças linfoproliferativas, mieloproliferativas ou metastização de tumores ósseos como os sarcomas e melanomas.

Reporta-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 83 anos, autónoma. De antecedentes pessoais de relevo a referir, fascíte necrotizante do pavimento pélvico, com necessidade de múltiplas cirurgias de desbridamento e transversostomia de derivação e fibrilhação auricular com anticoagulação oral.

Admitida no Serviço de Urgência por hematemese e melenas. História de consumo de anti-inflamatórios não esteróides por rotina. Apurou-se à admissão hemoglobina de 5.2mg/dL, com necessidade transfusões de concentrado eritrocitário, mas com diminuição mantida dos valores de hemoglobina; leucocitose neutrofílica importante (leucócitos > 40000/uL com 97% neutrófilos); exame sumário de urina patológico, mas sem febre. Abdómen com alterações no contexto pós-operatório sendo que não foi possível palpar organomegalias. Iniciou tratamento empírico para infeção urinária, sem melhoria expressiva da leucocitose.

Realizada endoscopia digestiva alta sem lesões aparentes. Realizou-se então estudo imagiológico, com tomografia computadorizada a revelar volumosa imagem de lesão ocupando espaço, heterogénea, hipodensa com algumas áreas densas, medindo cerca de 10x8,2cm em topografia posterior ao estômago e anterior a face medial do baço com o qual não existe nítido plano de clivagem. Revisão das imagens indicou que massa era esplénica e estava associada a adenopatias retroperitoneais.

Estudo imunofenotípico sem expressão fenotípica de Doença Linfoproliferativa B ou T. Mielograma e biópsia óssea compatíveis com reactividade em contexto de doença inflamatória e Gamapatia de significado indeterminado.

Realizada biópsia esplénica e esplenectomia por necessidade, sendo resultado anatomopatológico o de neoplasia com diferenciação vascular, com padrão predominante sólido e escassas áreas com padrão de canais vasculares anastomizados, indicando os prováveis diagnósticos de angioma ou angiossarcoma do baço. Estudo de adenopatia circundante totalmente constituído por angiossarcoma em vasos do hilo esplénico. O estudo imunocitoquímico permitiu afastar um diagnóstico de linfoma.

Pretende-se com este trabalho uma revisão de tumores primários do baço que, pela sua raridade, não são entidades nosológicas frequentes no dia a dia de um Internista.

PO-0186 - (2743) - ALÉM DA DOR LOMBAR

Maria Aguiar¹; Carolina Morna¹; Alexandra Rodrigues¹; Cátia Martins¹; Dinarte Abreu¹; Miguel Pernetá Santos¹; Teresa Faria¹

1 - Hospital Central do Funchal - SESARAM, EPERAM

Introdução: As neoplasias de origem primária oculta são uma identidade rara e cada vez menos frequente com o avançar da tecnologia. Definem-se como a presença de doença metastática à apresentação, sem local primário identificado, sendo a maioria adenocarcinomas e de prognóstico reservado.

Caso Clínico: Mulher de 57 anos, saudável, recorre ao serviço de urgência (SU) por lombalgia esquerda com meses de evolução, de agravamento progressivo e impotência funcional, associada a perda de peso não intencional, sem história de trauma. Ao exame neurológico apresentava Lasègue + à esquerda, parésia na dorsiflexão do pé e hálux esquerdos e marcha claudicante. Decidido internamento para estudo etiológico, tendo realizado ressonância magnética (RMN) lombar que revelou lesão expansiva na porção esquerda do corpo vertebral de L5 e envolvimento difuso da matriz óssea dos corpos vertebrais, a sugerir lesões secundárias. TC-TAP com lesões escleróticas múltiplas ao longo do esqueleto (maior em L5), não se identificando outras lesões. Mamografia e ecografia mamária identificaram apenas adenopatia axilar direita. Analiticamente sem alterações de relevo, com proteinograma eletroforético, imunoglobulinas e cadeias livres normais. A referir adenopatia axilar direita, de 2cm, dura, não aderente a planos profundos, e adenopatias inguinais bilaterais, <1cm.

Realizada punção aspirativa por agulha fina (PAAF) da lesão de L5, identificando-se metástase óssea de adenocarcinoma com aumento da relação núcleo:citoplasma e perfil imunohistoquímico (IHQ) com receptores hormonais + e HER2 -.

Avaliada por ginecologia, ecografia transvaginal esboçando 2 imagens polipóides, basais e regulares. Citologia negativa para células malignas e lesão intraepitelial. Realizadas biópsias de adenopatia axilar direita e de pólipo endometrial, por histeroscopia, que releveram metástase de adenocarcinoma cujo perfil IHQ favorecia carcinoma primário da mama. RM mamária com achados BIRADS 2.

Assumido diagnóstico de carcinoma oculto da mama, tendo sido orientada para consulta de oncologia e iniciado terapêutica com abemaciclib.

Conclusão: O presente caso alerta para a importância de uma avaliação completa e multidisciplinar da dor com características de alarme, particularmente quando associada a sintomas constitucionais. Adicionalmente, a identificação de nódulo axilar palpável com características malignas em mulheres deve remeter para a suspeita de carcinoma da mama.

PO-0187 - (2864) - TUMOR NEUROENDÓCRINO DO ILEON: UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

Ana Alves¹; Nuno Melo¹; Beatriz Catita²; Helena Oliveira¹; Marta Patacho¹; Jorge Almeida¹

1 - ULS São João; 2 - Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

INTRODUÇÃO

Os tumores neuroendócrinos são um grupo de neoplasias heterogéneo. Dois terços têm origem no sistema digestivo e o seu diagnóstico pode ser laborioso.

CASO CLÍNICO

Mulher de 75 anos, sem doenças previamente conhecidas ou medicação crónica. Seguida em consulta de Medicina Interna por diarreia aquosa com dois anos de evolução associada a dor abdominal em cólica e perda ponderal. Estudo microbiológico negativo, tratando-se de diarreia secretora. Estudos endoscópicos sem alterações. Pedido doseamento de ácido 5-hidroxi-indol-acético na urina por suspeita de tumor neuroendócrino que foi ligeiramente elevado. Todavia, a tomografia computadorizada (TC) abdominal e o Octreoscan inconclusivos quanto à possível localização. Internada para estudo adicional, tratamento sintomático e otimização nutricional

Repetiu TC-abdominopélvica que demonstrou presença de lesão hipodensa hepática, espessamento de ansas intestinais na fossa ilíaca direita e duas lesões nodulariformes sugestivas de implantes peritoneais. Realizou tomografia por emissão de positrões (PET) com análogos de somatostatina que mostrou foco de hiper captação no segmento VII do fígado e dois focos de acumulação aumentada no hipogástrico – dúvida se captação por ansas intestinais ou retenção urinária no ureter correspondendo a eliminação fisiológica.

Por indisponibilidade de enteroscopia, biopsiado um dos implantes peritoneais - exame histológico sem material para diagnóstico. Efetuada biópsia de nódulo hepático mas exame histológico a demonstrar apenas parênquima hepático normal. Dada a suspeita de tumor neuroendócrino do intestino delgado, realizada enteroscopia na qual se observou lesão ulcerada no íleo médio/distal – biópsia da lesão não foi possível devido a angulação do lúmen. Apresentado em reunião de grupo oncológico e decidida laparotomia exploradora. Intra-operatoriamente observados implantes no grande epíplon, mesentério ileal, cego, ovários e peritônio parietal íleo-cólico direito; submetida a hemicolecomia direita alargada ao íleon distal, peritonectomia parcial, histerectomia e salpingo-ooforectomia bilateral. Exame histológico revelou tratar-se de um tumor neuroendócrino bem diferenciado do íleon. Orientada para tratamento adjuvante em consulta de Oncologia.

DISCUSSÃO

Este caso clínico destaca-se pela dificuldade em localizar o tumor primário e pela dificuldade em obter um diagnóstico histológico apesar do estágio avançado da neoplasia verificado intraoperatoriamente.

PO-0188 - (2914) - NEOPLASIA DO PULMÃO E CHOQUE OBSTRUTIVO POR TAMPONAMENTO CARDÍACO

Inês Parreira¹; Carolina António Santos¹; Ana Mafalda Abrantes¹; Sara Salema Travassos²; António Pais De Lacerda¹; António Martins Baptista¹; Ana Alves Cardoso¹

1 - Medicina Interna - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 2 - Serviço de Medicina Intensiva - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

O pembrolizumab é um inibidor do checkpoint imunológico utilizado em múltiplas terapêuticas antineoplásicas. Estão descritos casos raros de tamponamento cardíaco após esta terapêutica. O tempo médio para a progressão de derrame pericárdico até tamponamento foi reportado como sendo após 3-4 meses. No entanto dada a raridade dos casos não é possível aferir com certeza esta janela temporal.

Homem, 65 anos com adenocarcinoma do pulmão cT4N3M1, sob pembrolizumab. Recorreu ao serviço de urgência, 6 dias após 1º ciclo de pembrolizumab, por dispneia e toracalgia tipo pleurítica. Analiticamente com lesão renal aguda KDIGO 2 e acidémia metabólica, sem hiperlactacidémia. NTproBNP 1884pg/mL e troponina 67mg/dL. Rx tórax com cardiomegália a ocupar 2/3 do hemicampo esquerdo. TC com massa pulmonar no lobo inferior esquerdo e acentuado derrame pericárdico. Evolução em choque com disfunção multiorgânica, tendo realizado ecocardiograma transtorácico com derrame pericárdico volumoso com compromisso hemodinâmico. Assumido choque obstrutivo por tamponamento cardíaco, tendo realizado pericardiocentese com drenagem de 1800ml de líquido hemático; do exame citológico a destacar células nucleadas 7329/uL, predomínio de células polimorfonucleadas 66%, eritrócitos 1843792/uL. Exame bacteriológico negativo. Não foi enviado material para anatomia patológica. Reavaliação com derrame pericárdico ligeiro, sem compromisso hemodinâmico. Do estudo de outras etiologias com IGRA negativo, estudo de autoimunidade negativo, serologias virais negativas e serologia sífilis não reativa. Colocadas as hipóteses de tamponamento cardíaco em contexto de metastização pericárdica versus efeito adverso do pembrolizumab, apesar de temporalmente ser improvável. Dado não ter sido enviada material para anatomia patológica, também não foi possível aferir com certeza que a etiologia foi metastização pericárdica. Doente foi discutido em reunião multidisciplinar de Pneumologia Oncológica, tendo-se optado por manter terapêutica com pembrolizumab, até há data sem recorrência do derrame pericárdico.

O tamponamento cardíaco é uma emergência médica, sendo essencial um diagnóstico atempado para uma atuação imediata. Apesar deste efeito adverso não ser o mais frequente com pembrolizumab, deve ser lembrado na presença de sinais clínico e imagiológicos.

PO-0189 - (2399) - NEOPLASIA TESTICULAR: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA?

Ricardo Martins-Ascencao¹; Ana Isabel Rodrigues¹; Adriano Neto¹; Catarina Domingues¹; Cátia Faria¹; João Santos¹; Renato Saraiva¹

1 - ULS Região de Leiria

Introdução: A neoplasia testicular corresponde a cerca de 1% das neoplasias em homens entre os 15 e os 35 anos, sendo os tumores de células germinativas os mais comuns e também com melhor prognóstico. O diagnóstico passa muitas vezes despercebido tanto por desvalorização do doente como por falta de suspeita do médico. Aproximadamente 10% dos casos apresentam sintomas apenas quando já metastizados.

Caso clínico: Homem de 37 anos, autónomo, com antecedentes de epididimite há aproximadamente 3 anos. Sem medicação crónica habitual.

Recorreu à urgência por dor lombar com 2 semanas de evolução associada a disúria. Acrescenta perda ponderal de aproximadamente 3 Kg neste período e sudorese noturna recorrente com vários meses de evolução. Sem outras queixas.

Ao exame objetivo destaca-se uma massa ao nível do mesogastro bem definida com cerca de 10 cm, sem dor, defesa ou sinais de irritação peritoneal. Sem murphy renal mas com dor lombar infracostal moderada à esquerda.

Analicamente a destacar LDH elevada. Restantes análises e urina sem alterações, incluindo esfregaço de sangue periférico.

TC abdominal identificou massa pélvica com cerca de 15x12 cm heterogénea de contorno regular, e uma segunda massa retroperitoneal de natureza linfomatosa com cerca de 14x9 cm, sugestiva de conglomerado adenopático, a encarcerar a aorta. Referida, também, dilatação pielocalicial e ureteral proximal esquerda.

Pedida avaliação pela hematologia e internamento na Medicina Interna para estudo de possível doença linfoproliferativa.

Ao exame objetivo já no internamento constatou-se ausência do testículo esquerdo na bolsa, a que o utente nunca teria dado importância antes.

Pela suspeita de neoplasia do testículo pediram-se análises dirigidas que demonstraram B-HCG elevada, aAFP normal, e aumento da LDH.

Face à localização crítica das massas optou-se por realizar biópsia incisional, em vez de excisão cirúrgica, que confirmou tumor de células germinativas seminomatoso.

Referenciado para urologia oncológica, tendo iniciado quimioterapia com boa resposta tumoral.

Discussão: A neoplasia testicular cursa frequentemente com sintomas locais numa fase inicial.

Metastiza para múltiplos órgãos, podendo apresentar sinais e sintomas sobreponíveis a patologia linfoproliferativa. É, no entanto, raramente considerado como diagnóstico diferencial.

Este caso trata-se, assim, de um desafio diagnóstico que realça a necessidade de elaboração de uma história clínica e exame objetivo detalhados.

PO-0190 - (4943) - CARCINOMA PERITONEAL PRIMÁRIO E A NECESSIDADE DA AUTÓPSIA

Ines B. Mesquita¹; Abilio Gonçalves¹; Sara Flores Regalo¹; Andre Carvalho¹

1 - Hospital Distrital da Figueira da Foz - ULSBM

Introdução O carcinoma peritoneal primário (cpp) é uma neoplasia rara (<1% de todos os tumores abdominais) e agressiva, tendo como sintomas predominantes distensão e dor abdominal, náuseas, vômitos e alterações urinárias. Pela clínica frustrante é maioritariamente diagnosticado tardiamente. O diagnóstico diferencial deve considerar diversas neoplasias, em particular, a neoplasia primária do ovário cujo padrão de comportamento é semelhante existindo critérios diagnósticos para a sua exclusão.

Caso Clínico Doente de 77 anos, sexo feminino, recorreu ao Serviço de urgência por tosse seca com cerca de dois meses de evolução associada a eructações e enfartamento precoce. Concomitantemente com astenia, anorexia, aumento de perímetro abdominal, dispnéia e platipnéia. Como antecedentes relevantes, apresentava histerectomia total com anexectomia bilateral, por adenocarcinoma do endométrio em 2014, com seguimento, até 2022, sem qualquer recidiva. Ao exame objetivo apresentava diminuição do murmúrio vesicular bibasal, macicez abdominal e dor à palpação profunda especialmente nos quadrantes direitos. A Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica (TC) e a Tomografia por Emissão de Positrões evidenciaram derrame pleural livre bilateral bem como extenso derrame peritoneal disperso no abdómen e espessamento do peritoneu com formações que sugeriam implantes peritoneais e carcinomatose peritoneal. A biópsia do implante peritoneal sugeriu metastização peritoneal de carcinoma seroso de alto grau. Considerando que a doente tinha sido submetida a anexectomia bilateral, a origem da neoplasia peritoneal era provavelmente primária e não anexial. A doente faleceu no 40º dia de internamento tendo a autópsia anátomo-patológica, solicitada pela família, confirmado tratar-se de um Carcinoma primário de alto grau do peritoneu, positivo para BRCA1.

Discussão e Conclusão: O diagnóstico do cpp é desafiante dada a inespecificidade clínica, é fulcral excluir primariamente neoplasia do ovário, bem como carcinomatose secundária a outras neoplasias. A TC é o método de imagem mais utilizado para avaliação da doença e orientação da biópsia percutânea para confirmação diagnóstica. O tratamento envolve uma abordagem multidisciplinar, destacando-se a cirurgia redutora, e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica, se possível. O diagnóstico é crucial para otimizar as opções terapêuticas, sendo o estudo das alterações genéticas indispensável para melhorar o prognóstico e informar os familiares.

PO-0191 - (2696) - SÍNDROME PARANEOPLÁSICO E NEOPLASIA DO OVÁRIO

Joelma Mendes¹; Liliia Savka¹; Carolina Brandão Monteiro¹; Catarina Lopes¹; Liliana Ribeiro Santos¹; Nuno Reis Carreira¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

Introdução: Os anticorpos anti-Ro, apesar de muito frequentes, não são específicos de síndrome de Sjögren (anti-Ro52 em 75%) ou lúpus eritematoso sistêmico (anti-Ro52 em 43%), podendo estar presentes em variadas doenças autoimunes, como dermatomiosite, miosite inflamatória idiopática, esclerose sistêmica ou doença mista do tecido conjuntivo. O anti-Ro52, especificamente, é o autoanticorpo mais frequentemente detectado na polimiosite. Muitas destas doenças autoimunes também podem surgir em contexto paraneoplásico, por exemplo, a neoplasia do ovário tem como síndromes paraneoplásicas mais frequentes os distúrbios do sistema nervoso (degeneração cerebelar, polineurite), a dermatomiosite, hematológicos (anemia hemolítica, coagulação intravascular disseminada), cutâneos (acantose) e a síndrome nefrótica.

Caso Clínico: Mulher de 60 anos, com neoplasia do ovário em estudo. Internada por tromboembolismo pulmonar, desenvolve dor inespecífica nos membros inferiores e diminuição da força muscular. Em EMG destacavam-se aspectos sugestivos de lesão da fibra muscular com sinais de necrose muscular ativa. Em TC de coluna não se identificavam lesões líticas ou blásticas na coluna vertebral e a RMN da coluna não apresentava compressão medular. Laboratorialmente: enzima conversora de angiotensina e vitamina B12 dentro dos valores de referência; Velocidade sedimentação e Amiloide A sérico ligeiramente elevados; Anticorpos Anti-CCP, anti-MPO, anti-cANCA e anti-histonas negativos; Imunofixação sérica sem componente monoclonal; Anti-Ro52 fortemente positivo, anti-Mi-2b positivo e anti-Yo positivo fraco. Assim, assumiu-se o diagnóstico de Polineuropatia axonal com radiculopatia lombar paraneoplásica, tendo-se iniciado metilprednisolona e azatioprina como poupador de corticoide. Iniciada também reabilitação física, com franca melhoria clínica da doente.

Discussão: Os fenómenos autoimunes são um dos mecanismos fisiopatológicos propostos para a ocorrência de síndromes paraneoplásicas associadas à neoplasia do ovário. A presença de tumor por si pode aumentar o processo inflamatório, promovendo a ocorrência de eventos autoimunes. É reconhecida a ocorrência de alguns destes distúrbios em indivíduos com positividade para anti-Ro52, pelo que poderá haver uma correlação e exponenciação entre ambos predispositores no desenvolvimento de polineuropatia axonal com manifestações clínicas como as existentes no presente caso.

PO-0192 - (4513) - MASSAS MEDIASTÍNICAS ANTERIORES: UM CASO DE LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B PRIMÁRIO DO MEDIASTINO

Nelson Cardoso¹; Joana Rua²; Daniela Viana²; Guilherme Assis²; Maria Inês Pinto¹; Cristiana Pinto²; Rita Tenreiro¹; Bruno Mesquita¹; Fernando Salvador²

1 - Serviço de Hematologia Clínica, ULSTMAD; 2 - Serviço de Medicina Interna, ULSTMAD

Introdução: As massas mediastínicas anteriores mais comuns são frequentemente apelidadas de “terríveis Ts”: timoma, teratoma/tumor de células germinativas, terrível linfoma e tiróide. Podem ser assintomáticas ou manifestar-se com sintomas locais, por envolvimento direto/compressão de estruturas mediastínicas, ou sistémicos no caso de linfomas. Destes, os mais frequentes são o Linfoma de Hodgkin variante esclerose nodular e o Linfoma não Hodgkin de células B primário do mediastino.

Caso Clínico: Sexo feminino, 38 anos de idade, sem antecedentes de relevo, recorreu pela terceira vez, ao serviço de urgência por tosse seca, dor torácica pleurítica e epigastralgia com cerca de um mês de evolução, sem outra sintomatologia. À admissão, sem alterações ao exame objectivo. Do estudo complementar, destacava-se elevação da lactato desidrogenase (695UI/L) e dos D-Dímeros (3410ng/mL); alargamento do mediastino e derrame pleural bilateral no raio x Tórax. Neste contexto, realizou uma tomografia computadorizada torácica que revelou uma massa volumosa do mediastino anterior a condicionar uma oclusão do tronco venoso braquiocéfálico bilateralmente, com derrame pleural bilateral e volumosa adenopatia axilar direita. Iniciou hipocoagulação terapêutica e foi internada no Serviço de Medicina para investigação etiológica, da qual se salienta: derrame pleural compatível com exsudado, com citologia negativa para células malignas e imunofenotipagem negativa para células de linfoma. Realizou biópsia transtorácica da massa, cujo estudo anatomopatológico e imunofenotipagem foram compatíveis com linfoma B difuso de células grandes. O estudo realizado permitiu rapidamente estabelecer o diagnóstico de um Linfoma Não Hodgkin Primário do Mediastino de Grandes Células B, tendo iniciado dexametasona em alta dose e completado estadiamento da doença, mantendo posteriormente seguimento no Serviço de Hematologia.

Discussão&Conclusão: A sintomatologia inespecífica apresentada por estes doentes, na ausência de um elevado grau de suspeição, leva, muitas vezes, ao atraso no diagnóstico, sendo que, em alguns casos, este é estabelecido já no decorrer de complicações sistémicas. A sua abordagem diagnóstica passa pela colheita de uma história clínica e exame objetivo minuciosos, complementados por estudos laboratoriais e imagiológicos, sendo este por vezes suficientes para o diagnóstico presuntivo. Noutros casos, a biópsia pode ser necessária para confirmação e orientação terapêutica.

PO-0193 - (2129) - O PESO DA POSITIVIDADE DO ANTICORPO ANTI-TIF1- Γ

Rui Fernandes¹; Ana Carolina Henriques¹; Francisco Barreto¹; Carolina Barros¹; Maria Inês Correia¹; Graça Dias¹; Teresa Faria¹

1 - Hospital Central do Funchal

Introdução: A associação entre neoplasias e as miopatias inflamatórias idiopáticas é bem conhecida, em particular, na Dermatomiotose (DM), porém a relação fisiopatológica é, ainda, desconhecida. O termo miosite associada ao cancro (MAC) foi proposto como uma síndrome paraneoplásica e constitui um desafio diagnóstico. Um anticorpo identificado como factor gama intermediário de transcrição 1 (anti-TIF1- γ) encontra-se associado à MAC.

Caso clínico: Mulher de 63 anos com antecedentes de Lúpus Eritematoso Sistémico com 20 anos de evolução e Síndrome Antifosfolípídico. Medicada habitualmente com Acenocumarol, Deflazacorte 12mg e Hidroxicloroquina 400mg. É internada por quadro de fraqueza muscular proximal, mialgias generalizadas e poliatralgias de pequenas articulações assimétricas com características inflamatórias com vários meses de evolução. À exploração física apresentava nódulos subcutâneos no couro cabeludo, conglomerado adenopático supra-clavicular e cervical esquerdo e fenómeno de Raynaud. A destacar a ausência de pápulas de Gottron ou alterações cutâneas. Analiticamente, anemia normocítica e normocrómica, velocidade de sedimentação > 100mm, citólise hepática, LDH >1000U/L. Medicada com pulsos de metilprednisolona, com resposta parcial. Do estudo imunológico, ANA 1/2560 AC-4 nuclear mosqueado fino, dsDNA negativo, sem hipocomplementémia e positividade de anticorpo anti-TIF1- γ . Realizou tomografia axial computadorizada que evidenciou múltiplas adenopatias supra-infra-diafragmáticas, lesão pulmonar nodular de contornos irregulares com 23mm no lobo inferior esquerdo, tendo sido efectuada biópsia da adenopatia cervical compatível com neoplasia maligna de alto grau com perfil imuno-histoquímico compatível com carcinoma (provável primário pulmonar). O quadro de miosite foi interpretado como paraneoplásica, dada a ausência de evidência de descompensação da sua doença de base. Observou-se uma rápida evolução clínica desfavorável, tendo a doente acabado por falecer.

Discussão: Existe uma relação fisiopatológica entre a tumorigénese e as doenças autoimunes. A presença de anticorpos associados à MAC permite uma suspeição clínica precoce, provando a utilidade clínica do uso destes anticorpos no screening de neoplasias

PO-0194 - (2308) - QUANDO AS MANIFESTAÇÕES SURPREENDEM: A NEOPLASIA SIMULA A DOENÇA AUTO-IMUNE

Helena Margarida Silva¹; Tiago João Valente¹; Jorge Almeida¹; Diana Ferrão¹; Filipe Martins¹

1 - ULS São João

INTRODUÇÃO: Nem sempre queixas que consideramos típicas de uma doença em específico manifestam essa mesma doença. Em alguns casos mimetizam outras entidades clínicas, o que coloca um obstáculo ao diagnóstico precoce e atempado.

CASO CLÍNICO: Mulher, 30 anos, com síndrome constitucional de características inespecíficas, com febre, sem padrão diário, astenia e mialgias, acompanhadas de dor periarticular nos punhos, cotovelos, joelhos e articulações tibiotársicas, bem como cervicalgia. Ao exame físico com edema do punho direito e tornozelo esquerdo, sem alterações ecográficas relevantes. À palpação da tiróide com presença de dois nódulos no lobo direito. Foi realizado estudo analítico com velocidade de sedimentação de 15, proteína C reativa de 30 mg/L, sem consumo de complemento, função tiroideia normal; do estudo auto-imune apenas a salientar anticorpos antinucleares (ANA) 1/320, com padrão ac:27, de ponte intercelular. Foi também realizada ecografia tiroideia, que mostrou nódulo de 7 mm sólido (TI-RADS 5) e de 13 mm quase totalmente sólido (TI-RADS 3), ambos no lobo direito. Foi realizada biópsia aspirativa, compatível com carcinoma papilar da tiróide. Após avaliação por cirurgia, faz tireoidectomia total. É repetido estudo analítico, em que os ANA passam a valores de 1/160, mantendo o mesmo padrão, sem nenhuma outra alteração relevante. Teve resolução completa das queixas articulares e sintomas constitucionais, sem terapêutica sintomática aos 6 meses após cirurgia.

CONCLUSÃO: Os ANA com padrão em ponte intercelular são um padrão raro em esclerose sistêmica, que pode existir no fenómeno de Raynaud e na presença de malignidade, e é mais comumente associado a condições autoimunes, como lúpus eritematoso sistémico (LES) ou dermatomiosite. Não há uma associação direta conhecida entre o carcinoma papilar da tireoide e os ANA com padrão em ponte intercelular; não obstante, independentemente das queixas, é fundamental a exclusão da malignidade. No caso clínico apresentado apresenta-se uma clínica que em tudo faria pensar numa condição auto-imune, traduzindo-se, após investigação, num quadro neoplásico, com normalização da clínica e do estudo analítico após o tratamento adequado.

PO-0195 - (2364) - TROMBOCITOPENIA IMUNE SECUNDÁRIA A DOENÇA DE GRAVES

Madalena Simões De Carvalho¹; João Abrantes¹; José Rocha¹; Miguel Carrilho¹; Mariana Sousa¹; Joana Rosa Martins¹; Ryan Costa Silva^{1,2}

1 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria; 2 - Clínica Universitária de Medicina I, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

A trombocitopenia imune é uma forma adquirida de trombocitopenia com destruição plaquetar mediada por autoanticorpos, podendo ser primária ou secundária a doenças autoimunes, neoplasias, fármacos ou infeções.

Apresenta-se o caso de um homem de 59 anos que recorreu à urgência por petéquias, equimoses espontâneas e gengivorragia, associando-se perda ponderal significativa (13% do peso) e sudorese noturna. A avaliação laboratorial inicial mostrou trombocitopenia 4.000/ μ L, sem outras citopenias, tendo sido internado por suspeita de trombocitopenia imune secundária a doença linfoproliferativa. A anamnese mais detalhada apurou que tinha também intolerância ao calor, cansaço, palpitações, tremor e irritabilidade, admitindo-se hipertiroidismo confirmado com a avaliação da função tiroideia (TSH<0.005uU/mL [0.3-4.2], fT4 4.64ng/dL [0.85-1.7] e fT3 14.7pg/mL [2-4.4]). Da avaliação complementar do hipertiroidismo primário, a destacar presença de anticorpos anti-recetor TSH (TRAb) em níveis elevados (40U/L [<1.22]), assumindo-se diagnóstico inaugural de doença de Graves a condicionar trombocitopenia imune. Cumpriu terapêutica com imunoglobulina intravenosa e dexametasona com normalização da contagem plaquetária e foi iniciada medicação antitiroideia com tiamazol. Objetivada resolução da discrasia hemorrágica, melhoria dos sintomas de hipertiroidismo e subsequente normalização da função tiroideia. Em reavaliação eletiva dois meses depois, desenvolveu lesão hepatocelular (AST 260U/L e ALT 750U/L) que se atribuiu a toxicidade hepática relacionada com o tiamazol, após exclusão de outras causas. O fármaco foi suspenso com posterior normalização dos parâmetros hepáticos, tendo sido iniciada solução de lugol enquanto aguarda tireoidectomia total.

Existem vários mecanismos descritos como causa da destruição plaquetária na Doença de Graves, nomeadamente o mimetismo molecular entre o TRAb e antígenos plaquetários e o aumento do turnover celular consequente à ativação do sistema reticuloendotelial causado pelo estado de hipertiroidismo. Está descrita também a predisposição genética para a coexistência em simultâneo da doença de Graves e trombocitopenia imune relacionada com os haplótipos HLA-B8 e DR3 sendo, no entanto, esta associação rara, apenas com casos pontuais descritos na literatura. O presente caso pretende salientar esta associação e, quando pertinente, considerar avaliação tiroideia em casos de trombocitopenia para o correto diagnóstico etiológico.

PO-0196 - (2641) - MICROSCOPIC COLLAGENOUS COLITIS – A CASE REPORT.

Filipa Santos¹; Gil Magalhães¹; Tiago Rosa¹; Beatriz Exposito¹; Fernanda Linhares¹; Marta Lisboa¹; Fernando Salvador¹

1 - Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Chaves

Introduction:

Microscopic colitis (MC) is an inflammatory entity characterized by chronic, watery, non-bloody diarrhea, most preponderant in middle-aged female patients. It is diagnosed by biopsy of the colonic mucosa, as the macroscopic appearance of the colon is usually inconspicuous. There are two known histologic subtypes: lymphocytic colitis (LC) and collagenous colitis (CC). There is also an association with several concomitant autoimmune diseases, particularly in CC.

Case report:

A 77-year-old female with history of hypothyroidism presented with syncope in the context of chronic diarrhea for the last 2 months, urgency and fecal incontinence, generalized asthenia and deterioration of general condition. There was no appreciable weight, blood loss or other symptoms. On examination, patient was hemodynamically stable, subfebrile and eupneic in room air, with normal cardiopulmonary auscultation. Analytical study showed normocytic anemia, hypoalbuminemia and elevated D-dimer. Complementary study was unremarkable for the etiology of syncope. The stool culture was negative for viruses and parasites. Fecal calprotectin was elevated. Fecal occult blood test was negative. Autoimmune study only revealed elevated thyroid peroxidase antibodies and pancreatic islet-cell antibodies. Endoscopic study revealed no abnormalities besides diverticulosis and colon biopsies were sent for laboratory analysis.

After optimization of the clinical condition, patient was discharged with a request for a gastroenterology consultation. She was readmitted 10 days later due to persistence of symptoms. Colon biopsies revealed areas with subepithelial collagen band thickening, suggesting MC of the collagenous subtype. Patient started targeted treatment with oral budesonide, with slight decrease of frequency of watery stools, specifically in the nocturnal period, as well as improvement of quality of life after 1 week of treatment.

Discussion/Conclusion:

MC is a debilitating condition that can go unnoticed when compared to classical inflammatory bowel diseases. Due to its significant impact on quality of life, MC should be considered in the face of chronic unexplained diarrhea. Blind colon biopsies are crucial since macroscopic study is usually normal. The collagenous subtype has been specifically identified in patients with history of autoimmune diseases such as Hashimoto's thyroiditis and type 1 diabetes mellitus, which highlights the importance of a robust clinical history.

PO-0197 - (2703) - MIOPATIA NECROTIZANTE IMUNOMEDIADA

Isabel Mendes Bessa¹; Luís Silva¹; Marta Batista¹; Elisabete Ribeiro¹;
Ussumane Embalo¹; Helena Fernandes¹; Jorge Cotter¹

1 - ULS Alto Ave

A miopatia necrotizante autoimune (MNA) é uma entidade rara, que se distingue das miopatias idiopáticas inflamatórias pelos achados histopatológicos que mostram necrose muscular.

Um doente de 75 anos, previamente autónomo, recorre ao serviço de urgência (SU) por um quadro de diminuição progressiva da força muscular (FM) dos membros inferiores a nível proximal com 1 mês de evolução com progressão para os superiores (também proximal) com 1 semana de evolução. Negava queixas álgicas ou alteração da sensibilidade. Trata-se de um doente com antecedentes de Diabetes Mellitus, HTA e Neoplasia vesical, submetido a Ressecção transuretral de tumor vesical há 3 anos.

À admissão, descrita diminuição da força muscular simétrica (grau 4/5) nas cinturas escapular e pélvica, com força preservada a nível distal, com reflexos bicipital, rotuliano e aquiliano abolidos, sem alterações da sensibilidade.

Ao longo das primeiras 3 semanas de internamento, o doente foi apresentando agravamento progressivo dos défices, com FM 3/5 a nível proximal dos membros superiores (MS) e 1/5 a nível proximal dos membros inferiores (MI) (na flexão e extensão da coxa), mantendo FM preservada (5/5) nos segmentos distais e sensibilidade preservada.

Realizou EMG, a revelar “neuropatia predominantemente desmielinizante, sensitivo-motora, de grau ligeiro a moderado”.

Realizou também biópsia muscular que revelou “Miopatia inflamatória severa com características que sugerem miopatia necrotizante imunomediada.”

Após a realização destes exames (e enquanto se aguardavam resultados), foi iniciada corticoterapia na dose de 1mg/kg/dia. Após conhecimento do resultado da biópsia muscular, foi feito ciclo de 5 dias de imunoglobulina.

Do estudo etiológico, foram excluídas infeções, o estudo autoimune foi negativo (incluindo anti-SRP), mas no estudo paraneoplásico verificou-se que havia recidiva da neoplasia vesical.

O doente teve alta orientado para a consulta de Doenças Autoimunes, onde irá manter seguimento e tratamento e de Urologia, tendo já programada nova cirurgia vesical. À data de alta, apresentava já melhoria dos défices, com FM a nível proximal de 4/5 nos MS e 3/5 nos MI.

Por se tratarem de doenças raras, o nível de suspeição tem de ser elevado para que se consiga um diagnóstico e tratamento precoce para evitar a progressão da doença e que esta se torne incapacitante. Para além disso, um estudo etiológico pormenorizado é importante para se detetarem outras patologias potencialmente tratáveis.

PO-0198 - (2726) - ERITEMA NODOSO - WHAT ELSE?

Marta Braga Martins¹; Rita Gonçalves Pinto¹; Pedro Pires Mesquita¹;
Juliana Andrade¹; Marina Alves¹; Vânia Gomes¹; Céu Rodrigues¹; Paulo Gouveia¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: O diagnóstico etiológico do eritema nodoso é amplo, onde se incluem causas imunomediadas, tóxicas, infecciosas e neoplásicas.

Caso clínico: Mulher, 56 anos, autónoma, com quadro de dor na planta dos pés, associado a edema local, com dificuldade na marcha. Três dias depois aparecimento de várias lesões cutâneas nodulares dispersas pelos membros superiores, com halo avermelhado, prurido, tensão, edema, rubor e calor. Medicada empiricamente com amoxicilina-clavulânico no serviço de urgência (SU), sem melhoria. Aparecimento de mais lesões, nos membros inferiores, face anterior de ambas as pernas, associado a febre. Sem atingimento do tronco, face, palmas ou plantas. Recorreu novamente ao médico com indicação para cumprir anti-histamínico e flucloxacilina, também sem melhoria e com progressão do quadro. Negava infeção recente, queixas dos restantes sistemas, nomeadamente do foro imunológico ativamente pesquisado, sem síndrome constitucional. Sem viagens recentes, sem contacto com animais, exceto cadela devidamente vacinada e desparasitada. Sem contactos sexuais de risco. Internada após 3ª recorrência ao SU, com síndrome inflamatório: PCR 109 mg/dL e neutrofilia. Realizado estudo etiológico exaustivo pensando em eritema nodoso (EN), multiforme, migrans ou infeção do tecido subcutâneo. Atendendo a história de possível picada (visualizada ao exame físico na planta do pé, mas sem aspecto de tache noire), e na presunção de zoonose, iniciada doxiciclina 100 mg 2x/dia, anti-histamínico e anti-inflamatório. Realizada biópsia cutânea de uma das lesões com confirmação diagnóstica de paniculite de padrão septal compatível com EN. Estudo com anti-estreptolisina O e enzima conversora da angiotensiva, estudo imunológico e serologias iniciais negativos, nomeadamente anti-borrelia. Evolução favorável com regressão das lesões que evoluíram com hiperpigmentação. Já avaliada posteriormente em consulta mantendo melhoria, com evidência de positividade para anticorpo anti-rickettsia conorii IgG que se encontrava em curso à data da alta.

Discussão e Conclusão: O presente caso retrata a importância da anamnese detalhada e da abordagem sistematizada dos doentes com EN, sob pena de intervenções terapêuticas infundadas. Além disso, a rickettsiose representa uma etiologia rara de EN. Neste caso, atendendo ao contexto epidemiológico e ao atraso na colheita do estudo serológico após o início da clínica, assumiu-se o diagnóstico presuntivo de EN secundário a rickettsiose.

PO-0199 - (2749) - DOENÇA ANTIMEMBRANA BASAL GLOMERULAR – UMA CASO COMPLEXO

Ana Isabel Bezerra Machado¹; Johanna Viana¹; Mariana Marques²; Catarina Teixeira¹; Mariana Vieira¹

1 - Hospital de Braga; 2 - Hospital de Vila Franca de Xira

A doença antimembrana basal glomerular (anti-MBG) é uma doença autoimune rara. A apresentação clínica mais típica é glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP). O tratamento preferencial é imunossupressão (IS), com ciclofosfamida (CF), corticoterapia (CCT) e plasmaférese (PEX) diária até negatificação de anticorpo. No entanto, em doentes com necessidade de diálise ou creatinina >5 mg/dl, a IS não está indicada pela baixa probabilidade de recuperação renal.

Mulher de 40 anos, independente, sem antecedentes relevantes, recorreu ao serviço de urgência por astenia e fadiga com 3 semanas de evolução, e agravamento nos últimos dias com náuseas e vômitos. Sem febre, dispneia, sintomas genitourinários, medicação recente ou nefrotóxicos. Do estudo: anemia de 7.6 g/dl e creatinina 6.96 mg/dl (basal de 0,6 mg/dl) e ureia 140 mg/dl.

Foi internada por GNRP para estudo, salientando-se hematoproteinúria, acidose metabólica sem acidemia, ecografia renal com rins de dimensões preservadas, boa espessura de parênquima e boa diferenciação corticomedular, e anticorpos anti-MBG >1000 U/L (N<40). Tomografia computadorizada ao tórax sem hemorragia alveolar.

Por disfunção renal e sintomatologia urémica teve necessidade de iniciar hemodiálise, pelo que a decisão de IS foi controversa. No entanto, pela idade jovem da doente, decidido realizar CF oral, CCT e PEX.

Ao 10º dia de CF teve crise convulsiva que reverteu com 10 mg de diazepam. Fez Ressonância Magnética Cerebral que mostrou encefalopatia posterior reversível. Avaliada pela Neurologia que considerou que poderia estar relacionada com a CF, pelo que suspendeu o fármaco. Eletroencefalograma sem atividade epileptiforme. Como mantinha anticorpos positivos, tentada 2ª linha de IS com Rituximab.

Ficou internada 1 mês, com descida lenta dos níveis de anticorpo e recidiva de títulos positivos após tentativa de suspensão de PFX, ainda com CCT em alta dose. Apresentou recuperação progressiva da função renal até normalização e parcial da anemia. Realizou um total de 21 sessões de PEX até negatificação dos anticorpos em 2 amostras consecutivas. Uma semana após alta, em reavaliação, com novo aumento dos títulos de anticorpo de 44 U/L, pelo que se decidiu em equipa IS de manutenção com micofenolato mofetil.

A doença anti-MBG é uma doença grave, muitas vezes com apresentação catastrófica. Embora não esteja indicada imunossupressão nestes casos, ponderar esta terapêutica em alguns doentes é controverso mas pode impedir a substituição renal.

PO-0200 - (4005) - FEBRE PERSISTENTE DE ETIOLOGIA DESCONHECIDA, E AGORA?

Mariana Gaspar¹; Rui Escaleira¹; Francisca Martins¹; Mariana Silva¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

INTRODUÇÃO: A doença de Still do adulto é uma patologia inflamatória sistémica rara caracterizada pela tríade febre, artralgia e exantema maculopapular. Na maioria dos casos, o quadro clínico é inespecífico, sendo o diagnóstico desta patologia fundamentalmente de exclusão e suportado pelo cumprimento de critérios diagnósticos, como os de Yamaguchi.

CASO CLÍNICO: Doente do sexo masculino, 18 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro clínico com 1 semana de evolução caracterizado por febre, poliartralgias, odinofagia e lesões cutâneas dispersas pelos membros. Na admissão, febril (37.9°C) com exantema maculopapular cor salmão. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros de fase aguda (com ferritina aumentada), anemia normocítica normocrómica e troponina I 10511,1 pg/mL. Eletrocardiograma com infra-desnivelamento PR e supra-desnivelamento ST nas derivações inferiores. Realizou ecocardiograma transtorácico com discreto derrame pericárdico. Inicia ibuprofeno e colchicina e fica internado no serviço de Cardiologia por presumível miocardite. Dada a persistência dos sintomas, foi feita prova terapêutica com prednisolona (PDN) 80mg/dia com melhoria clínica e descida dos parâmetros inflamatórios. Após uma semana regressa ao SU por manutenção das queixas, iniciou antibioterapia empírica e foi internado no serviço de Medicina Interna. Durante o internamento foram excluídas causas infecciosas, auto-imunes e neoplásicas. Realizou tomografia computadorizada toraco-abdominal com evidência de hepatoesplenomegalia, sem outras alterações. Após exclusão de outras causas foi colocada a hipótese diagnóstica de doença de Still do adulto com miocardite como manifestação inicial. Teve alta medicado com adalimumab e progressiva descontinuação de corticoide.

DISCUSSÃO: Este caso prima pela raridade, não só por se tratar de uma doença por si só rara, mas também por se apresentar sob a forma inicial de miocardite. Considerando os critérios de Yamaguchi, verificou-se a presença de 2 major e 3 minor. Tendo em conta a ausência de resposta aos anti-inflamatórios não esteroides, foi iniciada corticoterapia com remissão da febre e exantema.

CONCLUSÃO: Apesar da sua raridade, a doença de Still deve ser incluída no diagnóstico diferencial de síndrome febril indeterminado, constituindo um diagnóstico de exclusão e exigindo uma extensa e consistente marcha diagnóstica.

PO-0201 - (4024) - O PUZZLE DA DOENÇA DE STILL DO ADULTO

Ana Sofia Reis¹; Ana Rita Antunes¹; Adriana Pereira Guedes¹; Catarina Antunes Salvado¹; Rui Salvador¹; Miguel Ângelo Sousa¹; Lígia Rodrigues Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

A Doença de Still do adulto é uma doença inflamatória rara que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de síndromes febris. A sua etiologia permanece desconhecida, mas os dados sugerem que as infeções poderão ser triggers em doentes com predisposição genética para a doença.

Homem, 65 anos. Antecedentes de hipertensão arterial e perturbação de uso do álcool. Avaliado pelo médico assistente por artrite do punho há cerca de 5 dias, tendo sido medicado como provável crise de gota. Apresenta-se no serviço de urgência com quadro com 2 dias de evolução de exantema maculopapular rosado, não pruriginoso, inicialmente no tronco e progressão para o dorso, membros superiores e inferiores, poupando palmas/plantas e mucosas, associado a extensão de dor e edema a ambos os punhos. Objetivada Febre (39°C) e artrite bilateral dos punhos. Analiticamente com leucocitose 19140/ μ L com neutrofilia 90%, elevação da proteína C reativa (19mg/dL) e velocidade de sedimentação (120mm/h) e ecografia com sinovite tendo realizado artrocentese de escasso volume. Decidido internamento para estudo complementar.

Após revisão da anamnese relata anos de evolução de edema e dor esporádicos no punho esquerdo de carácter inflamatório, com cessação espontânea ou com toma de anti-inflamatórios. História de infeção respiratória 2 semanas antes. Sem introdução recente de fármacos potencialmente relacionados.

Durante o internamento manteve picos febris diários e exantema e evoluiu com oligoartrite assimétrica aditiva – além dos punhos com atingimento do joelho esquerdo. Do estudo realizado excluídas causas infecciosas, incluindo microbiologia do líquido articular negativa, neoplásicas e outras causas autoimunes.

Assim, o doente cumpre os critérios diagnósticos de Yamaguchi para doença de Still do adulto e iniciou corticoterapia sistémica com resolução completa da sintomatologia e melhoria analítica em cerca de 24h.

O diagnóstico da doença de Still do adulto implica um alto nível de suspeição pela apresentação clínica variada e mimetizadora. Apenas com uma anamnese e exame físico exaustivos podemos integrar a informação necessária para chegar ao diagnóstico. Deste modo, salienta-se a importância do papel do internista, o médico capaz de adotar uma visão holística do doente e integrar todos os sinais e sintomas de modo a chegar ao diagnóstico.

PO-0202 - (4048) - SÍNDROME DE GOODPASTURE COM DESFECHO FAVORÁVEL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Maria João Vilela¹; Carolina Maia Nogueira¹; Fábio Neves¹; Sara Marques¹; Alexandre Carvalho¹; Ana Rita Matos¹; Cristina Ângela¹; André Santa Cruz¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: A síndrome de Goodpasture é uma condição autoimune e rara, que cursa geralmente com glomerulonefrite rapidamente progressiva e hemorragia alveolar, afetando maioritariamente o sexo masculino. O diagnóstico consiste na detecção de anticorpos anti-MBG no sangue. O tratamento envolve imunossupressão e realização de plasmaférese para eliminar os autoanticorpos circulantes.

Caso clínico: Homem de 39 anos, com antecedentes pessoais de tabagismo ativo, sem medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por expetoração hemoptóica e dispneia para esforços com 3 dias de evolução, associado a alterações macroscópicas da urina. Ao exame objetivo estava hemodinamicamente estável, ligeiramente taquipneico, com insuficiência respiratória e crepitações auscultatórias dispersas, sem outras alterações. Analiticamente apresentava anemia hipoproliferativa, leucocitose e neutrofilia, ligeira elevação de Proteína-C Reativa, função renal sem alterações, sedimento urinário com eritrocitúria isolada, elevação de D-dímeros, anticorpo anti-MBG positivo, SAF negativo e ANAs negativo. Realizou Angio-TAC torácico que revelou consolidações bilaterais e opacidades em vidro despolido, compatível com provável hemorragia pulmonar. Ficou internado por hemorragia alveolar em contexto de Doença anti-GBM. Iniciou, além de sessões de plasmaférese, pulsos de Metilprednisolona durante 3 dias, seguido de Prednisolona 1mg/kg/dia. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar a demonstrar abundantes inclusões de pigmento hemosidérico nos macrófagos alveolares. Iniciou, como terapêutica imunossupressora Ciclofosfamida oral. Repetiu Angio-TAC torácico evidenciando tromboembolismo pulmonar segmentar, mas tendo em conta o elevado risco hemorrágico e estabilidade hemodinâmica, optou-se por não iniciar hipocoagulação. Como intercorrências associadas ao tratamento apresentou bicitopenia, com necessidade transfusional. Os valores de anticorpos anti-GBM mantiveram um perfil descendente, associado a melhoria dos sintomas ao longo do internamento. À data de alta apresentava anticorpo anti-MBG negativo, sem episódios de hemoptises e com resolução da insuficiência respiratória.

Discussão/Conclusão: Este caso aborda uma síndrome incomum, mas potencialmente fatal e o tratamento deve ser imediatamente instituído. Apesar deste quadro clínico não ser o mais comum, o rápido diagnóstico e instituição do tratamento, contribuíram para uma evolução favorável.

PO-0203 - (4071) - FEBRE SEM INFEÇÃO - DOENÇA DE STILL DO ADULTO

Carolina Anjo¹; Beatriz Dias Silva¹; Fernando Ribeiro¹; João Olivério¹;
Gabriel Atanásio¹; Adelino Carragoso¹; Giovana Ennis¹

1 - Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões

Introdução

Doença de Still do adulto (DSA) é uma doença inflamatória sistêmica, caracterizada por febre, exantema, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, artralgia, hiperferritinemia e leucocitose. Tem uma incidência de 0.16/100000 indivíduos/ano.

O diagnóstico é de exclusão, apoiando-se em critérios clínicos e laboratoriais.

Caso clínico

Mulher de 61 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e hipotireoidismo.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por febre, artralgias a nível dos joelhos e interfalângicas proximais, mialgias e exantema máculo papular, não pruriginoso, nas coxas, pernas e região lombar com uma semana de evolução. Teria estado a arrumar lenha previamente ao início do quadro.

No SU, apresentava-se febril. Com lesões urticariformes na coxa e nádega direita. Analiticamente, com hemoglobina de 10.7 g/dL e aumento de transaminases e marcadores inflamatórios. Foi internada para estudo.

Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e doxiciclina, por suspeita de zoonose. Do estudo efetuado, destaca-se: urocultura e hemoculturas negativas. No entanto, por manutenção de febre, escalou-se antibioterapia para piperacilina/tazobactam.

As serologias para Leptospirose, Borrelia, Rickettsia, Brucella e Coxiella foram negativas. As serologias para HIV, EBV, CMV, VHB, VHC e VDRL foram negativas. ANAs, anti-dsDNA e ENA screen negativo. Apresentava ferritina de 62500/uL e triglicédeos de 280 mg/dL. Por suspeita de síndrome hemofagocítica, iniciou dexametasona. Foi feito mielograma, imunofenotipagem do aspirado medular e biópsia óssea, sem alterações de relevo. A atividade das células NK e CD 125 solúvel foi normal. Fez ainda EcoTT e PET com F-18-FDGa, sem evidência de lesões inflamatórias/ infecciosas e neoplásicas. Após exclusão de causa infecciosa, auto-imune ou neoplásica e face à boa evolução sintomática com corticoterapia, assumiu-se diagnóstico de DSA e manteve terapêutica.

Teve alta para Consulta Externa e em reavaliação, 20 dias após a alta, com resolução do exantema e em apirexia. Progrediu-se no esquema de desmame de corticoterapia, sem recidiva da sintomatologia.

Discussão

A a DSA é um diagnóstico de exclusão. No entanto, deve-se ter em conta os critérios de diagnóstico sendo que, neste caso, foram usados os critérios de Yamaguchi.

Conclusão

Serve este caso para alertar sobre a importância de diagnóstico diferencial de síndrome febril, principalmente na presença de outros sintomas como exantema ou artrite.

PO-0204 - (4074) - ERITEMA NODOSO – QUANDO SABEMOS O SEU PORQUÊ

Cláudio Coelho¹; Sara Silva Pereira¹; Marta Matos Pereira¹

1 - Hospital Conde de Bertiandos - ULSAM

Introdução: O Eritema Nodoso pode estar associado a infecções, doenças inflamatórias e auto imunes, medicamentos e doenças neoplásicas. A maioria dos casos resolvem-se espontaneamente em 6-8 semanas, apesar das queixas associadas, e as recorrências podem ocorrer em 30% dos casos. Uma vez que existem múltiplas hipóteses de diagnóstico nem sempre é possível identificar a sua etiologia.

Caso clínico: Mulher de 63 anos, nacionalidade brasileira. Antecedentes de Hipotireoidismo, Glaucoma, Histerectomia e Ooforectomia por Neoplasia do cólo uterino. Encaminhada para a consulta de Medicina Interna por lesões suspeitas de eritema nodoso na perna direita desde há 5 meses, dolorosas com halo eritematoso, tendo feito ciclo de anti-inflamatório previamente com melhoria. Na avaliação negava febre, dispneia, toracalgia, tosse, perda de peso ou outras queixas. Sem história de tuberculose no passado, esquema vacinal sem vacinação para bacilo Calmette–Guérin. Realizou estudo etiológico que revelou apenas teste IGRA positivo, com estudo auto imune negativo. Tomografia computadorizada torácica sem lesões sugestivas de tuberculose pulmonar ou outra etiologia, pelo que fez aspirado gástrico para pesquisa de micobactérias que foi negativo. Dado o diagnóstico efetuado de tuberculose latente foi encaminhada para o Centro de Diagnóstico Pneumológico e iniciou tratamento com Isoniazida durante 9 meses. Reavaliada 4 meses após iniciar tratamento e sem recorrência das lesões de eritema nodoso, tendo alta após o final do tratamento.

Discussão: A marcha diagnóstica do eritema nodoso é complexa, mas dada a sua associação com patologias infecciosas e auto-imunes com impacto no prognóstico dos doentes é importante esclarecer a etiologia e dirigir o tratamento. Neste caso após diagnóstico de tuberculose latente e seu tratamento não houve recorrências das lesões.

PO-0205 - (2075) - BATIMENTOS CARDÍACOS: O PERIGO SILENCIOSO ESCONDIDO NO SISTEMA CIRCULATÓRIO

Anabela Silva¹; Helena Vilaça¹; Lindora Pires¹; Ana Constante¹; Beatriz Afonso¹

¹Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa, 2 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) estabelece uma conexão intrincada e muitas vezes fatal com o acidente vascular cerebral (AVC). Os microrganismos colonizadores valvulares são agentes potenciadores de coágulos sanguíneos, que podem embolizar para as artérias cerebrais ou infetarem diretamente os vasos sanguíneos desencadeando uma resposta inflamatória local pro-trombótica.

Caso Clínico: Mulher, 60 anos, autónoma. Antecedentes de hipertensão arterial e depressão. Sem hábitos tabágicos ou etílicos. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro súbito de déficit motor na mão direita e apagamento nasolabial direito. Objetivamente com hemiparesia direita G4 de predomínio braquial e parésia facial central direita (NIHSS 2); destaque para sopro sistólico III/VI e exantema petequial nos membros inferiores. Analiticamente exibia bicitopenia (anemia e trombocitopenia) e elevação de proteínas de fase aguda incluindo fator reumatoide. ECG em ritmo sinusal e TC-cerebral (TC-CE) com Angio sem evidência de lesões isquémicas agudas ou oclusão de grande vaso. Às 24h de internamento por febre de novo, colhe hemoculturas com isolamento de *Streptococcus mitis*. Ecocardiograma transesofágico confirmou EI na válvula mitral e aórtica. TC-abdominal com enfarte esplénico e TC-CE de reavaliação a descrever hipodensidade subcortical pré-frontal esquerda. Assumido o diagnóstico de EI pela presença de 2 critério major (HC positivas e vegetações valvulares) e 3 critérios minor (febre, embolização esplénica e cerebral e fator reumatóide positivo). Iniciada terapêutica com ampicilina, flucloxacilina e gentamicina que, por sensibilidade foi descalada para penicilina. Por insuficiências mitral e aórtica graves foi necessária intervenção cardiotorácica para substituição valvular.

Conclusão: Em pacientes com AVC na presença de fatores de risco como febre, próteses valvulares cardíacas, uso de drogas endovenosas ou sopro cardíaco de novo a suspeição de EI torna-se crucial. A deteção precoce e o tratamento eficaz podem, não só melhorar o prognóstico cardíaco, mas também prevenir complicações neurológicas.

PO-0206 - (2258) - DISSECÇÃO DA ARTÉRIA VERTEBRAL POR MICROTRAUMATISMO COMO CAUSA DE AVC

Constantin Sitari¹; Paulo Alano¹; Nina Boer¹; Luís Gonçalves Vicente¹; Rosario Blanco Sáez¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve, Hospital de Faro

Introdução: A dissecção da artéria vertebral (DAV) é uma causa rara de acidente vascular cerebral (AVC) na população em geral, mas causa comum em jovens (cerca 20% dos AVCs). A DAV pode ser espontânea ou provocada por traumatismos. A localização mais frequente é na parte intracraniana da artéria vertebral e as síndromes medulares laterais e cerebelosas são os locais mais comuns com sintomatologia clínica correspondente.

Caso clínico: Homem, 26 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos ou medicação habitual. Queixas de amaurose bilateral com início após saltar da altura de cerca 1 metro. Posteriormente iniciou quadro de alteração do comportamento e desequilíbrio da marcha. O exame neurológico evidenciou desvio de olhar preferencial à esquerda, diminuição da acuidade visual e ataxia da marcha. Tomografia computadorizada e Ressonância Magnética cerebral revelaram AVC isquémico em território da artéria cerebelosa pósterio-inferior esquerda e da artéria cerebelosa superior à esquerda por dissecção da artéria vertebral esquerda no segmento V3-V4. O estudo de AVC evidenciou apenas dislipidemia com hipercolesterolemia. O doente teve alta tendo como sequela ataxia da marcha.

Discussão: A DAV é uma causa significativa de AVC em indivíduos jovens. Traumatismo cervical menor pode ser fator desencadeante da dissecção, embora a dissecção espontânea seja mais comum. As manifestações clínicas, como amaurose, ataxia e sintomas cerebelares, refletem o comprometimento vascular e neurológico característico. O diagnóstico requer uma abordagem multidisciplinar, com ênfase em exames de imagem vascular, destacando a angiografia como método diagnóstico Gold-Standard.

Conclusão: Este caso sublinha a importância da DAV como uma causa relevante de AVC em doentes jovens, destacando a necessidade de uma abordagem clínica diligente após eventos traumáticos cervicais e a importância da identificação precoce para reduzir as sequelas neurológicas. Uma estratégia interdisciplinar e a aplicação de métodos diagnósticos avançados, como exames de imagem vascular, são essenciais para uma gestão eficaz desses casos.

PO-0207 - (2324) - FORAMEN OVALE PATENTE - A PREPONDERÂNCIA DO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO NO AVC EM IDADE JOVEM

Daniel Rodrigues¹; Elsa Gonçalves¹; Beatriz Rosa¹; Joana Silva¹

1 - Unidade Local de Saúde Barcelos-Esposende - Serviço de Medicina Interna

Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma emergência médica que pode atingir pessoas de todas as idades, incluindo jovens, com significativo impacto na qualidade de vida e morbimortalidade. Nos jovens, o diagnóstico etiológico é ainda mais preponderante, pois permite tratamento de eventuais causas e evita a recorrência de AVC, com evidentes ganhos em saúde.

Caso Clínico

Mulher, 47 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial, não medicada. Admitida no serviço de urgência, após episódio autolimitado de confusão e discurso repetitivo. À admissão a doente encontrava-se consciente, colaborante e orientada. Sem alterações no exame neurológico sumário. Apresentava hipertensão arterial e taquicardia. O estudo laboratorial não apresentava alterações relevantes e o eletrocardiograma evidenciava uma taquicardia sinusal. Foi efetuada Angio-TC cerebral que não demonstrou lesões endocranianas expansivas nem de natureza vascular aguda. Durante o internamento, realizada RMN cerebral que identificou lesões isquémicas em fase aguda/subaguda em territórios corticosubcorticais, insulares posteriores, temporais superiores e parietais inferiores à esquerda, sugerindo uma etiologia embólica. Foi efetuada antiagregação dupla, controlo de fatores de risco e iniciado estudo etiológico com realização de ecocardiograma transtorácico e exclusão de trombofilias e doenças protrombóticas. Doente não apresentou défices neurológicos de novo durante o internamento. Em ambulatório, realizado ecocardiograma transesofágico que revelou aneurisma do septo interauricular, com foramen ovale patente (FOP) e pequeno shunt bidireccional documentado. Encaminhada para consulta multidisciplinar do hospital de referência, tendo sido submetida a procedimento de encerramento percutâneo do FOP, sem complicações decorrentes.

Discussão

Este caso demonstra a complexidade e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no diagnóstico e tratamento do AVC isquémico em doentes jovens, onde causas menos comuns, como o FOP, devem ser investigadas. O encerramento percutâneo do FOP permite reduzir o risco de recorrência de AVC nesta doente.

Conclusão

O diagnóstico etiológico do AVC em idade jovem é fundamental. A colaboração entre as diversas especialidades médicas é indispensável para o sucesso do tratamento, garantindo uma abordagem multidisciplinar que permita corrigir causas subjacentes e controlar fatores de risco, evitando complicações e recorrência de eventos cerebrovasculares.

PO-0208 - (2487) - AVC: E QUANDO A CAUSA É RARA?

Cassiana Vasconcelos¹; Rita Tinoco Magalhães¹; Rita Relvas¹; Nuno Ferreira Monteiro¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais

Introdução:

A Trombocitose essencial acarreta um risco aumentado de eventos trombóticos (arteriais e venosos) e hemorrágicos. Os autores apresentam o caso dum acidente vascular cerebral isquémico por hiperviscosidade no contexto de trombocitose essencial não tratada e com melhoria de défices com terapêutica hematológica.

Caso Clínico:

Mulher, 77 anos, levada ao Serviço de Urgência por alteração súbita do estado de consciência. Última vez vista bem 3 horas antes da admissão hospitalar. À observação clínica eupneica e normossaturada em ar ambiente, com hipertensão arterial sistólica 208/95mmhg, apirética e euglicémica. Do seu exame neurológico a destacar pupilas isocórias e isorreativas, desvio conjugado do olhar para a direita, hemianopsia homónima esquerda, apagamento do sulco nasogeniano à esquerda, hipoestesia do membro superior esquerdo, afasia de expressão e compreensão. Ativada a via verde AVC. Angio-TC-CE e vasos do pescoço a destacar estenose do segmento P1 da ACP direita com preenchimento a jusante. Analiticamente a destacar: policitemia com hemoglobina 17.1g/dL, hematócrito 52% e trombocitose superior a $1.300 \times 10^9/L$. É internada com diagnóstico de acidente vascular cerebral isquémico em território de artéria cerebral média direita (sem tradução imagiológica) em provável contexto de hiperviscosidade por síndrome mieloproliferativa. Discutido o caso de forma multidisciplinar - Medicina Interna, Neurologia, Hematologia, Imunohemoterapia - e decidiu-se por terapêutica com antiagregação plaquetária simples, hidratação endovenosa e flebotomias quando hematócrito superior a 46%. Do estudo etiológico da policitemia identifica-se mutação V617F JAK2-trombocitose essencial; iniciou hidroxycarbamida em titulação. Sob fisioterapia motora e da fala, flebotomias e terapêutica citorredutora assiste-se a melhoria progressiva do quadro neurológico, com resolução da afasia e recuperação da mobilidade, assim como controlo do hematócrito, descida da contagem plaquetária.

Discussão:

As síndromes mielodisplásicas não tratadas podem cursar com estados de hiperviscosidade que comprometem o normal fluxo sanguíneo sobretudo em vasos de menor calibre, e levar a complicações oclusivas como a que os autores descrevem – uma causa rara de AVC fora do “leque” das etiologias mais comuns.

Conclusão:

A possibilidade de etiologias raras de diagnósticos frequentes, e o potencial de interação de diferentes comorbilidades, deve estar sempre presente na mente do internista.

PO-0209 - (2522) - UMA COMPLICAÇÃO RARA DE VASCULITE POR VÍRUS VARICELA ZOSTER

Marta Anastácio¹; Ana Margarida Ribeiro¹; Francisca Dâmaso¹; João Oliveira¹; Beatriz Saraiva Ferriera¹; Fausto Pinto¹; Andreia Salgado Machado¹; Ana Lynce¹; Cândida Fonseca¹

1 - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital de São Francisco Xavier

INTRODUÇÃO: O diagnóstico de Vasculite como causa etiológica de Acidente vascular cerebral (AVC) é um dos maiores desafios na área da doença cérebro-vascular. A vasculopatia por vírus Varicela Zoster (VZV) é mais comum no imunodeprimido e pode ocorrer após primoinfeção ou reativação viral. No adulto, o risco de AVC aumenta após Herpes-zóster (HZ), sobretudo se infeção com distribuição oftálmica.

CASO CLÍNICO: Homem de 51 anos, com antecedentes de infeção por VIH-1 (estadio 3C). Referência a internamento há 2 meses por Otite direita necrotizante a *Proteus mirabilis* e Nevrite ótica por VZV. Admitido no Serviço de Urgência por depressão do estado de consciência, com crise convulsiva presenciada. À observação inicial, sem resposta verbal, abertura ocular espontânea à estimulação algica, resposta em fuga à dor, não cumpria ordens, desvio do olhar para a direita sem ultrapassar a linha média, parésia facial central esquerda, hemiparésia e hemihipostesia esquerdas, prova dos braços estendidos com queda e embate no leito à esquerda, prova de mingazzini com queda à esquerda mas sem embate e reflexo cutâneo plantar extensor esquerdo (NIHSS 18). A tomografia computadorizada craniana com angiografia mostrou lesão isquémica recente por oclusão distal do segmento M1 da artéria cerebral média (ACM) direita, com colateralização. Analiticamente, anemia (hemoglobina 11,4 g/dL) e CK elevada (513 U/L). Por dissociação clínica-imagiológica, realizada punção lombar, com Polymerase Chain Reaction do líquido com deteção de VZV. Do estudo complementar: carga viral HIV-1 inferior a 20 cópias/mL, contagem CD4 de 40 células/uL e eletroencefalograma sem atividade paroxística. Assumido AVC isquémico hemisférico direito do território M1 da ACM direita em provável contexto de Vasculite a VZV, sem possibilidade de terapêutica de fase aguda e Encefalite viral ao mesmo agente. Iniciou Aciclovir, corticóide sistémico, antifúngico, antiagregante plaquetar e fez reabilitação motora. A ressonância magnética posterior acrescentou necrose cortical insular e frontal inferior direito. Evolução favorável com melhoria dos défices neurológicos até NIHSS 9, tendo tido alta ao 51º dia.

DISCUSSÃO: Os autores discutem a particularidade deste caso, não só pela rara e mais grave complicação de HZ, em particular contexto de imunossupressão, como também pela importância do diagnóstico precoce, com rápida instituição de tratamento dirigido para redução do risco de recorrência e morbimortalidade.

PO-0210 - (2715) - DOENÇA DE MOYAMOYA

Carolina Fernandes¹; Cláudia Diogo¹; Dalila Parente¹; Ana Pimentel¹; Fernando Matos¹; Renato Saraiva¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

A Doença de Moyamoya é uma patologia cerebrovascular rara de etiologia desconhecida, caracterizada por estenose bilateral progressiva das grandes artérias intracranianas e desenvolvimento secundário de colaterais. A apresentação clínica pode incluir eventos isquémicos ou hemorrágicos, convulsões, movimentos coreiformes, cefaleias e défice cognitivo progressivo.

Descreve-se caso de mulher de 37 anos, antecedentes de psoríase com artrite psoriática. Recorreu ao Serviço de Urgência por vertigens e visão turva com 3 semanas de evolução. Inicialmente quadro exuberante e potenciado por mudanças posicionais, descritas náuseas e cefaleias na região frontal ocasionalmente. Sem acúfenos ou otalgia. Exame objetivo sem alterações. Tomografia computadorizada cranioencefálica (TC-CE): “discreta acentuação da hipodensidade relativa da substância branca periventricular adjacente aos cornos frontais e átrios dos ventrículos laterais, de significado etiológico impreciso; calcificações punctiformes subcorticais frontais bilaterais e parietal direita; hipodensidade subcortical parietal esquerda”. Internada para estudo. Ressonância magnética (RM): “áreas glióticas cortico-subcorticais na região parietal esquerda com extensão à superfície ventricular e região frontal esquerda; múltiplos focos de microcalcificações com predomínio frontal; pequeno aneurisma do segmento comunicante posterior da artéria carótida interna (ACI) esquerda”. AngioTC-CE para esclarecimento de aneurisma: “aneurisma sacular do segmento supraclinóideu da ACI esquerda; oclusão no segmento M1 direito com circulação colateral presente”. Caso discutido com Neurorradiologia, tendo realizado angiografia cerebral: “oclusão crónica da artéria cerebral média (ACM) direita, com um padrão de artérias lenticulo-estriadas pseudo-moyamoya; aneurisma sacular no segmento supra-clinóideu da ACI esquerda com contornos ligeiramente irregulares e pequeno componente mamilado; ligeira irregularidade de preenchimento do segmento M1 esquerdo”. Portanto, dado os achados angiográficos, assumida doença cerebrovascular crónica em provável contexto de doença de Moyamoya, iniciada antiagregação simples e estatina de alta potência.

A história natural da Doença de Moyamoya é bastante variável. Pode ter uma progressão lenta, com raros eventos intercorrentes, ou quase fulminante, com rápido declínio neurológico. Atualmente não existe tratamento capaz de reverter o processo primário da doença.

PO-0211 - (2958) - AVALIAÇÃO DO DIFERENCIAL DE TENSÕES À ADMISSÃO NUMA UNIDADE AVC

Isabel Monteiro¹; Mariana Lobo¹; Teresa Costa¹; Teresa Medeiros¹; Carla Pinto¹; Sandra Martins¹; Sofia Tavares¹

1 - Hospital Pedro Hispano

Introdução: O diferencial de pressão arterial (PA) entre os dois membros superiores igual ou superior a 10mmHg está associado a maior número de eventos cardiovasculares e mortalidade¹. É sabido que o mais correcto é valorizar o membro com a pressão arterial mais elevada em termos de diagnóstico e ajuste terapêutico.

Objetivo: Aferir a prevalência de diferencial se PA significativo entre os dois membros superiores em doentes internados por acidente vascular cerebral (AVC).

Material e Métodos: Estudo transversal retrospectivo. Incluídos os doentes admitidos numa Unidade AVC nível B entre 1 de outubro de 2022 a 31 de setembro de 2023, com o diagnóstico de AVC isquémico, hemorrágico ou acidente vascular transitório (AIT). Segundo protocolo local, são aferidas 2 a 3 medições da PA em ambos os membros superiores à admissão na unidade e é registada a média das 2 últimas medições de ambos os membros. Calculou-se o diferencial dos valores da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD). Procedeu-se a análise descritiva dos dados aferidos.

Resultados e Discussão: Dos 205 doentes incluídos, 169 tinham diagnóstico de AVC isquémico, 23 de AVC hemorrágico e 13 de AIT. Foram excluídos 61 doentes por não terem registo da PA de ambos os braços. Cento e doze (54,64%) eram homens e a média de idades era 72 anos. Em relação ao diferencial de PA arterial, 48,78% (n=100) e 19,51% (n=40) apresentavam diferença superior a 10mmHg na PAS e a PAD entre os braços, respetivamente. Por outro lado, 29,76% (n=61) e 6,83% (n=14) apresentavam diferença superior a 15mmHg na PAS e a PAD entre os braços, respetivamente.

Discussão: É conhecida a associação entre o diferencial de PA entre os membros superiores e os eventos vasculares, ainda que se desconheça o seu valor prognóstico. Na prática clínica, a pesquisa ativa deste diferencial permite uma melhor aferição do diagnóstico e ajuste terapêutico, sendo o seu conhecimento crucial para a monitorização e devido controlo da pressão arterial a longo prazo. Existem poucos dados da vida real relativamente à prevalência deste diferencial. A percentagem de diferencial significativo encontrada na população estudada foi superior à esperada, ainda que se trate de uma população com evento vascular documentado. Acreditamos que a sistematização deste procedimento trará ganhos na individualização do diagnóstico e tratamento do doente.

Conclusão: Em Portugal a hipertensão arterial é o fator de risco vascular mais prevalente e o maior determinante da ocorrência de AVC, sendo este último a maior causa de morbimortalidade nacional. Conhecer a prevalência do diferencial da pressão arterial entre os membros superiores permite otimizar o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial tanto em internamento como em ambulatório.

¹Clark CE et al. Associations between systolic interarm differences in blood pressure and cardiovascular disease outcomes and mortality. *Hypertension*. 2021;77:650–61.

PO-0212 - (3980) - UMA CAUSA RARA DE AVC

João Vieira Afonso¹; Mafalda Gomes Santos¹; Joana Castro Vieira¹;
Mariana Simão Magalhães¹; Rafael Oliveira¹; Ana Filipa Castro Vieira¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste – Unidade Caldas da Rainha

O AVC pode resultar de 2 processos: isquemia ou hemorragia. A isquemia cerebral tem como possíveis etiologias a trombose, o embolismo, a hipoperfusão sistémica e os distúrbios do sangue.

Mulher, 58 anos, recorreu ao SU por parestesias e diminuição da força à direita com >6h de evolução. Sem antecedentes pessoais de relevo.

À admissão, GCS15, eupneica em ar ambiente, normocárdica e normotensa. Auscultação rítmica, sem sopros, sem ruídos adventícios pulmonares. Exame neurológico sumário com disartria ligeira, sem afasia, paralisia facial periférica direita, hipoestesia direita e hemiparesia direita 3/5. Sem sinais meníngeos. AngioTCCE sem áreas isquémicas nem trombo/estenose intra-arterial. Sem critérios para ativação de Via Verde, após discussão com Neurologia.

Internada para estudo etiológico, tendo iniciado antiagregação e estatina de alta potência.

Durante o internamento, a história de doença atual assumiu papel preponderante: doente com queixas de fadiga, poliartralgias migratórias e cefaleias com semanas de evolução. Referia ter cães, vivendo no campo.

Ecocardiograma, ECG, Doppler de vasos de pescoço e transcraniano sem alterações.

RM-CE com “área de restrição na coroa radiaria, braço posterior da cápsula interna à esquerda aguda; lesão punctiforme subcortical parietal posterior aguda; múltiplas microhemorragias dispersas pelos hemisférios cerebrais”.

Do estudo analítico a destacar: Hba1c 5.4%, Colesterol total 180mg/dl, LDL 100mg/dL, Autoimunidade, trombofilias, HIV, sífilis, Hepatite C negativas.

Teve alta para consulta com resultados de vírus neurotrópicos pendentes. Na consulta, doente com melhoria dos défices, mas mantinha cefaleias e parestesias. Herpes, Varicela-Zoster, Epstein Barr, Citomegalovirus foram Negativos. IgM POSITIVO para Borrelia Burgdorferi realizando punção lombar que demonstrou 20 células, com predomínio de linfócitos e 70mg/dL de proteínas, com IgM positivo para Borrelia.

Iniciou doxiciclina durante 21 dias, com negativização de IgM, tornando-se IgG positivo e havendo melhoria clínica.

A Neuroborreliose de Lyme é uma causa rara de vasculite e de AVC. Em áreas de alta prevalência e em doentes sem grandes fatores de risco, outras causas de AVC devem ser postas em equação. A história clínica tem um papel importantíssimo para dirigir o diagnóstico.

PO-0213 - (4002) - ADESÃO TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA ANTI-HIPERTENSORA APÓS-AVC, A REALIDADE NUMA UNIDADE DE AVC EM PORTUGAL

Mariana Lobo¹; Isabel Monteiro¹; Teresa Costa¹; Carla Pinto¹; Sandra Martins¹; Teresa Medeiros¹; Sofia Tavares¹

1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

O acidente vascular cerebral (AVC) é a primeira causa de morbimortalidade a nível mundial e a adesão terapêutica é uma medida capaz de a melhorar. A falta de adesão terapêutica é a principal causa de descontrolo tensional, causando ainda um aumento de risco de recorrência de novo AVC e de probabilidade de morte por todas as causas.

Através de métodos indiretos e com recurso a uma ferramenta acessível tentamos inferir a não adesão à terapêutica anti-hipertensora (anti-HTA) após 6 meses de um evento cerebral agudo numa enfermaria portuguesa.

Estudo transversal retrospectivo, tendo sido colhidos dados sobre a aquisição terapêutica anti-HTA em doentes admitidos numa unidade AVC nível B entre 1 de outubro de 2022 a 31 de julho de 2023, com o diagnóstico de AVC isquémico, hemorrágico ou acidente vascular transitório (AIT). Foram excluídos doentes falecidos dado a indisponibilidade na colheita de dados. Na admissão e com base num protocolo da unidade, todos os doentes foram questionados sobre a toma de medicação de forma regular. De seguida, através da plataforma nacional de prescrição (PEM ®) foram retirados os dados para avaliar a aquisição de comprimidos pelo doente para um período de 6 meses após o evento. Procedeu-se a análise descritiva dos dados aferidos.

Foram incluídos 140 doentes, dos quais 106 com AVC isquémico, 25 com AVC hemorrágico e 9 com AIT. Setenta e cinco doentes eram do sexo masculino e a idade média foi de 75.9 anos. Sessenta e dois doentes tinham 3 ou mais fatores de risco vascular.

Sessenta e quatro doentes estavam apenas com 1 fármaco anti hipertensor, sendo que destes 19 estavam apenas medicados com polypills. Apenas 9 doentes estavam com 3 ou mais fármacos. Trinta e um doentes estavam medicados com polypills, sendo a maioria de toma única diária. Trinta e um doentes foram incumpridores. Comparando com a resposta à questão de admissão na unidade de cumprimento terapêutico, obtivemos apenas 6 doentes em que afirmaram incumprimento terapêutico à admissão e mantiveram após o evento. Revendo dos doentes previamente incumpridores e agora cumpridores apenas 3 apresentavam polypills e 5 com 2 ou mais fármacos anti-hipertensores.

A percentagem de incumprimento terapêutico encontrada após 6 meses do evento é alta, cerca de 1/3 dos doentes após internamento não cumprem terapêutica. Contudo é uma inferência, não tendo sido medida diretamente a adesão terapêutica e a aquisição dos comprimidos não significa a sua ingestão, pelo que a percentagem de incumprimento poderá estar subestimada.

A ocorrência de um evento cerebral agudo está descrita como motivador para a adesão terapêutica mas nem sempre se verifica a curto prazo e tende a falhar a longo prazo. A adesão terapêutica após AVC é extremamente importante e deve ser sempre incentivada e pesquisada de forma ativa em todos os contactos médicos, já que a prevalência de incumprimento terapêutica é alta.

PO-0214 - (4072) - UMA CAUSA RARA DE RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA

Ana Luís Vasconcelos¹; Luís Neves Da Silva¹; Patrícia Cláudio Ferreira¹; Rita Pinto Ribeiro¹; Margarida Monteiro¹; Rosário Araújo¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: A retenção urinária aguda (RUA) é frequente no sexo masculino, com um rácio feminino:masculino de 1:13, e tem incidência crescente com a idade. As causas obstrutivas, intrínsecas e extrínsecas ao sistema urológico, são a principal etiologia.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 34 anos, com antecedentes de enxaqueca, recorreu ao Serviço de Urgência por disúria, poliaquiúria, esforço miccional e dor supra-púbica com 4 dias de evolução. Estava medicada com amoxicilina+ácido clavulânico na presunção de infeção urinária, mas não tinha realizado análise de urina por dificuldade na micção. Associadamente com vômitos e aumento do perímetro abdominal. Foi realizada cateterização urinária com drenagem imediata de 2000ml de urina. Analiticamente com lesão renal aguda pós-renal (creatinina 5,7mg/dL), elevação da proteína C reativa (251mg/dL), leucitose neutrofílica (15600/uL com 85% neutrófilos) e leucoeritrocitúria. A TC abdomino-pélvica mostrou dilatação dos sistemas coletores renais e espessamento dos ureteres e bacinetes, sem obstrução. Iniciou ceftriaxone por manter suspeita de infeção urinária e foi internada no Serviço de Medicina Interna.

A doente mencionou picada de uma carraça 3 semanas antes, sem febre ou exantema associados. Negou história de trauma ou início de fármacos. O exame ginecológico foi normal, sem deformações externas ou corrimento. O exame neurológico sumário foi normal, sem alterações motoras, da sensibilidade ou dos pares cranianos.

Colocados 3 principais diagnósticos diferenciais: lesão cerebral ou medular com atingimento dos centros da micção ou sistema nervoso autónomo; neuroborreliose ou rickettsiose com mielite transversa; e infeção urinária complicada. Pedida RMN pélvica que mostrou "lesões hiperintensas medulares entre D10-D12 de possível etiologia inflamatória/desmielinizante". As serologias para *Borrelia* e *Rickettsia*, assim como a urocultura foram negativas. Pedida colaboração de Neurologia e realizada punção lombar, com evidência de 3 células, proteinorráquia e bandas oligoclonais. Iniciou pulsos de metilprednisolona 1g durante 5 dias. Foi desalgaliada após treino vesical.

Discussão: A esclerose múltipla é a doença inflamatória desmielinizante do Sistema Nervoso Central mais comum. A manifestação inicial de retenção urinária isolada é rara, embora as disfunções vesicais sejam frequentes no curso da doença.

Conclusão: Desta forma, é importante conhecer e considerar etiologias mais raras de RUA.

PO-0215 - (4089) - PARA ALÉM DO DISTÚRPIO FUNCIONAL - UM CASO DE PERDA TRANSITÓRIA DE CONSCIÊNCIA COM AFASIA

Rita Valadas²; Rita Rosado Sobral¹; Francisco Próspero Luís²;
Rita Tinoco Magalhães²; Maria Margarida Andrade²; Jana Zelinová²;
Ana Maria Grilo²; Victor Espadinha²; Diogo Cruz²

1 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa; 2 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

INTRODUÇÃO: A perda transitória de consciência (PTC) é um motivo frequente de admissão hospitalar. Num idoso com comorbidades e polimedicado, a etiologia pode não ser evidente apenas pela anamnese e implica a realização de exames para exclusão de causas mais graves. Os autores pretendem, com este caso, alertar para a importância do diagnóstico diferencial e de uma avaliação abrangente e integrada.

CASO CLÍNICO: Mulher de 82 anos, com antecedentes de acidente vascular cerebral isquémico e vários episódios assumidos como acidentes isquémicos transitórios, internada por PTC seguida de afasia motora. À admissão, apresentava-se vígil, colaborante, mas afásica. Sem outras alterações ao exame neurológico e com recuperação da fala após 30 minutos. Do estudo complementar destaca-se TC e RM cranioencefálica sem alterações agudas, compatíveis com leucoencefalopatia vascular isquémica crónica. O eletroencefalograma apresentava escassa atividade paroxística frontal bilateral. Iniciou antiepiléticos admitindo-se epilepsia vascular. Sem alterações eletro- ou ecocardiográficas e Holter 24h em ritmo sinusal. Durante o internamento apresentou vários episódios de PTC seguida de período autolimitado de afasia motora, sempre que se colocava em sedestação. Reavaliada por Neurologia enquanto realizava ecodoppler dos vasos do pescoço em decúbito e ortostatismo, sem queda da tensão arterial com a sedestação nem alteração do fluxo carotídeo, mas com quadro clínico sugestivo de distúrbio funcional (tónus mantido, queda do membro superior sem embater na face, sem sinais de disautonomia). Avaliada por Psiquiatria que considerou distúrbio funcional pouco provável atendendo a ausência de psicopatologia. Realizado Teste de Tilt com evidência de hipotensão ortostática com reprodução de sintomas. Iniciou tratamento com fludrocortisona e, após 2 semanas com progressiva titulação terapêutica, foi possível dar alta por melhoria clínica, a tolerar levantar.

DISCUSSÃO: Este caso clínico ilustra um caso de PTC com várias possíveis etiologias. A doença cerebrovascular com epilepsia secundária e a apresentação atípica contribuíram para o atraso no diagnóstico. Apesar da hipotensão ortostática ser a causa mais provável, pelo fator precipitante, esta não era clinicamente evidente, sendo apenas comprovada com o Teste de Tilt e com a resposta à terapêutica. Por vezes, as comorbidades podem limitar a investigação, constituindo um desafio para o diagnóstico desta entidade na população geriátrica.

PO-0216 - (4128) - AVC ISQUÉMICO - UMA CAUSA MENOS FREQUENTE DE CARDIOEMBOLIA

Beatriz Riquito¹; Rita Magalhães¹; Margarida Montes¹; Daniela Augusto¹; Ricardo Almendra¹; Victor Paz¹

1 - ULSTMAD

Introdução O acidente vascular cerebral (AVC) é a primeira causa de morte e de incapacidade permanente em Portugal. A classificação TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) é a mais aceite e globalmente utilizada no estudo etiológico dos mesmos.

Caso Clínico: Homem, 51 anos, autónomo. Antecedentes de paragem cardiorrespiratória por enfarte agudo do miocárdio (EAM) e AVC isquémico por hipoperfusão, com sequelas minor. Seguido por Cardiologia por insuficiência cardíaca (IC) isquémica desde então. Inicia clínica de dor na região anterior da coxa direita e cerca de 15 dias após, recorre ao serviço de urgência (SU) por dispneia e cansaço progressivo com os esforços, interpretados como infeção respiratória. Por manutenção dos sintomas, retorna ao SU, referindo também falta de força na mão esquerda, inclusive com queda de objetos e acidente de viação devido ao défice. Encontrava-se hemodinamicamente estável, eletrocardiograma com taquicardia sinusal (100-110bpm). Foi observado por equipa de Medicina Interna e Neurologia, e realizou alguns exames complementares, que mostraram: hipocapnia de 26mmHg; pro-BNP 5000 pg/mL e d-dímeros 1.77ug/mL, sem parâmetros inflamatórios elevados e sem lesão renal aguda; a tomografia axial computadorizada (TC) cerebral evidenciou, não só as alterações antigas, mas também uma hipodensidade com envolvimento do córtex e do subcórtex central e subcentral à direita, em relação com sinais de enfarte no território da artéria cerebral média direita; e finalmente, a angio-TC do tórax confirmou pequeno defeito de preenchimento num ramo de uma artéria para o segmento posterior do lobo inferior esquerdo e derrame pleural bilateral. Ficou assim internado no serviço de Neurologia por AVC isquémico, associado a tromboembolismo pulmonar e trombose venosa profunda (confirmada por eco-doppler). Após estudo etiológico, o ecocardiograma transtorácico excluiu foramen ovale patente, mostrando uma miocardiopatia dilatada, com hipocinésias das paredes e fração de ejeção (FE) de 13%, assumindo-se AVC de causa cardioembólica no contexto de IC com FE reduzida descompensada.

Discussão e Conclusão: A classificação TOAST explicita as situações de alto risco de cardioembolismo, entre elas o EAM recente e a IC congestiva com FE <30%. Estudos recentes mostram que doentes com IC com FE reduzida (sintomáticos ou não) têm um risco acrescido de AVC, mais concretamente em estudos prospetivos de doentes sobreviventes de EAM's (1,3 - 3.5%/ano).

PO-0217 - (2087) - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E A DOENÇA CELÍACA

Maria Eduarda Moniz¹; Luís Santos¹; Cláudia Sousa¹; Matilde Ferreira¹; Manuela Lélis¹; Catarina Neto¹; Bela Machado¹; Carolina Gouveia¹; Teresa Faria¹

1 - sesaram

Introdução: A doença celíaca é conhecida por dar manifestações intestinais e extra-intestinais, incluindo manifestações cardíacas, como a insuficiência cardíaca (IC).

Caso Clínico: Homem de 61 anos, autónomo, recorreu à consulta do seu médico assistente após diagnóstico de IC em contexto de infecção respiratória. Tratava-se de um doente fumador, com hipertensão arterial, anemia macrocítica por défice de ácido fólico e esquizofrenia. O ecocardiograma transtorácico realizado mostrou miocardiopatia dilatada com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) reduzida (29%). No Holter de 24 horas apresentava ritmo sinusal, com bloqueio cardíaco de ramo esquerdo. Após 8 meses de terapêutica médica otimizada (TMO) repetiu ecocardiograma transtorácico que revelou miocardiopatia dilatada com depressão grave da FEVE (31%). Realizou cateterismo cardíaco que excluiu etiologia isquémica. Por apresentar diarreia com mais de 3 meses de evolução e défices vitamínicos de ácido fólico e de vitamina D, foi testado para o anticorpo anti-gliadina deaminada e anticorpo anti-transglutaminase tecidual que foram positivos. Foi encaminhado para consulta de Nutrição após 16 meses de TMO. Após um ano e meio de TMO e 2 meses de dieta com restrição de glúten, repetiu ecocardiograma transtorácico que mostrou ventrículo esquerdo no limite superior do normal com FEVE de 46%.

Discussão: Este doente apresentava insuficiência cardíaca com FEVE gravemente reduzida após TMO. Após diagnóstico de doença celíaca iniciou dieta livre de glúten e 2 meses após a reavaliação ecocardiográfica revelou uma melhoria substancial. De acordo com a literatura, a relação precisa de causalidade entre doença celíaca e cardiomiopatia quando presentes ainda não é totalmente compreendida. Alterações como ventrículo esquerdo dilatado, disfunção do ventrículo esquerdo e FEVE muito baixa foram descritas em doentes com IC e doença celíaca. Vários mecanismos têm sido apontados, como a cardiomiopatia causada pelos défices nutricionais e por respostas imunomediadas.

Conclusão: A cardiopatia associada à doença celíaca requer um nível de suspeição elevado. Uma dieta sem glúten foi associada a uma melhoria acentuada das dimensões do ventrículo esquerdo e função cardíaca, evitando a progressão da cardiomiopatia.

PO-0218 - (2133) - A ECOCARDIOGRAFIA E A ENDOCARDITE - UM DESAFIO CLINICO.

Rosário Eça¹; Teresa Souto Moura¹; Rui Malheiro¹; Felisbela Gomes¹; Helena Teixeira¹; Isabel Marcão¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução:A endocardite infecciosa (EI) é uma patologia que afeta o endocárdio assim como estruturas valvulares cardíacas. Apesar dos avanços no seu diagnóstico e tratamento ainda com elevada morbi-mortalidade constatando-se um aumento da sua incidência em idades mais avançadas e em doente sem os fatores de risco típicos. Outro aspeto a ter em conta é o surgimento de agentes multirresistentes, face à pressão seletiva de antibióticos, tornando o tratamento das EI um desafio clínico, tornado-se essencial um diagnóstico atempado permitindo uma melhor abordagem e prognóstico, desempenhando a ecocardiografia transtorácica (ETT) um papel primordial.

Objetivo:Estudo retrospectivo observacional que visa caracterizar as EI diagnosticadas num laboratório de ecocardiografia de um Serviço de Medicina.

Materiais e Métodos:Identificação de todos os pacientes em que se diagnosticou EI por ETT, por um período de 2 anos. Foram examinados dados epidemiológicos, ecocardiográficos e microbiológicos, assim como a antibioterapia instituída e abordagem clínica.

Resultados:Dos 73 doentes, a quem foi efetuada ETT por suspeita de EI, esta foi identificada em 49 (67,1%), com predomínio do género masculino (26/49; 53%) e uma idade média de 72.8 anos. A ETT foi realizada num período inferior a 5 dias, desde a suspeita diagnóstica em 86,3% dos casos. Dos 49 casos, a vegetação encontrava-se em válvulas nativas em 35 doentes (71,4%), válvulas protésicas em 11 (22,4%) e em dispositivos implantados em 3 doentes (6,1%). 42 doentes (85,7%) tinham hemoculturas realizadas previamente à instituição de antibioterapia e o agente foi identificado em 31 casos (63,3%), sendo o mais comum o *Staphylococcus aureus* (57,5%) seguido do *Enterococcus species* (32,2%). Em 2 casos o agente foi a *Candida albicans*. 33 doentes (67,3%) iniciaram antibioterapia empírica tendo a mesma sido ajustada em 19. Houve uma adequada cobertura de agente em 1 semana em 32,3% dos casos, e de 14% em 2 semanas. De acordo com ETT em 39 doentes (79,6%) a vegetação encontrava-se em apenas uma válvula, com destaque para a mitral (61,2%) seguida da aórtica (26,5%), e em 5 doentes (10,2%) estava presente em mais que uma válvula. 9 casos tiveram necessidade de confirmação por ecocardiografia transesofágica tendo esta sido descartada em 5 doentes. 17 doentes (34%) efetuaram ETT follow-up pós-terapêutica e apenas em 2 (11,8%) não houve regressão da vegetação. 7 doentes (14,2%) tiveram necessidade de intervenção cirúrgica e 5 (10,2%) foram admitidos nos Cuidados Intensivos. A mortalidade foi de 6,1% (3 doentes).

Discussão e Conclusão:A EI continua a ser uma patologia de elevada morbi-mortalidade sendo importante um diagnóstico atempado para uma melhor abordagem terapêutica. Ao longo dos anos a ecocardiografia tem ganho o seu papel de destaque no diagnóstico assim como na prevenção de complicações, devendo ser realizada o mais precocemente possível, de modo a melhorar abordagem clínica e o outcome.

PO-0219 - (2591) - O QUE SE VIRIA A DESVENDAR POR DETRÁS DE UMA OTITE ?

João Loja¹

1 - Hospital Central do Funchal, Serviço de Medicina Interna

Introdução: Apresenta-se o caso de um homem que recorreu ao serviço de Urgência (SU) por quadro de otite média aguda (OMA). Na ida ao SU foi identificada hipertensão arterial (HTA) de novo cujo estudo revelou ser secundária a uma neoplasia renal.

Caso clínico: Homem de 58 anos, fumador de 40 unidades maço-ano (UMA), sem outros antecedentes, recorreu ao SU por otalgia à esquerda com 2 dias de evolução. Ao exame objetivo a destacar estreitamento do canal auditivo externo esquerdo com hiperémia da membrana timpânica e uma pressão arterial (PA) de 231/114 mmHg. No SU o doente fez medicação anti-hipertensora por via oral que não surtiu qualquer efeito, pelo que iniciou perfusão de labetalol e realizou tomografia axial computadorizada (TAC) crânio-encefálica que não evidenciou lesões agudas. Após estabilização tensional, foi medicado com amoxicilina e ácido clavulânico para a OMA, iniciou tratamento anti-hipertensor com azilsartan e clorotalidona e continuou o estudo da HTA em consulta de Medicina Interna. Em ambulatório doseou-se um nível de renina de 142 µIU/ml e normetanefrina de 211 pg/ml. Fez monitorização da pressão arterial em ambulatório (MAPA) de 24 horas, registando-se valores tensionais sugestivos de HTA não controlada, com variação circadiana do tipo dipper sistólico e diastólico. Por manter valores tensionais altos, progrediu-se na terapêutica anti-hipertensora com a introdução da amlodipina, bisoprolol e posteriormente metildopa. A TAC abdominopélvica mostrou um volumoso quisto multisseptado e loculado, com calcificações, medindo 8 cm de maior eixo, no rim direito. Referenciado à Urologia e subseqüentemente submetido a nefrectomia parcial direita, cujo resultado viria a demonstrar um carcinoma de células renais.

Discussão: Os autores realçam a importância de avaliar o doente de uma forma completa em vez de dirigida à queixa que levou o doente ao SU. A medição da PA levou a um vasto leque de diagnósticos diferenciais conseguindo-se mudar de forma significativa o prognóstico do doente, uma vez que a neoplasia renal foi diagnosticada precocemente (estadio 1).

Conclusão: Os autores mostram a gestão da medicação anti-hipertensora em ambulatório num doente com hipertensão refratária, e com este caso reforçam o papel fundamental do internista na avaliação global do doente e o seu impacto na morbimortalidade.

PO-0220 - (2701) - RECURRENT SYNCOPE IN THE YOUNG: AN UNEXPECTED FINDING

Matilde Vieira Ferreira¹; Francisco Sousa¹; Gonçalo Bettencourt Abreu¹; João Adriano Sousa¹; António Drumond¹

1 - Serviço de Cardiologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM EPERAM, Funchal, Portugal

Introduction: Syncope is a transient loss of consciousness followed by spontaneous recovery. Recurrent syncope, characterized by repeated episodes of fainting, presents a significant concern due to its potential impact on daily life and the risk of injury.

Case Report: A 37-year-old female patient with a history of episodes of loss of consciousness for 3 years. During the first episode, she was driving when suddenly she felt her body fainting and lost consciousness for a few seconds, almost immediately waking up only to find herself in a big traffic crash. Since then, she has experienced episodes where she felt palpitations and had the perception of fainting but never actually fainted. One year later, another episode occurred where she transiently lost consciousness while dining and fell from the chair, witnessed and helped by her husband. She always recovered immediately without drowsiness or post-critical confusion. No loss of sphincter control or tongue biting occurred. A cranial Computed Tomography scan showed no abnormalities. A transthoracic echocardiogram showed no structural damage to the heart and 24-hour Holter monitor revealed sinus rhythm with periods of sinus tachycardia and no significant pauses, heart block or conduction abnormalities. She was referred to Cardiology for further investigation of possible cardiac syncope. The episodes were not suggestive of epileptic seizures; however, an additional electroencephalogram was performed with no pathological features. An implantable loop recorder (ILR) was inserted and within a month, a new syncope happened, and the device interrogated promptly, revealing a very long 15seconds sinus pause, supporting a cardioinhibitory syncope. An early pacemaker was implanted, and the patient has remained syncope-free since then.

Discussion: ILR is often used in patients with unexplained fainting episodes, palpitations, or other suspected cardiac arrhythmias that may not be captured by conventional monitoring methods. It offers a non-invasive and convenient way to monitor heart rhythm over an extended period, providing valuable insight for accurate diagnosis and personalized treatment planning.

Conclusion: Syncope can be a sign of a more serious condition, specially in younger people with no obvious cause. Medical evaluation is crucial to identify the underlying cause, which could range from benign vasovagal syncope to more serious conditions such as cardiac arrhythmias or structural heart abnormalities.

PO-0221 - (2890) - FV LEIDEN, CONTRACEPÇÃO ORAL E VÁRIAS MILHAS AÉREAS: UM COCKTAIL MOLOTOV PARA A OCORRÊNCIA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) GRAVE.

Henrique Alves De Sousa¹; Luzia Bismarck¹; Beatriz Marquês¹; Grace Staring¹; Fatima Monteiro¹; Ana Costa¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste, EPE

Introdução: Existem vários fatores genéticos e adquiridos que contribuem para TEP e trombose venosa profunda (TVP). A mutação do FVLeiden (FVL) é a trombofilia hereditária mais comum apresentando risco estimado 7 vezes superior aos não portadores e, quando associado a outros fatores de risco aumenta exponencialmente.

Caso Clínico: Feminino de 49 anos com antecedentes pessoais de Bócio multinodular eutiroideo, sem hábitos toxifílicos. Medicação habitual: Minulet (0,075 mg de gestodeno e 0,030 mg de etinilestradiol). Viagens aéreas frequentes (última há 7 dias) por trabalho. Recebida na Sala de emergência por quadro de dispneia, palpitações, taquicardia, tonturas com início súbito. À admissão a destacar: FC 140 bpm, SpO2 90%, normotensa. Gasometria arterial com hipocapnia e hipoxemia. ECG: taquicardia sinusal, 150 bpm, padrão S1Q3T3. Laboratorialmente a destacar D- Dímeros 14032 ng/mL, Troponina I 253ng/L, PCR 17,5 mg/dL; Pesquisa SARS CoV2, Influenza A e VSR negativos. Pela hipótese de TEP/SCA realizou Angio TC Torax com evidência de TEP aguda volumosa, em sela, atingindo ambos ramos principais, vários lobares e segmentares bilaterais; artéria pulmonar não dilatada mas com dilatação das cavidades direitas. Ecocardiograma com HTP ligeira, sem outras alterações significativas. Iniciou enoxaparina em dose terapêutica. O ecodoppler dos membros inferiores revelou flebotrombose aguda/subaguda, praticamente oclusiva, na veia poplítea direita que se estendia até á transição poplíteo-femoral. Do estudo autoimune e trombofilias a destacar anticoagulante lúpico positivo, discreto défice de antitrombina III funcional e positividade para a mutação heterozigótica do FVL. A doente apresentou evolução clinica favorável, com indicação para anticoagulação oral ad eternum. **Discussão:** Mulher de meia idade, que reunia vários fatores de risco evidentes para eventos trombóticos (contracepção oral e viagens de avião), no entanto decidiu-se estudo complementar de trombofilias com positividade para a mutação heterozigótica do FVL. A positividade para anticoagulante lúpico, não se valorizou na fase aguda tendo indicação para reavaliação à posteriori.

Conclusão: As mulheres em idade fértil portadoras de FVL devem ser aconselhadas a reduzir ou eliminar outros fatores de risco para TE venoso. No caso descrito, a associação adicional à contracepção oral e viagens de avião, constituíram um verdadeiro “cocktail molotov” para a ocorrência de eventos trombóticos potencialmente fatais.

PO-0222 - (4031) - FEOCROMOCITOMA: RELATO DE UM CASO CLÍNICO COM ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Beatriz Passos¹; Eduarda Martins¹; Raquel Oliveira¹; Mariana Maia¹; Joana Rigor¹; Raquel Cruz¹

1 - Unidade Local de Saúde - Povoia do Varzim/ Vila do Conde

INTRODUÇÃO:A hipertensão arterial (HTA) é uma patologia frequente, de etiologia primária ou secundária (por exemplo, a patologia endócrina subjacente como a Síndrome de Conn ou Feocromocitoma). O Feocromocitoma é um tumor raro, mais frequente nas células cromafins da glândula supra-renal. Caracteriza-se pela produção excessiva de catecolaminas e num terço dos casos é hereditário. Pode condicionar HTA, associada a palpitações, hiperidrose, cefaleias, ansiedade, entre outros. O doseamento de catecolaminas e metanefrinas séricas e urinárias, associada a exames complementares de imagem (tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RMN)) para identificação e caracterização da lesão, permitem o diagnóstico. O tratamento consiste na remoção cirúrgica do tumor.

CASO CLÍNICO:Homem de 52 anos, antecedentes pessoais de HTA, diabetes mellitus tipo 2 e aterosclerose coronária. Sem antecedentes familiares. Referenciado ao Serviço de Urgência por palpitações, picos hipertensivos, flushing, cefaleias, hiperhidrose, astenia com incapacidade funcional, precordialgia e tonturas com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo com perfil hipertensivo (207/123mmHg). Do estudo salienta-se TC abdominal com lesão nodular de 5,5cm na suprarrenal esquerda. Orientado para estudo em Consulta Externa (CE) de Medicina Interna. Realizou doseamento de catecolaminas e metanefrinas séricas e urinárias apresentando metanefrinas com padrão bioquímico noradrenérgico, RMN abdomino-pélvica com lesão sólida e heterogénea, de contornos bem definidos na glândula suprarrenal esquerda e Tomografia por Emissão de Positrões com avidéz intensa nessa região. Discussão e orientação para CE de Endocrinologia e Genética Médica. Estudo complementar genético com mutação do gene RET em heterozigotia. No pré-operatório realizou bloqueio alfa adrenérgico com fenoxibenzamina em doses elevadas. Fez adrenalectomia esquerda laparoscópica (histologia a confirmar neoplasia sugestiva de Feocromocitoma). Após adrenalectomia evoluiu com normalização de catecolaminas/metanefrinas, melhoria clínica sem qualquer limitação funcional, perfil tensional controlado apenas com um anti-hipertensor.

DISCUSSÃO:Este caso ilustra um caso de doente com Feocromocitoma com clínica típica, com diagnóstico e orientação atempados possibilitando uma evolução favorável. De destacar a importância da atenção clínica aos sintomas e sinais, pois apesar de raro, pode ser fatal caso não seja diagnosticado e tratado precocemente.

PO-0223 - (4051) - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EM CONTEXTO PARANEOPLÁSICO

Eliabete Ribeiro¹; Patrícia Brito¹; Filipa Gonçalves¹; Fernando Esculcas¹; Jorge Cotter¹

1 - Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução: o tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma forma de tromboembolismo venoso que é frequente e, em alguns casos, pode ser fatal. A apresentação clínica do TEP é variável e muitas vezes inespecífica, o que torna o diagnóstico desafiante. Para além de ser importante o diagnóstico de TEP de forma a instituir terapêutica hipocoagulante atempadamente, é também importante o estudo etiológico deste evento trombótico, sobretudo em doentes sem fatores de risco evidentes.

Caso Clínico: doente do sexo masculino, 49 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial. O doente recorreu ao SU por dispneia em agravamento progressivo, inicialmente para médios esforços e posteriormente com dispneia em repouso, com 15 dias de evolução e com noção de edema gemelar de novo. Negou dor torácica, febre ou ortopneia. Associadamente referia astenia e anorexia com um mês de evolução. No SU realizou doppler dos membros inferiores que demonstrou TVP poplítea bilateral e realizou angio-TAC torácico que evidenciou a presença de tromboembolismo pulmonar. Dada disfunção ventricular direita, com concomitante elevação de biomarcadores, ficou internado por TEP de risco intermédio alto e iniciou terapêutica com hipocoagulação.

Durante o internamento, apesar de documentada TVP na admissão, dadas as queixas de astenia e anorexia com evolução arrastada, o doente realizou estudo analítico e imagiológico alargado. Com efeito, na ressonância abdominal realizada apresentava múltiplos nódulos hepáticos, em fígado não cirrótico, compatíveis com metastização; analiticamente apresentava elevação de LDH e elevação marcada de alfafetoproteína, sem citocolestase ou hiperbilirrubinemia associadas. Realizou biopsia hepática durante o internamento, cujo resultado histológico foi compatível com carcinoma hepatocelular, tendo sido orientado para Oncologia.

Conclusão: existem múltiplas etiologias para o tromboembolismo pulmonar que podem condicionar sobretudo a duração da hipocoagulação. Com efeito, este caso tratou-se de um desafio clínico na medida em que, apesar de um evento de TVP associado, o TEP pareceu ocorrer em contexto paraneoplásico, com diagnóstico de novo de um carcinoma hepatocelular.

PO-0224 - (4097) - UM CASO ATÍPICO DE CARDITE DE LYME

João Lagarteira¹; Filipe Silva Vilela²; Sara Sá¹; Rita Pera¹; Andres Carrascal¹; Eugenia Madureira¹

1 - ULSNE - Hospital de Bragança; 2 - ULS Braga

Introdução: A doença de Lyme é uma doença transmitida por carraça, mais comumente causada pela bactéria *Borrelia burgdorferi*. A doença de Lyme tem um amplo espectro de manifestações clínicas e também varia em gravidade devido, em parte, às diferenças entre espécies. O envolvimento cardíaco ocorre durante a fase inicial disseminada da doença, geralmente dentro de semanas a alguns meses após o início da infecção, sendo a sua incidência inferior a 1% dos casos de infecção.

Caso clínico: Doente do género feminino, de 64 anos. Antecedentes de hipertensão arterial e fibrilhação auricular (FA). Apresentação com dispneia para médios/grandes esforços com cerca de 3 meses de evolução. 4 meses antes terá sido picada por uma carraça durante a atividade profissional. Nega qualquer sintomatologia como, rash associado ao local da picada, outras alterações cutâneas, febre ou hipersudorese noturna, sintomatologia compatível com síndrome viral, artralguas ou edema articular, sintomas neurológicos, gastrointestinais e urinários. Ao exame objetivo apresentava hipofonese cardíaca, sem outras alterações. Eletrocardiograma em FA com resposta ventricular controlada, sem alterações do segmento ST-T. TC tórax: moderado derrame pericárdico circunferencial, sem espessamento dos folhetos pericárdicos, cardiomegalia envolvendo sobretudo as aurículas. Ecocardiograma: Derrame pericárdico globalmente de moderado volume, localizado sobretudo em relação com a parede posterior e lateral do ventrículo esquerdo (18-20 mm). Do estudo realizado: B.Burgdorferi-CH IgM (elisa) Positivo (1,47) e confirmado por WB (IgM) Bandas p41 e OspC(Index 9): Positivo. Sem outras alterações analíticas. Assim sendo, foi assumida infecção por *Borrelia Burgdorferi*, com afeção cardíaca (Cardite de Lyme) tendo iniciado antibioterapia com doxiciclina 100mg 2 vezes ao dia, que cumpriu durante 21 dias. Manteve seguimento em consulta de Medicina Interna e Cardiologia, sem intercorrências e com resolução do derrame pericárdico verificado no último ecocardiograma.

Discussão: Apesar da característica clínica mais comum da cardite de Lyme ser o bloqueio da condução atrioventricular (BAV) relacionado à disfunção do sistema de condução, podendo, também, incluir miopericardite e raramente endocardite ou pancardite fatal, a doente apresentou-se com um derrame pericárdico, demonstrado uma forma diferente de afeção cardíaca, embora mais indolente, mas, do ponto de vista clínico e terapêutico, igualmente importante.

PO-0225 - (4138) - DESVENDANDO A DOR TORÁCICA: A IMPORTÂNCIA DA ECOGRAFIA À CABECEIRA DO DOENTE

Ana Tenreiro¹; Miguel Carias¹; Marta Figueiredo¹; Rafael Viana¹; João Figueira¹; Bruno Piçarra¹

1 - Hospital do Espírito Santo de Évora

A dissecção aórtica é uma emergência cardiovascular com elevada mortalidade, exigindo prontidão na sua identificação e intervenção. A suspeita clínica pela sintomatologia é crucial, mas a ecografia à cabeceira do doente permite o diagnóstico rápido e preciso.

O caso apresentado trata-se de um homem de 58 anos com antecedentes de hipertensão arterial, AVC isquémico, incumpridor da terapêutica médica. O doente recorreu ao Serviço de Urgência por dor pré-cordial, vômitos e síncope. À admissão, o doente encontrava-se hipotenso (tensão arterial de 88/65mmHg), pálido e com sinais de má perfusão periférica. Foi realizado ecocardiograma transtorácico sumário à cabeceira do doente que revelou volumoso derrame pericárdio circunferencial, dilatação da raiz da aorta com insuficiência aórtica ligeira-moderada e identificou-se a camada íntima da aorta por separação das camadas da parede aórtica. Realizou-se tomografia axial computadorizada de tórax com estudo angiográfico que confirmou a suspeita diagnóstica, revelando dilatação aneurismática da aorta ascendente (62 mm) e porção proximal do arco aórtico (52 mm) com septos internos e dissecção dos troncos supra-aórticos. Revelou também volumoso hemopericárdio circunferencial de 3 cm de espessura e sinais de disfunção cardíaca direita. Assim, confirmou-se o diagnóstico de dissecção aórtica tipo A de Stanford, DeBakey I, e o doente foi submetido a colocação de conduto supra-coronário.

Em conclusão, este caso ilustra a necessidade de realização de ecografia à cabeceira do doente nas situações de emergência cardiovascular, como são os casos de dor torácica. Apesar de sugestivo de cardiopatia isquémica, o caso clínico apresentado foi rapidamente identificado como dissecção da aorta através da realização de ecocardiograma sumário, permitindo uma maior prontidão na atuação médica.

PO-0226 - (4182) - AVC ISQUÊMICO NO CONTEXTO DE SÍNDROME TAKOTSUBO, UMA HISTÓRIA INVULGAR

Daniela Costa¹; Daniel Botelho¹

1 - Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho

Introdução: A Síndrome de Takotsubo é caracterizada por uma disfunção sistólica regional aguda do ventrículo esquerdo, associada ao stress psicofísico, sendo geralmente reversível. A sua incidência é maior em mulheres pós-menopausa. A redução da contratilidade na região apical do ventrículo esquerdo provoca uma alteração no fluxo de sangue na cavidade cardíaca, contribuindo assim para uma maior estase e por conseguinte para a formação de trombos apicais (2-8% dos casos), aumentando assim o risco de um evento cardioembólico.

Caso Clínico: Mulher 73 anos de idade, previamente autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e asma. Admitida no Serviço de Urgência por quadro de assimetria facial, alteração na linguagem e diminuição da força muscular à direita. Objetivamente apresentava pupilas anisocóricas pouco reativas, apagamento do sulco nasogeniano direito, disartria e ligeira parésia braquial direita. Nesse contexto, fez TC-CE que revelou hipodensidade estriatocapsular e insular esquerda compatíveis com AVC isquémico menor. Ficou internada para estudo tendo realizado eletrocardiograma (ECG) que mostrou inversão da onda T com subida ligeira da troponina (41.2ng/L) e um pro-BNP 7174 pg/mL. Fez também ecocardiograma que mostrou uma função sistólica globalmente diminuída e um ventrículo esquerdo com marcada hipocinesia do ápex e de todos os segmentos apicais. Fez também Holter que não revelou arritmias passíveis de causar um evento tromboembólico. Em ECGs subsequentes, observou-se manutenção de inversão de ondas T sem subida de troponina. Fez ecocardiograma de reavaliação com reversão completa dos achados, com função sistólica preservada e sem alterações da contratilidade segmentar. Assumiu-se AVC isquémico de etiologia cardio-embólica com origem em provável trombo apical formado em contexto da S. Takotsubo, dada a inexistência de outras arritmias documentadas, tendo a doente nesse contexto iniciado anticoagulação.

Discussão: A síndrome de Takotsubo geralmente tem um prognóstico favorável e as recorrências são raras. As alterações na função cardíaca geralmente são transitórias e desaparecem completamente em dias ou algumas semanas. Dada a sua associação com o risco de acidente vascular cerebral embólico, torna-se necessário detetar prontamente e gerir adequadamente esta condição e aumentar a consciencialização para medidas preventivas nomeadamente a instituição de anticoagulação.

PO-0227 - (4223) - ENDOCARDITE INFECCIOSA: UM CASO CLÍNICO DO DIAGNÓSTICO À INTERVENÇÃO

Beatriz Santos Camara Lourenco¹; Diogo Macedo¹; Romana Fagundes¹; Maria Rui Gomes¹; Andreia Freitas¹; Sara Ribeiro¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia Espinho

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é uma infecção aguda/subaguda do endocárdio causada por vários microorganismos. As complicações associam-se a altas taxas de morbidade e mortalidade, sendo de extrema importância o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. Relatamos um caso de EI de válvula nativa com embolização séptica à apresentação que evoluiu com complicações multiorgânicas.

Caso Clínico: Homem de 60 anos com Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus e hábitos etílicos, recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor abdominal, febre, perda ponderal e astenia com 3 semanas de evolução, associada a diarreia e febre nas últimas 24h. Objetivamente, com sopro cardíaco de novo. Analiticamente, anemia, leucocitose com neutrofilia e PCR elevada. TC-Abdominal revelou esplenomegalia com enfarte esplénico e ecocardiograma transtorácico revelou a presença de EI de válvula mitral associada insuficiência mitral de grau moderado associado a perfuração do folheto anterior e insuficiência aórtica severa. As hemoculturas foram positivas para *Streptococcus* do grupo viridans (*Streptococcus mitis/oralis*). Iniciou antibioterapia com ampicilina, flucloxacilina e gentamicina, tendo ao 5º dia alterado para ceftriaxone de acordo com TSA. No internamento desenvolveu Lesão Renal Aguda AKIN 3, necessitando de terapêutica de substituição da função renal e Edema Agudo do Pulmão com necessidade de suporte ventilatório não invasivo, necessitando de cirurgia emergente com substituição das válvulas aórtica e mitral por válvula biológica. Teve alta, tendo cumprido 6 semanas de antibioterapia.

Discussão: A EI de válvula nativa é incomum. O microorganismo mais frequentemente associado é o *Staphylococcus aureus*, seguido do *Streptococcus*. A febre e um sopro cardíaco são dois achados que devem aumentar a nossa suspeita clínica. A embolização sistémica é a complicação mais comum. A elevada taxa de morbidade e mortalidade associa-se às complicações locais a nível valvular como a insuficiência cardíaca, a complicação mais severa e que requer intervenção cirúrgica. O momento cirúrgico não está bem definido e é uma decisão individualizada.

Conclusão: Este caso reforça a variedade de apresentações clínicas, reflectindo a importância de um elevado grau de suspeição e realça as inúmeras complicações associadas. O tratamento da EI e das suas complicações é um desafio na prática clínica e, por isso, requer uma abordagem multidisciplinar para uma avaliação completa e integrada do doente.

PO-0228 - (4224) - QUAL O MELHOR SCORE PREDITOR DE MORTALIDADE NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA? – ESTUDO RETROSPECTIVO

Joana C. Ramos¹; Carolina Martins¹; Patrícia Dias¹; Lèlita Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: Os algoritmos Emergency Heart Failure Mortality Risk Grade (EHMRG), Ottawa Heart Failure Risk Scale (OHFRS) e Multiple Estimation of risk based on the emergency department Spanish Score in patient with AHF (MEESSI-AHF) são modelos de estratificação de risco validados para prever a mortalidade entre 7-30 dias por insuficiência cardíaca aguda (ICA). EHMRG divide-se em baixo risco (<0,7%) , intermédio (2%), alto (3,5%) e muito alto (8,2%). OHFRS divide-se em risco muito alto (>39,8%) , alto (>15,9%) , intermédio (> 5,1%) e baixo (<2,8%) . No MEESSI-AHF existe igualmente uma divisão de risco muito alto (>26%) , alto (>15%) , intermédio (>4%) e baixo (<4%).

Objetivo: Caracterizar os doentes internados com ICA e avaliar a taxa mortalidade durante 7-30 dias em função dos scores EHMRG, OHFRS e MEESSI-AHF.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo de uma amostra consecutiva de 276 doentes internados no Serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de ICA, durante 2 meses. Destes, 124 foram excluídos por ausência doseamento de troponina I. Assim, foi calculado o EHMRG, OHFRS e MEESSI-AHF de 152 doentes, avaliada a taxa de mortalidade durante 7-30 dias.

Resultados: Dos 152 doentes, com idades entre os 56 e 99 anos (média $84,5 \pm 7,8$), 61,2% eram do sexo feminino. A mediana foi de 9 dias de internamento. No score de EHMRG, 36,8% tinham um risco de mortalidade até 30 dias de 8,2%, 25,7% um risco de 3,5%, 17,8% um risco de 2% e 19,7% um risco baixo. Segundo a OHFRS, 64,5% da amostra tinha um risco de mortalidade superior a 39,8%, 25% um risco alto, 7,9% um risco intermédio e 2,6% um risco baixo. Na escala de MEESSI-AHF, 19,7% tinham um risco de mortalidade >26% , 19,1% de alto risco, 45,4% um risco >4% e 15,8% um baixo risco. A taxa de mortalidade (TM) até 30 dias de toda a amostra foi de 19,1% (29 doentes). Os doentes do grupo de muito alto risco no score EHMRG apresentaram uma TM até 30 dias de 28,6%, o grupo de alto risco de 20,5%, o grupo de risco de 2% de 18,5% e o grupo de baixo risco de 3,3%. No score de OHFRS, a TM até 30 dias no grupo com risco >39,8% foi de 25,5%, no grupo de alto risco foi de 7,9%, no grupo com risco >5,1% foi de 8,3% e no grupo de baixo risco não houve falecimentos. Relativamente ao MEESSI-AHF, a TM a 30 dias no risco >26% foi de 36,7%, no grupo de alto risco foi de 24,1%, no grupo de risco >4% foi de 15,9%; a amostra de baixo risco não apresentou mortes até aos 30 dias.

Conclusões: A aplicação retrospectiva destas escalas preditores de mortalidade, mostrou resultados mais semelhantes com a realidade com a EHMRG e MEESSI-AHF. O score de MEESSI-AHF foi criado a pensar na população espanhola, que tendo características sobreponíveis à portuguesa, pode explicar a aproximação dos valores completos à realidade da amostra. Uma correta estratificação de risco pode melhorar os resultados destes doentes, com apropriada alocação a nível de cuidados e recursos, sendo importante a identificação de uma ferramenta adequada.

PO-0229 - (4828) - CUIDADO COM AS APARÊNCIAS – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COMO CAUSA DE DISFUNÇÃO HEPÁTICA

Íris Simões Galvão¹; Pedro Duarte Mesquita¹; Maria Inês Candeias¹; Maria Catarina Salvado¹; Luís Vale¹; João Manuel Silva¹; José Morgado Pereira¹

1 - Hospital Santo António dos Capuchos

Introdução: A hepatopatia congestiva caracteriza-se pela congestão venosa do fígado resultante de insuficiência cardíaca (IC) direita. Esta congestão mantida pode levar a hipertensão sinusoidal com fibrose centrilobular e, conseqüentemente cirrose.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 70 anos com antecedentes pessoais (AP) de IC e fibrilhação auricular, com incumprimento terapêutico e hábitos alcoólicos (referidas cerca de 5 cervejas/dia – 50g álcool) . O doente recorreu ao serviço de urgência por quadro clínico com 24 horas de evolução de dispneia para pequenos esforços e tosse. Ao exame objetivo apresentava dessaturação periférica e auscultação pulmonar com murmúrio vesicular globalmente diminuído, icterícia mucocutânea e edema dos membros inferiores. Do estudo realizado a salientar painel de vírus com Influenza A positivo, análises com hiperbilirrubinémia e padrão de citocolestase e tomografia computadorizada (TC) do tórax compatível com pneumonia viral com sobreinfecção bacteriana e sinais indiretos de IC direita. Iniciou antiviral, antibiótico e furosemida 80mg/dia endovenosa (EV) com boa resposta diurética, suspensa face a hipocaliémia grave. Ao 5º dia de internamento o doente inicia quadro de lentificação psicomotora tendo sido feito doseamento de amónia (nadir 145ug/dl) , com TC crânioencefálica normal. Face aos AP assumiu-se encefalopatia hepática de etiologia alcoólica e iniciou laxantes. Do estudo realizado a salientar serologias de vírus hepatotrópicos e anticorpos de hepatite auto-imune negativos e ecografia abdominal com hepatomegália de contornos regulares e ecoestrutura homogénea, sem evidência de doença hepática crónica (DHC) e com evidência de sinais indiretos de disfunção cardíaca direita e derrame pleural bilateral. Para melhor esclarecimento etiológico realizou biópsia hepática que foi compatível com hepatopatia congestiva. O doente cumpriu terapêutica espoliadora com furosemida e terapêutica modificadora de prognóstico de IC, com normalização laboratorial e melhoria gradual significativa da encefalopatia e congestão.

Conclusão: A IC direita é uma causa rara de disfunção hepática face a outras causas de DHC, principalmente quando presentes outras etiologias frequentes e estigmatizadas. Salientamos a importância da anamnese e da semiologia cuidada para o diagnóstico etiológico correto, e para a instituição de terapêutica precoce, importantes para a definição do prognóstico do doente.

PO-0230 - (4975) - DEALING WITH CONGESTION: AN UNMET NEED IN HEART FAILURE MANAGEMENT.

Ana David Do Carmo¹; Bernardo Vidal Pimentel¹; Diana Sousa¹;
Maria João Ferreira¹; Pedro Mateus¹; Marco Correia¹; Tatiana Cabral¹;
Tiago Neto Gonçalves¹; Luís Mão De Ferro Landeiro¹; Rui Marques Costa¹;
Inês Araújo¹; Margarida Proença¹; Pedro Moraes Sarmiento¹; Cândida Fonseca¹

1 - Hospital da Luz Lisboa

Context:

Congestion at discharge carries a worse prognosis for hospitalized heart failure (HF) patients contributing to the high rate of early readmissions in HF. Nearly 90% of patients admitted for acute decompensated heart failure (ADHF) exhibit signs of congestion upon admission, and approximately 30% are discharged with residual congestion. Assessing successful decongestion or identifying whose individuals are effectively euvoletic at discharge and are likely to maintain their decongested state after it represents a challenge to clinicians.

Objective:

Assess the prevalence of residual congestion upon discharge following hospitalization for ADHF and determine the recurrence rate of congestion at an early reassessment at a HF day hospital.

Methods:

All patients hospitalized for ADHF in 2023 and subsequently referred to a HF day hospital post-discharge were included in the study. In addition to demographic data and HF type, clinical records at admission, discharge, and reevaluation were scrutinized for signs of congestion (peripheral edema, pulmonary and jugular venous congestion), serum NTproBNP levels, renal function markers, and serum electrolyte levels. Residual congestion and recurrent congestion involved the identification of persisting signs of congestion or a reduction in NTproBNP levels smaller than 30% at both discharge and reevaluation. Results: Eighty-six HF patients (mean age: $78,9 \pm 12,3$ years; 56% men) were discharged and referred to the HF day hospital. Reduced, mildly reduced and preserved ejection fraction were present in 29%, 36% and 20%, respectively. Prevalence of residual congestion was 56%: in 37 patients signs of congestion persisted and in 11 patients without, effective reduction in NTproBNP levels was not achieved. At reevaluation, prevalence of recurrence of congestion was 31% and led to an increase of diuretic treatment. There was a trend in recurrence of congestion for older patients (79,3 vs 78,7 years) with worse renal function (1,61 vs 1,52 mg/dL). Difference on the furosemide dose per weight (0,63 vs 0,61 mg/kg) had apparently no effect on recurrent congestion. Conclusion: Residual congestion and recurrence of congestion at and after discharge are highly prevalent among ADHF patients. Strategies to reduce more effectively and better assess congestion at discharge are needed.

PO-0231 - (2809) - PROTEÍNA DO CÁLCULO PANCREÁTICO: UMA NOVA PERSPECTIVA NA SEPSE

Mariana Ribeiro Gonçalves¹; Jordana Montalvão Duarte¹;
Daniel Freitas Dos Santos¹; Italo Carraro Brandão¹;
Fernanda Rodrigues Martins Masteguim¹; Marcelo Fernando Masteguim¹

1 - Universidade de Ribeirão Preto

Introdução: Sepse é uma disfunção orgânica caracterizada por respostas clínicas e metabólicas heterogêneas do hospedeiro à infecção. Nesse sentido, a proteína do cálculo pancreático (PSP), liberada pelo pâncreas durante estresse sistêmico, tem sido avaliada como biomarcador precoce da sepse capaz de antecipar o diagnóstico (DNG) e mudar o desfecho da doença.

Objetivo: Avaliar o PSP como biomarcador de diagnóstico precoce da sepse.

Material e Métodos: Realizou-se uma revisão de literatura com o termo “pancreatic stone protein sepsis”, resultando na identificação de 31 artigos relacionados aos critérios de inclusão. Contudo, somente 15 artigos foram considerados adequados após leitura do conteúdo.

Resultados: A PSP foi o único biomarcador a demonstrar uma interação altamente significativa entre tempo e grupo (sepse versus sem sepse) com um aumento de 3,3-5,5 vezes dentro de 72 horas antes do evento séptico, enquanto proteína C-reativa (PCR) e procalcitonina (PCT) mostraram variações leves. Entretanto, o uso síncrono da PSP e da PCR demonstrou maior acurácia quando comparado ao seu uso isolado. Ademais, a PSP tem maior especificidade e valor preditivo negativo, sendo capaz de diferenciar a sepse de respostas inflamatórias não infecciosas. Esta proteína demonstra correlação entre o tempo e a presença de sepse, sugerindo que, além de um valor de corte fixo, a dosagem seriada tem um papel crucial no DNG ao considerar a evolução temporal do evento infeccioso, aumentando seu valor nos dias que antecedem os sinais clínicos. Um estudo multicêntrico em pacientes gravemente enfermos confirmou que a medição diária da PSP pode ser usada para o DNG pré-sintomático de sepse nosocomial. Os níveis de PSP correlacionam-se com a gravidade da doença, variando de <20 ng/ml em pacientes adultos sem infecção a várias centenas de ng/ml em pacientes com sepse, podendo chegar a valores ainda mais altos em pacientes com choque séptico. É contraindicada a antibioticoterapia empírica se os níveis de PSP forem inferiores a 200 ng/ml e recomendada, se os níveis estiverem acima de 300 ng/ml. Logo, além de validar a abordagem terapêutica, isso justifica o monitoramento da função dos órgãos e a busca por uma possível fonte de infecção. A PSP também tem sido associada a alterações patológicas que ocorrem no pâncreas como pancreatite e diabetes mellitus tipo 2. Apesar de elevada nestes grupos, o uso da PSP para DNG da sepse ainda é possível. No contexto dos serviços de urgência, a PSP também pode ser aplicada na triagem de pacientes com base no risco de mortalidade. Já em unidades de terapia intensiva, a dosagem seriada dessa proteína permite o monitoramento dos hospitalizados, a evolução infecciosa e a resposta à terapia antimicrobiana.

Conclusão: A PSP tem um papel promissor no DNG e tratamento da sepse. Novos estudos são importantes para consolidar seu uso na prática clínica. Comprovado, esse cenário pode mudar o curso dessa doença grave e altamente letal.

PO-0232 - (2844) - TIROIDITE DE QUERVAIN – UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

André Abreu¹; Joana C. Ramos¹; Inês Correia Brasil¹; Daniela Soares Santos¹; Patrícia Dias¹; Arsénio Santos¹; Lèlita Santos¹

1 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução

A febre de etiologia desconhecida pode ser um diagnóstico desafiante, requerendo uma investigação exaustiva. As doenças da tiroide são uma causa rara de febre, com poucos casos descritos na literatura.

A tiroidite subaguda é um subtipo de tiroidite autolimitada que, geralmente, surge após uma infeção vírica em mulheres entre os 30 e os 50 anos. Manifesta-se por dor, febre e aumento da glândula tiroide, sendo comumente precedida por uma infeção das vias aéreas superiores.

Caso Clínico

Mulher, 53 anos, admitida por febre, odinofagia, hiperémia e exsudato amigdalino, foi diagnosticada com amigdalite aguda e medicada com amoxicilina/ácido clavulânico. Devido a manutenção das queixas, apesar do tratamento, cumpriu terapêutica adicional com cefuroxime (3 dias) e, ainda, doxiciclina (5 dias).

Como o quadro de febre se mantinha há mais de 3 semanas (pico máximo de 40°C) foi internada. Apresentava, associadamente, cervicalgia anterior que agravava com a deglutição, dor à palpação da glândula tiroide e perda ponderal de 5kg no último mês.

O estudo analítico evidenciou leucocitose (13,3G/L), aumento da velocidade de sedimentação (77mm/h) e da proteína C reativa (11,7mg/dL), diminuição da hormona estimulante da tiroide (0,014uUI/mL) e tiroxina normal.

Realizou ecografia cervical, que identificou uma tiroide difusamente heterogénea e hipervascularizada com um nódulo sólido hipoecogénico de 35mm, e uma cintigrafia tiroideia, que demonstrou ausência de captação de radiofármaco. Assim, foi diagnosticada uma tiroidite subaguda e iniciado tratamento com ibuprofeno, com melhoria clínica e analítica progressivas.

Na reavaliação após 5 meses, a doente encontrava-se assintomática e em eutiroidismo.

Conclusão

O diagnóstico da tiroidite subaguda, para além dos sinais e sintomas, baseia-se em exames laboratoriais e imagiológicos, sendo o seu tratamento baseado no controlo sintomático.

Apesar das patologias tiroideias serem uma causa rara de febre, estas devem ser consideradas na abordagem da febre de etiologia desconhecida.

PO-0233 - (2861) - HIPERTIROIDISMO INDUZIDO PELA AMIODARONA

Inês Barbosa Leão¹; Mariana Jeremias Macedo¹; Telmo Borges Coelho¹; João Pedro Moreira¹; Fernando Salvador¹

1 - Centro Hospitalar Trás-os-montes e Alto Douro

Introdução:

A amiodarona é um fármaco antiarrítmico de classe III amplamente utilizado no tratamento de arritmias. Contudo, está associado a vários efeitos adversos, como disfunção tiroideia, tanto hipotiroidismo como hipertiroidismo. O hipertiroidismo induzido pela amiodarona pode ser classificado em tipo I, por hiperfuncionamento da tiróide, ou tipo II, decorrente do efeito tóxico direto nas células foliculares tiroideias, sendo o tratamento distinto em cada tipo.

Caso clínico:

Homem, 81 anos, autónomo, antecedentes de cardiopatia isquémica e valvular com fração de ejeção reduzida (32%), enfarte do miocárdio inferior, com intervenção coronária percutânea, portador de prótese valvular biológica mitral, portador de dispositivo de dessincronização cardíaca (CRT-D) e internamento recente por tempestade arrítmica, foi eletivamente internado para substituição da CRT-D.

Evolução desfavorável no internamento com agudização de insuficiência cardíaca, apresentando edema agudo do pulmão após troca de CRT-D.

Do estudo realizado, destacamos um ecocardiograma com depressão grave da fração de ejeção (15%) e um estudo analítico com TSH 0,15 UI/mL e T4 livre 26,12 ng/dL, constatando um Hipertiroidismo.

Iniciado tratamento com prednisolona e metibasol. Atendendo ao risco arritmogénico e contraindicação para continuar amiodarona, foi decidido em discussão multidisciplinar com cardiologia por substituição por sotalol. Completado estudo com anti recetores TSH positivos (2,3 UL) e antiperoxidase e anti-tireoglobulina negativos. Pedida ecografia tiroideia, pontuada em TI-RADS 4 ("Tiróide com morfologia assimétrica, aumento do tamanho do lobo tiroideu direito, nódulo sólido, hipoecogénico, bem definido de 12 mm de maior diâmetro..."). Assumiu-se Hipertiroidismo induzido pela Amiodarona, de provável tipo I.

Evolução favorável com normalização de função tiroideia, resolução de insuficiência respiratória. Á data de alta, orientado para consulta externa de Medicina Interna e Cardiologia. Aguarda cintigrafia tiroideia e citologia aspirativa de nódulo tiroideu.

Discussão & Conclusão:

Destacamos este caso clínico pela importância de avaliação de função tiroideia em agudizações de insuficiência cardíaca, particularmente em doentes sob amiodarona. Salienta-se a complexidade de decisão perante um doente com elevado risco cardiovascular e os potenciais efeitos adversos dos fármacos antiarrítmicos, sublinhando as vantagens de um acompanhamento multidisciplinar.

PO-0234 - (4115) - INSULINOMA: DESVENDANDO OS DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO – UM CASO CLÍNICO REVELADOR

Sérgio Azevedo¹; João Costa¹; Ana Luísa Pitorro¹; Beatriz Lopes¹; Joana Cabeleira¹; Isabel Martins¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Introdução: O insulinoma é um tumor raro do pâncreas que se origina nas células beta, produtoras de insulina. Embora seja uma neoplasia pouco frequente, a sua importância clínica reside na capacidade de produzir insulina em excesso, levando a episódios recorrentes de hipoglicemia. Esta condição, desafiadora e de difícil diagnóstico, causa sintomas variados e afeta significativamente a qualidade de vida dos doentes.

Caso Clínico: Mulher de 79 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (19%), doença pulmonar obstrutiva crónica, hipotireoidismo, fibrilhação auricular, hipertensão arterial e dislipidemia. Medicada habitualmente com dapagliflozina, entre outros. Levada ao Serviço de Urgência (SU) por alteração do comportamento. Já havia recorrido ao SU, duas vezes, pelo mesmo motivo, tendo sido documentada hipoglicémia (mín. 24mg/dL), não sendo realizado estudo adicional. Após correção da hipoglicemia os sintomas revertiam. Apesar da suspensão de dapagliflozina por mais de 24h, mantinha hipoglicémia sintomática quando parava a perfusão de glucose endovenosa. Ao exame físico sem alterações de relevo. Efetuada colheita de sangue, durante hipoglicemia sintomática, para doseamento de glicose sérica, insulina e péptido c que confirmaram hipoglicemia mediada por hiperinsulinismo (glicose sérica 49mg/dL; insulina 21,7mU/L [1,9 - 23,0] e péptido C 15ng/mL [0,90 - 3,73]). A ecografia abdominal e tomografia computadorizada do abdómen não revelaram localização de insulinoma. Realizou ressonância magnética (RMN) de abdómen que identificou lesão nodular na vertente anterior do processo uncinado do pâncreas, sugestivo de insulinoma. Iniciado diazóxido 25mg 1cp 12/12h com subsequente melhoria do perfil glicémico e permitindo a suspensão da suplementação de glucose endovenosa.

Discussão e Conclusão: O diagnóstico de insulinoma é desafiador devido à natureza inespecífica dos sintomas e à dificuldade em localizar o tumor. O mais desafiante neste caso foi a decisão do tratamento mais adequado. Atendendo a que se trata de uma doente idosa frágil com comorbilidades graves associadas, optou-se por tratamento médico, após discussão com a especialidade de endocrinologia. É fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos aos sintomas sugestivos de hipoglicemia em doentes não diabéticos e que o insulinoma faça parte do seu diagnóstico diferencial a fim de garantir um diagnóstico precoce e tratamento adequado.

PO-0235 - (4262) - O ESTRANHO CASO DE UMA ANEMIA SIDEROPÉNICA

Beatriz Teixeira Lima¹; Eduarda Jordão¹; Mariana Farinha¹; Sara Fontainhas¹; Susana Magalhães¹; Abílio Gonçalves¹

1 - ULS Baixo Mondego - Hospital Distrital da Figueira da Foz

A anemia perniciosa (AP) é caracterizada por défice de vitamina B12 (B12) devido à presença de anticorpos (ac) anti célula parietal ou fator intrínseco que impedem a sua absorção. É rara, com uma prevalência inferior a 1% na população europeia e pouco frequente em indivíduos com menos de 60 anos. Pode estar associada a síndromes poliglandulares autoimunes (SPA).

Mulher, 34 anos. Enviada à consulta por anemia hipocrómica microcítica sideropénica refratária ao tratamento. Antecedentes de ovários micropoliquísticos, apendicectomia e fenómeno Raynaud. Pai com espondilite anquilosante. Habitualmente medicada com contraceptivo oral. Dieta equilibrada e perdas menstruais escassas. Queixas de astenia, exame físico sem alterações de relevo. Do estudo efetuado: eletroforese de hemoglobinas normal, ac antinucleares negativos, colonoscopia sem alterações e endoscopia com gastrite crónica. Tratada com hidróxido férrico com anemia melhorada mas foi identificado défice de B12. Por se verificar suplementação oral de B12 insuficiente, foram doseados ac anti célula parietal que se mostraram positivos. O estudo posterior excluiu ac para doença celíaca, tiroidite ou insuficiência adrenal mas revelou ac anti descarboxilase do ácido glutâmico 2 (GAD) positivos. A doente mantém suplementação regular de B12 injetável com melhoria da anemia e controlo glicémico adequado sem critérios de Diabetes Mellitus (DM).

A gastrite atrófica pode prejudicar tanto a absorção de B12 como de ferro. Mulheres jovens apresentam necessidades superiores de ferro circunstanciais, como no parto ou na menstruação, podendo desenvolver défice de ferro antes do de B12. A anemia sideropénica pode preceder vários anos o aparecimento da anemia perniciosa. Os ac anti GAD são marcadores de autoimunidade na DM. Possuem a vantagem de apresentar elevada sensibilidade e especificidade e poderem anteceder em anos a diabetes clínica.

O reconhecimento da anemia perniciosa deve alertar para a presença de outras patologias características da SPA. Estas doenças podem ser diagnosticadas em fases pré-sintomáticas através da vigilância de ac específicos. A deteção precoce da DM e o rastreio adequado das doenças autoimunes associadas permite tratá-las da melhor forma, contribuindo para a otimização do controlo metabólico.

PO-0236 - (4301) - RABDOMIÓLISE GRAVE SECUNDÁRIA A INFECÇÃO POR INFLUENZA A

Ricardo Mortágua Velho¹; Filipa Páscoa¹; Diogo Alves Leal¹; Joana Cascais Costa¹; Amílcar Lima Silva¹; Ana Sofia Teixeira¹; Jorge Fortuna¹; Lèlita Santos¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Unidade Local de Saúde de Coimbra

INTRODUÇÃO

A rabdomiólise é uma síndrome clínica caracterizada pela lise das células do tecido muscular esquelético, resultando na libertação de enzimas musculares para a corrente sanguínea. O diagnóstico e o tratamento precoces são fundamentais para evitar a progressão para a lesão renal aguda mioglobulinúrica. Pode ser causada por drogas, actividade muscular excessiva e mesmo infecções virais. Apresenta-se o caso de um doente jovem com rabdomiólise aguda grave secundária à infecção por Influenza A.

CASO CLÍNICO

Homem, 33 anos, sem antecedentes de relevo ou medicação habitual, recorreu ao Serviço de Urgência por tosse, febre, odinofagia e mialgias com 48 horas de evolução. Não apresentava sinais de alarme ao exame objectivo. A pesquisa de influenza A foi positiva e o estudo analítico revelou elevação marcada dos níveis de creatinina cinase (CK), 59407 U/L, assim como elevação do lactato desidrogenase (1039 U/L), de alanina aminotransferase (340 U/L) e de asparato aminotransferase (1276 U/L). Não tinha alterações da função renal. Iniciou fluidoterapia endovenosa, reforço hídrico e repouso e foi internado para estudo e continuação de cuidados. Não tinha história de trauma, de exercício físico ou de consumo de drogas. A análise sumária de urina revelou apenas urina turva. O estudo toxicológico urinário foi negativo para cocaína, canabinóides, benzodiazepinas, anfetaminas e álcool. A ecografia abdominal não revelou qualquer alteração. O restante estudo etiológico laboratorial revelou-se normal. Durante o internamento, com as medidas instituídas apresentou progressiva melhoria da sintomatologia e normalização dos níveis de CK e da enzimologia hepática. Ao fim de cinco dias apresentava níveis de CK de 2159 U/L e após um mês níveis dentro da normalidade. A relação temporal entre o início da infecção por Influenza A e a rabdomiólise, assim como a melhoria dos níveis de CK com a resolução da infecção, sugerem o diagnóstico provável de rabdomiólise induzida por influenza A, com apresentação atípica pelos níveis extremos de CK e pela ausência de lesão renal.

DISCUSSÃO & CONCLUSÃO

Este caso destaca a importância de considerar a rabdomiólise como uma possível complicação da infecção por influenza A mesmo em doentes jovens e sem comorbilidades. O diagnóstico e o tratamento adequados são essenciais para prevenir complicações graves, como a lesão renal aguda, melhorando o prognóstico destes doentes e evitando sequelas a longo prazo.

PO-0237 - (4475) - ÓXIDO NITROSO: RIR NEM SEMPRE É O MELHOR REMÉDIO.

Francisca Ferraz De Liz¹; Sofia Ramalho²; Antonio Eliseu¹; Guilherme Sacramento¹; Andreia Machado¹; Margarida Almeida¹; Marta Teixeira Almeida¹; Ana Cristina Caraban¹; Joao Rio¹; Andre Garcia¹; Sandra Baptista³; Marta Anastacio¹; Joao Carlos Furtado¹; Candida Fonseca¹

1 - ULSLO; 2 - Centro Clinico Champalimaud; 3 - IPO Lisboa Francisco Gentil

INTRODUÇÃO:

Segundo a European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, o consumo recreativo de óxido nitroso (ON) está a aumentar na Europa. Em 2022, por aumento acentuado da sua utilização em Portugal, foi classificado como droga proibida e introduzido na lista das Novas Substâncias Psicoativas. Tem efeitos de curta ação de euforia, alucinações e sensação de bem-estar. Os efeitos adversos imediatos incluem desorientação, tonturas, alteração do equilíbrio e memória. A utilização mantida e sobredosagem está associada à inativação da vitamina B12 (vitB12), resultando na diminuição da vitB12 funcional, condicionando anemia megaloblástica e parestesias, podendo evoluir para neuropatia periférica.

CASO CLÍNICO:

Homem de 23 anos, saudável. Recorreu ao SU encaminhado pelo Médico de Família por quadro com 2 semanas de hemihipostesia, tetraparesia e ataxia da marcha de agravamento progressivo. Consumos de ON inalado durante 5 dias cerca de 3 semanas antes da vinda ao SU. Ao exame físico com diminuição da força muscular (grau 4) bilateral nos 4 membros e hemihipostesia no hemicorpo esquerdo. TC-CE: sem alterações agudas; Lab: Hb 13.3g/dL, VGM 96.3fL, CK 905 ng/mL, mioglobina 154 ng/mL, vitB12 118ng/L.

Fez toma de 1g de cianocobalamina intramuscular (IM), ficou com indicação de cessar o consumo de ON e foi encaminhado para consulta de Medicina Interna para reavaliação. Indicação para realizar toma semanal de 1g cianocobalamina IM no Centro de Saúde.

Atualmente, regista-se normalização dos valores de vitB12 e resolução dos sintomas. Aguarda resultados de RM-CE/coluna e EEG.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Alterações motoras e sensitivas em jovens são quadros alarmantes e pouco frequentes. Após ter sido ponderado no SU a hipótese clínica de miosite, por aumento de CK e mioglobina. Uma história progressiva mais aprofundada de consumo de ON mostrou-se essencial ao diagnóstico de défice de vitB12, algo que se confirmou.

É expectável que o abuso de ON, cada vez mais frequente venha a aumentar a incidência destes quadros clínicos. Os clínicos devem estar atentos aos sinais e sintomas neurológicos decorrentes do abuso desta droga.

Este quadro clínico demonstra a importância de realizar anamnese completa questionando diretamente a história de hábitos toxifílicos na abordagem do doente com alterações motoras e/ou sensitivas. O doseamento de vitB12 deve ser ponderado em doente com história de consumo de ON.

PO-0238 - (4655) - UMA INSUFICIÊNCIA SUPRARRENAL MULTIFATORIAL?

Beatriz Sampaio¹; Mafalda Leal¹; Inês Urmal¹; Maria Rebelo¹; Felisbela Gomes¹; Madalena Lisboa¹

1 - Unidade Local de Saúde São José

A metastização suprarrenal de tumores sólidos é comum. No entanto, o desenvolvimento de insuficiência suprarrenal secundária a metastização unilateral é extremamente raro, pois a glândula contralateral tem, geralmente, capacidade compensatória. O uso crónico de opioides pode afetar o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HHS) por supressão central ou ação suprarrenal direta, efeito que aparenta ser dose-dependente.

Homem de 83 anos, com adenocarcinoma do pulmão estadio IV (M1 pleural) e hipertensão arterial. Internamento há 10 meses por hiponatremia sintomática assumida em contexto de iatrogenia por Nivolumab (adrenalite versus hipofisite), que foi suspenso. Medicado com Enalapril 5mg e Tapentadol 400mg (dose com incremento recente). Internado por quadro de astenia, fraqueza generalizada e hipotensão, tendo suspenso Enalapril. Analiticamente com potássio de 6.4mmol/L, sódio de 127mmol/L, ACTH elevada de 109 pg/mL (7.2-63.3), cortisol matinal de 10 ug/dL (4.82-19.5), aldosterona e renina normais. Em tomografias computadorizadas (TC) que realizou previamente com referencia a alterações nas glândulas suprarrenais não consistentes e díspares entre os vários exames. Nesse contexto realizou nova TC com angiografia abdominal sem evidência de alterações. Por manutenção da suspeita de possível metastização suprarrenal realizou Tomografia por Emissão de Positrões com fluorodesoxiglicose (PET-FDG), com captação na glândula suprarrenal esquerda, sugestiva de malignidade. Iniciou corticoterapia com hidrocortisona, com resposta favorável e paulatina dos valores de sódio e potássio. Assumiu-se insuficiência suprarrenal multifatorial e indolente no contexto de metastização da suprarrenal esquerda em doente com incremento recente da terapêutica opioide. Em ambulatório, fez desmame de corticoterapia, com novo agravamento iónico e necessidade de novo ajuste de corticoide.

Estima-se que entre 8.3% e 29% dos doentes tratados cronicamente com opioides desenvolvam algum grau de insuficiência suprarrenal iatrogénica, muitas vezes subdiagnosticada, requerendo elevada suspeição clínica. Este caso representou um desafio clínico, dado tratar-se de um doente com fragilidade funcional das suprarrenais pela metastização, tornando-se clinicamente mais suscetível a fenómenos de frenalção transitória do eixo HHS, secundárias ao Nivolumab e ao Tapentadol.

PO-0239 - (4363) - “HIPOTIROIDISMO SEVERO: DA BRADICARDIA AO COMA MIXEDEMATOSO”

Ana Catarina Camarneiro¹; Fontainhas Sara¹; Ana F. Batista¹; Ana Beatriz Lima¹; Inês B. Mesquita¹; Susana Cunha¹; Rita Reis Correia¹; Abílio Gonçalves¹

1 - Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego

Introdução:

A suspeita clínica de hipotireoidismo e o seu tratamento precoce são a chave para a sobrevivência. Com uma taxa de mortalidade de 50%, o coma mixedematoso representa a manifestação mais grave e rara, constituindo uma emergência médica. As manifestações clínicas são variáveis, tanto na bradicardia isolada como na alteração de estado de consciência torna-se imperativo a exclusão desta entidade.

Casos clínicos:

1º caso: Homem, 85 anos, com declínio cognitivo e funcional, edema da face e aumento do perímetro abdominal de instalação progressiva nas últimas semanas. Ao exame objetivo, em estupor e hipotenso (89/58mmHg), palidez mucocutânea, edema facial e periorbitário (mixedema). AP roncos generalizados; abdómen distendido e timpanizado. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia, hiponatremia (121mEq/L); hipercaliémia (5,7mEq/L) e rabdomiólise (CPK 1190U/L). O doseamento de hormonas tiroideias TSH 180mUI/mL e T4L 0,10ng/dL.

2ª caso: Mulher, 93 anos de idade, com bradicardia grave. Ao exame objetivo com desorientação temporo-espacial e bradicardia (FC 37 bpm). O ECG confirmou bradicardia sinusal e a TSH sérica muito elevada 197 mUI/mL com T4L baixa 0,21 ng/dL.

Os valores confirmaram o diagnóstico de hipotireoidismo grave, no 1º caso com coma mixedematoso. Ambos os doentes iniciaram terapêutica com levotiroxina endovenosa, corticoterapia, antibioterapia empírica e medidas de suporte, apresentando evolução favorável.

Discussão:

Os casos supracitados demonstram que a gravidade da situação clínica não se correlaciona com os valores séricos das hormonas. A apresentação clínica, continua a estabelecer-se como primordial no diagnóstico e na gravidade.

Conclusão:

Através desta publicação, pretende-se demonstrar a heterogeneidade na apresentação do hipotireoidismo severo e a necessidade de uma abordagem integrada que considere, tanto os aspectos clínicos, quanto os laboratoriais, por forma a iniciar tratamento precoce e melhorar o prognóstico.

PO-0243 - (2057) - TRANSAMINASES ELEVADAS - ACASO OU PISTA PARA A AUTO-IMUNIDADE?

Patrícia Fernandes¹; Plácido Gomes¹; Nádia Santos¹; Luís Luz¹; Sandra Cunha¹; Maria De Jesus Banza¹; João Crespo Santos¹; Renato Saraiva¹

1 - Centro Hospitalar de Leiria

Introdução A hepatite auto-imune (HAI) é uma doença hepática relativamente rara, mais prevalente em mulheres, caracterizada por hipergamaglobulinemia, circulação de auto anticorpos (Ac) e hepatite de interface, estando muitas vezes associada a outras patologias auto-imunes. Tendo em conta a ampla heterogeneidade de apresentação e diferentes fenótipos de HAI, o seu diagnóstico pode ser desafiante, e o “rastilho” para a sua suspeita pode passar tão somente pela elevação aparentemente inexplicável das transaminases.

Caso clínico Mulher, 48 anos, antecedentes de tiroidite auto-imune, encaminhada para consulta de Doenças Hepáticas por elevação expressiva das transaminases em análises de rotina. Queixas arrastadas de astenia, enfartamento pós-prandial, artralguas ocasionais, e mais recentemente surgimento de rash maculopapular. Sem febre, perda ponderal, anorexia ou outras queixas. Referia consumo esporádico de álcool (<20g / semana), negava outros hábitos tóxicos, medicação hepatotóxica, produtos de ervanária ou transfusões. Ao exame objetivo, anictérica, sem hepatomegalia ou estigmas de doença hepática, rash maculopapular nos membros e tronco. Do estudo em ambulatório a destacar: elevação da alanina transferase (ALT) 673 U/L e aspartato aminotransferase (AST) 425 U/L, hipergamaglobulinemia à custa de IgG 2718 mg/dL, sem aumento dos marcadores de colestase; Ac anti-músculo liso (SMA) e anti-nucleares positivos (ANA) - este último com título > 1/1280 -, antimicrosossomais hepáticos/renais tipo 1 (LKM1) e anti-mitocondriais (AMA) negativos; e serologias víricas negativas. Ecografia abdominal sem aparentes alterações hepáticas. Internada para realização de biopsia hepática, que revelou “hepatite portal, periportal e lobular com actividade necro-inflamatória severa com fibrose... e presença de abundantes plasmócitos”.

Discussão Tendo em conta os achados acima descritos, foi estabelecido o diagnóstico de HAI tipo 1 (de acordo com o padrão de Ac), fortalecido também pela história de tiroidite AI e clínica inespecífica e arrastada. Posto isto, a doente iniciou corticoterapia, com remissão clínica e laboratorial mantidas.

Conclusão Os autores pretendem reforçar a importância do diagnóstico precoce e oportuno da HAI face à sua janela de actuação “apertada”: muitas vezes evolui de forma assintomática; 1/3 dos doentes têm cirrose à apresentação; e quando não tratada tem elevada probabilidade de evoluir para cirrose, insuficiência hepática e eventualmente morte.

PO-0244 - (2140) - DISFAGIA: NEM TUDO É O QUE PARECE!

Martim Bastos¹; Mariana Costa¹; Duarte Ceia¹; Joana Paulo¹; Jéssica Oliveira¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

A acalasia é um distúrbio primário da motilidade do esófago, no qual a ausência de relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI) e a ausência de peristaltismo do corpo do esófago (CE), resultam em estase dos alimentos ingeridos e, subsequentemente, em sintomas de disfagia, regurgitação e perda ponderal. É uma doença rara, de etiologia desconhecida e afeta indivíduos de ambos os sexos e de todas as idades.

Apresenta-se o caso de um homem de 72 anos, sem antecedentes relevantes, com quadro de disfagia para sólidos com cerca de 3 meses de evolução, de agravamento progressivo, tolerando apenas líquidos no momento da avaliação, associado a perda ponderal não quantificada.

Ao exame físico apresentava-se emagrecido, desidratado e com placas esbranquiçadas não destacáveis da língua e palato, consistentes com extensa candidíase orofaríngea (CO).

Laboratorialmente e radiologicamente sem alterações relevantes. Foram excluídas patologias associadas a imunossupressão, como HIV, tuberculose e diabetes mellitus.

Foi avaliado pela terapia da fala, verificando-se deglutição eficaz, mas com esforço para engolir, e múltiplas tentativas de deglutição, mesmo com líquidos, não se enquadrando em disfagia orofaríngea, mas sim disfagia esofágica (DE). Assim, foi submetido a endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou gastrite não atrófica, sem outras alterações.

Foi medicado com fluconazol, com resolução da CO, mas mantendo clínica de disfagia.

Perante a clínica de DE, sem alterações justificativas na EDA, foi submetido a manometria para exclusão de doença da motilidade esofágica (ME), que revelou EEI com relaxamento normal e CE com ausência de peristaltismo.

Perante estes achados, foram excluídas doenças sistémicas, e teve alta referenciado para a consulta de doenças esofágicas. Na consulta, referiu agravamento das queixas de disfagia, pelo que repetiu manometria, evidenciando EEI sem relaxamento e mantendo a ausência de peristalse do CE, confirmando o diagnóstico de acalásia.

O caso descrito documenta um quadro de acalasia na sua fase inicial, ainda sem alterações do EEI aquando da admissão, com documentação posterior das alterações do seu relaxamento. Concomitantemente apresentava CO, o que dificultou a marcha diagnóstica, pelo fato de ambas cursarem com disfagia. Revela-se a importância do trabalho multidisciplinar, neste caso envolvendo a terapia da fala, fazendo suspeitar de patologia esofágica.

PO-0245 - (2169) - DIARREIA AGUDA GRAVE NO IDOSO - UM CASO ATÍPICO DE DOENÇA DE CROHN INAUGURAL

Patrícia Romão¹; Joana Pereira¹; Diana Santos¹; Paula Cunha¹; Carla Tonel¹

1 - Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo - Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal caracterizada por inflamação crónica transmural de qualquer porção do trato gastrointestinal. Embora se manifeste tipicamente entre os 15-30 anos, pode surgir em qualquer idade.

Caso Clínico: Homem, 69 anos, recorreu ao serviço de urgência (SU) após ter sido encontrado caído inconsciente no domicílio. À admissão: hipertenso (161/85mmHg), apirético, polipneico, obnubilado, com abdómen globoso e doloroso à palpação dos quadrantes esquerdos. Analiticamente com leucocitose ($18,5 \times 10^3/\mu\text{L}$) com neutrofilia (87.5%), proteína c reativa 0.44mg/dL e lesão renal aguda (creatinina (Cr) 1.73 mg/dL). Durante a permanência no SU, com diarreia profusa com muco, sem sangue. Evolução do quadro para choque hipovolémico, com admissão em Cuidados Intensivos para suporte vasopressor e técnica de substituição renal (Cr 6.28 mg/dL). Tomografia computadorizada abdominopélvica (TC AP) apenas com evidência de fecaloma, que foi removido, com melhoria da dor abdominal e frequência das dejeções. Estudo infeccioso com serologias, coproculturas, pesquisa de *C. difficile* e ovos, quistos e parasitas nas fezes, negativo. Por persistência de dejeções mucosas abundantes, foi repetida TC AP com espessamento parietal circunferencial do reto e cólon sigmóide e densificação da gordura mesentérica envolvente. Retosigmoidoscopia (RSC) compatível com colite isquémica versus pseudomembranosa. Histologia com colite ativa. Foi iniciada Messalazina, Ciprofloxacina e Metronidazol. RSC de controlo com mucosa com “induto purulento, edema, úlceras superficiais e redução de calibre aos 70cm por provável estenose”. Histologia compatível com DC ativa. Iniciou Prednisolona, com melhoria do quadro e posterior alta com encaminhamento para consulta de Gastroenterologia.

Discussão e Conclusão: Apresentamos um caso de DC inaugural num doente idoso, com manifestação inicial atípica de diarreia profusa a condicionar choque hipovolémico com disfunção renal. Pela heterogeneidade clínica e evolução variável, o diagnóstico continua a ser um dos principais desafios desta patologia. Apesar da diarreia crónica representar um sintoma frequente e determinante da DC, é importante não desvalorizar o primeiro episódio de diarreia aguda na marcha diagnóstica. Destaca-se ainda o facto de a idade avançada não poder ser um fator de exclusão do diagnóstico, devendo este ser considerado em casos de diarreia inflamatória.

PO-0246 - (2281) - LIPOMATOSE PANCREÁTICA TIPO 1B - RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Leandro Martins Valente¹; Cristiane Macedo¹; Lurdes Correia¹; Adélia Simão¹; Lèlita Santos¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

A lipomatose pancreática é uma doença benigna rara em que ocorre infiltração adiposa do pâncreas. Embora a fisiopatologia ainda esteja pouco esclarecida, está geralmente associada a patologias como a obesidade, diabetes mellitus tipo 2, fibrose quística, síndrome de Cushing e pancreatite crónica. Classifica-se em 2 tipos. No tipo 1 ocorre uma infiltração de tecido adiposo de forma difusa. O subtipo 1a envolve cauda e corpo, e o 1b abrange a cauda, corpo e cabeça do pâncreas.

Caso Clínico

Apresentamos o caso de uma mulher de 66 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e hemangioma hepático. Foi encaminhada para a Consulta de Medicina Interna por queixas de desconforto abdominal difuso, enfartamento precoce e episódios de esteatorreia com 2 meses de evolução. Sem outra sintomatologia acompanhante. Sem alterações analíticas de relevo. Realizou tomografia computadorizada que revelou uma marcada infiltração adiposa do pâncreas, de forma difusa, abrangendo a cauda, corpo e cabeça. Efetuou ressonância magnética que confirmou o diagnóstico de lipomatose pancreática tipo 1b. Foi medicada com pancreatina com melhoria progressiva dos sintomas apresentados.

Discussão

O diagnóstico de lipomatose pancreática tipo 1b é desafiador, e muitas vezes requer diversos exames de imagem até se chegar ao diagnóstico definitivo. Os sintomas associados são pouco específicos e os doentes podem manter-se assintomáticos até uma fase avançada da doença. A abordagem terapêutica visa principalmente o tratamento sintomático, com a pancreatina a demonstrar eficácia na melhoria dos sintomas gastrointestinais. O controlo das patologias subjacentes também pode contribuir para a melhoria sintomática nestes doentes.

Conclusão

A apresentação clínica da lipomatose pancreática tipo 1b tende a ser insidiosa e muito variável, podendo ser assintomática até haver uma substituição do pâncreas por tecido adiposo suficientemente grave ao ponto de causar insuficiência exócrina do pâncreas. Este caso destaca a importância da avaliação detalhada dos sintomas gastrointestinais persistentes. A abordagem terapêutica passa por tratamento dos sintomas associados, com vista à melhoria da qualidade de vida dos doentes.

PO-0247 - (2338) - HEPATITE ASSOCIADA AO ÁLCOOL, CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO

Ana Gabriela Paupério¹; Rafael Pinheiro Ramos¹; Rita Soares Costa¹;
Penélope Almeida¹

1 - Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga

Introdução: A hepatite associada ao álcool (HAA) caracteriza-se pelo início abrupto de mal-estar, icterícia, coagulopatia e descompensação de doença hepática crónica (DHC). Quando severa, associa-se a falência hepática/multiorgânica e elevada mortalidade. O diagnóstico baseia-se em dados clínicos e laboratoriais, devendo ser excluídas outras causas de hepatite aguda. A gravidade e o prognóstico são estabelecidos com recurso a vários scores, bem como a indicação para terapêutica específica (corticoterapia).

Objetivo: Caracterizar uma população de doentes com HAA e auditar a qualidade do diagnóstico e abordagem.

Material/Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes internados com HAA numa Unidade de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM), de abril de 2021 a dezembro de 2023. Colheita dos dados por consulta do processo clínico e análise estatística através do SPSS®, v.26.

Resultados: Foram incluídos 32 doentes, dos quais 68,8% eram do sexo masculino, com idade média de 55,3 anos (DP 9,5) e índice de Charlson médio de 3,63 (DP 2,3). O consumo mediano de álcool foi de 100g/dia (AIQ 94). Verificou-se que 68,8% dos doentes já tinham diagnóstico de DHC prévio, sendo que 40,9% apresentavam também manifestações de hipertensão portal. As manifestações mais frequentes de HAA foram icterícia (100%), mal-estar generalizado (62,5%) e ascite/edema (56,3%). Todos os doentes apresentavam hiperbilirrubinemia (>3mg/dL) e elevação de GGT (>100U/L); a maioria tinha AST>ALT (96,9%) e AST>400U/L (96,9%); 84,4% tinham coagulopatia (INR>1,5) e 84,4% trombocitopenia (plaquetas<150 000/ μ L). Todos os doentes realizaram exame de imagem para excluir patologia obstrutiva da via biliar, sendo que em 78,1% dos doentes foi também excluída patologia vascular concomitante. Em 87,5% foram avaliadas serologias de hepatites virais e em 78,1% foi requisitado estudo imunológico. A função discriminante de Maddrey (FDM) mediana foi de 78,1 pontos (AIQ 52,8), sendo que 93,6% dos doentes apresentavam FDM>32. O MELD-Na médio foi de 27,9 pontos (DP 4,9); apenas um doente apresentava MELD-Na \leq 20 pontos. O Glasgow mediano foi de 10 pontos (AIQ 2) e o ABIC mediano foi de 8,8 pontos (AIQ 2,2). Dos doentes com indicação para corticoterapia, apenas um não a realizou por infeção grave. Verificou-se um caso de falência hepática aguda, submetido a transplante hepático precoce. A mortalidade intra-hospitalar foi de 21,9%, (n=7), ocorrendo uma morte adicional até aos 30 dias. Dos sobreviventes (n=24), 68% foram encaminhados para consulta de Hepatologia à data de alta.

Discussão/Conclusão: A maioria dos doentes avaliados apresentava já DHC e tinha consumos diários de álcool superiores a 40-60g/dia. Os critérios clínicos e analíticos para diagnóstico de HAA estiveram amplamente presentes, havendo, contudo, espaço para melhoria na exclusão sistemática de outras causas de hepatite aguda. A proveniência da amostra influenciou a elevada proporção de doentes com apresentação severa e, assim, a taxa de mortalidade.

PO-0248 - (2340) - HIPERTENSÃO PORTAL NÃO CIRRÓTICA APÓS TRASTUZUMAB EMTANSINE

Ana Rita Antunes¹; Adriana Guedes¹; Catarina Salvado¹; Francisca Carmo¹; Bárbara Soeiro¹; Isabel Cruz¹

1 - CHVNGE - Hospital Centre of Vila Nova de Gaia e Espinho, R. Conceição Fernandes - Vila Nova de Gaia, Portugal

Introdução: A hipertensão portal não cirrótica (HPNC) corresponde a cerca de 10% de todos os casos de hipertensão portal, classificando-se como pré-hepática, intrahepática ou pós-hepática. O trastuzumab emtansine (T-DM1) é uma terapêutica aprovada em adultos com cancro da mama HER2 positivo (HER 2+). Apesar do aumento de sobrevida livre de progressão e global mediana, a literatura sugere uma associação entre T-DM1 e hipertensão portal.

Caso Clínico: Feminino, 69 anos, recorre ao serviço de urgência por prostração, dispneia para pequenos esforços, ortopneia e agravamento do edema dos membros inferiores com 5 dias de evolução. Antecedentes de carcinoma invasor da mama direita HER 2+ tratado durante 3 anos e, até 2 meses antes, com T-DM1 suspenso por toxicidade pulmonar e internamento recente por síndrome confusional agudo, sem etiologia identificada. Ao exame objetivo em anasarca e com sonolência, com crepitações bibasais à auscultação. Analiticamente com trombocitopenia e padrão de citocolestase.

Foi internada para compensação e estudo, tendo-se excluído causas cardíaca, renal, trombose hepática, capillary leak syndrome, distúrbios endocrinológicos e metastização cerebral. Imagiologicamente sem evidência de cirrose, mas com medição de gradientes de pressão hepática compatível com hipertensão portal clinicamente significativa. Biópsia hepática sem cirrose estabelecida, mas com lesões de hepatite crónica com actividade portal e sinais de obstrução sinusoidal, com fibrose e obliteração da veia nos espaços porta e dilatação sinusoidal com congestão, provavelmente associadas a tratamento sistémico. Realizou endoscopia digestiva que excluiu varizes esofágicas.

Assumido quadro de HPNC com anasarca e episódios de encefalopatia hepática. Iniciou furosemida e espirolactona com excelente resposta, lactulose com recuperação do estado de vigília e carvedilol para prevenção de novas descompensações. Atualmente em follow-up há um ano e sem intercorrências.

Discussão & Conclusão: Este caso demonstra um quadro de descompensação edemato-ascítica interpretado em contexto de hipertensão não cirrótica após trastuzumab emtansine. Embora infrequente, é essencial equacionar diagnósticos diferenciais de hipertensão portal e enquadrar na história clínica do doente para compreensão da sua etiologia.

PO-0249 - (2459) - SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON: UM CASO CLÍNICO RARO, COM UMA APRESENTAÇÃO INAUGURAL DESAFIANTE

Inês Bispo Leão²; Alice Alicerces²; Mariana Fernandes²; Catarina Pestana Santos²; Tiago Judas²; Ana Bispo Leão¹

1 - Instituto Português de Reumatologia; 2 - Hospital Garcia de Orta

Introdução: A síndrome de Plummer-Vinson é caracterizada pela tríade de anemia ferropénica, membrana esofágica e disfagia, sendo mais frequente no sexo feminino, entre a quarta e a quinta décadas de vida. Apesar de atualmente constituir um diagnóstico raro, esta acarreta importantes complicações a longo prazo, nomeadamente neoplasias do esófago ou cabeça e pescoço. Deste modo, os autores pretendem apresentar um caso clínico relevante e único sobre síndrome de Plummer-Vinson, com um quadro clínico inaugural grave, em doente jovem do sexo masculino.

Caso clínico: Sexo masculino, 18 anos, com história de disfagia alta com 2 anos de evolução, essencialmente para sólidos e com episódios de engasgamento e regurgitação alimentar. Dias antes do internamento, com episódio de vômitos incoercíveis, tendo sido internado no contexto de disfagia, toracalgia e recusa alimentar, com o diagnóstico por tomografia computadorizada de pneumomediastino com componente enfisematoso peri-esofágico e estenose esofágica superior. Realizou dilatação esofágica por via endoscópica objetivando-se provável membrana esofágica. Do ponto de vista analítico apresentava alterações sugestivas de malabsorção, nomeadamente ferropénia, défice de ácido fólico e prolongamento espontâneo do INR. Durante o internamento necessitou de nutrição parentérica total, por cateter venoso central, tendo desenvolvido, neste contexto, endocardite bacteriana da válvula tricúspide a *Staphylococcus haemolyticus*. Desenvolveu ainda tromboembolismo pulmonar de provável causa cardioembólica, com origem nas câmaras direitas. Cumpriu ciclo de antibioterapia dirigida com vancomicina e terapêutica anticoagulante com resolução de quadro infeccioso. Verificou-se ainda resolução de disfagia e do quadro malabsortivo.

Discussão e conclusão: Atualmente a síndrome de Plummer-Vinson é uma síndrome rara, principalmente nos países ocidentais. Deste modo, a suspeita clínica deve ser elevada perante um doente que se apresente com anemia ferropénica e disfagia, sendo o diagnóstico particularmente desafiante se a apresentação inaugural for grave. Com o presente caso clínico os autores pretendem dar a conhecer um caso raro de um doente jovem com esta síndrome, que se apresentou com quadro de pneumomediastino, secundário a provável solução de continuidade por friabilidade parietal decorrente da estenose esofágica superior.

PO-0250 - (2500) - DOENÇA CELÍACA: COMPLEXIDADE PARA ALÉM DA INTOLERÂNCIA AO GLÚTEN

Joana Reis Aguiar¹; Rui Carneiro¹; António Carneiro¹

1 - Hospital da Luz - Arrábida

Descrevemos um caso clínico de doença celíaca manifestado por pseudo-suboclusão intestinal crónica e enteropatia com perda severa de potássio (K).

Homem de 65 anos, com variante comportamental de demência fronto-temporal, admitido por quadro de 2 meses de evolução vómitos fecalóides e alternância diarreia/ obstipação. Sem clínica disautonómica ou extra-piramidal.

À admissão, hipocaliemia severa (1.6 mEq/L). Imagem abdominal revelou oclusão intestinal funcional, sem outros achados patológicos. Promovida descompressão digestiva alta com sonda. Evacuação manual com débito fecal de 2-4L/dia. Sem benefício de ensaio com neoestigmina e de descompressões endoscópicas do cólon. Desnutrição proteico-calórica com déficit severo de ferro, folato e cálcio, repostos. O estudo de hipocaliemia revelou ausência de perdas extra-digestivas. Necessidade de suporte endovenoso de K na dose de 300mEq/dia. Pesquisa de clostridídeos, HSV, CMV, HIV, parasitas, digestibilidade fecal e calprotectina normal. Estudo imunológico normal (IgA antigliadina positivo; restantes anticorpos de doença celíaca negativos). Somatostatina e VIP normais. Sem anticorpos anti-neuronais. PET-CT sem doença maligna. Estudo endoscópico sem doença de Whipple ou DII; histologia compatível com doença celíaca. HLA-DQ2 positivo.

Assumido quadro de pseudo-oclusão intestinal crónica secundária à doença celíaca e de perdas gastro-intestinais ativas de K. Iniciou dieta isenta de glúten e tratamento procinético multimodal (metoclopramida, eritromicina, picossulfato), suplementação proteico-calórica e hidroeletrólítica PO/EV. Benefício com octreótideo no débito fecal; prosseguiu lanreotídeo mensal. Dada a fisiopatologia da perda de K no tubo digestivo, de acordo com casos clínicos da literatura, ensaiou-se uso de espironolactona (150mg). Possibilidade de suporte iónico oral exclusivo do potássio com necessidades de 200-300 mEq/d. Controlo metabólico, iónico e proteico-calórico sustentado em ambulatório. Períodos ocasionais e ligeiros de suboclusão. O doente faleceu 4 meses mais tarde, no ambulatório, possivelmente por broncoaspiração.

Este caso é relevante por três motivos: a raridade da apresentação de doença celíaca como pseudo-oclusão intestinal crónica; raciocínio clínico concludente de perdas gastro-intestinais ativas de K e o efeito de tratamentos direcionados para o mecanismo proposto; integração clínica entre medicina interna, nutrição, gastroenterologia e os cuidados paliativos.

PO-0251 - (2593) - A PROPÓSITO DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA HEPATITE AGUDA

Beatriz Saraiva Ferreira¹; Inês Andrade¹; Marcia Presume¹; Francisca Dâmaso¹; Ana Margarida Ribeiro¹; Francisca Ferraz De Liz¹; Susana Jesus¹; Cândida Fonseca¹

1 - Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO: A hepatite auto-imune é uma doença inflamatória crónica do fígado caracterizada por aumento das IgG séricas e auto anticorpos circulantes. É mais comum em mulheres. Clinicamente associa-se a cansaço, anorexia, dor abdominal, prurido e icterícia, e coagulopatia em casos de falência hepática. Para o seu diagnóstico é fundamental a exclusão de outras causas etiológicas.

CASO CLÍNICO: Mulher, 65 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, cardiopatia isquémica, fibrilhação auricular crónica, diabetes mellitus tipo2 e dislipidémia medicadas. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor epigástrica, náuseas, astenia e anorexia com 2 semanas de evolução. Teria iniciado há cerca de 1 mês aripiprazol, sertralina e diazepam que não tolerou. Sem alterações significativas ao exame objetivo. Do estudo analítico a destacar AST 1036U/L, ALT 1056U/L, bilirrubina total 2.75mg/dL, GGT 352U/L, fosfatase alcalina 249U/L, LDH 323U/L, TP 28.9 seg, INR 2.5 e aPTT 46.9seg. Perante alteração aguda das enzimas hepáticas de predomínio hepatocelular, realizou estudo etiológico com serologias para hepatite viral negativas, doseamento de paracetamol sérico indetectável, IgG elevada e hipergamaglobulinemia policlonal, ANAs 1/1280, ASMA positivo forte, AMA, Anti LKM, anti DNA e ENAs negativos; Ac anti transglutaminase e anti-gliadina normais. Ecografia abdominal sem alterações e AngioTC abdomino-pélvica com colelitíase, múltiplas adenopatias reativas no hilo hepático, sem alterações vasculares. Realizou biópsia hepática percutânea: hepatócitos com extensas lesões de necrose marginal e intralobular, raros corpos eosinofílicos e infiltrado inflamatório predominantemente linfocitário, concluindo-se hepatite aguda, não se podendo excluir etiologia auto-imune ou tóxica. Doente orientada para consulta de Hepatologia, com o diagnóstico de provável hepatite autoimune, tendo iniciado corticoterapia e azatioprina com melhoria progressiva dos marcadores de função hepática.

CONCLUSÃO: A abordagem do doente com alteração das provas hepáticas é muito frequente na prática clínica da Medicina Interna. A marcha diagnóstica implica a exclusão de toxicidade medicamentosa, que nem sempre é fácil sobretudo em doentes polimedicados, podendo ser concomitante com outras etiologias menos frequentes.

PO-0252 - (2647) - DOENÇA DE WHIPPLE – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO.

Alice Mesquita Alicerces¹; Catarina Pestana Santos¹; Mariana Fernandes¹;
Ana Leão²; Inês Leão¹; Tiago Judas¹

1 - Hospital Garcia de Orta, Unidade Local de Saúde Almada-Seixal; 2 - Instituto Português de Reumatologia

INTRODUÇÃO: A doença de Whipple (DW) é uma doença sistémica causada pela bactéria *Tropheryma whipplei* (TW). Para além das manifestações gastrointestinais a doença pode cursar com artrite, envolvimento dos sistemas nervoso central (SNC) e cardiovascular. Os sinais de envolvimento do SNC podem ser múltiplos e incluem a disfunção cognitiva, ataxia cerebelosa ou a miórritmia oculomastigatória.

RESUMO: Homem de 79 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia; excesso ponderal; doença pulmonar obstrutiva crónica tabágica e hiperplasia benigna da próstata. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de diarreia e febre com 3 dias de evolução. No dia de admissão teve queda com traumatismo cranioencefalico, sem perda da consciência. Era referido, desde há 5 meses, períodos de maior confusão, desorientação, desequilíbrio e perda da força nos membros inferiores, assim como episódios de diarreia. Objectivamente à admissão desorientado no tempo e espaço, com diminuição simétrica e global da força muscular, observação abdominal inocente. Analiticamente com lesão renal aguda, aumento dos parâmetros inflamatórios e rabdomiólise. Tomografia axial computadorizada cranioencefálica (TC) sem lesões. Admitido quadro séptico de ponto de partida abdominal pelo que colheu exames culturais e iniciou antibioterapia com ceftriaxona e metronidazol. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica sem alterações de relevo. Colonoscopia evidenciou diverticulose cólica e 2 pólipos; ileoscopia com áreas descontínuas com apagamento do padrão vascular e das vilosidades, sugestivo de DW. Complementou estudo por endoscopia digestiva alta, as biópsias duodenais revelaram alguns macrófagos com marcação citoplasmática pela coloração de PAS, confirmando-se o diagnóstico de DW. Realizou punção lombar, o exame citoquímico do líquor foi inocente e pesquisa de TW por PCR negativa. Tendo em consideração a clínica, não se excluiu envolvimento do SNC tendo cumprido 4 semanas de ceftriaxona, seguido de cotrimoxazol com duração prevista de 1 ano. Aos 3 meses de tratamento com resolução de diarreia e melhoria significativa das alterações cognitivas. C

ONCLUSÃO: Com o presente caso os autores pretendem salientar a apresentação atípica da doença e o papel da ileoscopia na presunção do diagnóstico. Referem ainda a importância de uma história clínica detalhada na avaliação de doentes com alterações cognitivas, tendo sempre em consideração as causas reversíveis de demência.

PO-0253 - (2707) - O CULPADO DISSIMULADO

Carolina Chumbo¹; Filipa Figueiredo¹; Mara Sarmiento¹; Teresa Valido¹; Teresa Cruz¹

1 - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Unidade Local de Saúde Amadora /Sintra

Apresentamos uma mulher de 88 anos, autónoma, com hipertensão arterial e dislipidémia, medicada com nifedipina, olmesartan, hidroclorotiazida e atorvastatina.

Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal, diarreia sem sangue, pús ou muco, associadas a anorexia e perda ponderal não quantificada, com mais de um mês de evolução. Negou febre, náuseas ou vómitos. Relatou viagem de 15 dias a Luanda, de onde tinha regressado duas semanas antes do início do quadro. Negou ingestão de água não potável e queijo não pasteurizado e quadro semelhante em conviventes.

À admissão, desidratada, mas hemodinamicamente estável e apirética, com abdómen indolor à palpação. Analiticamente sem anemia, nem elevação de parâmetros inflamatórios, com hipocalcémia, lesão renal aguda e acidémia metabólica.

Foi internada para correção metabólica e estudo etiológico. Dos exames realizados, a função tiroideia estava normal, serologias de doença celíaca negativas; nas fezes, calprotectina negativa, elastase pancreática normal, *Clostridium difficile* e coproculturas negativas; a tomografia computadorizada abdómino-pélvica, colonoscopia com biópsias e endoscopia digestiva alta com biópsias duodenais não mostraram alterações de relevo no contexto.

No internamento, houve normalização da função renal com a reposição da volémia, assumindo-se etiologia pré-renal. Cumpriu dieta pobre em resíduos, *Saccharomyces boulardii* e manteve-se sem olmesartan, com resolução da diarreia, mantendo trânsito intestinal regular. Seis meses após a alta, mantém-se sem recidiva dos sintomas, não tendo sido reintroduzido olmesartan.

Tendo em conta exclusão de causas infecciosas, incluindo doença de Whipple, insuficiência pancreática, hipertiroidismo, doença celíaca, doença inflamatória intestinal e processo neoplásico, admitiu-se como mais provável iatrogenia ao olmesartan.

A enteropatia a olmesartan pode surgir meses a anos após a sua introdução. Estima-se que 1 a 10% dos doentes medicados com olmesartan desenvolvem diarreia e uma percentagem destes pode ter um quadro severo e crónico, podendo requerer hospitalização decorrente da má-absorção e perdas intestinais. O diagnóstico é de exclusão e geralmente as biópsias intestinais mostram atrofia vilositária. O tratamento passa pela suspensão do fármaco e a sua reintrodução pode levar à recorrência do quadro. O nosso caso vem realçar a importância de manter um elevado grau de suspeição clínica perante a iatrogenia de um fármaco que a doente fazia há anos.

PO-0254 - (2765) - METILDOPA ASSOCIADA A DOENÇA HEPÁTICA AUTOIMUNE INDUZIDA POR FÁRMACOS

Tiago Valente¹; Henrique Cerveira¹; Natalia Buruian¹; Maria João Lume¹; Marta Valentim¹; Jorge Almeida¹

1 - Centro Hospitalar Universitário de São João

A Hepatite autoimune induzida por fármacos caracteriza-se por lesão hepática secundária à utilização de determinados fármacos com envolvimento de mecanismos da autoimunidade como fator etiológico que desencadeia a lesão hepática, sendo um diagnóstico de exclusão a considerar perante exposição prolongada a determinados fármacos. Os sintomas, à semelhança de hepatites por outras etiologias, incluem: fadiga, icterícia e dor abdominal. Apresenta-se o caso de uma doente de 36 anos, com antecedentes de Obesidade, Asma, Doença de Graves sem seguimento recente, a realizar metildopa há 6 meses como controlo de HTA essencial recente (após manifestar desejo concecional junto do seu médico assistente), que recorreu ao SU por astenia e icterícia com 3 dias de evolução. Admitida por icterícia para estudo ,analítica-mente com citólise (AST 2036 U/L, ALT 2152 U/L, FA 170 U/L e GGT 183 U/L), hiperbilirrubinémia (Bilirrubina total 14.42 e direta 8.3), sem hemólise, serologias VIH, VHB e VHC negativas, CMV e Leptospira negativos, alfa-1antitripsina e ceruplasmina normais, painel de autoimunidade (anti-DNAs, anti-LKM , AMA, ASMA e anti-hepáticos) negativos, IGG 1650 mg/dL e ANA 1/320. Negava consumo de álcool ou drogas, produtos de ervanária. Realizou eco abdominal, TAC-TAP e Colangio-RMN que confirmou hepatomegalia e parênquima hepático difusamente heterogêneo, sem outras alterações. Para esclarecimento realizou biópsia hepática:“lesões de hepatite aguda com focos de necrose confluyente – de provável etiologia tóxica/medicamentosa”. Durante o internamento manteve-se sob tratamento de suporte e fluidoterapia com melhoria gradual da citólise e da hiperbilirrubinemia. A metildopa é um antiadrenérgico central, utilizado para tratamento de HTA gestacional e pré-eclâmpsia. O mecanismo fisiopatológico subjacente proposto envolve a existência de reação imunoalérgica idiossincrática (produção de antigénios que induzem resposta imunitária e inibição de linfócitos CD8). Existindo casos na literatura descritos com a metildopa com manifestações de lesão hepática até 6 meses após início de tratamento. O diagnóstico baseia-se na exclusão de consumo de outros fármacos potencialmente hepatotóxicos, na presença de lesões histológicas compatíveis e na resolução do quadro após interrupção do fármaco. O tratamento consiste na descontinuação e geralmente ocorre normalização das alterações da enzimologia hepática entre o primeiro e o terceiro mês, embora possa haver formas tardias de recuperação

PO-0255 - (2219) - CASUÍSTICA DA CRISE MIASTÉNICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS MÉDICOS

Isabel Marques Correia¹; Ana Salgueiro Rodrigues²; Adriana Henriques¹; Diana Ferreira¹; David Lopes Sousa¹; Regina Costa¹; Cátia Pereira¹; João Pina Cabral¹; Jandira Lima¹; Lèlita Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde de Coimbra, EPE; 2 - Unidade Local de Saúde de Leiria, EPE

Introdução A crise miasténica (CM) é uma exacerbação da Miastenia Gravis (MG) com risco de vida, definida como agravamento da fraqueza miasténica que requer intubação ou ventilação não invasiva (VNI). Apesar da baixa prevalência global da CM (30:1000000), 15-20%¹ dos doentes com MG generalizada têm pelo menos uma, podendo ser a manifestação inicial da doença (18-28%)². A admissão em unidades de nível 2 ou 3 é fundamental para monitorização das funções bulbar e respiratória, pelo risco de falência e necessidade de suporte.

Objetivo Caracterizar a população de doentes com MG internados numa unidade de cuidados intermédios médicos (UCIM) de um hospital central.

Métodos Análise retrospectiva e descritiva dos doentes com MG internados na UCIM entre 1/10/2019 e 1/2/2024.

Resultados No período descrito, 0,43% (n=11) dos doentes internados tinham MG. Destes, 72,7% (n=8) foram internados por CM, 3 dos quais com crise inaugural em doentes sem diagnóstico prévio. O ratio M:F foi 1:1,2. A média de idades foi 64,2 anos. A maioria provinha do Serviço de Urgência (90,9%, n=10). A demora média do internamento foi 6,1 dias.

De entre os doentes com MG, 54,5% (n=6) tinham timoma associado, um dos quais maligno, e 45,5% (n=5) já tinham sido submetidos a timectomia. O anticorpo anti-recetor da acetilcolina estava presente em 81,8% (n=9) dos doentes e 9,1% (n=1) tinha anticorpo anti-tirosina quinase músculo específica.

Os principais precipitantes de CM foram o incumprimento terapêutico e a infeção (ambos 25%, n=2), seguidos da toma de fármacos com risco de CM (12,5%, n=1). Em 37,5% (n=3) dos casos não se identificou causa. Todos os doentes com CM apresentaram fraqueza dos músculos respiratórios, a condicionar insuficiência respiratória aguda, e fraqueza dos membros, 87,5% apresentaram fraqueza bulbar e ocular, 50% apresentaram fraqueza axial e 37,5% fraqueza facial. Foi utilizada VNI em 37,5% das CM, com boa resposta. Todos estiveram sob oxigenoterapia. Foi necessária nutrição entérica por sonda nasogástrica em 50% dos casos. A maioria dos doentes fez imunoglobulina endovenosa (62,5%) e os restantes plasmáferese (37,5%). Todos estiveram sob corticoterapia e não suspenderam a medicação crónica para a MG. O tempo entre início de sintomas e início de terapêutica variou entre 1 dia e 1 mês, sendo 4 dias no único doente com necessidade de intubação. Não houve óbitos na UCIM, mas a taxa de mortalidade hospitalar foi 12,5%. Um doente foi transferido para cuidados de nível 3 (em DO de internamento), por falência respiratória.

Conclusão A baixa percentagem de transferência para cuidados de nível 3 poderá relacionar-se, em parte, com a referenciação direta dos casos mais graves, o que é compatível com o curto período de internamento (<8h) do único doente transferido. Muitos dos resultados observados nesta amostra, embora pouco representativa, aproximam-se dos valores descritos na literatura^{2,3}. Em particular, a taxa de mortalidade hospitalar é enquadrável nos 5-12% reportados.

PO-0256 - (2403) - LINFOHISTIOCILOSE HEMOFAGOCÍTICA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA: UM ESTUDO DE COORTE DE 12 ANOS

Sofia Miranda¹; Daniel Calado¹; Diogo Oliveira²; Ana Elisa Brás²; Raquel Costeira²; Joana Subtil²; Joana Rua²; Guilherme Assis Cardoso²; Miriam Cimbron¹; Francisco Esteves²; Nelson Barros²

1 - Hospital do Divino Espírito Santo; 2 - Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

A linfocitose hemafagocítica (LHL) é um distúrbio raro e potencialmente grave, caracterizado por uma resposta imune hiperinflamatória aberrante a vários estímulos. Pode ser dividido em formas primárias, de índole genética, ou secundárias, associadas a etiologias diversas adquiridas.

Investigar a prevalência de LHL numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Centro Hospitalar de grande-média dimensão e determinar as suas características clínicas e analíticas, terapêutica utilizada e mortalidade.

Estudo retrospectivo observacional de Janeiro de 2010 até Dezembro de 2022 de doentes admitidos numa UCI de um Centro Hospitalar de grande-média dimensão. Os seus processos clínicos foram revistos para obter informações acerca da demografia dos doentes, das suas características clínicas e analíticas, da terapêutica utilizada e do desfecho.

Cinco doentes admitidos em UCI perfaziam critérios de LHL pelos critérios da Histiocyte Society de 2004 (HLH-2004 - 4; 80%) ou pelo Hscore (5; 100%), com uma demora média para o diagnóstico de 3 dias. Quatro (80%) doentes eram do sexo feminino, com uma idade média de 62.4 ± 4.0 anos. Apenas 1 (20%) doente foi admitido a partir do Serviço de Urgência, sendo os restantes provenientes de enfermarias médicas (3; 60%) ou cirúrgicas (1; 20%). No que diz respeito aos critérios HLH-2004, a febre (4; 80%), a bicitopénia composta por anemia e trombocitopénia (5; 100%), a hipertrigliceridémia (5; 100%) e a hiperferritinémia (5; 100%) foram os critérios mais frequentemente registados. Por sua vez, o valor médio do Hscore cifrou-se em 216.6. Todos os casos foram adquiridos, sendo que 3 (60%) estavam associados a infeções e 2 (40%) a doenças linfoproliferativas. As disfunções cardiovascular, respiratória e hematológica foram universais nesta amostra. Em termos da terapêutica utilizada, todos os doentes receberam corticoterapia, 4 (80%) antibioterapia de largo espectro, 2 (40%) terapêutica anti-viral e apenas 1 (20%) quimioterapia (incluía rituximab). Relativamente à gravidade, o APACHE médio foi 24.8 e o SAPS II 51.0. Já o SOFA médio à admissão foi de 12.6, enquanto à saída foi de 11.8. A alta hospitalar apenas ocorreu em 1 (20%) caso, tendo a limitação de esforço terapêutico sido instituída nos restantes 4 (80%) casos e em todos resultou em morte, tendo 3 (60%) doentes falecido durante a permanência em UCI e 1 (20%) em enfermaria. Assim, a mortalidade standardizada estimada para o SAPS II foi de 1.6.

A LHL é uma entidade de gestão complexa, não só pelo elevado grau de suspeição necessário ao seu diagnóstico, como pela gravidade que lhe é associada, resultando em elevadas taxas de mortalidade. Ambas as características foram corroboradas nesta casuística, destacando-se a universalidade das disfunções cardiovascular e respiratória. Progressos no conhecimento da fisiopatologia da doença, ferramentas diagnósticas e modalidades de tratamento são fundamentais para a redução das taxas de mortalidade.

PO-0257 - (2594) - CHOQUE MISTO: O QUE TRATAR PRIMEIRO?

Tatiana Soares Correia¹; Melanie Ferreira¹; Francisca Delerue¹

1 - Hospital Garcia de Orta

O tromboembolismo pulmonar (TEP) de risco alto está associado a alta mortalidade e o tratamento adequado com técnicas de reperfusão (como a trombólise ou a trombectomia) é essencial para a abordagem destes doentes. Por outro lado, sabemos que no choque séptico, nomeadamente por rutura de víscera, o controlo de foco é fulcral na sobrevivência dos doentes.

Trata-se de uma mulher de 67 anos, com antecedentes conhecidos de hipertensão arterial, hipotireoidismo e carcinoma seroso do endométrio com carcinomatose peritoneal de diagnóstico recente, proposta para início de quimioterapia neoadjuvante com intuito curativo. Foi admitida no serviço de urgência por dificuldade respiratória súbita com início no próprio dia associado a astenia, dor abdominal e perceção de aumento do perímetro abdominal. Tinha realizado paracentese evacuadora 2 dias antes da vinda ao serviço de urgência. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, apirética, com abdómen doloroso à palpação, gasimetricamente com insuficiência respiratória parcial e hipocapnia e analiticamente com franco aumento dos parâmetros inflamatórios e D-dímeros positivos. Realizou angio-tomografia computadorizada de tórax, abdómen e pélvis que revelou a presença de TEP central bilateral com disfunção do ventrículo direito e pneumoperitонеu significativo a sugerir perfuração de víscera oca. A doente desenvolveu instabilidade hemodinâmica com choque misto (séptico e obstrutivo) sendo que a abordagem do choque séptico implicava abordagem cirúrgica e a abordagem do TEP com trombólise colocaria em causa essa mesma abordagem cirúrgica. Após discussão multidisciplinar com Cirurgia Geral, Anestesiologia, Medicina Intensiva e Medicina Interna foi decidido abordagem primordial do pneumoperitонеu por laparotomia exploradora sob raquianestesia contínua (tendo em conta o risco anestésico associado ao TEP de alto risco). Na laparotomia constatou-se ascite infetada loculada sem se ter identificado perfuração de víscera oca. No pós-operatório iniciou heparina não fracionada às 4 horas após procedimento e antibioterapia empírica com posterior melhoria hemodinâmica, não tendo sido necessário progredir para técnicas de reperfusão.

O presente caso destaca-se pela difícil decisão numa doente em choque misto na qual a Medicina Interna desempenhou um papel fulcral quer no diagnóstico quer no apoio à decisão e discussão multidisciplinar que se revelou essencial para desfecho.

PO-0258 - (4181) - PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA PROLONGADA EM IDADE JOVEM

Mariana Belo Nobre¹; Miguel Carrilho¹; Madalena Costa Santos¹; Marta Sousa¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Norte

O tromboembolismo pulmonar (TEP) maciço é uma reconhecida causa reversível de paragem cardiorrespiratória (PCR), implicando habitualmente a administração de agentes fibrinolíticos. Em idade jovem, o estudo etiológico torna-se premente, nomeadamente a avaliação de trombofilias hereditárias.

Sexo feminino, 35 anos, previamente saudável, com história de edema assimétrico do membro inferior esquerdo com 2 semanas de evolução, encontrada caída na via pública com descrição de crise convulsiva tónico-clónica generalizada, com posterior recuperação do estado de consciência. À admissão hospitalar, apresentou PCR em atividade elétrica sem pulso, com avaliação sumária a revelar grave dilatação do ventrículo direito e confirmada trombose venosa profunda, pelo que por suspeita de TEP, iniciou trombólise com alteplase. Verificou-se retorno à circulação espontânea (ROSC) após low flow de 1h20min, com angio-TC de tórax a posteriori a confirmar TEP maciço bilateral. Após ROSC, evolução em choque predominantemente distributivo pós-PCR, refratário nas primeiras 24h, atingindo doses máximas de noradrenalina de 500mcg/min, com necessidade de associação de terlipressina. Evolução favorável com resolução do choque e disfunções de órgão, com emergência de coma após suspensão de sedoanalgesia. TC-CE a revelar lesão isquémica cerebelosa esquerda volumosa com efeito de massa local e eletroencefalograma com disfunção encefálica difusa, verificando-se recuperação do estado de consciência após ajuste de terapêutica anticomial. Documentadas outras lesões isquémicas microembólicas bi-encefálicas e cerebelosas que motivaram a realização de ecocardiograma transesofágico com evidência de foramen ovale patente (FOP). Do estudo de trombofilias adquiridas e hereditárias, destaca-se a presença de mutação de PAI-1 e MTHFR em heterozigotia. Restante internamento pautado por evolução favorável com recuperação completa do estado funcional prévio, tendo tido alta sob hipocoagulação com edoxabano.

Apesar de controversa, a presença de trombofilias compostas como mutações de PAI-1 e MTHFR em heterozigotia parece aumentar o risco trombótico, podendo implicar a realização de hipocoagulação a longo prazo. A presença de FOP facilita a embolia paradoxal com consequente isquemia cerebral concomitante com o TEP. Destaca-se ainda a possibilidade de prognóstico favorável após correção do *primum movens*, mesmo na presença de PCR muito prolongada, sobretudo em adultos jovens e com boa reserva fisiológica.

PO-0259 - (4370) - TIME WILL TEAR AORTA APART

Filipa Rodrigues Dos Reis¹; Vítor Oliveira¹; João Tavares¹; Nuno Monteiro¹

1 - ULS Viseu Dão Lafões

A disseção da aorta define-se por uma disrupção na camada interna da aorta, que condiciona um hematoma, com aumento progressivo no espaço intramural. Sinais de alarme são dor torácica súbita, intensa e dilacerante, irradiação cervical, síncope, sintomas neurovegetativos ou isquemia aguda dos membros.

Mulher, 78 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, ansiedade e depressão é levada à urgência por síncope precedida por dor torácica retroesternal com início súbito. À admissão na área da medicina interna estava vigil, colaborante, orientada em todas as esferas mas muito agitada. Sem queixas álgicas. Antecedente de vários contactos com os cuidados de saúde por sintomas semelhantes, associados a ataques de pânico. Ao exame objetivo estava hipotensa, com diferencial de tensão arterial sistólica entre os dois braços superior a 10mmHg. Tinha as mucosas descoradas. O eletrocardiograma não tinha alterações; na gasimetria de sangue arterial destacava-se elevação do lactato. A doente iniciou fluidoterapia e, pela elevada suspeita clínica de disseção da aorta, realizou de imediato angioTC torácica, que mostrou imagem compatível com hematoma intramural agudo na aorta ascendente e derrame pericárdico, com sinais de sobrecarga do ventrículo direito. Posteriormente as análises revelaram elevação da troponina de alta sensibilidade. Foi executada drenagem emergente do derrame pericárdico e, após estabilização hemodinâmica, a doente foi transferida para a cirurgia cardiotorácica.

A elevada probabilidade pré-teste de disseção da aorta nesta doente fez com que se realizasse angioTC na primeira hora de admissão da doente na urgência, não protelando o estudo imagiológico dirigido. Considerando que a mortalidade da disseção da aorta do tipo A (classificação de Stanford) aumenta 1-2% por hora, o elevado grau de suspeição revelou-se fundamental para o desfecho favorável deste caso.

PO-0260 - (4386) - CHOQUE CARDIOGÉNICO DURANTE A COLOCAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL, UMA COMPLICAÇÃO RARA. RELATO DE UM CASO CLÍNICO.

Mikael Xufre¹; João Cunha¹; Teresa Jerónimo¹; Ana Domingos¹; Ana Paula Silva¹

1 - ULS Algarve

Introdução: A colocação de cateter venoso central (CVC) é um procedimento que permite a administração de medicação endovenosa, fluidoterapia, realização de hemodiálise, entre outros. Está associado a várias complicações, sendo mais comuns as causas mecânicas (Punção arterial, Pneumotorax, Hemotorax), infecciosas e a trombose venosa. Este caso aborda uma complicação hemodinâmica, raramente descrita na literatura.

Caso clínico: Homem de 71 anos, previamente autónomo, com antecedente de ansiedade e insuficiência renal aguda rapidamente progressiva associada a vasculite ANCA-MPO, submetido a terapêutica de indução com metilprednisolona e ciclofosfamida. Reinternado na nefrologia por pneumonia, com agravamento da função renal e necessidade de indução dialítica, sendo proposta colocação de CVC na veia jugular interna direita. A punção inicial e a introdução do fio guia decorreram sem intercorrências, no entanto, após introdução do cateter, o doente inicia quadro de taquicardia sinusal, dispneia súbita, prostração, seguido de hipotensão e bradipneia. O doente foi estabilizado e o cateter ligeiramente exteriorizado e fixado. Por suspeita de pneumotórax, fez TC-tórax emergente, excluindo-se complicações mecânicas. Após 48-72h, houve recuperação do estado de consciência, no entanto com disfagia e limitação da marcha, provavelmente associadas ao estado de hipoperfusão cerebral, com melhoria progressiva até ao seu estado prévio em cerca de 12 dias. Na ressonância magnética crânio-encefálica e eletroencefalograma com evidência de encefalopatia difusa do tipo metabólico/medicamentoso. Nessa altura tentou-se trocar o CVC provisório por um tunelizado, com novo episódio semelhante na introdução do fio guia, interrompendo-se o procedimento. Foi avaliado pela Cardiologia e realizou ecocardiograma que revelou estenose aórtica moderada/severa, podendo justificar tolerância limitada às alterações hemodinâmicas, e assumiu-se envolvimento cardíaco da vasculite com alterações da condução como possível causa da taquicardia associada à introdução do CVC junto à aurícula direita. Foi então referenciado a Hospital central para colocação de CVC em suite angiográfica, sem complicações.

Discussão: A colocação de CVC é um procedimento relativamente seguro, as complicações são raras e geralmente reversíveis. Com este caso, pretende-se alertar para uma complicação menos frequente, o choque cardiogénico no contexto de provável alteração da condução cardíaca associada a vasculite sistémica.

PO-0261 - (4445) - REAÇÃO ETANOL-DISSULFIRAM: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA ACIDEMIA METABÓLICA

Rosélia Lima¹; Clara Pinto²; João Faia²; Mariana Baptista¹; Beatriz Frutuoso¹; Fábio Murteira¹; Rafaela Veríssimo¹; João Pinho Valente¹

1 - Unidade Local de Saúde Vila Nova de Gaia/Espinho; 2 - Unidade Local de Saúde da região de Aveiro

Introdução A intoxicação etílica é um motivo frequente de admissão no Serviço de Urgência (SU). As manifestações clínicas (cefaleias, náuseas, vômitos, rubor facial, taquicardia e alterações do estado de consciência, incluindo o coma) devem-se ao acetaldeído, um metabolito decorrente do processo de metabolização do etanol no fígado e no estômago. O dissulfiram é um fármaco utilizado na Perturbação do uso do álcool (PUA), atua na inibição da oxidação do acetaldeído, pelo que exacerba as manifestações acima descritas quando consumido simultaneamente com bebidas alcoólicas.

Caso clínico Doente do género masculino, 54 anos, com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, PUA e Depressão major, admitido no SU por síncope. Referiu associadamente náuseas, sem outras queixas. Descrito como lentificado mas orientado, sem sinais de dificuldade respiratória, sinais vitais dentro dos parâmetros normais. Exame neurológico sumário sem outras alterações. Do estudo complementar, gasimetria arterial com pH 7,33, pO₂ 86mmHg, pCO₂ 29,6mmHg, HCO₃ 15,6mmol/L, Anion gap 17,2mmol/L, glicose 381mg/dL, lactato 8,8mmol/L. Cetonémia 0,4mmol/L. Hemoglobina 12,7g/dL, 9040 leucócitos/uL, 254 000 plaquetas/uL, creatinina 0,68mg/dL, ureia 16mg/dL, sódio 137mmol/L, potássio 3,6mmol/L, cloro 92,7mmol/L, Proteína C reativa <0,03mg/dL, aspartato aminotransferase 34U/L, alanina aminotransferase 27U/L, albumina 3,9mg/dL, creatinina cinase 41U/L, mioglobina 46U/L, troponina I 7ng/L. Alcoolémia 33mg/dL. Pesquisa de drogas de abuso negativa. Eletrocardiograma e análise sumária de urina sem alterações. Foi algaliado, manteve diurese. Durante a reavaliação clínica referiu ter omitido previamente a toma de vários comprimidos de dissulfiram (prescrição por médico particular, não descrita na medicação habitual ou registada na Plataforma Eletrónica de Medicamentos) com duas cervejas (66cL) como tentativa de suicídio. Iniciou terapêutica com fluidoterapia e tiamina, com melhoria clínica, normalização do equilíbrio ácido-base e da lactacidemia. Após estabilização clínica foi observado por Psiquiatria, ainda durante o internamento.

Discussão/ Conclusão A etiologia da acidemia metabólica pode ser um desafio no SU. Neste doente, o consumo de dissulfiram em simultâneo com a cerveja mimetizou uma intoxicação etílica aguda, incluindo as alterações típicas ácido-base e a hiperlactacidemia, que não podiam ser explicadas por outros diagnósticos diferenciais, como sendo a cetoacidose diabética ou a lesão renal aguda.

PO-0262 - (4503) - DO FOGAREIRO À CÂMARA HIPERBÁRICA: UMA HISTÓRIA DE INTOXICAÇÃO

Rafael Pinheiro Ramos¹; Miguel Silva Cruz¹; Beatriz Vitó Madureira¹; Maria Manuel Costa¹; Joana Fontes¹; Rita Costa¹

1 - Unidade Local De Saúde Entre Douro E Vouga

INTRODUÇÃO: O monóxido de carbono (CO) é um gás inodoro, insípido e incolor, cuja inalação é responsável por intoxicações potencialmente fatais. O tratamento consiste na remoção da fonte de CO e instituição precoce de oxigenoterapia de alto débito, por forma a diminuir a semi-vida do CO em circulação e aumentar a oxigenação tecidual. Em casos de maior gravidade, reserva-se a opção de oxigenoterapia hiperbárica (OTH).

CASO CLÍNICO: Apresenta-se o caso de uma mulher de 40 anos, natural de Angola e residente em Portugal há cerca de 1 mês. Sem antecedentes pessoais de relevo, sem medicação habitual. Foi transportada ao Serviço de Urgência (SU), acompanhada de duas filhas de 9 e 11 anos, após terem sido encontradas inconscientes no domicílio. A doente referiu que, por não dispôr de eletricidade, utilizava um fogareiro a carvão para aquecimento da casa e confeção de alimentos. Nesse dia, cerca de 1 hora após a ignição, iniciou quadro de náuseas, tonturas e confusão mental, com posterior perda de consciência. Terão sido encontradas após 3 horas de exposição.

À admissão no SU, referia cefaleia frontal, sem dispneia, toracalgia ou outra sintomatologia. Objetivamente, encontrava-se sonolenta, com discurso adequado e orientado, hemodinamicamente estável e taquipneica com SpO₂ 100% sob máscara de alta concentração. A gasimetria arterial não demonstrou hiperlactacidemia, com valor percentual de 12.6 de carboxihemoglobina (COHb). Do restante estudo, radiografia torácica sem alterações agudas, eletrocardiograma sem sinais de isquemia aguda e análises sem elevação de marcadores de necrose miocárdica ou alterações bioquímicas. À reavaliação na 1ª hora, verificou-se redução da COHb para 4.2%, com resolução da cefaleia e melhoria do estado de consciência.

Pela gravidade do quadro clínico, com perda de consciência, e conseqüente risco de sequelas neuropsiquiátricas - Síndrome Neuropsiquiátrica Tardia (SNT), a doente foi proposta e aceite para tratamento urgente com OTH.

CONCLUSÃO: A intoxicação por CO apresenta uma clínica variável e pouco específica, que comporta não só riscos imediatos para a vida, requerendo intervenção urgente, mas também sequelas neurológicas tardias em até 40% dos doentes. A literatura existente confere uma associação entre a SNT e o subgrupo de doentes com perda de consciência. Sugere-se então o recurso a OTH mediante a presença de sintomas e sinais de gravidade clínica, com efeito através da diminuição da morbimortalidade nesta população.

PO-0263 - (4564) - HEMOPTISES, UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE UM ANEURISMA ROTO.

Miguel Silva Cruz¹; Rafael Pinheiro Ramos¹; Ana Gabriela Paupério¹; Gonçalo Sarmiento¹; Joana Fontes¹

1 - Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga

Introdução: O aneurisma falso ou pseudoaneurisma da aorta representa essencialmente uma rutura de pelo menos uma, mas não todas as camadas da parede arterial, sendo contida assim pelas camadas restantes e tecidos envolventes. A rutura está associada a uma elevada taxa de mortalidade e como tal o tratamento atempado é essencial para evitar esta complicação.

Caso clínico: Mulher de 86 anos, com dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratada e hipertensão arterial, recorreu à urgência por apresentar hemoptises com 15 dias de evolução e astenia. À entrada a doente encontrava-se com vestígios de sangue seco na região perioral e com crepitações secas dispersas bilaterais à auscultação, sem outras alterações de relevo, tendo realizado ácido aminocaprílico. Do estudo, destaca-se anemia normocítica normocómica (9,3g/dL) e Angio-tomografia revelando um pseudo-aneurisma da vertente pósterio-superior do arco aórtico, com 9,5cm de diâmetro transverso, 7cm de extensão ântero-posterior e 6cm de extensão crânio-caudal, com trombose heterogénea. Uma parte permeável do aneurisma com 6x2,6cm. O ponto de saída do contraste para o saco aneurismático localiza-se na vertente lateral direita do arco aórtico, crescendo para a região superior do hemitórax esquerdo. Constatando-se densificação do parênquima pulmonar do lobo superior esquerdo que contacta esta alteração por atelectasia e infiltração alveolar hemática. Seguidamente a doente inicia fibrilhação auricular de novo com resposta ventricular rápida (145bpm), sem outros sinais de instabilidade hemodinâmica pelo que se optou por iniciar amiodarona. A doente foi transferida para o serviço de cirurgia cardiotorácica onde realizou exclusão ao pseudoaneurisma aórtico através de uma técnica inovadora, a aplicação por via endovascular de “parallel graft technique” ao nível do tronco braquiocefálico e carótida esquerda com embolização osteal da subclavia esquerda, sem intercorrências.

Discussão & Conclusão: Pseudoaneurismas da aorta torácica são raros, principalmente em doentes sem história de cirurgia ou trauma. Existem poucos casos descritos de manifestação através de hemoptises e a maioria apresenta mau prognóstico. Este fenómeno pode ocorrer se o aneurisma comprimir a árvore traqueobrônquica, lesar vasos pulmonares ou se formar uma fístula entre o aneurisma e a árvore traqueobrônquica. Neste caso, uma rápida marcha diagnóstica e intervenção resultaram num sucesso invulgar, numa patologia com alto índice de fatalidade.

PO-0264 - (4575) - BRADICININAS, TAMBÉM EXISTEM?

Renato Gonçalves¹; Patrícia Gomes¹; Isabel De La Cal Caballero¹; Vasco Neves¹; Gonçalo Miranda¹; Joana Coelho¹; Ana Silva¹; Juliana Carneiro¹; Lúcia Jardim¹; João Maria Bento¹; João S. M. Pereira¹; Maria De Sá Pacheco¹; João Corrêa¹

1 - ULS Cova da Beira

O angioedema é um edema não depressível limitado ao tecido subcutâneo, tem origem imunológica e geralmente afeta lábios, pescoço, extremidades e tecidos submucosos da cavidade oral, laringe e intestino. O mecanismo fisiopatológico mais comum está relacionado à libertação de histamina. No entanto, deve-se estar atento a formas menos comuns, como os mediados por bradicininas. Este grupo inclui defeitos hereditários do inibidor da esterase C1 (C1-INH), deficiência adquirida do inibidor da esterase C1 e associados a inibidores da enzima conversora de angiotensina. Vários estudos têm demonstrado que as equipas médicas não estão sensíveis a esta patologia e que alguns hospitais não possuem medicamentos e protocolos específicos.

Mulher de 66 anos recorreu ao serviço de urgência 1 hora após tomar amlodipina. Encontrava-se hemodinamicamente estável, sem estridor ou sibilos, mas com angioedema exuberante a condicionar a patência da via aérea. A falta de resposta à terapêutica médica (adrenalina intramuscular, anti-histamínicos e corticosteróides) impôs a necessidade de entubação endotraqueal. Esta ausência de resposta às medidas convencionais denotou a possibilidade de existências de um mecanismo fisiopatológico mediado por bradicininas.

Vários fármacos podem estar envolvidos no seu desenvolvimento: IECA, BRA, AINE, bloqueadores dos canais de cálcio dihidropiridínicos e antibióticos. Os fármacos utilizados no tratamento do angioedema histaminérgico geralmente não são eficazes. O frequente atraso no diagnóstico e a rápida evolução do edema laríngeo podem ser letais. Embora em alguns doentes seja possível a entubação endotraqueal clássica, noutros apenas é possível a entubação nasotraqueal ou via aérea de resgate (cricotireotomia ou traqueostomia). A ausência de marcadores analíticos específicos exige um elevado nível de suspeita clínica. Apesar da parca evidência de alguns fármacos no tratamento, o "icatibant" poderá ser usado. O plasma fresco congelado poderá usar-se em centros sem os restantes fármacos.

A clínica teve resolução espontânea ao fim de 10 horas, sendo o doente extubado, sem ter chegado a realizar terapêutica dirigida.

Este caso demonstra a importância da existência de guias clínicas na abordagem do angioedema por bradicininas e do conhecimento do seu mecanismo fisiopatológico, para evitar atrasos no diagnóstico e tratamento.

PO-0265 - (4693) - PREDISPOSIÇÕES PRECIPITANTES À FLOR DA PELE - UM CASO DE PRES

Daniel Calado¹; Francisco Esteves³; Carolina Roias²; Sofia Miranda²

1 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE; 2 - Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada; 3 - CHTMAD

Introdução: A Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) é uma entidade rara mas cada vez mais reconhecida. Clinicamente manifesta-se por cefaleias, alteração do estado de consciência e convulsões. Trata-se de um diagnóstico clínico e imagiológico, cujos achados típicos da ressonância magnética (RMN) - edema envolvendo a substância branca, atingindo os territórios vasculares posteriores lobos parietais e occipitais - contribuem para o diagnóstico. A sintomatologia e as alterações radiológicas são completamente reversíveis, quando corrigida atempadamente a causa subjacente.

Caso clínico: Homem de 60 anos com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, doença arterial periférica e psoríase (sob ciclosporina) admitido em sala de emergência (SE), trazido pela VMER por alteração do estado de consciência. Durante o transporte apresentou crise tónico-clónica generalizada com incontinência de esfíncteres, medicado com diazepam 10mg intravenosa com resolução porém sem recuperação do estado de consciência - culminando em necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Durante a permanência em SE hipertenso e febril, iniciando quadro de estado de mal epiléptico focal com clonias da face e hemicorpo direito. Estudo analítico sem alterações de relevo, TAC-CE sem alterações, realizada punção lombar que revelou líquido cefalorraquidiano com 3 células, sem consumo de glicose, sem outras alterações, pesquisa de vírus e exame bacteriológico negativos. Admitido na unidade de cuidados intensivos (UCI), realizou RMN que mostrou lesões hiperintensas em T2/FLAIR, corticossúbcorticais frontais e bilaterais, temporo-occipitais de predomínio esquerdo e dos hemisférios cerebelosos. Com otimização de terapêutica e suspensão de ciclosporina, foi possível um desmame de sedo-analgésia e ventilatório rápidos, com boa evolução clínica. Ao 8o dia de internamento Teve alta da UCI para enfermaria de Neurologia, verificando-se agravamento da psoríase e lesões eritematosas, pelo que se optou pela corticoterapia tópic.

Discussão: Este caso salienta a importância do reconhecimento de síndromes com múltiplos fatores predisponentes, devendo-se suspeitar da possibilidade de PRES em doentes sob tratamento com ciclosporina que apresentem alterações neurológicas agudas.

PO-0266 - (4877) - FEBRE, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Inês Pereira¹; Cátia Pereira¹; Rui Pina¹; Jandira Lima¹; Lèlita Santos¹

1 - ULS Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A febre é um sintoma comum que surge associado a uma multiplicidade de entidades clínicas. Quando esta se acompanha de alteração do estado de consciência, rigidez e disautonomia designa-se por hipertermia maligna, sendo o exemplo mais paradigmático a síndrome maligna dos neurolépticos.

Caso Clínico: Mulher de 82 anos, autónoma, internada no serviço de medicina por quadro de pneumonia a condicionar insuficiência respiratória e erisipela da perna esquerda sob antibioterapia com piperacilina/tazobactam e clindamicina. À admissão, apresentava alteração do estado de consciência com períodos de agitação psicomotora e desorientação, tendo sido administrados 5mg de haloperidol. No segundo dia de internamento, iniciou febre com temperatura máxima de 40°C sem resposta a antipiréticos, mantendo alteração do estado de consciência com prostração e picos hipertensivos apesar da administração de anti-hipertensores. Nas análises apresentava leucocitose com neutrofilia mas sem elevação de proteína C reativa. Na suspeita de infeção do SNC, endocardite infecciosa ou patologia autoimune ou autoinflamatória, realizou culturas, serologias infecciosas, estudo de autoimunidade e punção lombar com análise e cultura do líquido céfalo-raquidiano tendo todo o estudo sido negativo. Realizou também ecocardiograma transtorácico que excluiu endocardite e tomografia computadorizada (TC) toraco-abdominopélvica que não revelou alterações. Na segunda TC crânio-encefálica após punção lombar apresentou hemorragia subcortical/subaracnoidea hemisférica cerebelosa esquerda de novo. Estabeleceram-se como diagnósticos mais prováveis a síndrome maligna dos neurolépticos e/ou febre de origem central secundária a lesão vascular. A doente iniciou terapêutica com bromocriptina 2.5mg. Após a segunda toma de bromocriptina, houve resolução da febre, da hipertensão e melhoria do estado de consciência, tendo-se concluído pelo diagnóstico final de síndrome maligna dos neurolépticos.

Conclusão: A febre representa muitas vezes um desafio diagnóstico para os médicos. Por vezes, apesar de um estudo etiológico completo, não é possível chegar a um diagnóstico definitivo. Estar atento aos sintomas acompanhantes da febre pode ajudar a fazer o diagnóstico diferencial com a hipertermia maligna. A síndrome maligna dos neurolépticos bem como a febre de origem central são diagnósticos de exclusão que devem ser considerados quando existe quadro clínico sugestivo dada a necessidade de tratamento diferenciado.

PO-0267 - (2103) - DRUG MISUSE: A RETROSPECTIVE STUDY FOCUSED ON PROTON-PUMP INHIBITORS AND ACETYLSALICYLIC ACID

Jorge Lindo¹; Rui Pancas¹; Rita Figueiró¹; Cátia Barra¹; Didier Martinez¹; Fabiana Santos Gouveia¹; António Mateus-Pinheiro¹; Ana Linda Borges¹; Isabel Fonseca¹; Lèlita Santos¹

1 - Department of Internal Medicine, Coimbra University Centre Hospital, Coimbra, Portugal

Introduction: Rational prescribing is defined as an approach that maximizes clinical effectiveness, minimizes harm, avoids wasting of resources and respects patients' choices. There are several drugs that are misused, namely proton-pump inhibitors (PPIs) and acetylsalicylic acid (ASA). The first class is overutilized in innumerable care settings, both outpatient and inpatient, and this may lead to consequences, such as drug-related adverse events and increasing expenses. As for ASA, it is known that many people are medicated without indication (overuse), while others are not using this drug despite formal indication (underuse).

Goals: To describe the number of individuals taking PPIs and ASA and confirm if there is a formal indication for it. To conclude if the scenario is worse for one of the drugs.

Materials and Methods: This was a single-centre retrospective study performed between January and March of 2023 in an Internal Medicine Service. A total of 143 hospitalized patients' medical records were reviewed. Demographic and clinical data, namely usual medication, were gathered in a database. Medical guidelines were analyzed to assess the formal indications for prescribing PPIs and ASA. Statistical analysis was executed in IBM SPSS Statistics.

Results: A total of 143 patients were included: 75 were women, while 68 were men. The average age of the participants was 75.0 (+/- 17.0) years old. Regarding PPIs, 37.8% subjects were medicated with this class of drugs, and the most common PPI was pantoprazole (55.6%). 70% of the latter ones were taking 40mg. However, only 4.9% of the population presented a formal indication for PPIs. The most common indication was gastroesophageal reflux disease (62.5%). As for ASA, 14.7% subjects were medicated with this drug and 81% of these were taking 100mg. 11.9% presented a formal indication for ASA and the most common indication was having a previous stroke (41.2%). Of the ones taking ASA, 62% did not have an indication for it; of the ones taking PPIs, 91% did not have an indication for it. When comparing people medicated with PPI without indication vs. people medicated with ASA without indication, there are statistically significant differences ($p < 0.001$). Hence, the odds of finding a person medicated with a drug in the absence of a formal indication are higher for PPIs than for ASA.

Discussion & Conclusion: Polypharmacy is massively present in patients hospitalized in Internal Medicine Departments. Medication reconciliation at discharge plays a major role in avoiding drug-adverse events, as well as in decreasing patient related-costs and possibly readmissions to the hospital. Two classes of drugs were analyzed and, when reviewing patients' medical records, the decision to maintain or to stop these drugs at discharge should always be considered. According to our results, special attention should be paid regarding PPIs to minimize consequences related to overuse.

PO-0268 - (4140) - NÓDULO SUPRACLAVICULAR: RELATO DE UM CASO COM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Daniela Pinheiro¹; Raquel Moniz¹; Monique Alves¹; Nuno Mateus¹; Cristiana Sousa¹; Fernando Salvador¹

1 - Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O sinal de Virchow é o achado clínico de linfonodo sentinela supraclavicular esquerdo aumentado, palpável, endurecido e, muitas vezes, aderente a planos profundos. Esse aumento tem íntima relação com o sistema imunológico, podendo ser reflexo de doenças neoplásicas, infecciosas ou autoimunes.

Caso Clínico:

Sexo masculino, 56 anos, autónomo, enviado da Consulta de Cirurgia por achado incidental de nódulo supraclavicular, sem outras queixas. Com antecedentes de úlcera duodenal secundária a *H. pylori* e Síndrome de Brugada. Negava hábitos toxifílicos. Sem outras alterações no exame objetivo, com exceção do nódulo supraclavicular esquerdo, com cerca de 1 cm, indolor, de contornos regulares, consistência elástica e móvel. Estudo analítico realizado com vista a descartar doenças infecciosas, inflamatórias/autoimunes não tendo revelado alterações sugestivas dessas patologias. A Tomografia computadorizada cervical, torácica, abdominal e pélvica revelou uma adenopatia supraclavicular esquerda, com 12x16 mm, sem outras alterações de relevo. Realizou Endoscopia Digestiva Alta que revelou uma gastropatia eritematosa difusa e duodeno com deformação cicatricial residual. Na colonoscopia apresentou hemorróidas internas grau II. Realizou Tomografia de positrões que se revelou sem alterações funcionais suspeitas de lesões neoplásicas malignas de alto grau metabólico em atividade. Refere-se adenomegália supra-clavicular esquerda, apenas com muito discreta captação de FDG-F18, de significado indeterminado. Observado na Consulta de Otorrinolaringologia, sem alterações macroscópicas. Por fim, realizou excisão e biópsia do nódulo supraclavicular esquerdo, cujo exame anatomopatológico da peça revelou um Schwannoma. Perante o diagnóstico de Schwannoma, fez Ressonância magnética do neuroeixo para descartar outras lesões concomitantes.

Conclusão:

Com este relato de caso clínico, os autores pretenderam demonstrar a marcha diagnóstica do estudo de um nódulo supraclavicular que culminou num diagnóstico inesperado de Schwannoma. A celeridade na marcha diagnóstica, prende-se com o facto de levar a pensar em causas potencialmente graves (neoplásicas, infecciosas). Os Schwannomas não se apresentam clinicamente durante um grande período. Achados neurológicos e dor são sintomas raros. Em alguns casos avançados podem exercer pressão nas estruturas anatómicas adjacentes, associando-se a achados como tosse, disfagia, Síndrome Horner ou outro envolvimento de nervos cranianos.

PO-0269 - (4254) - UMA CAUSA DE FEBRE INVULGARTiago Ferreira¹; Sandra D. Rebelo¹; Ana Tornada¹

1 - Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Febre persistente de origem indeterminada é um cenário clínico que engloba diversas causas. A febre associada a medicamentos é frequentemente ignorada devido à falta de sinais de localização, mas é uma causa importante em pacientes hospitalizados.

Descrevemos o caso de uma mulher de 58 anos, com antecedentes de esquizofrenia paranoide refratária, história de esplenectomia, histerectomia total por mioma, e meningioma da fossa posterior, em vigilância. Foi internada por choque séptico com ponto partida intra-abdominal por translocação bacteriana, em contexto de íleos funcional secundário a terapêutica neuroléptica, com suboclusão, e episódio de vômito do qual resultou pneumonia de aspiração. Como complicação teve necessidade de ventilação invasiva e posteriormente traqueostomia por dificuldade na titulação negativa do suporte ventilatório, tendo realizado vários cursos de antibioterapia empírica.

Manteve um estado de consciência mínimo e febre diária persistente, com temperatura entre 38° e 39°C, com duração superior a 1 mês. Não apresentava alterações de relevo na ressonância magnética crânio-encefálica, atividade epilética em eletroencefalogramas seriados, ou alterações no exame citoquímico e microbiológico do líquido cefalo-raquidiano, tendo sido igualmente excluído estado catatónico, embora mantivesse terapêutica com clonazepam. Foi suspensa a restante terapêutica depressora do sistema nervoso central e efetuado desmame de anti-epiléticos (instituídos pela hipótese de estado de mal epilético). Foi tratada com antibioterapia dirigida para traqueobronquite nosocomial a *Serratia marcescens* e *Pseudomonas aeruginosa* identificadas nas secreções brônquicas, e medicada com ciclo de fluconazol dada a colonização das vias urinárias por *Cândida albicans*, mantendo, no entanto o padrão de febre anteriormente descrito. Foi realizada investigação exaustiva, com exclusão de outras causas de febre, e efetuado o desmame lento de fármacos que pudessem causar o quadro, incluindo o clonazepam, que foi bem sucedido e resultou na remissão completa da febre.

Os autores concluem que a possibilidade de febre de origem medicamentosa deve ser considerada em casos de febre inexplicável sem evidência de infecção, sobretudo em pacientes hospitalizados e expostos a novas substâncias medicamentosas. O clonazepam pode ter causado a febre, uma vez que nenhuma outra causa foi identificada e a doente permaneceu apirética no restante tempo do internamento, após a suspensão do fármaco.

PO-0270 - (4382) - DO DENTISTA AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Adriana Basílio¹; Andréia Coutinho¹; Alice Pinheiro¹; David Silva¹; Mário Esteves¹

1 - Unidade Local de Saúde Médio Ave

Introdução: O enfisema subcutâneo é uma possível complicação de tratamentos dentários. Pode ser justificada pelo uso inadequado de equipamento de ar comprimido, como seringas de ar, turbinas e peças de mão de alta rotação, resultando em acumulação de ar em espaços fasciais da cabeça e do pescoço.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 69 anos, como antecedentes patológicos destaca-se hipertensão arterial (HTA), dislipidemia e hiperplasia benigna da próstata (HBP). Doente recorreu ao SU por aparecimento duma tumefação maxilo zigomática direita com dor associada após ter realizado tratamento dentário com destartarização. Negou febre, dispneia ou dificuldade na deglutição. Sem outros sintomas associados. Ao exame objetivo apresentava disfonia e crepitação da hemiface e região cervical direita. A observação da orofaringe não evidenciou alterações. AP: Murmúrio vesicular mantido e simétrico, sem ruídos adventícios associados. Dos meios complementares de diagnóstico realizados destaca-se TC CE que confirma a existência de enfisema nos diferentes espaços do pescoço de predomínio à direita, assim como a presença de enfisema retrofaringeo e retro esofágico. O TC concluiu que a via aérea cervical estava permeável e levantou a hipótese de existir uma solução de continuidade da valécula direita com o ar parafaringeo direito. Posteriormente, optou-se por tratamento médico com Amoxicilina e Ácido Clavulânico, uma vez que, o doente não apresentava sinais de gravidade ou complicações associadas ao enfisema subcutâneo que justificassem uma intervenção cirúrgica. O doente teve alta com antibiótico profilático e com a recomendação de optar por alimentos moles nos dias subsequentes. Gradualmente, o enfisema foi sendo reabsorvido sem necessidade de cuidados maiores.

Conclusão: A ocorrência deste tipo de complicação é pouco frequente, no entanto, é importante o seu conhecimento e o seu diagnóstico diferencial. Apenas com um correto diagnóstico podem ser evitadas algumas das complicações associadas.

PO-0271 - (4457) - VACINAÇÃO SAZONAL NOS MÉDICOS EM FORMAÇÃO: ADESÃO E FATORES DETERMINANTES

Paulo Reisinho¹; Ana Mateus Da Cunha¹; Ana Luísa Broa¹; Vilma Laís Grilo¹

1 - Hospital Garcia de Orta

Introdução A gripe sazonal e a COVID 19 são doenças com impacto importante na mortalidade e comorbilidade global. A literatura descreve má adesão à campanha de vacinação sazonal dentro dos profissionais de saúde apesar da eficácia comprovada da vacinação e de serem um grupo de risco, associando-se a um risco aumentado de surtos nosocomiais, absentismo e perturbação no funcionamento dos serviços de saúde.

Objetivos Quantificar a adesão vacinal dos médicos em formação e identificar os fatores determinantes na escolha de se vacinar ou não.

Material e Métodos Estudo transversal e descritivo através de um inquérito online traduzido e adaptado a partir de trabalhos internacionais semelhantes, dirigido a médicos em formação de uma Unidade Local de Saúde. O inquérito, após caracterização demográfica, identifica a fase de internato (Interno de Formação Geral (IFG) ou Interno de Formação Específica (IFE)), o ano e a área de especialidade. Na identificação das razões na escolha de se vacinar ou não foram colocadas questões tipo Likert, de 1-Discordo Totalmente a 5-Concordo Totalmente, dirigidas ao tipo de adesão vacinal (total, parcial ou inexistente).

Resultados De um universo de 258 internos, obtiveram-se 78 respostas (30,4%), 21 IFG e 57 IFE. Verificou-se um predomínio do género feminino (74,4%) e uma idade média de 28 anos. A maioria dos IFE eram de especialidades médicas (87,7%) e encontravam-se nos dois primeiros anos da especialidade (64,9%). Quanto aos IFG, 81% aderiram às duas vacinas, 9,5% optaram por nenhuma vacina e 9,5% aderiram apenas à vacina antigripal (VAG). Dentro dos IFE, 20,1% optaram por não se vacinar a nenhuma vacina, 5,2% apenas à VAG e 1,7% apenas à vacina da COVID-19. No total, 20 internos (25,6%) tiveram uma adesão vacinal incompleta. Os que optaram por se vacinar com as duas vacinas valorizam mais a proteção do utente ($\bar{x}=4,4$) e a proteção da família ($\bar{x}=4,4$) em relação à proteção do próprio ($\bar{x}=4,3$). Os que optaram apenas por uma das vacinas valorizaram primeiro a proteção do próprio ($\bar{x}=4,7$), depois a proteção da família ($\bar{x}=4,3$) e no final a proteção do utente ($\bar{x}=3,5$). Considerando os dois grupos, a recomendação da vacinação pela Direção Geral de Saúde foi a razão menos valorizada ($\bar{x}=3,9$). Quanto às razões para não se vacinar, globalmente, as razões mais apontadas foram o receio de efeitos adversos ($\bar{x}=3,6$), não considerar a gripe sazonal e a COVID-19 doenças com relevância clínica ($\bar{x}=3,3$) e a dúvida sobre a eficácia da imunização ($\bar{x}=2,9$), enquanto a dificuldade em aceder à vacina ($\bar{x}=2$) e o receio do momento da injeção ($\bar{x}=1,1$) foram as menos consideradas.

Discussão e Conclusão Com uma percentagem significativa de médicos em formação a optar por não aderir à vacinação sazonal, importa alargar o estudo a mais instituições de saúde, a médicos especialistas e outros profissionais de saúde. Identificar os determinantes subjacentes à não adesão à vacinação pode sugerir intervenções que permitam melhorar a adesão vacinal.

PO-0272 - (4498) - SÍNDROME DE LYELL – UM EFEITO ADVERSO RELEVANTE

Sara Campos¹; Vanda Conceição¹; Nuno Vieira¹; Luísa Arez¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Portimão

Introdução: A Síndrome de Lyell é uma doença mucocutânea rara que representa uma emergência médica associada a uma elevada taxa de morbimortalidade, normalmente causada pela administração de fármacos que causam necrose aguda da epiderme. Os fármacos mais associados a esta entidade são os anti-inflamatórios não esteróides, antibióticos e anti-convulsivantes que levam a uma resposta imunológica. Clinicamente, o doente apresenta febre, envolvimento oral com formação de lesões erosivas e bolhosas e destacamento extenso da epiderme, levando a risco acrescido de infeções e desidratação.

Caso clínico: Homem de 20 anos de idade com antecedentes pessoais relevantes de cardiopatia congénita complexa e um internamento prévio há cerca de um mês onde tinha sido prescrito alopurinol na alta como único novo fármaco a ser realizado pelo doente. Recorreu ao serviço de urgência por febre com 10 dias de evolução, prurido, eritema e edema generalizado, tendo ficado internado. Durante o internamento, desenvolveu descamação cutânea em uma área corporal superior a 30% acompanhado de lesões erosivas e necróticas das mucosas. Analiticamente, com aumento dos marcadores de função renal e com padrão de citocolestase. Realizou exame histológico que mostrou ser compatível para toxicodermia. Foi retirado o fármaco, iniciada imunoglobulina humana, corticoterapia sistémica e cuidados penso com melhoria.

Discussão: A Síndrome de Lyell é uma entidade que merece uma identificação rápida para que possa permitir uma atuação precoce. Por muitas vezes, os doentes apresentam-se com uma síndrome gripal inespecífica, daí que se torne relevante uma atenção aumentada para a iatrogenia causada pela introdução de novos fármacos. Embora comportem benefícios, todos os fármacos também possuem os seus riscos e devemos manter vigilância para prováveis emergências médicas causadas pelos mesmos.

PO-0273 - (4585) - NECROSE AVASCULAR DO FÉMUR, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Queijo¹; Raquel Lourenço Martins¹; Paulo Castro¹; Luis Azevedo¹; Margarida Mesquita Montes¹; António Sousa¹; Inês Peneda Ferreira¹; Andreia Rocha Costa¹; Fernando Salvador¹

1 - Unidade Local de Saúde de Trás os Montes e Alto Douro

Introdução: A Necrose avascular ou osteonecrose, é um processo progressivo com início insidioso que afeta preferencialmente a cabeça femoral. Apesar da fisiopatologia ainda em estudo, traduz-se por diminuição da perfusão e isquemia do osso, associa-se a fatores de risco adquirido como uso de corticóides, imunossupressores e bifosfonatos, mas também genéticos, nomeadamente hemoglobinopatias. O tabagismo e o consumo de álcool são fatores predisponentes. O recurso à imagiologia é essencial para se estabelecer um diagnóstico e para estratificar a doença. O tratamento depende do estadió da doença, podendo os doentes necessitar de prótese total da anca nos casos mais severos.

Caso Clínico: Os autores retratam o caso de um doente de 53 anos, com DRC terminal por nefrosclerose hipertensiva, submetido a transplante renal com falência do enxerto em PRHD desde 2022, ex-toxicodependente sob programa de metadona e com tabagismo ativo. Recorreu ao serviço de urgência por coxalgia inflamatória esquerda. Realizou raio-x membro inferior esquerdo sem sinais de fratura, mas com lesões líticas associadas. Apresentava anemia de doença crónica, sem hipercalcémia. Complementou estudo com TC que revelou várias áreas líticas na cabeça femoral esquerda pelo que, ficou internado para estudo complementar. Do restante estudo realizado, estudo imunológico negativo, eletroforese de proteínas séricas, imunossupressão e imunofixação sem alterações. PSA normal. TC-TAP sem outras alterações. Realizou RMN com características imagiológicas compatíveis com necrose avascular da cabeça do fémur. Durante o internamento, dor de difícil controlo com melhoria paulatina após otimização de analgesia. Foi pedida colaboração de ortopedia que encaminhou o doente, à data da alta, para a consulta externa. Posteriormente, foi submetido a ressecção da cabeça femoral e colocação de espaçador cimentado, com melhoria clínica.

Discussão e Conclusão: A necrose avascular da cabeça femoral é uma condição clínica que exige algum grau de suspeição clínica. O caso ilustra os desafios enfrentados no tratamento da necrose avascular da cabeça femoral, em que a analgesia se torna por si um desafio, dado os antecedentes. Para o diagnóstico a combinação de exames de imagem permitem uma avaliação abrangente e mais específica, destacando-se a RMN articular como gold-standard. O tratamento tem como principal objetivo preservar a articulação, pelo que a opção cirúrgica deve ser contemplada apenas nos casos mais severos.

Outro | Trabalho prospetivo/ retrospectivo

PO-0274 - (4611) - ANÁLISE DO IMPACTO DAS TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE POSITRÕES PARA DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Carolina Saca¹; Aurora Monteiro¹; Joana Caetano^{1,2,3}; José Delgado Alves^{1,2,3}

1 - Serviço de Medicina Interna, Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca; 2 - Unidade de Doenças Imunomediadas Sistémicas, Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca; 3 - NOVA Medical School

Introdução: A tomografia por emissão de positrões (PET) é um exame complementar utilizado no diagnóstico, estadiamento e monitorização de atividade de várias doenças, bem como na avaliação de resposta à terapêutica.

Objetivos: Este trabalho pretende avaliar o impacto da PET para o diagnóstico dos doentes avaliados.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo das PETs pedidas num serviço de Medicina Interna entre Janeiro de 2022 e Outubro de 2023. Foram avaliados os motivos de realização da PET e resultados obtidos no exame. A recolha dos dados foi feita pela revisão do processo clínico informático.

Resultados: Foram solicitadas um total de 70 PETs, tendo os doentes uma mediana de idades de 69 anos. Em 67% dos casos a PET foi pedida para investigação diagnóstica, por suspeita de vasculite ou polimialgia reumática (40%), de neoplasia oculta (7%), para estudo de nódulo pulmonar não acessível por biópsia (4%) e para estudo de síndrome febril indeterminado (4%). Em 53% dos exames foi confirmado o diagnóstico suspeito, em 36% foi encontrado um diagnóstico alternativo e em 10.6% o resultado foi inconclusivo. 30% das PETs foram pedidas para avaliação de atividade de doença, maioritariamente para avaliação de vasculite (90%). Foram identificados 20 incidentalomas dos quais 30% foram nódulos tiroideus hipermetabólicos benignos.

Conclusão: A PET demonstrou ter utilidade diagnóstica. Ressalva-se contudo nesta população a ausência de utilidade no estudo de neoplasia oculta.

PO-0275 - (4649) - HÉRNIA DE BOCHDALEK: A IMPOSTORA

Catarina Aguierras¹; Mariana Antão¹; Teresa Abegão¹; Carlos Cabrita¹; Catarina Mendonça¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

Introdução: A hérnia de Bochdalek constitui um defeito no desenvolvimento da parede póste-ro-lateral do diafragma, permitindo a herniação de estruturas intra-abdominais para a cavidade torácica. Manifesta-se geralmente na idade pediátrica com sintomas respiratórios, pela compressão do parênquima pulmonar. Nos adultos é maioritariamente assintomática (encontrada como incidentaloma), tendo uma incidência de 0.17%-6% da população.

Caso Clínico: Mulher de 67 anos, trazida ao serviço de urgência por prostração, sem outros sintomas acompanhantes. Objetivamente, a destacar sonolência e abolição do murmúrio vesicular na base direita. Analiticamente tinha aumento da proteína C reativa (PCR) (322 mg/L) e da creatinina (1.4 mg/dL). A radiografia torácica à entrada apresentava uma hipotransparência do lobo inferior direito. Foi assumido o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade e iniciada antibioterapia empírica com Ceftriaxona e Azitromicina, com discreta melhoria clínica e analítica. Contudo, ao sexto dia de antibiótico iniciou febre e calafrios, sem sinais focalizadores de infeção de novo. Verificou-se analiticamente leucocitose de novo (11.6×10^9) e uma procalcitonina de 8.81 ng/dL, apesar de PCR em perfil descendente. A tomografia computadorizada tóraco-abdomino-pélvica mostrou presença de hérnia de Bochdalek à direita, com herniação parcial do fígado para a cavidade torácica, compatível com a hipotransparência visualizada na radiografia torácica. Identificava ainda hidronefrose direita, condicionada pela presença de cálculo no terço superior do ureter homolateral, nefromegália e alterações inflamatórias perirrenais à direita. Assumiu-se o diagnóstico de pielonefrite aguda direita por uropatia obstrutiva litiasica, pelo que foi transferida para o serviço de Urologia e submetida a ureterorenoscopia bem como colocação de catéter duplo J, com saída de piúria e posterior melhoria clínica e analítica.

Discussão e Conclusão: A hipotransparência no lobo inferior pulmonar direito na radiografia torácica (correspondente ao fígado herniado) levou à hipótese inicial de pneumonia. O agravamento clínico motivou a realização de novos exames complementares, que permitiram chegar ao diagnóstico correto de pielonefrite. No caso apresentado, a presença de uma hérnia de Bochdalek previamente desconhecida atuou como fator confundidor para chegar ao diagnóstico final.

PO-0276 - (4668) - ERITRODERMIA – DESAFIO DIAGNÓSTICO

Joana Santos¹; Maria João Almeida¹; Rúben Costa²; Inês Albuquerque¹;
Jorge Almeida¹

1 - Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 2 - Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução:

A eritrodermia, ou dermatite esfoliativa, é um eritema difuso e descamativo que envolve >90% da superfície corporal e que pode surgir como apresentação de uma enorme variedade de doenças sistémicas ou dermatológicas.

Caso Clínico:

Homem, 66 anos, tabagismo ativo, com antecedentes patológicos de depressão. Internado em enfermaria para estudo de eritema pruriginoso generalizado, com 3 meses de evolução, que se iniciou com placas arredondadas e descamativas nos cotovelos e parede abdominal que progrediram para afetar todo o corpo ao longo do tempo. Associadamente, com edema exuberante da pele, prurido muito intenso a condicionar lesões de coceira, descamação cutânea das palmas das mãos e pés e unhas com pitting scars.

Do estudo efetuado apresentou estudo analítico com sinais de inflamação de etiologia não infeção bacteriana (Procalcitonina baixa; Proteína C Reactiva 40-70mg/L; Velocidade de sedimentação 25mm/1ªhora); com eosinófila em crescendo (máximo 2350 células/mm³); Realizadas 2 biópsias de pele: dermatite espongiótica subaguda, sem identificação de microorganismos, ausência de hifas no extracto córneo; Exame parasitológico de fezes: negativo; Pesquisa agentes infecciosos: HIV, Sífilis e EBV: negativos; Estudo autoimune negativo; Tomografia computadorizada Toraco-abdomino-pélvica sem alterações valorizáveis; Tomografia por Emissão de Positrões sem focos de captação anómala a sugerir doença linfoproliferativa metabolicamente, nomeadamente a nível cutâneo; Imunofenotipagem de células T sem alterações sugestivas de doença linfoproliferativa; Imunofenotipagem de células recuperadas de biópsia: sem alterações sugestivas de envolvimento cutâneo por Linfoma.

Durante o internamento foram suspensos fármacos não essenciais e iniciou anti-histaminico para controlo de prurido severo. Após a realização de biópsia cutânea foi iniciada corticoterapia com melhoria sintomática. O doente teve alta de enfermaria orientado para consulta de dermatologia onde realizou fototerapia UVB com melhoria da eritrodermia e do prurido. Mantendo-se em seguimento regular em consulta de dermatologia para controlo sintomático e vigilância ativa.

Discussão e Conclusão

Relata-se um caso clínico de eritrodermia idiopática que ilustra a complexidade da abordagem ao estudo etiológico desta manifestação. O seguimento regular destes doentes é fundamental, dada a possibilidade desta apresentação estar relacionada com o diagnóstico de uma doença grave como o Linfoma T cutâneo.

PO-0277 - (5074) - TERAPÊUTICA BIOLÓGICA NA HIDRADENITE SUPURATIVA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Gonçalves Pinto¹; Marta Braga¹; Juliana Andrade¹; Pedro Mesquita¹; Filipe Vilela¹; Francisco Simões¹; Luís Dias¹; Vânia Gomes¹; Céu Rodrigues¹

1 - Hospital de Braga

Introdução A hidradenite supurativa é uma dermatose inflamatória crónica, cuja fisiopatologia ainda não se encontra totalmente esclarecida, mas pensa-se que possa coexistir uma predisposição genética, inflamação e desregulação do sistema imune. Tem uma prevalência de 1 a 4% na população portuguesa, no entanto, sabe-se que há um subdiagnóstico desta patologia. Associa-se frequentemente ao síndrome metabólico, síndrome do ovário poliquístico, doença inflamatória intestinal, patologias psiquiátrica e autoimune e ao tabagismo. **Caso Clínico** Doente de 51 anos, do sexo feminino, com antecedentes de obesidade, fumadora, hiperandrogenismo ovárico e hirsutismo, histerectomia por carcinoma in situ há 9 anos. Apresenta história de hidradenite supurativa, com anos de evolução, com fistulização e cicatrizes, com abscessos recidivantes em diversos locais, sobretudo na na região axilar, mamária e inguinal, a carecer de drenagem cirúrgica. Sem resposta a múltiplas terapêuticas, nomeadamente metformina, espirolactona e tetraciclina. Assim, foi proposta para terapêutica com adalimumab semanal. Após o seu início, verificou-se uma redução do aparecimento de lesões cutâneas. Em cerca de 5 meses após o início da terapêutica biológica, a doente apresentou apenas um abscesso com necessidade de antibioterapia e de drenagem. **Conclusão** Trata-se de uma patologia com um enorme impacto na qualidade de vida do doente, levando a um aumento do risco de doenças do foro psiquiátrico. Tal pode ser explicado, por ser uma doença desfigurativa, bem como a presença de abscessos estar associada a dor e a um mal estar generalizado. A gestão e tratamento da hidradenite supurativa deve ser realizada de uma forma holística, com a abordagem das coleções abcedadas e sua prevenção, exclusão de outras patologias associadas e promoção da saúde mental. Atendendo à extensão das lesões da doente acima referida e à falha da terapêutica inicial, foi proposta terapêutica biológica com inibidores do fator de necrose tumoral, como é o caso do adalimumab e do infliximab. Podem ainda ser utilizados inibidores da interleucina 17A, como o secukinumab, ou análogos da vitamina A, como a acitretina. Dentro das opções mencionadas,

PO-0278 - (2661) - QUANDO UM SONO POUCO REPARADOR CONDICIONA POLICITEMIA

Rui Jorge Silva¹; Cláudia Coelho¹; Eulália Antunes¹; João Pedro Faria¹; Isabel Silva¹; Sofia Caridade¹

1 - Hospital de Braga

Existem múltiplas causas possíveis de policitemia, entre primárias e secundárias. O diagnóstico da causa específica é importante para a gestão adequada do doente.

Mulher de 61 anos, autónoma, enviada à consulta de Medicina Interna por policitemia para estudo. Antecedentes de dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, excesso de peso e gastrite crónica, medicada com rosuvastatina e metformina. Sem história de tabagismo ou de contacto com ambientes com fumo. A doente apresentava-se assintomática e sem alterações ao exame físico. Realizado estudo analítico, que revelou hemograma com hemoglobina de 17g/dL e elevação do hematócrito, sem outras alterações de relevo. Doseou-se o valor de eritropoetina sérica, que se encontrava dentro dos valores de referência. A pesquisa de mutações de JAK2 (V627F), calreticulina e MPL foi negativa. O ecocardiograma transtorácico e a monitorização ambulatória da pressão arterial não apresentaram alterações. A espirometria teve resultado normal, no entanto a polissonografia apresentou “insónia inicial, intermédia e marcada fragmentação do sono, associadas a roncopatia moderada e apneia obstrutiva do sono de índice acentuado (IAH=30/h), acompanhadas de moderadas dessaturações de oxigénio (IDO=16/h) ao longo do sono”. Fez-se o diagnóstico de síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), orientando-se a doente para consulta de Pneumologia para início de ventilação não invasiva (VNI) por pressão contínua da via aérea (CPAP).

A SAOS é uma causa de policitemia secundária por cursar com períodos de hipoxia durante o sono. Contudo, menos de 5% dos doentes com SAOS acabam por desenvolver policitemia. O tratamento destes doentes cursa com a instituição de CPAP, evitando o colapso da via aérea e os períodos de hipoxia. Tendo em mente a morbilidade importante que esta síndrome condiciona, é assim essencial a consideração da mesma no diagnóstico diferencial do estudo de uma policitemia.

PO-0279 - (5036) - SÍNDROME DE YAMAGUCHI: CASO RARO EM MULHER NÃO-ASIÁTICA

André Santos¹; Carla Pereira¹; Hugo Alves¹; Patrícia Moreira¹; João Espírito Santo¹; Carla Noronha¹; Célia Machado¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo- ULS Loures-Odivelas

O Síndrome de Yamaguchi ou cardiomiopatia hipertrófica apical (CHA), é uma variante não-obstrutiva e relativamente rara de cardiomiopatia hipertrófica. Foi descrita pela primeira vez em detalhe por H Yamaguchi et al. em 1978 sobre uma população de doentes japoneses com inversão profunda das ondas T precordiais, também referida como inversão gigante da onda T.

Esta variante representa cerca 25% da cardiomiopatia hipertrófica em asiáticos e 1-10% dos não-asiáticos. A prevalência é maior na população do sexo masculino com uma idade média de apresentação de $41,4 \pm 14,5$ anos, em uma coorte europeia.

A sua apresentação clínica é frequentemente caracterizada por dor torácica, podendo envolver um amplo leque de outros sintomas (dispneia, palpitações, síncope e sintomas de insuficiência cardíaca). De forma menos frequente, pode progredir totalmente assintomática até morte súbita cardíaca, arritmias malignas, enfarte apical ou aneurisma apical (este último pertencendo a um subconjunto cada vez mais reconhecido de CHA que se acredita conferir um risco mais alto de morte súbita).

Apresenta-se o caso de uma mulher de 58 anos, natural do Brasil, raça caucasiana, com múltiplos factores de risco cardio-vasculares (HTA, dislipidémia, obesidade) que recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de dor retrosternal opressiva intensa, com início em repouso, intensidade 8/10 e sem irradiação. Realizou eletrocardiograma (ECG) com padrão de fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, frequências de 148bpm. Após administração de beta-bloqueante reverteu a ritmo sinusal. Repetiu ECG que demonstrou ritmo sinusal, eixo normal, inversão de onda T gigante nas derivações DI e DII e precordiais de V3 a V6, infradesnive-lamento ST de 1mm V4-V6, sinais de hipertrofia ventrículo esquerdo (VE). Ecocardiograma transtorácico com VE com hipertrofia apical moderada a grave, condicionando gradiente dinâmico intraventricular máximo de 31 mmHg. Função sistólica global preservada (F.Ej.Simpson biplano: 61%). Dilatação da aurícula esquerda. Insuficiências mitral, aórtica e tricúspide de grau ligeiro.

Verificou-se estabilização clínica rápida com terapêutica antitrombótica e inodilatadores, tendo a coronariografia excluído lesões coronárias e a ventriculografia demonstrado função sistólica global preservada, afilamento meso-apical do VE a sugerir padrão de cardiomiopatia hipertrófica.

PO-0280 - (2650) - UTILIZAÇÃO DE TAFAMIDIS NA AMILOIDOSE CARDÍACA TTR - EXPERIÊNCIA INICIAL DE UMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE MANEJO INTEGRADO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Rodrigo Duarte¹; Antony Dionísio¹; Catarina Santos-Jorge¹; Jéssica Abreu¹; João Aurélio¹; Mafalda Ferreira¹; Sara Maia Barbosa¹; Teresa Valido¹; Célia Henriques¹; Jorge Rodrigues Fernandes¹; Marina Alves¹; Inês Araújo¹; Cândida Fonseca¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Introdução: A amiloidose cardíaca é caracterizada pela deposição extracelular de proteínas truncadas no miocárdio, sendo uma potencial etiologia de insuficiência cardíaca (IC). A principal forma de amiloidose cardíaca é por deposição de fibrilhas amiloides de transtirretina (A-TTR), com mau prognóstico se não tratada. O tafamidis, fármaco de dispensa hospitalar, mostrou diminuir a mortalidade e hospitalização cardiovascular na cardiomiopatia ATTR (ATTR CM).

Objetivos: Caracterizar uma população de doentes sob tafamidis, avaliar a evolução clínica, do NT-proBNP e hospitalizações dos doentes antes e após introdução de tafamidis.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de doentes sob tafamidis seguidos por uma equipa multidisciplinar de manejo integrado de IC, num hospital universitário. Caracterizou-se a população quanto à idade, género, presença de red flags de amiloidose cardíaca, classificação da New York Heart Association (NYHA), etiologia de IC, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), terapêutica modificadora de prognóstico (TMP), NT-proBNP pré e pós início do tafamidis e hospitalizações.

Resultados: Identificaram-se 10 doentes com IC por ATTR CM, 4 com etiologia mista (2 com ATTR CM e cardiopatia valvular e 2 com ATTR-CM e cardiopatia isquémica), 80% eram homens (n=8), com idade média de 83,7 (mínimo 77, máximo 92) anos. A FEVE foi classificada como preservada em 5 doentes, reduzida em 4 e moderadamente reduzida em 1. Da TMP, os 4 pilares nos doentes com FEVE reduzida ou moderadamente reduzida estavam presentes em 3 doentes (2 doentes com intolerância ao sacubitril-valsartan) e nos doentes com FEVE preservada os inibidores da SGLT-2 foram usados em 4 doentes.

Dos red flags, 5 doentes realizaram ressonância magnética cardíaca, todos com realce tardio subendocárdico; 4 apresentavam redução do strain longitudinal poupando o ápex, 3 proteinúria, 1 bloqueio trifascicular, 1 disfunção autonómica e 1 skin bruising. Sete doentes estão atualmente sob tafamidis, 2 faleceram e 1 suspendeu tafamidis por incumprimento terapêutico. Dos óbitos, um foi prévio ao início do tafamidis e o outro 3 meses após o seu início, com NYHA III à sua introdução. O follow-up médio foi de 10,1 meses, com máximo de 26 meses.

Antes do início do tafamidis, 3 doentes estavam em NYHA III e 7 com NYHA II, estando atualmente 2 com NYHA III, 3 com NYHA II e 2 com NYHA I. Apresentaram mediana de NT-proBNP de 5044,5 pg/mL pré-tafamidis, sendo de 3409 pg/mL aos 6 meses. Dos doentes sob tafamidis, verificaram-se 6 hospitalizações por IC nos 6 meses prévios ao início do tafamidis e 1 nos 6 meses após. Não se registaram efeitos adversos (relevantes).

Discussão e Conclusão: Apesar da pequena dimensão população, os doentes com A-TTR sob tafamidis apresentaram uma excelente tolerância à terapêutica, com melhoria clínica e redução das hospitalizações por IC.

PO-0281 - (2162) - SÍNDROME NEFRÓTICO – A IMPORTÂNCIA DA BIÓPSIA RENAL NO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Mariana Matos¹; Maria Inês Matos¹; Sérgio Madureira¹; Marta Patacho¹;
Jorge Almeida¹

1 - ULS São João

Introdução: A síndrome nefrótica caracteriza-se pela presença de proteinúria na faixa nefrótica (>3.5 g/24horas), hipoalbuminemia, anasarca, podendo estar associada a hipercolesterolemia, sendo um estado per se trombótico. O diagnóstico e tratamento de suporte devem ser precoces, sendo a procura da etiologia e a resposta ao tratamento determinante no prognóstico desta entidade.

Caso Clínico: Doente sexo feminino, 71 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por edema dos membros inferiores e da face, associado a dispneia de esforço e ortopneia, com 3 semanas de evolução. Como antecedentes pessoais apresentava hipertensão arterial e hipotireoidismo. O estudo analítico realizado na admissão apresentava lesão renal aguda (pCreatinina 2.6mg/dL; ureia 122mg/dL), sem alterações iónicas, BNP 124 pg/mL, e exame sumário de urina com proteínas >4g/L, sem eritrocitúria. Realizou ecografia reno-vesical que excluiu causa obstrutiva. Foi admitida no Serviço de Medicina Interna para investigação e tratamento. Do estudo, a salientar: proteinúria de 24 horas 5.91g/24h, albumina sérica 18 g/L, colesterol total 230 mg/dL, com estudo autoimune sem alterações de relevo. Tendo em conta a presença de síndrome nefrótica, sem melhoria clínica e analítica, foi iniciada corticoterapia em alta dose e realizada biópsia renal. Durante o internamento e apesar de terapêutica imunossupressora, evoluiu com disfunção renal, anúria e necessidade de início de terapêutica de substituição da função renal. O resultado anatomopatológico da biópsia renal mostrou alterações sugestivas de glomeruloesclerose segmentar focal. Pela ausência de recuperação da função renal, a doente teve alta em programa regular de hemodiálise, orientada para consulta externa de Nefrologia.

Discussão e conclusão: A glomeruloesclerose segmentar focal é uma lesão histológica frequentemente encontrada em doentes que apresentam síndrome nefrótica. Pode ser primária (tipicamente em doentes com síndrome nefrótica sem fatores de risco para GESF) ou secundária (a vírus ou fármacos). O prognóstico pode ser muito variável desde melhoria clínica a progressão com necessidade de início de terapêutica de substituição da função renal. Este caso pretende assim relembrar uma causa frequente de síndrome nefrótica, e a importância de avaliação multidisciplinar para a melhor orientação dos doentes.

PO-0282 - (2239) - SÍNDROME NEFRÓTICA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA MAMARIA

Tetiana Baiherych¹; Viktor Baiherych¹; Carlos Nancassa¹; Mafalda Sousa²; Patrícia Simões¹; Bernardo Silva¹; Filipa Trigo³; Ivan Luz³; Sandra António¹

1 - Hospital Distrital de Santarém; 2 - IPO de Lisboa; 3 - Hospital de Torres Novas

Introdução: A síndrome nefrótica (SN) caracteriza-se pela presença de proteinúria maciça, mais de 3 g de proteína/dia, edema ou hipoalbuminemia em contexto de doença glomerular. As causas mais frequentes da SN na idade adulta são nefropatia membranosa, nefropatia diabética, pré-eclampsia, amiloidose, vasculites e nefropatia por IgA. Por vezes, na prática clínica a SN pode ser só uma pista na investigação do diagnóstico primário.

Caso clínico: Os autores apresentam caso de uma doente do sexo feminino, 61 anos de idade, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e obesidade. Medicada em ambulatório com enalapril, furosemida, metformina, dapagliflozina e atorvastatina. A doente foi encaminhada a consulta de Nefrologia por proteinúria na faixa nefrótica (9 g/24h) com sCr de 0,47 mg/dL. Foi realizado estudo da SN, que revelou proteinúria de 9018 mg/24h e albuminúria de 4738,8 mg/24h. Sedimento urinário veio inativo. Electroforese de proteínas não teve picos monoclonais. Marcadores virais para HIV 1 e 2, HCV e HBV, estudo de autoimunidade, proteína de Bence-Jones foram negativos. Imunofixação sérica e urinária, cadeias leves kappa e lambda e razão K/L, complemento também não revelaram alterações. Ecografia renal salientou rins de dimensões normais com boa diferenciação parenquimo-sinusal e espessura conservada. A biópsia renal revelou alterações sugestivas de Nefropatia Membranosa no estágio II. Foi realizada TC cráneo-encefálica e toraco-abdomino-pelvica para despiste de etiologia neoplásica da SN que mostrou: "(...) volumosa lesão nodular da mama esquerda, com aumento da vascularização - aspetos suspeitos de lesão primária." A biópsia mamária confirmou o Carcinoma Invasivo triplo negativo. A doente iniciou QT neoadjuvante com Dexametasona, Paclitaxel e Carboplatina com boa tolerância e foi submetida a tumorectomia. De ponto de vista nefrológico mostrou excelente resposta do ponto de vista Nefrológico à QT, com redução de 60% da proteinúria, aumento da albumina de 2,5 a 3,4 g/dL e normalização em relação ao edema dos membros inferiores.

Conclusão: A nefropatia membranosa é uma das principais causas de síndrome nefrótica em adultos, sendo mais frequente no sexo masculino, e pode estar associada a infecções, neoplasias e doenças autoimunes, porém a grande maioria é idiopática. O tratamento inclui controlo da proteinúria e/ou edema com diuréticos e tratamento das causas secundárias da síndrome nefrótica.

PO-0283 - (2279) - HIPONATREMIA MASCARADA – UM CASO DE CEREBRAL SALT WASTING SYNDROME

Rodrigo Neves Brandão¹; Maria Carolina Silva¹; Ana Rita Tomás¹; Francisca Ferraz De Liz²; Anna Sukhoviya¹; Daniela Madeira¹

1 - Hospital Fernando Fonseca; 2 - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução: A hiponatremia é o desequilíbrio hidroeletrólítico mais frequente, podendo ter várias causas, uma das quais o Cerebral Salt Wasting Syndrome (CSWS). Apesar da fisiopatologia pouco esclarecida, é consensual que ocorre perda renal de sódio (Na^+) e água com consequente diminuição do volume intravascular. Etiologicamente pode estar associado a patologia do sistema nervoso central (SNC) como hemorragia subaracnoideia (HSA) ou subdural (HS). Por estas razões e pela sua raridade, apresenta-se como um diagnóstico difícil e para o qual é necessário estar alerta, uma vez que o tratamento tem algumas particularidades.

Caso clínico: Homem de 74 anos, com história de politrauma do qual resultaram HSA e HSD, diabetes mellitus tipo 2 e um nódulo pulmonar em estudo, deu entrada no serviço de urgência por crise convulsiva. Ao exame objetivo, não apresentava alterações de relevo, nomeadamente sinais de desidratação ou de sobrecarga hídrica. Analiticamente a destacar Na^+ 110 mmol/L, osmolaridade sérica 222 mOsm/Kg (baixa) e urinária 287mOsm/kg (aumentada), Na^+ urinário 67 mEq/L (aumentado), com glicemia normal. Realizou tomografia computadorizada de crânio com evidência de HSA e HSD já conhecidas. Assumindo-se hiponatremia euvolémica grave sintomática, iniciou reposição com soro hipertónico com pouca melhoria da natremia, ficando internado.

Discussão: Após revisão do processo clínico, constatou-se a existência de hiponatremia durante o internamento prévio provocado pelo politraumatismo há 4 meses, na altura com estudo etiológico, nomeadamente cortisol, hormona adrenocorticotrófica e função tiroideia, sem alterações. Assim, durante o atual internamento, iniciou restrição hídrica por suspeita de síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH), com descida da natremia. Repetiu o estudo analítico que evidenciou as mesmas alterações verificadas previamente, bem como uricemia de 2.9 mg/dl associada a aumento da diurese. Deste modo, assumiu-se o diagnóstico de CSWS e iniciou reposição de Na^+ até 8g/dia e fludrocortisona 0.1 mg/dia, com normalização e estabilização da natremia, mesmo após suspensão da terapêutica.

Conclusão: Com este caso destacamos a importância do diagnóstico diferencial de hiponatremia, para definir e instituir o tratamento de forma célere, principalmente em doentes com hiponatremia sintomática. O CSWS assume-se como um diagnóstico raro que deve ser equacionado quando estamos perante um doente com hiponatremia e patologia do SNC.

PO-0284 - (2287) - QUANDO NÃO ENCAIXA, PROCURAR NOS ANTECEDENTES - UM CASO DE ATEROESCLEROSE RENAL

Alexandre Castro Lopes¹; Rita Figueira¹; Bárbara Paracana¹; Joana Melo¹; Ana Sofia Montez¹; Mariana Sousa¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Introdução: A Lesão Renal Aguda (LRA) é uma entidade complexa, frequentemente de etiologia multifactorial, com vários diagnósticos diferenciais a dificultar a abordagem e merecendo uma investigação aprofundada.

Caso Clínico: Trata-se de um doente do sexo masculino de 69 anos, autónomo para as AVDs, que recorreu ao SU com quadro de 3 semanas de evolução de astenia, dispneia e ortopneia, vómitos pós-prandiais e edema dos membros inferiores. Apresentava-se normotenso, normocárdico, apirético, polipneico, prostrado, com murmúrio vesicular diminuído e crepitações bibasais à auscultação, edema dos membros inferiores até à raiz da coxa e turgescência venosa jugular. Perante suspeita de insuficiência cardíaca descompensada, fez furosemida 80mg e procedeu a estudo complementar:

Estudo analítico: NT-proBNP 15380 ng/dL; Ureia 232 mg/dL; Creatinina 8.22 mg/dL; **Raio-X Tórax:** hipotransparência dos seios costofrénicos; **Gasimetria arterial:** acidémia metabólica não compensada e hipercalémia; **Ecografia abdominopélvica:** Derrame pleural bilateral. Discreto derrame pericárdico e peritoneal. Rins sem alterações relevantes da diferenciação estrutural.

Foi assumida LRA por síndrome cardiorenal abordada com estratégia diurética. No internamento realizou ecoscopia que mostrou boa função biventricular o que, aliado a uma ausência de melhoria analítica apesar de débito urinário mantido e melhoria de hipervolemia, pôs em questão a hipótese diagnóstica. Uma revisão aprofundada dos antecedentes do doente revelou um internamento em 2015 com “bypass aorto-femoral e tromboendarterectomia aórtica justa-renal”. Assim, realizou EcoDoppler das artérias renais urgente, convertido para TC sem contraste, com “acentuadas alterações vasculares com significado hemodinâmico (...) ateromatose calcificada nos óstios renais assim como nas artérias renais já nos seus segmentos intra-renais...”. Foi transferido para o serviço de Nefrologia do hospital de referência para terapêutica de substituição de função renal e angioplastia.

Discussão: A estenose aterosclerótica das artérias renais é uma causa descrita de doença renal crónica, intitulada “nefropatia isquémica”, frequentemente com deterioração da função renal progressiva ou súbita, sendo um diagnóstico diferencial importante na ausência de outras causas.

Conclusão: A LRA tem um vasto leque de diagnósticos diferenciais, sendo uma revisão aprofundada dos antecedentes essencial para a elaboração de hipóteses diagnósticas e tratamento adequado.

PO-0285 - (2601) - ADVERSIDADES DO LÍTIO!

Bernardo Silvério¹; Sílvia Oliveira¹; Adriana Almeida¹; Isabel Vinhas¹; Mário Esteves¹

1 - ULS Médio Ave - Serviço de Medicina

Diabetes insipidus nefrogénica é caracterizada por uma resistência à arginina vasopressina (também conhecida como hormona anti-diurética – ADH) a nível do rim. Esta alteração leva à perda de capacidade de concentrar urina. Os sintomas mais frequentes são poliúria, noctúria e polidipsia. Existem várias causas descritas, entre as quais, mutações genéticas (por exemplo no gene da aquaporina-2), hipercalcemia, hipocaliémia persistente ou toxicidade a fármacos.

Apresenta-se uma doente de 63 anos, género feminino, com antecedente relevante de perturbação bipolar medicada, entre outros fármacos, com lítio. Recorreu ao SU por prostração com cerca de um mês de evolução e apatia. Em estudo analítico verificada lesão renal aguda (LRA) (creatinina de 1,95 mg/dL) com hipernatremia (Na⁺ 156 mEq/L). Após avaliação conjunta com Psiquiatria e Neurologia, realizou TC de crânio, sem alterações agudas, e doseamento de níveis de lítio que estavam aumentados. No início do internamento mantinha hipernatremia apesar de fluidoterapia endovenosa. Apresentava débito urinário superior a 3,5L/dia, com densidade urinária e osmolaridade urinária baixas (com osmolaridade sérica normal). Equacionado o diagnóstico de Diabetes insipidus nefrogénica secundária ao lítio. Foi suspenso lítio, tendo-se alterada a terapêutica de base, e restringido o aporte hídrico. Verificou-se melhoria progressiva da função renal, normalização da natrémia e melhoria da sintomatologia neurológica. À data de alta, com função renal normalizada, perfeitamente acordada e colaborante.

Serve o presente caso para alertar para a importância do estudo dos doentes com LRA e hipernatremia, não se assumindo sempre a causa mais frequente de desidratação, no sentido da correta identificação da causa para o melhor tratamento possível.

PO-0286 - (2819) - AKI BY NSAIDS OR RAPIDLY PROGRESSIVE VASCULITIS?

Renzo Venturin Mozzer¹; Carlos Cruz Villalon¹; Lorena Lozano Real¹; Daniela Nascimento Matias Silva¹; Jorge Bravo¹; Mariana Bessa Quelhas¹

1 - Hospital Santa Luzia de Elvas

Introduction: Rapidly progressive renal failure (RPRF) should always be thought as a diagnostic hypothesis on patients who present with progressive acute kidney injury (AKI) of few weeks duration. Etiology may be a primary renal disease or a systemic disorder. Also, the kidneys receive almost 25% of the cardiac output and are the major organ for drugs excretion. To do this kidney glomeruli are vulnerable to the effects of drugs. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) are commonly used without prescription. Since NSAIDs are a significant risk of kidney injury, others differential diagnostics may be underestimated. On this clinical case we show how a well-presumed diagnostic hypothesis can be discharged with a dedicated propedeutics.

Case report: A Male, 69 years-old, on ibuprofen therapy 3 weeks before after right total gonarthroplasty, sought care at the emergency for asthenia, anorexy and arthalgias, relating symptoms since hospital discharge 1 month before. Initial tests showed nitrogen restrain. Anamnesis emerged the hypothesis of AKI by ibuprofen. Despite fluid therapy, nitrogen restrain maintained, which motivated further investigation. Abdominal computed tomography (CT) and ecography dis not revealed a definitive diagnosis. Autoimune diseases search suspected vasculitis. Gammopathy was discarded. Glomerular basal antimembrane antibodies were also searched which came negative. Renal biopsy showed acute renal damage by crescentic glomerulonephritis with acute fibrinoid necrosis of the wall of ther medium-caliber arteries with generalized fibroedema establishing a diagnosis of Rapidly Progressive Vasculitis Renal Failure with ANCA-myeloperoxidase (ANCA-MPO). Patient evolved well with the treatment using methylprednisolone and a epoetin and continued treatment at home with outpatient follow-up.

Discussion: Besides a patient has an usual reasonable initial clinical diagnosis, an in-depth study shows that AKI may also be due to less prevalent diagnoses. On this case, the clue was the nitrogen restrain which maintained despite fluid therapy. Even patients on NSAIDs therapy with persistent acute renal damage deserve autoimune tracking.

PO-0287 - (4077) - NEFRITE TUBULO-INTERSTICIAL POR PEMBROLIZUMAB

Catarina Vale¹; Paula Matias¹; Ana Toste¹; Inês Pinheiro²; Sandra Sousa³; Marina Gonçalves¹; Núria Paulo¹; Luís Flores¹; Joana Pereira¹; Fernando Friões¹

1 - CHUSJ; 2 - ULSRA; 3 - ULSN

O desenvolvimento da imunoterapia veio revolucionar o tratamento de múltiplas doenças oncológicas. No entanto, efeitos laterais ocorrem com a sua utilização, incluindo os do foro nefrológico. Em doentes tratados com inibidores do checkpoint (ICP), a complicação renal mais comum é a nefrite tubulo-intestinal (NTI), surgindo em 1-5% dos casos. Cerca de 85% dos doentes recuperam a função renal completa ou parcialmente com a suspensão do ICP e corticoterapia. A taxa de recorrência após reintrodução do ICP é de 23%.

Mulher de 45 anos, com carcinoma da mama triplo negativo diagnosticado há 2 meses, em tratamento neoadjuvante com carboplatina, paclitaxel e pembrolizumab. Queixas de rash maculopapular do tronco e membros superiores com 3 semanas de evolução. Recorreu à sua oncologista por febre, anorexia, vómitos e noção de diminuição do débito urinário com 2 dias de evolução. Sem alterações relevantes ao exame objetivo. Analiticamente sem eosinofilia, com lesão renal aguda (Cr 7.42 mg/dL) e acidose metabólica ligeira, sem hipercaliémia. Sedimento urinário com leucocitúria (900/uL), rácio albumina/creatinina 188 mg/g, sem cilindros. Ecografia com rins de dimensões aumentadas e aumento difuso da ecogenicidade do parênquima. Dada a suspeita de lesão renal aguda iatrogénica, foi realizada biópsia renal. Dada a suspeita de NTI associada a pembrolizumab, foi iniciada prednisolona (1mg/Kg/dia). Do estudo imune: ANA 1/160 padrão mosqueado, ENAs, anti-dsDNA, ANCAs, anti-membrana basal e FR negativos. Serologias para CMV, parvovirus B19, EBV, HSV 1 e 2, varicela, sarampo, sífilis e toxoplasmose negativa. A biópsia renal confirmou NTI. Manteve-se sem necessidade de hemodiálise, com melhoria gradual da função renal (Cr 1.17 mg/dL à data de alta), aguardando reunião de grupo oncológico para decisão de terapêutica subsequente.

A doente apresentava rash e febre a favor de NIT, mas sem eosinofilia. Os achados habituais na urina são a leucoeritrocitúria e cilindros de leucócitos, mas a apresentação é variável. O grau de proteinúria é muito variável desde ausente a proteinúria nefrótica. Os achados ecográficos apesar de não diagnósticos, suportam o diagnóstico de NIT.

Dada a prevalência, gravidade e eventual reversibilidade com corticoterapia da NTI, deve-se manter um alto grau de suspeita nos doentes com lesão renal aguda sob pembrolizumab, principalmente se tiveram sinais da tríade de NTI (febre, rash e eosinofilia).

PO-0288 - (4555) - GLOMERULONEFRITE MEMBRANOPROLIFERATIVA: QUANDO CONSIDERAR IDIOPÁTICA?

Ana Luísa Maceda Rodrigues¹; Mariana Lobo Oliveira¹; Pedro Lisboa Gonçalves¹; Margarida Miguel Paraíso¹; Pedro Rodrigues¹; Jorge Almeida¹

1 - ULS São João

Introdução: A Síndrome Nefrótica (SN) é caracterizada por proteinúria >3.5g/24h e hipoalbuminemia, associando-se frequentemente a edema, hipercolesterolemia e hipercoagulabilidade. Traduz classicamente uma lesão podocitária, associando-se raramente a deterioração aguda da função renal. A decisão terapêutica e o desfecho clínico dependem do diagnóstico etiológico precoce.

Caso Clínico: Homem de 76 anos com história de hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus, dislipidemia e doença renal crónica G3A2 KDIGO. Avaliado no serviço de urgência por dispneia e edema com 3 semanas de evolução. Foi objetivada HTA grau 1 e anasarca. O estudo analítico revelou hipoalbuminemia (24,6g/L), lesão renal (creatinina 3.93mg/dL) e exame sumário da urina com presença de eritrócitos, leucócitos e proteinúria (11,3g/g de creatinina, com confirmação ulterior em urina de 24h). Internado na enfermaria para estudo. Estudo etiológico negativo para gamapatia monoclonal; anticorpos antinucleares com título de 1/640, sem outras alterações do painel autoimune, inclusive de C3, C4, anticorpos antifosfolipídicos, antimembrana basal e anticitoplasma do neutrófilo; serologias infecciosas não reativas. Realizada biópsia renal que revelou padrão de glomerulonefrite membranoproliferativa (GNMP) com crescentes. Imunofluorescência (IF) sem depósitos imunes e avaliação ultraestrutural por microscopia eletrónica (EM) confirmou a presença de lesão podocitária, sem lesão da membrana basal, sinais de microangiopatia trombótica ou depósitos imunes. O estudo funcional e genético do complemento foi negativo. O doente evoluiu com deterioração progressiva da função renal com necessidade transitória de técnica dialítica. Foi tratado com ciclofosfamida EV e corticoterapia, com recuperação parcial da função renal. Após 6 meses apresenta creatinina plasmática de 3mg/dL, sem síndrome nefrótica.

Discussão e Conclusão: A SN em associação com deterioração da função renal é incomum e implica um leque alargado de diagnósticos diferenciais. No presente caso, os achados histológicos são consistentes com a apresentação clínica, todavia foi inesperado o resultado da IF, confirmado por EM. Foi considerada a hipótese de GNMP secundária a desregulação do complemento, que foi descartada. O presente caso pretende salientar a GNMP enquanto padrão histológico, a obrigatoriedade de empreender o estudo etiológico e ainda, destacar a importância da biópsia precoce na orientação diagnóstica e prognóstico destes casos.

PO-0289 - (4656) - ADEUS, RIM: REACÇÃO PARADOXAL AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE DISSEMINADA

Angela Ghiletschi¹; Ana Raquel Pinto¹; Fernando Maltez¹

1 - ULS São José

INTRODUÇÃO: A Reacção Paradoxal (RP) ao tratamento da Tuberculose (TB) é uma condição reconhecida, embora imprevisível no seu aparecimento, duração ou gravidade e pode alterar a evolução da doença. Cursa com adenomegalias de novo ou agravamento das pré-existentes. Surge em 20% dos casos, 3 semanas a 4 meses após o início do tratamento.

CASO CLÍNICO: Doente do sexo feminino, 27 anos, natural do Nepal, residente em Portugal há 5 anos, sem viagens recentes. Feito o diagnóstico de Tuberculose Disseminada quatro meses antes, atualmente sob terapêutica de manutenção com isoniazida e rifampicina. Apresentou-se no Serviço de Urgência (SU) por cefaleias intensas com três semanas de evolução temporo-occipital direita, pulsátil, contínua ao longo do dia, já com duas idas prévias pelo mesmo motivo. Ao exame objectivo apenas a destacar hipertensão arterial 195/96mmHg. Sem lesão aguda em TC-Crânio-Encefálico (CE) e VenotC-CE. Sem alterações analíticas de relevo. Efetuada punção lombar cujo exame citoquímico do LCR revelou 166 células com predomínio de polimorfonucleares, 52mg/dL de glicose e 484mg/dL de proteínas. Foi internada com hipótese diagnóstica de meningite aguda. Por ausência de sinais meníngeos, febre e quadro de hipertensão refractária a terapêutica médica, foi realizada RMN-CE que revelou: «sinais de encefalopatia posterior de provável etiologia hipertensiva»; Angio-TC-Tóraco-Abdominal com múltiplas adenopatias abdominais e mediastínicas, rim direito reduzido (7cm) e com trajecto da artéria renal direita - que se apresentava filiforme por compressão extrínseca do aglomerado adenopático - quase imperceptível; Eco-Doppler renal com traçado de baixa amplitude na artéria renal direita. Assumiram-se os diagnósticos de Encefalopatia Posterior Reversível e Hipertensão Renovascular por Reacção Paradoxal ao tratamento da Tuberculose e iniciou Prednisolona 60 mg/dia com esquema de desmame posterior, tendo alta assintomática e com perfil tensional controlado sem esquema de anti-hipertensores, embora com atrofia permanente do rim direito.

DISCUSSÃO: A RP deixou de ser apenas uma condição associada a doentes VIH, ocorrendo cada vez mais em imunocompetentes. É mais frequente em doentes com Tuberculose Disseminada e tem bom prognóstico quando não envolve o Sistema Nervoso Central. Contudo, devemos estar atentos a esta condição com vista a prevenir danos irreversíveis – como acabou por ser o caso desta doente.

PO-0290 - (5091) - TRIMETOPRIM/ SULFAMETOXAZOL E DOENÇA RENAL – UMA RELAÇÃO DE ACIDOSE TUBULAR

Carolina Coelho¹; Inês Fiuza Rua¹; Angela Ghilechi¹; Inês Ferreira¹; Sérgio Cabaço¹;
Rita Bernardino¹; Diogo Ramos¹; Wendy Moniz¹; Manuel Serrano¹;
Maria Conceição Loureiro¹

1 - ULS São José

INTRODUÇÃO: A acidose tubular renal (ATR) ocorre quando o rim é incapaz de manter a homeostase acido-base. Existem 4 tipos de acidose tubular renal, sendo que, a tipo 4 é causada pela excreção anormal de ácido e potássio no tubo colector (TC) cortical. Esta alteração é consequência de uma deficiência ou resposta deficiente à aldosterona, que desencadeia a reabsorção de sódio, em troca de potássio e hidrogénio. O resultado é uma acidose hipercalemica, hiperclorémica, com anion gap normal. A utilização de Trimetoprim/sulfametoxazol (TMP/SMX) está associada ao desenvolvimento de acidose tubular renal tipo 4, mais frequentemente, com hipercalemia associada. O mecanismo pelo qual o TMP/SMX induz a ATR não se encontra completamente esclarecido, apesar de a própria hipercalemia induzida pelo fármaco poder contribuir para o desenvolvimento da acidose; o desenvolvimento de hipercalemia está relacionado com o componente trimetoprim, uma base estruturalmente semelhante aos diuréticos poupadores de potássio.

CASO CLINICO: O caso remete a um doente de 80 anos, caucasiano, que recorre ao serviço de urgência (SU) por diminuição da força muscular e fadiga. Teria estado medicado com TMP/SMX, com termino nos 3 dias prévios à vinda ao SU. Não tinha antecedentes de doença renal crónica conhecida (TFGe prévia de 61mL/min/1,73m²). Na avaliação inicial destacou-se acidose metabólica (pH 7,268, HCO₃⁻ 15.4 mEq/L), hiperclorémica (Cl 113 mEq/L), hipercalemica (K⁺ 8,0 mEq/L), com anion gap normal (6.6 mEq/L). Na investigação adicional destacou-se agravamento da função renal, com Cr 1,88, U 110mg/dL, para uma TFGe 33mL/min/1,73m²). Realizou terapêutica espoliadora de potássio, com insulina, suplementação de bicarbonato e fluidoterapia, tendo-se verificado, no entanto, persistência da lesão renal. Após exclusão de outras causas, assumiu-se acidose tubular renal tipo 4, associada à toma de TMP/SMX.

CONCLUSÃO: A acidose tubular renal pode estar associada à progressão para doença renal crónica, com implicações no prognóstico e qualidade de vida dos doentes. A utilização de fármacos potencialmente associados ao desenvolvimento destes quadros deve ser tida em conta de modo a antecipar complicações e possibilitar abordagens precoces.

PO-0291 - (2090) - HEPATITE AGUDA POR VHE – A PONTA DO ICEBERG

Andreia Sá Lima¹; Rita Novera De Sousa¹; Raquel Calisto¹; Cristina Oliveira¹; Luísa Guerreiro¹

1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: O vírus de hepatite E (VHE) está frequentemente associado à hepatite aguda em viajantes provenientes de países com condições higieno-sanitárias precárias. No entanto, estudos recentes destacam uma crescente prevalência na Europa, resultante de transmissão zoonótica. Este fenómeno revela um espectro clínico amplo da infeção por VHE, onde a hepatite aguda representa apenas a ponta do iceberg.

Caso Clínico: Mulher de 80 anos, com história de AVC isquémico em território profundo da ACM esquerda há 6 anos, sem história de epilepsia. Admitida por alteração do estado neurológico, sendo documentado, em eletroencefalograma, um padrão de crises recorrentes com foco fronto-temporal esquerdo, responsiva à administração de benzodiazepina. Destacam-se a ausência de febre ou parâmetros inflamatórios elevados; imagem sem alterações agudas e líquido cefalorraquidiano inocente. Durante o internamento, houve melhoria clínica e eletroencefalográfica, com escalada de dose de levetiracetam (LVT). No entanto, persistiu lentificação psicomotora, sugerindo algum grau de encefalopatia. Ao longo da primeira semana de internamento, desenvolve adicionalmente um quadro de lesão hepática aguda de padrão hepatocelular (AST/ALT >20x LSN, Fator R 5,9) e hiperbilirrubinemia discreta, sem coagulopatia. Destaca-se ausência de contexto de hipoperfusão ou toxicidade, à exceção de introdução LVT com potencial hepatotóxico baixo. Realizada ecografia que apenas mostrou ligeira esteatose hepática. Excluídos os principais agentes víricos (VHA, VHB, VHC, EBV) e realizada colheita de painel de autoanticorpos que se revelou negativo. Por ser pouco clara uma etiologia para a lesão hepática, prosseguiu estudo com biópsia percutânea, cujo resultado anatomopatológico foi inespecífico. Apesar da ausência de um contexto epidemiológico claro, considerando o seu potencial hepatotrópico e neurotrópico, procedeu-se à realização de serologia e pesquisa por PCR do VHE que foi positiva.

Discussão & Conclusão: A infeção por VHE é notavelmente subestimada no âmbito da hepatite aguda, com um reconhecimento ainda mais deficiente no restante espectro clínico. Deste espectro destacam-se as manifestações neurológicas e renais que surgem nos genótipos 3 e 4 associados a zoonose. Apesar da existência de estudos prospetivos que evidenciam associação com lesão neurológica, há ainda escassez de relatos na literatura sobre epilepsia associada à infeção por VHE, indicando a necessidade de revisão científica deste tema.

PO-0292 - (2710) - MENINGOENCEFALITE A VHS-7Flávio Quadrado¹; Ana Teresa Vieira¹; Margarida Jacinto¹; Rita Ribeirinho¹

1 - Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução

A infecção pelo vírus do herpes simples tipo 7 (VHS-7) é mais comum durante a infância, e pode permanecer latente por longos períodos de tempo. Os fatores como stress, doença aguda ou a imunossupressão podem reativar a infecção pelo vírus provocando complicações graves, incluindo danos neurológicos permanentes.

Caso Clínico

Mulher de 20 anos, com antecedentes de Síndrome de Prader Willi e apneia obstrutiva do sono, teve uma queda da própria altura 9 dias antes da vinda ao serviço de urgência, com traumatismo crânio-encefálico associado. Após 2 dias inicia diminuição da força no membro inferior direito com desequilíbrio e incapacidade para a marcha, apresentando-se posteriormente prostrada sem verbalizar. Teria iniciado recentemente aripiprazol.

Realizou tomografia computadorizada do crânio que não apresentava alterações relevantes e assumiu-se iatrogenia medicamentosa pelo que suspendeu o aripiprazol. Paralelamente realizou uma punção lombar que mostrou uma contagem celular de 17 com predomínio de mononucleares assumindo-se provável meningoencefalite viral, confirmada posteriormente pelo painel de vírus neurotrópicos que foi positivo para VHS-7. Durante o internamento houve agravamento do estado geral encontrando-se hipotensa, hipotónica e dessaturada, realizando radiografia de tórax que documentou hipotransparência bilateral, assumindo-se pneumonia. Foi transferida para a unidade de cuidados intermédios e posteriormente para a unidade de cuidados intensivos pelo agravamento da insuficiência respiratória e do estado neurológico, iniciando imunoglobulina na impossibilidade de excluir um síndrome de Guillain Barré.

Teve uma evolução favorável com recuperação do estado neurológico e a recuperar gradualmente a força muscular, tendo cumprido aciclovir durante 15 dias.

Conclusão

A meningoencefalite a VHS-7 apresenta-se como uma condição clínica complexa e potencialmente grave, especialmente em pacientes imunocomprometidos. Este caso clínico destaca a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado para evitar complicações neurológicas irreversíveis. O uso de antivirais, é fundamental para melhorar o prognóstico destes pacientes. E este caso também enfatiza a necessidade de considerar infecções virais, incluindo o VHS-7, como causa potencial de deterioração clínica em pacientes com condições médicas pré-existentes.

PO-0293 - (2795) - DOR LOMBAR – UM CASO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA EM TAVI

Ricardo Silva Ferreira¹; Daniela Ormonde¹; Francisca Moutinho¹; Jorge Almeida¹; Inês Albuquerque¹

1 - ULS São João

Introdução: A Endocardite Infecciosa (EI) associa-se a importante morbimortalidade. O diagnóstico precoce pode ser dificultado pela variedade de apresentações clínicas, frequentemente inespecíficas. Assim, o limiar de suspeita diagnóstica deve ser baixo, sobretudo em grupos de risco como portadores de prótese valvular (PV).

Caso clínico: Homem de 73 anos, vem ao Serviço de Urgência por dor lombar e nos membros inferiores (MI) em agravamento há 3 meses e diminuição bilateral da força muscular, a condicionar marcada limitação funcional. Recorreu por 5 vezes aos cuidados de saúde, sem alívio significativo com terapêutica analgésica. Associadamente, com fadiga, anorexia e perda ponderal de 10kg em 2 meses. À admissão, queixoso, febril, com edema ligeiro nos MI até ao joelho. No estudo inicial, com anemia microcítica, neutrofilia relativa e proteína C reativa elevada. Como antecedentes relevantes, Síndrome Coronária Aguda com supra de ST, com revascularização de 2 vasos, e Estenose Aórtica severa sintomática com função sistólica ventricular esquerda conservada, submetida a Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) há 20 meses. Foi internado para investigação etiológica de Síndrome Constitucional. Foi identificado sopro sistólico, já conhecido. Por isolamento de *S. gordonii* em hemoculturas (HC) e Ecocardiograma Transtórácico compatível com envolvimento infeccioso da prótese aórtica, estabelecido diagnóstico de EI em TAVI e iniciou penicilina ao 3º dia de internamento. Realizou Ecocardiograma transesofágico (ETE) com confirmação de EI em TAVI normofuncionante, com espessamento da fibrosa intervalvular e várias vegetações, a maior com cerca de 8mm. Prosseguiu estudo com Tomografia Computorizada (TC) cranioencefálica, sem sinais de embolização; Ressonância Magnética (RMN) lombar compatível com espondilodiscite; TC cérvico-tóraco-abdómino-pélvica com lâmina de derrame pleural bilateral, possível área de enfarte esplénico e alterações renais, esclarecidas por RMN como áreas de enfartes ou focos de embolização séptica. Foi discutido em Heart Team, com decisão de tratamento conservador e avaliado por Ortopedia, sem critérios cirúrgicos. Após início de penicilina, as HC seriadas foram negativas, pelo que, na ausência de complicações em ETE de reavaliação, irá completar 6-8 semanas de antibioterapia em hospitalização domiciliaria.

Conclusão: Este caso exemplifica a complexidade da gestão de doentes com EI de PV, em linha com as melhores recomendações clínicas.

PO-0294 - (2910) - DOENÇA DA ARRANHADURA DO GATO – DA REAÇÃO LOCAL AO ENVOLVIMENTO MULTIORGÂNICO

Rita Xavier¹; Silvia Oliveira¹; Carla Melo¹; Sara Pereira¹; Carla Peixoto¹; Mério Esteves¹

1 - Unidade Local de Saúde Médio Ave

A sépsis grave, que cursa com disfunção multiorgânica, é um desafio frequente para o internista, implicando uma abordagem terapêutica complexa e que carece por vezes de um estudo abrangente para identificação do ponto de partida.

Relata-se o caso de uma doente do género feminino de 78 anos que recorre ao Serviço de Urgência (SU) por febre, prostração e icterícia com 3 dias de evolução. À admissão no SU normotensa, tendo-se objetivado febre, taquicardia e icterícia. Analiticamente, com pancitopenia (mínimos de hemoglobina de 8,6g/dL, plaquetas 11000 e leucócitos 2340), elevação da PCR (máximo 38,72mg/dL), hiperbilirrubinemia à custa da direta (9,97mg/dL e 7,13mg/dL respetivamente) e lesão renal aguda AKIN 2 não oligúrica com creatinina máxima de 2,44mg/dL. Realizou TAC TAP com evidência de focos de consolidação pulmonar à direita, hemangioma hepático já conhecido e esplenomegalia homogénea. Evoluiu com hipotensão e insuficiência respiratória hipoxémica, sem hiperlactacidemia.

Epidemiologicamente, vive em meio rural com contacto com ratos e tem 3 gatos, um dos quais recentemente adotado e em tratamento veterinário por lesões cutâneas e parasitas.

Prosseguiu-se o estudo etiológico, do qual se destacam apenas leucócitos fecais positivos com múltiplas serologias e ecocardiograma transtorácico negativos. Colheu rastreio sético (com anti-genúrias, hemoculturas e urocultura negativas) e iniciou empiricamente ceftriaxone e azitromicina que cumpriu por 7 e 5 dias respetivamente. Tendo em conta o contexto epidemiológico, foi pedida serologia de bartonella que se revelou positiva (Ac IgG reativo 1:320), altamente sugestivo de infeção ativa ou recente.

A doença causada pela bactéria bartonella henselae, causadora da vulga doença da arranhadura do gato é maioritariamente transmitida pelo arranhão ou mordida do gato infetado, comum em gatos de rua. Do ponto de vista clínico, é tipicamente caracterizada por reação cutânea e linfadenite mas sabe-se que nos indivíduos acima dos 60 anos são mais comuns os sintomas sistémicos e manifestações atípicas, com eventual envolvimento visceral que afeta predominantemente fígado e baço, sendo a pneumonia uma descrita manifestação atípica. Apesar de a doença sistémica se associar a pior prognóstico, a antibioterapia é eficaz e o esquema dependente do envolvimento da doença, pelo que o contexto do doente se reveste de extrema importância na orientação do estudo etiológico e diagnóstico precoce para tratamento atempado.

PO-0295 - (2954) - TUBERCULOSE MILIAR NA ATUALIDADE

Margarida Ribeiro¹; Francisca Dâmaso¹; João Oliveira¹; Michele Tomazini¹; António Eliseu¹; Joana Duarte¹

1 - Hospital de São Francisco Xavier

INTRODUÇÃO

A tuberculose miliar resulta da disseminação hematogénica de *Mycobacterium tuberculosis* e está presente em apenas cerca de 2% dos casos de tuberculose. O termo miliar advém do aspeto radiográfico associado à disseminação hematogénica. A tuberculose miliar pode surgir por progressão da infeção atual ou reativação de infeção prévia. O maior fator de risco para a disseminação é a imunossupressão.

CASO CLÍNICO

Mulher, 68 anos, imunocompetente, natural de Bahia, última visita ao país 4 meses antes do internamento. Seguida na consulta de Hematologia por esplenomegalia e hepatomegalia, e trombocitopenia idiopática de 40000/L (estudo etiológico em 2018). A última ecografia abdominal, de janeiro de 2023, revelava: “O baço tem dimensões aumentadas com 147 cc de volume, evidenciando uma ecoestrutura heterogénea, com áreas hiperecogénicas que intervalam com áreas hipocogénicas, de aspeto grosseiramente nodular (...) angiomatose esplénica, sendo este o diagnóstico primordial (...)”. Destaca-se IGRA positivo de junho de 2023.

Internamento em agosto de 2023 por quadro com 3 meses de evolução de astenia incapacitante, perda ponderal involuntária de 12kg e febre vespertina (temperatura timpânica máxima 39°C). Analiticamente com anemia normocítica e hipocrómica, trombocitopenia grave, sem leucopenia ou leucocitose; velocidade de sedimentação 78 mm/h e ferritina 567ng/ml; PCR 15.7mg/dl; Pesquisa de VIH, Anticorpo anti-Brucella e anti-Treponema Pallidum e restantes vírus hepatotróficos negativos.

TC torácica revelou: “múltiplas adenopatias para-cardíacas, lombo-aórticas e ílio-pélvicas. No pulmão identificam-se micronódulos difusos com padrão miliar, bem como outras lesões nodulares de maiores dimensões dispersas, e alterações fibro-cicatriciais. Estes aspectos são suspeitos de recidiva hematogénica de eventual tuberculose prévia, não se excluindo doença linfoproliferativa e eventual metastização.” Salienta-se ainda pesquisa DNA de *Mycobacterium tuberculosis* no sangue medular positivo. Foi iniciada terapêutica anti-bacilar, esquema HZRE.

DISCUSSÃO

Destaca-se a atipicidade do caso, dada a baixa prevalência da doença, especialmente em Portugal, a idade e estado de imunocompetência da doente. Destaca-se, também, a raridade da mesma na era dos antituberculostáticos.

CONCLUSÃO

Apesar da baixa prevalência da doença, forma rara de apresentação e fatores de risco não característicos, este caso mostra a importância do diagnóstico diferencial em Medicina.

PO-0296 - (3967) - CMV INFECTION IN AN IMMUNOCOMPETENT HOST: AN UNUSUAL PRESENTATION

Henrique Atalaia Barbacena^{1,2}; Catarina Isabel Lopes¹; Inês Matias Lopes¹; Patrícia Howell Monteiro¹

1 - Hospital de Santa Maria, ULS de Santa Maria; 2 - Instituto de Farmacologia e Neurociências Básicas, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

INTRODUCTION: Cytomegalovirus (CMV) is a human herpes virus with a worldwide seroprevalence 60%-100%, mainly known to cause severe life-threatening disease in immunocompromised patients. In immunocompetent hosts (IMCh), CMV causes a self-limiting mononucleosis-like infection, and severe pictures are less recognized. We report a case of exuberant CMV primo-infection in an IMCh.

CASE: 62-year-old woman with no relevant history, evaluated in an Internal Medicine appointment with fatigue, generalised inflammatory arthralgias, hypogastric discomfort and daily persistent fever (maximum 39.9°C) in the previous 3-weeks. Prior to symptoms, the patient had recent contact with sick children (respiratory infections) and stayed in a rural area. On first examination she exhibited paleness, hepatomegaly, without any other relevant findings. Initial blood work showed: haemolytic anaemia (haemoglobin 10g/dL); lymphocytosis (10000/uL) and monocytosis (1340/uL); thrombocytosis (400000/uL); elevated C-reactive protein; hypertriglyceridemia and hyperferritinemia; elevated alkaline phosphatase, gamma-glutamyl transferase and total bilirubin, including conjugated and unconjugated fractions; peripheral blood immunophenotyping with a 44% population of T cells with diminished CD4/CD8 ratio. Hemophagocytic syndrome (HFS) was suspected (Hscore 190), with a 70-80% probability. Work-up showed: negative blood cultures; negative respiratory virus; increased serum IgM; negative IGRA; negative serologies for zoonoses and EBV; CMV serology IgM positive/IgG negative, with CMV viral load 4470UI/mL. CMV primo-infection was admitted, complicated by haemolytic anaemia, cholestatic hepatitis and possible HFS. Despite the laboratory frame exuberance, patient remained stable and was discussed with Infectious Diseases, deciding not to initiate antiviral therapy. Over the course of the next month, fever remitted, haemolytic anaemia and hepatitis resolved, and leukocyte count became normal. After two months, CMV viral load was negative and seroconversion was documented.

CONCLUSION: Severe manifestations of CMV infection can be observed in IMCh, differential diagnosis is extensive and the use of antiviral therapy is not well established, risk/benefit must be taken into account in a personalised approach. This case highlights the diagnosis of CMV primo-infection at an older age in a IMCh, with particularly exuberant laboratory abnormalities, features poorly described in the literature.

PO-0297 - (4156) - ACTINOMYCES: UMA CAUSA RARA DE ENDOCARDITE COM DISFUNÇÃO MULTIORGÂNICA

Vitor Oliveira¹; Filipa Reis¹; Inês Rento¹; Adriana Dias¹; Francisco Gonçalves¹; Giovana Ennis¹; Nuno Monteiro¹; Edite Nascimento¹

1 - Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões

INTRODUÇÃO:

A endocardite infecciosa é uma infeção da superfície endocárdica, válvulas cardíacas ou vasos sanguíneos, rara (3-15:100.000), com mortalidade média intra-hospitalar de 20%. Tem como agentes etiológicos mais comuns, em 75% dos casos, *Streptococcus species* (spp.), *Enterococcus* spp. e *Staphylococcus* spp. O aumento da incidência e a sua apresentação clínica inespecífica, demonstram uma necessidade premente de um elevado grau de suspeição para um diagnóstico e tratamento célere e dirigido.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 80 anos de idade, recorre ao Serviço de Urgência por dispneia, astenia e desorientação com um mês de evolução, sem outros sinais ou sintomas associados. Antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 insulinotratado, insuficiência venosa crónica, fibrilhação auricular, doença renal crónica estadio IIIb (fase pré-hemodiálise) e substituição válvula aórtica em 2015 por bioprótese (Epic. St. Jude nº23) por estenose aórtica severa.

Objetivamente hipotenso, taquicárdico, apirético, auscultação cardíaca arritmica com sopro holossistólico panfocal, auscultação pulmonar com crepitações bibasais, membros inferiores com sinais de dermatite ocre, fragilidade cutânea e ferida no segundo dedo do pé direito com sinais de necrose seca. Analiticamente revelou uma leucocitose ($43.95 \times 10^9/L$) com neutrofilia, lesão renal aguda pré-renal (KDIGO3), hiponatremia, hipocaliemia, procalcitonina de 170 ng/mL, PCR 12.23 mg/mL. Realizou ecografia reno-vesical e radiografia torácica sem alterações sugestivas de foco infeccioso.

Doente é internado com diagnóstico de sépsis com ponto de partida indeterminado e disfunção multiorgânica, iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxona (2g id). No estudo complementar, de realçar bacteriémia a *Actinomyces neuii*, pelo que foi realizado ecocardiograma transtorácico que mostrou "sinais de obstrução significativa da prótese biológica valvular e imagem suspeita na cúspide não coronária, sugestiva de vegetação", confirmada no ecocardiograma transesofágico.

Discussão:

Endocardite infecciosa causada por *Actinomyces* spp. é extremamente rara, havendo apenas relatados aproximadamente 30 casos desde 1939. Cursa geralmente com um quadro inespecífico, principalmente em doentes idosos, o que torna o seu diagnóstico difícil. Este caso sensibiliza-nos para a necessidade da elevada suspeita diagnóstica perante hemoculturas positivas, procurando o foco, principalmente em doentes com multicomorbilidades.

PO-0298 - (5082) - IMPACTO DA INFEÇÃO POR VSR NOS ADULTOS COM DOENÇA RESPIRATÓRIA

Joana Araújo Correia¹; António Leão¹; Inês Trabucho¹; Alice Mesquita Alicerces¹; Paulo Reisinho¹; Lourenço Aguiar¹; Tomás Robalo Nunes¹; Vilma Laís Grilo¹; Ana Luísa Broa¹

1 - Hospital Garcia de Orta

Introdução: As infeções virais constituem um fator importante de exacerbação nos doentes com doença respiratória. Contudo, existe informação limitada acerca do impacto do vírus sincicial respiratório (VSR) nestes doentes.

Objetivos: Caracterizar a gravidade da infeção por VSR nos adultos com doença respiratória (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e/ou Asma) e comparar com os adultos sem esta patologia. **Material e Métodos:** Um estudo observacional, retrospectivo, num hospital terciário, entre novembro de 2022 e março de 2023, no qual incluímos todos os adultos com teste positivo para VSR por RT-PCR. Foram excluídos os doentes sem observação médica aquando do teste e aqueles cujo desfecho clínico não foi possível apurar. Foram analisadas as características demográficas, comorbilidades, sintomatologia e terapêuticas utilizadas, tanto nos doentes com doença respiratória como nos restantes. Assumimos como outcome primário a mortalidade e como outcomes secundários a necessidade de internamento, de ventilação não invasiva (VNI) e de admissão em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Definimos como grupo S o grupo de doentes sem doença respiratória e como grupo D o grupo de doentes com doença respiratória prévia.

Resultados: Incluídos 222 doentes, dos quais 67 tinham doença respiratória (30,2%). A média de idades foi igual nos dois grupos (68 anos). Eram do sexo feminino 59,4% dos doentes do grupo S e 65,7% do grupo D. Encontravam-se institucionalizados 16,1% dos doentes do grupo S e 10,4% do grupo D. Em relação à apresentação clínica, a maioria dos doentes de ambos grupos (79,1% dos doentes do grupo D e 54,8% do grupo S) teve sintomatologia moderada a grave, como dispneia e hipoxémia. Tiveram necessidade de internamento 45 doentes (67,2%) do grupo D, durante uma média de 8 dias, enquanto que a taxa de internamento do grupo S foi de 56,1% e os doentes estiveram internados em média 5 dias. Entre os doentes internados, realizaram oxigenoterapia 91,1% dos doentes do grupo D e 74,7% dos doentes do grupo S. Houve igualmente um maior número de doentes do grupo D que realizou VNI (40,0% versus 11,5%). Neste grupo, os doentes tratados com corticoterapia constituíram 60,0%, enquanto que no grupo S foram apenas 27,6%. Dos doentes internados, foram admitidos em UCI 6 doentes (13,3%) do grupo D e 6 (6,9%) do grupo S. Por outro lado, no grupo S houve 35 casos (40,2%) de sobreinfeção bacteriana e 3 casos (3,4%) de coinfeção viral, enquanto que no grupo D foram descritos 14 (31,1%) e 1 caso (2,2%), respectivamente. A taxa de mortalidade do grupo S foi de 15,5% e a do grupo D foi de 9,0%.

Discussão e Conclusão: Ao contrário do que seria expectável, a mortalidade foi mais elevada no grupo de indivíduos sem patologia respiratória prévia. Existem outros fatores com maior impacto no prognóstico da infeção por VSR do que a simples presença de patologia respiratória prévia. Devem ser desenvolvidos mais estudos de forma a identificar os fatores de mau prognóstico.

PO-0299 - (2358) - CELULITES: OS AGENTES ETIOLÓGICOS MENOS PROVÁVEIS

Francisca Sá Couto¹; Maria Margarida Andrade¹; Maria Homem Ferreira¹; Sérgio Ferreira Cristina¹; Sara Freire¹; Diogo Cruz^{1,2}

1 - Serviço de Medicina Interna, Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: As infeções de tecidos moles, nomeadamente as celulites, são infeções agudas bacterianas da pele e tecido celular subcutâneo, geralmente causadas por agentes como o *Streptococcus pyogenes* e *Staphylococcus aureus*. Clinicamente são frequentes sinais e sintomas como dor, calor, eritema, edema, febre e adenopatias. O risco de infeções de tecidos moles associado à exposição de águas públicas (como piscinas, jacuzzis, lagos e mar), sobretudo em doentes com a barreira cutânea comprometida, não é desprezível.

Caso clínico: Mulher, 78 anos de idade, com história pessoal de Diabetes, é admitida no Serviço de Urgência por dor torácica opressiva com irradiação para o membro superior esquerdo. Após marcha diagnóstica com avaliação laboratorial com troponina I, eletrocardiograma e ecocardiograma transtorácico, bem como discussão do caso com a Cardiologia, assume-se diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio sem supra desnivelamento do segmento ST com indicação para cateterismo não urgente. No entanto, clinicamente objetiva-se febre bem como edema, eritema e dor no membro inferior direito, associado a cinética ascendente dos parâmetros inflamatórios nas avaliações laboratoriais seriadas. Após discussão do caso com a Cardiologia, decide-se adiar o cateterismo até resolução do quadro infeccioso. Foram colhidas hemoculturas e iniciada antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico. As hemoculturas isolaram *Shewanella algae*, sem possibilidade de realização de teste de sensibilidade a antimicrobianos. Deste modo, a antibioterapia foi alterada para ceftriaxone. Contudo, observou-se agravamento dos sinais inflamatórios. Apurou-se posteriormente que, nas visitas à doente na enfermaria, o filho trazia uma garrafa com água do mar com a qual a mãe se lavava, alegando ser um hábito antigo. Após suspensão do hábito mencionado e a totalização de 10 dias de antibioterapia com ceftriaxone, assistiu-se à resolução do quadro infeccioso. Por ausência de dor torácica ou equivalentes anginosos e cinética descendente dos valores de troponina I, foi decidida estratificação invasiva em ambulatório, encaminhando-se a doente para Consulta de Cardiologia à data de alta.

Discussão e Conclusão: Este caso pretende destacar a importância da anamnese, mesmo durante a permanência hospitalar, e a necessidade de considerarmos agentes etiológicos raros em patologias comumente diagnosticadas na nossa prática clínica, sobretudo em doentes imunodeprimidos.

PO-0300 - (2654) - UMA SITUAÇÃO DIFÍCIL COMPLICADA PELA LISTERIA MONOCYTOGENES

Rui Jorge Silva¹; Cláudia Coelho¹; Eulália Antunes¹; João Pedro Faria¹; Isabel Silva¹; Sofia Caridade¹

1 - Hospital de Braga

A *Listeria monocytogenes* é um patógeno que tipicamente causa infeções em neonatos, doentes imunodeprimidos, idosos e mulheres grávidas, podendo causar doenças invasivas como meningite, meningoencefalite e bacteriémia.

Homem de 62 anos, parcialmente dependente, com antecedentes hipertensão arterial, cardiopatia hipertensiva, diabetes mellitus tipo 2, doença renal crónica estadio 5 sob programa regular de hemodiálise, fibrilhação auricular e cancro da próstata (tendo sido submetido a receção transuretral da próstata, hormonoterapia e radioterapia, com cistite rádica consequente). O doente foi trazido ao serviço de urgência por febre com 4 dias de evolução e queixas de disúria com cerca de 15 dias de evolução. Realizou urocultura em ambulatório, com isolamento de *K. pneumoniae* apenas sensível a meropenem. Tinha terminado terapêutica 4 dias antes com fidaxomicina por diarreia secundária a infeção por *Clostridioides difficile*, mantendo ainda várias dejeções pastosas por dia. Negava outros sintomas como náuseas, vômitos, hematúria ou dor lombar. É admitido para internamento em Medicina Interna para realização de antibioterapia dirigida com meropenem. Contudo, no 2º dia de internamento, as hemoculturas colhidas à admissão apresentaram positividade para *Listeria monocytogenes*, que se revelou ser estirpe multissensível. O doente não apresentava, para além das dejeções mais pastosas e disúria, quaisquer sinais e sintomas focalizadores, nomeadamente sugestivos de infeção do sistema nervoso central ou respiratória. Isolou-se ainda estirpe multissensível de *Proteus mirabilis* na urocultura, pelo que se dirigiu antibioterapia aos agentes com ampicilina. Foram solicitadas ressonância magnética crânio-encefálica e tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, que excluíram outro foco infeccioso por *Listeria monocytogenes*. O doente cumpriu 2 semanas de antibioterapia eficaz, tendo tido alta para o domicílio com esquema de amoxicilina a completar em ambulatório (2 semanas adicionais).

A *L. monocytogenes* é um agente causador de menos de 1% das diarreias infecciosas, com a sua identificação nas hemoculturas neste caso a apresentar-se como inesperada. Está recomendado o tratamento dirigido das bacteriémias pelo menos 2 semanas em doentes imunocompetentes e 3 a 6 semanas em doentes imunocomprometidos com ampicilina. Apresentamos este caso pela atipia da sua apresentação, bem como a relevância do patógeno em causa.

PO-0301 - (2538) - AMIGDALITE SIFILÍTICA – UM CASO CLÍNICO

Carolina Câmara¹; Marina Oliveira¹; Bianca Ascensão¹; Johana Martins¹; Inês Moreira¹; Miguel Oliveira¹; Ricardo Raposo¹; Rita Albergaria¹; Margarida Moura¹; Luís Dias¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Tumefações amigdalinas são muito frequentes na prática clínica. Atendendo à história clínica e exame objetivo, devemos ter em conta causas inflamatórias, infecciosas e neoplásicas.

Homem de 20 anos, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por odinofagia com dois dias de evolução. Sem febre ou outra sintomatologia. Ao exame objetivo: voz abafada, amígdala esquerda com franco aumento do volume e grande quantidade de exsudado purulento (Figura 1). À saída do gabinete, mencionou lesões penianas dolorosas com mesmo tempo de evolução e comportamentos sexuais de risco, nomeadamente relações sexuais sem preservativo e com múltiplas parceiras. À observação, pequenas lesões circulares rosadas e dolorosas a nível do pénis e glande. Analiticamente, elevação ligeira dos parâmetros inflamatórios (leucocitose 12840/uL com neutrofilia 8100/uL, proteína C reativa 5.7mg/dL) e anticorpos anti-treponema pallidum positivos, titulação (RPR) 64 Dils. Observado por Otorrinolaringologia, realizando Tomografia computadorizada cervical que evidenciou hipertrofia da amígdala e parótida esquerdas (Figura 2) e realizando biópsia da lesão. Teve alta medicado com Penicilina intramuscular e orientado para consulta de Otorrinolaringologia e Infeciologia. Em Consulta de Otorrinolaringologia, diminuição do volume amigdalino com aspeto papilomatoso. Relatório anatomopatológico: “epitélio pavimentoso estratificado rico em tecido linfoide e úlcera com abundante exsudado granulomatoso, sem evidência de tecido neoplásico”. Excluindo-se assim um dos grandes diagnósticos diferenciais: Carcinoma Pavimento-Celular. Posteriormente reavaliado por Infeciologia, com recuperação completa da amigdalite com a terapêutica instituída.

Atendendo a amigdalite exuberante, sem história de febre e ligeira elevação dos parâmetros inflamatórios, lesões genitais e história de comportamentos de risco, é levantada a hipótese de Amigdalite Sifilítica, que acaba por ser a mais provável após exclusão das restantes hipóteses. A Sífilis é uma doença infecciosa crónica causada pela *Treponema pallidum*, caracterizada por 3 fases sequenciais e sintomáticas separadas por períodos de infeção latente assintomática. Sintomas comuns incluem úlceras genitais e lesões cutâneas. De forma menos frequente, manifesta-se por Amigdalite Sifilítica. O diagnóstico é essencialmente feito por serologias e a Penicilina é o tratamento de eleição.

PO-0302 - (4923) - INCIDÊNCIA DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS A CATÉTER URINÁRIO NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Rodrigo Duarte¹; Raquel Flores¹; Graça Lérias¹; João Pereira¹; Isabel Madruga¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Introdução:

As infeções nosocomiais contribuem para o aumento da morbimortalidade e tempo de internamento com impacto económico. Segundo a Direcção Geral da Saúde, a infeção urinária associada a cateter vesical (ITUc) é a principal causa de infeção nosocomial e o mais importante evento adverso associado ao uso do cateter vesical.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo da incidência de ITUc numa enfermaria de Medicina Interna no período de agosto a dezembro de 2022.

» Critérios de inclusão: algaliação, não crónica, durante este período.

Foi realizada a caracterização demográfica da amostra, diagnóstico principal, motivo e duração da algaliação, presença de sintomas de ITUc e ainda o perfil microbiológico e de resistência aos antimicrobianos dos agentes isolados.

Resultados:

Dos 258 doentes internados foram selecionados 79 (30,6%), a maioria do género masculino (n=47, 59,5%) e com idade média de 82 anos. O principal motivo de admissão foi a pneumonia da comunidade (n=12), seguido de infeção urinária em 8 doentes: cistite em 5, urossépsis em 2 e pielonefrite em 1 doente.

A maioria das algaliações ocorreu no serviço de urgência (n=42) e teve uma duração média de 9,9 dias, constituindo a monitorização do débito urinário (n=42) e a retenção urinária (n=32) os principais motivos de algaliação.

Cerca de 29,1% (n=23) da amostra apresentou sintomas de ITUc, sendo colhidas 17 urinas assépticas por suspeita (febre, elevação dos parâmetros inflamatórios, alteração das características macroscópicas da urina). Foi confirmada ITUc em 13 doentes (16,5%). A *Klebsiella pneumoniae* (n=4) foi o principal agente microbiológico isolado, seguida da *Escherichia coli* (n=2), tendo sido identificadas espécies multirresistentes em 6 casos (46,1%). A antibioterapia dirigida apenas foi possível em 9 casos.

Os principais fatores de risco para ITUc encontrados foram: o género feminino (n=27), a síndrome demencial (n=23), seguidos de doença de doença cerebrovascular (n=14) e diabetes mellitus (n=13).

Conclusão:

A ITUc foi observada em menos de um quinto dos doentes algaliados, embora com isolamento de agentes multirresistentes em perto de metade das uroculturas positivas. Considera-se importante a replicação do estudo num período maior e o estabelecimento de relação entre os agentes microbiológicos multirresistentes e as características individuais, e relacionar com os protocolos locais em vigor.

PO-0303 - (4338) - DE MODIFICADOR DE PROGNÓSTICO A INDUTOR DE MORBILIDADE: GANGRENA DE FOURNIER SOB ISGLT2

Juliana V. Nogueira¹; Christian Fernandes Neves¹; Daniela Ribeiro Alves¹; Sara P. Bravo¹; Paula Mesquita¹; Margarida Eulálio¹; Filipa Coroado Ferreira¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

A Gangrena de Fournier (GF) é uma fascíte necrotizante do períneo e genitais, rara, de progressão rápida, que necessita de desbridamento cirúrgico emergente e antibioterapia de largo espectro. Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), trauma, abscessos perianais ou manipulação urológica são alguns dos fatores de risco.

Os inibidores do co-transportador sódio-glicose 2 (iSGLT2) estão aprovados na DM2, insuficiência cardíaca e doença renal crónica, mas aumentam o risco de infeções fúngicas genitais e infeções do trato urinário, com alguma associação reportada com GF.

Apresento um doente, 68 anos, internado no Serviço de Medicina Interna por urossépsis a *Escherichia coli* (E. coli), com disfunção multiorgânica. De antecedentes pessoais, destaco DM2 e insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, sob metformina + empaglifozina, sitagliptina e insulina.

Iniciou antibioterapia dirigida com Amoxicilina + clavulanato, suspensa após 13 dias, mantendo parâmetros inflamatórios aumentados. Pedido ecocardiograma transtorácico (ecoTT) e tomografia computadorizada (TC) toracoabdominopélvica (TAP) para exclusão de outro foco infeccioso. É objetivada drenagem de exsudato purulento pelo meato uretral, colhido para cultura, e manutenção de piúria, pelo que se pede pesquisa de doenças sexualmente transmissíveis (DST) na urina e nova urocultura (UC).

EcoTT sem evidência de endocardite. TC TAP com conteúdo hipodenso com gás, no corpo esponjoso do pénis, levantando a hipótese de abscesso. Pesquisa de DST negativa. A cultura do pus do meato uretral e a UC isolam E. coli, sensível a Amoxicilina + clavulanato. Realizada uretoscopia pela Urologia com visualização e remoção de coágulo intrauretral a corresponder à imagem da TC. TC pélvica de controlo 5 dias depois a confirmar diminuição das dimensões da imagem líquida, sem inclusões gasosas, não sugestivo de abscesso. O doente tem alta mantendo a medicação habitual descrita.

Volta ao serviço de urgência cerca de 1 mês depois, em choque séptico, com sinais inflamatórios do pénis e escroto. TC abdominopélvica compatível com gangrena de Fournier, pelo que inicia antibioterapia de largo espectro e é encaminhado para desbridamento cirúrgico.

Este caso relembra-nos a importância de ter sempre presentes os riscos dos fármacos que prescrevemos, mesmo quando são modificadores de prognóstico. Este doente tinha fatores de risco para desenvolver esta patologia, que foram provavelmente exponenciados pelo iSGLT2.

PO-0304 - (4682) - DESAFIOS DIAGNÓSTICOS DA TUBERCULOSE PLEURAL COM APRESENTAÇÃO AGUDA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

António Cardoso Fernandes¹; Patrícia Sobrosa¹; Patrícia Araújo¹; Maria Inês Risto¹; Ana Frederica Parente¹; Jorge Bezerra¹; Diana Barros¹; Carolina Marques Miranda¹; Cátia Barreiros¹; Carmélia Rodrigues¹

1 - Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: Apesar da diminuição da incidência, a tuberculose continua a ser um diagnóstico diferencial importante. Esta suspeita pode não estar presente inicialmente, especialmente em pacientes jovens sem fatores de risco conhecidos e com apresentação aguda da doença.

Caso Clínico: Mulher, 25 anos. Sem antecedentes. Recorre ao serviço de urgência por tosse e febre, com uma semana de evolução e diagnóstico de pneumonia, encontrando-se à admissão em 4.º dia de antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Negava dispneia, emagrecimento, hipersudorese noturna ou contato conhecido com doentes com tuberculose. Exames radiológicos à admissão mostraram derrame pleural à esquerda e alterações consolidativas na base pulmonar esquerda. Realizada toracocentese diagnóstica, revelando líquido pleural com características de exsudado, com predomínio linfocítico e elevação ligeira da ADA. Admitida no internamento com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, complicada com derrame, sob ceftriaxona. Manteve febre persistente durante os primeiros dias de internamento, mesmo após associar-se clindamicina. Suspeitou-se de tuberculose pleural realizando nova toracocentese e biópsia pleural. Teste PCR para micobactérias no líquido pleural negativo. A biópsia mostrou granulomas com necrose caseosa e ligeiro infiltrado inflamatório linfocítico compatível com tuberculose pleural. Iniciado HRZE com resolução da febre e redução dos parâmetros inflamatórios. Isolamento de *M. tuberculosis* na biópsia pleural; negativo no líquido pleural. Melhoria clínica sob fisioterapia. TC Tórax sem sequelas pleurais.

Discussão: Apesar de clínica de início recente, um derrame pleural com predomínio acentuado de linfócitos e ADA>30 deve fazer suspeitar de tuberculose pleural. Os exames micobacteriológicos no líquido pleural apresentam alta especificidade, mas baixa sensibilidade. A biópsia pleural mostrou-se, neste caso, fundamental, permitindo o diagnóstico.

PO-0305 - (4393) - SÍNDROME DE LEMIERRE: UM CASO CLÍNICO DE UMA PATOLOGIA RARA MAS POTENCIALMENTE FATAL

Mário Gil Fontoura¹; Rita Pinto Araújo¹; Ana Gabriela Paupério¹;
Rita Quelhas Costa¹; Mónica Brinquinho¹; Joana Rodrigues¹; Mónica Teixeira¹

1 - Unidade Local de Saúde de Entre o Douro e Vouga - Hospital São Sebastião

Introdução: A Síndrome de Lemierre é uma doença rara, caracterizada por tromboflebite séptica da veia jugular interna (VJI) e afeta comumente adultos jovens. Geralmente, a infeção primária consiste numa infeção orofaríngea, seguida de invasão local para o espaço faríngeo e VJI, cursando com bacteriemia. Os agentes mais comuns são os comensais da orofaringe, como os *Streptococcus* spp. Por embolização séptica estes doentes podem desenvolver complicações graves, sendo importante o diagnóstico atento e célere.

Caso clínico: Mulher de 33 anos, sem antecedentes médicos de relevo, medicada com anticoncepcivo oral com estrogénio, com episódio recente no serviço de urgência (SU) por cefaleia, odinofagia e otalgia bilateral com 1 semana de evolução, tendo tido alta medicada sintomaticamente na presunção de faringite vírica. Recorreu novamente ao SU após 2 semanas por dispneia súbita no período noturno e dor no hipocôndrio direito. Ao exame objetivo hemodinamicamente estável, sem insuficiência respiratória, sem adenopatias identificáveis, murmúrio vesicular diminuído à direita e Murphy renal positivo à direita, no demais inocente. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios e hemoculturas (HC) que positivaram ao fim de 9h; angioTC Tórax com derrame pleural direito de pequenas dimensões e TC abdominopélvica sem alterações. A doente iniciou empiricamente ceftriaxone e foi internada para tratamento e estudo etiológico. Complementado estudo com serologias víricas alargadas, novo rastreio séptico e antigénios urinários para *Legionella* e *Pneumococo* que não revelaram alterações. De novo foi identificada adenopatia cervical e nesse âmbito realizada ecografia cervical que mostrou trombose recente de colateral da jugular interna. Atendendo ao exposto previamente bem como posterior isolamento de *Streptococcus pyogenes* nas HC, firmado então o diagnóstico de síndrome de Lemierre. Foi iniciada anticoagulação e alterada antibioterapia para benzilpenicilina que cumpriu durante 14 dias, com boa evolução clínica. Teve alta com indicação para anticoagulação durante 3 meses e ficou orientada para consulta de Medicina Interna e de Tromboembolismo venoso.

Discussão: Apesar de ser uma síndrome rara, atinge taxas de mortalidade de 6-15%, pelo que deve ser reconhecida o mais precocemente possível. Com a descrição deste caso, pretende-se alertar para a importância de um alto índice de suspeição no diagnóstico diferencial da amigdalofaringite aguda com complicações associadas.

PO-0306 - (4398) - BACTERIEMIA POR SALMONELA - QUANDO NÃO SE TRATA DE UMA SIMPLES GASTROENTERITE

Jorge Reis¹; Margarida Choupina¹; Inês Soares¹; João Luís Miranda¹; Raquel Moura¹; Pedro Oliveira¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho

A bacteriemia por Salmonella é rara e os doentes em maior risco são imunocomprometidos, extremos de idade e doentes com dispositivos endovasculares. Um elevado grau de suspeição e um diagnóstico precoce são cruciais para uma evolução favorável e impacto na saúde pública.

Mulher, 54 anos, antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial e Artrite Seronegativa, medicada com ramipril 1,25mg, prednisolona 10mg e salazopirina 2g dia.

Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro com 2 dias de evolução de 4 a 6 dejeções aquosas por dia, náuseas e 2 episódios de vômito alimentar. Concomitantemente com dor abdominal generalizada e mialgias. Negava contexto epidemiológico de relevo ou contacto com animais. À admissão encontrava-se febril (38°C) com dor à palpação, sem defesa, sem dor à descompressão nos quadrantes superiores e fossa ilíaca direita. Do estudo realizado a realçar Proteína C Reativa de 42 mg/dL e Creatinina 1.4 mg/dL. Realizada ecografia que não demonstrou alterações de relevo. Durante a permanência no SU com episódio de vômito biliar e vários picos febris. Acabou por fazer TAC abdominal que demonstrou espessamento heterogéneo da parede do cego e cólon ascendente, associado a espessamento e edema da parede da última ansa do íleo, levantando a hipótese de colite infecciosa. Foram colhidas hemoculturas (HC), coproculturas e pesquisa de Clostridoides, iniciou antibioterapia com ciprofloxacina e metronidazol e foi decidido internamento para continuação de cuidados.

Durante o internamento verificou-se uma evolução favorável, com apirexia sustentada, regularização do trânsito intestinal e diminuição dos parâmetros inflamatórios. Do estudo realizado detetada bacteriemia por Salmonella enterica, tendo sido dirigida antibioterapia para Ceftriaxone. Pelos antecedentes da doente e estado de imunossupressão foram colhidas HC de controlo ao 7º dia de antibioterapia e realizado angioTAC abdominopélvico que excluiu envolvimento extra-intestinal.

Perante quadros de diarreia aguda é importante colher uma história clínica detalhada, considerar fatores de risco, proceder ao estudo etiológico para identificação do agente e despiste de potenciais microrganismos atípicos. Neste caso pela imunossupressão o agente identificado implica a realização de 4 a 6 semanas de antibioterapia com impacto positivo no desfecho do caso, que teve resolução clínica.

PO-0307 - (4639) - ENDOCARDITE INFECCIOSA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Peneda Ferreira¹; Inês Filipa Silva¹; Carolina Queijo¹; António Sousa¹; Natália Lopes¹; Fernando Salvador¹; Luís Sousa Azevedo¹

1 - ULS Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença que se acompanha de elevada morbi-mortalidade, tornando-se um desafio de saúde pública. Dever-se-á suspeitar desta entidade perante bacteriemia por agentes típicos e em doentes com risco acrescido desta infecção.

Caso Clínico

Homem de 72 anos, previamente autónomo e cognitivamente íntegro, com antecedentes de cardiopatia valvular com estenose aórtica moderada e estenose mitral ligeira com padrão reumático, hipertensão arterial e hipercolesterolemia. Admitido ao Serviço de Urgência por dispneia súbita e tosse produtiva com 2 semanas de evolução. Febril à admissão, com insuficiência respiratória tipo 1 e sopro holossistólico grau III panfocal previamente conhecido. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, elevação do pro-BNP e d-dímeros de 17ug/mL. Excluído tromboembolismo pulmonar em angiografia de tórax e foi admitido ao internamento por insuficiência cardíaca descompensada em contexto infeccioso. Isolamento de *Enterococcus faecium* e *Streptococcus salivarius* nas hemoculturas colhidas à admissão, tendo realizado ecocardiograma transtorácico sem identificação de vegetações. Por manter elevada suspeita de endocardite realizou ecocardiograma transesofágico que revelou estenose aórtica e mitral graves com vegetação na cúspide coronária esquerda e duas vegetações filiformes apenas à válvula mitral. Foi ajustada antibioterapia para vancomicina e gentamicina e posterior necessidade de alteração para daptomicina e gentamicina por nefrotoxicidade. Evolução com bacteriemia persistente associada a santuário e choque séptico, sem resolução das vegetações, pelo que foi submetido a substituição das válvulas aórtica e mitral por prótese biológica, tendo terminado curso de antibioterapia dirigida em hospitalização domiciliária com resolução completa da infecção.

Discussão e conclusão

Este caso alerta para a potencial gravidade da endocardite infecciosa em indivíduos imunocompetentes com risco acrescido, como é o caso dos indivíduos com doença valvular reumática. A actuação precoce e o elevado índice de suspeição são essenciais para o sucesso terapêutico, apesar das potenciais complicações que poderão surgir no decurso da evolução, como ocorreu no nosso caso.

PO-0308 - (4644) - DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DE LINFADENITE TUBERCULOSA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Rita Oliveira¹; Rita Vilar Mota¹; Miguel Reis Costa¹; Nuno Pardal¹; Ângela Paredes Ferreira¹; Daniela Penteadó Salgueiro¹; Ana Rita Cambão¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital Santa Luzia

A tuberculose(TB) é uma infeção granulomatosa causada pela *Mycobacterium tuberculosis*, sendo a linfadenite tuberculosa a apresentação mais comum de TB extrapulmonar(TBEP).

Homem, 41 anos, indiano, a residir em Portugal há 4 anos. Admitido por dor abdominal localizada no hipocôndrio direito, dejeções diarreicas, astenia e hipersudorese noturna com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo febre, escleróticas ictéricas, à palpação abdominal macicez no hipocôndrio direito e epigastro. Analiticamente anemia normocítica normocrômica, hiperbilirrubinemia direta com padrão de colestase, sem alterações iónicas e aumento de parâmetros inflamatórios(PI). Serologias víricas negativas. Realizada ecografia abdominal com descrição de esteatose hepática difusa e adenomegalias ao nível do hilo hepático e TC confirmando heterogeneidade hepática, conglomerados adenopáticos retroperitoneais e ao nível do hilo hepático e tronco celíaco, sem alterações pulmonares. Colocada a hipótese de doença linfoproliferativa e realizado mielograma e biópsia medular, excluindo-se esta hipótese. Por picos febris diários e PI elevados, realizadas hemoculturas (bacteriológico, micológico e micobactérias) seriadas negativas. Antígeno de *Giardia lamblia*, anticorpo(Ac) anti-*Leishmania donovani* e Ac anti-*Plasmodium falciparum* negativos. Pesquisa de micobactérias em fezes negativa. Durante a permanência no internamento, por edema assimétrico do membro inferior direito, realizado ecodoppler e verificou-se compressão da veia femoral comum por conglomerado adenopático inguinal. Por suspeita de se tratar de doença granulomatosa, foi realizada biópsia aspirativa ganglionar que não apresentou rentabilidade diagnóstica e, neste contexto, realizada biópsia excisional. Exame histológico com evidência de granulomas típicos de linfadenite tuberculosa com crescimento de colónias de micobactérias, isolando-se *Mycobacterium tuberculosis*. Iniciou terapêutica com etambutol, pirazinamida, isoniazida, rifampicina e pirodoxina com evidência de melhoria clínica (apirexia sustentada) e analítica (melhoria do padrão de colestase). TC de reavaliação com descrição de fígado com estrutura homogénea e presença de adenopatias já descritas, mas em regressão.

São múltiplas as causas de linfadenopatia intra-abdominal correspondendo a linfadenite tuberculosa a uma causa rara (4-7%). Um diagnóstico precoce e assertivo é crucial para iniciar tratamento, reduzir sequelas a longo-prazo e diminuir a disseminação da doença.

PO-0309 - (4663) - INTERNAMENTO POR LEPTOSPIROSE NUM HOSPITAL PORTUGUÊS – O PANORAMA DESTA POPULAÇÃO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Natacha Medeiros¹; Sofia Leitão Sousa¹; Inês Amarante¹; César Lourenço¹; Luis Dias¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Introdução: A leptospirose (LP) é uma zoonose endémica em São Miguel¹. Transmitida por contacto direto com urina de animais infetados, água/solo contaminados e o seu principal reservatório são os roedores. Em São Miguel, devido à vasta atividade agrícola e pecuária, surge como uma importante doença profissional/ocupacional. Pela variabilidade de apresentação, a suspeição clínica é crucial para o diagnóstico. O espectro clínico varia de formas paucisintomáticas até Síndrome de Weil, forma grave com cerca 50% de taxa de mortalidade², estando esta associada a fatores de mau prognóstico, como a idade e comorbilidades do doente³.

Objetivo: descrever as características gerais da população internada por LP nos últimos 5 anos; aferir variáveis associadas a pior prognóstico, nomeadamente à admissão em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Materiais e Métodos: Estudo retrospectivo da população adulta internada entre Dezembro de 2018 e Março de 2023 com diagnóstico de LP num hospital português. Foi feita análise descritiva da população e da relação entre sexo, idade, comorbilidades e a presença de lesão renal aguda (LRA) e admissão em UCI. Foi utilizado o software Microsoft Excel© e o teste qui-quadrado para determinar significância estatística, considerando $p < 0,05$.

Resultados: Foram incluídos 147 casos de internamento por LP. A maioria era do sexo masculino (94,5%), com mediana de idades de 48 anos ($\pm 13,9$). A comorbilidade mais prevalente foi a dislipidemia (28,38%), seguida da hipertensão arterial (22,97%) e apenas 2% tinha doença renal crónica. O tempo de internamento variou entre 2 e 69 dias ($6 \pm 6,7$). Trinta e nove doentes (26,5%) foram admitidos na UCI. Verificou-se apenas um óbito. Das variáveis analisadas, apenas o sexo ($p = 0,02$) e a presença de LRA ($p = 0,0004$) se relacionaram com a admissão em UCI.

Conclusão: A maioria dos casos ocorreram em homens de idade jovem, relacionável com o contexto profissional da infeção, existindo concordância com a distribuição da doença em Portugal e na Europa⁴. Verificou-se que 26,5% dos doentes foram admitidos em UCI, valor superior ao registado noutras séries ($\sim 10\%$ ^{5,6}), o que se pode dever a um viés de seleção, atendendo a que a amostra corresponde aos doentes internados e não à totalidade de casos diagnosticados de LP. Duas variáveis mostraram relação estatística significativa com a admissão em UCI: o sexo, por viés de prevalência-incidência e a LRA; esta última podendo funcionar, então, como marcador de risco precoce para infeção grave.

PO-0310 - (2267) - DESAFIOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS DE UM QUISTO RENAL COMPLICADO NO IDOSO: UM ESTUDO DE CASO

Beatriz Gamito Gonzaga¹; Inês Gaspar¹; Jorge Gama Prazeres¹

1 - ULS Santa Maria - Hospital de Santa Maria

Introdução: As doenças infecciosas são um dos principais motivos de procura dos cuidados de saúde, sobretudo no idoso. E é também esta população com múltiplas comorbilidades e um estado de imunossupressão subjacente que está mais suscetível a complicações.

Caso clínico: Mulher caucasiana de 86 anos com antecedentes pessoais de insuficiência cardíaca (IC) com fracção de ejeção preservada, portadora de prótese mitral mecânica; hipertensão arterial, doença renal crónica (DRC) e com múltiplos quistos renais simples. Com múltiplas intercorrências infecciosas recentes, a última das quais uma cistite a E.coli multissensível tendo cumprido ATB dirigida. No entanto, por manutenção de febre, prostração e instalação de insuficiência respiratória de “novo” encaminhada ao SU. Da avaliação inicial a destacar anemia microcítica e hipocrómica de “novo” com necessidade de suporte transfusional, aumento dos parâmetros inflamatórios (leucocitose de $16.500 \times 10^9/L$, PCR 27,0mg/dL; Procalcitonina 3,25ng/m) e uma DRC agudizada KDIGO 2 a condicionar acidose metabólica. Angio-TC AP com estrutura quística de parede espessada sugestiva de quisto complicado, tendo sido submetida a drenagem percutânea ecoguiada com a saída de conteúdo hematopurulento cuja cultura permitiu o isolamento de E.coli multissensível. No entanto durante a realização de antibioterapia dirigida prolongada com reinstalação de insuficiência respiratória e abolição do murmúrio vesicular no hemitórax direito que motivou reavaliação imagiológica com o achado de novo de colecção abscedada perirenal direita com provável relação com prévio quisto renal com trajecto fistuloso com extensão ao espaço subfrénico complicada de derrame pleural. Submetida a nova drenagem percutânea ecoguiada com colocação de dreno com o isolamento de E.coli resistente à ATB previamente instituída. Após ajuste de antibioterapia segundo TSA com melhoria clínica, analítica e imagiológica. A destacar como intercorrências durante o internamento prolongado episódio de colite pseudomembranosa.

Discussão: O facto de a doente já ter um fator predisponente, nomeadamente a existência de quistos renais, juntamente com a idade, comorbilidades e o facto de ter realizado vários ciclos de antibioterapia recentemente aumenta a probabilidade de complicações. Sobretudo quando há necessidade de recorrer a técnicas mais invasivas como foi o caso. Ainda a destacar, nesse contexto, o surgimento de uma intercorrência importante associada à antibioterapia prolongada.

PO-0311 - (2951) - ALÉM DA DOR ARTICULAR: UM CASO DE RICKETTSIOSE E ARTRITE REATIVA

Luís Reis¹; Bárbara Rocha²; Catarina Maia Ferreira³; Catarina Oliveira Silva⁴; Eduardo Macedo⁵; Ana Râmoa⁵; Ana Rita Marques⁵; Ilídio Brandão⁵

1 - Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde Braga; 2 - Serviço de Cardiologia, Unidade Local de Saúde Braga; 3 - Serviço de Oncologia, Unidade Local de Saúde Braga; 4 - Serviço de Nefrologia, Unidade Local de Saúde Braga; 5 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde Braga

Introdução:

A febre escaro-nodular, uma rickettsiose humana caracterizada por um quadro clínico de febre e sintomas inespecíficos, incluindo um exantema maculopapular com envolvimento das plantas, manifesta-se de forma atípica neste caso. Apresentamos um caso de um paciente de 58 anos, que se apresenta ao Serviço de Urgência (SU) não com o exantema típico, mas sim com dor, eritema e edema bilateral dos joelhos.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 58 anos, cozinheiro, recorreu ao SU inicialmente com queixas de dor, eritema e edema bilateral dos joelhos, mas mais exuberante no joelho direito. Laboratorialmente com elevação dos parâmetros inflamatórios, no entanto a punção articular não revelou critérios de diagnóstico de artrite séptica. Após alta com tratamento sintomático, o doente retorna ao SU por persistência dos sintomas. Nesta altura realizou um ecodoppler venoso do membro inferior direito, com achados sugestivos de rotura de quisto de Baker. Tem alta novamente medicado, com melhoria inicial do edema, mas por manutenção das queixas apresenta-se novamente ao SU, com dor nos membros inferiores a condicionar limitação funcional, associado a rigidez matinal. Ao exame físico destacavam-se sinais inflamatórios do joelho e tornozelo direitos, e um notável edema do membro inferior direito. Analiticamente com PCR 207,80 mg/dL. Radiografia do tornozelo sem lesões osteoarticulares agudas. Durante o internamento, os testes serológicos confirmaram IgM e IgG positivos para *Rickettsia conorii*, além de uma anemia normocítica/normocrômica com ferropenia funcional, interpretada no contexto de anemia da doença crónica. O doente iniciou antibioterapia com doxiciclina, com melhoria franca das queixas de artrite.

Conclusão: Este caso destaca a importância da investigação etiológica detalhada em pacientes com queixas persistentes de dor articular, onde a identificação de febre escaro nodular, possibilitou direcionar o tratamento com subsequente melhoria clínica.

PO-0312 - (4121) - LISTERIOSE INVASIVA EM DOENTE COM ENDOPRÓTESE AÓRTICA: A PROCURA DA CAUSA

Francisco Guimarães¹; Joana Diogo¹; Cláudia Martins²

1 - Hospital CUF Descobertas; 2 - USF Albassaúde

Casos de listeriose são pouco comuns, sendo normalmente diagnosticados em doente imunocomprometidos, idosos, grávidas ou na neonatologia. A sua identificação e manifestações são de difícil caracterização, normalmente manifestando-se sob a forma de bacteriémia ou meningoencefalite. Sem uma abordagem cautelosa podem mesmo ser fatais.

Os autores trazem um caso de um doente de 82 anos, com antecedentes de aneurisma da aorta torácica e abdominal, submetido a colocação de próteses endovasculares desde a crossa da aorta até aos troncos ileofemorais, HTA, DPOC e cardiopatia isquémica.

Deu entrada no serviço de urgência por quadro arrastado de dor lombar, toracalgia e febre. Analiticamente com Hb 9,8, PlaQ 115000, sem leucocitose, PCR 33.4mg/dL, PCT 0,56, troponina I 775. ECG sem sinais de isquémia. Dá entrada na UCIP por febre e EAM tipo II.

Hemoculturas com isolamento de *Listeria monocytogenes* em 4 amostras. Iniciou Ampicilina/Cotrimoxazol (apenas cumpriu 14 dias do último). VIH negativo.

Pelo isolamento bacteriológico foi discutido com Cirurgia Vasculuar que pediu AngioTC que descreveu endopróteses com ancoragem mantida, porém apresentava um volumoso endoleak tipo 1b no sector toraco-abdominal. Por estas razões foi pedido PET que demonstrou foco de destaque metabólico anómalo, projectado na vertente posterior da crossa da aorta, com elevada probabilidade de corresponder a sede de processo inflamatório/infeccioso em atividade.

Foi discutido em reunião multidisciplinar que concordou com provável foco inflamatório associado a endoprótese, não sendo possível distinguir de infeção, tendo por isso cumprido 6 semanas de antibioticoterapia endovenosa, tendo alta posteriormente sob Amoxicilina/Ácido clavulânico por mais 6 semanas. Mantém seguimento em consulta de Medicina Interna e Cirurgia Vasculuar.

Este caso demonstra a importância da abordagem multidisciplinar de casos mais complexos de forma a não comprometer o bem estar e tratamento adequado de doentes, pois uma infeção como a supracitada é fatal se abordada incorretamente.

PO-0313 - (3942) - BACTERIÉMIA OCULTA – A PROPÓSITO DE UM CASO DE DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA.

Vikesch Samji¹; Bruno Pepe²; Pedro Frazão³; Miguel Golão²; Daniela Baptista¹;
Maria João Correia³; Joana Vaz¹; Manuel Araújo³

1 - Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; 2 - Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; 3 - Hospital de S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Introdução: *Streptococcus pneumoniae* é uma bactéria que coloniza habitualmente a flora das vias áreas superiores e, por vezes, provoca doença grave, principalmente em crianças, idosos e população imunodeprimida. Designa-se Doença Pneumocócica Invasiva (DPI), quando se isola este agente num meio cultural habitualmente estéril, como sangue ou líquor. O caso apresentado ilustra um exemplo de DPI, sem foco identificado.

Caso Clínico: Homem de 19 anos, melanodérmico, natural de Angola, sem antecedentes médicos conhecidos. Admitido no serviço de urgência por quadro de 6 dias de evolução de cefaleia unilateral esquerda e artralgiás no cotovelo e joelho esquerdo, de ritmo mecânico, com resolução após analgesia e anti-inflamatório. Referiu quadro de lombalgia com irradiação para a região glútea e anca direitas, com limitação da marcha, sem melhoria após analgesia. Negou trauma. Sem alterações a destacar ao exame objectivo. E analiticamente, apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios (leucocitose de 18000/mL, PCR 23.3mg/dL). Realizou TAC da coluna lombar, ecografia da anca direita, ecografia renal, vesical e abdominal, que excluíram um foco inflamatório e infeccioso. Assim, foi internado para estudo etiológico e controlo algico.

No internamento, foi isolado em hemocultura *Streptococcus pneumoniae* e assumida a hipótese de DPI, tendo cumprido 13 dias de antibioterapia: 2 dias de vancomicina e ceftriaxona; 11 dias de piperacilina/tazobactam. Para determinação de ponto de partida de bacteriémia realizou ainda RM da coluna lombossagrada, TAC toracoabdominopélvica e da bacia e ecocardiograma transtorácico que excluíram foco infeccioso. Por melhoria clínica e analítica, teve alta orientado para consulta de Medicina Interna.

Discussão: A DPI pode ocorrer em qualquer idade, condicionando mortalidade de 15-20%. Torna-se relevante considerar esta entidade, mesmo em indivíduos não imunossuprimidos ou grupos de risco. Apesar de investigação exaustiva nem sempre é possível identificar o foco primário de infecção.

PO-0315 - (2176) - TROMBOCITOPENIA INDUZIDA POR HEPARINA - UMA ETIOLOGIA A NÃO ESQUECER!

Gabriela Costeira Paulo¹; Carolina Veiga¹; Andreia Ferreira²; Sofia Marques²; Célia Machado²; Ilda Coelho¹

1 - Unidade Local de Saúde Barcelos/Esposende; 2 - Hospital de Braga

A trombocitopenia induzida por heparina é uma condição grave, mas rara, que ocorre em doentes expostos a heparina (fracionada ou enoxaparina), independentemente da dose. Geralmente ocorre 5-10 dias após início da administração. É causada pela formação de anticorpos contra o complexo entre a heparina e factor plaquetar, resultando em ativação plaquetar e agregação, com consequente trombocitopenia de consumo e trombose arterial/venosa.

Homem de 58 anos, sem antecedentes prévios, sem medicação habitual. Admitido por hipotesia do membro inferior esquerdo (MIE) até D5, com défices proprioceptivos exuberantes no MIE, sem défice motor, sem queixas visuais. Realizou ressonância magnética (RM) que mostrou extensa lesão hiperintensa medular desde D1 a D8. Internado por mielite longitudinalmente extensa. Realizou RM neuroeixo, cujos achados foram compatíveis com mielite de C7 a D7 e cujas características favorecem o enquadramento numa neuromielite óptica, confirmada à posteriori com anticorpos anti-aquaporina-4 positivos. Por ausência de resposta a ciclo de metilprednisolona, iniciada plasmáfereze. Realizou ainda RM craniana que objetivou achados compatíveis com trombose venosa cerebral, confirmada em veno-TC craniano, pelo que iniciou enoxaparina em dose terapêutica. Do estudo realizado, sem policitemia ou trombocitose, sem evidência de neoplasia ou de trombofilia hereditária, serologias para HIV, Hepatite B e C negativas.

Após 4 sessões de plasmáfereze e 1 semana após o início de hipocoagulação, verificou-se uma queda abrupta das plaquetas em 24 horas, de 151.000/mm³ para 59.000/mm³. Ao exame físico, estava apirético, hemodinamicamente estável, com petéquias na face dorsal dos pés, bilateralmente, sem evidência de edema assimétrico dos membros inferiores. Por suspeita de trombocitopenia induzida por heparina (HIT), suspendeu-se enoxaparina e iniciou-se rivaroxabano, tendo, progressivamente, desaparecido as lesões púrpúricas e normalizado a contagem plaquetar. O anticorpo anti-PF4 colhido aquando a suspeita de HIT foi positivo.

Neste doente, o uso de enoxaparina durante as sessões de plasmáfereze e como terapêutica anticoagulante contribuiu para o desenvolvimento da HIT. Contudo, o reconhecimento atempado da trombocitopenia foi fundamental, resultando numa evolução favorável. Este caso serve para relembrar esta condição, sublinhando a necessidade de um diagnóstico presuntivo precoce.

PO-0316 - (2656) - UM CASO DE TUMOR NA REGIÃO CERVICAL E HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Guilherme Sacramento¹; Beatriz Ferreira¹; Miguel Santos²; Inês Santos¹; Andrea Castanheira¹; Francisco Silva¹; Isabel Madruga¹

1 - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; 2 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa

Os linfomas são neoplasias com origens nos linfócitos. Além dos típicos sintomas B, as manifestações clínicas podem ser variadas consoante a presença de doença ganglionar ou extraganglionar. Apresenta-se um caso de linfoma não diagnosticado à admissão cuja apresentação clínica parecia apontar para duas patologias distintas.

Mulher de 84 anos com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e hipotireoidismo com recente aparecimento de volumosa lesão atípica com provável ponto de partida do lobo direito da tiroide com invasão das estruturas adjacentes. Apresentava ainda diagnóstico recente de mastite, motivo pelo qual realizou ressonância magnética da mama que documentou volumosa massa mediastínica superior e cervical a condicionar edema exuberante da mama direita e trombose da veia subclávia direita. Por este último motivo, havia começado recentemente anticoagulação terapêutica. Recorreu ao Serviço de Urgência por melenas associadas a maior astenia. Na avaliação analítica apresentava anemia com hemoglobina de 5.8 g/dL motivo pelo qual realizou suporte transfusional e endoscopia digestiva alta onde se detetou ponto de partida da hemorragia em lesão duodenal com suspeita de atipia.

Permaneceu internada para vigilância e realização de exames de diagnóstico. Durante o internamento apresenta evolução favorável do ponto de vista da hemorragia digestiva, contudo, verifica-se crescimento progressivo de tumefação cervical que começa a condicionar compromisso da via aérea. Foi realizada biópsia da lesão cervical que juntamente com os resultados da biópsia duodenal fizeram o diagnóstico de linfoma B difuso de grandes células.

O caso torna-se interessante por ilustrar tanto o envolvimento ganglionar como extraganglionar de um linfoma. Uma doente que no início do internamento apresentava uma lesão que parecia ser originária na tiroide e uma hemorragia digestiva alta acabou por ser diagnosticada com linfoma.

PO-0317 - (2841) - ENVOLVIMENTO GASTROINTESTINAL NA MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM

Laura Ramos¹; Diana Leite Russo¹; João Peralta²; Cátia Leitão³; Artur Silva⁴; André Azevedo⁵; Nídia Pereira⁶

1 - Serviço de Oncologia Médica, IPO-Porto; 2 - ULSM-HPH; 3 - Serviço de Gastroenterologia, ULSM-HPH; 4 - Serviço de Anatomia Patológica, ULSM-HPH; 5 - Serviço de Hematologia Clínica, ULSM-HPH; 6 - Serviço de Medicina Interna, ULSM-HPH

A Macroglobulinemia de Waldenström (MW) é uma doença linfoproliferativa rara, produtora de IgM monoclonal, de etiologia ainda não totalmente esclarecida e de atingimento sistémico, cujos sintomas constitucionais são os mais comuns. Está também descrito o envolvimento gastrointestinal, este muito menos frequente (cerca de 1-3%).

Apresentamos o caso de uma mulher de 83 anos caucasiana, com antecedentes de MW (diagnosticada em julho/2020, caracterizada por quadro constitucional e envolvimento hematopoiético com pancitopenia, sob ibrutinib em segunda linha terapêutica) e nevralgia herpética sequelar com atingimento ocular direito (uveíte e queratite), PS-ECOG2. Apresenta quadro de múltiplas dejeções líquidas recorrentes (sem sangue ou muco), cansaço, emagrecimento significativo (perda de 15% do peso) e temperatura subfebril ocasional com dois meses de evolução, a motivar dois internamentos prévios e antibioterapia (na presunção de colite infecciosa), sem isolamentos microbiológicos. Reinternada por recorrência do quadro clínico, tendo ainda sido documentados síndrome de má absorção grave (hipoalbuminemia 1.6g/dL), edema periférico exuberante e derrame pleural. Foi excluída causa infecciosa. Em endoscopia foi identificada linfangiose difusa duodenal e confirmada histologicamente deposição de material hialino IgM na mucosa, a provocar expansão das extremidades vilositárias, sem evidência de substância amiloide ou infiltração de outras células malignas. Assim, confirmado envolvimento intestinal pela MW. O início de corticoide com ciclofosfamida e posteriormente introdução de rituximab, associados ao ajuste dietético continuado (com necessidade inicial de nutrição parentérica), possibilitaram evolução clínica favorável. A doente manteve depois seguimento em consulta, mantendo estabilidade ponderal e melhoria da anasarca e da síndrome de má absorção.

O envolvimento gastrointestinal da MW é incomum e caracteriza-se por síndrome de má absorção por deposição de proteína M monoclonal. Continua por esclarecer a sua deposição preferencial na região duodenal. Exige ainda elevado grau de suspeição para diagnóstico e tratamento dirigido precoces – em análise retrospectiva, a clínica expressa nos internamentos prévios já poderia traduzir o atingimento gastrointestinal. A sua abordagem requer também gestão multidisciplinar, essenciais para a recuperação nutricional.

PO-0318 - (4320) - ANAMNESE: A PRINCIPAL ARMA DIAGNÓSTICA

Daniela Salgueiro¹; Ana Rita Oliveira¹; Nuno Pardal¹; Rita Vilar Mota¹; Ana Sofia Matos¹; Diana Guerra¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A agranulocitose é um distúrbio incomum ocorrendo em situações de diminuição da produção ou de aumento da destruição dos granulócitos. Pode ter várias etiologias, a mais comum iatrogénica por fármacos citotóxicos conhecidos, situação previsível e dose dependente, ou de reações idiossincráticas, em grande parte imprevisíveis, não relacionadas com dose e de mecanismo por vezes desconhecido.

Mulher de 65 anos, com antecedentes de dislipidemia, doença ulcerosa péptica e portadora de prótese dentária fixa implantada recentemente. Cerca de uma semana antes da admissão, doente relata aparecimento de lesões axilares bilaterais sugestivas de foliculite. Foi avaliada pelo médico assistente e medicada com flucloxacilina 500mg, no entanto, com agravamento progressivo das lesões cutâneas, desenvolvimento de ulcerações com fundo purulento e intensamente dolorosas. Ainda com referência a mal-estar generalizado e oligúria, motivo pelo qual recorre ao serviço de urgência. Analiticamente com anemia microcítica hipocrómica (Hb 9.4g/dL), leucopenia ($1.09 \times 10^9/L$) com neutropenia ($0.1 \times 10^9/L$), creatinina 2.52 mg/dL, desidrogenase láctica 236 U/L e proteína C reativa 34.5 mg/dL. Iniciada antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam e admitida em internamento. Do estudo realizado com serologias para VIH, Hepatites B e C e parvovírus negativas, imunidade para Epstein-Barr e citomegalovírus e eletroforese e imunofixação de proteínas séricas com alterações compatíveis com contexto inflamatório. Realizou ainda tomografia axial computadorizada toraco-abdomino-pélvica que excluiu complicações locais ou alterações adicionais. Após melhor esclarecimento de anamnese, apurou-se que a utente se automedicou por odontalgia intensa com dextetoprofeno, ibuprofeno e acetaminofeno de forma simultânea nas duas semanas prévias à admissão. Assumida agranulocitose idiossincrática e nefrotoxicidade induzida por anti-inflamatórios não esteróides (AINEs). Cerca de uma semana após admissão com melhoria progressiva da contagem leucocitária (neutrófilos $1.70 \times 10^9/L$), bem como normalização da função renal sem tratamento dirigido.

Com este caso destaca-se a importância da colheita de uma história clínica completa, muitas vezes desconsiderada em relação aos meios complementares de diagnóstico amplamente disponíveis. Ainda a destacar que, apesar de agranulocitose induzida por AINEs ser um evento adverso incomum, é potencialmente fatal sendo necessária a sua identificação precoce e a suspensão imediata.

PO-0319 - (4506) - HEMOFILIA A ADQUIRIDA: UMA APRESENTAÇÃO NEOPLÁSICA RARA

Inês Correia¹; Sofia Ramos¹; Marta Seladas¹; Leonor Soares¹; Manuel Monteiro¹; Umbelina Caixas¹

1 - Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: A hemofilia A adquirida é uma doença autoimune rara caracterizada por autoanticorpos contra fatores da cascata de coagulação, mais frequentemente o fator VIII. Esta doença apresenta um espectro clínico diversificado e está associada a várias condições subjacentes, tal como as neoplasias. O diagnóstico atempado é crucial para uma gestão eficaz e para um melhor prognóstico.

Caso Clínico: Apresentamos um homem de 73 anos com antecedentes de melanoma, MGUS (gamopatia monoclonal de significado indeterminado), artrite reumatoide e diabetes mellitus tipo 2. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal, náuseas e anorexia. Analiticamente apresentava anemia, aPTT de 61,3 segundos e fator VIII de 6,7%. Os exames imagiológicos revelaram hematoma pararenal de grandes dimensões, e sinais de pielonefrite. Diagnosticou-se assim hematoma para-renal espontâneo em contexto de hemofilia A adquirida tendo sido instituída terapêutica de erradicação imediata com prednisolona e factor VIIa recombinante como suporte hemostático. A fraca resposta inicial (zénite de inibidor de 125 UB e limiar de fator VIII de 1% - valores de referência < 0,5 UB e 50-150%, respectivamente) exigiu intervenções adicionais, incluindo rituximab e pulsos de metilprednisolona. Da investigação etiológica concomitante, diagnosticou-se um adenocarcinoma urotelial de alto grau, assumindo-se coagulopatia em contexto neoplásico. Com o tratamento, foi observada uma progressiva melhoria, realçando a relevância de uma avaliação diagnóstica abrangente.

Conclusão: A hemofilia A adquirida apresenta desafios diagnósticos e acarreta uma elevada taxa de mortalidade, especialmente em casos com valores baixos de fator VIII no momento da admissão e resposta tardia ao tratamento, sublinhando a necessidade de uma maior suspeição clínica. Ao expor este caso, pretende-se sensibilizar para o subdiagnóstico desta doença, ajudando a melhorar os resultados perante uma condição que é pouco comum, mas potencialmente fatal.

PO-0320 - (4578) - PANCITOPENIA DE CAUSA BENIGNA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mariana Agapito Fonseca¹; Isabel Cruz Carvalho¹; Marco Ribeiro Narciso¹

1 - ULS Santa Maria - Hospital Pulido Valente

Introdução: O termo pancitopenia refere-se à diminuição de células das três linhagens do sangue periférico. É causada pela associação de um ou mais mecanismos entre a infiltração medular, aplasia medular ou destruição/sequestração periférica. Especialmente em formas mais severas, associa-se a doenças potencialmente fatais, cuja investigação criteriosa e célere é determinante no prognóstico. Os autores revêem a investigação da pancitopenia a propósito de um caso de agravamento progressivo.

Caso Clínico: Homem de 61 anos, previamente saudável e sem medicação habitual, cumprindo dieta diversificada. Recorre a consulta de Medicina Geral e Familiar por quadro com 3 meses de evolução de astenia e cansaço para médios esforços, parestesias nos pés e, posteriormente, nas mãos, com distribuição simétrica. Referia ainda, desde há um ano, alterações da pigmentação cutânea, com zonas de hipo e hiperpigmentação de predomínio nos membros inferiores, bem como quadro de anorexia, sudorese noturna e perda ponderal de duração imprecisa. Realizou análises, com Hemoglobina (Hb) 7,0 g/dL, volume globular médio (VGM) 125 fL, leucócitos 5400/mm³ (neutrófilos 4100/mm³), plaquetas 155000/mm³, e foi referenciado para Hospital de Dia de Medicina Interna. Apresentava-se pálido, anictérico, sem hepatomegália ou adenomegalias. Novas análises revelaram pancitopenia com macrocitose (Hb 6,6 g/dL, VGM 124,3 fL, reticulócitos 1,7%; leucócitos 1200/mm³, plaquetas 83000/mm³) e esfregaço com neutrófilos hipersegmentares, vitamina B12 < 100 pg/mL (195-770), folatos > 20 ng/mL, sem alterações do proteínograma. Iniciou suplementação com vitamina B12 com melhoria clínica (resolução da astenia e melhoria das parestesias distais) e normalização do hemograma. Do estudo etiológico, a referir positividade para anticorpos antifator intrínseco no soro, compatível com anemia perniciosa.

Discussão & Conclusão: A anemia perniciosa é uma doença auto-imune caracterizada por défice de absorção ileal de vitamina B12. Cursando mais frequentemente com anemia macrocítica, o défice de B12 é habitualmente identificado em análises de rotina e pauci-sintomático. Embora causa conhecida de pancitopenia, é relativamente infrequente, correspondendo a <2% dos doentes pancitopénicos em casuísticas publicadas. Servindo como base para a revisão da investigação da pancitopenia, este caso alerta para a importância da avaliação criteriosa dos achados e para o pragmatismo necessário à investigação e tratamento em ambulatório.

PO-0321 - (4600) - TROMBOCITOPENIA IMUNE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marta Carinhas¹; Patrícia Ferreira¹; Inês Carvalho¹; Daniela Rodrigues¹; Rodrigo Rufino¹; António Cardoso¹; Alexandra Albuquerque¹; Martinho Fernandes¹

1 - Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho

A trombocitopenia imune é uma trombocitopenia adquirida caracterizada pela destruição de plaquetas pelo sistema imunológico e/ou comprometimento da produção de plaquetas. É uma das causas mais comuns de trombocitopenia em adultos assintomáticos.

Um homem de 65 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, foi encaminhado ao serviço de urgência por trombocitopenia grave documentada em análises do exterior. Referia ainda cansaço progressivo nos últimos dois meses, bem como obstipação e episódios de retorragias no contexto de doença hemorroidária. Ao exame objetivo apresentava hematoma no flanco esquerdo, já em processo de reabsorção, sem história de trauma associada ou outros sinais evidentes de discrasia hemorrágica. Na avaliação analítica destacava-se apenas uma contagem de 4000 plaquetas por microlitro. Foi internado para esclarecimento da etiologia da trombocitopenia. Durante a marcha diagnóstica foi documentada infeção por *Helicobacter pylori* no teste respiratório de urease, sendo que a pesquisa de anticorpos antiplaquetários foi negativa. Após excluir outras causas de trombocitopenia, admitiu-se a infeção por *Helicobacter pylori* como provável etiologia de trombocitopenia imune secundária. Neste contexto, iniciou corticoterapia e imunoglobulina endovenosa, assim como o tratamento de erradicação da bactéria. Contudo, por apresentar contagem plaquetária persistentemente baixa e por surgimento de discrasia hemorrágica com petéquias e melenas, houve necessidade de iniciar terapêutica de segunda linha com rituximab. Em última análise, foi submetido a esplenectomia laparoscópica com melhoria analítica. Por manter contagem plaquetária estável e ausência de discrasia hemorrágica grave, teve alta referenciado para consulta de Hematologia.

A trombocitopenia imune é um diagnóstico de exclusão. Considerando que existe um grande número de potenciais causas de trombocitopenia, o diagnóstico diferencial assume elevada importância nesta entidade clínica. Este caso clínico ilustra uma apresentação clínica de trombocitopenia grave no adulto, realçando os desafios relacionados com o seu diagnóstico e tratamento na prática clínica.

PO-0322 - (4605) - ANEMIA FERROPÉNICA GRAVE POR DÉFICE NUTRICIONAL

Ana Cristina Peixoto¹; João Martins Mendes¹; Teresa Brito¹; Helena De Oliveira¹; Luis Nogueira-Silva^{1,2}; Jorge Almeida¹

1 - ULS São João; 2 - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Universidade do Porto. Porto, Portugal

Introdução: A anemia ferropénica manifesta-se através de sintomas que surgem gradualmente, associando-se a várias causas, nomeadamente à diminuição de ingestão.

Caso Clínico: Mulher de 28 anos, com antecedentes de perturbação depressiva e distúrbio alimentar, com 2 internamentos na adolescência em Psiquiatria por perturbação do comportamento alimentar e auto-mutilação, em amenorreia há 2 anos, recorreu ao SU por queda não presenciada e discurso confuso. Associadamente tinha intolerância ao esforço e dispneia em agravamento nos últimos meses, para além de perda ponderal de 7kg. Negou anorexia, mas evitava consumo de carne e peixe. Não tinha percepção de perdas hemáticas pelo tubo digestivo.

Objetivamente, pontuava 13 na escala de coma de Glasgow, tinha mucosas pálidas, sem exantemas ou petéquias. Estava normotensa e normocárdica, pouco colaborante na realização de exame neurológico.

Analicamente tinha Hb 3.8g/dL, plaquetas 125.000/ μ L, sem leucocitose, ferro 11 μ g/dL, ferritina 16,4ng/mL, saturação de transferrina 2%, sem défices vitamínicos.

Foi transfundida com 2U de concentrado eritrocitário, com bom recobro transfusional.

No internamento iniciou-se suplementação com ferro endovenoso e suplementação vitamínica oral. Não houve nova necessidade de suporte transfusional durante o internamento nem foram documentadas perdas hemáticas, apresentando melhoria progressiva dos valores de hemoglobina, tendo à data de alta Hb 7,9g/dL.

Do restante estudo realizado, a função tiroideia e o estudo imunológico não tinham alterações. Decidiu-se protelar estudo endoscópico para ambulatório.

Teve alta com diagnóstico de anemia ferropénica grave sintomática em contexto de défice nutricional, orientada para consulta de Medicina Interna e Nutrição.

Conclusão & Discussão: A anemia ferropénica por défice alimentar é rara. Tendo em conta a gravidade e fatores de risco associados, é importante a educação e adoção de hábitos alimentares equilibrados de forma a prevenir complicações futuras.

PO-0323 - (2181) - CARECE DE CARNE - UM CASO POUCO FREQUENTE DE ANEMIA HEMOLÍTICA POR DÉFICE VITAMÍNICO

Mónica Ferro Da Silva¹; Pedro Laranjo¹; Diana Marreiros¹; Cátia Albino¹; Henrique Rita¹

1 - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Introdução: O défice de vitamina B12 é causa frequente de anemia macrocítica, sendo comum em doentes com síndromes de má absorção (por exemplo, cirurgia bariátrica) ou com dieta pobre em carne, ovos ou laticínios. Estudos indicam que a prevalência da deficiência de B12 aumenta com a idade, podendo atingir os 6% em adultos com mais de 70 anos. Uma vez que participa como co-factor na síntese de ADN, ácidos gordos e mielina, a sua deficiência pode conduzir a défices neurológicos e a alterações hematológicas.

Caso Clínico: Homem de 71 anos, com hábitos tabágicos e etanólicos progressivos. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de astenia e diminuição da força nos membros inferiores com 2 dias de evolução e incapacidade para a marcha. À observação inicial encontrava-se hemodinamicamente estável, sem alterações ao exame neurológico. Do estudo destacava-se anemia macrocítica com Hb 7.4g/dl, VGM 131 fL, LDH 2718 U/L e bilirrubina total 2.1 mg/dl à custa da indireta. Assim, ficou internado por anemia macrocítica a esclarecer. Durante o internamento identificou-se défice de B12 (104 pg/ml) e ácido fólico (1.5 ng/ml), tendo o doente iniciado suplementação. Foi ainda pedido doseamento de anticorpos anti-factor intrínseco, negativo; sem doseamento de haptoglobina. O esfregaço revelou anisopoiquilocitose e policromatofilia, com macrocitose acentuada. Da história apurou-se provável carência nutricional por dieta apenas rica em hidratos de carbono, em doente que vivia em más condições socioeconómicas. À data da alta com hemoglobina em crescendo, LDH em decrescendo e bilirrubina normalizada, tendo indicação para manter suplementação e ajuste dietético. Observado 3 meses depois, com controlo laboratorial já a mostrar Hb 16.1 g/dl com VGM 89fL, B12 546 pg/ml e ácido fólico 11.9 ng/ml, com resolução completa das queixas.

Discussão e conclusão: A anemia macrocítica carece de investigação cuidada, através de história clínica detalhada com atenção aos antecedentes pessoais e dieta, e de um exame físico minucioso cuja observação dermatológica e neurológica não seja descurada, uma vez que o défice de B12 é uma etiologia possível e que se pode manifestar com neuropatia periférica, glossite e alterações neuropsiquiátricas. Da avaliação laboratorial deve constar o doseamento de B12 e ácido fólico, um esfregaço de sangue periférico para pesquisa de neutrófilos hipersegmentados ou outras alterações e pesquisa etiológica para o défice.

PO-0324 - (4111) - SKIN MANIFESTATIONS OF A SYSTEMIC DISEASE

Marta Azevedo Ferreira¹; Carolina Abreu¹; Patricia Silva¹; Fernando Martos Gonçalves¹; Ana Grilo¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

The skin manifestations can be the initial indication of a systemic disease. Therefore, it is crucial to remain vigilant in identifying and considering less common diagnostic hypotheses, facilitating the rapid exclusion of potentially life-threatening causes.

We present a case of a 51-year-old man who presented with a lesion on the back of his left hand, accompanied by ongoing suppurative exudate for one week. After seeking dermatological intervention and receiving amoxicillin/clavulanic acid treatment without improvement, he visited the emergency room. At this point, he exhibited symptoms such as anorexia, asthenia, a feverish feeling, and a new ulcerated lesion on the nasal pyramid, along with unintentional weight loss.

Laboratory analysis revealed severe pancytopenia (hemoglobin 5.5 g/dL, leukocytes 670/uL, platelets 20,000/uL) and a reduced reticulocyte count, with elevated CRP and sedimentation velocity. Blood smear exhibited anisocytosis. Tests for HIV, hepatitis, VDRL, CMV, EBV, Leptospira, Parvovirus, Rickettsia, Borrelia, Brucella, and Coxiella infections were negative, including blood cultures and myeloculture. Abdominal CT scan indicated hepatomegaly without other abnormalities.

The patient commenced antibiotic therapy and underwent a blood transfusion, which yielded lower-than-expected results. Subsequently, a myelogram with bone biopsy revealed bone marrow infiltration by 80% hairy cell leukocytes, with immunophenotyping consistent with hairy cell leukemia.

He was referred to oncology and initiated vemurafenib with good tolerance. Currently, he is undergoing treatment with noticeable improvement in cutaneous lesions.

Hairy cell leukemia is a rare mature B-cell lymphoid disorder affecting the bone marrow, spleen, and peripheral blood, with ~ 10% of patients experiencing skin lesions. The condition predominantly affects middle-aged males. Although skin changes in pancytopenic patients are uncommon, they should prompt consideration of hematological neoplasms. Early diagnosis and treatment initiation help prevent complications, particularly infections.

PO-0325 - (2513) - QUANDO UMA LOMBALGIA É ALGO MAIS COMPLEXO – UM CASO DE MIELOMA MÚLTIPLO.

Catarina Pestana Santos¹; Ana Leão²; Alice Alicerces¹; Tiago Judas¹; Mariana Fernandes¹

1 - Hospital Garcia de Orta; 2 - Instituto português de reumatologia

Introdução: Mieloma múltiplo (MM) é caracterizado pela proliferação anómala ao nível da medula óssea de plasmócitos, responsável por aproximadamente 17% das doenças hematológicas malignas. A suspeita diagnóstica existe na presença de dor óssea, fadiga, perda ponderal, anemia, lesão renal e hipercalemia.

Caso clínico: Mulher, 67 anos, antecedentes de dislipidémia, negava hábitos tabágicos ou tóxicos. Encaminhada à consulta de medicina interna por queixas de lombalgia desde agosto de 2022, inicialmente de ritmo mecânico. Em outubro notou alteração das características, mais intensa, refratária a analgesia simples, de predomínio noturno. Negava perda ponderal, anorexia e astenia. Realizou tomografia computadorizada (TC) da coluna lombar que revelou volumosa lesão lítica do hemicorpo vertebral direito de L3. Analiticamente hemoglobina 12.4mg/dL, creatinina 0.9mg/dL e eletroforese de proteínas sem alterações, nomeadamente sem pico monoclonal gama. Imunofixação sérica negativa. Realizou rastreio oncológico da mama com BIRADS 2, endoscopia digestiva alta e colonoscopia normais, TC toraco-abdomino-pélvica indicou lesões ósseas líticas, a mais expressiva envolvendo o corpo vertebral de L3, e outras duas lesões envolvendo arcos costais à direita, suspeitos para lesões atípicas nomeadamente secundárias. Foi pedida biópsia de lesão lítica de L3 guiada por TC na qual se identificaram 2 pequenos agregados nodulares de células plasmocitárias (CD138+ e CD56+), consistente com plasmocitoma ou MM. Tomografia por emissão de positrões com plasmocitoma em L3 e captação osteomedular na clavícula direita. Realizou ainda mielograma e biópsia osteomedular com 10% e 15% de plasmócitos, respetivamente. Repetiu imunofixação sérica e urinária com evidência de componente monoclonal para cadeias leves kapa. Foi encaminhada à consulta de hematologia na qual foi proposta para daratumumab, bortezomibe, talidomida e dexametasona (DVTd) seguido de transplante autólogo de medula óssea.

Conclusão: No caso descrito a doente apresenta um quadro compatível com MM de cadeias leves, que representa cerca de 20% de todos os MM, tem uma apresentação clínica e radiológica semelhante, exceto pela ausência da proteína M no soro e/ou urina, que condicionou marcha diagnóstica mais complexa.

PO-0326 - (4867) - COVID-19, NEUTROPENIA E A SUA RELAÇÃO PÓS-VACINAÇÃO

Nuno Amorim¹; Catarina Cabrita¹; Ana Simas¹; Ricardo Veloso¹; Juvenal Morais¹; Rui Suzano¹; Fátima Pinto¹

1 - Hospital da Horta

A pandemia da doença coronavírus 2019 (COVID-19) infectou mais de 209 milhões (M) de pessoas e causou mais de 4,3M de mortes em todo o mundo, até 08/2021. A vacinação é considerada o meio mais eficaz de controlar a pandemia. Foram desenvolvidas vacinas tradicionais inactivadas e novas vacinas de vector viral e mRNA, ambas com eficácia comprovada contra infecções, hospitalizações e mortalidade por COVID-19. No entanto, a segurança das vacinas contra a COVID-19 foi sempre uma grande preocupação para a população, especialmente aquelas desenvolvidas com a nova tecnologia de mRNA. Várias séries de casos relataram alterações hematológicas após vacinação, incluindo neutropenia e trombocitopenia.

Descrevemos o caso de uma senhora de 66 anos, com antecedentes de dislipidemia e obesidade, com inoculação da 4ª dose da vacina anti COVID-19 15 dias antes (mRNA), que recorreu ao serviço de urgência (SU) com quadro de prostração e alteração do estado de consciência. Ao exame objectivo, destaca-se hipotensão arterial (sem resposta a fluidoterapia), dor à palpação da fossa ilíaca direita e sinais de irritação peritoneal. Do estudo auxiliar salienta-se análises com Leucopenia (600/uL), neutropenia (0/uL), alterações do perfil renal e elevação dos parâmetros inflamatórios. Inicialmente, alterações da linhagem hematológica interpretadas no contexto de choque séptico, com ponto de partida abdominal e permaneceu internada em Unidade de Cuidados Intensivos. Após resolução do quadro infeccioso, persistência da neutropenia e febre, pelo que foi realizado mielograma que mostrou normocelularidade, mas incapacidade de maturação de metamielócitos. Suspensão de fármacos com toxicidade hematológica e posteriormente iniciado filgrastim (300mg/dia) e corticoterapia com pulsos de metilprednisolona (1g/dia, 3 dias) sem resposta na contagem de neutrófilos e com febre mantida. Analiticamente com elevação da IgG (5104 mg/dL) e IgM (871 mg/dL) e "incontável" titulação de IgG COVID-19 (>80 000), pelo que foi assumido potencial causador da neutropenia. Decisão de iniciar plasmaferese (total de 5 sessões), com melhoria do título de IgG COVID-19 (IgG CVODI-19: 16 678), resolução da febre e contagem de neutrófilos (9 300/uL à data da alta).

De facto, há estudos a ligar neutropenia à vacinação anti-COVID-19, indicando que as vacinas poderão desencadear uma resposta imunomediada afectando o sistema hematológico, mas estudos adicionais são essenciais para garantir a segurança contínua da vacinação.

PO-0327 - (4759) - UM CASO HEMATOLÓGICO DE ENDOMETRIOMA

Rita Vilar Da Mota¹; Ana Rita De Oliveira¹; Daniela Salgueiro¹; Marta Batoca Sousa¹; Ângela Paredes Ferreira¹; Nuno Pardal¹; Ana Rita Cambão¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO: As doenças hematológicas agudas abrangem uma ampla gama de condições clínicas, com uma diversidade notável de manifestações clínicas. A sua manifestação poderá ser súbita e grave, exigindo uma abordagem diagnóstica e terapêutica rápida e precisa. Representa frequentemente um desafio significativo para os médicos, resultando em diagnósticos muitas vezes complexos e multidisciplinares.

CASO CLÍNICO: Mulher de 40 anos, apenas com antecedentes de cirurgia bariátrica em 2022. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dor abdominal, ao nível da fossa ilíaca direita, interpretada sintomatologia como dismenorreia, tendo em conta fase cíclica menstrual da doente. Referia ainda menorragia, que não seria habitual. Teve alta medicada com tratamento sintomático.

Com persistência de queixas ao fim de 5 dias e início de anorexia, náuseas e vômitos alimentares. Concomitantemente, com surgimento de equimoses dispersas pelos membros superiores. Sem quaisquer outros sintomas associados.

Por agravamento progressivo, ao longo de uma semana, da sintomatologia supracitada, doente recorreu novamente ao SU. Analiticamente, com ligeira leucocitose ($10.67 \times 10^9/L$), com predomínio de neutrófilos ($6.7 \times 10^9/L$), presença de mielócitos (2%), metamielócitos e 10% de células blásticas. De referir ainda trombocitopenia de novo, com plaquetas de $8 \times 10^9/L$. Destaca-se ainda desidrogenase láctica de 6152U/L e ácido úrico de 13.10mg/dL. Sem alterações do estudo da coagulação. Realizado estudo imagiológico, que revelou volumosa lesão em íntimo contacto com a região anexial direita e a parede posterior do útero, com 11x10,3x11,3cm, bem delimitada, de contornos regulares, com conteúdo hipodenso, com algumas áreas densas sobretudo na sua vertente superior. Posteriormente, diagnosticado como endometrioma da trompa direito, com hemorragia associada.

Por suspeita de doença linfoproliferativa, doente transferida para centro de referência. O estudo medular realizado posteriormente estabeleceu como hipótese diagnóstica mais provável leucemia megacariocítica.

CONCLUSÃO: Os autores apresentam este caso pela apresentação clínica atípica, nomeadamente para alertar para a necessidade de elevado nível de suspeição e de diagnóstico precoce, bem como na identificação das suas possíveis complicações.

PO-0328 - (4800) - POLISEROSITE IMUNOMEDIADA SECUNDÁRIA A INIBIDORES DO CHECKPOINT IMUNOLÓGICO

Joana Santos¹; Maria João Almeida¹; Patrícia Ribeiro¹; Inês Albuquerque¹; Jorge Almeida¹

1 - Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de são João

Introdução:

Os inibidores de checkpoint imunológico representam uma abordagem terapêutica inovadora no tratamento do cancro. No entanto, a sua eficácia é muitas vezes acompanhada por uma variedade de efeitos adversos que podem impactar significativamente a qualidade de vida dos doentes.

Casos clínico:

Homem, 50 anos, com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin, clássico, subtipo esclero-nodular, Estádio III-B com massas volumosas mediastino e sintomas B, Score Hasenclever 5; Refractário a várias linhas de tratamento com quimioterapia e inibidores do checkpoint, com realização de auto-transplante de medula óssea. Um mês após início de tratamento com nivolumab inicia apresentação imagiológica de derrame pleural, pericárdico e peritoneal que evolui para quadro de anasarca/poliserosite, ascite de grande volume e derrame pleural bilateral. Foi realizado estudo de causas de ascite de alto gradiente (por colheita de líquido peritoneal SAAG 1.1): Ecocardiograma Transtorácico sem alterações; ausência de proteinúria nefrótica (300mg/dia); Doppler da veia porta após paracentese evacuadora sem sinais de hipertensão portal. Do estudo de causas de ascite de baixo gradiente: Líquido pleural sem células malignas, baciloscopia, culturais e PCR para tuberculose negativas; microbiologia negativas; tomografia por emissão de positrões sem qualquer captação anómala; Biópsia de medula óssea sem evidência de recidiva de doença hematológica; Estudo auto-imune negativo.

Admitiu-se como hipótese de diagnóstico mais provável poliserosite imunomediada relacionada com administração de inibidores do checkpoint realizadas previamente com relação temporal com o início de descrição imagiológica de derrame pleural, pericárdico e peritoneal.

Discussão:

Os autores realçam a pertinência do caso clínico descrito com apresentação de poliserosite imunomediada como um efeito adverso decorrente do uso de inibidores de checkpoint imunológico. Destacando-se assim a importância de vigilância e compreensão abrangente dos potenciais riscos associados a esses agentes terapêuticos.

PO-0329 - (4872) - SARCOMA MIELOIDEJoana Moutinho¹; Clara Sanches²; Inês Graça²; João Aurélio¹; Pedro Medeiros²

1 - Hospital de Portimão; 2 - Centro Hospitalar Universitário São João

A doença extramedular como primeira manifestação de leucemia aguda mielóide (LAM) é uma apresentação rara da doença, podendo apresentar-se simultânea ou previamente à doença medular. Os sarcomas mielóides podem envolver osso, tecidos moles e gânglios linfáticos, mais raramente envolvendo outras regiões.

Caso: Senhora de 57 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) em outubro de 2023 por aparecimento de massa na parede torácica anterior de crescimento progressivo, inespecífica em avaliação ecográfica. Referenciada para estudo em ambulatório, tendo realizado imagem por tomografia computadorizada, denotando massa torácica em crescimento. Recorreu novamente a SU em fevereiro por dispneia para pequenos esforços, astenia, perda ponderal de cerca de 10 Kg em menos de 3 meses e crescimento progressivo da massa torácica, assim como aparecimento de massa axilar. No SU, destaca-se o estudo analítico, com hemoglobina 10.6 d/dL, leucócitos $7.08 \times 10^9/L$ com 27% de blastos em sangue periférico e presença de corpos de Auer; plaquetas $56 < 10^9/L$; DHL 921 U/L. Decidido internamento para abordagem inicial Leucemia Aguda Mielóide confirmada em imunofenotipagem de sangue periférico e medula óssea. Durante o internamento, realizou biópsia de massa torácica com diagnóstico de sarcoma mielóide. Iniciou tratamento com esquema de quimioterapia, com involução exuberante da massa torácica, encontrando-se à data de realização deste resumo no 1o ciclo de tratamento, em abordagem de complicações decorrentes do tratamento.

Conclusão: Apesar de rara, a apresentação da LAM como doença extramedular é de identificação crucial, tendo em conta a gravidade da patologia subjacente e da necessidade precoce de tratamento. Os autores trazem este caso não só pelas imagens impressionantes à apresentação e da involução com o tratamento; mas também como forma de sensibilizar ao diagnóstico, realçando o atraso na avaliação do episódio descrito.

PO-0330 - (4878) - UM CASO DE ANEMIA POR DÉFICE DE ÁCIDO FÓLICO NÃO EXPLICADA POR DÉFICES NUTRICIONAIS

Ana Filipa Martins¹; Diana Lopes¹; Francisco Simões¹; Juliana Andrade¹; Rita Matos Sousa¹; Maria João Regadas¹; Alexandre Carvalho¹; Inês Gonçalves¹; Cristina Ângelo¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: A anemia é um dos problemas mais comuns na prática clínica. A etiologia mais prevalente é o défice de ferro, não devendo ser descurada a multiplicidade de outras causas existentes, sendo frequentemente uma patologia multifatorial.

Caso clínico: Mulher de 52 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes Mellitus tipo 2, obesidade mórbida e insuficiência venosa crônica dos membros inferiores. Dirige-se ao serviço de urgência por astenia de agravamento progressivo, que limita as atividades diárias, com um mês de evolução. Na avaliação, está consciente, colaborante e orientada, mucosas pálidas, polipneica, com edema e presença de lesões eritematosas e descamativas exuberantes nos membros inferiores. Analiticamente com anemia macrocítica de 3g/dL. Negou perdas hemáticas, para além de cataménios de dois dias, restrições alimentares, apesar de admitir uma preferência por hidratos de carbono e refrigerantes, alterações da sensibilidade, diarreia ou glossite. O esfregaço de sangue periférico revelou a presença de marcada anisopoiquilocitose eritrocitária com presença de macrócitos. Do restante estudo a destacar IPR de 0,2%, elevação ligeira de bilirrubina, consumo de haptoglobina, coombs direto e indireto negativos, doseamento de ácido fólico de 0,8ng/mL, vitamina B12 de 292pg/ml, sem défice de ferro e anticorpo anti célula parietal negativo. A doente ficou internada realizando um total de 4 unidades de glóbulos rubros e suplementação de ácido fólico oral. Foi reavaliada em consulta, após um mês de suplementação, apresentando uma Hg de 11,3g/dL e normalização das restantes alterações.

Discussão: Estamos perante um caso de anemia grave por défice de ácido fólico, com sinais de hemólise decorrentes da eritropoiese ineficaz. A etiologia mais frequente é o défice alimentar. Apesar de estarmos perante uma doente obesa com múltiplos erros alimentares, neste caso parece ter existido um contributo importante das lesões cutâneas como causa do maior consumo de ácido fólico, corroborado pela ausência de outros défices nutricionais e pela gravidade da anemia.

Conclusão: Este caso clínico ilustra a importância de uma abordagem minuciosa dos doentes com anemia, especialmente quando há a presença de múltiplas comorbilidades. É exemplificado um motivo menos comum, mas significativo, de anemia grave, ressaltando a importância da avaliação e abordagem das lesões cutâneas como fator contribuinte para consumo aumentado de vitaminas fulcrais.

PO-0331 - (4887) - SINDROME HEMOLITICO URÉMICO ATÍPICO

Francisca Dâmaso¹; Ana Margarida Ribeiro¹; João Carlos Oliveira¹; Marta Anastácio¹; Joana Duarte¹; Antonio Eliseu¹; Professora Candida Fonseca¹

1 - Hospital São Francisco Xavier

O síndrome hemolítico urémico (SHU) compreende a tríade anemia microangiopática, trombocitopenia e lesão renal aguda (LRA). Associa-se tipicamente à toxina Shiga produzida pela *E. coli* O157:H7. O SHU atípico, menos frequente (5-10%), surge da ativação do complemento e é devida a múltiplos triggers – infeções virais ou bacterianas, tóxicos, fármacos, malignidade.

Homem com 58 anos, autónomo. Diagnosticado em 2022 de neoplasia pancreática estadio IIB (cT3 cN1 M0), localmente irressecável, submetido a quimioterapia (nabPaclitaxel e Gemcitabina), até Outubro de 2023 e posterior radioterapia até Janeiro de 2024. Internado em Novembro de 2023 por pneumonite de hipersensibilidade à terapêutica oncodirigida ficando dependente de oxigénio e corticoide em dose elevada. Apresentava ainda anemia (Hb 9 g/dL e trombocitopenia $87 \times 10^9/L$ multifatoriais (inflamatória, doença oncológica, défice de folatos). Novo internamento em Fevereiro de 2024 por recrudescimento inflamatório de pneumonia de hipersensibilidade, sem isolamento microbiológico, com melhoria sob oxigenoterapia de alto fluxo e corticoide em dose elevada (metilprednisolona 1 mg/kg). Bicitopenia em agravamento face a internamento precedente, com anemia hemolítica (Hb 5,9 g/dL, LDH 1210 U/L, esquizócitos 9%, haptoglobina <10 mg/dL, Bilirrubina 0,86 mg/dL) e trombocitopenia $52 \times 10^9/L$. Apresentava ainda LRA KDIGO III, renal (creatinina máxima de 4,95 mg/dL). Considerou-se a hipótese de purpura trombocitopénica trombótica, excluída após doseamento de ADAMST13 normal e não se considerou a hipótese de SHU típico pela toxina Shiga, dada a ausência de epidemiologia e clínica sugestivas. Pela ausência de sintomas neurológicos, não foi realizada plasmaferese. Assim, colocou-se a hipótese de um SHU atípico associado à neoplasia pancreática e/ou derivado da terapêutica oncodirigida. Teria indicação para Ecolizumab, não chegando a ser administrado por sobrevida média muito limitada, tanto pela pneumonia organizativa, como neoplasia.

De acordo com a literatura disponível, o SHU atípico induzido por Gemcitabina ocorre em cerca de 0,015% dos casos. Estima-se uma evolução rápida para falência renal aguda, sendo a sua deteção precoce determinante para a desaceleração da deterioração hematológica e renal, com a instituição de Plasmaferese ou Ecolizumab. Ambos atuam na inativação do complemento em circulação, tendo, no entanto, um benefício limitado a médio e longo prazo, não existindo ainda estudos que garantam a sua eficácia.

PO-0332 - (5003) - ANEMIA HEMOLÍTICA INDUZIDA POR RASBURICASE EM DEFICIÊNCIA DE G6PD PREVIAMENTE NÃO DIAGNOSTICADA

Filipa Sousa Gonçalves¹; José Fragoso Duro¹; Pedro Da Terra Pinto¹; André Couto Dias¹; Yolanda De Sá Pereira¹; Mariana Simões¹; Nina Jancar¹; Patrício Aguiar¹

1 - Hospital de Santa Maria, Unidade de Saúde Local de Santa Maria

A deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6FD) é a deficiência enzimática mais comum dos eritrócitos, afetando cerca de 400 milhões de pessoas em todo o mundo. É uma doença hereditária ligada ao X, que afeta mais comumente homens afro-americanos. É causa de anemia hemolítica, podendo ser desencadeada por vários agentes, como, por exemplo, infecções e fármacos.

Homem, 61 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, doença renal crónica estágio III, VIH, trombose da veia porta, anemia de doença crónica, status pós-colectomia total com ileostomia terminal por diverticulite aguda complicada. Internado por suboclusão intestinal secundária a brida para tratamento conservador, agudização da função renal (creatinina 1,7>3,1mg/dL) e hiperuricemia de 15,3mg/dL. Fez correção da acidemia metabólica e correção da hiperuricemia com rasburicase. Posterior resolução do quadro, mantendo ileostomia funcionante e melhoria radiológica e da função renal. Como intercorrência, objectivada agudização da anemia (10>7,4g/dL) com hemólise associada. Presença de hemighost cells no esfregaço. Por trombose prévia da veia porta em doente com anemia hemolítica, colocada hipótese de hemoglobinúria paroxística nocturna, que foi excluída após estudo, tal como, todas as outras causas de anemia hemolítica. Doseamento de G6PD de 2,9U/g (ref. 6,97-20U/g). Confirmada toma de rasburicase cerca de 48 horas antes, que se assumiu como trigger mais provável dada relação temporal e ausência de outros factores. Fez corticoterapia com evolução favorável, estabilização da hemoglobina e descida dos parâmetros de hemólise.

A toma de rasburicase é geralmente bem tolerada, no entanto, estão descritos alguns casos de anemia hemolítica após a sua administração, levando à sua contra-indicação em doentes com deficiência de G6FD. Embora o rastreio da deficiência de G6FD seja recomendado previamente à administração de rasburicase, este muitas vezes não é efectuado. Este caso realça a importância desse rastreio e da vigilância de sinais e sintomas de anemia hemolítica no caso da impossibilidade da sua realização.

PO-0333 - (5006) - AGRANULOCITOSE INDUZIDA POR FÁRMACOS - UMA ENTIDADE A NÃO ESQUECER

Rita Bragança¹; Daniela Augusto¹; Paulo Carrola¹; Fernando Salvador¹; Raquel Lorenço Martins¹; Margarida Mesquita Montes¹

1 - Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: Agranulocitose induzida por fármacos é uma complicação hematológica rara e grave caracterizada por uma contagem de neutrófilos < 100/uL. Medicamentos como antibióticos, antiplaquetários, antitiroideos, antipsicóticos, antiepilépticos e anti-inflamatórios não esteroides são comumente causadores. A patogénese parece estar relacionada com toxicidade direta e destruição imunomediada da linhagem mielóide. Os doentes podem apresentar-se assintomáticos, ou com clínica infecciosa potencialmente fatal. Nesse cenário, idade > 65 anos, sepsis e distúrbios metabólicos são fatores de mau prognóstico. Em pacientes febris, devem ser obtidas culturas e iniciada antibioterapia de largo espectro precocemente, assim como fatores de crescimento hematopoiéticos que provaram ser úteis, pois encurtam a duração da neutropenia, o curso de antibióticos e o tempo de internamento hospitalar.

Caso clínico: Homem de 69 anos, autónomo, com antecedentes de dislipidemia e litíase renal recorre ao SU por clínica de febre e odinofagia com 6 dias de evolução. Estava medicado com amoxicilina/ácido clavulânico por diagnóstico de amigdalite desde há 6 dias. Previamente a este episódio já teria recorrido ao SU, 12 dias antes, por quadro de cólica renal, tendo tido alta medicado com tansulosina e metamizol. Sem alterações a destacar no exame objetivo. Analiticamente a destabar anemia (Hb 10,10g/dL) normocítica e normocrómica, leucopenia de 1510/uL com 1 neutrófilo/uL e trombocitopenia de 2000/uL. Colheu rastreio séptico e iniciou terapêutica com piperacilina/tazobactam e fator estimulador de colónias de granulócitos. Foi internado para estudo e efetuou mielograma que revelou acentuada hipoplasia sem displasia. Do restante estudo complementar analítico e imagiológico foram excluídas causas infecciosas, auto-imunes e neoplásicas. Ao 7º dia de internamento iniciou corticoterapia, mantendo-se em apirexia sustentada após a sua introdução, com boa resposta clínica e analítica. Assim, o diagnóstico final e de exclusão foi aplasia medular de etiologia tóxica secundária ao metamizol.

Discussão e Conclusão: Dado o aumento da esperança média de vida e conseqüente maior exposição a medicamentos, bem como o desenvolvimento de novos agentes, os profissionais de saúde devem estar atentos a este evento adverso. O presente caso expõe a pertinência de uma abordagem adequada, que melhorará o prognóstico e também diminuirá a taxa de mortalidade (atualmente <5%).

PO-0334 - (5025) - PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IMUNE: COM A PULGA ATRÁS DO ORELHA

Rafael Freitas¹; Sabina Belchior¹; Nereida Monteiro¹; Inês Ferreira¹; Paula Cerqueira¹; Lílíana Costa¹; Paula Brandão¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução:

A púrpura trombocitopénica imune (PTI) é uma forma de trombocitopenia causada pela destruição de plaquetas, sendo as principais etiologias as patologias hematológicas, oncológicas, auto-imunes e infecciosas. A infecção por *Rickettsia* spp, uma bactéria intracelular que tem como vector certos parasitas hematófagos é uma das causas de PTI.

Caso Clínico:

Homem de 29 anos, morador em meio rural, sem antecedentes patológicos pessoais ou familiares relevantes e sem medicação crónica, é enviado à consulta de Medicina Interna por trombocitopenia moderada de 73.000 plaquetas/uL em controlo analítico de rotina. Após 1 mês do diagnóstico, realizado hemograma de controlo, ligeiro agravamento da trombocitopenia.

Na consulta, o doente apresentava-se assintomático, sem história de infeções ou sintomas gripais recentes, febre, sintomas constitucionais como sudorese ou perda de peso e sem evidência de perdas hemorrágicas. Ao exame objetivo sem alterações de relevo, em particular sem petéquias, equimoses, organomegalias ou adenopatias.

Do estudo etiológico realizado, a única alteração a salientar foi a positividade para anticorpos de *Rickettsia conorii*, IgM e IgG.

De realçar a existência de alguns agregados plaquetários no esfregaço sanguíneo, com contagens posteriormente confirmadas em tubo adequado. Restante estudo sem alterações, nomeadamente, sem défices vitamínicos; eletroforese proteínas normal; anticorpos de autoimunidade (ANA e ANCA) e anticorpos anti-plaquetários negativos. As serologias víricas de VIH, VHB, VHC, CMV, EBV, Parvovírus e HSV negativas para infeção ativa ou recente e a pesquisa de *H. Pylori* foi negativa. O estudo imagiológico com ecografia abdominal e cervical sem evidência de organomegalias ou adenopatias.

Em consulta de reavaliação, um mês depois, já com contagem plaquetária normalizada (154,000 plaquetas/uL), sem qualquer tipo de intervenção farmacológica, e com seroconversão de anticorpos de *Rickettsia* IgG positivos, e IgM negativos.

Neste contexto, dado os resultados de sorológicos apresentados, e sem outra causa identificada assumiu-se PTI por infeção por *Rickettsia conorii*.

Discussão e conclusão:

O caso clínico demonstrado, apesar de inócuo para o doente em questão demonstra a necessidade de fazer uma abordagem metódica e estruturada das trombocitopenias, dado o amplo leque de etiologias possíveis com diferentes necessidades de intervenção terapêutica e de vigilância.

PO-0335 - (4567) - AGRANULOCITOSE INDUZIDA POR MEDICAMENTOS: UM CASO SECUNDÁRIO AO TIAMAZOL

Nelson Cardoso¹; Joana Rua²; Daniela Viana²; Guilherme Assis²; Maria Inês Pinto¹; Cristiana Pinto²; Fernando Salvador²

1 - Serviço de Hematologia, ULSTMAD; 2 - Serviço de Medicina Interna, ULSTMAD

Introdução: Agranulocitose é definida como uma diminuição marcada dos granulócitos no sangue periférico, com neutrófilos inferiores a 500/uL (neutropenia severa), tornando estes doentes suscetíveis a infeções potencialmente fatais. Na maioria dos casos, a agranulocitose resulta da exposição a fármacos, por mecanismos imunomediados ou por toxicidade direta, e, menos frequentemente, é secundária a infeções, linfomas ou leucemias.

Descrição do caso: Sexo masculino, 69 anos de idade, com antecedentes de cardiomiopatia isquémica, fibrilhação auricular, diabetes mellitus tipo 2, hipertiroidismo e intervenção dentária recente. Recorreu ao serviço de urgência por febre e hipersudorese, sem clínica focalizadora de infeção. Objetivada neutropenia severa (40 neutrófilos/uL) e aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizou tomografia computadorizada maxilo-facial e toraco-abdomino-pélvica, sem identificação foco infeccioso. Da restante investigação etiológica salienta-se: estudo autoimune negativo, serologias para CMV, EBV, HBV, HCV, HIV, Sífilis, Rickettsia e Rubéola, reacção Widal, Wright e Rosa bengala, painel de zoonoses negativos. O estudo medular revelou uma série neutrofilica praticamente ausente, com aumento relativo de linfócitos, eosinófilos e plasmócitos, não se identificando blastos. Após excluídas outras causas e no contexto de introdução recente (<4 semanas) de Tiamazol para hipertiroidismo, assumiu tratar-se de uma agranulocitose tóxica secundária ao fármaco. Neste contexto suspendeu o Tiamazol e iniciou Filgrastim que cumpriu durante 9 dias, incluindo 3 dias após subida de neutrófilos para valores > 1000/uL. Internamento complicado por quadro infeccioso secundário a neutropenia severa, com ponto de partida em infeção de fístula perianal, com necessidade de antibioterapia de largo espectro, com evolução favorável.

Conclusão / Discussão: A agranulocitose induzida por fármacos é uma reacção idiossincrática rara mas potencialmente fatal, sendo que os antitiroideos fazem parte do grupo de fármacos associados a um risco significativamente maior de agranulocitose. Na presença de um alto grau de suspeição, a interrupção do fármaco e a terapêutica com antibióticos intravenosos de amplo espectro são medidas urgentes para qualquer doente febril com agranulocitose. O fator estimulador de colónias de granulócitos, pode acelerar a recuperação de neutrófilos.

PO-0336 - (4836) - AFINAL DE ONDE VÊM ESTAS METASTASES ÓSSEAS?

Célia Tuna¹; Paulo Simão¹; Artur Costa¹; Rozeane Santiago¹; Fábio Santos¹; Céu Evangelista¹; Margarida Ascensão¹

1 - ULS Cova da Beira

Introdução: A metastização óssea costuma ocorrer em tumores sólidos (pulmão, mama, próstata..), mas também pode surgir em neoplasia hematológica como o mieloma múltiplo e menos comum o linfoma.

Caso Clínico: Homem de 71 anos, avaliado em consulta por lombalgia com irradiação ao membro inferior esquerdo, compatível com ciatalgia, com 1 mês de evolução, com pouca resposta aos analgésicos opióides. Realizou Tomografia Computorizada (TC) da coluna lombosagrada (LS): lesões infiltrativas osteolíticas no corpo de L1, S1, S2 e S3 com erosões das corticais e componente lesional de tecidos moles com expressão canalar e foraminal sagrada – suspeita de lesões de natureza secundária. Dados os achados, fez TC cervicodorsal: comprometimento de C7, das vértebras dorsais médias e transição dorsolombar, podendo traduzir infiltração tumoral. Após 15 dias, apresentou agravamento clínico com suspeita de síndrome da cauda equina tendo sido internado e realizou RM urgente que confirmou as alterações, referindo alterações mais expressivas na carneira dorsolombar, em L5 e também nas vértebras sagradas interceptadas, com componente tecidual perivertebral que condicionava compressão radículo-tecal. Atendendo ao tempo de evolução, não foi candidato a tratamento descompressivo neurocirúrgico nem radioterapia (RT); iniciou dexametasona com resolução do quadro da cauda equina. Analiticamente, apresentava anemia de doença crónica, VS, LDH e Fosfatase Alcalina ligeiramente elevadas. Imunofixação sérica e urinária sem alterações. PSA 7.3 (prévio de 5.6 há 1 ano com biópsia prostática negativa). Realizou TC toracodominopélvico: ligeira hepatomegalia, e próstata heterogénea com 55mm. A RM pélvica mostrou próstata aumentada, sem sugestão de malignidade. A PET mostrou metastização óssea múltipla sem outro foco de hiperfixação. Realizou 2 medulogramas, 2 biópsias ósseas às cegas, bem como 2 biópsias guiadas por TC de lesões líticas no sacro que não identificaram células neoplásicas. Atendendo a necessidade de obter um diagnóstico histológico, foi necessário realizar biópsia cirúrgica com apoio da Ortopedia, que finalmente revelou trata-se de linfoma difuso de grandes células B (LDGCB). O doente foi orientado para iniciar quimioterapia e RT.

Discussão e Conclusão: Apresenta-se este caso pela dificuldade diagnóstica na obtenção da histologia. A invasão óssea do LDGCB não é comum e acarreta pior prognóstico. Neste caso, a inexistência de outras localizações dificultou ainda mais o diagnóstico.

PO-0337 - (4812) - O RARO ENVOLVIMENTO LEPTOMENÍNGEO DO MIELOMA MÚLTIPLO

Célia Tuna¹; Artur Costa¹; Paulo Simão¹; Fábio Santos¹; Rozeane Santiago¹; Nelson Cardoso²; Luís Neves Silva²; Marisol Guerra²; Patrícia Ferraz²; Bruno Mesquita²; Rita Tenreiro²; Sofia Afonso¹; Céu Evangelista¹; Manuel Cunha²; Margarida Ascensão¹

1 - ULS Cova da Beira; 2 - ULS Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia caracterizada pela proliferação desregulada de plasmócitos na medula óssea. Geralmente evolui com destruição óssea, lesão renal e supressão da hematopoiese. O acometimento de sistema nervoso central (SNC) é uma complicação raríssima.

Caso Clínico: Senhora, 60 anos; sequelas motoras de acidente de viação que sofreu em 2009, teve diagnóstico em Out/2022 de MM de cadeias leves Lambda (CLL); estadió Durie Salmon IIIB, sem alterações citogenéticas de risco. Tomografia por emissão de positrões revelou extensa infiltração mielomatosa medular e óssea. Ao diagnóstico, apresentava insuficiência renal aguda, tendo feito diálise nos primeiros meses. Por limitações psicossociais, não foi referenciada para Transplante; cumpriu protocolo com CYBORd (Ciclofosfamida, Bortezomib e dexametasona), com remissão completa atingida ao 2º ciclo. Recorreu em Nov/2023 ao Serviço de Urgência por se sentir mais debilitada; tinha feito recentemente antibiótico por cistite simples. Referia diminuição de força nos membros inferiores com progressão ascendente, atingindo os membros superiores, alteração da fala, disfagia e dificuldade em expelir a expectoração. Foi internada com o diagnóstico de pneumonia e no 1º dia de internamento, dada a evolução para falência respiratória e a possibilidade de Síndrome de Guillain-Barré (SGB), foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos onde realizou punção lombar (PL) que revelou infiltração medular pelo MM, com 90% de plasmócitos clonais para cadeias lambda na imunofenotipagem do líquido cefalorraquidiano. A electroforese de proteínas sérias, sem pico monoclonal (PM); na Imunofixação detetado PM CLL. Realizou RM coluna, que mostrou extenso envolvimento medular. Foi discutido o caso com vários serviços de Hematologia, iniciou pulsos de corticoterapia sem melhoria neurológica. Foi transferida para Serviço de Hematologia de outro hospital, na tentativa de iniciar radioterapia, onde esteve durante 2 semanas; dada a extensão da doença, foi decidido tratamento paliativo no seu Hospital de origem, onde acabou por falecer dias depois.

Discussão e Conclusão: É um caso interessante pela dificuldade diagnóstica: inicialmente pela evolução ascendente dos sinais neurológicos, o antecedente de infeção e a boa resposta ao tratamento do MM, tudo indicava tratar-se de SGB. A PL aqui foi decisiva para o diagnóstico. O prognóstico é péssimo quando existe envolvimento do SNC, como se confirmou neste caso.

PO-0338 - (2789) - LINFOMA DA ZONA CINZENTA

Odete Duarte¹; Joana C. Ramos¹; Joana C. Costa¹; Helder Esperto¹; Lèlita Santos¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO: Os linfomas representam um grupo de neoplasias decorrentes da proliferação clonal de linfócitos, sendo a maioria (90%) classificada como não-Hodgkin, e o restante designado como Linfoma de Hodgkin. O linfoma da zona cinzenta mediastinal (LZCM) é um subtipo raro (incidência estimada de 0,53 por milhão de pessoas-anos) que se enquadra entre as duas categorias distintas de linfomas. De acordo com a recente atualização da classificação de neoplasias linfoides da Organização Mundial de Saúde, trata-se de um linfoma de células B com características sobrepostas de linfoma primário de células B mediastinais e linfoma de Hodgkin clássico, especificamente o subtipo de esclerose nodular. Devido às suas características híbridas e pior prognóstico, este subtipo desafia a classificação e o tratamento tradicionais, exigindo uma abordagem combinada de terapias.

CASO CLÍNICO: Homem de 26 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de febre noturna persistente com 7 meses de evolução, tosse seca, massa no lado direito do pescoço e cansaço fácil. Uma semana antes, sentiu dor retroesternal em ardor. Doente já teria recorrido previamente ao SU por este quadro, onde teria sido diagnosticado com pneumonia adquirida na comunidade no lobo superior esquerdo com derrame pleural esquerdo. Foi tratado, empiricamente, com cefuroxima, sem melhoria. Nessa altura, foi identificada a linfadenopatia cervical, considerada reativa ao processo infeccioso. Ao exame físico, apresentava-se pálido, febril, taquicárdico, taquipneico e com linfadenopatia cervical indolor (~4 cm). A radiografia de tórax revelou hipotransparência paratraqueal direita e na região aortopulmonar e pequeno derrame pleural esquerdo. A TC demonstrou múltiplas formações linfoidais e conglomerados nas regiões cervical, mediastinal, hilar e lateroaórtica direita, bem como hepatomegalia. O exame anatomopatológico do gânglio mostrou positividade para CD20, PAX 5, CD23 e CD30, consistente com LZCM. A PET-CT F-FDG revelou doença linfoproliferativa altamente metabólica com massa mediastinal e envolvimento de linfonodos supradiaphragmáticos, sem suspeita de alterações hipermetabólicas em outros níveis, consistentes com o estadió IIBX.

DISCUSSÃO: O LZCM é raro e complexo, exigindo diagnóstico preciso e tratamento individualizado. Inúmeras incertezas persistem quanto à sua origem e terapia ideal, necessitando de mais estudos para esclarecimento e melhores resultados.

PO-0339 - (2648) - CID – UMA COMPLICAÇÃO PARANEOPLÁSICA RAPIDAMENTE FATAL

Luís Miguel Pereira¹; Rita Tinoco¹; Soraia Mendes¹; Edgar Amaro¹; António Carneiro¹; Natália Fernandes¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais

A coagulação intravascular disseminada (CID) é uma patologia sistémica adquirida caracterizada pela activação difusa da coagulação intravascular e fibrinólise concomitante, com consumo de plaquetas e factores de coagulação levando a fenómenos trombóticos e hemorrágicos, podendo ser fatal. A identificação do factor desencadeante e a sua correcção é essencial para o sucesso terapêutico.

Reporta-se o caso de mulher de 48 anos autónoma, com antecedente de neoplasia da mama operada e submetida a radioterapia 5 anos antes, actualmente apenas sob hormonoterapia com tamoxifeno.

Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal com 15 dias de evolução, tendo já realizado previamente ecografia abdominal com identificação de hepatomegalia de contornos irregulares, irregularidade parenquimatosa difusa e esplenomegalia homogénea. Apresentava ainda queixas de náuseas sem vómitos, anorexia não selectiva, noção de alteração das características das fezes e sudorese nocturna com algumas semanas de evolução. Da anamnese a destacar a tomar de ivermectina recente por provável infestação de piolhos e consumo de água de fontes não tratadas.

Avaliação laboratorial com trombocitopenia, elevação espontânea de INR, padrão de citólise, fibrinogénio diminuído, factor V da coagulação diminuído. Avaliação seriada evidenciou um padrão citocolestático em agravamento. Aumento fruste dos parâmetros inflamatórios. Estudo auto-imune negativo, serologia para vírus hepatotrópicos negativos.

No primeiro dia de internamento apresentou gengivorragia e epistáxis, pelo que se assumiu quadro de CID tendo iniciado reposição de factores de coagulação.

Discutida com centro hepato-biliar para melhor caracterização hepática, foi submetida a biópsia transjugular com resultado extemporâneo de adenocarcinoma provavelmente metastático, pondo-se a provável hipótese de neoplasia da mama como primário. Após discussão multidisciplinar a envolver oncologia médica, o centro de cirurgia hepato-biliar e unidade de cuidados intensivos ficou decidido não haver indicação para suporte de órgão, tendo-se interrompido o suporte hematológico de coagulação que se encontrava a realizar. Rápida evolução negativa, verificando-se o óbito 2 dias depois.

Pretende-se com este trabalho a revisão da coagulação intravascular disseminada.

PO-0340 - (2712) - UMA NEOPLASIA RARA DIAGNOSTICADA POR ACASO, COM EVOLUÇÃO FAVORÁVEL MAS DESFECHO INEVITÁVEL

Natalia Buruian¹; Tiago Valente¹; Henrique Cerveira¹; Daniela Olívia Gomes¹; Marta Valentim¹; Maria Lume¹

1 - Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução:

O leiomiossarcoma (LMS) é um tipo de sarcoma que afeta o músculo liso, de prevalência rara, comportamento agressivo e diagnosticado habitualmente numa fase avançada, o que confere um mau prognóstico.

O LMS da glândula supra-renal (SR), trata-se de um LMS retroperitoneal por atingimento dos vasos que irrigam a SR, tem uma prevalência ainda mais rara e o seu diagnóstico habitualmente é acidental.

O seguinte caso exemplifica um LMS da SR diagnosticado acidentalmente durante a exclusão de causas secundárias de hipertensão.

Caso Clínico:

Mulher de 73 anos seguida em consulta de hipertensão, em 2021 por pressão arterial lábil de difícil controlo e agravamento da função renal realizou tomografia axial computadorizada (TAC) abdominal e das SR que evidenciou uma massa SR esquerda sugestiva de neoplasia com invasão renal, durante estadiamento PET com evidência de neoplasia síncrona da mama direita. Realizou nefrectomia e remoção da SR esquerda, histologia compatível com LMS com margens limpas, e mastectomia com QT com histologia de carcinoma invasor da mama. Seguimento sem evidência de recidiva, em janeiro de 2024 internamento por pielonefrite aguda em doente com rim único, durante o internamento dor de difícil controlo da região torácica esquerda sugestiva de nevrite. Pelos antecedentes realizada TAC toraco abdomino pélvica que evidenciou volumosa massa pulmonar localizada no lobo superior esquerdo, 92 x 58 mm, com focos de calcificação e invasão direta da parede torácica no ápex, vários nódulos pulmonares e lesões hepáticas sugestivas de metástases hepáticas.

Pela dúvida se recidiva de neoplasia da mama/LMS realizou-se biópsia hepática que revelou histologia compatível com sarcoma de alto grau (LMS desdiferenciado) da suprarrenal, previamente diagnosticado. Foi avaliada por oncologia e referenciada para o IPO e após avaliação clínica e da extensão da doença/possibilidades de tratamento foi decidida referenciação para os Cuidados Paliativos.

Conclusão:

O LMS da SR é raro e habitualmente diagnosticado por acidente. No caso apresentado, apesar de diagnosticado precocemente mantém um prognóstico reservado, pelo seu comportamento agressivo e alto risco de recidiva. Apesar da vigilância, a clínica frustrante dificulta o diagnóstico precoce de recidivas que muitas vezes quando diagnosticadas apresentam-se de uma forma extensa e trágica como apresentado nesta doente.

PO-0341 - (3982) - TUMOR PRIMÁRIO DE ORIGEM OCULTA, UM DESAFIO MÉDICO

Mariana Lobo Oliveira¹; Marina Gonçalves¹; Ana Cristina Peixoto¹; Ana Oliveira Monteiro¹; Diana Mendes Oliveira¹; Jorge Almeida¹

1 - ULS - S.João

INTRODUÇÃO: Em comparação com os tumores mais prevalentes na população mundial, os tumores primários de origem oculta (CUP) representam 4-5% de todos os tumores diagnosticados. Os CUP são um grupo heterogêneo de tumores metastáticos, sem origem definida após a realização de work-up diagnóstico extenso. Têm mau prognóstico, com taxa de sobrevivência de 2-12 meses após o diagnóstico.

CASO CLÍNICO: Homem 77 anos, recorreu ao serviço de urgência (SU) por astenia e anorexia com uma semana de evolução. Negava náuseas, vômitos, dispneia, dor torácica e queixas urinárias. Perda ponderal de 3 Kg no mês prévio à admissão ao SU. História médica prévia de insuficiência cardíaca com fração de ejeção recuperada de etiologia não esclarecida, fibrilhação auricular e diabetes mellitus tipo 2 com lesão de órgão alvo (retinopatia). Analiticamente, com elevação dos parâmetros inflamatórios e enzimas de colestase hepática, sem hiperbilirrubinemia. Realizou ecografia abdominal que mostrou massa com cerca de 12 cm no lobo direito do fígado. Foi internado na enfermaria do Serviço de Medicina Interna para estudo. Inicialmente realizou tomografia axial computadorizada (TC) cérvico-tóraco-abdomino-pélvica que mostrou lesão hepática hipodensa de 10cm de contornos irregulares com várias lesões hipodensas adjacentes, sem lesões noutros locais. As endoscopias alta e baixa também não tinham alterações. Avançou-se para biópsia hepática cuja anatomia patológica revelou “envolvimento hepático por carcinoma cujo perfil imuno-histoquímico não permite esclarecer a origem primária ou metastática da neoplasia”. Realizou ainda tomografia por emissão de positrões que mostrou, para além da hipercaptação nas massas hepáticas conhecidas, outra nova área de hipercaptação na glândula suprarrenal direita. Posteriormente fez ainda ressonância magnética hepática em que a suspeita é Carcinoma Hepatocelular mas os marcadores tumorais com apenas CK8/18 positivo, tendo sido encaminhado para Consulta de Grupo Oncológico hepatobiliar, onde se assumiu o diagnóstico presuntivo de hepatocarcinoma e tratado como tal.

DISCUSSÃO e CONCLUSÃO: Os CUP constituem um desafio médico, pela ausência de diagnóstico definitivo em tempo útil, pela escassez de propostas terapêuticas e pelo mau prognóstico associado.

PO-0342 - (4003) - UM CASO RARO DE GLIOSSARCOMA COM ENVOLVIMENTO DA CALOTE CRANIANA

Hugo Ventura¹; Ricardo Veiga¹; Adriana Dias¹; Tatiana Cardoso¹; Beatriz Silva¹; José Fonseca¹; Joana Marques¹; Edite Nascimento¹

1 - Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, E.P.E.

INTRODUÇÃO: O Gliossarcoma é um tumor maligno primário do sistema nervoso central (SNC), sendo um subtipo raro de Glioblastoma Multiforme (inferior a 2%). A sua localização preferencial é supratentorial, mais especificamente as regiões periféricas dos lobos temporais. O envolvimento da calote craniana é muito raro. É uma neoplasia altamente agressiva e com mau prognóstico.

CASO CLÍNICO: Homem de 79 anos. Recorre ao Serviço de Urgência por cefaleia e desequilíbrio, com consequente queda e traumatismo crânio-encefálico. Realizou tomografia computadorizada (TC) crânio encefálica (CE) com aspetos sugestivos de hidrocefalia de pressão normal e lesão lítica na calote craniana na região temporal direita. Submetido a derivação ventrículo-peritoneal. Encaminhado para seguimento por Medicina Interna para estudo da lesão lítica da calote craniana. Realizou Ressonância Magnética Nuclear (RMN) CE com aparente lesão osteolítica primária no osso temporal direito com infiltração dural e invasão cortical. Proteinograma eletroforético sem alterações e doseamento das cadeias leves séricas e urinárias normais. TC-tóraco-abdomino-pélvica sem evidência de lesão neoplásica ou lesões ósseas líticas em outras localizações. Tomografia de emissão de positrões (PET) com captação de 18-fluorodesoxiglicose na região temporo-parietal e calote craniana na transição frontoparietal direita, sem outros focos de captação anómala do radiofármaco no restante corpo. Realizada craniectomia com exérese da lesão tumoral com envolvimento cerebral, dural e ósseo. Histopatologia e perfil molecular consistentes com gliossarcoma com invasão meníngea e da calote craniana. Posteriormente RMN do neuroeixo confirmou disseminação leptomeníngea endocraniana, estendendo-se também por toda a colona vertebral. Avaliado em consulta de decisão terapêutica com indicação para cuidados paliativos dado agravamento clínico.

CONCLUSÃO: O gliossarcoma primário é um tumor incomum que raramente se estende para além da dura-máter. Este caso clínico de apresentação inicial com invasão da calote craniana é extremamente raro. As características imagiológicas na RMN podem sugerir tratar-se de uma lesão extra-axial o que pode configurar um desafio diagnóstico, como neste caso, em que o doente foi estudado pela Medicina Interna com exclusão de outras etiologias. Feito diagnóstico definitivo apenas após exame histopatológico com perfil molecular. O prognóstico é sombrio com sobrevida entre 4 e 11.5 meses.

PO-0343 - (4011) - “REAL WORLD EVIDENCE”: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA NEOPLASIA OCULTA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - COORTE DE 12 MESES

J. Guilherme Gonçalves-Nobre¹; Isabel Ponte¹; Catarina Valadão¹;
Ângela Nogal Dias²; Hélder Mansinho²

1 - Serviço de Medicina III, Hospital Garcia de Orta, E.P.E. (ULS-AS); 2 - Serviço de Oncologia Médica, Hospital Garcia de Orta, E.P.E. (ULS-AS)

Introdução: As neoplasias ocultas manifestam-se como metástases sem identificação de primário, após investigação etiológica apropriada, correspondendo a 2-5% de todas as neoplasias. A incidência é semelhante em ambos os sexos, com idade média de diagnóstico de 62 anos. A histopatologia mais frequente é adenocarcinoma. A sobrevivência média é inferior a 3 meses. A investigação etiológica é feita nos serviços de Medicina, com história clínica detalhada e exame objetivo. Seguidamente, com análises clínicas e tomografia computadorizada de corpo. É necessário biópsia da metástase para análise imunohistoquímica completa. Por último, a investigação etiológica é personalizada, tendo em contas as características da doença. No entanto, é frequente a incapacidade de tratamento com intuito curativo.

Objetivos: Comparar a abordagem diagnóstica de uma neoplasia oculta num serviço de Medicina, com as linhas orientadoras nacionais e internacionais.

Metodologia: Compreende-se como um estudo retrospectivo e observacional, com recolha de dados de doentes com diagnóstico presuntivo de neoplasia oculta, no período temporal entre Janeiro e Dezembro de 2023, onde foi aplicada estatística descritiva.

Resultados: A amostra é constituída por 23 doentes, com semelhante distribuição entre sexos e média de idade correspondente a 75 ± 3 anos. 82,6% dos diagnósticos foi realizado no serviço de urgência, sendo que 56,5% se manifestava com sintomas associados a metastização à distância. Em termos de diagnóstico, 81,8% apresentava alterações analíticas, sendo as mais comuns a elevação de fosfatase alcalina, desidrogenase láctica e proteína C reativa. Foram pedidos marcadores tumorais em 43,5% dos diagnósticos. 65,2% dos doentes realizou tomografia por emissão de positrões (PET). 21,7% não apresentou condições para estudo etiológico dirigido. A biópsia da metástase foi executada em 69,6% dos casos, sendo que a ausência se deveu a fragilidade exacerbada (75%) ou morte (25%). A histologia predominante é Adenocarcinoma (56,5%). Após diagnóstico, somente 17,4% dos doentes fizeram terapêutica dirigida. 52,2% dos doentes foi referenciado a Oncologia Médica e 39,1% a Cuidados Paliativos. A sobrevivência média foi de $2,8 \pm 0,9$ meses. A mortalidade global correspondeu a 81,8%.

Discussão/Conclusão: Atualmente, é cada vez mais frequente os serviços de Medicina se debaterem com as neoplasias ocultas. Trata-se de um diagnóstico que implica intensa investigação etiológica, com muitos exames complementares envolvidos e, no final, estão associados a elevada mortalidade. Estes dados são compatíveis com a literatura e refletem uma patologia com sobrevivência média baixa, frequentemente sem a possibilidade de diagnóstico completo e/ou terapêutica com intuito curativo. Num futuro próximo é essencial simplificarmos a discussão etiológica em consulta multidisciplinar, com diagnóstico baseado em métodos moleculares, para ser mais célere, e terapêuticas oncológicas dirigidas a estas alterações.

PO-0344 - (4017) - SÍNDROME DE PANCOAST COM COMPRESSÃO ESOFÁGICA E TRAQUEAL: UM CASO CLÍNICO

Jorge Governá¹; Beatriz Marquês¹; Pedro Avelar¹; Luís Mateus¹; Maria João Cavaco¹; Liliana Simões¹; Sérgio Borges¹; Paula Raimundo¹; Natália André¹; Ana Costa¹; Rosa Amorim¹

1 - Centro Hospitalar do Oeste - Torres Vedras

Introdução: Os tumores do sulco pulmonar superior, designados tumores de Pancoast podem, pela afeção de estruturas adjacentes, condicionar uma entidade sindrômica caracterizada por omalgia, parestesias e parésia do membro superior por invasão do plexo braquial, e ptose, miose e anidrose (Síndrome de Horner) por invasão da cadeia simpática paravertebral. Pela sua localização periférica, raramente condicionam invasão de estruturas mediastínicas, cuja ocorrência ilustramos no presente caso clínico.

Caso Clínico: Mulher de 86 anos, autónoma, leucodérmica, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Admitida no Serviço de Urgência por quadro de tosse com três meses de evolução e disfagia para sólidos nos 15 dias precedentes. Referia também perda ponderal recente e dor nevrálgica no membro superior direito com 4 meses de evolução. Ao exame objetivo encontrava-se normotensa, apirética, destacando-se uma voz bitonal e diminuição do murmúrio vesicular no ápex direito. Realizou TC Tórax que evidenciou massa no vértice pulmonar direito com captação heterogénea de contraste, medindo 60mm de maior eixo, invadindo o mediastino até ao esófago. Admitiu-se lesão neoformativa primária pulmonar. Realizou broncofibroscopia (BF) dirigida sem deteção de lesões, com estudo citológico e imuno-histoquímico inconclusivos. Por agravamento da disfagia e da neuralgia e progressão para afonia, foi reavaliada um mês depois por TC Pescoço e Tórax que revelou crescimento do tumor para 85mm de maior eixo, com desvio lateral do esófago, invasão da traqueia, da parede torácica apical e do plexo braquial, parésia em adução da corda vocal direita, configurando um tumor do sulco superior (Pancoast). Repetiu BF revelando massa endoluminal de 50mm abaixo das cordas vocais a condicionar obstrução de 90% do lúmen traqueal, que determinou a realização de broncoscopia rígida para colocação de prótese endotraqueal. Por evolução desfavorável do quadro, a doente veio a falecer cinco dias depois.

Conclusão: O tempo de evolução da doença, com pelo menos 4 meses de sintomas antes de recorrer ao Serviço de Urgência, determinou a extensão tumoral ao mediastino e a constelação sintomática acompanhante. Sintomas decorrentes de lesão dos ramos inferiores do plexo braquial (C8 e T1) determinam a necessidade de inclusão do tumor do sulco pulmonar superior no diagnóstico diferencial.

PO-0345 - (4022) - ANGIOSSARCOMA HEPÁTICO – UM DIAGNÓSTICO RARO

Maria Dias Lopes¹; Adriana Duarte¹; Tatiana Gonçalves^{1,2}; Arsénio Santos^{1,2}; Lèlita Santos^{1,2}

1 - Serviço de Medicina Interna - Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal; 2 - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: O angiossarcoma hepático é um tumor vascular que pertence ao grupo das neoplasias malignas do fígado. É uma patologia rara e com uma baixa prevalência (aproximadamente 2%). A presença de metástases na altura do diagnóstico é frequente, sendo as localizações mais comuns os pulmões, o osso e o baço. É uma neoplasia altamente agressiva e com elevada taxa de mortalidade. É mais frequente em homens com idade entre 60 e 70 anos e, na maioria dos casos, não existe exposição a carcinogénico ou fator de risco identificado, tornando mais difícil o seu diagnóstico

Caso Clínico: Homem, 61 anos, com antecedentes de doença hepática crónica avançada (DHCA) de etiologia MetALD e infeção por HCV, recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica pleurítica com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava dor à palpação da região lombar direita, sem outras alterações. Nas análises tinha elevação dos D-Dímeros sem outros achados. Para exclusão de tromboembolia pulmonar, realizou AngioTC tórax que evidenciou múltiplos nódulos pulmonares sugestivos de lesões secundárias e uma formação nodular hipodensa no lobo hepático direito. Dado o contexto clínico de DHCA a principal suspeita foi de carcinoma hepatocelular metastizado. Tinha estudo endoscópico recente, sem alterações. Fez TC hepática trifásica que mostrou uma imagem nodular com 12,9cm nos segmentos VII/VIII/VI, hipodensa e sem captação na fase arterial, sugerindo lesão expansiva, sendo a principal suspeita a de colangiocarcinoma. Para classificação histológica, foi realizada biópsia da lesão cujo resultado foi compatível com angiossarcoma hepático. O doente foi indicado para realização de quimioterapia.

Conclusão: Este caso relata uma entidade oncológica agressiva, com rápido crescimento e evolução, que não apresenta fatores de risco, sinais ou sintomas específicos nem achados imagiológicos patognomónicos que possibilitem um diagnóstico precoce. A biópsia é crucial para o diagnóstico. Atualmente, tanto o tratamento médico como o cirúrgico para o angiossarcoma hepático são limitados, o que resulta numa rápida progressão da doença e num desfecho fatal.

PO-0346 - (4080) - DOENÇA ONCOLÓGICA: REALIDADE NA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Marta Botelho De Sousa¹; Rita Da Silva Vieira¹; João Paulo Nóvoa¹; Sara Dias¹; Madalena Vicente¹; Anna Taulaigo¹

1 - Serviço de Medicina 7.2, Hospital Curry Cabral, Unidade Local de Saúde São José

Introdução: As neoplasias malignas (NM) representam uma importante causa de morbilidade e são a segunda causa de morte em Portugal. Doentes com NM são frequentemente internados nas enfermarias de medicina interna (MI).

Objetivo: Caracterização da população de doentes com NM internados numa enfermaria de MI de um hospital terciário.

Material e Métodos: Análise retrospectiva através da consulta do processo clínico dos doentes com diagnóstico de NM à data de alta, ao longo de um ano.

Resultados: Foram incluídos 36 doentes, correspondendo a 9,5% dos doentes internados. Cerca de 53% era do sexo masculino, com idade média de 73,5 ($\pm 11,8$) anos. A duração do internamento foi heterogénea, com média de 27 dias e mediana de 19,5. Em 14 doentes (38,9%) o diagnóstico foi estabelecido no internamento sendo que a suspeita surgiu frequentemente por quadro constitucional. Nos restantes, os principais motivos de internamento foram infeção (44,4%) ou descontrolo sintomático em fase de fim de vida. A maioria das NM era de órgão sólido (31/36), mais frequentemente pulmão (7), colon/reto (5) e outras do aparelho digestivo (6). Em 3 doentes houve suspeita imagiológica de NM metastática sendo o exame histológico inconclusivo em relação ao tumor primário. Quatro doentes apresentavam 2 neoplasias síncronas. A grande maioria dos doentes com NM sólidas (71%) estava em estadio IV. Relativamente ao tratamento, além de best supportive care, nos 6 meses prévios ao internamento, 6 tinham realizado quimioterapia, 6 radioterapia, 2 imunoterapia, 3 hormonoterapia; 25% dos doentes tinha sido submetido previamente a procedimentos cirúrgicos. Sete doentes foram submetidos a procedimentos paliativos: colocação de prótese esofágica (1), biliar (1), radioterapia hemostática (1), paracentese evacuadora (2), drenagem torácica (1) e colocação de sonda nasogástrica de longa duração (1). Salienta-se que a maioria dos doentes (30/35) teve intercorrências infecciosas e 4 doentes realizaram mais que um ciclo de antibioterapia. Em 77,8% dos casos houve avaliação pela equipa intrahospitalar de Medicina Paliativa. Metade dos doentes faleceu no internamento sendo que 1/3 tinha tido o diagnóstico durante o mesmo.

Discussão e Conclusão: Mesmo tratando-se de uma amostra pequena e de uma análise retrospectiva, são evidentes internamentos prolongados para investigação diagnóstica, tratamento de complicações, controlo sintomático e cuidados de fim de vida. A morbimortalidade desta população frágil é elevada e é urgente e fundamental uma optimização do acesso a Medicina Paliativa, sobretudo em ambulatório, já que isso poderia eventualmente diminuir a necessidade de internamento hospitalar, reduzir complicações e garantir uma melhor qualidade de vida aos doentes.

PO-0347 - (4087) - LESÃO EXPANSIVA NO PESCOÇO, UMA CAUSA INESPERADA DE SÍNCOPE

Sandra Baptista¹; Luís Gonçalves²; Rita Leirião²; Gabriella Serra²; Pedro Azevedo²

1 - IPO de Lisboa, CUF; 2 - CUF

INTRODUÇÃO: Tumores da cabeça e pescoço compreendem um grupo heterogéneo com apresentações variáveis. Na Europa, a incidência destes cancros é cerca de 4%, sendo mais frequentes em homens. Tumores dos nervos do pescoço são raros, sendo a apresentação mais comum uma massa cervical isolada e indolor, com eventuais sintomas relacionados com a função do nervo afetado. O diagnóstico clínico é desafiante pela progressão lenta, circunscrita e relativa ausência de sintomas.

CASO CLÍNICO: Homem, 37 anos, recorre à consulta de urgência por lipotimia, sem pródromos e sem aparentes fatores desencadeantes, enquanto conduzia. Refere episódio de síncope com queda e traumatismo crânio-encefálico seis dias antes, com pródromo de tontura e náusea. Na avaliação inicial foi objetivada hipoglicemia e bradicardia. Sem queixas até à segunda admissão, onde se apresentou normotenso e normocárdico. A destacar anisocoria, com miose direita, sem ptose palpebral, que o doente afirma estar presente há mais de um ano. Na orofaringe, desvio da úvula à esquerda e abaulamento da parede lateral direita. No estudo complementar, destaque para TC de crânio e pescoço com “lesão ocupando espaço, bem definida, 67 x 42 x 28 mm, de topografia faríngea direita, íntima relação com a carótida interna ao nível do canal carotídeo na base do crânio, desvio externo da carótida e veia jugular internas. Características de lesão de longa data, a condicionar moldagem da coluna aérea faríngea. Provável lesão expansiva do espaço carotídeo supra-hioideu, de origem neurogénica, schwannoma ou neurofibroma, a caracterizar por ressonância magnética”. O doente foi encaminhado para a consulta para continuação da investigação etiológica.

DISCUSSÃO: Schwannomas e neurofibromas são tumores benignos das células nervosas, imagiologicamente semelhantes, difíceis de distinguir. Neste caso, terá ocorrido provável síncope/lipotimia por compressão do seio carotídeo a condicionar resposta reflexa com vasodilatação e/ou bradicardia temporárias, com consequente hipoperfusão cerebral. Apesar do volume considerável da massa, os sintomas terão sido praticamente inexistentes, pela sua evolução lenta.

CONCLUSÃO: Este caso demonstra a relevância de um exame objetivo sistemático na identificação de diagnósticos menos frequentes e que pelas características progressivas e insidiosas, menos exuberantes do ponto de vista clínico.

PO-0348 - (4092) - SERÁ INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?

Paulo Jorge O. Ferreira¹; Carina Andrade¹; Mariana Hipólito Reis¹; Victor Marquez¹

1 - ULS Santo António

Homem de 83 anos com antecedentes pessoais de síndrome de apneia obstrutiva do sono, cardiopatia valvular e miocardiopatia dilatada de etiologia não isquêmica, com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Seguido em Cardiologia, com história de 2 internamentos no último ano por descompensação e 1 internamento por miopericardite aguda.

Recorre novamente ao Serviço de Urgência por queixas de dispneia com agravamento progressivo com 2 meses de evolução. Adicionalmente refere perda ponderal de 20% em um ano e edemas dos membros inferiores persistentes. Ao exame objetivo de salientar auscultaçã pulmonar com apagamento na metade inferior do pulmão direito e insuficiência respiratória tipo 1 com necessidade de oxigênio suplementar. Edemas dos membros inferiores. Analiticamente com elevação de ProBNP. Na radiografia torácica derrame pleural direito de médio/grande volume.

Inicialmente assumida provável insuficiência Cardíaca descompensada mas dada unilateralidade do derrame decidida toracocentese diagnóstica e evacuadora, com drenagem de 3000mL de líquido hemático turvo com critérios de Light de exsudado com predominância de linfócitos mononucleares e presença de numerosas células não hematológicas. Internado para estudo etiológico.

Após drenagem resolução da insuficiência respiratória tipo 1, mas recrudescimento paulatino do derrame pleural com controlo parcial com estratégia diurética. TC-TAP sem alterações adicionais de relevo. Realizado PET-TC com foco com captação muito aumentada do radiofármaco num pequeno local do cólon transverso e no líquido pleural à direita. Citologia do líquido pleural com achados de Linfoma não Hodgkin B células grandes vs linfoma B de grandes células associado a sobrecarga de fluidos. Na imunofenotipagem do líquido pleural foi confirmada doença linfoproliferativa de células B maduras com características fenotípicas muito sugestivas de linfoma B de células grandes, de origem no centro folicular. Após discussão com Hematologia iniciou-se esquema com rituximab, ciclofosfamida e dexametasona ainda em internamento. Alta orientado para a consulta de Hematologia Oncológica.

Os autores salientam a importância da suspeição clínica e necessidade de investigação adicional perante um derrame pleural de repetição unilateral, mesmo em caso de insuficiência cardíaca e evidência de congestão.

PO-0349 - (4101) - ANEMIA LEUCOERITROBLÁSTICA E NEOPLASIA DA PRÓSTATA – UMA PISTA PARA O DIAGNÓSTICO

Ana Rita Antunes¹; Diogo Macedo¹; Inês Amaral Pinto¹; Rita Menezes Azevedo¹; Sara Pereira Henriques¹; Raquel Alves Barreira¹

1 - CHVNGE - Hospital Centre of Vila Nova de Gaia e Espinho, R. Conceição Fernandes - Vila Nova de Gaia, Portugal

Introdução: A neoplasia prostática ocorre em cerca de 11% dos homens, constituindo a segunda causa de morte por neoplasias nesta população. Apresenta progressão geralmente indolente, sendo com frequência assintomática no momento do diagnóstico.

Caso Clínico: Homem saudável de 44 anos, bengalês, a viver em Portugal há 12 anos, recorre ao serviço de urgência [SU] por dispneia para pequenos esforços, dorsalgia e obstipação com 1 mês de evolução. Associadamente com perda ponderal de 15% em 2 meses, hipersudorese noturna, vômitos alimentares e tosse seca; sem sintomas genitourinários ou perdas hemáticas visíveis. Ao exame objetivo com mucosas pálidas e desidratadas, sem outras alterações. Analiticamente com bicitopenia de novo, com análises 1 mês antes sem alterações, com anemia 4.8g/dL, monocitemia $0.09 \times 10^3/\mu\text{L}$ e trombocitopenia $78 \times 10^3/\mu\text{L}$. Endoscopia digestiva alta com esofagite de refluxo. Durante a permanência no SU transfundiu 3 unidades de glóbulos rubros, tendo tido alta orientado para consulta de diagnóstico rápido de Medicina Interna para continuação do estudo etiológico. Realizou biópsia de medula óssea, cuja citometria de fluxo era sugestiva de leucemia aguda, contudo a histologia revelou infiltração medular por metástases de carcinoma com padrão imunohistoquímico compatível com origem primária na próstata. A tomografia computadorizada toracoabdominopélvica revelou adenopatias retroperitoneais, pélvicas, no mesoreto e espaço pré-sagrado com próstata de limites mal definidos e segmentos ósseos com trabeculação heterogénea, com múltiplas lesões blásticas. De referir antígeno prostático específico de 191 ng/dL. Atendendo ao diagnóstico de adenocarcinoma da próstata com metastização óssea, medular e ganglionar, Gleason 9 (4+5), foi orientado para consulta de oncologia médica e urologia onde iniciou tratamento antiandrogénico e quimioterapia paliativa

Discussão & Conclusão: Apesar da maioria dos doentes com neoplasia prostática estarem assintomáticos, com doença localizada ao diagnóstico, alguns casos apresentam-se já com doença disseminada. A anemia leucoeritroblástica por infiltração medular pode constituir a forma de apresentação doença, podendo mimetizar uma leucemia aguda, sendo o estudo medular essencial para o correto diagnóstico e orientação terapêutica. O seu aparecimento deve constituir ainda um sinal de alerta em doentes já com diagnóstico prévio, podendo indiciar falência do tratamento e progressão da doença.

PO-0350 - (4184) - TUMOR PRIMÁRIO OCULTO: DOS ACHADOS INESPECÍFICOS AO DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Daniela Costa¹; Daniel Botelho¹; Alexandra Roque¹

1 - Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho

Introdução: O tumor primário oculto (TPO) define-se como um tumor maligno metastizado, demonstrado histologicamente por biópsia e cujo local de origem permanece por identificar após investigação dirigida. Corresponde a 2-9% dos tumores e tem uma idade média de diagnóstico de 60-75 anos. Na apresentação, é frequente a metastização múltipla tendo uma sobrevida média de 4-12 meses. A histologia mais frequentemente é o adenocarcinoma (85%).

Caso Clínico: Mulher 76 anos de idade, previamente autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidémia e anemia. Admitida no Serviço de Urgência por quadro de vômitos, diarreia, edema dos membros inferiores e distensão abdominal com 1 semana de evolução. Laboratorialmente de destacar anemia (Hb 8.6 g/dL), lesão renal aguda (crea 1.31 mg/dL), hiperuricemia (7.3 mg/dL), hipoalbuminemia (4.9 mg/dL) e CEA125 337U/ml. Fez TC abdómino-pélvica que revelou moderada ascite e carcinomatose peritoneal com conglomerado de massas na pélvis de origem a esclarecer. Nesse contexto, decidiu-se estudo complementar com TC de tórax, ressonância magnética (RM) e colonoscopia. Colonoscopia revelou massa na transição retossigmoideia com colapso luminal em aparente relação com infiltração extrínseca, tendo sido feita biópsia que mostrou um adenocarcinoma invasivo de baixo grau. TC tórax sem alterações. RM confirma a presença de múltiplos nódulos peritoneais, o maior na região hipogástrica e com envolvimento sigmoide-rectal. Foi pedida nova revisão de lâminas por parte da Anatomia Patológica da biópsia previamente realizada concluindo-se a existência de infiltração intestinal por adenocarcinoma compatível com origem ovárica (marcadores PAX8 e ER positivos).

Conclusão: O TPO tem um curso rapidamente progressivo, com padrão metastático imprevisível e por isso tem um mau prognóstico. É uma entidade biologicamente complexa e pela sua agressividade torna-se premente fazer o seu diagnóstico de forma precoce e padronizada. As limitações de diagnóstico e tratamento continuam a ser um grande desafio, sendo imprescindível melhorar as técnicas de diagnóstico disponíveis, nomeadamente marcadores imunohistoquímicos e genómicos característicos.

PO-0352 - (2847) - VER ALÉM DOS SINAIS DE CONGESTÃO.

Marta Batoca Sousa¹; Susana Almeida¹; Daniela Salgueiro¹; Ana Rita Oliveira¹; Ana Nascimento¹

1 - ULSAM - Hospital de Santa Luzia

INTRODUÇÃO: As vasculites consistem na inflamação de vasos sanguíneos, envolvendo um ou mais órgãos, incluindo rins, pulmão e coração. A sua apresentação clínica pode assim ser variada, tornando-as um desafio na prática clínica.

CASO CLÍNICO: Homem de 74 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, prostatectomia radical por neoplasia prostática, e pólipos cólicos com displasia de baixo grau. Nos últimos dois meses antes da admissão, com múltiplos episódios de avaliação e ajustes terapêuticos em contexto de cuidados de saúde primários e de serviço de urgência, por tosse – inicialmente seca, depois com expectoração mucosa ocasional e, na admissão, com secreções hemoptóicas – associada a desenvolvimento progressivo de dispneia para pequenos esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna, edemas periféricos e aumento do volume abdominal. Analiticamente com lesão renal aguda, sem sinais ecográficos de nefropatia obstrutiva, e sedimento urinário com proteinúria e hematúria. Realizado estudo tomográfico torácico que revelou múltiplos focos de densificação em vidro despolido peri-broncovasculares bilateralmente. Admitido ao internamento sob antibioterapia para pneumonia adquirida na comunidade e terapêutica diurética para insuficiência cardíaca aguda. Sem melhoria clínica significativa inicial. Durante o internamento realizado estudo complementar de que se salienta proteinúria nefrótica, velocidade de sedimentação aumentada e anticorpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) positivos, subtipo anti-mieloperoxidase. Biópsia renal confirmou o diagnóstico de vasculite ANCA positivo. Realizados pulsos de metilprednisolona, com rápida melhoria clínica e analítica. Orientado para ambulatório medicado com prednisolona 1mg/Kg/dia e posteriormente associado Rituximab, mantendo-se atualmente com doença controlada.

DISCUSSÃO: Na prática clínica vemos diariamente casos de congestão pulmonar e sistémica, com diferentes etiologias. Este caso, em particular, ilustra como uma vasculite, doença com envolvimento multissistémico e potencialmente fatal, pode mimetizar outras entidades clínicas com abordagem terapêutica tão distinta, relevando o importante papel do internista na análise cuidadosa da clínica, bem como dos exames complementares de diagnóstico, para estabelecer um diagnóstico e tratamento adequados atempadamente.

PO-0353 - (2867) - MISTÉRIO DO PRURIDO

Mónica Spencer Pereira¹; Sandra Sepúlveda¹; Ana Rita Rocha¹; Domingas Pereira¹; Pedro Costa¹

1 - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: Prurido como manifestação de várias patologias desde psicogénico até patologias graves comuns e algumas raras tais como colangite biliar primária

Descrição: Os autores vêm apresentar um caso de uma senhora de 50 anos de idade, referenciada a consulta por um quadro caracterizado por prurido associado a persistência de alterações de enzimas hepáticas. Durante a investigação, foram excluídas patologias que cursam com prurido sem e com alterações das enzimas hepáticas entre as quais as virais, eventualmente tóxicas. Analiticamente: Velocidade de hemossedimentação 53mm/1h, enzimas hepáticas 3 vezes superior ao valor de referência, Imunoglobulina Ig G positivo, AC. Anti músculo liso e Anticorpos mitocondriais M2, AMA e ANA positivo 1/320 padrão fibrilar e reticular. Biópsia hepática com infiltrado inflamatório, alguns plasmócitos, lesões ligeiras e focalmente moderadas de hepatite da interface, alterações do epitélio dos ductos, focos de colangite granulomatosa e proliferação ductular, aspectos histológicos que podem corresponder a uma doença hepática autoimune, fase inicial de colangite biliar primária. Com base na clínica, biópsia e análises assumiu-se diagnóstico de síndrome de sobreposição colangite biliar primária e hepatite autoimune. Iniciou-se a terapêutica com prednisolona, ácido ursodesoxicólico 250 mg três vezes dia, azatioprina 1mg/Kg/dia com ajuste posologia conforme evolução. Controlo periódico ecográfico abdominal, Elastografia, endoscopia digestiva alta e densitometria óssea. Boa resposta a terapêutica com normalização analítica, e franca melhoria das queixas.

Conclusão: Na maior parte dos pacientes com Colangite biliar primária a melhoria clínica, analítica e histológica são observadas com a terapêutica com ácido ursodesoxicólico. Foi ainda demonstrado que no estadio pré-cirrótico a terapêutica retarda a progressão da doença. Em casos mais avançados a eficácia desta terapêutica é menor. Na síndrome de sobreposição com hepatite autoimune em que se associa azatioprina e Corticosteróides como no caso descrito a progressão é semelhante a colangite biliar primária. Assim, o diagnóstico e início atempado da terapêutica melhora o prognóstico.

PO-0354 - (2933) - UM CASO DE GRANULOMATOSE COM POLIANGEÍTE APÓS COVID 19

Daniela Maurício¹; João Costelha¹; Cátia Pereira¹; Adélia Simão¹; Lèlita Santos¹

1 - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO: Vários estudos indicam que o vírus Sars-Cov-2 pode levar à desregulação imunológica e desencadear resposta de autoimunidade. A granulomatose com poliangeíte é uma doença autoimune muito rara, caracterizada por ser uma vasculite necrotizante de pequenos vasos, associada a inflamação da parede vascular e perivascular e granulomatose extravascular.

CASO CLÍNICO: Mulher de 38 anos, recorreu ao serviço de urgência por fadiga, tosse, disfonia, dores articulares e edemas dos membros inferiores com 3 semanas de evolução. Infecção recente pelo vírus Sars-Cov2. Do estudo realizado no serviço de urgência destaca-se elevação dos parâmetros inflamatórios, NTproBNP e de troponinas, com eletrocardiograma normal. Durante o internamento manteve a clínica de disfonia e fadiga, apresentando aumento seriado de troponinas (pico de 4000 pg/ml) apesar de ausência de torácica, manutenção de parâmetros inflamatórios sem clínica focalizadora e/ou febre. Realizou ecocardiograma transtorácico que revelou boa função, sem alterações da contratilidade segmentar e um pequeno derrame pericárdico. Pela necessidade de monitorização cardíaca contínua e assumindo-se uma miocardite pós-infecciosa, a doente foi transferida para uma unidade de cuidados intermédios. Foi alargado estudo etiológico para patologia autoimune atendendo à referência das artralguas e de um dado “novo” do exame físico - suspeita de “nariz em sela”. Nesse contexto foram pedidos anticorpos ANCA- e anti-PR3, o último com um resultado positivo forte. Pela suspeita de granulomatose com poliangeíte com atingimento ORL foi realizada TC-seios perinasais que revelou “sinusopatia inflamatória e espessamento do revestimento mucoso” e biópsia do corneto nasal com “edema e infiltrado inflamatório com granulomas. Iniciou tratamento de indução com prednisolona 0,75mg/kg, com registo para uma melhoria clínica, resolução da disfonia, da fadiga e das dores articulares, e redução marcada dos parâmetros inflamatórios. Manteve tratamento com rituximab.

DISCUSSÃO: Os autores apresentam um caso de granulomatose com poliangeíte que surge após COVID 19. Embora o mecanismo seja desconhecido pensa-se que o vírus Sars-Cov 2 possa ser um fator de risco para o desenvolvimento de autoimunidade via “inflamossoma”. Na era pós-pandemia os profissionais de saúde deverão estar alerta para as sequelas autoimunes associadas à COVID-19 a médio-longo prazo.

PO-0355 - (4108) - GRANULOMATOSE COM POLIANGEÍTE - UM DIAGNÓSTICO QUE OBRIGA A SUSPEIÇÃO

Beatriz Riquito¹; Graça Maciel¹; Mariana Nunes¹; Elisabete Cerqueira¹; Victor Paz¹

1 - ULSTMAD

Introdução: As vasculites associadas a ANCA nomeadamente a granulomatose com poliangeíte (GPA), são vasculites necrotizantes sistêmicas que afetam os vasos de pequeno e médio calibre, em territórios diversos, como o pulmão e o rim. O reconhecimento precoce permite a abordagem terapêutica mais célere com impacto na mortalidade.

Caso Clínico: Mulher, 65 anos, com clínica arrastada de febre (cerca de 2 semanas de evolução) associada a cefaleias e sintomas constitucionais (anorexia e perda ponderal), o que obrigou a recorrer ao serviço de urgência (SU). A analítica inicial revelou apenas uma anemia microcítica ligeira e uma proteína C reativa 25 mg/dL. Realizou tomografia axial computadorizada (TC) do tórax ainda no SU que revelou infiltrados pulmonares inespecíficos a carecer de melhor caracterização, pelo que ficou internada no serviço de Pneumologia. Após estudo analítico mais alargado, verificou-se uma velocidade de sedimentação (VS) aumentada, anticorpos anti-nucleares (ANA) negativos, mas com anticorpos anti-citoplasma do neutrófilo (ANCA) com resultado positivo forte, com especificidade anti-proteinase 3 (PR3). Teria ainda eritrócitos dismórficos presentes no sedimento urinário, assim como proteinúria. Foi pedida colaboração de Medicina Interna que auxiliou na orientação da marcha diagnóstica. A doente acabou por realizar uma biópsia pulmonar transtorácica guiada por TC, que veio a confirmar o diagnóstico de granulomatose com poliangeíte. Após observação por Nefrologia, sem necessidade de realização de biópsia renal. Foi ainda observada por Neurologia, que confirmou ausência de envolvimento do sistema nervoso central ou periférico, após realização de TC crâneo-encefálica, punção lombar e eletromiografia. Após discussão conjunta com equipa de medicina interna, iniciou terapêutica com corticoide – prednisolona 1mg/kg - e foi orientada para consulta externa de Medicina/Doenças Auto-imunes e de Pneumologia/Doenças Difusas do Pulmão.

Discussão e Conclusão: A baixa prevalência desta patologia obriga a uma elevada suspeição ainda que as manifestações orgânicas sejam pouco exuberantes. Este caso ilustra um diagnóstico relativamente rápido, após clínica de apenas 2-3 semanas, sem complicações graves ou apresentações exuberante, como é exemplos dos casos com cavitações, hemorragia alveolar, tromboembolismo venoso ou mesmo lesão renal com necessidade de diálise.

PO-0356 - (4126) - O PIOR DOS CENÁRIOS - UM CASO DE ARTERITE CÉLULAS GIGANTES

Albina Moreira¹; Ana Sofia Reis¹; Catarina Salvado¹; Paula Ferreira¹; Miguel Ângelo Sousa¹; Rui Salvador¹; Adriana Pereira Guedes¹

1 - ULSGE

Introdução: A arterite de células gigantes é uma vasculite de vasos de grande/médio calibre. Os sintomas mais típicos, como a cefaleia, devem-se ao envolvimento dos ramos cranianos dos vasos que partem do arco aórtico. Surge principalmente em mulheres a partir dos 50 anos e a complicação mais temida é a perda de visão.

Caso clínico: Mulher de 74 anos, autónoma, recorreu ao serviço de urgência com um quadro de cefaleia temporal e occipital com alguma de evolução, inicialmente ligeira, mas com agravamento importante e perda de visão progressiva, nas últimas 24 horas.

Ao exame objetivo apresentava amaurose bilateral, sem outras alterações no exame neurológico, artérias temporais palpáveis e endurecidas, mas sem dor a palpação e temperatura sub-febril.

Analicamente apresentava Velocidade de sedimentação e Proteína-C-reativa aumentadas. Realizou TC crânio-encefálico que excluiu lesões vasculares agudas e foi avaliada por Oftalmologia neste contexto com identificação de Neuropatia ótica isquémica anterior.

Pela clínica tão típica e pelos achados no exame objetivo assumiu-se Arterite de células gigantes e iniciou tratamento com pulsos de Metilprednisolona 1000 mg durante 3 dias.

Assim que possível realizou ecodoppler da artéria temporal que evidenciou sinais de edema da parede arterial com sinal do halo bilateral, confirmando o diagnóstico.

Fez ciclo de prednisolona e posteriormente metotrexato como poupador de corticoide.

Melhoria da cefaleia significativas nos primeiros dias de internamento, com melhoria analítica concomitante, porém sem melhoria do ponto de vista oftálmico.

Discussão e Conclusão: O tratamento precoce, idealmente nas primeiras 24h após início dos sintomas é preponderante no prognóstico da doença quando existe atingimento ocular. Infelizmente quando existe cegueira estabelecida a probabilidade de recuperação diminuí mesmo com o tratamento adequado.

A doença tem uma duração variável, com diferentes níveis de cronicidade. A corticoterapia pode eventualmente ser reduzida e até suspensa em alguns doentes.

Apesar do impacto substancial na qualidade de vida dos doentes, e neste caso, da imposição de um importante estado de dependência, a doença tem pouco impacto na sobrevida, exceto se houver atingimento da aórtico.

PO-0357 - (4402) - DERMATOMIOSITE CLINICAMENTE AMIOPÁTICA POR MDA5 – CASO CLÍNICO

Carolina Anjo¹; Inês Rento¹; Fernando Ribeiro¹; Cristina Andrade¹; Gabriel Atanásio¹

1 - Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões

Introdução: Dermatomiosite clinicamente amiopática (DCA) define-se como a presença de manifestações cutâneas sem envolvimento muscular. Assim como na dermatomiosite clássica, alguns doentes com DCA apresentam anticorpos específicos de miosite. A presença do anti-corpo MDA5 está também associada a doença pulmonar intersticial e a manifestações cutâneas como ulcerações. Por norma, sem manifestações musculares associadas.

Caso Clínico: Homem, 72 anos, autónomo, antecedentes de Pneumonia Intersticial não específica. Recorreu ao Serviço de Urgência por necrose distal dos dedos das mãos com evolução de 15 dias. Ao exame objetivo, apresentava necrose das primeiras falanges do 2º dedo da mão direita e 2º dedo da mão esquerda, várias áreas de hiperemia e lesões ulceradas no 3º dedo da mão direita e 3º e 4º dedo da mão esquerda. Associadamente, com queixas de astenia, anorexia e perda ponderal com vários meses de evolução. Ficou internado para estudo. Iniciou prostaglandinas em perfusão contínua que manteve durante 22 dias. Concomitantemente, foi titulada terapêutica com nifedipina até à dose máxima com boa tolerância (120md/dia). Foi feita exclusão de etiologia paraneoplásica com endoscopia digestiva alta e baixa, TAC toraco-abdomino-pélvica e PET com F-18-FDG. Do estudo analítico, a realçar ANAs 1/320, anti Ro52 positivo, PM SCI 75 positivo, MDA 5 positivo e valores de enzimas musculares dentro da normalidade. Fez Eco Doppler carotídeo e vertebral que não identificou estenoses. O EMG foi compatível com o diagnóstico de miopatia, tendo iniciado prednisolona 20mg. A capilaroscopia revelou alterações microvasculares relevantes, não compatíveis com padrão esclerodérmico. Apesar da terapêutica otimizada, manteve necrose distal dos segundos dedos pelo que, após suspensão de prostaglandina, iniciou sildenafil. Foi feita amputação das primeiras falanges dos segundos dedos de ambas as mãos. Doente encaminhado para Consulta de Doenças Autoimunes onde iniciou Micofenolato de Mofetil com diminuição progressiva de corticoterapia.

Discussão: Tendo em conta o perfil de autoimunidade, as manifestações cutâneas e pulmonares e ausência de envolvimento muscular, foi feito o diagnóstico de provável DCA por MDA5.

Conclusão: Apesar da terapêutica otimizada, doente manteve necrose distal dos dedos das mãos com necessidade de amputação, o que demonstra a dificuldade na gestão deste tipo de patologia e a importância da celeridade da mesma.

PO-0358 - (4515) - VASCULITE ANCA-MPO: MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS E RENAIS EM UM CASO CLÍNICO DE EVOLUÇÃO RÁPIDA

Patrícia Sobrosa¹; Maria Inês Risto¹; António Cardoso¹; Rita Mota¹; Joana Couto¹; Luciana Sousa¹; Diana Guerra¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução

As vasculites caracterizam-se pela inflamação da parede dos vasos sanguíneos de pequeno, médio ou grande calibre. Podem afetar vários órgãos, sendo o rim o mais comum.

Vasculites associadas a anticorpo anticitoplasmático do neutrófilo (ANCA) atingem maioritariamente a 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

Mulher de 56anos, antecedentes de hipertensão arterial. Seguimento em consulta de Medicina por eritema nodoso dos membros inferiores, com cerca de 2 meses de evolução, refratário a terapêutica anti-inflamatória. Ao exame objetivo com lesões nodulares de coloração purpúrica a nível dos membros inferiores em agravamento, sem outras queixas. Do estudo realizado, destaque para biópsia cutânea compatível com vasculite de pequenos e médios vasos cutâneos e Ac. ANCA-MPO positivo. Apresentou rápida evolução com lesão renal aguda (creatinina 4.7mg/dL) e eritrocitúria e proteinúria (2g/dia). Pela suspeita de vasculite ANCA-MPO, encaminhada para SU de Nefrologia, tendo iniciado técnica de substituição função renal (TSFR) e realizada biópsia renal, que confirmou glomerulonefrite crescêntica pauci-imune. Assumida vasculite ANCA-MPO com envolvimento renal e cutâneo, tendo iniciado tratamento com pulsos de corticoterapia e ciclofosfamida. Melhoria cutânea e renal progressiva, à data de alta sem necessidade de TSFR, com creatinina 2.3mg/dL. Reavaliação após 10 semanas de tratamento com normalização da função renal, sem eritrocitúria ou proteinúria. Mantém terapêutica de manutenção com rituximab e seguimento em consulta.

Conclusão

As vasculites de pequenos vasos são doenças multissistémicas cuja clínica inicial é muitas vezes inespecífica, podendo condicionar um atraso no diagnóstico e, conseqüentemente, um agravamento do prognóstico e morbidade.

Apresenta-se a caso pela importância do estudo aprofundado e rápido de manifestações cutâneas inespecíficas. Para além disto, destaque para a rápida evolução da doença, com apresentação como glomerulonefrite rapidamente progressiva, com necessidade de TSFR.

PO-0359 - (4576) - VASCULITE SISTÊMICA DE PEQUENOS VASOS ASSOCIADA A NORFLOXACINA: CASO CLÍNICO

João Neves Maia¹; Álvaro Ferreira¹; Catarina Ferreira Duarte¹

1 - ULS Santo António

Introdução: As vasculites associadas a fármacos cursam habitualmente com atingimento cutâneo exclusivo, sendo o envolvimento sistémico raro. Apresentamos um primeiro caso de vasculite secundária à norfloxacina, mimetizando um quadro de granulomatose eosinofílica com poliangeíte (EGPA).

Caso clínico: Homem de 58 anos, contexto de consumo etílico de risco e cirrose hepática, com internamento recente por descompensação inaugural com peritonite bacteriana espontânea, motivando introdução de profilaxia secundária com norfloxacina. Nas semanas seguintes, desenvolve eosinofilia periférica flutuante e lesões cutâneas, interpretadas como prurigo associado à cirrose. Cerca de 6 semanas depois desenvolve febre, tosse produtiva e pieira, motivando recorrência ao serviço de urgência. Sem história prévia de asma ou de hiperreatividade brônquica. Encontrava-se febril, com insuficiência respiratória tipo 1 e com lesões papulares infiltrativas nos membros superiores e tronco e lesões purpúricas nos membros inferiores. Analiticamente com eosinofilia periférica (2600/uL), lesão renal aguda com proteinúria ligeira, leucocitúria e hematúria e elevação marcada da velocidade de sedimentação; radiografia torácica sem imagem de pneumonia e estudos microbiológicos negativos. A tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica documentou consolidações subpleurais bilaterais em todos os lobos, sem nódulos ou cavitações; lavado bronco-alveolar com alveolite com participação de eosinófilos, sem critérios de hemorragia alveolar difusa; biópsia das lesões cutâneas compatível com vasculite leucocitoclástica com imunofluorescência negativa para IgA, IgM, IgG e complemento; estudo imunológico com positividade para anti-PR3, hipergamaglobulinemia, HiperIgE e hipocomplementemia ligeira. Perante quadro de vasculite de pequenos vasos com envolvimento sistémico de características clínicas atípicas, e dada a temporalidade, levantada suspeita de associação a norfloxacina, sendo esta suspensa. Melhoria clínica, analítica e radiológica sustentadas, com resolução de todas as alterações descritas, sem qualquer tratamento imunossupressor.

Discussão e conclusão: Para a patogénese das vasculites ANCA contribuem fatores genéticos de desregulação imunológica, bem como triggers ambientais. As quinolonas devem ser consideradas como possíveis propulsoras deste fenómeno motivando casos de afeções não só cutâneas, mas também renais, previamente descritas, e pulmonares, conforme ilustra a nosso caso.

PO-0360 - (4583) - DA LESÃO RENAL AGUDA À VASCULITE ANCA: UM CASO CLÍNICO

Susana Viana¹; Andreia Mandim²; Roberto P. Silva³; Mariana Sousa¹; Tatiana Salazar¹; Cristina Rosário¹; Luísa Guerreiro¹

1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos; 2 - Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde; 3 - Centro Hospitalar Universitário de São João

A vasculite associada a anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) é caracterizada pela inflamação de pequenos vasos, e, apesar de rara, apresenta-se muitas vezes com manifestações ameaçadoras da vida, sendo necessário o seu diagnóstico e tratamento atempado.

Homem de 47 anos, fumador ativo, admitido no Serviço de Urgência por hemorragia digestiva alta (HDA) com melenas. Associadamente, quadro de astenia e poliartalgias migratórias de grandes e pequenas articulações com 1 mês de evolução. À admissão, hemodinamicamente estável e sem insuficiência respiratória. Documentada úlcera duodenal Forrest III em endoscopia digestiva alta. Analiticamente, anemia grave com hemoglobina 6.5g/dL, leucopenia e trombocitopenia ligeiras e lesão renal aguda (LRA) com creatinina 12.6mg/dL (sem valor de creatinina recente). Por LRA oligúrica sem melhoria após ressuscitação volémica, iniciou hemodiálise. Apresentava sedimento urinário com erito-leucocitúria, albuminúria 800mg/g e proteinúria não nefrótica 1.85. Ecografia renovesical excluiu obstrução e demonstrou rins de dimensões aumentadas. Do restante estudo, salienta-se anticorpos ANCA MPO positivos. Realizou biópsia renal que revelou glomerulonefrite crescêntica pauci-imune, compatível com vasculite ANCA mieloperoxidase (MPO). Apesar de nunca apresentar clínica ou insuficiência respiratória, por manter anemia em agravamento já sem perdas hemáticas gastrointestinais, realizou tomografia computadorizada torácica que revelou áreas de vidro despolido compatíveis com hemorragia alveolar (HA), confirmada por broncofibroscopia. Iniciou tratamento de indução com 7 dias de plasmaferese, 3 dias de pulsos de metilprednisolona 750mg/dia e posteriormente prednisolona 1mg/kg/dia, em desmame lento. Fez 1ª toma de ciclofosfamida (2ª toma protelada por intercorrências infecciosas). Apesar de melhoria clínica, manteve necessidade de hemodiálise.

O síndrome pulmão-rim, caracterizado por glomerulonefrite e HA, é uma manifestação típica e grave das vasculites ANCA+, contudo clinicamente pode ter apresentação inespecífica. Neste caso salientamos que pelo doente não ter clínica respiratória e ter apresentado um quadro de HDA que podia justificar anemia em agravamento, tornou mais desafiante este diagnóstico, levando a um atraso na documentação de HA, na qual a suspeição clínica foi essencial. A biópsia renal é útil no diagnóstico definitivo e prognóstico renal.

PO-0361 - (2295) - GLOMERULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE: A PROPÓSITO DE UM CASO

Margarida Midões Almeida¹; Maria Beatriz Vieira¹; Clara Pinto¹; Ana Paiva Santos¹; Margarida Resendes¹; Carolina Morgado¹; Ana Corte-Real¹; Beatriz Pinheiro¹; Susana Cavadas¹

1 - ULSRA

Introdução:

A Glomerulomatose Eosinofílica com Poliangeíte (GEPA) é um distúrbio multissistémico caracterizado por rinosinusite crónica, asma e eosinofilia proeminente no sangue periférico e classifica-se como uma vasculite de pequenos e médios vasos, rara e idiopática, que afeta predominantemente as vias aéreas e pele, embora as manifestações clínicas e o envolvimento orgânico possam ser muito variáveis.

Caso clínico:

Apresenta-se o caso de uma mulher de 66 anos, autónoma, com antecedentes de asma grave de difícil controlo, rinosinovite crónica, polipose nasal recidivante e tromboembolismo pulmonar (TEP) há 1 mês. Enviada pelo médico assistente ao serviço de urgência por aparecimento de púrpura palpável e pruriginosa nos membros inferiores associada a uma diminuição da sensibilidade no dorso do pé esquerdo e diminuição da força nos membros inferiores. Apresentava também queixas de mialgias, cansaço generalizado e febre com cerca de 2 semanas de evolução. Analiticamente a salientar eosinofilia periférica (eosinófilos >1500 cel/microL), aumento do IgE (2225 U/L) e aumento dos parâmetros inflamatórios (VS 87mm, PCR 19.67 mg/dL).

Dado os antecedentes de asma grave, rinosinovite crónica com polipose nasal e TEP associados a quadro de púrpura palpável, sintomas constitucionais e eosinofilia periférica e perante a forte suspeita de vasculite, realizou-se estudo analítico mais abrangente, constatando-se positividade para o Ac. anti mieloperoxidase (MPO). Realizou também biopsia das lesões cutâneas com evidência de vasculite leucocitoclástica. Assumiu-se, assim, o diagnóstico de GEPA e iniciou terapêutica com corticoterapia e ciclofosfamida. Apesar das medidas implementadas, a doente acabou por falecer.

Discussão e Conclusão:

A GEPA é uma doença multissistémica, que se pode apresentar com sintomas inespecíficos, tornando assim o diagnóstico um desafio. Apesar da suspeita clínica e início precoce de terapêutica, sendo uma doença grave, o prognóstico é reservado e o desfecho pode ser negativo.

PO-0362 - (4343) - UMA JUNÇÃO NA COLUNA... E NO RITMO! - UM RELATO DE CASO DE ESPONDILITE ANQUILOSANTE COM ENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE CONDUÇÃO CARDÍACO

Joana Pereira Moniz¹; Adriana Vazão¹; André Manuel Martins¹; Bárbara Lemos¹;
Joana Crisóstomo¹; Mauro Gomes Marques¹; Soraia Pinho Duarte¹;
Luís Graça Santos¹; Patrícia Gomes Pereira¹; Pedro Neves Tavares¹;
Rita Lizardo Grácio¹; João Morais¹; Renato Saraiva¹

1 - ULS - Região de Leiria

A Espondilite Anquilosante (EA) é uma espondiloartropatia inflamatória crónica de predomínio axial com envolvimento articular, periarticular e extra-articular. Em 5-10% dos casos está descrito envolvimento cardíaco – disfunção ventricular, aortite, regurgitação aórtica e distúrbios do sistema de condução - fenómeno que condiciona elevada morbimortalidade.

Apresentamos o caso clínico de um doente do sexo masculino, 68 anos, independente nas atividades de vida diárias, com antecedentes de EA (ASDAS 1.7 - moderada atividade).

Durante o seguimento em Consulta de Doenças Autoimunes, por queixas esporádicas de palpitações, realizou Holter-24h que, apesar de assintomático, revelou ritmo sinusal de base com um período noturno de ritmo juncional e extrassístoles ventriculares (ESV) frequentes, 3% do total de QRS, polimórficas, isoladas, em pares e tripletos.

Consequentemente, foi orientado para Consulta de Cardiologia, realizou avaliação morfofuncional por ecocardiograma e ressonância magnética, ambos sem alterações relevantes, e foi excluída doença coronária significativa por angioTC coronária. Para avaliação de disritmia no exercício realizou prova de esforço (PE) em tapete rolante (protocolo Bruce), submáxima e assintomática (10'16"), que apresentou ritmo juncional em repouso e nos primeiros estadios do esforço, evoluindo com períodos de ritmo sinusal no pico do esforço e dissociação isorritmica na recuperação, a que se associou registo de ESV frequentes no esforço que diminuíram na recuperação.

Face à evidência de doença binodal (ritmo juncional em repouso e desenvolvimento de dissociação auriculoventricular na PE) em idade "precoce" e presumidamente atribuível a envolvimento cardíaco pela EA, embora sem associação a síncope, optou-se por implantar pacemaker definitivo após discussão multidisciplinar. Na reavaliação após implantação, o doente refere melhoria substancial da qualidade de vida e tolerância ao esforço.

De acordo com a literatura, a etiologia dos distúrbios de condução cardíaca em doentes com EA prende-se com a inflamação do tecido miocárdico, que pode envolver também o sistema de condução, com desenvolvimento de doença do nóculo sinusal e/ou auriculoventricular, como neste caso. Assim, perante um doente com patologia autoimune, devemos ter um elevado índice de suspeição quanto à possibilidade de envolvimento cardíaco, visto que o diagnóstico e tratamento atempados têm impacto na qualidade de vida e na sobrevivência.

PO-0363 - (4884) - POLICONDRITE RECIDIVANTE, UM CASO CLÍNICO

Sara Vasconcelos¹; Rafael Marques¹; Cátia Henriques¹; Catarina Branco¹; Sara Montezinho¹; Joana Rodrigues¹; Filipa Martins Duarte¹; Mariana Formigo¹

1 - ULS Entre Douro e Vouga

Introdução Policondrite recidivante é uma doença inflamatória sistémica rara que afeta primariamente estruturas cartilaginosas, nomeadamente das orelhas, nariz e árvore traqueobrônquica, assim como articulações, ouvido interno, olhos e sistema cardiovascular. A sua etiologia não está totalmente esclarecida, mas é considerada uma doença autoimune complexa que afeta estruturas ricas em proteoglicanos e cartilagem.

Descrição do caso Mulher de 45 anos, antecedentes de asma e rinosinusite crónica com polipose nasal, medicada com dupilumab, montelucaste e terapêutica inalatória tripla. Recorreu ao SU por dor nos quadrantes abdominais superiores com irradiação em barra, odinofagia e disfagia de novo, artrite dos 3º e 4º dedos da mão esquerda, cefaleia holocraniana e visão turva com 2 semanas de evolução. Com múltiplas vindas prévias ao SU por queixas semelhantes. À admissão com febre, hiperemia ocular bilateral, edema do nariz, dor e defesa à palpação do epigastro e hipocôndrios e sinais inflamatórios nas articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais dos 3º e 4º dedos da mão esquerda. Avaliada por Oftalmologia confirmando diagnóstico de uveíte anterior bilateral. Do estudo complementar realizado no SU a destacar aumento dos parâmetros inflamatórios, sem elevação de velocidade de sedimentação, e tomografia a evidenciar coleção fluida com configuração da própria cartilagem, de características inflamatórias, a envolver a glândula tiroideia, cartilagem costal dos últimos arcos, espessamento da traqueia e da parede de estruturas brônquicas, sugestivo de policondrite recidivante. Internada no Serviço de Medicina Interna. Estudo complementar: serologias de vírus hepatite B e C, VIH e Treponema pallidum negativas; imune para Herpes vírus, Citomegalovírus, vírus Epstein-Barr e Toxoplasma gondii; TASO negativo; IGRA e estudo autoimune negativos. Inicialmente sob naproxeno 1000mg/dia sem melhoria, alterando-se estratégia para corticoterapia sistémica (1mg/kg/dia), com melhoria clínica e analítica. Tem alta orientada para consulta de Doenças Autoimunes, reavaliação passadas 2 semanas com introdução de metotrexato e desmame de corticoide.

Conclusão: A policondrite recidivante é uma doença complexa ainda a carecer de mais estudos para melhor compreensão da sua etiopatogénese de modo a possibilitar um diagnóstico precoce e desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas. Uma abordagem multidisciplinar é essencial para garantir o seu adequado seguimento.

PO-0364 - (5050) - CEFALeia MIGRANOSA ENQUANTO APRESENTAÇÃO INAUGURAL DE DOENÇA DE GRAVES: UM CASO CLÍNICO.

Nuno Carvalho¹; Ana Santos¹; Carolina Macedo¹; Flávia Santos¹; David Paiva¹; Laura Castro¹; Jorge Cotter¹

1 - Hospital da Senhora da Oliveira - ULS Alto Ave

A doença de Graves (DG) é uma patologia autoimune que se caracteriza por hipertiroidismo, bócio, orbitopatia e por vezes mixedema. A sua característica mais comum é a apresentação na forma de hipertiroidismo causado por uma hiperestimulação do receptor da hormona estimuladora da tiróide (TSH) provocada por auto-anticorpos dirigidos para tal receptor (TRAb). A deteção sérica de níveis elevados de TRAb e presença de orbitopatia são distintivos da DG face a outras causas de hipertiroidismo. Apesar das manifestações cardiovasculares, gastrointestinais, constitucionais e cutâneas clássicas do hipertiroidismo serem frequentes aquando do diagnóstico inaugural de DG, as manifestações neurológicas, nomeadamente sob a forma de cefaleias de características migranosas, são infrequentes.

Apresentamos o caso de uma doente do género feminino, de 42 anos de idade, sem antecedentes pessoais relevantes ou medicação habitual, que foi admitida no serviço de urgência (SU) por queixas de cefaleias hemicraneanas esquerdas, de surgimento súbito durante o sono, com aproximadamente 2 semanas de evolução, com fono e fotofobia associadas, sem aura claramente definida, e com parca cedência a analgesia com paracetamol e anti-inflamatórios não esteróides. Não tinha sido objetivada febre no domicílio, mas apresentava-se febril (temperatura auricular 38°C) aquando da observação, sem outras alterações ao exame físico (incluindo exame neurológico). Analiticamente não apresenta alterações de relevo numa primeira abordagem laboratorial. Ainda no SU realizou estudo etiológico com angioTC crânio-encefálico e venoTC que excluíram patologia vascular aguda. Realizou punção lombar que não revelou alterações. Ficou internada no serviço de Medicina Interna para controlo algico (doente com necessidade de analgesia endovenosa) e estudo complementar.

No decorrer do internamento e após exploração anamnésica detalhada, para além das cefaleias referidas à admissão, a doente referia ainda palpitações, alopecia, perda ponderal de 5% em 2 semanas e episódios de rash cutâneo. Não evidenciava proptose orbitária. Analiticamente evidenciava uma TSH suprimida de 0.014 UI/mL, com uma T4 livre de 3.85 g/dL e uma T3 livre de 10.37 pg/mL. O doseamento de TRAb foi de 12.6U/L. A ecografia da tiróide não evidenciou alterações morfológicas.

Este caso clínico demonstra a necessidade de se considerar o diagnóstico de DG aquando da abordagem do doente com queixas de cefaleias de etiologia indeterminada.

PO-0365 - (4563) - UM CASO DE ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE QUENTE

Patrícia Cláudio Ferreira¹; Ana Luís Vasconcelos¹; Luís Neves Da Silva¹;
Maria João Vilela¹; Rita Ribeiro¹; Ana Rita Matos¹; Inês Gonçalves¹;
Margarida Monteiro¹; Rosário Araújo¹

1 - ULS Braga

Introdução

A anemia hemolítica autoimune (AHA) está reportada até 10% dos casos de doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES). Alguns casos, associam-se também a trombocitopenia autoimune (Síndrome de Evans). O presente caso clínico retrata um caso de AHA quente com falência ao tratamento de primeira linha¹.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 49 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade e patologia depressiva. Internamento em 2016 por anemia hemolítica, hemoglobina 3.3 g/dl à admissão. Do estudo etiológico com critérios de LES, apresentação com AHA grave. Sem corticoterapia desde 2017 e sem evidência de recidiva da doença sistémica.

Em Março de 2023 com queixas de disúria e polaquiúria pelo que inicia antibioterapia com cefixima. Quatro dias depois por queixas de astenia e mal-estar generalizado recorreu ao SU onde foi diagnosticada com anemia 8.3 g/dl hemolítica de novo. Do estudo realizado, com teste de Coombs positivo (IgG grau 11, prévio, e de novo com C3d grau 9), com consumo de C3 e C4, anti-DS-DNA negativo, velocidade de sedimentação 99 mm/h, crioglobulinas negativas, eletroforese de proteínas sem picos monoclonais e doseamentos de imunoglobulinas normais. Durante internamento, e apesar de 4 dias de corticoterapia, com descida progressiva dos valores de hemoglobina, nadir de 6.6 g/dl e trombocitopenia de novo, nadir 85 000. Cumpriu 3 dias de pulsos de metilprednisolona 500mg/dia seguido de prednisolona na dose 1mg/Kg, 5 dias de imunoglobulina intravenosa e 2 tomas de Rituximab 1 grama com recuperação progressiva das alterações do hemograma. Atualmente encontra-se em desmame de corticoterapia.

Discussão

A AHA é um grupo heterogéneo de doenças, pelo que o tratamento deve ser adaptado às características fisiopatológicas individuais de cada uma. O diagnóstico exato do tipo de perturbação e de possíveis doenças subjacentes ou associadas é crucial. Os glucocorticoides constituem o tratamento de primeira linha para a AHA quente. Recentes estudos consideram a adição de Rituximab como terapêutica inicial em casos de doença grave (Hb < 8 g/dl) ou com apresentações atípicas (mista, síndrome de Evans...)².

PO-0366 - (4789) - DOENÇA DE STILL DO ADULTO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

João Peixoto¹; Diogo Leal¹; Bernardo Belchior¹; Joana Paixão¹; Dilva Silva¹; Pedro Ribeiro¹

1 - CHUC

A Doença de Still do Adulto (DS) é uma doença inflamatória sistémica que se caracteriza por um quadro de febre diária, artralgias/artrite e um exantema evanescente, associado aos picos febris. Apesar de rara, deve ser incluída no diagnóstico diferencial de síndrome febril de origem indeterminada.

Homem de 62 anos, sem antecedentes de relevo, internado no Serviço de Medicina Interna para estudo de quadro, com 2 semanas de evolução, de febre diária, refratária a antipiréticos, superior a 39°C, associada a odinofagia, artralgias de ritmo inflamatório (joelhos, punhos e ombros) e rash maculopapular, não pruriginoso (tronco e membros). No estudo analítico e imagiológico destaca-se: leucocitose com neutrofilia, PCR 17.51 mg/dL, VS 72 mm/h, TGO 56 U/L, Ferritina 33511 ng/mL, e em TC de corpo, hepatoesplenomegalia e adenopatias axilares, hilares, mediastínicas e inguinais. Perante o quadro e após exclusão de outros diagnósticos, foi colocada a hipótese de DS, cumprindo o doente os 8 critérios de Yamaguchi (major e minor). Assumindo-se, inicialmente, doença moderada, foi iniciada terapêutica com AINEs. Por ausência de melhoria, iniciou Prednisolona (0.5 mg/kg/dia), considerando-se ainda necessário o despiste de um potencial Síndrome de Ativação Macrofágica (SAM), atendendo ao perfil crescente da ferritina (97904 ng/mL) e D-dímeros elevados, pelo que foram realizados medulograma e biópsia de gânglio inguinal que não evidenciaram hemofagocitose ou macrófagos ativados. Após início da corticoterapia, o doente apresentou franca melhoria clínica, acabando por ter alta. Em consulta de Medicina Interna, 1 mês após a alta, iniciou redução de corticoide, verificando-se recorrência do quadro sob dose de 10 mg/dia. Por este motivo, e mantendo-se risco incipiente de SAM (por manter valores elevados de ferritina e D-dímeros, bem como da PCR e da TGO, embora VS em redução), foi iniciada terapêutica com Anakinra, com excelente resposta clínica e analítica.

Tendo em conta a apresentação heterogénea da DS, o diagnóstico diferencial torna-se desafiante com necessidade de excluir doenças infecciosas, neoplásicas e auto-imunes. Adicionalmente, é fundamental perceber a apresentação clínica e evolução da doença para deteção e tratamento atempado e adequado de um possível SAM, uma das principais complicações da DS, que pode ser fatal.

PO-0367 - (3944) - FEBRE REUMÁTICA AGUDA NO ADULTO: CASO CLÍNICO

João Peixoto¹; Ana Rita Ramalho¹; Patrícia Mendes¹; Jandira Lima¹; Lèlita Santos¹

1 - CHUC

A Febre Reumática Aguda (FRA) é uma doença inflamatória sistémica que surge como complicação tardia (3 a 4 semanas) de uma amigdalite/faringite por *Streptococcus* do grupo A (SGA), particularmente por *S. pyogenes*. É atualmente uma doença rara em Portugal, mas ainda existente, podendo constituir um desafio diagnóstico e terapêutico.

Homem de 54 anos, sem antecedentes de relevo, internado no Serviço de Medicina Interna por celulite exuberante do membro superior esquerdo, com 4 dias de evolução, sob Ceftriaxone e Clindamicina. Durante os primeiros dias de internamento, manteve-se febril, com parca melhoria da celulite, constatando-se ainda a presença de artrite da 1^a metatarso-falângica e da tibiotársica esquerdas. Analiticamente manteve elevação franca dos parâmetros inflamatórios (VS 75mm/h; procalcitonina 61.8ng/mL), com isolamento adicional em hemoculturas de *S. pyogenes*. Perante ausência de melhoria, num doente que descreveu quadro de faringite aguda não tratada, 3 semanas antes do internamento, foi considerada a hipótese de FRA, associada a bacteriémia por *S. pyogenes* e consequente celulite do membro superior esquerdo. A presença de um elevado título de anticorpos anti-estreptolisina O (2670 UI/mL) apoiou o diagnóstico, tendo-se iniciado Naproxeno e realizado ecocardiograma transtorácico, que excluiu a presença de cardite. Simultaneamente, atendendo à má evolução da celulite, foi escalada antibioterapia para Vancomicina e realizada ecografia de partes moles que excluiu complicações. Após 14 dias de terapêutica, verificou-se melhoria do quadro infeccioso, mas persistência da febre, evidência de artrite migratória para a tibiotársica direita e novo aumento da VS. Assumindo-se ausência de controlo do quadro inflamatório, optou-se pelo início de Prednisolona, com boa resposta clínica e analítica, acabando por ter alta sob corticoterapia e profilaxia mensal com Penicilina G.

O diagnóstico de FRA implica a presença de determinados critérios (de Jones), num doente com evidência de infeção recente por SGA. Neste caso, existe história clínica sugestiva e evidência de doença estreptocócica invasiva, com 2 critérios de Jones minor (febre e aumento PCR/VS) e 1 major (poliartrite). O tratamento engloba a erradicação da infeção, através de antibioterapia (habitualmente com penicilina), e o alívio sintomático, através de anti-inflamatórios (habitualmente com rápida resposta aos AINEs). Neste caso, tal não se verificou, havendo necessidade de recorrer à corticoterapia.

PO-0368 - (5029) - TROMBOANGEÍTE OBLITERANTE: DE BRAÇO DADO COM O TABAGISMO

Inês Amarante¹; Catarina Faustino²; Teresa Boncoraglio²

1 - Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; 2 - Unidade Local de Saúde de São João

INTRODUÇÃO: A tromboangeíte obliterante (TAO) é uma doença vascular inflamatória oclusiva não-aterosclerótica segmentar, caracterizada obstrução de vasos de pequeno-médio calibre por trombos hiper celulares inflamatórios. A sua fisiopatologia não está totalmente esclarecida, sabe-se apenas que o seu surgimento e progressão tem uma forte associação com o tabagismo.

CASO CLÍNICO: Sexo feminino, 34 anos, fumadora de 16 unidades maço-ano, sem história de diabetes mellitus, outros hábitos toxicológicos, eventos trombóticos ou abortos espontâneos. Encaminhada ao Serviço de Urgência por úlcera do quinto dedo do pé esquerdo com 5 semanas de evolução - quadro iniciado por dor, hiperalgesia e cianose digital, sem traumatismo associado. À observação: úlcera dolorosa digital com exsudato purulento, pulso distais dos membros inferiores não palpáveis bilateralmente. Ecodoppler (ED) dos membros evidenciou conteúdo hipoecogénico no lúmen da artéria tibial (AT) anterior esquerda e extremidade proximal da artéria pediosa esquerda com trombose não aguda destes segmentos; sem fluxo na AT posterior esquerda, AT posterior direita e artéria peroneal direita. Radiograficamente, sem sinais de osteomielite. Foi observada pela Cirurgia Vasculares: aconselhada à evicção tabágica; medicada com antibioterapia, antiagregante, hipocoagulante e estatina. Verificou-se cicatrização da úlcera após cessação tabágica, tendo-se assumido diagnóstico de TAO após estudo extensivo em consulta: analiticamente sem elevação de parâmetros inflamatórios; estudo autoimune e de trombofilias hereditárias/adquiridas negativo; ecocardiograma sem trombos intracardíacos; ED vasos do pescoço e transcraniano sem alterações; angio-tomografia computadorizada e angio-grafia confirmou oclusão não-aterosclerótica distal das artérias tibiais posteriores bilateralmente. Posterior agravamento clínico coincidente com retoma de hábitos tabágicos, evoluindo com necrose gangrenosa seca de ambos os hálux. Na impossibilidade de revascularização, iniciou terapêutica com Iloprost e cessou tabagismo com melhoria sintomática após.

CONCLUSÃO: O diagnóstico de TAO é clínico, a ser suspeitado em jovens fumadores (< 45 anos) com isquémia das extremidades, e de exclusão, implicando descartar outras causas de patologia vascular obstrutiva ou vasoespástica. Embora os vasodilatadores pareçam ter algum papel no alívio sintomático, a descontinuação tabágica é o único tratamento eficaz com redução do risco de amputação major nestes doentes.

PO-0369 - (4648) - HEART FAILURE IN A YOUNG FEMALE PATIENT. WHAT COULD BE BEHIND IT? A CASE REPORT.

José Oliveira Da Costa¹; Mariana Pereira Silva¹; Francisca Sarmento¹; Sara Sarmento¹; Teresa Fonseca¹; Nayive Gomez¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria - Serviço de Medicina Interna, Área A, Hospital Pulido Valente

Introduction: Systemic sclerosis (SSc) is an immune-mediated rheumatic disease characterized by widespread vasculopathy and progressive skin and internal organ fibrosis. The most common pulmonary manifestations of SSc are pulmonary arterial hypertension (PAH) and interstitial lung disease (ILD), both with high morbidity and mortality.

Clinical case: A 47-year-old woman came to the emergency department with fatigue, progressive dyspnea on exertion, and edema of the lower limbs. Personal history revealed: poorly controlled hypertension, gastroesophageal reflux disease, and asthma. On physical examination, she was hypertensive (163/96 mmHg), requiring oxygen supply at 2L/min, with globally decreased vesicular murmur; and marked edema of the lower limbs up to the knees. Blood gas analysis revealed type 1 respiratory failure; blood tests showed mildly elevated troponin T (26ng/L) and NTproBNP (1487 ng/dL); Chest X-ray showed multiple patchy confluent ground-glass opacities. The patient was admitted for acute heart failure. Echocardiogram revealed severe right cavity dilatation, high probability of pulmonary hypertension (PH). Computed tomography pulmonary angiography (CT-PTA) showed increased caliber of the pulmonary trunk, right cardiomegaly, and diffuse esophageal ectasia. Right heart catheterization demonstrated a mean pulmonary artery pressure (MPAP) of 42 mmHg with a pulmonary capillary wedge pressure (PCWP) of 5 mmHg, supporting a diagnosis of PAH. Pulmonary function study showed mild pulmonary restriction and severely decreased alveolar-capillary diffusion. Serologies for HIV, HBV, HCV, Coxsackie, Echovirus and Schistosoma were negative.

We suspected an autoimmune disease as a cause of pulmonary hypertension. Autoimmunity study revealed Antinuclear antibody (ANA) 1/1280, and Anticentromere antibody (ACA) > 187.7. Capillaroscopy of the nailfold showed an active scleroderma pattern, confirming the diagnosis of systemic sclerosis-associated pulmonary arterial hypertension (SSc-PAH).

Discussion & conclusion: This clinical case demonstrates the challenge of differential diagnosis in patients presenting with signs and symptoms of acute heart failure, and the importance of performing the diagnostic work-up when PH is suspected to classify the disease. The prevalence of pulmonary arterial hypertension (PAH) in patients with systemic sclerosis (SSc) is unknown, but it's estimated to range from 10-15%, being more prevalent in long-standing limited cutaneous SSc.

PO-0370 - (4623) - DOENÇA DE STILL DO ADULTO – UMA CAUSA RARA DE FEBRE

Ana Margarida Coutinho¹; Teresa Alfaiate¹; Sónia Moreira¹; Adélia Simão¹; Lèlita Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: A Doença de Still do Adulto (DSA) é uma doença autoinflamatória sistémica que surge habitualmente no adulto jovem e que se caracteriza por febre, poliartralgias/poliartrite e exantema maculopapular evanescente não pruriginoso. A etiologia da doença não é completamente conhecida. Considera-se que estão envolvidos fatores genéticos e têm sido propostos como “trigger” infeções bacterianas e virais. É uma patologia rara com uma incidência anual na Europa estimada de apenas 0,1 a 0,4 casos por 100.000 habitantes. Os critérios de diagnóstico mais usados são os de Yamagushi, pela sua maior sensibilidade.

Caso Clínico: Mulher, 29 anos, internada com um quadro de febre com 3 semanas de evolução (39°C), poliartralgias de agravamento noturno e exantema maculopapular após episódio de diarreia. Da avaliação analítica inicial destacam-se os valores de velocidade de sedimentação - 78mm/h, ferritina - 37959ng/mL; Leucócitos - $11.68 \times 10^9/L$; LDH - 587UI/L. Os testes serológicos de autoimunidade foram negativos, nomeadamente o anticorpo anti-nuclear e o fator reumatoide. As serologias, hemoculturas, coproculturas e urocultura não identificaram agentes infecciosos. A doente efetuou tomografia abdomino-pélvica sem achados de relevo. Excluída causa infecciosa, iniciou tratamento com 30mg de prednisolona, com resolução progressiva das queixas, tendo ficado com acompanhamento na consulta de Medicina Interna. Como investigação adicional realizou posteriormente ecocardiograma transtorácico e tomografia por emissão de positrões, que não mostraram achados patológicos. Após redução e suspensão da corticoterapia, a doente desenvolveu um quadro semelhante ao previamente descrito, com queixas de odinofagia. Considerou-se como diagnóstico mais provável a DSA.

Discussão e Conclusão: A DSA é um diagnóstico de exclusão, que apenas pode ser aceite após se verificar a ausência de doenças infecciosas, neoplásicas e autoimunes, excluídas no caso. Aplicando os Critérios de Yamaguchi ao presente caso clínico, constata-se que estão presentes 4 critérios major e 3 critérios minor. De destacar também o valor muito elevado da ferritina que embora não esteja incluído nos critérios, está presente numa percentagem elevada de doentes com DSA. É necessário um elevado índice de suspeição para considerar este diagnóstico, dado a sua raridade, sobretudo em jovens com febre de origem indeterminada e tendo em conta que não existe nenhum marcador biológico ou alteração histopatológica típica.

PO-0371 - (4749) - PORQUE PALPITA MEU CORAÇÃO? UM CASO CLINICO DE MASSA MEDIASTÍNICA

Luís Sousa Azevedo¹; Filipa Pacharo Nogueira¹; Inês Leão¹; Carolina Marcos Queijo¹; António Sousa Azevedo¹; Inês Peneda Ferreira¹; Margarida Mesquita Montes¹; Daniela Augusto¹; Daniela Viana¹; Joana Rua¹; Rita Silva¹; Romeu Pires¹; Joana Calvão¹; Mónica Dinis Mesquita¹; Fernando Salvador¹

1 - Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução

As massas mediastínicas representam um desafio diagnóstico pela vasta gama de patologias associadas e podem manifestar-se de inúmeras formas, com sintomas locais devido à compressão ou sintomas sistémicos associados à etiologia.

Caso clínico

Homem de 26 anos sem antecedentes de relevo recorre ao serviço de urgência (SU) por palpitações e desconforto torácico retrosternal recorrentes e agravados pela inspiração profunda, particularmente sustentado no próprio dia, com anorexia e astenia desde há 18 meses. Objetivamente, adenopatia supraclavicular à direita e inguinais bilaterais. Eletrocardiograma sem alterações. Analiticamente, elevação da PCR e dos D-dímeros. No raio-x do tórax, hipotransparência volumosa visível em perfil no mediastino anterior. Angiotomografia com massa volumosa sem plano de clivagem aparente com o tronco braquiocefálico, aurícula direita e aorta ascendente, aparente envolvimento do lobo superior e médio do pulmão direito e adenopatias mediastínicas. Ecocardiograma sem infiltração aparente das câmaras cardíacas. Inicialmente, abordagem cirúrgica para biópsia excisional de adenopatia supraclavicular considerada complexa, tendo sido realizada biópsia transtorácica guiada por tomografia computadorizada, inconclusiva por extensa área de necrose. Na tomografia de emissão de positrões (PET) com captação intensa de F18-FDG na massa mediastínica, em adenopatias supradiaphragmáticas (mais intenso a nível supraclavicular direito) e na asa do osso ílaco direito, permitindo dirigir biópsia óssea nesta localização, documentado alterações compatíveis com linfoma de Hodgkin variante esclerose nodular com envolvimento medular. Iniciou quimioterapia com doxorubicina, vimblastina, dacarbazina e bleomicina de acordo com protocolo ABVD, com PET de controlo a documentar resposta metabólica completa.

Conclusão

O linfoma de Hodgkin é uma das principais causas de massas mediastínicas anteriores, principalmente em doentes jovens como o do caso. A presença de desconforto torácico e palpitações, a sugerir efeito de massa pela lesão, associada a sintomas sistémicos devem fazer pensar neste diagnóstico. Nestes doentes que apresentam massas volumosas, exames de imagem como o ecocardiograma ou a ressonância magnética são úteis na exclusão de envolvimento cardíaco e permitem uma melhor orientação terapêutica.

PO-0372 - (4741) - UMA COMPLICAÇÃO EMERGENTE DE CAUSA POUCO FREQUENTE

Mariana Baptista¹; Ana Sofia Silva¹; Mário Guilherme Jesus¹; Marta Nunes¹; Cristina Ferreira¹

1 - ULSGE

Introdução: O ibrutinib veio revolucionar o tratamento da leucemia linfocítica crónica B (LLC-B). Inibe de forma irreversível a cínase tirosina Bruton, fundamental para a sobrevivência de células B.

Caso Clínico: Sexo feminino, 66 anos, 4 pontos no Frailty Score. Antecedentes pessoais de perturbação depressiva e osteoporose. LLC-B, com citogenética de mau prognóstico, diagnosticada em 2021, sob tratamento com ibrutinib desde junho de 2022. Em maio de 2023 recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia para pequenos esforços com 5 dias de evolução e mal-estar. À admissão, apirética, pressão arterial de 128/65mmHg, em ritmo sinusal, normocárdica, polipneica (28cpm), sem insuficiência respiratória, extremidades mal perfundidas, turgescência venosa jugular presente, sons cardíacos diminuídos, murmúrio vesicular diminuído no terço médio à esquerda. Hiperlactacidemia de 3,4mmol/L sem acidemia. Na radiografia torácica aumento da silhueta cardíaca e derrame pleural bilateral de médio volume. Proteína C-reativa de 28mg/dL. Episódio de fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida (185cpm) com instabilidade hemodinâmica e hiperlactacidemia de 6,4mmol/L, auto-limitada. Realizada ecoscopia objectivando-se derrame pericárdico de grande volume com sinais de tamponamento cardíaco. Realizada pericardiocentese guiada por TC com drenagem de 650mL de líquido sero-hemático, não purulento. Colocado dreno pericárdico e iniciada colchicina 0,5mg bidiário que manteve 6 meses. Decidida a suspensão do ibrutinib pela possibilidade de efeito adverso deste fármaco. Boa evolução clínica, com resolução do derrame pericárdico e pleural e normalização dos parâmetros inflamatórios.

Conclusão: Nos países desenvolvidos, a causa mais comum de derrame pericárdico é a pericardite vírica. A abordagem terapêutica está dependente da sua etiologia e gravidade. Neste caso pela instabilidade hemodinâmica houve necessidade de pericardiocentese e iniciada colchicina pelo risco de pericardite associado. Face à gravidade clínica do quadro e à impossibilidade de exclusão de iatrogenia ao ibrutinib o fármaco foi suspenso. A boa evolução clínica e a não recidiva do derrame favorecem esta hipótese diagnóstica. Este caso clínico revela-se uma mais-valia para a discussão da abordagem diagnóstica e terapêutica do derrame pericárdico e destaca ainda a pertinência de exclusão de iatrogenia medicamentosa, em situações clínicas potencialmente fatais, pelo elevado potencial de reversibilidade.

PO-0373 - (2742) - DOENÇA DE STILL DO ADULTO

Gil Magalhães¹; Filipa Santos¹; Tiago Rosa¹; Fernanda Linhares¹; Beatriz Exposito¹; Marta Lisboa¹; Fernando Salvador¹

1 - Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Chaves

Introdução: A doença de Still do Adulto é uma doença inflamatória autoimune rara de causa desconhecida com uma incidência de 0.16/100.000 adultos. A idade de início dos sintomas é geralmente entre os 16 e os 35 anos. Cursa com períodos de exacerbação cíclicos de febre associada a rash e artralguas. O diagnóstico, por ser de exclusão, necessita de investigação laboriosa e elevado grau de suspeição em casos de febre de origem indeterminada. Tem elevada mortalidade, pelo que o diagnóstico célere e tratamento são fundamentais.

Caso Clínico: Mulher de 57 anos, seguida nas consultas de Hematologia e Medicina interna por artralguas, sem artrite, associadas a trombocitose, leucocitose e elevação de PCR e VS, porém sem sintomas B. É internada no serviço de Medicina Interna por agravamento da referida sintomatologia, febre, tosse irritativa e rash cutâneo. Perante Rx torax normal com hemoculturas e urocultura negativas, realizou-se tomografia computadorizada abdomino-pélvica que não evidenciou alterações de relevo. Os marcadores víricos e o estudo imunológico foram negativos. JACK2 e CARL negativos, excluindo síndromes mieloproliferativas. O mielograma e biópsia da medula óssea sem alterações relevantes. Mieloculturas negativas. Foram excluídas zoonoses. O ecocardiograma transtorácico sem imagens sugestivas de vegetações, confirmada por ecografia transesofágica. A broncofibroscopia e o estudo microbiológico e micobacteriológico do lavado broncoalveolar foram negativos. Excluiu-se tuberculose ativa e latente. Biópsia da artéria temporal foi negativa para artrite de células gigantes. Realizou-se tomografia por emissão de positrões sem focos de captação. Tendo em conta a ausência de doença neoplásica ou infecciosa com estudo imunológico normal e baseando-nos na classificação de Yamaguchi, cumprindo 4 critérios major e 3 minor, diagnosticou-se Doença de Still do Adulto. Ainda no internamento, iniciou corticoterapia e metotrexato com melhoria relativa, tendo iniciado posteriormente Tocilizumab 8mg/kg mensal. Presentemente assintomática.

Discussão & Conclusão: O diagnóstico da doença de Still é complexo por ser de exclusão, sendo muitas vezes realizado durante o período de exacerbação. Apesar de se tratar de uma doença inflamatória autoimune sistémica, apresenta negatividade dos marcadores de autoimunidade. A doença de Still do Adulto deve ser sempre um diagnóstico diferencial a ter em conta nos casos de febre de origem indeterminada.

PO-0374 - (2478) - A LESÃO RENAL INTRÍNSECA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA - UMA VASCULITE-ANCA POSITIVA

Rui Coelho¹; Beatriz Gil Braga¹; Marli Ferreira²; Ana Campar¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António; 2 - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

A lesão renal aguda (LRA) é um diagnóstico frequente no contexto de urgência sendo o seu estudo limitado neste âmbito. A LRA de etiologia intrínseca é um desafio diagnóstico, podendo ter várias patologias e causas. A glomerulonefrite rapidamente progressiva, uma causa de LRA intrínseca, consiste numa síndrome com alterações a nível do sedimento urinário e perda progressiva da função renal num curto espaço de tempo, cuja etiologia deve ser rapidamente pesquisada. Apesar de pouco comum o seu rápido reconhecimento e estudo comporta importância prognóstica. Apresentamos o caso de um homem de 84 anos admitido no serviço de urgência com um quadro compatível com uma glomerulonefrite rapidamente progressiva.

Sexo masculino, 84 anos, autónomo, hipertenso medicado com ARA e Tiazida. Função renal normal em Fevereiro de 2021. Admitido a 30 de Abril de 2021, no SU, por astenia e anorexia com um mês de evolução. Referida tosse não produtiva sem outros sintomas. Negado consumo de AINEs ou nefrotóxicos. Apresentava-se com síndrome confusional hipocinético, desidratação mucocutânea, apirético, sem outros achados ao exame objetivo. Analiticamente com alcalose respiratória, hiponatremia, hipercalemia, LRA KDIGO 3 (sCr 4,3 mg/dL e Ureia 182), anemia microcítica normocrómica, no sedimento urinário leucoeritrocituria e proteinúria 250mg/dL; PCR de 153mg/dL e leucocitose com neutrofilia. Realizou rastreio séptico com raio X tórax com hipotransparências algodinosas no hemitórax direito, proeminentes no lobo superior direito, sem consolidação. Ecografia renovesical sugeria nefropatia. Assumida PAC no LSD, tendo iniciado antibioterapia. Apresentou má evolução clínica, com agravamento do estado de consciência e função renal com evolução para oligoanúria, sob fluidoterapia, e agravamento do SIRS. TC tórax com densificação em vidro despolido com espessamento septal interlobular mais expressivo no LSD e segmento superior do LID, confirmando-se posteriormente por Lavado bronco-alveolar tratar-se de uma hemorragia alveolar. Pela suspeita de vasculite colheu estudo imune, com positividade confirmada para ANCA-PR3.

Apesar do atingimento pulmonar preferencial da vasculite ANCA-PR3, a glomerulonefrite é uma das apresentações desta patologia, cuja gravidade está relacionada com o dano renal à apresentação. O caso apresentado demonstra a importância de uma correta avaliação e reconhecimento da LRA intrínseca e avaliação subsequente das suas causas, nomeadamente os síndromes pulmão-rim.

PO-0375 - (2256) - SÍNDROME SEROTONINÉRGICO: UM CASO RARO DE ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA

José Diogo Martins¹; Nuno Pardal¹; Carlos Rego Gonçalves¹; Catarina Carvoeiro¹; Fernando Correia¹; Rogério Corga Silva¹; Manuel Ferreira¹; Jose Caldeiro¹

1 - ULSAM

INTRODUÇÃO: A síndrome serotoninérgica (SS) é uma entidade clínica potencialmente grave causada por um acúmulo excessivo de serotonina. Os fármacos mais frequentemente implicados são os SSRIs e iMAOs. Os sintomas incluem agitação, confusão, tremores, febre e até convulsões. O reconhecimento precoce e o tratamento adequado são essenciais para prevenir complicações graves.

CASO CLÍNICO: Homem 76 anos. Antecedentes pessoais de cirrose hepática de etiologia alcoólica, síndrome depressivo e doença de parkinson. Vem ao SU por alteração do estado de consciência (AEC) com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo de relevo, normotenso, normocardico, subfebril (37.5°C), tremor generalizado, gemido constante, movimentos oculares (tipo roving eyes), sem défices neurológicos focais, com hiperreflexia. Análises que demonstram de relevo uma lesão renal pré-renal AKIN 1, hipernatremia hipovolemica ligeira, rabdomiolise. TC CE sem alterações de relevo. Punção lombar sem criterios de infeção ou outras alterações. Foi admitido em unidade de intermédios, pela alteração do estado de consciencia. EEG não demonstrou atividade sugestiva de etiologia epilética. Por deterioração clínica progressiva, com hipertermia e agravamento do estado neurológico, foi admitido em cuidados intensivos para sedação e analgesia. Após exclusão de encefalopatia hepática, encefalite infecciosa ou autoimune, foi assumida a hipótese de SS como hipótese de diagnóstico mais comum. Iniciada terapêutica de suporte, levodopa-carbidopa e baclofeno, tendo sido observada melhoria clínica e analítica progressiva. Foi possível transferência para a enfermaria e posterior encaminhamento para unidade de reabilitação. Nas consultas de seguimento, verificado que o doente recuperou totalmente autonomia, sem sequelas.

Discussão: O caso ressalta desafios no diagnóstico da SS, especialmente em idosos com múltiplas comorbidades. Esta acaba por ser uma emergência médica, cuja abordagem diagnóstica passa por excluir outras etiologias alternativas de AEC. O tratamento precoce é fundamental e envolve medidas de suporte, como controle da temperatura e sedação.

Conclusão: A individualização do tratamento, considerando as comorbidades e a terapia farmacológica em curso, é essencial para otimizar os resultados clínicos e minimizar os riscos associados, nomeadamente para a prevenção da SS. O sucesso no tratamento depende da prontidão no reconhecimento dos sintomas e na implementação de intervenções terapêuticas adequadas.

PO-0376 - (4042) - EPILEPSIA OU ALGO MAIS?Diana Lopes¹; André Santa Cruz¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: A epilepsia caracteriza-se por episódios paroxísticos de descargas neuronais anormais, com apresentação variada, associada a elevada morbilidade. A duração, frequência e gravidade das crises têm impacto físico, psico-social e ocupacional significativos, com necessidade de avaliação frequente, valorização e otimização terapêutica.

Caso Clínico: Mulher de 32 anos, com antecedentes de epilepsia diagnosticada aos 18 anos secundária a heterotopias subependimárias periventriculares bilaterais, foi enviada à consulta de medicina interna para estudo etiológico de 2 episódios de trombose venosa no membro inferior direito, com 3 meses de intervalo. Na consulta, referiu epilepsia mal controlada, com necessidade de ajuste terapêutico frequente pelo neurologista assistente. Mencionava que, desde a segunda gestação, há 1 ano, tinha crises diárias, de apresentação diferente daquelas que motivaram o diagnóstico. Referia lipotimia, seguida de período de apatia. Durante a anamnese, a doente teve lipotimia, inclinando-se ao máximo na cadeira. Tratou-se de um episódio autolimitado, com alguns segundos de duração, sem descontrolo de esfíncteres, movimentos involuntários ou pós ictal, o que levou à suspeita de outra etiologia para o quadro clínico apresentado. Ao exame físico apresentava sopro sistólico audível em todos os focos. Realizou ecocardiograma transtorácico que mostrou um aneurisma do seio de valsava não coronário, associado a insuficiência aórtica moderada, sem compromisso da função. O tilt test foi positivo, funcionando como trigger de crise convulsiva durante o exame. O estudo analítico revelou défice de proteína C, sem outras alterações. Foi avaliada por Cardiologia que sugeriu possível contributo da insuficiência aórtica no despoletar das queixas, propondo cirurgia de substituição da aorta ascendente por prótese, com reimplantação das artérias coronárias, que a doente aceitou. A cirurgia decorreu sem intercorrências, resultando em muito significativa redução do número de episódios descritos. Mantém seguimento em consulta externa, sem hipocoagulação devido ao elevado risco hemorrágico (decisão multi-disciplinar).

Discussão: Este caso mostra a importância da boa caracterização das manifestações de doença atuais e prévias, da integração dos dados disponíveis, da suspeita diagnóstica e persecução de estudo dirigido. É também um exemplo da necessidade de articulação com outras especialidades na gestão de alguns casos mais complexos.

PO-0377 - (2849) - NEUROPATIA PERIFÉRICA – O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pedro Pires Mesquita¹; Marta Braga Martins¹; Filipe Vilela¹; Rita Gonçalves Pinto¹; Gonçalo Torrinha¹; Juliana Andrade¹; Vânia Gomes¹; Marina Alves¹; Céu Rodrigues¹; Paulo Gouveia¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: A neuropatia periférica é caracterizada por fraqueza motora, perda sensorial e/ou sintomas sensoriais positivos, como parestesia, dor ou sensação de queimadura.

Caso Clínico: Homem, 66 anos, autónomo, é trazido ao serviço de urgência por queixas de diminuição da força muscular nos membros, dor tipo choque elétrico e parestesias. Com perda ponderal de cerca de 10kg nos últimos 2 meses, após início de dulaglutide (doente com diabetes mellitus (DM) tipo 2 não insulinotratado com mau controlo glicémico - HgA1c 9.4%). Suspendeu, por iniciativa própria, após 3 semanas, por quadro de vômitos persistentes e dor abdominal severa. Perda severa de autonomia devido ao quadro descrito, passando a deslocar-se de cadeira de rodas, empurrada por terceiros. Ficou internado para estudo. Analiticamente, anemia hipoproliferativa de doenças crónicas com ferropenia (ferritina 257 e IST 6%), ácido fólico e vitB12 normais. Sem rabdomiólise. Serologias infecciosas, estudo autoimune (incluindo miopatias), HbA1c 6.9% (queda de 2% em 2 meses), perfil lipídico sobretratado (C-LDL 19 mg/dl). Estudo vascular sem doença arterial periférica e ressonância magnética (RM) da coluna lombar com hérnias discais em L4-L5 e L5-S1, mas sem radiculopatia. Punção lombar sem alterações bioquímicas e/ou celulares e microbiologia negativa. A eletromiografia documentou neuropatia axonal sensitivomotora de predomínio sensitivo, sem alteração da velocidade de condução nervosa nem doença desmielinizante do nervo periférico. RM cerebral e medular sem alterações parenquimatosas, com atrofia da musculatura paravertebral. RM das coxas com atrofia dos músculos nadegueiros e dos membros inferiores, sem lesões neoforativas, ou outras alterações relevantes.

Discussão e Conclusão: Tendo em conta estes resultados, em avaliação multidisciplinar com Neurologia e Medicina Física e de Reabilitação, considerou-se a causa da neuropatia multifatorial: carencial (pelo quadro de vômitos e emagrecimento), diabética e autonómica. Reviu-se a literatura sobre o Dulaglutide e não se encontrou relação causal descrita até à data. Iniciou pregabalina em doses crescentes e fisioterapia, com melhoria progressiva do quadro. Ajustou-se terapêutica para a DM e cessou estatina. À data de alta, com melhoria franca do quadro neurológico, a mobilizar os membros contra-gravidade e a tolerar ortostatismo. Ao 9º mês de seguimento, assintomático e com autonomia completa.

PO-0378 - (4178) - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: UMA CASUÍSTICA DO INTERNAMENTO

João Vieira Afonso¹; Mafalda Maria Gomes Dos Santos¹; Joana Castro Vieira¹; Mariana Simão Magalhães¹; Rafael Oliveira¹; Ana Filipa Rodrigues¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste – Unidade Caldas da Rainha

O Acidente Vascular Cerebral pode resultar de 2 processos: isquemia ou hemorragia. A isquemia cerebral tem como possíveis etiologias a trombose, o embolismo, a hipoperfusão sistémica e os distúrbios do sangue.

De acordo com Classificação TOAST podemos agrupar os AVC de acordo com a sua etiologia em: aterosclerose de grande vaso, Cardioembolismo, oclusão de pequeno vaso, AVC de outra causa determinada ou AVC de causa indeterminada

Objetivo: Caracterizar e quantificar os AVC num serviço de Medicina Interna, assim como a sua etiologia, território afetado, duração de internamento e destino.

Material e Métodos: Foi realizado um estudo transversal durante um período de 6 meses no internamento de Medicina Interna. Os doentes incluídos tinham de estar internados no Serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de AVC, seja isquémico ou hemorrágico. Foram recolhidos dados demográficos (idade, género), duração de internamento, território afetado, destino dos utentes. Dados recolhidos através do programa “SClinico”. Foram usadas para as variáveis numéricas a média e o desvio padrão e para as variáveis categóricas a frequência relativa-%.

Resultados: Dos 370 internados no período de 6 meses, 15% (55) apresentaram AVC.

A idade média dos doentes afetados foi de 76 anos, sendo que 53% eram do sexo feminino.

A média do nº de dias de internamento foi de 13, sendo que o valor máximo foi de 54 dias e o mínimo de 1.

87% corresponderam a AVC isquémicos, sendo que destes, 10% tiveram transformação hemorrágica.

Em 14% dos doentes foi ativada a Via Verde AVC, sendo submetidos a trombólise/trombectomia.

48% dos AVC isquémicos, segundo a classificação TOAST, apresentaram etiologia desconhecida/criptogénica, 37% cardioembólico, 11% pequeno vaso, 2% aterosclerose de grande vaso e 2% de outra causa.

Segundo o território, em 44% a Artéria Cerebral Média Esquerda foi a afetada, seguido da ACM direita em 20%.

38% dos doentes desenvolveram infeções nosocomiais. A cistite foi a mais frequente (48%) seguida da pneumonia (38%).

24% dos doentes foram referenciados à rede nacional de cuidados continuados para reabilitação motora.

A mortalidade nestes doentes foi de 15%.

Conclusões: 62% dos AVC são isquémicos. As complicações médicas pós AVC são muito comuns e afetam o prognóstico, prolongando a estadia hospitalária e aumentando a mortalidade. A mortalidade aos 30 dias pós AVC varia entre os 16-23%.

PO-0379 - (4194) - ÁGUAS PASSADAS MOVEM MOINHOS

Mónica Jardim¹; Anabela Câmara¹; Cátia Mendonça Araújo¹; Hugo Dória¹;
Andreia Fernandes¹; Teresa Aguiar¹

1 - Hospital Central do Funchal

A ataxia caracteriza-se por descoordenação motora e pode envolver vários movimentos do corpo, incluindo a marcha, fala e deglutição. É frequentemente causada por lesão cerebelosa, cujo tratamento depende da causa subjacente.

Apresenta-se homem de 18 anos, com antecedentes de défice de atenção e hiperatividade, que apresentava história de vinda ao serviço de urgência (SU) por quadro de cefaleia frontal de intensidade progressiva e vômitos incoercíveis concomitantes que reverteu com medicação sintomática. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE) com sinusite esfenoidal, tendo tido alta medicado. Regressou ao SU 6 dias depois por quadro de desequilíbrio na marcha e alteração na articulação da fala com início aquando da alta, tendo inicialmente relacionado com a terapêutica administrada. Referiu pico febril isolado 5 dias antes, sem recorrência da cefaleia e dos vômitos, estando a realizar metamizol magnésico de 12 em 12 horas, metoclopramida de 8 em 8 horas e amoxicilina com ácido clavulânico de 12 em 12 horas. Ao exame neurológico: disartria, duvidosa dismetria na prova dedo-nariz à esquerda, reflexos osteotendinosos vivos, reflexos cutâneo-plantares indiferentes e marcha autónoma com laterodesvios, instável em linha; sem sinais meníngeos. Analiticamente sem alterações de relevo e nova TC-CE com agravamento da sinusite. Avaliado pela Otorrinolaringologia que excluiu sinusite complicada. Ficou internado para estudo, apresentando melhoria clínica diária sem terapêutica dirigida. Realizou ressonância magnética crânio-encefálica ao 5º dia, já assintomático, que revelou alterações compatíveis com cerebelite aguda. Punção lombar com líquido cefalo-raquidiano (LCR) ligeiramente turvo com 56 células, 100% mononucleares, proteínas normais e hipoglicorráquia, tendo iniciado ceftriaxone e aciclovir empiricamente. A pesquisa de vírus e bactérias no LCR e as hemoculturas foram negativas. Fez multiplex de vírus respiratórios que se revelou positivo a SARS-CoV2, com IgG positivo, tendo-se assumido como a etiologia mais provável uma cerebelite pós-infeciosa.

Este caso é relevante pelas diversas etiologias que podem causar o quadro descrito: a iatrogenia medicamentosa pela metoclopramida, infeção de ponto de partida na sinusite e manifestações neurológicas por infeção/pós-infeção por SARS-CoV2, sendo esta última uma complicação rara embora descrita na literatura.

PO-0380 - (4219) - COMPLICAÇÃO RARA DE INFEÇÃO A VIRUS VARICELA ZOSTER

Inês Fiúza Rua¹; Carolina Coelho¹; Angela Ghilechi¹; Ines Matos Ferreira¹; Rita Bernardino¹; Diogo Ramos¹; Sérgio Cabaço¹; Wendy Moniz¹; Amanda Hirschfeld¹

1 - CHULC

O vírus varicela zoster (VZV) é um herpesvírus neurotrópico humano, responsável pela varicela nas crianças. No adulto, a forma de reativação mais comum é a infeção vesicular dolorosa de dermatomo cutâneo. Uma das potenciais complicações é o envolvimento do SNC, com maior risco associado a doentes com algum grau de imunodeficiência.

Homem, 80A, previamente autónomo, com história de HTA, DM2 não insulino-tratado e hipotireoidismo, que recorreu ao SU por quadro de lesões vesiculares não pruriginosas, com ardor associado, com ponto de partida na região

suprapubica e extensão até à região lombar esquerda, compatíveis com infeção por H. Zoster. À data foi medicado com Valaciclovir PO. Retorna 48H depois, por queda da própria altura sem TCE, associada a quadro de prostração, desorientação, desequilíbrio e descoordenação motora. À admissão, febril (TT 39.1°C), desorientado no tempo e no espaço, com GCS 14. Mantinha lesões vesiculares ao nível do dermatomo L1-L2, em diferentes estádios de evolução, algumas pustulosas. Ao exame neurológico, a destacar paraparesia ligeira (G4/5), ROTs (patelar e aquilianos) vivos e patológicos, RCP em extensão à esquerda, dismetria bilateral do membros inferiores e ataxia sensitiva. Sem rigidez da nuca. Avaliação da marcha apenas possível com apoio, com base alargada e steppage/stomping. Dos MCDTs realizados apura-se RM-CE, RMN da coluna dorso-lombar e EMG sem alterações significativas. Durante o internamento, realizada também PL, com 44/uL células mononucleares, proteínas 134mg/dL, Glucose 115mg/dL e com PCR positivo para vírus HZV. Assim iniciou Aciclovir EV que cumpriu durante 14 dias, bem como fisioterapia progredindo favoravelmente.

Pretendemos com este caso alertar para as complicações neurológicas associadas à infeção cutânea a VZV, de forma a permitir o diagnóstico precoce e início atempado de terapêutica dirigida, afim de prevenir a instalação de lesões sequelares irreversíveis.

PO-0381 - (4225) - SÍNDROME DE MILLER-FISHER: NERVO ABDUCENTE EM PERIGO

Glória Gonçalves¹; Margarida Arantes Silva¹; Adriana Basílio¹; Margarida Lopes¹; Isabel Vinhas¹; Mário Esteves¹

1 - Centro Hospitalar Médio Ave

Os défices neurológicos agudos estão maioritariamente relacionados com doença cerebrovascular aguda; contudo, algumas patologias podem mimetizar estas doenças cerebrovasculares. A síndrome de Miller-Fisher constitui uma variante rara da síndrome de Guillain-Barré e é caracterizada pela tríade de oftalmoparesia, ataxia e arreflexia osteotendinosa. Trata-se de uma polineuropatia imunomediada, frequentemente desencadeada por uma infeção precedente. Quando a doença se apresenta de forma aguda, pode mimetizar um AVC isquémico em território vertebrobasilar.

Apresentamos o caso de um homem de 63 anos, com antecedentes de dislipidemia não medicada, doença diverticular e infeção respiratória recente, para o qual cumpriu três dias de azitromicina. Dois dias após término da antibioterapia, recorreu ao serviço de urgência (SU) por visão turva. Na avaliação neurológica no SU, identificada parésia do nervo abducente esquerdo, sem outros défices. A tomografia cerebral não mostrou lesões isquémicas agudas, tendo sido assumida provável etiologia microvascular e iniciada antiagregação simples e estatina, com indicação para estudo vascular. Regressou ao SU dois dias depois por ausência de melhoria e desequilíbrio de novo. Ao exame neurológico, manutenção de parésia do VI par craniano, mas adicionalmente com ataxia da marcha e arreflexia osteotendinosa. A ressonância cerebral não mostrou alterações, tendo-se excluído a etiologia vascular. Prosseguiu-se o estudo com realização de punção lombar, com evidência de dissociação albuminocitológica discreta. A eletromiografia não revelou alterações. Perante o quadro clínico e a sua evolução, assumido diagnóstico de síndrome de Miller-Fisher. Completou 5 dias de tratamento com imunoglobulina endovenosa, com boa resposta ao tratamento.

Apesar de se tratar de uma patologia pouco frequente, alertamos para a importância de valorizar a evolução clínica com progressão dos défices neurológicos, atípica nos casos de etiologia vascular, além da história clínica, em particular a referência a infeção recente. Sublinhamos também a relevância da avaliação dos reflexos osteotendinosos em doentes com oftalmoparesia e ataxia, sendo a arreflexia uma importante pista diagnóstica.

PO-0382 - (4230) - IMPACTO DOS MENINGIOMAS NOS DÉFICES FOCAIS: UM CASO CLÍNICO

Filipa Novo¹; Beatriz Passos¹; Mariana Maia¹; Sara Pinto¹; Joana Rocha¹; Raquel Cruz¹; Florisa Gonzalez¹

1 - Unidade Local de Saude Póvoa Varzim e Vila do Conde

Introdução

Os meningiomas são tumores cerebrais com origem nas células da camada superficial da aracnóide, as arachnoidal cap cells. Estão divididos em 3 grupos: grupo 1 os benignos, grupo 2 atípicos e grupo 3 os anaplásicos de pior prognóstico. Pelo seu crescimento lento são comumente incidentomas. A sua abordagem adapta-se de acordo com localização, grau do tumor e consoante status funcional, idade e patologias neurológicas associadas. A ressecção cirúrgica completa é a única cura definitiva, radioterapia equacionada para atípicos e realizada em anaplásicos. Fatores clássicos para recidiva tumoral incluem coagulação da dura mater em vez de excisão, invasão óssea adjacente ao tumor, consistência tumoral, patologia maligna atípica ou papilar.

Caso clínico:

Senhora de 52 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão, enxaqueca e patologia osteoarticular. Recorre ao serviço de urgência por quadro com uma hora de evolução de disartria súbita. À observação inicial com desvio da comissura labial à esquerda, discurso lentificado e disártrico, défice motor grau 4/5 do membro superior direito. É realizada TAC crânio que revela lesão ocupante de espaço com edema perilesional associado. Iniciou dexametasona e foi admitida em internamento, com estudo serológico (sífilis, VIH 1 e 2) sem elevação de parâmetros inflamatórios e com TAC toracoabdominopélvico a excluir outras lesões. Complementada avaliação de imagem com RM crânio com descrição volumosa lesão frontotemporal com elevada vascularização e espessura máxima de 38.5mm. Orientada para ressecção tumoral por Neurocirurgia. Do ponto de vista dos défices, com resolução dos mesmos após 4 dias de corticoterapia.

Conclusão:

Este caso clínico ilustra a diversidade das causas subjacentes aos défices neurológicos focais, especialmente em situações de urgência hospitalar.

PO-0383 - (2179) - IS THIS THE REAL LIFE? IS THIS JUST FANTASY?

Mónica Ferro Da Silva¹; Ana Santos E Silva¹; Diana Marreiros¹; Cátia Albino¹; Henrique Rita¹

1 - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Introdução: A síndrome de Percheron corresponde a uma apresentação infrequente de acidente vascular cerebral caracterizada pela oclusão da artéria de Percheron (variante anatómica das tálamo-perforantes), que origina isquémia talâmica bilateral e que se pode manifestar de variadas formas, sendo as mais comuns: coma, défices mnésicos e paralisia ocular vertical.

Caso Clínico: Homem de 48 anos, tailandês. Segundo familiares, com história psiquiátrica, embora não esclarecida. Transportado ao serviço de urgência por alteração do estado de consciência. Segundo os co-habitantes apresentaria queixas de cefaleia com cerca de 2 semanas de evolução e diplopia com 2 dias. À admissão, em Glasgow Coma Scale 8 pontos e com febre. Realizada tomografia crânio-encefálica (TC-CE) e angiografia (durante as quais apresentou um vômito alimentar com melhoria transitória do estado de consciência), que evidenciava-se apenas aplasia do segmento A1 da artéria cerebral anterior direita. Pedida pesquisa de drogas, negativa. Realizada punção lombar e colheita de hemoculturas e urocultura. O exame citoquímico do líquido não demonstrou alterações sugestivas de infeção bacteriana, pelo que foi iniciada terapêutica empírica com amoxicilina/ácido clavulânico e também aciclovir. O estudo microbiológico, a pesquisa de antígenos solúveis e a pesquisa de vírus neurotrópicos veio a revelar-se negativa.

Repetiu TC-CE às 48h, a mostrar enfarte bi-talâmico com extensão ao mesencéfalo e moldagem do 3º ventrículo em relação com trombose da artéria de Percheron. Assim, foi suspensa terapêutica com aciclovir, tendo mantido antibioterapia por suspeita de infeção respiratória, e iniciada dupla antiagregação plaquetária. Foi suspensa sedoanalgesia com melhoria progressiva do estado de consciência. Manteve-se sob programa de reabilitação, com flutuação do estado de consciência e da atenção, aparente ataxia da marcha com desequilíbrio (sem preferência para um dos lados) e com rotação preferencial da cabeça para a esquerda.

Discussão e conclusão: O tálamo regula o sono, a vigília e o estado de alerta. É irrigado por ramos das artérias comunicante posterior e cerebral posterior, com múltiplas variantes anatómicas descritas, sendo a artéria de Percheron uma delas. Os enfartes da mesma podem manifestar-se das mais variadas formas, sendo um diagnóstico infrequente e difícil, para o qual o clínico deve apresentar elevado grau de suspeição.

PO-0384 - (4094) - O PRIÃO MARCA PRESENÇA

Mafalda Ferreira¹; Vasco Fonseca²; Miguel Saianda Duarte²; Joana Morgado²; Tânia Lampreia²; Sofia Rodrigues²; José Vale²

1 - ULS Castelo Branco; 2 - Hospital Beatriz Ângelo

As doenças neurodegenerativas são cada vez mais prevalentes, pelo que devemos estar alerta para aquelas que apresentam características incomuns, sobretudo demências rapidamente progressivas (síndromes paraneoplásicas, encefalites autoimunes, doença de Creutzfeldt-Jakob, etc.).

A doença de Creutzfeldt-Jakob esporádica (sCJD) é uma doença neurodegenerativa priónica rara, de origem desconhecida, que cursa com sintomas neuropsiquiátricos, mioclonias, sinais cerebelosos, envolvimento do trato corticoespinal e sinais extrapiramidais, que evolui rapidamente e culmina com a morte do doente em menos de 1 ano, não tendo ainda tratamento conhecido.

Mulher, 81 anos, que iniciou seguimento na consulta por declínio cognitivo, movimentos coreicos e alterações do comportamento durante o sono com 6 meses de evolução. Foram colocadas como hipóteses mais prováveis: encefalite autoimune e síndrome paraneoplásica. No estudo inicial com exames de imagem e análises, não foi possível identificar nenhuma etiologia para estas alterações. Na reavaliação, passados 3 meses, houve um agravamento no mini-mental state examination (27 > 21) e aparecimento de marcha atáxica. Face a este agravamento rápido, internou-se a doente para estudo etiológico.

Foi repetida ressonância magnética de crânio (RM-CE) e realizada punção lombar. Destacamos: sinal de hockey stick na RM-CE e ausência de autoanticorpos no líquido cefalorraquídeo. Prosseguiu-se estudo com RT-Quic de proteína priónica e determinação da proteína 14-3-3.

Ao longo do internamento, a doente apresentou um declínio neurológico galopante com afasia global, hemiparesia direita, ataxia, grasp reflex e flutuação do estado de consciência, acabando por falecer ao 30º dia de internamento.

Após a morte, tivemos resultados positivos do RT-Quic e da proteína 14-3-3, que fazem o diagnóstico de CJDs provável.

Dada a apresentação atípica da sintomatologia, com declínio cognitivo, movimentos involuntários e progressão rápida, devemos pensar na etiologia autoimune, paraneoplásica e, menos frequente, priónica. Nesse sentido, os exames complementares de diagnóstico realizados permitiram estabelecer o diagnóstico de sCJD provável, uma vez que o diagnóstico definitivo é post-mortem.

Este caso mostra a importância de estar alerta para as “demências” com declínio rápido e com manifestações atípicas, sendo necessário procurar outras causas, não descorrendo as doenças priónicas, mesmo sendo raras, pois o prognóstico e o tratamento são distintos.

PO-0385 - (2802) - UMA CAUSA RARA DE COMAAna Teresa Pereira¹; Maria Leonor Neves¹; Marta Lopes¹; Sofia Prada¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução

O suprimento vascular do tálamo é dividido em quatro regiões: anterior, paramediana, infero-lateral e posterior. Habitualmente, as artérias paramedianas vascularizam o tálamo paramediano ipsilateral e, ocasionalmente, o mesencéfalo. Raramente, ambas as artérias paramedianas surgem de um tronco comum que surge do segmento P1 da artéria cerebral posterior, sendo este tronco comum denominado Artéria de Percheron. A prevalência desta artéria é de 7-11%, sendo que a prevalência de acidentes vasculares isquémicos que envolvem esta artéria é de 0.4-0.5%. A apresentação clínica nestes casos é muito variada, sendo que as manifestações mais frequentes são sonolência, coma, abulia, amnésia, delirium, hemiplegia, ataxia cerebelar e paralisia dos oculomotores. O melhor exame de imagem a ser realizado é a RMN DWI (diffusion-weighted imaging).

Caso clínico

Um homem de 90 anos, previamente autónomo, é trazido ao serviço de urgência por alteração do estado de consciência. À observação na sala de reanimação, GCS 7 (O1, V1, M5). Do exame neurológico, a destacar mutismo, pupilas midriáticas e não reativas à luz, sem reflexo à ameaça, ROCs ausentes, apagamento do sulconasogeniano à direita, anartria, prova de braços estendidos com queda à direita até ao plano do leito. Estava avaliação culminava num score NIHSS de 15.

Analicamente, sem alterações de relevo.

Realizou TC craniana sem evidência de lesão com tradução imagiológica e angio-TC sem oclusão de grande vaso. Neste sentido, foi realizada RMN cranioencefálica que revelou: “lesão vascular isquémica aguda talâmica bilateral e bimesencefálica, no território da artéria de Percheron, sem mismatch DWI-FLAIR”.

Ficou assim internado por acidente vascular isquémico da artéria de Percheron.

Discussão

Perante um doente com alteração do estado de consciência associada a sinais focais, sem alterações da TC, a realização da RMN cranioencefálica foi essencial para identificar a origem da clínica do doente.

Conclusão

Concluiu-se, assim, que apesar de ser uma etiologia rara de alteração do estado de consciência, deve ser pesquisada quando não se encontram alterações nos exames complementares de diagnóstico iniciais.

PO-0387 - (2909) - FÍSTULAS CORONÁRIAS ARTÉRIO – CAMERÁRIAS: UMA CAUSA RARA DE DISPNEIA DE ESFORÇO

Inês Parreira¹; Ana Mafalda Abrantes¹; Carolina António Santos¹;
Sara Salema Travassos²; António Pais De Lacerda¹; António Martins Baptista¹;
Ana Alves Cardoso¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 2 - Serviço de Medicina Intensiva - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

As fístulas das artérias coronárias são defeitos raros do sistema de circulação coronário; podendo ser congénitos ou adquiridos. Podem ser divididas em dois grupos: coronária-camerária (entre as artérias coronárias e uma câmara cardíaca) e malformações arteriovenosas (entre artérias coronárias e vasos pulmonares ou sistémicos). A sua relevância clínica está associada ao fenómeno do roubo coronário, que poderá causar isquemia funcional do miocárdio, mesmo na ausência de estenose. A angiografia coronária e a angio-TC coronária são os gold standards para o diagnóstico.

Homem de 62 anos, com síndrome metabólico, admitido por aperto torácico com duração de cerca de 3 minutos, associado ao esforço, com reversão com repouso; dispneia de esforço com agravamento nos últimos 3 meses, bem como episódios prévios de lipotimia e síncope não precedidos de palpitações ou dor torácica. Electrocardiograma com fibrilhação auricular de novo com resposta ventricular rápida. Analiticamente com cinética de troponina 42ng/L > 65ng/L. Ecocardiograma-transtorácico (ECO-TT) à cabeceira com ventrículo esquerdo com FE conservada, sem alterações segmentares, aurícula esquerda ligeiramente dilatada. Internado com hipótese diagnóstica de enfarte agudo do miocárdio sem supra-ST. Realizou ECO-TT formal com doença fibrocalcificante degenerativa valvular mitral e aórtica com regurgitação mitral ligeira e dilatação biauricular. Coronariografia sem lesões coronárias, mas com provável fístula do território da diagonal para o ventrículo esquerdo. Realizada angio-TC cardíaca com presença de ramos perfurantes anómalos no segmento apical lateral e inferior do ventrículo esquerdo, a partir de ramos distais de D1 da descendente anterior e OM1 (LCX) com terminação anómala destes ramos arteriais coronárias perfurantes no lúmen da cavidade ventricular esquerda, configurando a presença de várias fístulas coronárias camerária arterio-sinusoidal e artério-luminal. Doente foi posteriormente encaminhado à consulta de Cardiologia para orientação e tratamento dirigido.

O tratamento, habitualmente com encerramento por coronariografia, apenas está indicado em doentes com shunt esquerdo-direito hemodinamicamente significativo; insuficiência cardíaca com sobrecarga do ventrículo esquerdo ou disfunção ventricular esquerda; ou em contexto de isquémia miocárdica. Quando realizado está associado a bom prognóstico, com taxas de recorrência de 9-19%.

PO-0388 - (4139) - QUANDO A FEBRE REVELA O BRUGADA

Ana Tenreiro¹; Rafael Viana¹; João Figueira¹; Marta Figueiredo¹; Bruno Piçarra¹

1 - Hospital do Espírito Santo de Évora

O padrão de Brugada é uma alteração electrocardiográfica específica que pode ser permanente ou intermitente. A febre é conhecida por revelar o padrão de Brugada e desencadear arritmias ventriculares em doentes com síndrome de Brugada. Apresenta-se um caso desafiante de um doente com padrão de Brugada em contexto febril.

Homem de 45 anos com antecedentes pessoais de tabagismo ativo e dislipidemia que recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica tipo aperto com mais de 10 dias de evolução, sem fatores de alívio ou agravamento, acompanhada de dispneia com 2-3 dias de evolução, negando outro tipo de sintomatologia. Ao exame objetivo, o doente encontrava-se febril, sem outras alterações de relevo, tendo sido medicado com paracetamol.

Dos meios complementares de diagnóstico realizados em contexto de urgência cabe referir que o electrocardiograma revelou ritmo sinusal, com frequência cardíaca de 68 batimentos por minuto, padrão de Brugada tipo 1 (elevação do segmento ST e T negativa em V1-V3) e elevação do segmento ST em DI e aVL, o doseamento de troponina I de alta sensibilidade sem elevação, e o ecocardiograma trans-torácico não evidenciou alterações da cinética segmentar.

Durante o internamento, a febre resolveu e as queixas desapareceram. Neste contexto, realizou angiografia por tomografia computadorizada cardíaca que confirmou artérias coronárias sem alterações, e Holter de 24h que não revelou padrão de Brugada nem arritmias. O doente teve alta, orientado para consulta de Arritmologia, com indicação para controlo de fatores de risco cardiovascular, particularmente perfil lipídico e abandono de hábitos tabágicos.

Este caso sublinha a natureza dinâmica do padrão de Brugada, e a necessidade de uma abordagem cuidadosa na avaliação do doente e exclusão de cardiopatia isquémica através dos meios complementares de diagnóstico que temos ao nosso alcance.

PO-0389 - (4227) - ADHERE E GWTG-HF COMO PREDITORES DE MORTALIDADE NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA – ESTUDO RETROSPETIVO

Joana C. Ramos¹; Carolina Martins¹; Patrícia Dias¹; Lèlita Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: Os algoritmos Acute Descompensated Heart Failure National Registry (ADHERE) e Get With the Guidelines Heart Failure (GWTG-HF) são modelos de estratificação de risco validados para prever a mortalidade no internamento por insuficiência cardíaca aguda (ICA). ADHERE divide-se em risco baixo (2,1-2,3%), intermédio (5,5-13,2%) e alto (19,8-21,9%), enquanto GWTG-HF divide-se em 6 grupos: <1%, 1-5%, 5-10%, 10-15%, 15-20% e 20-30%.

Objetivo: Caracterizar os doentes internados com ICA e avaliar a taxa mortalidade durante o internamento, após 1 mês, 3 e 6 meses em função do score ADHERE e GWTG-HF.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo de uma amostra consecutiva de 276 doentes internados no Serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de ICA durante 2 meses. Destes, 124 foram excluídos por ausência de doseamento de troponina I. Assim, foi calculado o ADHERE e GWTG-HF de 152 doentes, avaliada a taxa de mortalidade no internamento, após 1, 3 e 6 meses.

Resultados: Dos 152 doentes, com idades entre os 56 e 99 anos (média $84,5 \pm 7,8$), 61,2% eram do sexo feminino. A mediana foi de 9 dias de internamento. No score ADHERE, 48,0% revelaram um risco de mortalidade de 2,1-2,3%, 47,4% entre 5,5-13,2% e apenas 4,6% um risco de 19,8-21,9%. Na avaliação de GWTG-HF, 59,9% apresentavam um risco de mortalidade inferior a 5%, 29,6% um risco entre 5-15% e apenas 6,6% com um risco >20%. A taxa de mortalidade (TM) no internamento foi de 13,8% (21 doentes). Os doentes com um risco ADHERE de 2,1-2,3% apresentaram uma TM no internamento de 4,1%, 2,9% no 1º mês após a alta, 10% após 3 meses e 2,9% após 6 meses; os de risco intermédio revelaram uma TM de 25% no internamento, 12% no 1º mês após a alta, 4% aos 3 meses e igualmente aos 6 meses; os de 19,8-21,9%, nenhum faleceu durante o internamento, mas 3 (42,9%) faleceram nos 6 meses seguintes. Na avaliação com o GWTG-HF, a TM no internamento foi de 5,5% nos doentes com um risco inferior a 5%, 3,5% no 1º mês, 8,1% aos 3 meses e 1,2% aos 6 meses; nos doentes com risco entre 5-15% a TM foi de 22,2% no internamento, 14,3% após 1 mês, 5,7% ao fim de 3 meses e 6 meses; na população com risco > 20%, a TM foi de 20% no internamento, 12,5% ao fim de 3 meses e 37,5% aos 6 meses, sem mortes após o 1º mês.

Conclusões: O algoritmo ADHERE utiliza poucas variáveis, podendo subestimar mortalidade. É possível verificar que tanto no grupo de baixo risco como no de intermédio, a TM no internamento foi superior ao estimado; essa diferença não foi tão evidente nos meses seguintes. No grupo de alto risco, a amostra foi pequena, e não houve mortes durante o internamento. Relativamente ao GWTG-HF, a TM foi mais coerente com a previsão do risco, tanto no internamento como nos 6 meses seguintes. Assim, este último parece ser melhor preditor de mortalidade no internamento, mas também poderá ter utilidade para previsão de mortalidade a médio prazo, o que poderá ajudar na planificação de cuidados destes doentes.

PO-0390 - (4465) - QUANDO O INESPERADO SE TORNA REALIDADE: EMBOLIZAÇÃO PARADOXAL E FORAMEN OVALE PATENTE

Patrícia Neves¹; Inês Duro¹; Ana Luísa Marçal¹; Mariana P. Santos¹; André Luz¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução

O foramen ovale, uma estrutura essencial durante o desenvolvimento fetal, permite a circulação entre as aurículas cardíacas. Normalmente encerrado fisiologicamente após o parto, em alguns casos o foramen ovale não fecha completamente, resultando no foramen ovale patente (FOP). A presença do FOP associado a fatores de risco pode levar a embolização paradoxal, uma complicação rara mas potencialmente grave, que ocorre quando coágulos venosos atravessam o FOP, alcançam a circulação arterial e são transportados para órgãos vitais.

Caso Clínico

Mulher de 68 anos, autónoma, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e patologia osteoarticular degenerativa (POAD), submetida a artroplastia total do joelho esquerdo, que desenvolveu eventos tromboembólicos concomitantes de tromboembolismo pulmonar (TEP) e acidente vascular cerebral (AVC) isquémico.

Cerca de 24h após a cirurgia, apresentou insuficiência respiratória e sintomas neurológicos agudos, incluindo agitação, alterações da linguagem e pico hipertensivo, sendo diagnosticada com um enfarte cerebral estabelecido no território da artéria cerebral média esquerda a condicionar défices neurológicos, e tromboembolismo pulmonar em angiotomografia computadorizada de tórax. Iniciada enoxaparina não fracionada devido ao diagnóstico de TEP de risco intermédio-alto, em território da artéria pulmonar direita. Durante o internamento documentado FOP com critérios de alto risco, com condições anatómicas favoráveis para encerramento.

Discussão e Conclusão

A presença de TEP com contributo para o aumento das pressões intracardíacas, associado a um shunt direito-esquerdo através de FOP, aumentou o risco de embolia paradoxal. Considerando o risco significativo de novo evento paradoxal, em doente com maior incidência de episódios de imobilização pela idade e POAD, ausência de critérios para hipocoagulação > 1 ano dado tratar-se de TEP provocado, optou-se pelo encerramento percutâneo do FOP, realizado sem intercorrências durante o internamento. A doente evoluiu com resolução completa da insuficiência respiratória e melhoria marcada dos défices neurológicos sob terapêutica de reabilitação, tendo tido alta para Unidade de Média Duração para reabilitação intensiva.

Este caso destaca a complexidade da abordagem de uma cardiopatia congénita associada a eventos tromboembólicos. Destaca-se a importância da avaliação abrangente e individualizada, com o objetivo de minimizar o risco de complicações futuras.

PO-0391 - (4536) - OCLUSÃO DA VEIA CENTRAL DA RETINA E HIPERHOMOCISTEINEMIA

Bárbara Rocha¹; Luís Reis¹; Catarina Maia Ferreira¹; Ana Ramôa¹; Eduardo Macedo¹; Diana Fernandes¹; Ana Rita Marques¹; Ilídio Brandão¹

1 - Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: A hiperhomocisteinemia (HH) foi considerada fator de risco independente para doença vascular aterosclerótica e tromboembolismo venoso, tendo sido relatada associação com doença coronária, trombose venosa profunda e oclusão da veia central da retina. A causa genética mais comum de HH resulta da produção da variante de metileno-tetra-hidrofolato redutase (MTHFR) com atividade enzimática reduzida. A homozigotia desta variante é uma causa comum de níveis elevados de homocisteína plasmática, ocorrendo frequentemente em associação com níveis baixos de ácido fólico.

Caso Clínico: Homem, 54 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, esteatose hepática e leucoencefalopatia isquémica ligeira, a realizar lisinopril 20 mg e clopidogrel 75 mg. Ex-fumador e com hábitos etílicos marcados no passado. Foi avaliado em consulta externa de Oftalmologia por quadro de perda visual progressiva do olho direito com 2 anos de evolução, tendo-se constatado oclusão de veia retiniana. Do estudo complementar realizado, apresentava elevação plasmática da homocisteína (16,60 $\mu\text{mol/L}$) e da ferritina (583 ng/mL); homocisteína urinária normal; ferro sérico 159 $\mu\text{g/dL}$, capacidade total de ligação do ferro 311 $\mu\text{g/dL}$, índice de saturação de transferrina 51% e transferrina 234 mg/dl ; vitamina B12 e ácido fólico normais; sem alteração da função renal; enzima conversora da angiotensina normal; proteína S, antitrombina III, anticorpos antinucleares, anti-citoplasma de neutrófilo e antifosfolipídicos negativos; B2-microglobulina normal e eletroforese de proteínas sem picos monoclonais. A ecografia abdominal realizada mostrava aumento difuso da ecogenicidade parenquimatosa com ligeira infiltração esteatósica. Do estudo genético, apresentava mutação MTHFR em homozigotia, sem mutação V de Leiden, gene fator II ou gene da hemocromatose hereditária. Atualmente, sem queixas de novo. Mantém seguimento em consulta externa de Medicina Interna, com controlo de fatores de risco cardiovascular.

Discussão: Apesar de controverso, alguns autores relataram uma associação entre oclusão da veia central da retina e níveis elevados de homocisteína e homozigotia da mutação de MTHFR. Contudo, embora a HH tenha sido identificada como fator de risco para doença cardiovascular e tromboembolismo venoso, não foi demonstrado que a redução dos níveis plasmáticos de homocisteína diminua a incidência destes eventos, com a possível exceção do acidente vascular cerebral.

PO-0392 - (4548) - SECONDARY PREVENTION IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERIAL DISEASE: THE CHALLENGE IS ON

Sofia Picão Eusébio¹; Ana Raquel Soares¹; Sofia Jacinto²; Tiago Pack¹; Ana Teresa Ferreira¹; Luís Almeida Morais²; António Mário Santos¹; Rui Cruz Ferreira²

1 - Unidade funcional medicina 4, Hospital Santa Marta, ULS São José, CCAL; 2 - Serviço de Cardiologia, Hospital Santa Marta, ULS São José, CCAL

Advances in coronary arterial disease (CAD) treatment in the acute phase, have improved patients' survival. High level of adherence to secondary prevention interventions, especially aggressive lifestyle changes and pharmacotherapy can lead to a significant reduction in MACE recurrence. However, real-world data shows alarmingly poor control of cardiovascular risk factors, and substantial residual risk in CAD patients.

A cardiovascular secondary prevention outpatient program was implemented in our tertiary centre, with a multidisciplinary team composed by Internal Medicine (specialized in dyslipidemia and diabetes) and Cardiology (clinical and interventionalists) physicians. Patients with CAD, especially after an acute coronary syndrome, with specific high-risk criteria were screened, and included in this program. Data from February 2020 to November 2023 were collected and analyzed.

During this period, we followed 72 patients with chronic coronary syndromes (CCS) and acute coronary syndromes, 42% (N=30) after non-ST segment elevation myocardial infarction, almost one third (31%, N=22) after a ST segment elevation myocardial infarction, 10% (N=7) after unstable angina, and 18% (N=13) with CCS. The vast majority (81%, N=58) had coronary lesions in more than one vessel. Most patients had their first appointment 1 year after the event. In the sample analysed, the mean age was 62,5 years (median 61, standard deviation 9,74) and the majority were male (85%, N=61). The most prevalent cardiovascular risk factors were dyslipidaemia (90%, N=65), hypertension (75%, N=54), history of smoking (57%, N=41) and diabetes mellitus (46%, N=33). Optimisation of lifestyle and pharmacological therapy to reduce cardiovascular risk was the primary goal at every visit. The main therapeutic changes during follow-up were extended dual antiplatelet therapy with ticagrelor 60mg (29%, N=21), anticoagulation with rivaroxaban 2.5mg (21%, N=15), uptitration of lipid lowering therapy, together with closer management of hypertension, diabetes mellitus, obesity and smoking. During a mean follow-up period of 1 year, we report 3 (4,2%) patients with a recurrent coronary ischaemic event, no bleeding episodes and a reasonable cardiovascular risk factors control. In the group studied, the mean HbA1c and LDL cholesterol, at the follow up, were 6.4% and 72mg/dL, respectively. Our multidisciplinary secondary prevention outpatient program followed a very high-risk CAD population, with a noteworthy prevalence of CV risk factors, mostly following acute events. During follow-up actions to further reduce the risk, considering all risk factors, were endeavored. We reported a lower rate of MACE recurrence, than in the literature, and no bleeding events. Hence, we strongly believe that these patients benefit from an individual and rigorous follow-up, and a dedicated secondary prevention program. For the future we are investing in reaching more patients, and offer them new evidence base therapies.

PO-0393 - (4597) - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, CONDIÇÃO REVERSÍVEL

João Reis Sabido¹; Margarida Guiomar¹; Margarida Vaz Lopes¹; Catarina Reis Barão¹; Federica Parlato¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

A taquicardiomiopatia (TCM) é uma entidade clínica rara mas bem reconhecida. Ainda que os seus mecanismos fisiopatológicos estejam pouco clarificados, sabemos que se associa a alterações cardíacas estruturais, morfológicas e celulares, podendo surgir no contexto de virtualmente todas as taquidisritmias que tenham duração prolongada. Manifesta-se por disfunção ventricular, que culmina no surgimento de sintomas de insuficiência cardíaca (IC), e por sintomas da taquidisritmia de base. Dada a sua forma de apresentação inespecífica, pode constituir um desafio diagnóstico.

Mulher, 51 anos, autónoma, sem doença cardíaca estrutural conhecida, recorreu ao serviço de urgência (SU) por dispneia, dor retroesternal, ortopneia e edema dos membros inferiores com 4 dias de evolução. Da observação à chegada, destacava-se taquicardia, taquipneia, utilização dos músculos acessórios da respiração, sibilância à auscultação, edema bilateral dos membros inferiores e com necessidade de aporte de oxigénio a 3L/minuto. Após uma investigação inicial no SU estabeleceu-se o diagnóstico de IC de etiologia não esclarecida, condicionando derrame pleural e insuficiência respiratória. Apesar de inicialmente se ter documentado taquicardia sinusal no electrocardiograma, decorreram períodos recorrentes de fibrilhação auricular (FA) durante o internamento. O ecocardiograma transtorácico realizado em FA rápida mostrou uma fracção de ejeção do ventrículo esquerdo gravemente comprometida (22%) por hipocinesia global, dilatação biauricular e regurgitação mitral moderada. A coronariografia mostrou ausência de lesões. A ressonância magnética cardíaca revelou achados compatíveis com TCM. Feito o controlo de ritmo com amiodarona, atingiu-se uma recuperação clínica completa e sustentada (classe New York Heart Association I), pelo que manteve a estratégia terapêutica e seguimento em consulta.

A TCM é uma causa potencialmente reversível de IC, ainda que possam persistir alterações estruturais cardíacas. Assim, o prognóstico é variável, dependendo da causa e do seu potencial terapêutico. O tratamento é dirigido à disritmia que condiciona a disfunção do miocárdio. Constitui um desafio clínico no que diz respeito à identificação do mecanismo primário da doença: a taquidisritmia pode ser causa (como o é neste caso) ou consequência da miocardiopatia. É um diagnóstico de exclusão, que assenta no diagnóstico da taquidisritmia, na avaliação da função sistólica e na prova terapêutica.

PO-0394 - (4615) - ESCLEROSE MÚLTIPLA E TROMBOSE PROFUNDA, NEM SEMPRE A IMOBILIDADE É A CAUSA

Mariana Antão¹; Teresa Abegão¹; Claudia Fitas¹; Margarida Porutgal¹; Catarina Agueiras¹; Fátima Cereja¹; Carlos Cabrita¹; Catarina Mendonça¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

A trombose venosa profunda (TVP) é uma complicação comum em doentes com esclerose múltipla (EM), frequentemente atribuída à imobilidade ou inflamação. A associação entre EM, TVP e trombofilia como fator causal (entre eles o défice de proteína C) é menos explorada. O défice de proteína C é uma entidade rara, hereditária ou adquirida, sendo um fator de risco conhecido para a trombose venosa, que afeta a cascata de coagulação. Em valores normais atua como anticoagulante natural, que quando ativada, inibe o fator V e o factor VIII. Homem, 36 anos, com EM, com internamento em 2021 por TVP das veias femorais comum e superficial esquerdas, assim como da veia safena interna, enviado para Consulta de Tromboembolismo, medicado com rivaroxabano. Como antecedentes familiares destaca-se: tia materna com história de TVP e avó materna que falecida devido a tromboembolismo pulmonar. Realizou estudo de trombofilias, evidenciando um défice de proteína C (36%). Foi requisitado estudo genético, que mostrou mutação heterozigótica no gene PROC (c.715G>A p.(Gly239Arg)). O doente encontra-se atualmente assintomático e sem novos eventos trombóticos, sob terapêutica anticoagulante. O défice de proteína C é um fator de risco conhecido para a trombose venosa. Em doentes com EM a imobilidade e inflamação predispõem ainda mais a eventos trombóticos. Este caso destaca a importância de investigar fatores genéticos subjacentes em doentes jovens com eventos trombóticos não provocados, especialmente naqueles com história familiar de trombose. A deteção precoce do défice de proteína C pode ajudar a direcionar estratégias terapêuticas e orientar o estudo genético familiar, prevenindo futuros eventos trombóticos.

PO-0395 - (4638) - CARDIOTOXICIDADE ASSOCIADA A QUIMIOTERAPIA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA OTIMIZAÇÃO TERAPÊUTICA

Raquel Flores¹; Jeni Quintal²; Rui Antunes Coelho²; Sara Gonçalves²; Tatiana Duarte²; Isabel Silvestre²; Maria Teresa Marques²; Filipe Seixo²

1 - ULSLO - Hospital Egas Moniz; 2 - ULSA - Hospital S. Bernardo

Introdução: A cardiotoxicidade associada aos tratamentos oncológicos constitui um dos efeitos adversos mais significativos com impacto na morbimortalidade. Consideram-se efeitos tóxicos, a insuficiência cardíaca com disfunção ventricular sistólica, a hipertensão arterial, a doença tromboembólica, as doenças pericárdicas, as arritmias e a isquemia miocárdica. A identificação e diagnóstico precoce são fundamentais na determinação de um plano terapêutico com impacto no prognóstico.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de um homem de 63 anos, fumador, com neoplasia gástrica e quadro recorrente de vasoespasma associado à administração de 5-FU.

No 1º ciclo de quimioterapia (QT) apresentou quadro de dor torácica opressiva, intensa e constante, com irradiação ao membro superior esquerdo. O eletrocardiograma evidenciava fibrilhação auricular (FA) com resposta ventricular rápida (RVR) e supradesnivelamento do segmento ST anterior. Realizou coronariografia emergente, que excluiu doença epicárdica significativa, assumindo-se o diagnóstico de FA RVR e vasoespasma em contexto iatrogénico. Teve alta clínica após 24h de vigilância e resolução de sintomas, sob propafenona e bisoprolol, referenciado a consulta de cardio-oncologia, a aguardar. Dos exames complementares destacava-se ainda, ecocardiograma com HVE ligeira, FEVE preservada, sem alterações segmentares, valvulopatias ou derrame pericárdico e elevação de troponina I de alta sensibilidade.

Após o 2º ciclo de QT apresentou recorrência do quadro clínico, com necessidade de terapêutica para controlo de frequência e monitorização. Foi posteriormente avaliado em consulta de cardio-oncologia e iniciado diltiazem e nitroglicerina. No entanto, após discussão multidisciplinar, suspendeu o 5-FU ao esquema QT, e foi referenciado para cirurgia.

Conclusão: O diagnóstico diferencial de dor torácica é fundamental na abordagem do doente oncológico. Este sintoma, associado a alterações eletrocardiográficas, podem surgir em contexto de vasoespasma, com uma prevalência entre 1,4% até 15%, se doença coronária estabelecida. O reconhecimento precoce dos efeitos cardiotoxicos, e gestão terapêutica deve resultar de uma abordagem multidisciplinar com impacto no prognóstico.

PO-0396 - (4711) - A TROMBOSE ASSOCIADA A DISTÚRBIOS MIELOPROLIFERATIVOS

Ana Sofia Ramôa¹; Catarina Maia Ferreira¹; Eduardo Macedo¹; Bárbara Rocha¹; Luis Reis¹; Raquel Afonso¹; Ana Rita Marques¹

1 - Unidade Local de Saúde de Braga

A lista de fatores de risco que predis põem a eventos trombóticos é extensa, motivo pelo qual devemos estar atentos aos sintomas e achados analíticos acompanhantes que podem constituir uma pista diagnóstica fulcral.

Doente de 61 anos, do sexo feminino, autónoma, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica e hipertensão pulmonar, foi admitida no serviço de urgência por dor abdominal e dispneia de início súbito associado a toracalgia de características pleuríticas. Ao exame físico apresentava hipoxemia e dor à palpação difusa do abdómen. Realizou estudo analítico, que não revelou alterações das transaminases (AST e ALT), da bilirrubina ou da gamaglutamil transferase (GGT) ou dos parâmetros inflamatórios, mas evidenciava um valor elevado de hemoglobina (17,6 g/dL), do hematócrito (55%), das plaquetas (900.000 células/mm) e leucócitos (22.000 células/mm), bem como fosfatase alcalina. Realizou angiografia torácica e abdominal que revelou tromboembolismo pulmonar, enfarte esplénico e trombose da veia porta. Pelos achados de trombocitose, leucocitose, poliglobulia e eventos trombóticos. Pesquisou-se a mutação da JAK2 V617F que foi positiva. Doseada eritropoietina que estava baixa e fosfatase alcalina aumentada, confirmando-se o diagnóstico de síndrome mieloproliferativa (policitemia vera). Iniciou anticoagulação e terapia citorredutora com hidroxiureia.

A policitemia vera é o subtipo mais comum dos distúrbios mieloproliferativos crónicos. Afeta tipicamente uma faixa etária mais idosa e é mais comum no sexo feminino. Em mais de 90% dos doentes está expressa a mutação JAK2 V617F na região inibitória da tirocina cinase, que parece ter um papel central na fisiopatologia da doença. O diagnóstico é feito com base nas mutações JAK2 ou CARL e pelos achados no hemograma e quadro clínico. Eventos tromboembólicos ocorrem em cerca de 27% dos doentes com este diagnóstico, e são responsáveis por 31% das mortes. No caso concreto da embolia pulmonar e do enfarte esplénico são eventos raros no contexto desta doença.

PO-0397 - (2887) - FOTOGRAFIA DE UMA CONSULTA DE RISCO VASCULAR

Cristiano Gante¹; Stanislav Tsisar¹; Mário Rodrigues¹; Luis Almeida¹; Manuel Monteiro¹; Alexandra Raposo¹; Luís Dias¹

1 - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central - Hospital de São José

Introdução: Os fatores de risco cardiovascular são comorbilidades transversais à população Portuguesa e acarretam uma morbi-mortalidade importante. Exemplo disso é o Acidente Vascular Cerebral ser a principal causa de morte no país. A prevenção primária (quando indicada) e a secundária assumem um papel fulcral na diminuição dos eventos agudos nos doentes.

Objetivos: Caracterizar a amostra de uma consulta de Medicina Interna dedicada ao Risco Vascular e com isso perceber a eficácia da estratégia utilizada no controlo de fatores de risco cardiovasculares.

Material e Métodos: Análise retrospectiva através da consulta do processo clínico informático de 229 doentes seguidos em 820 consultas, durante um período de 16 meses, entre janeiro de 2022 e abril 2023.

Resultados: Existiu uma maior prevalência do sexo masculino com 57.2% (n=131). A média de idades foi 70.5 anos tendo o doente mais novo 38 anos e o mais velho 103 anos. Os doentes foram categorizados em dois grupos principais: prevenção primária e prevenção secundária; no momento da análise, 76% dos doentes eram seguidos para prevenção secundária (n=175). Observámos que 93.9% dos doentes tinham dislipidemia, 92.6% eram hipertensos e 63.3% tinham diabetes mellitus. 68.9% dos doentes tinham pelos menos 3 fatores de risco. A dislipidemia era isolada em 79% dos casos e os restantes eram hipercolesterolemia mista. As estatinas foram usadas em monoterapia em 49.8% (n=107) dos doentes, enquanto que o ezetimibe foi usado em 40.5% (n=87). O LDL médio foi de 67 mg/dl com aproximadamente 40% dos doentes abaixo de 55 mg/dl. Na hipertensão arterial destaca-se a grande prevalência de hipertensão essencial (97.6%), realçando 5 casos de etiologia secundária. A tensão arterial sistólica média foi 131.7mmHg e a diastólica 69.5mmHg. 76% dos doentes apresentavam-se controlados à luz das mais recentes guidelines europeias. Estes resultados traduzem-se pela utilização de 3 ou mais antihipertensores em cerca de 55% dos doentes. A classe mais utilizada foram os inibidores da enzima conversora da angiotensina, em 65% dos doentes. A maioria dos doentes diabéticos tinham diabetes mellitus tipo 2 (94%) e a hemoglobina glicada média foi 6.6%. Admitindo o valor 7% como cut-off para o controlo, concluímos que 65% dos doentes estavam controlados, 27% ainda estavam fora do alvo terapêutico e nos restantes foi adaptada uma estratégia mais permissiva. 33% dos doentes eram insulino-tratados e a metformina foi o antidiabético oral mais utilizado, em 91% dos casos. Mais de metade (52%) dos doentes necessitaram de pelo menos 3 antidiabéticos orais para obter controlo.

Discussão & Conclusão: Esta «fotografia» dos doentes permitiu-nos comparar com estudos prévios da mesma população, percebendo a dificuldade e impacto que tem uma população cada vez mais envelhecida e com mais comorbilidades, alertando para a necessidade de ajustes terapêuticos e introdução de novos fármacos, bem como o seguimento regular para um bom controlo e adesão.

PO-0398 - (4802) - CASO CLÍNICO – CORAÇÃO EM FOCO

Carolina Cardoso¹; Pedro Santos¹; David Furtado¹; Beatriz Lopes¹; Tiago Alves¹; Maria De Fátima Pimenta¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

A sarcoidose é uma doença inflamatória, de etiologia indeterminada, que cursa com granulomas não caseosos nos órgãos envolvidos. O acometimento cardíaco associa-se a pior prognóstico constituindo 2/3 das mortes, podendo manifestar-se através de arritmias, insuficiência cardíaca (IC), disfunção valvular, doença pericárdica ou morte súbita. Homem, 59 anos, antecedentes de hepatopatia crónica alcoólica e enfarte agudo do miocárdio no território da descendente anterior, que recorreu à urgência por dispneia, ortopneia e edema dos membros inferiores. À admissão encontrava-se taquipneico com diminuição do murmúrio nas bases na auscultação pulmonar e edema dos membros inferiores. Análises com NT-ProBNP elevado, Radiografia de tórax com derrame pleural bilateral, electrocardiograma flutter auricular e ecografia abdominal com ligeira ascite. Ficou internado por IC descompensada para optimização terapêutica. No internamento realizou tomografia do tórax revelando derrame pleural bilateral, lâmina de derrame pericárdico, cardiomegalia, alterações fibro-atelectásicas e adenopatias mediastínicas, axilares e supraclaviculares. Ecocardiograma evidenciando ventrículo esquerdo moderadamente dilatado, hipocinésia da parede inferolateral e dilatação biauricular, fracção de ejeção (FE) 51%. E ressonância cardíaca com miocardiopatia dilatada com ligeira hipocinésia das paredes anteriores e septais basais, médias a apicais, FE 52% e realce tardio subendocárdico. Apesar da melhoria clínica o doente iniciou quadro de síncope por bloqueio auriculoventricular completo, com pausas > 3 segundos e evolução para paragem cardiorrespiratória com necessidade de pacemaker provisório, sendo admitido nos Cuidados Intermédios Cardíacos com posterior implantação de pacemaker definitivo. Assumiu-se provável quadro de Sarcoidose com envolvimento cardíaco iniciando terapêutica imunossupressora com prednisolona e metotrexato com melhoria clínica. O diagnóstico foi confirmado por Tomografia por emissão de positrões com atividade a nível mediastínico e hilar pulmonar, biópsia de gânglio axilar a revelar linfadenite granulomatosa com granulomas epitelioides não necrotizantes.

O diagnóstico de sarcoidose cardíaca (SC) implica uma suspeição elevada, sendo fulcral para o tratamento e potencialmente life-saving. Neste caso, apesar das comorbilidades prévias como fatores confusionais, a suspeição da SC atendendo evolução clínica permitiram o tratamento adequado essencial para a recuperação do doente.

PO-0399 - (2716) - UM CASO ATÍPICO DE GOTA

Marta Braga Martins¹; Rita Gonçalves Pinto¹; Pedro Pires Mesquita¹;
Gonçalo Torrinha¹; Filipe Silva Vilela¹; Marina Alves¹; Vânia Gomes¹;
Céu Rodrigues¹; Paulo Gouveia¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: A Gota é uma patologia secundária à deposição de cristais de urato monossódico (MUS) nas articulações, cuja apresentação típica é de artrite inflamatória aguda autolimitada e que, se não tratada, evolui para uma artrite crónica tofácea e poliarticular.

Caso clínico: Homem, 62 anos, com hiperuricemia e crises de gota, cumprindo alopurinol de forma irregular, recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor lombar inflamatória com interferência na capacidade de marcha, sem défice motor; tomografia computadorizada evidenciava alterações degenerativas lombares, tendo alta com analgesia. Refratariedade e agravamento das queixas, com limitação funcional severa, por perda de força e parestesias dos membros inferiores, pelo que recorreu novamente ao SU. Analiticamente apresentava PCR de 304 mg/L, leucocitose e lesão renal. A TC lombar revelou “anterolistese de L5 sobre S1 com lise ístmica bilateral e protrusão discal podendo comprometer as raízes L5”. Pela suspeita de espondilodiscite foi internado. Ao segundo dia de internamento desenvolveu febre com agravamento dos parâmetros inflamatórios. A ressonância lombar revelou “processo inflamatório, sem coleções; compressão bilateral das raízes L4 nos buracos de conjugação e espessamento de tecidos moles pré-vertebral”. Excluída espondilodiscite infecciosa por biópsia, no entanto presença de células inflamatórias. Paralelamente às queixas axiais, desenvolveu poliartrite dos joelhos, tibiotársicas, interfalângicas, ombros e cotovelos, pelo que foi realizada artrocentese que, além de excluir artrite séptica, confirmou a presença de cristais de MUS. Foi instituída terapêutica com prednisolona 40 mg/dia e iniciado febuxostate, apresentando melhoria lenta e progressiva, mas com recidiva ao desmame de corticoterapia, evidenciando necessidade de dose alta por 6 semanas. Iniciou programa de reabilitação física às 4 semanas de tratamento.

Discussão e Conclusão: A relação entre hiperuricemia e gota representa um continuum desde o estado assintomático até manifestações crónicas poliarticulares. Quando não tratada precoce e adequadamente, a sua evolução previsível é a de se tornar uma artropatia crónica inflamatória com potencial afeção de qualquer articulação, incluindo o esqueleto axial e com predileção por localizações com dano estrutural prévio. Este caso enfatiza a necessidade de reconhecer os sinais clínicos da gota e de reconhecer a possível formação de cristais de MUS na coluna como causa de sintomas neurológicos.

PO-0400 - (3976) - UM CASO RARO DE TETANIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Elisa Caldeira¹; Eduarda Moniz¹; João Loja¹; Sofia Almada¹; Sara Gomes¹; Carolina Freitas Henriques¹; Miriam Capelo¹; Maria Da Luz Brazão¹; Teresa Faria¹; Sofia Silva¹

1 - Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPERAM

A hipocalcemia define-se por um valor total de cálcio < 8.5 mg/dl ou cálcio ionizado <1.16 mmol/L, apresentando um vasto espectro de manifestações que, consoante a velocidade da sua instalação e gravidade, variam desde a ausência de sintomas até crises convulsivas potencialmente fatais.

Doente de 41 anos, com antecedentes pessoais de hipotireoidismo, hipertensão arterial e depressão, medicada com levotiroxina, amlodipina, candesartan e fluoxetina. Recorreu ao Serviço de Urgência por ter acordado com deformação de ambas as mãos, com dor quando era tentada redução à posição normal. Referia adicionalmente parestesias tipo “formigueiro”sic em ambas as mãos, com maior intensidade na mão esquerda e discreta “dormência”sic da extremidade nasal, com 4 dias de evolução. Negava outros sintomas associados, alterações medicamentosas ou ingestão de outras substâncias.

Objetivamente, encontrava-se consciente, colaborante e orientada, apresentando o polegar em adução, flexão das articulações metacarpofalângicas, flexão das interfalângicas e flexão do punho, de ambas as mãos, com dor na tentativa de redução para posição anatómica. Gasimetricamente apresentava um cálcio ionizado de 0.69 (valores de referência:1.16-1.31), sem outras alterações. Testaram-se os sinais de Chvostek e Trousseau, que se revelaram positivos (imagens em anexo). Nas análises, apresentava um cálcio ajustado de 5.88 mg/dL (valores de referência: 8.9-10.3 mg/dl), fósforo de 4.8 mg/dL (valores de referência: 2.5-4.5 mg/dL), PTH 20.8 pg/mL (valores de referência: 15-65 pg/mL) e vitamina D total de 34 ng/mL (valores de referência: 30-100ng/mL). Após correção endovenosa do cálcio, a doente apresentou melhoria da sintomatologia, ficando posteriormente internada no serviço de Endocrinologia para investigação da etiologia da hipocalcemia. A doente negava episódios anteriores semelhantes, cirurgia cervical, bem como história familiar de hipocalcemia.

A irritabilidade neuromuscular, também chamada tetania, é o sintoma clássico da hipocalcemia aguda, podendo ser ligeira, com parestesias periorais, das mãos e dos pés, ou grave, com espasmo carpopedal, laringoespasmo ou crises convulsivas focais ou generalizadas. As etiologias mais comuns da hipocalcemia incluem distúrbios relacionados com a PTH e com a vitamina D, bem como a utilização de fármacos.

PO-0401 - (4038) - SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE

Ana Sara Monteiro^{1,2}; Ana Pires Gonçalves^{1,3}; Sofia Amálio^{1,2}

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro; 2 - Serviço de Medicina Interna; 3 - Serviço de Endocrinologia

Introdução: A Síndrome Poliglandular Autoimune (SPA) representa um conjunto de doenças autoimune que podem resultar em disfunção de múltiplos órgãos endócrinos e não endócrinos. Existem 4 tipos de SPA: Tipo 1, 2, 3 e Poliendocrinopatia e enteropatia ligada ao X. A SPA2 é diagnosticada pela combinação de 2 de 3 endocrinopatias: adrenalite autoimune, doença autoimune tireoideia e Diabetes mellitus tipo 1 autoimune (DM1). A falência ovárica prematura autoimune ocorre em 50% dos casos de SPA2. Tem uma prevalência de 1:20000, é 3 vezes mais comum em mulheres e tipicamente tem início na vida adulta. A apresentação clínica é heterogênea e a progressão variável, representando um desafio clínico. O diagnóstico precoce é permissivo para o rastreio de autoimunidade específica de órgãos e tratamento da disfunção em fase subclínica, com benefício sobre a morbimortalidade.

Caso Clínico: Uma mulher, 34 anos com antecedentes de DM1 desde os 4 anos, Tiroidite de Hashimoto desde os 30 anos seguida em consulta de Diabetologia referiu amenorreia. Teve menarca aos 12 e amenorreia aos 25 anos. A medicação habitual constava de insulina degludec e aspártico ultra-rápida em esquema de insulino terapia funcional, apresentado uma Hb A1C de 7% e tempo no alvo superior a 70% com menos de 5% de hipoglicémias. Fazia ainda levotiroxina 0.1mg.

Objectivamente apresentava-se normotensa com obesidade grau I sem hirsutismo ou acne.

Do estudo diagnóstico observou-se: anticorpos (ac) anti-ilhéus e anti GAD positivos; anti 21-hidroxilase 4.01 (ref <1), reserva adrenal diminuída (ACTH 91.9 pg/ml (ref 7.2-63.3), cortisol sérico 15 ug/dL (ref 7-21), hipogonadismo hipergonadotrófico, FSH 76.2 mUI/ml (ref 1.38-16.69), estradiol <18pg/ml (ref 21-649) E prolactina normal; ac anti transglutaminase positivos. A ecografia endovaginal não apresentava alterações.

Estabeleceu-se o diagnóstico de SPA2. A doente iniciou estroprogestativo e foi prescrita hidrocortisona a iniciar apenas em situação de stress fisiológico aumentado. Foi encaminhada para consulta de endocrinologia com vigilância da função adrenal.

Discussão e conclusão:

O intervalo de tempo entre as manifestações das endocrinopatias no SPA2 é variável. A DM1A é uma das manifestações mais comuns de SPA2 e frequentemente a primeira. Nos casos de DM1A e tiroidite auto-imune, devem ser determinados os ac anti-adrenal anualmente.

Após estabelecido o diagnóstico de SPA2 deve reastrear-se autoimunidade de outros órgãos de 2/2 anos até aos 75 anos.

PO-0402 - (5034) - ALÉM DO APARENTE: UM DESAFIO DA DIABETES

Luísa Pina Marques¹; Ana Raquel Freitas¹; Madalena Pinho¹

1 - Unida de Saúde Local De Entre Douro e Vouga

Introdução: A mastopatia diabética é uma patologia mamária benigna e rara, observada em doentes com diabetes mellitus (DM) tipo 1 e menos frequentemente na DM tipo 2. Caracteriza-se por densa proliferação fibrosa do tecido mamário que clinicamente mimetiza massas neoplásicas. A confirmação diagnóstica é realizada por biópsia pela presença de fibrose densa e infiltrado inflamatório linfocítico/mononuclear perivascular. A sua patogénese não é totalmente compreendida e na maioria dos casos não requer tratamento cirúrgico.

Caso Clínico: Mulher de 70 anos com DM tipo 2 com mais de 20 anos de evolução, acompanhada em consulta de Medicina Interna por mau controlo glicémico hemoglobina glicada média de 9%, sob três classes de antidiabéticos orais e insulino-terapia, tendo como complicação nefropatia diabética. Referiu dor na mamária direita (MD); à palpação apresentava área nodular irregular na transição dos quadrantes superior e externo, sem alterações cutâneas nem adenopatias palpáveis. Realizou mamografia e ecografia mamária que revelaram padrão mamário de tecido fibroglandular heterogeneamente denso, com distribuição globalmente simétrica e hiperecogenicidade difusa da gordura no quadrante súpero-externo da mama esquerda (ME), de limites imprecisos; sem alterações na MD. Realizou ressonância magnética nuclear (RMN), que destacou a presença de heterogenicidade à periferia dos quadrantes superiores da MD e uma ligeira área de realce à superfície dos quadrantes internos da ME. Executada biópsia aspirativa ecoguiada na MD em área de maior realce na RMN, que identificou parênquima mamário com fibrose estromal e focos de infiltração celular inflamatória mononuclear com alguns granulomas epitelioides não necrotizantes e calcificações grosseiras, sem estruturas de natureza neoplásica, achados compatíveis com mastopatia diabética. Estudo analítico extenso excluiu doença autoimune ou infecciosa. Durante o seguimento, os referidos achados surgiam e desapareciam em vários locais da mama, tendo tido resolução espontânea acompanhada do melhor controlo glicémico; sem recidiva até ao momento.

Discussão e Conclusão: Este caso destaca a associação entre DM de longa duração e mau controlo glicémico e o desenvolvimento de complicações raras, como a mastopatia diabética. Apesar de ser uma condição benigna, a identificação adequada é essencial para evitar intervenções cirúrgicas desnecessárias. Além disso, reforça a importância do controlo glicémico na gestão desta patologia.

PO-0403 - (2519) - CHOQUE SECUNDÁRIO A APOPLEXIA PITUITÁRIA

Guilherme Sacramento¹; Beatriz Ferreira¹; Andrea Castanheira¹; Francisco Silva¹; Isabel Madruga¹

1 - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução:

O hipopituitarismo refere-se à produção inadequada de uma ou mais hormonas da hipófise anterior como resultado de lesões da glândula pituitária e/ou hipotálamo. Dentro das possíveis etiologias do hipopituitarismo temos a apoplexia pituitária que surge por enfarte da hipófise como resultado de isquemia ou hemorragia.

Caso clínico:

Mulher de 39 anos com antecedentes pessoais de obesidade e diagnóstico recente de macroadenoma da hipófise com compressão quiasmática e hipopituitarismo parcial (ACTH clinicamente silencioso, com deficit gonadotrófico). Apresentava ressonância magnética (RM) crânio-encefálica que documentava lesão ocupando espaço intra e supra-selar, com moldagem do quiasma ótico, existindo extensão ao seio cavernoso direito, sem repercussões sobre o calibre do sifão carotídeo homolateral e erosão óssea com extensão da lesão ao seio esfenoidal e discretamente ao teto da nasofaringe. Já tinha sido avaliada em consulta multidisciplinar de Neurocirurgia e Endocrinologia estando a aguardar cirurgia em ambulatório com sintomas de cefaleia, blefaroptose e diplopia. Aquando da avaliação em consulta de Anestesia é contactada a Medicina Interna por episódio de síncope com posterior manutenção de hipotensão apesar da administração de soro cristalóide. Apresentava também agravamento das alterações visuais. Tendo em conta os antecedentes descritos optou-se por realizar TAC cranioencefálica que documentou involução do macroadenoma hipofisário documentado na RM admitindo-se possível apoplexia pituitária. Foi posteriormente pedida nova RM que corroborou apoplexia do macroadenoma documentado na RM prévia com consequente resolução da compressão do quiasma. Foi feita terapêutica com hidrocortisona e levotiroxina com estabilização do perfil tensional e melhoria clínica da doente.

Conclusão:

A apoplexia pituitária deve ser suspeitada perante um quadro agudo de cefaleia, hemianopsia e diplopia, clínica de hipopituitarismo e hipotensão súbita com possível choque. É mais frequente em doentes com o diagnóstico pré-existente de adenoma hipofisário, como foi o caso desta doente.

PO-0404 - (2754) - HIPERCALCÉMIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Vieira Afonso¹; Mafalda Gomes Dos Santos¹; Joana Castro Vieira¹; Mariana Magalhães¹; Rafael Oliveira¹; Ana Filipa Rodrigues¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste - Unidade Caldas da Rainha

Introdução: A hipercalcémia é responsável por manifestações sistémicas, por vezes com consequências fatais. A investigação diagnóstica nem sempre é linear uma vez que pode ser um elemento comum a diferentes patologias.

Caso Clínico: Mulher, 82 anos, com antecedente de HTA, recorreu ao SU por dor lombar bilateral não controlada, com 2 semanas de evolução. Referia também astenia, náuseas, vômitos e obstipação. Negava febre ou outra sintomatologia.

Ao exame objetivo, hemodinamicamente estável, mucosas descoradas, com dor abdominal difusa à palpação. Murphy renal negativo. Auscultação cardiopulmonar sem alterações. Ao exame neurológico lentificada e com hiperreflexia. Gasimetricamente a destacar calcio ionizado de 2.09mmol/L. Análises mostraram Hb 8.6g/dL (normocítica normocrómica), creatinina 3.16mg/dL, ureia 110mg/dL, LDH 171U/L, Calcio 18.1mg/dL, PCR 0.5mg/dL, sedimento urinário sem alterações. Iniciou medidas de correção de hipercalcemia, não tendo indicação para indução dialítica. Realizou TCCE - lesões líticas múltiplas em calote craniana com envolvimento paquimeningeo; sem lesões encefálicas-; estendeu-se a TC corpo - lesões líticas em corpos vertebrais a nível lombar; Proteinograma - pico monoclonal; Imunofixação Urinária e Sérica - em curso. Durante internamento desenvolveu choque séptico a Pneumococo disseminado, com disfunção multiorgânica (respiratória, cardiovascular, renal e hematológica), motivo pelo qual iniciou antibioterapia de largo espectro, ventilação e suporte aminérgico, tendo vindo a falecer.

Discussão: O mieloma múltiplo caracteriza-se por um estado de imunodeficiência multifatorial sendo as infeções uma complicação major e a principal causa de morte nestes doentes. A hipercalcémia é um dos sinais de suspeição, podendo instalar-se de forma insidiosa, com sintomatologia inespecífica arrastada que nem sempre motiva recorrência a cuidados de saúde em fases iniciais, antes tardias, o que faz com o diagnóstico seja muitas vezes tardio.

PO-0405 - (4907) - UMA HIPONATREMIA GRAVE POR INSUFICIÊNCIA SUPRA-RENAL

António Leão¹; Joana Correia¹; Ana Luísa Broa¹; Vilma Laís Grilo¹; Inês Trabucho¹

1 - Hospital Garcia de Orta

A insuficiência supra-renal (ISR) classifica-se como primária, secundária ou terciária conforme seja por alteração da glândula supra-renal, hipófise ou hipotálamo, respetivamente. A ISR aguda geralmente apresenta-se com hipotensão refratária, choque e alteração do estado de consciência em resposta a um evento agudo. As manifestações da ISR crónica são mais inespecíficas como astenia, anorexia, dor abdominal, hipotensão ortostática e alterações analíticas como hiponatremia, hipercalemia, hipoglicemia e anemia normocítica (incomum).

Trata-se de um homem de 70 anos com antecedentes de DPOC, doença renal crónica 3b, tabagismo e neoplasia da base da língua tratada com quimio-radioterapia 2 meses antes da admissão. No mês anterior o doente foi internado por pancitopenia pós quimioterapia, tratado com suporte transfusional e fluconazol por mucosite oral.

Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro com 1 semana de evolução de astenia e lipotimia que agravava com ortostatismo. Ao exame objetivo com pele e mucosas francamente desidratadas, sem outras alterações de relevo. As análises mostraram anemia normocítica (Hb 4.3 mg/dL), hiponatremia (114 mmol/L) e hipercalemia ligeira (5.1 mmol/L). O estudo da anemia, condicionado por transfusão prévia, revelou défice ligeiro de folatos, VitB12 normal e cinética do ferro inconclusiva. Os exames endoscópicos e a TC de corpo não tinham evidência de hemorragia. Realizou múltiplas transfusões mantendo anemia. Iniciou terapêutica de suporte com darbopoiatina e suplementação de ácido fólico com ligeira melhoria. Do estudo de hiponatremia, após exclusão de pseudo-hiponatremia e causa iatrogénica, apurou-se osmolalidade sérica no limite inferior, sódio urinário aumentado e ACTH aumentada e cortisol sérico diminuído. Dada a gravidade de hiponatremia e por suspeita de ISR primária iniciou tratamento com hidrocortisona verificando-se melhoria marcada da natremia e anemia. Teste de estimulação de ACTH posterior inconclusivo, com ACTH muito aumentada (107 pg/mL) e cortisol sérico normal, ainda que sob hidrocortisona. Diagnosticou-se, portanto, ISR primária.

A ISR é uma doença endocrinológica potencialmente grave cujo diagnóstico frequentemente se atrasa pela sua apresentação inespecífica. Neste caso a etiologia constituiu um desafio. Apesar da ISR estar associada ao tratamento com cetoconazol, existem casos na literatura de ISR por fluconazol. Ainda assim, tendo em conta os antecedentes, provavelmente trata-se de ISR multifatorial.

PO-0406 - (2691) - HIPOGLICEMIAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Isabel Mendes Bessa¹; Elisabete Ribeiro¹; Letícia Leite¹; Elisa Torres¹; Jorge Cotter¹

1 - ULS Alto Ave

A hipoglicemia é a complicação aguda mais frequente da Diabetes Mellitus (DM), e associa-se a uma morbimortalidade considerável. A sua ocorrência e gravidade podem ser evitadas pelo reconhecimento precoce dos fatores de risco, auto-monitorização dos valores de glicemia, bem como a seleção de regimes de tratamento adequados e dirigidos a cada doente. Definimos hipoglicemia como valores de glicemia abaixo dos 70mg/dL.

O principal objetivo deste trabalho é a caracterização dos doentes observados no SU com diagnóstico de hipoglicemia.

Com efeito, foram selecionados os doentes observados no SU pela Medicina Interna com diagnóstico de hipoglicemia, independentemente do motivo de admissão, no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2021. Obtivemos um total de 60 doentes. Os dados foram analisados com base no processo clínico dos doentes e a análise estatística destes foi feita com recurso ao Excel.

A idade média dos doentes foi de 70,85 anos, sendo que 70%, eram já idosos, ou seja, tinham idade superior a 65 anos. Menos de metade (45%, N=27) dos doentes admitidos com hipoglicemia receberam pulseira vermelha na triagem de Manchester e inclusive, 5% (N=3) receberam pulseira verde. O motivo de triagem foi na maioria “Alteração do estado de consciência” (em 61,7%, N=37).

De notar que, dos 60 doentes observados, 15% (N=9) não eram diabéticos. Dos diabéticos, a maioria (80%, N=48) tinha DM tipo 2. Apenas 28 doentes tinham disponível um valor de HbA1c recente (dos últimos 3 meses) e apesar de apresentarem episódios de hipoglicemia, a maioria dos doentes tinha uma HbA1c acima do alvo, quase 70% (N=19) e apenas 32% tinham o valor no alvo (N=9).

Relativamente ao contexto social dos doentes, a maioria morava acompanhado com alguém autónomo e capaz de dar apoio, (70%, N=42), mas 15% vivia sozinho ou com outra pessoa dependente sem apoio externo.

Relativamente ao tratamento, 31,7% (N=19) fazia conjuntamente insulina lenta e antidiabéticos orais. 18% (n=11) dos doentes estavam medicados com uma sulfonilureia.

As principais causas de hipoglicemia foram a sobremedicação (em 56,7%, N=34) e as infeções (em 20%, N=12). 43,3% (N=26) dos doentes necessitaram de internamento

Para concluir, 55% (n=33) dos doentes não foram triados como “emergências”, o que atrasou o tratamento precoce desta complicação. A glicemia capilar deve ser avaliada em todos os doentes admitidos por alteração do estado de consciência. A maioria dos doentes estavam sobremedicados ou sob sulfonilureia, e muitos deles vivem sozinhos o que nos deve fazer refletir sobre os esquemas terapêuticos que usamos nos nossos doentes e que nos doentes mais idosos devemos ser mais permissivos em relação ao alvo glicémico e que é importante o uso de novas ferramentas para controlo glicémico (como os sistemas de Monitorização Contínua da Glicose, as canetas de insulina inteligentes, etc).

PO-0407 - (2808) - AMILOIDOSE COMO CAUSA DE DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Francisco Abrantes¹; Ana Rita M. Figueiredo¹; Madalena Simões De Carvalho¹; Mariana Cerejo Silva¹; Inês S.F. Da Silva¹; Lúcia Peixoto^{1,2}

1 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria; 2 - Clínica Universitária de Medicina I, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: Amiloidose (AM) representa um grupo de doenças em que ocorre deposição de fibrilhas proteicas insolúveis de amilóide em diferentes órgãos, provocando disfunção destes. É subdiagnosticada uma vez que os sinais/sintomas são inespecíficos, havendo necessidade de elevada suspeita clínica. O diagnóstico definitivo assenta na biópsia de órgão. Os derrames pleurais (DP) recidivantes são raros nas amiloidoses sistémicas.

Caso clínico: Mulher, 72 anos, admitida por lombalgia e movimentos involuntários dos 4 membros, associado a perda ponderal não intencional ou quantificada. Observado edema dos membros inferiores até aos joelhos. Internada por lesão renal aguda (LRA) e hipercalcemia. Apresentava antecedentes de Mieloma Múltiplo (MM) IgA lambda submetido a auto-transplante de medula óssea com resposta completa mas em recaída biológica nos últimos 3 anos, sem recaída clínica e sem tratamento ativo; Síndrome de Sjögren (SS); DP volumoso à direita, submetido a múltiplas toracocenteses e biópsia, sem etiologia identificada.

Com hidratação verificou-se resolução de hipercalcémia e LRA. Foi submetida a duas toracocenteses com saída de líquido serofibrinoso compatível com exsudado, negativo para células neoplásicas. Avaliação de MM com kappa livre 33,2mg/L, lambda livre 1220 mg/L, dFLC 1186,8mg/L, imunofixação (IF) sérica com banda nas cadeias leves lambda e IF urinária com bence jones lambda. Quantificado amilóide sérico A 32,6mg/L, realizada biópsia da gordura abdominal que foi positiva para amilóide P e TTR por imunohistoquímica. Solicitada pesquisa de amilóide em biópsia pleural realizada 7 meses antes, positiva para os mesmos componentes. Autoimunidade negativa, cintigrafia das glândulas salivares (GS) com compromisso patológico, biópsia das GS compatível com AM. Ecocardiograma transtorácico sugestivo de miocardiopatia infiltrativa, RM sugestiva de amiloidose cardíaca.

Discussão: Excluído SS, confirmado envolvimento sistémico de AM, e a relação etiológica com DP recidivante. Submetida a talcagem por VATS e iniciada dexametasona e lenalidomida para MM. Não foi obtido subtipo de amiloidose por espectrofotometria de massa. Não realizou cintigrafia com DPD uma vez que faleceu antes por diverticulite perforada com peritonite fecal.

Conclusões: Pretende-se salientar a possibilidade de AM como causa de DP recidivante e a necessidade de elevada suspeita clínica para diagnosticar AM, principalmente de forma precoce, de forma a evitar o subdiagnóstico.

PO-0408 - (2516) - ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA - UM CASO DE INSUFICIÊNCIA SUPRARRENAL SECUNDÁRIA A RECIDIVA DE MACROADENOMA DA HIPÓFISE.

Mariana Fernandes¹; Catarina Pestana Santos¹; Alice Alicerces¹; Ana Leão²

1 - Hospital Garcia de Orta; 2 - Instituto português de reumatologia

Introdução: A insuficiência da suprarrenal (ISR) pode ser classificada como primária, secundária ou terciária de acordo com a causa subjacente ao hipocortisolismo. Na insuficiência suprarrenal secundária existe diminuição da produção de hormona adrenocorticotrófica (ACTH) que pode ser isolada ou associada a défice de outras hormonas hipofisárias (pan-hipopituitarismo). Existem várias causas como tumores hipofisários, infeções, trauma e doenças infiltrativas. Clinicamente, pode apresentar-se com hipogonadismo e hipotiroidismo secundários, hiperprolactinémia, sintomas compressivos como cefaleias e alterações visuais, para além dos sintomas decorrentes do hipocortisolismo.

Caso clínico: Mulher, 82 anos, com antecedentes de síndrome de Marine Lenhart e macroadenoma da hipófise, já submetida a exérese por craniotomia pterional e posteriormente por recidiva a resseção por via esfenoidal. Foi internada por infeção respiratória alta e alteração do estado de consciência. No exame objetivo encontrava-se prostrada, com resposta ocular à voz, pouco colaborante e discurso não fluente. Analiticamente com hipocortisolismo marcado, ACTH mantida, défice de IGF-1, gonadotrofinas não menopausicas. Realizou tomografia computadorizada cranioencefálica onde se documentou lesão expansiva selar e suprasselar com invasão do seio cavernoso esquerdo. Confirmou-se recidiva de macroadenoma hipofisário por ressonância magnética nuclear, a condicionar ISR secundária. Iniciou tratamento com hidrocortisona, tendo-se verificado rápida recuperação do estado de consciência. Foi proposta para nova cirurgia e radioterapia.

Conclusão: Com o presente caso os autores pretendem salientar a complexidade clínica que doentes com macroadenoma da hipófise não funcionante podem apresentar. Frequentemente estes são assintomáticos até apresentarem sintomas decorrentes de défices hormonais ou efeito de massa. A ISR secundária é a complicação endocrinológica mais comum cursando com fadiga crónica, anorexia, perda de peso, dor abdominal, náuseas e diarreia. Assim, o olhar clínico deve ser rigoroso e sistemático na abordagem de doentes com sintomas inespecíficos, como a alteração do estado de consciência.

PO-0409 - (4629) - TEMPESTADE TIROIDEIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Desirée Farinha¹; Matilde Couto¹; João Barroso¹; Carolina Gomes¹; Monica Reis¹

1 - Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução

A tempestade tiroideia (TT) é uma emergência médica rara, grave, resultante da exacerbação abrupta e potencialmente fatal do hipertiroidismo. O principal fator precipitante são as infeções. A causa mais frequente de TT é a doença de Graves sendo, por isso, mais frequente em mulheres adultas.

O diagnóstico é fundamentalmente clínico, mas deve ser sempre confirmado através da função tiroideia que, regra geral, apresenta uma TSH suprimida e frações livres das hormonas tiroideias elevadas. As manifestações clínicas mais frequentes são: a febre, taquicardia, agitação, delírio e coma.

Perante a sua suspeita, o tratamento deve ser instituído imediatamente, independentemente dos resultados laboratoriais, porque o seu atraso pode ser fatal. Os anti-tiroideos de síntese, propiltiouracilo (PTU) e metimazol (MMI), são utilizados para bloquear a síntese de hormona tiroideia.

Caso clínico:

Sexo feminino, 47 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos ou medicação crónica. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por náuseas e vómitos com 2 meses de evolução, astenia, emagrecimento involuntário de 40kg, palpitações e toracalgia.

À admissão apresentava-se vígil, orientada, normotensa, emagrecida, sem exoftalmia, com taquicardia supra-ventricular 178bpm. Administrada adenosina, propanolol e sulfato de magnésio mantendo frequências 136bpm. Análises do exterior com TSH indetetável. Tiróide aparentemente aumentada, dolorosa a palpação, sem nódulos aparentes, móvel a deglutição. Assumido taquicardia em contexto de TT, iniciou Tiamazol.

Analiticamente com anemia, sideremia normal, antitiroideos positivos e TSH <0.008 mU/L

Por instabilidade hemodinâmica, ao 5º dia foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) onde permaneceu 4 dias com evolução favorável, sem presunção de infeção. Transferida posteriormente para o serviço de Medicina de onde teve alta medicada com propanolol e tiamizol.

Discussão & Conclusão:

A TT é uma emergência endócrina rara, com uma importante taxa de morbi-mortalidade,

A maioria dos casos surge no contexto de um evento precipitante, frequentemente infeccioso.

O diagnóstico é clínico e deve ser considerado nos doentes com clínica de tireotoxicose e disfunção orgânica associada. O prognóstico depende da instituição atempada da terapêutica e não deve depender da confirmação analítica de tireotoxicose.

PO-0411 - (2088) - ANASARCA POR NEOPLASIA PAPILAR INTRADUCTAL PANCREÁTICA

Maria Eduarda Moniz¹; Luis Santos¹; Mauro Fernandes¹; Manuela Lélis¹; Carlos Lélis¹; Carolina Olim¹; Teresa Faria¹

1 - sesaram

A anasarca é caracterizada pela acumulação de líquido intersticial de forma generalizada e pode ter por múltiplas etiologias.

Uma mulher de 57 anos foi internada por anasarca. Apurou-se que apresentava diarreia crónica e desconforto epigástrico com vários meses de evolução. Apresentava antecedentes de pancreatite crónica, diabetes mellitus tipo 2, fibrilhação auricular, doença renal crónica, provável acidose tubular renal tipo 4 e glaucoma. Sem história familiar de pancreatite. Sem hábitos tabágicos ou etílicos. Analiticamente apresentava hipoalbuminémia grave e microalbuminúria. Os auto-anticorpos para doença celíaca e exames parasitológicos das fezes foram negativos. A tomografia abdominal mostrou pâncreas muito atrófico. O ecocardiograma transtorácico não revelou alterações e o NT-proBNP era baixo. Realizou endoscopia digestiva alta cujas biópsias revelaram gastrite crónica, negativas para pesquisa de *Helicobacter pylori*. Realizou colonoscopia cujas biópsias revelaram colite linfocítica. Realizou reposição de albumina e iniciou enzimas pancreáticas exógenas e reforço diurético. A elastase pancreática nas fezes revelou-se severamente diminuída. Teve alta melhorada da diarreia, após iniciar as enzimas pancreáticas exógenas, e com e com resolução da hipoalbuminémia, contudo foi encaminhada para consulta para continuar estudo. Realizou colangiressonância que revelou neoplasia mucinosa papilar intraductal de ramo periférico na cabeça do pâncreas.

A insuficiência exócrina pancreática pode ter múltiplas causas entre as quais a obstrução do ducto pancreático. A neoplasia mucinosa intraductal pancreática pode cursar com sintomas de insuficiência exócrina pancreática devido à produção de mucina que pode obstruir o ducto pancreático, impedindo a passagem das enzimas pancreáticas para o lúmen intestinal. Assim, há uma diminuição da digestão de lípidos, hidratos de carbono e de proteínas. A diminuição da digestão e absorção de proteínas pode, assim, levar a hipoalbuminémia e anasarca conseqüente. A diminuição de absorção de lípidos pode levar a esteatorreia. A elastase fecal é um teste indireto da função pancreática, o facto de estar diminuída é a favor da insuficiência pancreática exócrina.

A anasarca pode ser causada por hipoalbuminémia em doentes com insuficiência pancreática. A insuficiência pancreática pode apresentar diversas etiologias e a realização de exames imagiológicos abdominais pode ter um papel importante na sua determinação.

PO-0412 - (2473) - HEPATITE ALCOÓLICA AGUDA- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Soraia Mendes¹; Edgar Amaro¹; Rita Tinoco Magalhães¹; Luís Miguel Pereira¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais Dr.José de Almeida

Introdução: A hepatite alcoólica aguda, resultante da lesão inflamatória necrotizante do fígado, é uma das consequências do consumo frequente ou em grande quantidade de álcool. Embora seja uma patologia relativamente rara, é de extrema importância dada a potencial apresentação sob a forma de hepatite aguda grave, com falência hepática e elevado risco de mortalidade.

Caso clínico: Homem de 42 anos, romeno, com ingestão diária alcoólica de 252 gramas nas 2 últimas semanas. Admitido no Serviço de Urgência por aumento do volume abdominal e mal-estar geral, objetivando-se lentificação psicomotora, icterícia mucocutânea e distensão abdominal. Analiticamente apresentava hiperbilirrubinemia conjugada (bilirrubina total 16,60 mg/dl, conjugada 13.44 mg/dl), citólise hepática com AST/ALT>2 (AST 254 UI/L, ALT 54 UI/L), INR 2, leucocitose neutrofílica e elevação de PCR (5 mg/dl), com tomografia computadorizada abdominopélvica com “hepatomegalia de 245 mm, dismórfica, com aumento relativo das dimensões do lobo esquerdo e caudados, de contornos lobulados, em provável relação com doença hepática crónica, e ascite”. Admitido em internamento por hepatite aguda alcoólica e doença hepática crónica descompensada com ascite e encefalopatia porto-sistémica grau 1 (west haven criteria). Após paracentese que excluiu peritonite bacteriana espontânea, iniciou terapêutica com espironolactona, lactulose e rifaximina, bem como corticoterapia (função discriminante de Maddrey >32). Apresentou evolução desfavorável com admissão em Cuidados Intensivos por agravamento de disfunção renal e hepática, com elevação de parâmetros de citocolestase e coagulopatia. Excluída intercorrência infecciosa como fator precipitante deste agravamento, admitido provável síndrome hepatorenal, com melhoria após terapêutica com albumina humana. Reiniciou corticoterapia, com melhoria da função renal e estabilidade da disfunção hepática. Discutido e avaliado em Centro de Referência de Transplante Hepático, tendo sido proposto e submetido a transplante hepático.

Conclusão: O presente caso representa uma das complicações mais severas da ingestão de álcool. Enfatiza a necessidade de uma vigilância clínica e analítica rigorosas, com uma abordagem multidisciplinar, visando a estabilização do doente para o único procedimento curativo disponível- o transplante hepático. Adicionalmente, permite-nos rever o benefício da aplicação de escalas como função discriminante de Maddrey e a sua importância na abordagem terapêutica.

PO-0413 - (2565) - CIRURGIA BARIÁTRICA COMPLICADA POR TROMBOSE DA VEIA PORTA

João Loja¹

1 - Hospital Central do Funchal, Serviço de Medicina Interna

Introdução - Apresenta-se o caso de uma mulher que após ter sido submetida a uma cirurgia bariátrica (CB) desenvolveu uma anemia de doença crónica e cujo estudo revelou trombose da veia porta (TV porta).

Caso Clínico – Mulher de 61 anos submetida em maio de 2019 a CB complicada por fístula do sleeve com necessidade de realizar vários esquemas de antibioterapia. A doente recorreu ao serviço de urgência em abril de 2020 por quadro de cansaço e mal-estar geral com 6 meses de evolução, destacando-se ao exame objetivo uma dor abdominal difusa à palpação sem defesa. Analiticamente apresentava anemia normocítica/normocrómica de novo com hemoglobina de 8.2 g/dL e aumento dos parâmetros inflamatórios, com proteína C reativa de 180 mg/L. Tendo em conta os antecedentes cirúrgicos, a doente foi internada na Medicina Interna, salientando-se durante o internamento uma gama-GT de 202 U/L, fosfatase alcalina de 193 U/L, aumento das transaminases e das imunoglobulinas (IgM 238mg/dL e IgA 529mg/dL) e d-dímeros de 1214ng/mL, sugerindo um perfil inflamatório crónico. Por suspeita de complicação cirúrgica a condicionar um padrão inflamatório nomeadamente abscesso versus deiscência da sutura versus TV porta, foi pedido tomografia computadorizada abdominopélvica com contraste que revelou uma TV porta. A doente iniciou anticoagulação com enoxaparina terapêutica com posterior switch para varfarina e subsequente melhoria clínica e analítica com alta ao fim de 29 dias de internamento.

Discussão – Alguns casos de TVP na população bariátrica têm sido relatados, já que a realização deste tipo de cirurgia teve um crescimento notável na última década. Um dos mecanismos implicados prende-se com a afetação do fluxo venoso portal por parte do aumento da pressão intra-abdominal. Por sua vez, o fluxo portal comprometido pode contribuir para um estado protrombótico na circulação portomesentérica. Adicionalmente, as trombofilias adquiridas podem levar ao desenvolvimento de TV porta, em particular na população bariátrica, já que a obesidade associa-se a risco aumentado de tromboembolismo.

Conclusão – A TV porta é uma complicação rara de CB com consequências potencialmente deletérias. Sintomas podem ser vagos e um alto índice de suspeição é necessário para confirmar-se o diagnóstico e iniciar-se tratamento atempadamente.

PO-0414 - (2724) - SÍNDROME DO INTESTINO CURTO – UM DESAFIO NA GESTÃO DAS SUAS COMPLICAÇÕES

Patrícia Araújo¹; Ana Frederica Parente¹; Duarte Silva¹; António Ferreira¹; Cátia Barreiros¹; Emília Guerreiro¹; Diana Guerra¹; Carmélia Rodrigues¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução

O Síndrome do Intestino Curto (SIC) é caracterizado por intestino delgado funcional inferior a 200 cm e ocorre após extensa ressecção cirúrgica ou doença congénita do intestino delgado.

Caso Clínico

Homem, 70 anos. Queda de bicicleta com laceração esplénica em Out/2021 – evolução com isquemia mesentérica aguda, submetido a várias intervenções cirúrgicas, com ressecção extensa do delgado, colectomia subtotal e confecção de ileostomia terminal, restando 110cm de intestino delgado. Internamento prolongado por SIC com perdas hídricas, alterações hidroeletrólíticas de difícil gestão e intercorrências infecciosas. À alta perda ponderal (PP) de 15% (peso 105 para 89Kg), com necessidade de nutrição parentérica (NPT) por cateter venoso central de inserção periférica (PICC) através de ECCI. Observado em consulta de Medicina em Jan/2022 – ileostomia hiperfuncionante (IH) com >10 dejeções/dia, aumentada loperamida 2mg para tid. Desmame progressivo da NPT, no entanto sem possibilidade de suspensão. Em Mar/2022 internado por choque séptico com ponto de partida em PICC – dada estabilidade ponderal, decidido remover acesso. Em ambulatório novamente IH, PP (total 30% - peso 74Kg), hipomagnesémia e episódios recorrentes de lesão renal aguda (LRA) com hipercaliémia, pelo que colocado novo PICC e reiniciada NPT em Jul/2022, com posterior ganho ponderal (GP). Novo internamento em Ago/2022 por bacteriémia e infeção de PICC – de novo retirado acesso. Considerado risco de infeção associado a PICC / necessidade de NPT, decisão na alta de não reiniciar NPT e avaliação bissemanal em H. Dia para fluidoterapia e reposição de magnésio. Em Set/2022 mantinha IH com complicações e nova PP - associada codeína e exenatida com melhoria da consistência das fezes e GP – peso 85Kg. No entanto manteve LRA recorrente com necessidade de fluidoterapia semanal. Proposto início de teduglutido, não autorizado (motivos económicos). Em Fev/2023, PP sustentada (peso 80Kg). Iniciou octeótrido 20mg subcutâneo mensal em Abr/2023. Desde então com ganho ponderal progressivo, regularização do trânsito gastrointestinal e necessidade ocasional de correções hidroeletrólíticas

Discussão

O caso salienta as inúmeras complicações frequentemente associadas ao SIC (gastrointestinais, nutricionais, hidroeletrólíticas e infecciosas), evidenciando a importância de uma gestão rigorosa e multidisciplinar para uma evolução positiva, bem como a otimização de todas as armas terapêuticas, em especial, do iGLP1 e octeótrido

PO-0415 - (2799) - HEPATITE POR CMV EM DOENTES IMUNOCOMPETENTES: UMA ENTIDADE A NÃO ESQUECER

Sofia Miranda¹; Nadine Amaral¹; Inês Moreira¹; Ricardo Raposo¹; Daniel Calado¹; Carolina Roias¹; Paula Costa¹; Luís Dias¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo

O citomegalovírus (CMV) tem significativa prevalência em todas as faixas etárias, podendo causar um vasto leque de manifestações, desde a infecção subclínica assintomática até doença disseminada em doentes imunocomprometidos.

Mulher de 27 anos, autónoma e sem antecedentes médicos. Em termos epidemiológicos, a destacar ocupação profissional no processamento de resíduos urbanos e relações sexuais monogâmicas desprotegidas. Recorre ao Serviço de Urgência por astenia, náuseas e dor abdominal difusa com 1 semana de evolução. Objectivamente, apirética e hemodinamicamente estável e sem alterações ao exame objectivo abdominal. Analiticamente, destacava-se linfocitose relativa de $4.700 \times 10^9/L$, AST 423U/L, ALT 788U/L, GGT 99U/L, fosfatase alcalina 153U/L e bilirrubina sem alterações (R value 15.5, compatível com padrão hepatocelular). Realizou uma ecografia abdominal, que revelou hiperreflectividade dos espaços porta e gânglios hilares hepáticos com 8mm de eixo longo, de aspecto reactivo. Foi assim admitida em internamento para estudo. Durante o internamento, permaneceu clinicamente estável, com resolução paulatina da sintomatologia que motivou a sua admissão. Foi realizado um estudo etiológico alargado, que incluiu a pesquisa de causas infecciosas e não infecciosas: autoimunidade sem alterações, à excepção de aumento da imunoglobulina (Ig) G; cinética de ferro sem alterações compatíveis com sobrecarga de ferro; ceruloplasmina e alfa1-antitripsina sem alterações; serologia de vírus hepatotrópicos compatível com vacinação prévia contra hepatite B e anticorpos IgG (2 vezes o limite superior do normal) e IgM contra CMV positivos. Apesar da carga viral de CMV indicar com maior probabilidade infecção aguda, a positividade de IgM e a exclusão de outras etiologias firmou o diagnóstico de hepatite provocada por infecção por CMV. Atendendo ao facto da doente ser imunocompetente e não apresentar lesão crítica de órgão, optou-se apenas por terapêutica de suporte, tendo tido alta para consulta externa de Medicina Interna. Durante o seu seguimento, permaneceu assintomática e apresentou resolução completa das alterações analíticas descritas previamente.

Apesar de representar uma etiologia rara de hepatite vírica em imunocompetentes, a infecção por CMV deve ser sempre considerada, sobretudo se outras etiologias mais frequentes forem excluídas. A sua identificação ganha especial importância se considerarmos que, raramente, pode resultar em falência hepática aguda.

PO-0416 - (2853) - ANEMIA POR ECTASIA VASCULAR ANTRAL GÁSTRICA (GAVE)

Renzo Venturin Mozzer¹; Daniela Nascimento Matias Silva¹; Carlos Cruz Villalon¹; Mariana Bessa Quelhas¹; Jorge Barbancho Bravo¹; Lorena Lozano Real¹; Socrates Vargas Naranjo²

1 - Hospital Santa Luzia de Elvas; 2 - Hospital Doutor José Maria Grande

Introdução: A hemorragia digestiva alta (HDA) é mais comum devido à úlcera gastroduodenal (UGD), gastroduodenite erosiva (GDE) ou esofagite erosiva (EE) severas e varizes esofagogástricas (VEG). A GAVE não costuma causar HDA, nem causa de sangue oculto nas fezes (SOF). A HDA por GAVE acomete somente 4% das HDA não-varicosas e na maioria acima de 70 anos.

Caso Clínico: Mulher, 79 anos, autônoma, recorre a consulta (CE) por anemia. Tem antecedentes de anemia ferropénica (AF), diabetes, hipertensão, obesidade e pólipos colónicos. Faz uso de ferro oral (FO) e omeprazol. Na CE queixava-se de azia, refluxo gastroesofágico, fadiga e obstipação. Referia AF desde 11/2000 com uso de FO com resultado e hemoglobina (Hb) a 10g/dL. Ao exame mostrava palidez e esplenomegalia (EM). A colonoscopia (colono) evidenciou somente pólipos colónicos. A endoscopia digestiva alta (EDA) mostrou lesões esofágicas esbranquiçadas, gastrite antral e edema da mucosa duodenal. Novas análises já mostraram piora da Hb com queda de 2g/dL. Voltou à CE mantendo AF. Repetiu EDA com colheita de biópsias duodenais e nova colono. Persistiu AF com queda de Hb, necessitando hemotransfusões (HT), sem perdas hemáticas visíveis, mas positivando a pesquisa de SOF. Nova EDA revelou hipertensão portal (HTP) sem sangue. A ecografia abdominal com elastografia ratificou a HTP, EM e fibrose hepática e a tomografia do abdómen foi compatível com cirrose. Volta a ter queda de Hb. Fez novas HT. Nova EDA mostrou GAVE e hemorragia em toalha ativa necessitando de hemostasia com adrenalina. EDA de controlo confirmou persistência da HDA pelo que a doente foi enviada para tratamento com fotocoagulação (FC). Dada a extensão da GAVE foi necessário várias FC. Evoluiu com progressiva melhoria da Hb. Entretanto a HTP evoluiu com novas quedas de Hb a valores de 5g/dL sendo atribuídas às teleangectasias. Realizadas novas FC. Nova colono despistou lesões culpadas. **Discussão:** A HDA é mais frequentemente causada, em ordem de incidência, por UGD, GDE, EE e VEG, gastropatia hipertensiva portal, angiodisplasias, síndrome de Mallotz-Weiss, massas por pólipos ou neoplasias. Entretanto, com a disponibilidade das EDA, a GAVE também é uma condição atribuível às HDA. Diferentemente da HTP per si, a GAVE é tratada com FC com ótima resposta terapéutica. Infelizmente a doença progride e as hemorragias são reincidentes.

Conclusão: Excluídas as causas mais comuns, a HDA por GAVE deve sempre ser considerada e é facilmente identificada pela EDA.

PO-0417 - (4086) - LESÃO HEPÁTICA INDUZIDA (DILI) POR METILPREDNISOLONA – DESCRIÇÃO DE CASO

Ana Toste¹; João Martins Mendes¹; Filipe Marques Neves¹; Teresa Antunes¹; Jorge Almeida¹

1 - Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: A lesão hepática induzida por fármacos (DILI) é uma entidade comum mas de difícil diagnóstico, uma vez que a sua forma de apresentação mimetiza uma miríade de doenças hepáticas agudas e crónicas e de quase todas as classes de fármacos poderem induzir DILI.

Caso Clínico: Mulher, 34 anos, antecedentes de esclerose múltipla (EM) forma surto-remissão, não tratada desde 2017 por recusa da doente na sequência de hepatite tóxica presumida ao Interferão-beta-1a 4 semanas após surto medular com necessidade de pulsos de metilprednisolona (mPDN). Em 2023 novo surto com necessidade de pulsos de mPDN. Observada no SU 4 semanas após por náusea, astenia e dor abdominal. Analiticamente, citocolestase hepática com hiperbilirrubinemia de novo e discreto prolongamento do TP e parâmetros inflamatórios baixos. Ecografia hepática sem lesões focais, sinais sugestivos de infeção e sem ascite. Internada para estudo. Da revisão da anamnese sem contexto epidemiológico, consumo de hepatotóxicos, produtos de ervanária ou comportamentos sexuais de risco. Serologias VHA, VHC e C. burnetti negativas, imune VHB, reação Widal e Wright negativa. Pesquisa por PCR de VHE, HSV1&2, EBV, Varicella-zoster e Leptospira spp negativo. Estudo auto-imune com ANAs 1/1000, restante negativo. Sem evidência de sobrecarga de ferro, cobre ou défice de alfa1 anti-tripsina. Biópsia hepática com focos de necrose confluyente centrolobular sugestiva de etiologia tóxico-medicamentosa. Estabelecido o diagnóstico de hepatite tóxica por mPDN, tendo a doente evoluído favoravelmente e posteriormente iniciado tratamento de EM com Natalizumab.

Discussão & Conclusão: A mPDN é uma causa rara de DILI. Tem um espectro de apresentação variável, desde elevação isolada de transaminases a hepatite fulminante, e tempo médio para início de sintomas de 6 semanas. Afeta sobretudo mulheres com história pessoal de autoimunidade. O diagnóstico é desafiante, uma vez que até um terço dos doentes pode apresentar auto-anticorpos, sendo uma proporção considerável dos diagnósticos apenas estabelecidos após rechallenging com mPDN. O diagnóstico precoce desta entidade é essencial para uma descontinuação atempada do fármaco, prevenir a re-exposição e diminuição da morbimortalidade.

PO-0418 - (4248) - UM CASO RARO DE HIPERBILIRRUBINÉMIA

Adriana Pereira Almeida¹; Sofia Festa¹; Sara Marques Silva¹; Inês Rafael Marques¹; Carla Pinto¹; Paulo Bandeira¹; Mário Esteves¹

1 - Unidade Local de saúde Médio Ave

A síndrome de Crigler-Najjar (SCN) é uma doença autossômica recessiva causada pela ausência ou déficit da enzima UGT1A1, a enzima responsável pela conjugação da bilirrubina, que pode ser total (SCN tipo 1) ou parcial (SCN tipo 2). A SCN tipo 2 tem uma evolução clínica mais benigna e é raro o desenvolvimento de kernicterus. O diagnóstico de SCN é confirmado pelo estudo molecular do gene UGT1A1.

Os autores apresentam o caso de um homem de 33 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Encaminhado para a consulta de Medicina de doenças hepáticas por achado incidental de hiperbilirrubinémia indireta (bilirrubina total 5,27 mg/dl e bilirrubina indireta 4,87 mg/dl), sem outras alterações do perfil hepática. Verificou-se a presença destes valores desde há 15 anos. Ao exame objetivo apresentava-se esclerótidas ictéricas, sem lesões de coceira, sem colúria ou outra sintomatologia. Dos exames realizados, salienta-se estudo analítico após jejum prolongado com concentração de bilirrubina 13 mg/dl. Ecografia abdominal mostrou fígado de contornos regulares e dimensões mantidas, com textura homogénea, sem dilatação das vias biliares e com vesícula biliar sem alterações. Dado o valor máximo de bilirrubina total ser bastante elevada pediu-se o estudo genético, que mostrou heterozigotia a variante patogénica c.923G>Ap.(Gly308Glu) no geneUGT1A1, identificado em doentes com SCN e Síndrome de Glibert. Colocada a hipótese de SCN tipo 2, após subida da concentração de bilirrubina com jejum prolongado e confirmação com o teste genético. Até à data, sem necessidade de início de fenobarbital.

Para concluir, a SCN é uma patologia rara, em que a precocidade do diagnóstico e intervenção terapêutica são fundamentais para prevenir sequelas neurológicas e melhorar o prognóstico a longo prazo. Salienta-se a importância do estudo molecular, fundamental para um diagnóstico preciso e uma vigilância apertada do doente.

PO-0419 - (4300) - PANCREATITE AGUDA GRAVE SECUNDÁRIA AO VALPROATO

Ricardo Mortágua Velho¹; Beatriz Pedro Fernandes¹; Ana Sofia Teixeira¹; Ana Linda Borges¹; Isabel Fonseca¹; Lèlita Santos¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Unidade Local de Saúde de Coimbra

INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda é um processo inflamatório agudo do pâncreas que se manifesta com dor abdominal intensa e elevação das enzimas pancreáticas. As principais causas são a litíase biliar e o consumo de álcool. No entanto existem causas mais raras de pancreatite aguda. O valproato é um fármaco usado nos distúrbios neurológicos e psiquiátricos e é uma causa pouco frequente de pancreatite aguda. Apresenta-se o caso de uma pancreatite aguda necrotizante grave, com evolução para choque, causada pelo valproato.

CASO CLÍNICO

Homem, 57 anos, com antecedentes de epilepsia medicado com valproato há 2 anos, sem hábitos etílicos, sem hipertrigliceridémia, sem história de trauma ou de CPRE. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal intensa em cinturão com 24 horas de evolução. Apresentava dor à palpação profunda dos quadrantes superiores, sem defesa. O estudo complementar revelou níveis elevados de lipase (256 U/L) e necrose da cauda pancreática. No primeiro dia de internamento houve agravamento clínico com evolução para choque com disfunção cardiovascular e renal, tendo sido transferido para a unidade de cuidados intermédios médicos, onde permaneceu quatro dias, com progressiva melhoria clínica e analítica. Regressou à enfermaria ao sexto dia de internamento para consolidação terapêutica, tendo-se mantido estável durante toda a permanência. Substituiu-se o valproato por levetiracetam e manteve seguimento em consulta para exclusão de outras causas raras de pancreatite aguda e vigilância, tendo-se estabelecido como diagnóstico final uma pancreatite aguda secundária ao valproato. Manteve-se clinicamente estável e sem recorrência de novos episódios com a suspensão do valproato.

DISCUSSÃO & CONCLUSÃO

A pancreatite aguda pode ter múltiplas etiologias, devendo ser sempre consideradas as causas raras na ausência de uma causa comum evidente. Neste caso clínico apresenta-se um doente com uma pancreatite aguda grave, com necrose pancreática e evolução para choque, causada pelo valproato. A pancreatite aguda secundária ao valproato é um diagnóstico de exclusão, obrigando ao estudo exaustivo do doente para pesquisa das outras causas raras de pancreatite. Estão descritos cerca de 120 casos na literatura, ocorrendo 1 semana a 8 anos após o início do tratamento. Este caso alerta para a necessidade de consideração das etiologias raras de pancreatite aguda na abordagem inicial ao doente e no seu seguimento posterior.

PO-0420 - (4335) - HEPATITE TÓXICA POR AMANITAS

Sara Fernandes Silva¹; Elisabete Ribeiro¹; Marta Baptista¹; Maria Luís Santos¹; Cristina Cunha¹; Sara Freitas¹; Jorge Cotter¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Ave, EPE

Introdução: O consumo de cogumelos selvagens está associado a envenenamento, particularmente se consumo de espécies com toxinas hepatotóxicas como a amatoxina presente em mais de 35 espécies. A intoxicação por amanita caracteriza-se por diferentes etapas, podendo cursar com uma evolução quase assintomática até falência hepática. O início precoce de sintomatologia correlaciona-se com hepatotoxicidade mais severa.

Caso clínico: Homem, de 73 anos. Admitido por múltiplas dejeções diarreicas, dor abdominal intensa e vômitos alimentares com início horas antes. Referida ingestão de cogumelos selvagens. À admissão com abdómen doloroso à palpação na região do hipogastro e quadrante superior direito. Analiticamente com acidemia metabólica (pH 7.290, HCO₃ 15.7 mmol/L). No primeiro dia de internamento com acidemia metabólica em agravamento, disfunção hepatocelular e lesão renal aguda de novo (bilirrubina total 2.02 mg/dL (N: 0,3-1,2), bilirrubina direta 0.90 mg/dL (N: 0,0-0,3), TGO 2867 UI/L (N: 12-40); TGP 1812 UI/L (7-40); GGT 88 UI/L (N: 0-73); LDH 2430 UI/L (N: 120-246), ureia: 79 mg/dL (N: 15-39), creatinina 1,8 mg/dL (N: 0,70-1,30), proteínas totais 7.1 g/dL (N: 5,7-8,2), PCR 1.2 mg/L (N <3,0), INR 1.2 segundos, aPTT 30.6 segundos e TP 14.4 segundos). Admitido na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (UCIM) e contactado o Centro de Referência para Transplantação Hepática, com indicação de iniciar protocolo de acetilcisteína e silibinina. Na UCIM cumpriu 21 horas de acetilcisteína, 6 dias de silibinina e 6 dias de vitamina K, com a seguinte evolução analítica: TGO/TGP: 18885/10796 UI/L; LDH: 11027 UI/L; FA/GGT: 98/ 365 UI/L; bilirrubina total/direta: 12,85/ 9,95 mg/dL; creatinina/ureia: 4,15/131 mg/dL; TP/aPTT: 25,6/35,3 sg; INR:2,4. À data de alta apresentava melhoria da função renal, coagulopatia e citocolestase, e resolução da acidemia metabólica (creatinina 2,19 mg/dL, bilirrubina total/direta: 3,72/2,78 mg/dL, TGO/TGP: 51/475 UI/L; GGT/FA: 275/104 UI/L; LDH 253 UI/L; TP/aPTT: 11,6/30,6 sg; INR: 1,0; pH: 7,417; HCO₃: 24,6 mmol/L).

Conclusão: O diagnóstico de hepatite tóxica por amanitas é clínico. Em doentes sem indicação para transplantação hepática, o tratamento de intoxicação por amanitas é de suporte. O diagnóstico e tratamento precoces são fatores fundamentais no prognóstico destes doentes, apresentando uma taxa de mortalidade entre 2-20% e progressão para doença hepática crónica em 20-79% dos casos.

PO-0421 - (4443) - HEPATOMEGALIA, E AGORA? – A PROPÓSITO DE UM CARCINOMA HEPATOCELULAR EM DOENTE COM INFECÇÃO PRÉVIA A HEPATITE B

Rita Gano¹; José Oliveira Da Costa²; Nayive Gomez^{1,3}

1 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria - Serviço de Medicina Interna, Área A, Hospital Pulido Valente; 2 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria - Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal; 3 - Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa

Introdução: O carcinoma hepatocelular (CHC), uma das neoplasias mais prevalentes e letais a nível mundial, continua a desafiar os profissionais de saúde. A ligação entre o CHC e a infeção inativa pelo vírus da hepatite B (VHB) tem sido alvo de extensa investigação médica. Embora seja reconhecida a associação entre a hepatite B crónica ativa e o aumento do risco de CHC, a presença de CHC em pacientes com infeção inativa não se encontra totalmente esclarecida.

Caso Clínico: Homem de 45 anos, natural de Guiné Bissau, antecedentes relevantes de hipertensão arterial, dislipidémia, infeção prévia a hepatite B tratada na Guiné desconhecendo-se com que terapêutica, tabagismo (28 UMA) sem hábitos etanólicos. Iniciou quadro de perda ponderal (17,5%), astenia, febre e suores noturnos, epigastralgia com a ingestão de alimentos e cefaleias com poucos meses de evolução, tendo recorrido ao serviço de urgência (SU) no Reino Unido onde foi medicado com omeprazol. Atendendo à ausência de melhoria recorreu ao SU em Lisboa, tendo sido constatado ao exame objetivo hepatomegalia e palpação dolorosa do epigastro. Iniciou marcha diagnóstica que revelou padrão citocolestático, AntiHCV não reactivo, serologia de VHB compatível com infeção prévia inactiva, velocidade de sedimentação aumentada e elevação importante de alfafetoproteína (369079ng/mL). Realizou tomografia abdominal com suplemento de contraste endovenoso onde foram constatadas alterações compatíveis com doença hepática crónica, levantando a hipótese de CHC multicêntrico pelo padrão dos nódulos, e a presença de trombose parcial da veia porta. O estudo endoscópico verificou a presença de gastropatia hipertensiva portal ligeira. Realizou biópsia hepática que revelou carcinoma hepatocelular, moderadamente diferenciado.

Conclusão: O CHC é uma neoplasia prevalente com elevada mortalidade, a sua apresentação nem sempre é linear e os fatores de risco conhecidos nem sempre estão presentes. A suspeição clínica e exclusão de outras causas nem sempre levam ao diagnóstico. A complexidade da relação entre CHC e a infeção a VHB levanta questões cruciais sobre os mecanismos subjacentes e reforça a necessidade de maior investigação sobre esta possível relação de modo a orientar abordagens preventivas, estratificação de risco e terapêuticas específicas para esta população de doentes.

PO-0422 - (4570) - HEPATITE COLESTÁTICA A VIRUS EPSTEIN-BARR, UMA MANIFESTAÇÃO POUCO FREQUENTE

Ana Frederica Parente¹; Patrícia Tinoco Araújo¹; António Cardoso Fernandes¹; Maria Inês Risto¹; Diana Lopes Barros¹; Jorge Bezerra¹; António Ferreira¹; Diana Guerra¹; Carmélia Rodrigues¹

1 - ULSAM

Introdução: A mononucleose infecciosa é uma primoinfeção pelo Vírus Epstein-Barr (VEB) e acomete de forma mais frequente indivíduos jovens.

Caso Clínico: Mulher, 18 anos, sem antecedentes patológicos. Negava consumo de álcool, chás ou drogas, comportamentos sexuais de risco, viagens recentes. Iniciou a 08/12/2023 astenia, anorexia, náuseas, febre e tumefação cervical. Recorreu ao médico assistente e foi medicada com paracetamol, ibuprofeno, em baixa dosagem e amoxicilina/ácido clavulânico por suspeita de sinusite. A 14/12/2023 recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por icterícia e prurido com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava icterícia da pele e mucosas e tumefação cervical direita dolorosa. Analiticamente com linfocitose relativa (79.2%), com presença de linfócitos atípicos, trombocitopenia de 128000/uL e citocolestase (AST 217U/L, ALT 290U/L, GGT 226U/L, FA 207U/L) com hiperbilirrubinemia (BT 7.2mg/dL e BD 4.46mg/dL). Ecografia abdominal a relatar baço com dimensões no limite superior da normalidade, com ecoestrutura mantida, sem alterações das vias biliares e vesícula biliar, sem litíase. Serologia vírica positiva para vírus Epstein- Barr (EBV), IgM e IgG. Internada no Serviço de Medicina onde apresentou evolução clínica favorável sob fluidoterapia e tratamento sintomático. Avaliada em consulta 6 semanas após a alta, sem sintomatologia e com normalização completa hematológica e das alterações hepáticas, concluindo-se por mononucleose infecciosa com icterícia e hepatite colestática.

Discussão: Alterações analíticas hepáticas são frequentes nos doentes com infeção por EBV, com pico máximo das enzimas hepáticas na segunda semana da doença e normalização posterior até 6 semanas. A hepatite colestática, como no presente caso, é menos comum.

PO-0423 - (4357) - ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Edgar Coelho¹; Marta Morgado¹; Ana Simão¹; Ana Raquel Fernandes¹; Isabel Santos¹; Liliana Pereira¹

1 - ULS-Guarda

Introdução: face à necessidade de uma intervenção global e otimizada, a equipa de enfermagem da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) em foco é constituída, na sua totalidade, por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Deste modo, para além dos cuidados gerais prestados, é possível incluir, bi-diariamente, no plano de cuidados de cada doente, intervenções na área de competência desta especialidade, sendo que a reeducação funcional respiratória e a reeducação funcional motora são as mais frequentes.

Objetivos: analisar, estatisticamente, a intervenção da equipa de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação da UHD em estudo.

Metodologia: estudo retrospectivo de 34 meses de atividade, tendo sido realizado um tratamento estatístico dos dados dos doentes com necessidade de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

Resultados: num universo de 400 doentes internados nesta UHD até ao final de fevereiro de 2024, houve um total de 133 com plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação instituído. Na globalidade, foram realizadas 2658 sessões com implementação de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, com uma média de 20,14 sessões por doente e desvio padrão de 19,22 sessões. Relativamente às tipologias de intervenção, 86,47% dos doentes tiveram reeducação funcional respiratória, 45,86% tiveram reeducação funcional motora e 6,77% tiveram treino de deglutição. Quanto às escalas de avaliação utilizadas pela equipa, no geral, é perceptível uma evolução positiva na comparação do momento da admissão com o momento da alta. Na aplicação da Escala de Glasgow verificou-se uma melhoria na média de 14,35 ($\pm 1,58$) para 14,41 ($\pm 1,63$). Na escala de Medida de Independência Funcional (MIF) verificou-se uma melhoria na média de 80,30 ($\pm 37,10$) para 88,80 ($\pm 37,96$). Na Escala de Dispneia do Medical Research Center Modificada, verificou-se uma melhoria na média de 3,62 ($\pm 1,24$) para 2,49 ($\pm 1,31$) no grau de dispneia. Por fim, na aplicação da Escala EQ-5D, para avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, verificou-se uma melhoria no valor numérico associado ao estado de saúde de uma média de 56,03 ($\pm 18,73$) para 80,30 ($\pm 15,83$).

Discussão: com este estudo, podemos inferir que os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação aplicados, parecem ter tido uma influência positiva na melhoria do estado de consciência, do grau de independência funcional, do grau de dispneia e na perceção do estado de saúde.

Conclusão: ao longo de 34 meses de atividade foi possível verificar ganhos significativos na saúde e na qualidade de vida dos doentes desta UHD, através da aplicação de instrumentos de avaliação específicos, demonstrando a importância da intervenção especializada em enfermagem de reabilitação.

PO-0424 - (2190) - POLIMEDICAÇÃO, UM PROBLEMA ATUAL GRAVE

Joana Formiga Viegas¹; André Da Silva Neves¹; Daniela Pinheiro¹; Ana Paula Vilas¹

1 - hospital Santa Maria

A polimedicação (PM) tem-se vindo a tornar um problema cada vez mais sério na nossa realidade atual. A hiperespecialização médica leva a que, cada vez mais, cada especialista se concentre apenas na sua área. O doente recorre a vários especialistas e acaba medicado com um número por vezes impensável de fármacos. As consequências podem ser muitas, como o incumprimento terapêutico por incapacidade económica em adquirir todos os fármacos, ou a iatrogenia associada aos fármacos ou às interações entre eles. O caso apresentado é ilustrativo de quão graves as consequências podem ser.

CC: Mulher, 85 anos, lúcida mas com alguma limitação motora, por patologia osteodegenerativa. Tinha como fatores de risco cardiovascular, obesidade, hipercolesterolemia, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Avaliada por Ortopedia regularmente, em 2021 iniciou ciclos mensais (de 10 dias) de Naproxeno. Pouco depois iniciou anemia ferropénica e a médica assistente de Medicina Geral e Familiar (MGF) adicionou inibidor da bomba de prótons e ferro oral à medicação, mantendo assim a anemia estável nos 10-11g/dL de hemoglobina (Hb). Em Set/2023 foi diagnosticada fibrilhação auricular paroxística e, avaliada por Cardiologia, foi adicionado Rivaroxabano à medicação. No início de Nov/2023 iniciou cansaço de esforço de agravamento progressivo, que acabou a surgir com os pequenos esforços. Nesta altura com agravamento da anemia (Hb 7g/dL) e, no final de Nov/2023, também com insuficiência cardíaca descompensada. Tinha Hb 6g/dL e foi internada. Nesta altura fazia um total de 15 fármacos. Fez transfusão de concentrado eritrocitário, iniciou Pantoprazol EV, suspendeu o Rivaroxabano e ao 5º dia fez endoscopia digestiva alta, sem alterações. Nesse mesmo dia teve um acidente vascular cerebral (AVC) cardioembólico das artérias cerebrais anterior e média direitas. Por complicações posteriores inerentes ao AVC e à hospitalização prolongada, a doente acabou por falecer.

D: Perante o nível de conhecimento hoje existente, a hiperespecialização é inevitável, podendo ser uma mais-valia para o doente. Pode, no entanto, acarretar riscos, nomeadamente de PM. Esta pode ser acautelada, quer através dum médico centralizador da medicação (de MGF ou de Medicina Interna), quer através do programa de prescrição, através dum alerta de potencial interação adversa e da obrigatoriedade do médico assinalar que tomou conhecimento e, eventualmente, de justificar a pertinência da associação dos respetivos fármacos.

PO-0425 - (5060) - THE IMPACT OF AGE ON ACUTE HEART FAILURE OUTCOMES BEYOND COMORBIDITIES

Inês Amarante¹; Inês Ferreira²; Patrícia Lourenço²

1 - Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; 2 - Unidade Local de Saúde de São João

Background: The oldest old (OO) ≥ 85 years old (y.o.) are a growing subgroup among heart failure (HF) patients. Age-related comorbidities have shown to impact acute HF outcomes and are very common in OO. The stand-alone impact of age by itself remains undetermined.

Purpose: To evaluate the impact of old age in acute HF mortality.

Methods: A retrospective analysis was conducted on a cohort of adult patients integrated into an acute HF registry of a tertiary-care hospital, between 2009 and 2010. Patients with preserved and reduced ejection fraction were included. They were followed for a 1-year period since hospital admission. The endpoint under analysis was all-cause mortality. Patients were grouped in non-old (< 65 y.o.), young-old (65-74 y.o.), middle-old (75-84 y.o.) and OO, and were compared. The impact of age ≥ 85 on mortality was assessed for potential confounders. We performed a 1:1 (OO, non-OO) propensity score matching (PSM) balancing for sex, arterial hypertension, diabetes mellitus, atrial fibrillation, severe left ventricular dysfunction, ischemic HF, admission NYHA class IV, blood pressure, admission estimated glomerular filtration, urea, sodium, hemoglobin, albumin, B-type natriuretic peptide (BNP); and loop diuretic dose and evidence based therapy. Matched tolerance was 0.015. The impact of age ≥ 85 years was assessed in this PSM population and adjustments were again made for confounders.

Results: During the registry period, we accounted 617 acute HF patients: 15.2% non-old, 20.2% young old, 40.7% middle old and 23.8% OO. Mean age was 76 (± 12), 55.9% were female, 51.2% had HF with reduced ejection fraction, 60.6% presented in NYHA IV. The proportion of male decreased with increasing age, the proportion of HF with preserved ejection fraction increased with age, diastolic blood pressure decreased with age, renal function worsened with increasing age and BNP increased with age. OO were similarly medicated with loop diuretic and less medicated with evidence-based therapy. During the 1-year follow-up (FU), 229 (37.1%) patients died: 154 (32.8%) in non-OO and 75 (51.0%) in the OO. OO patients had a multivariate adjusted HR of 1.82 (1.27-2.60), Wald 10.8. After PSM balancing for clinical and analytical parameters and medication in use, we studied 106 pairs of non-OO:OO patients. Mean age was 89 (± 3) in OO and 74 (± 10) in non-OO, $p < 0.001$; the remaining characteristics were non-different. Among these 212 patients, 90 died during FU. The HR of multivariate adjusted 1-year all-cause mortality was 2.35 (1.42-3.86), wald 11.2. **Conclusion:** In a cohort of acute HF patients, the OO had a multivariate adjusted 82% increased risk of dying in the first year, however after balancing for basal characteristics in a PSM analysis, the OO had an even higher increased risk of dying in the first year of 135%. Age foreshadows worse prognosis irrespective of basal comorbidities and clinical characteristics.

PO-0426 - (4117) - QUALITY OF CARE IN ELDERLY HIP FRACTURE PATIENTS: PRESENT STATUS AND FUTURE TRAJECTORIES

Francisca Sarmiento²; Mariana Dores²; Andreia Lopes²; Pedro Benjamim²; Nuno Magalhães²; Mariana Alves¹

1 - Unidade de Orto geriatria - ULS Santa Maria; 2 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

Introduction: The trajectory of individuals with hip fractures is influenced by various factors such as age, overall health status, pre-hospital care, emergency department procedures, surgical interventions, rehabilitation, and postoperative complications. The establishment of orthogeriatric units represents a significant paradigm shift in of managing elderly patients with hip fractures.

Aims: This study aims to assess the quality of care provided to patients with hip fractures admitted to a tertiary hospital within the first 7 months of an orthogeriatric unit's establishment.

Methods: Observational, retrospective, cross-sectional unicentric study. Data was collected from the electronic medical records of patients of 65 years old or older who were hospitalized for hip fractures at a tertiary university hospital, during the initial 7-month of an orthogeriatric unit's existence. Key metrics such as surgery time, post-surgery bed mobilization, Fracture Liaison Service assessment, mortality rates, and readmissions incidences, were analyzed using descriptive and inferential statistics.

Results: Overall, 268 elderly patients were admitted due to hip fractures. The mean age was 83 years old and 75% of patients were female. From these, 7% were transferred to other hospitals from the emergency department, 2% were considered not to benefit from surgery intervention and 2% died while awaiting surgery. The mortality rate during hospitalization (pre- and post-surgery) was 4% and increased to 7% at 1-month and 12% at 3 months post-fracture. Of the 239 patients who underwent surgery, 6% had surgery within 24h, 10% within 36h and 16% within 48h. The time taken to undergo surgery shows a significant connection with the likelihood of mortality during the hospital stay (5.7 +/- 4.02 days vs 9.43 +/- 4.24 days, p=0.001) and one-month mortality (5.70 +/- 3.95 days vs 8.55 +/- 5.63 days, p=0.004).The average length of stay was 6 days (SD 4). The majority (90%) of the patients were out of bed within 24h post-surgery. The Fracture Liaison Service evaluated 41% of patients before discharge. Three-month readmission occurred in 5% of patients discharged, predominantly due to medical complications.

Conclusion: our study highlights the need to improve healthcare for elderly patients with hip fractures to achieve international gold standards. While recognizing positive elements, such as post-surgery mobilization, we identify areas for improvement, particularly the importance of timely surgery to mitigate mortality rates. Importantly, refining protocols and strengthening the expertise and workforce of orthogeriatric teams are vital measures for providing enhanced healthcare in the management of hip fractures among the elderly.

PO-0427 - (2184) - INTERNAMENTOS CENTENARIOS

Isabel V. Rodrigues¹; Claudia Gaspar¹; André Patraquim¹; Ana Pimenta De Castro¹; Catarina Mendonça¹

1 - ULSAIlg- Hospital de Faro

Introdução: O envelhecimento demográfico em Portugal é um facto incontestável, e sua tendência de crescimento tem se intensificado ao longo do tempo, aumentando consequentemente a probabilidade de internamentos de pessoas com mais de 100 anos. A prática da medicina geriátrica tornou-se rotineira para os internistas, dada a crescente presença de pacientes nessa faixa etária.

Objetivo: O objetivo deste estudo é caracterizar os diagnósticos principais e secundários de internamento, além do grau de dependência/fragilidade e longevidade, na população com idade superior a 100 anos que foi internada em Medicina Interna durante um período de um ano.

Material e Métodos: Realizou-se uma análise retrospectiva de uma amostra composta por 32 doentes com idade superior a 100 anos, internados sob cuidados de Medicina Interna em 2022. Foram avaliados dados clínicos e diagnósticos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão, Clínica Modificada (ICD-10-CM/PCS).

Resultados: No ano de 2022, um total de 3005 doentes foram internados em um serviço de Medicina Interna, dos quais 32 (1,06%) tinham mais de 100 anos. A idade média desta amostra foi de 101,4 anos (variação de 100 a 109 anos), composta por 22 mulheres (68,75%) e 10 homens (31,25%). Os principais diagnósticos na admissão incluíram Pneumonia Adquirida na Comunidade (31,25%), Infecção por SARS-CoV-2 (15,63%) e Insuficiência Cardíaca Descompensada (12,5%). Os diagnósticos secundários mais comuns foram Desidratação com Alterações Hidroeletrólíticas (28,13%), Hipertensão Arterial (28,13%) e Lesão Renal Aguda (21,88%). Foram utilizadas três escalas para caracterizar o grau de autonomia dos doentes, sendo que a maioria demonstrou dependência em atividades básicas de vida diária. Quatro doentes foram reinternados ao longo do mesmo ano, com uma média de internamento de 7,53 dias (variação de 0 a 26 dias). A taxa de mortalidade foi de 46,88%, enquanto 15,63% receberam alta para o domicílio, 25% para Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, 3,13% para hospitalização domiciliária e 3,13% para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Unidade de Convalescença.

Conclusão: A população centenária apresenta características únicas. A ocorrência de Pneumonia Adquirida na Comunidade é comum, assim como a prevalência de Infecção por SARS-CoV-2. A maioria dos pacientes é dependente de terceiros para as atividades básicas de vida diária, o que sugere um elevado grau de fragilidade e pode contribuir para o elevado número de internamentos curtos antes do óbito. A desidratação com distúrbios hidroeletrólíticos é frequente, dada a especificidade dessa faixa etária. No entanto, as altas para o domicílio e para Unidades de Convalescença indicam uma heterogeneidade dentro desta amostra centenária, demonstrando a possibilidade de diferentes desfechos clínicos e necessidades de cuidados.

PO-0428 - (2130) - TRATAR A HIPERTENSÃO, MAS NÃO A HIPOTENSÃO ARTERIAL?

André Da Silva Neves¹; Joana Formiga Viegas¹; Daniela Pinheiro¹; Ana Paula Vilas¹

1 - Hospital Santa Maria

I:A hipotensão ortostática (hTAort.) define-se pela descida da TA sistólica em ≥ 20 mmHg e/ou da TA diastólica em ≥ 10 mmHg, ao passar da posição de supina ou sentado para a ortostática. Associa-se a morbimortalidade significativa, quer pelo risco de queda, quer por favorecer a doença cardiovascular, nomeadamente a demência. No idoso, mais propenso a quedas por motivos vários, o diagnóstico pode não ser óbvio.

CC:Mulher, 87 anos, com HTA e EAM com stenting da DA em 2014. O ecocardiograma de então mostrou alterações segmentares do ventrículo esquerdo (VE), com diminuição da função sistólica (FEj 37%). Desde então medicada com vários fármacos, incluindo Ranolazina. 2 semanas após o EAM iniciou síncope com o ortostatismo. Depois recuperou a função sistólica do VE, mas manteve quedas frequentes, algumas com traumatismo craniano e ida a hospital. Nalguns episódios foi documentada hipotensão arterial. As quedas foram interpretadas como consequência da idade, patologia osteoarticular e diminuição da visão (que culminou em amaurose bilateral) e condicionaram fraturas de fragilidade (côlo do fémur, vértebras). Efetuou MAPA, com TA média diurna de 113/52mmHg, noturna de 125/55mmHg, e períodos diurnos de TA de 74/42mmHg (não descritas as circunstâncias). Em 2022 iniciou alterações mnésicas e em 2023 foi diagnosticada demência. TC-CE com redução de volume da região temporo-medial e padrão de leucoencefalopatia microvascular. Foi somando fármacos, incluindo Quetiapina 100mg. Em Jan./24 deambulava apenas por curtos trajetos e com andarrilho. Teve infeção urinária (IU) e passou a não tolerar o ortostatismo, tendo síncope, com documentação de TA 70/30mmHg nestas alturas. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) e, após estar 4 dias em maca no SU, foi internada. Estava lúcida, desidratada e tinha varizes dos MI. Comprovou-se hTAort., que cursava com FC na ordem dos 60cpm, mesmo após recuperar os níveis tensionais. Suspendeu a Ranolazina e a Quetiapina e iniciou levante faseado, com meias de contenção elástica. Manteve hTAort., revertida após iniciar Fludrocortisona.

D:A doente tem hTAort. provavelmente disautonómica, tendo ao longo do tempo tido vários fatores favorecedores de síncope, patológicos (EAM e diminuição da FEVE, desidratação), iatrogénicos (Ranolazina e Quetiapina) e circunstanciais (imobilização prolongada). Caso a hTAort. tivesse sido diagnosticada em 2014, poder-se-iam ter evitado quedas, idas ao hospital, fraturas de fragilidade e, quiçás, até a demência.

PO-0429 - (2355) - COMPREENDENDO A RELAÇÃO ENTRE OS MARCADORES INFLAMATÓRIOS E A FRAGILIDADE

João Loja¹

1 - Hospital Central do Funchal, Serviço de Medicina Interna

Introdução – A fragilidade é um estado de pré-incapacidade associado a uma situação de limitação funcional incipiente. Os ratios neutrófilos-linfócitos(NLR), plaquetas-linfócitos(NLR) e índice de imuno-inflamação sistémica(SII) são marcadores do sistema imunitário que têm sido associados a vários componentes da fragilidade, incluindo velocidade da marcha mais lenta e risco de sarcopénia. Estudos recentes suportam a correlação entre inflamação e desregulação imunitária com a fragilidade, mediante o uso destes biomarcadores.

Objetivo – Elucidar o papel dos biomarcadores inflamatórios(NLR,PLR e SII) na avaliação e prognóstico de doentes frágeis.

Materiais e Métodos - Estudo retrospectivo, longitudinal, de doentes admitidos numa unidade de fragilidade.

Resultados - Os indivíduos do estudo(n=232) tinham entre 47 e 95 anos, com média $78,61 \pm 9,380$ anos. A maioria tinha entre 80 e 89 anos (44,2%, N=106), seguido de idade entre 70 e 79 anos (30,0%, N=72). Mais de metade eram do género feminino (51,7%, N=124). A escala de Frail variou entre 1 e 5, com média $3,40 \pm 0,767$, tendo-se verificado que a maioria era frágil (89,7%, N=208). Quanto ao Barthel na admissão,o valor variou entre 0 e 95, com média $29,75 \pm 26,145$. E na alta o mesmo índice variou entre 0 e 100, com média $70,89 \pm 28,670$.

Discussão – Utilizando-se os coeficientes de correlação, constataram-se, na admissão, correlações negativas entre: SII e o Índice de Barthel (coeficiente de pearson), o NLR e SII com a Escala de Barthel (coeficiente de spearman). No momento da alta houve correlação negativa entre o NLR e SII com Índice de Barthel (coeficiente de pearson). Um dos mecanismos implicados na relação entre estes marcadores inflamatórios e a fragilidade prende-se com o facto da inflamação associar-se a menor síntese do fator de crescimento tipo insulina (IGF-1), este último essencial à regeneração e manutenção da integridade muscular. A perda de massa muscular é, por sua vez, precursora da fragilidade.

Conclusão – Apesar de vários fatores poderem influenciar a interpretação dos marcadores inflamatórios, este estudo revela a importância de conduzirem-se intervenções que improvisem o sistema imunitário e limitem a fragilidade. Por serem marcadores rapidamente disponíveis, poderão ser propostos como preditores efetivos da fragilidade.

PO-0430 - (4609) - A VARIANTE GENÉTICA WW DA ALFA-ADUCINA 1 ASSOCIA-SE A MAIOR RIGIDEZ ARTERIAL NOS DIABÉTICOS

Rui Fernandes¹; Ana Célia Sousa¹; Carolina Henriques¹; Francisco Barreto¹; Carolina Carvalhinha¹; Eva Henriques¹; Sónia Freitas¹; Mariana Rodrigues¹; Sofia Borges¹; Maria João Oliveira¹; Graça Guerra¹; Ana Isabel Freitas¹; Ilídio Ornelas¹; Roberto Palma Dos Reis¹; Ana Isabel Mendonça¹

1 - Hospital Central do Funchal

Introdução: A distensibilidade arterial é um fator preditor, bem estabelecido de aterosclerose, sendo determinante na morbidade e mortalidade cardiovascular. A diabetes é um dos principais fatores de risco de doença cardiovascular. Vários estudos comprovaram que os diabéticos têm aumento da rigidez arterial. Vários fatores, entre eles genéticos, condicionam esse aumento. No entanto desconhece-se quais os fatores genéticos que se associam ao aumento da rigidez arterial nos diabéticos. A velocidade da onda de pulso carotídeo-femoral (VOP) medida pelo Complior é utilizada como índice de distensibilidade arterial.

Objetivo: Avaliar na nossa amostra se a diabetes se associava ao aumento da rigidez arterial e se no grupos dos diabéticos há associação da variante genética alfa-aducina 1 ([ADD1 G460W/rs4961](#)) com a VOP.

Métodos: Numa população de 1712 indivíduos, determinámos a velocidade da onda de pulso carotídeo-femoral (VOP) pelo método Complior a todos os indivíduos. Constituímos dois grupos consoante tinham ou não diabetes tipo II. O grupo dos diabéticos com 203 indivíduos e o dos não diabéticos com 1509 e comparamos a VOP em ambos os grupos. Posteriormente com os diabéticos (n=203) constituímos 2 grupos consoante tinham ou não VOP elevada. Considerou-se VOP elevada se ≥ 10 m/s. O grupo de diabéticos com VOP elevada era constituído por 44 indivíduos e aquele com VOP baixa com 159 indivíduos. Todos colheram sangue para análises bioquímicas e colheita de ADN para a análise genética. Avaliamos a frequência do gene da Alfa-aducina 1 no grupo dos diabéticos com VOP elevada e comparamo-la com a dos diabéticos com VOP mais baixa. Por fim, calculamos o Odds Ratio para avaliar qual o risco dos indivíduos diabéticos portadores do polimorfismo ADD1 460WW de terem aumento da rigidez arterial.

Resultados: Os nossos resultados indicam que a população diabética tem uma média da VOP superior à população não diabética ($8,97 \pm 2,03$ versus $7,92 \pm 1,37$) e com significância estatística ($p < 0,0001$). O polimorfismo WW do gene Alfa-aducina 1 foi mais frequente no grupo dos diabéticos com VOP elevada em comparação com o dos controlos (VOP mais baixa), (11,4% versus 2,5%) com $p < 0,024$. Os diabéticos portadores da variante genética ADD1 460WW têm um OR= 4,97 (1,27-19,37) de ter VOP elevada, em comparação aos que não a têm (ADD1 460GG+ADD1 460GW) e com significância estatística ($p = 0,012$).

Conclusões: Comprovamos com os nossos resultados que a diabetes condiciona a aumento da rigidez arterial. Os diabéticos portadores da variante genética ADD1 460WW têm maior risco de desenvolver rigidez arterial em comparação aos que não a têm. Estes devem ter especial cuidado em termos comportamentais, para contrariar esta tendência genética e reduzir assim o seu risco cardiovascular.

PO-0431 - (4406) - REFERENCIAÇÃO A CUIDADOS PALIATIVOS EM DOENTES COM METASTIZAÇÃO CEREBRAL

Maria Aguiar¹; Carolina Morna¹; Alexandra Rodrigues¹; Cátia Martins¹; Dinarte Abreu¹; Miguel Pernetá Santos¹; Tiago Esteves Freitas¹; Teresa Faria¹

1 - Hospital Central do Funchal - SESARAM, EPERAM

Introdução: A medicina paliativa é uma área de especialização com relevância crescente na última década. Pretende oferecer uma abordagem multidisciplinar a situações de doença grave, crónica, incurável e/ou progressiva, de modo a promover o conforto e bem-estar do paciente, independentemente do tempo de vida estimado. A referenciação precoce de doentes com neoplasias metastizadas permite uma melhor gestão de doença, oferecendo maior dignidade e conforto. De acordo com a literatura, a sobrevida média de doente com metastização cerebral de tumor sólido é de 4-6 meses, sob terapêutica dirigida.

Objetivo: Estudo retrospectivo de referenciação e seguimento em unidade de cuidados paliativos de doentes com diagnóstico de metastização cerebral num hospital distrital.

Materiais e métodos: Identificação de doentes com diagnóstico de metástases cerebrais através do sistema de codificação de internamento hospitalar, num período de 7 anos. Colheita de dados demográficos, clínicos e seguimento, nomeadamente timing de referenciação a cuidados paliativos, com posterior análise descritiva.

Resultados: Foram incluídos 84 doentes no estudo, 64.3% homens e com idade média de 61,9 anos. Verificou-se metastização cerebral metácrona em 47.6%, síncrona em 15.5% e precoce em 36.9%. Nos casos de apresentação metácrona, 86% encontrava-se sob terapêutica dirigida ou em remissão. 67.9% dos casos tinham metástases cerebrais múltiplas e, aquando do estadiamento da doença, metastização de outros órgãos em 54.8%.

Faleceram 97.6% dos doentes, com tempos de sobrevida de 1 mês em 35.7%, 3 meses em 17,8%, 6 meses em 9.5%, 1 ano em 19% e 15.5% faleceram num espaço de 5 anos ou mais.

Constatou-se que apenas 26 doentes foram referenciados a Cuidados Paliativos (CP), dos quais 42.3% nos primeiros 6 meses após diagnóstico. Destes, 69,2% obtiveram seguimento (ambulatório ou internamento hospitalar) pela referida especialidade. Os restantes 30.7% faleceram antes de avaliação, na sua maioria (87.5%) por referenciação tardia em últimos dias de vida. Dos 84 doentes incluídos, apenas 21,4% (n=18) teve acompanhamento em CP.

Discussão e conclusão:

Os resultados obtidos são concordantes com a literatura, demonstrando taxas de mortalidade a 3 meses, 6 meses e 1 ano de 53,6%, 63,1% e 82,1%, respetivamente. Verificou-se que apenas 21,4% teve referenciação atempada e acompanhamento em Cuidados Paliativos, número muito inferior ao desejável, e que a maioria é referenciado em fases tardias da evolução da doença. Deste modo, consideramos fundamental haver uma mudança de paradigma na abordagem destes doentes, com uma maior e mais precoce referenciação para os CP.

PO-0432 - (4950) - QUANDO É ESSENCIAL INVESTIGAR EM CUIDADOS PALIATIVOS

Pedro Leite Vieira¹; Edna Gonçalves¹

1 - Unidade Local de Saúde São João

Introdução: Os Cuidados Paliativos (CP) são, muitas vezes, conotados com o fim de vida e o estrito controlo sintomático. Contudo, para podermos cuidar e acompanhar melhor os doentes e famílias e controlar eficazmente sintomas, a investigação etiológica pode ser, mais do que necessária, essencial.

Caso Clínico: Mulher de 60 anos com antecedentes de timoma rico em linfócitos com metástase ganglionar e pulmonar, sob octreótido; miopatia paraneoplásica; apneia obstrutiva do sono sob ventilação não invasiva (VNI); vários internamentos entre agosto e dezembro de 2023 por intercorrências infecciosas e agravamento do estado geral. Internada em janeiro de 2024 por infeção respiratória sob antibioterapia com Piperacilina/Tazobactam, tendo sido pedida a colaboração da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos por insónia, ansiedade e ruído respiratório durante o sono, não controlados apesar dos psicofármacos prescritos (sertralina 100mg, mirtazapina 30mg, lorazepam 2.5 mg e olanzapina 10mg) e medicação de resgate com quetiapina e haloperidol. Para uma melhor compreensão do quadro, após a perceção de que os sintomas se arrastavam há cerca de 5 meses, motivando múltiplas avaliações por Psiquiatria com escalada terapêutica, foi proposta transferência para a Unidade de Cuidados Paliativos, para uma abordagem em equipa multidisciplinar. Foi, ainda, pedida a colaboração de Otorrinolaringologia que objetivou “paralisia bilateral das cordas vocais, com fenda glótica reduzida” e propôs traqueostomia, a qual a doente recusou após discussão em conferência familiar. Realizou broncofibroscopia, com e sem VNI, que comprovou agravamento do quadro por queda da epiglote provocada pela VNI, tendo esta sido suspensa. Após melhor compreensão da etiologia do quadro, foi possível redução de psicofármacos sem agravamento da insónia e até com melhoria da ansiedade. Pela perceção do agravamento global foi, também, realizada tomografia por emissão de positrões que revelou progressão da doença oncológica de base. A doente faleceu durante o internamento no contexto de infeção nosocomial.

Discussão/Conclusão: Com a apresentação deste caso, pretende-se salientar a importância da investigação etiológica dos sintomas em CP, que é essencial, para que seja possível adotar as estratégias terapêutica mais adequadas, que passam algumas vezes pela desprescrição. Além disso, esta investigação rigorosa permite tomar as decisões mais apropriadas em conjunto com os doentes e famílias.

PO-0433 - (4362) - ENCEFALOPATIA PARAINFECIOSA SECUNDÁRIA A ABCESSO ODONTOGÉNICO

Inês Amaral Pinto¹; Diogo Macedo²; Sara Pereira Henriques²; Ana Rita Antunes²; Rafaela Verissimo²

1 - Unidade Local Saúde Vila Nova de Gaia/Espinho; 2 - Unidade Local Saúde Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A encefalopatia tóxico-metabólica aguda (ETM) é caracterizada por um quadro agudo de disfunção cerebral sem doença cerebral estrutural primária. A infeção é a causa mais prevalente de depressão da consciência em idosos por um mecanismo que ainda não é bem conhecido.

Caso clínico: Homem de 77 anos, autónomo, antecedentes de hábitos alcoólicos moderados e infeção dentária medicada com antibiótico há um mês, recorre ao serviço de urgência com alterações de comportamento, alucinações visuais e fala arrastada há dois dias. Exame físico: apresentava discurso confuso, comportamento desinibido e desorientação no tempo e no espaço, sem défices neurológicos focais. Apresentava-se desidratado, normotenso e eupneico. Analiticamente: anemia normocítica normocrómica e proteína C reativa de 2,39mg/dL; urocultura e hemoculturas negativas. Tomografia computadorizada axial (TAC): focos isquémicos estriatais antigos e sem lesões recentes. Punção lombar permitiu excluir infeção do sistema nervoso central. Eletroencefalografia (EEG): "encefalopatia difusa leve, de acordo com a classificação de gravidade do EEG. Nenhuma atividade epileptiforme foi registada". Veno-TAC permitiu excluir trombose dos seios venosos. Ecocardiograma trans-torácico excluiu endocardite. Submetido a biópsia de artéria temporal que excluiu artrite de células gigantes. Ressonância magnética cranio-encefálica: leucoencefalopatia crónica, sem lesão estrutural isquémica aguda ou hemorrágica recente. Admitido no internamento para estudo diagnóstico, mantendo encefalopatia; com febre intra-hospitalar. Por manter suspeita infecciosa iniciou antibioterapia empírica. Dado antecedentes de infeção dentária, o internista solicitou avaliação por estomatologia que identificou e efetuou drenagem de abscesso odontogénico. O doente recuperou com fala fluente e coerente, bem como redução dos parâmetros inflamatórios e apirexia. Fez reabilitação funcional e nutricional e foi seguido em consulta com recuperação total.

Discussão: Os idosos são mais suscetíveis a desenvolver alterações no estado de consciência por causas metabólicas. O reconhecimento do abscesso odontogénico e posterior drenagem tiveram papel crucial na recuperação do paciente.

Conclusão: O desafio foi descobrir a causa da encefalopatia metabólica; é fundamental uma abordagem sistemática na avaliação de pacientes idosos, considerando uma variedade de potenciais causas, mesmo que os sintomas iniciais possam ser vagos e inespecíficos.

PO-0434 - (4580) - “COMPLEXIDADE CRESCENTE DO DOENTE EM INTERNAMENTO DOMICILIÁRIO”

Filipa Lucas¹; Carolina Coelho¹; Margarida Carvalho¹; Anabela Santos¹; Fernando Rolim¹; Mário Ferreira¹; Joana Rodrigues¹; Pedro Azevedo¹

1 - CUF Tejo

Introdução:

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o Cancro tem sido uma causa crescente de internamento e morbi-mortalidade em todo o mundo. Nesse contexto, a humanização de prestação de cuidados médicos, em particular para internamento domiciliário, tem sido uma escolha gradativa. Os motivos de admissão em HD são múltiplos, sendo o diagnóstico oncológico mais frequente, não só como motivo principal como secundário ou feito durante o próprio internamento.

Caso clínico:

Apresentamos um caso de um doente do sexo masculino, 68 anos, ex-fumador e com antecedentes de cardiopatia isquémica, obesidade e HTA. Admitido em HD inicialmente por infeção respiratória a *Klesiella* ESBL. Durante o internamento apresentou várias intercorrências, especificamente pneumonia necrotizante sem melhoria com antibioterapia com necessidade de realização de broncofibroscopia que evidenciou massa necrosada. Foi confirmado o diagnóstico de carcinoma paivmento-celular do pulmão em estágio IV com fistula traqueo-mediastínica ao nível da carina com necessidade de reparação. Porém, perante o quadro complexo e a performance status do doente, optou-se por medidas paliativas.

Discussão e Conclusão:

Este caso clínico evidencia a complexidade crescente dos doentes em internamento no domicílio e, de que forma este regime de prestação continua de cuidados é útil na celeridade do diagnóstico, estadiamento e controlo sintomático com abordagens multidisciplinares e maior evidência nas boas práticas.

PO-0435 - (3966) - MICROBIOLOGICAL CASUISTICS OF AN INTERNAL MEDICINE WARD: 20 MONTHS EXPERIENCE

Henrique Atalaia Barbacena^{1,2}; Inês Matias Lopes¹; Patrícia Howell Monteiro¹

1 - Hospital de Santa Maria, ULS de Santa Maria; 2 - Instituto de Farmacologia e Neurociências Básicas, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

INTRODUCTION: Infectious diseases (ID) are major causes for hospital admission, especially relevant when multidrug resistant bacteria (MDRb) are implicated. The incidence of MDRb has grown worldwide, making it a priority in healthcare.

OBJECTIVES: Characterisation of the microbiological profile and ID in an Internal Medicine ward of a tertiary hospital, and identification of factors associated with MDRb.

MATERIAL/METHODS: Retrospective observational study including patients admitted between January/21 and August/22. Age, duration of stay, diagnosis, clinical background, immune status, clinical frailty scale (CFS) and microbiological data were obtained from the clinical process. Data analysed in SPSS® (statistical significance [ss] $p < 0,05$).

RESULTS: An ID diagnosis was made during hospital stay in 187 patients, with bacterial isolations in 90%. Gram-negative bacteria represented 73%, and the three major species were *E. coli* (27%), *K. pneumoniae* (18%) and *P. aeruginosa* (8%). Community-acquired cystitis (CAC) was the main ID (28%), followed by nosocomial cystitis (NC; 23%), community-acquired pneumonia (CAP; 11%) and nosocomial pneumonia (NP; 10%). Sepsis (sp) was diagnosed in 12% of patients (65% urinary) and septic shock (spS) in 2%. For CAC and NC, *E. coli* was the most prevalent bacteria (46% and 41%). In CAP, *S. pneumoniae* was the head agent (33%), followed by *H. influenzae* and *K. pneumoniae* (17%). In NP, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* and *H. alvei* were isolated in 20% of patients. In sp patients, *E. coli* remained the leading bacteria (56%), followed by *P. aeruginosa* (22%). MDRb were implicated in 8% of infections (43% NC, 21% NP, 14% CAC), with a predominance of extended-spectrum beta-lactamases (ESBL) producing *K. pneumoniae* (57%), methicillin-resistant *S. aureus* (14%) and *K. pneumoniae* carbapenemase-producing (14%). All spS diagnoses were associated with MDRb. Compared to non-MDRb, MDRb patients had a higher number of comorbidities (5,8 v. 4,7), neoplasms (29% v. 22%), CFS (5,5 v. 4,6; $p < 0,014$) and nosocomial infection (NI) rates (71% v. 41%; $p < 0,027$). MDRb were also identified in community infections, exclusively CAC. These patients were older (93 v. 77), had more comorbidities (8,5 v. 5,3) and higher CFS (7 v. 5,6), compared to patients with nosocomial MDRb.

DISCUSSION/CONCLUSION: Our study highlights high isolation rates in ID, a critical point to antibiotic therapy. Bacterial profiles were aligned with infection sites, with 73% of gram-negatives associated with the high prevalence of CAC/NC. MDRb rate was relatively low. ESBL-producing bacteria were the predominant MDRb (64%), all occurring in patients previously exposed to beta-lactams, suggesting a contributing role. MDRb were the only implicated bacteria in spS, hence its virulence. Patient's frailty was identified as a risk factor for MDRb infections. The understanding of local microbiology and infection is of extremely relevant to provide the most adequate care to patients with ID.

PO-0436 - (4718) - INFEÇÃO AGUDA POR CITOMEGALOVÍRUS COMO TRIGGER PARA EVENTOS TROMBÓTICOS

Sara Durães¹; Mariana Meireles¹; Luís Nogueira¹; Lindora Pires¹

1 - Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO: A infeção por citomegalovírus (CMV) no imunocompetente é geralmente assintomática e autolimitada. No entanto, evidência recente sugere a sua associação com eventos trombóticos venosos e, raramente, arteriais.

CASO CLÍNICO: Homem de 43 anos é admitido por epigastrialgia e febre com 4 dias de evolução. Analiticamente apresentava linfocitose com 16% de linfócitos ativados, DHL elevada e hepatite aguda. Angio-TC com documentação de trombose da veia mesentérica superior e ambos os ramos hepáticos da porta, ascite de pequeno volume, sem organomegalias. Realizou o seguinte estudo: 1. Ecocardiograma transtorácico com derrame pericárdico, sem vegetações ou massas intracavitárias. Hemoculturas estéreis; 2. Serologias HIV, HBV, HCV e EBV não reativas. IgM e IgG do ATC anti-CMV positivas. Pesquisa DNA CMV por PCR no sangue positiva. 3. Imunofenotipagem de sangue periférico sem evidencia de doença linfoproliferativa. TC toraco-abdomino-pélvico, ecografia tiroideia e escrotal sem lesões suspeitas de malignidade. 4. Sem consumo de complemento, ANAs, ANCAs, Anticoagulante Lúpico, ATC anticardiolipina e B2-glicoproteína negativos. Iniciou hipocoagulação com resolução dos sintomas e das alterações analíticas. Em ambulatório completou estudo com documentação de défice de proteína S (49,8%) e heterozigotia de F2 g,20210G>A do gene da protrombina, MTHFR c.677C>T e MTHFR c.1298A>C do gene MTHFR. Homocisteína normal. Assumido diagnóstico de infeção aguda por CMV como trigger de eventos trombóticos em doente com défice de proteína S e heterozigotia no gene da protrombina.

DISCUSSÃO: Estudos demonstram uma associação entre infeções víricas e aumento do risco trombótico. Os herpesvírus parecem induzir a trombogénese através do aumento da produção de trombina, ativação do fator X, e aumento da expressão do fator Von Willebrand. No caso específico do CMV, parece ainda haver aumento transitório de anticorpos antifosfolípidicos, maior adesão de plaquetas e leucócitos às células endoteliais danificadas, aumento do fator VIII e a diminuição da ativação da proteína C. Pensa-se que a incidência de trombose associada a infeção por CMV seja subestimada.

CONCLUSÃO: As infeções víricas devem ser consideradas no diagnóstico etiológico de eventos trombóticos, particularmente nos que não apresentam causa aparente. Por outro lado, perante uma infeção aguda, deve existir um baixo limiar para o diagnóstico de tromboses venosas ou arteriais, quando sinais ou sintomas sugestivos.

PO-0438 - (4897) - THE SELDOM ISOLATED BUT CONCERNING STAPHYLOCOCCUS WARNERI: A CASE OF A SPONDILODYSCITIS MANAGEMENT

Marco Correia¹; Bernardo Vidal Pimentel¹; Francisco Laranjeira¹; Alice Vicente¹; Nuno Neves¹; Paulo Paixão¹; Bruno Santiago¹; Pedro Moraes Sarmento¹

1 - Hospital da Luz de Lisboa

Spondylodiscitis, or vertebral osteomyelitis, is a concerning cause of lumbar pain in adults. Besides proper clinical reasoning, its management entails histological characterization whenever possible. *Staphylococcus warneri* is a rarely find coagulase-negative *Staphylococcus* spp. which can lead to severe infections and whose pathogen importance is growing.

A 69-year-old man was admitted for a subacute lumbar pain. The pain worsened with effort and progressively deteriorated in the previous month leading to a total walking incapacity. The full examination revealed no other findings. The laboratory work revealed a C-reactive protein of 1.30 mg/dL, erythrocyte sedimentation rate of 29 mm/h and negative blood and urine cultures. A lumbar magnetic resonance was suggestive of discitis involving the L4-L5 lumbar vertebrae and, to a lesser extent, S1. Because of clinical stability, antibiotic treatment was deferred until microorganism isolation. A percutaneous bone biopsy with aseptic preparation was performed on the fourth day of hospitalization. An oxacillin-sensitive *S. warneri* was identified 7 days later. Intravenous flucloxacillin was then started. Other infectious foci were excluded. After 2 weeks of antibiotherapy, the lumbar pain persisted regardless of inflammatory markers improvement. After multidisciplinary discussion, a discectomy was performed. The lumbar pain progressively improved on the following days. No microorganism was isolated from the intraoperative bone biopsy. The patient had clinical and radiological improvement and the switch to oral antibiotherapy was made. A total of 8 weeks of flucloxacillin have been completed and the patient is currently clinically stable, with no lumbar pain or functional limitations.

Spondylodiscitis caused by *S. warneri* has few reports in the literature. Coagulase-negative *Staphylococcus* spp. differ from *S. aureus* in its less virulency and more subacute course. Nevertheless, it is believed *S. warneri* has unique virulent factors and common resistance to methicillin, which make it a potentially more serious coagulase-negative *Staphylococcus* spp.. Percutaneous bone biopsy under aseptic preparation before starting antibiotic treatment was critical to successfully isolate this seldom described microorganism and properly treat the infection. Persistent pain, even after successful antibiotherapy, may warrant consideration of surgical intervention for optimal pain control.

PO-0439 - (4942) - CRISE CONVULSIVA E LESÃO OCUPANDO ESPAÇO COMO ACHADO INICIAL DE UMA DOENÇA DISSEMINADA

Teresa Costa Pereira¹; Beatriz Sá Pereira¹; Cândida Rocha¹; Maria Leonor Neves¹; Rita Penaforte¹; Zsafia Santos¹; Fernando Aldomiro¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: Estima-se que $\frac{1}{4}$ da população mundial tenha infecção com *Mycobacterium tuberculosis*, a maioria com tuberculose latente. Cerca de 1-5% dos casos têm envolvimento do sistema nervoso central (SNC).

Caso clínico: Homem, 42 anos, natural da Guiné-Bissau e em Portugal há 2 meses. Pedreiro de profissão e sem antecedentes de relevo. Quadro de astenia, febre, sudorese noturna, dispneia para médios esforços e perda ponderal nos últimos 5 anos. Referência ainda a hiperestesia algica do hemicorpo direito e amaurose do olho direito. Internado por crise convulsiva. Tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética crânio-encefálica com evidência de lesão ocupando espaço (LOE) na região cortico-subcortical parietal direita, de realce intenso, heterogêneo e em múltiplos anéis com extenso edema envolvente parietal, envolvimento occipital e temporal ipsilateral, com desvio das estruturas da linha média e pequena lesão com hipersinal pântica posterolateral esquerda e hipersinal T2 do nervo óptico direito. TC toracoabdominopélvica com derrame pleural de grande volume à direita com espessamento parietal e presença de algumas bolhas gasosas no interior. Toracocentese sem saída de líquido pleural. Assim, LOE com compressão do nervo óptico e derrame pleural crônico loculado de etiologia a esclarecer. Lavado broncoalveolar com pesquisa PCR *Mycobacterium tuberculosis* positiva e bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) negativo. Diagnóstico de Tuberculose disseminada com envolvimento do SNC (tuberculoma com atrofia do nervo óptico por compressão) e pleural. Iniciada terapêutica antibacilar e corticoterapia, pelo extenso edema cerebral, mantendo terapêutica anticonvulsivante. Evolução com insuficiência respiratória tipo I com subida persistente dos parâmetros inflamatórios apesar de antibioterapia instituída em contexto empiema. Submetido a drenagem torácica com saída de líquido hematopurulento, complicada de vômito com pneumonia de aspiração e síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS) grave, posteriormente resolvida. Colocado dreno torácico de longa duração para posterior descorticação pulmonar.

Discussão & Conclusão: A terapêutica antibacilar imediata é essencial no tratamento da tuberculose do sistema nervoso central, por estar associada a elevada mortalidade. Do ponto de vista do envolvimento pleural está indicada toracocentese ou drenagem torácica se associado a disfunção respiratória e a terapêutica indicada é igual à tuberculose pulmonar bacilífera.

PO-0440 - (4953) - DOENÇA CARDIOVASCULAR COMO FATOR DE RISCO NA INFEÇÃO POR VSR

António Leão¹; Joana Correia¹; Inês Trabucho¹; Lourenço Aguiar¹; Paulo Reinho¹; Alice Mesquita Alicerces¹; Ana Luísa Broa¹; Vilma Laís Grilo¹; Tomás Robalo Nunes¹

1 - Hospital Garcia de Orta

Introdução: O vírus sincicial respiratório (VSR) está associado a infeção na infância. Com a maior disponibilidade nos hospitais para diagnosticar infeção por VSR constata-se que é uma infeção com relevância na idade adulta. A literatura refere um risco aumentado de eventos cardiovasculares nos doentes hospitalizados com VSR e, também, uma parte significativa dos adultos hospitalizados com VSR têm doença cardiovascular, porém o risco cardiovascular e a infeção por VSR é uma associação ainda não totalmente estabelecida.

Objetivos: Caracterizar os outcomes de doentes com doença cardiovascular (DCV) na infeção por VSR.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu doentes em idade adulta com infeção documentada por VSR num hospital de Novembro 2022 a Março 2023. Foram incluídos doentes diagnosticados no hospital, com observação médica. Caracterizou-se a demografia da população, os antecedentes pessoais nomeadamente DCV, incluindo-se cardiopatia isquémica (CPI), doença vascular cerebral (DVC), disritmia e insuficiência cardíaca (IC). E compararam-se os outcomes nos doentes com e sem DCV. Definido como outcome primário o óbito e outcomes secundários a necessidade de internamento, a necessidade de oxigenoterapia e a insuficiência respiratória grave definida como necessidade de ventilação invasiva ou não invasiva e oxigenoterapia com débito de 10//min ou superior.

Resultados: Dos 222 doentes incluídos houve uma distribuição de 86 do sexo masculino (38.7%), com idades compreendidas entre os 19 e 99 anos com média de idade 68.32. Do total 95 (42.8%) tinham DCV estabelecida, 57 (25.7%) com IC, 30 (13.5%) com CPI, 27 (12.1%) com DVC e 39 (17.6%) com disritmia (com sobreposição de patologias). Houve um total de 30 óbitos, 67% (n=20) dos óbitos tinham DCV estabelecida. A presença de DCV foi um fator de risco para o óbito com odds ratio de 4.56 nos doentes com qualquer DCV relativamente a sem DCV (p=0.019; C.I. 95% 1.28-16.23). No total 59.5% (n=132) necessitaram de internamento ou já estavam internados aquando do diagnóstico. Nos doentes internados 73 (55.3%) tinham DCV, havendo 43 com IC, 17 com CPI, 21 com DVC e 32 com disritmia. No total 125 (56.3%) dos doentes necessitaram de oxigenoterapia suplementar dos quais 74 (59.2%) tinham DCV. Dos doentes com necessidade de oxigenoterapia 45 (35.7%) tiveram insuficiência respiratória grave, dos quais 33 (73.3%) tinham DCV.

Discussão: Na presente casuística constatou-se que a DCV está presente em 42.8% dos doentes infetados com VSR, tal como descrito na literatura. O óbito foi um outcome mais frequente na DCV, com um risco 4.56 vezes superior nos doentes com DCV relativamente a doentes sem DCV. Comparando a gravidade de doença verificou-se que mais de metade dos doentes com necessidade de internamento, necessidade de oxigenoterapia ou insuficiência respiratória grave tinha DCV já estabelecida. Estes dados podem ajudar a definir quais os doentes nos quais será fundamental a vacinação.

PO-0441 - (4962) - NOCARDIOSE CEREBRAL COMO COMPLICAÇÃO DE IMUNOSSUPRESSÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Gonçalves Pinto¹; João Nogueira¹; Marta Braga¹; Pedro Mesquita¹; Juliana Andrade¹; Filipe Vilela¹; Gonçalo Torrinha¹; Frederica Coimbra¹; Miguel Afonso Filipe¹; Vânia Gomes¹; Céu Rodrigues¹

1 - Hospital de Braga

Introdução A prevalência das infeções por *Nocardia* é desconhecida, mas sabe-se que $\frac{2}{3}$ correspondem a infeções oportunistas. Ocorrem sobretudo em doentes imunodeprimidos, transplantados, com doença renal ou pulmonar crónica, com neoplasia do foro hematológico ou com Diabetes Mellitus, bem como em indivíduos expostos ao solo e água contaminados. Podem ser infeções sistémicas ou localizadas, com gravidade variável, sendo que, as infeções do sistema nervoso central (SNC) variam desde meningite aguda até abscessos cerebrais indolentes.

Caso clínico Homem de 60 anos com antecedentes de artrite reumatoide desde 2010 e carcinoma de células renais de baixo grau, submetido a nefrectomia em 2015. Apresentava serosite no contexto da sua patologia reumatológica, apesar de medicado com metotrexato, prednisona e hidroxiclóricoquina, tendo iniciado terapêutica com rituximab em junho de 2022. Em outubro de 2022, recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro de febre, prostração e vómitos. Realizou TC-CE, demonstrando dois focos nodulares contíguos do lobo frontal esquerdo, bem como um outro na vertente medial e inferior do lobo parietal direito, com edema associado. A RM-CE confirmou as lesões, sugestivas de etiologia infecciosa. Avaliado por Neurocirurgia, realizada biópsia das lesões e iniciado empiricamente metronidazol e vancomicina. Foi isolada uma *Nocardia farcinica* e alterada a antibioticoterapia para cotrimoxazol e linezolid. O doente foi transferido para a enfermaria de Medicina Interna, como step-down da unidade de neurocríticos, para continuação de cuidados. Verificou-se uma evolução paulatina da situação clínica, mas favorável.

Conclusão O diagnóstico de Nocardiose pode ser desafiador, uma vez que existem diversos mimetizadores infecciosos e não infecciosos. Atendendo ao doente apresentar uma patologia autoimune, é necessária a exclusão de outras entidades concomitantes que possam mimetizar a Nocardiose, como o lúpus eritematoso sistémico, a sarcoidose e a granulomatose de Wegener. Após o diagnóstico de Nocardiose em um local, o valor de outros testes diagnósticos para deteção de doença disseminada ainda não é claro. Contudo, na presença de infeção no SNC, deve ser excluída doença pulmonar concomitante, já que o pulmão é a fonte mais comum de disseminação hematogénica.

PO-0442 - (4874) - CEFALIAS - UM CASO DE NEUROCISTICERCOSE

Íris Simões Galvão¹; Pedro Duarte Mesquita¹; Maria Inês Candeias¹; Maria Catarina Salvado¹; Luís Vale¹; João Manuel Silva¹; José Morgado Pereira¹

1 - Hospital Santo António dos Capuchos

Introdução: As cefaleias são uma queixa muito frequente no serviço de urgência (SU) e podem ser primárias ou secundárias a doenças como as infeções do sistema nervoso central (SNC). A cisticercose é uma doença endémica dos países em desenvolvimento e consiste na infeção pela larva da *Taenia solium* que pode acometer qualquer órgão sendo mais frequente o SNC, o olho e o músculo esquelético.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 38 anos, natural de Moçambique e residente em Portugal há 2 meses, com história progressiva de cefaleias e acidente de viação 7 meses antes com necessidade de suporte transfusional. A doente recorreu ao SU por quadro clínico com 1 mês de evolução de cefaleia frontotemporal bilateral de características diferentes da sua cefaleia habitual, agravada na última semana por sensação de diminuição de força no hemicorpo direito, síncope e fotofobia. Negava perda de consciência, trauma, febre ou outras queixas. À observação sem sinais neurológicos focais e com força muscular mantida. Do estudo realizado destaca-se serologia positiva para VIH-1 e venotomografia computadorizada (venoTC) crânioencefálica com lesões ocupantes de espaço bihemisféricas periventriculares com edema perilesional. Admitiu-se infeção do SNC em doente imunodeprimida. Esta negava consumo de drogas injetáveis e comportamentos sexuais de risco. Residia em zona urbana, sem contato com animais, consumo de água engarrafada, leite pasteurizado e carne médio/mal passada e sem outras viagens recentes. Para exclusão de tumor primário oculto com secundarização ao SNC foi realizada TC de corpo que não revelou alterações. Da marcha etiológica a salientar punção lombar com estudo microbiológico do liquor positivo para neurocisticercose (polymerase chain reaction e Western-blot), negativo para toxoplasmose e tuberculose. Foi observada por oftalmologia tendo sido excluído envolvimento ocular e realizou-se radiografia de esqueleto que não revelou calcificações musculares. Iniciou terapêutica dirigida com melhoria clínica e imagiológica. Relativamente ao VIH a destacar linfócitos T CD4+ 665 e carga viral 194000 cópias tendo iniciado terapêutica antiretroviral, após término de antiparasitários, com boa resposta imunoviológica.

Conclusão: Com este caso pretende-se enfatizar a importância da anamnese e observação cuidadas na avaliação de sinais de alarme que possam levantar suspeita de uma causa secundária de cefaleias com impacto na marcha diagnóstica e terapêutica.

PO-0443 - (4971) - TUBERCULOSE URINÁRIA: UMA COMPLICAÇÃO RARA DE IMUNOTERAPIA COM BCG

Marta Maria Seladas¹; Inês S Correia¹; Carla Marina Domingues¹

1 - Unidade Funcional Medicina 1, Hospital de São José, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

A imunoterapia adjuvante intravesical com Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) é o tratamento recomendado no carcinoma não invasivo da bexiga de alto risco e risco intermédio, após resseção transuretral vesical (RTUV). Os efeitos adversos mais frequentes incluem cistite, alterações do trânsito gastrointestinal como náuseas e vômitos, bem como artralgias e mialgias. Apesar de rara, a tuberculose urinária é uma potencial complicação.

Homem de 70 anos, com história de doença renal crónica (G4A1) e neoplasia da bexiga submetido a RTUV e administrações intravesicais com BCG há 4 anos e, mais recentemente, hiperplasia benigna da próstata. Um mês após a realização de resseção transuretral prostática, foi re-internado por febre, disúria e hematúria com duas semanas de evolução. Laboratorialmente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios sistémicos laboratoriais e agravamento comparativo da função renal basal com acidémia metabólica; o exame sumário de urina revelou leuco-eritrocitúria marcada e na urocultura isolou-se *E. faecalis*. Imagiologicamente documentou-se uretero-hidronefrose major bilateral crónica com ectasia e tortuosidade dos ureteres, sem obstrução. Com a antibioterapia dirigida e sendo também necessária algaliação, verificou-se melhoria da função renal embora persistindo a sintomatologia urinária e o sedimento urinário patológico, sem febre mas muito asténico. Dados os antecedentes descritos e a distorção da arquitetura da árvore excretora documentada, foi realizado teste de amplificação de ácidos nucleos (TAAN) na urina que se revelou positivo para *Micobacterium tuberculosis complex* com posterior identificação de *Micobacterium bovis* (BCG) através de reação em cadeia de polimerase urinária. Definido o diagnóstico, o doente encontra-se sob terapêutica antibacilar e a evoluir favoravelmente.

Os autores apresentam o caso pela raridade desta complicação a longo prazo do tratamento com BCG (incidência de 1%) ressaltando a importância da suspeição clínica em doentes submetidos a imunoterapia com sintomatologia urinária refrataria a terapêutica antibiótica.

PO-0444 - (2812) - CASO RARO DE MENINGOMIELORADICULITE A HSV-2

Anna Sukhovi¹; Filipa Figueiredo¹; João Pedro Santos¹; Garcieth Gomes¹; Ana Rita Tomás¹; Maria Inês Silva¹; Teresa Branco¹

1 - ULS Amadora/Sintra, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de um homem, de 44 anos, com antecedentes conhecidos de asma e infeção a CMV 6 meses antes do presente internamento.

Doente recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de febre, calafrios, sudorese, náuseas, cefaleia holocraniana constante que não cedia a analgésicos, lombalgia e dor irradiada à face posterior de ambos os membros inferiores com parestesias associadas. À admissão foi descrito como febril e sudorético, sendo que ao exame neurológico destacava-se força muscular grau 2/5 em ambos os membros inferiores com limitação por dor e parestesias na face posterior dos membros inferiores.

Realizou avaliação analítica com leucocitose e PCR 3.71mg/dL, punção lombar (PL) com pleocitose e pesquisa HSV-2 positiva por PCR. Efetuou RM-CE e de coluna que não documentavam alterações agudas. Avaliado pela equipa de Neurologia que documentou lombalgia com irradiação e com impotência funcional dos membros inferiores, bem como reflexos musculotendinosos grau 3, alterações clínicas compatíveis com meningomieloradiculite. Iniciou terapêutica com aciclovir IV (10mg/Kg/dia) 8/8h com evolução clínica e analítica favoráveis, resolução do quadro febril e melhoria progressiva do quadro de lombalgia e parestesias. Teve alta após cumprir terapêutica durante 21 dias.

Paralelamente ao estudo etiológico, iniciou-se estudo para exclusão de imunodeficiência em doente que para além do internamento actual apresentava infeção recente a CMV. Do estudo realizado destaca-se TC-TAP sem alterações; pesquisa de HIV, VDRL, HBV, HCV negativa; CMV e EBV com IgG+ e IgM -; sem evidência de consumo C3 e C4; sem défice de imunoglobulinas; imunofenotipagem B sem características de monoclonalidade; interferão Gama <0.01; estudo de autoimunidade negativo. Portanto, do estudo etiológico realizado sem evidência de imunodeficiência.

Discussão: O HSV-2 é uma causa rara de meningomieloradiculite, com incidência baixa em indivíduos imunocompetentes, sendo muito poucos os casos descritos na literatura. Contudo, é uma causa a não esquecer em doentes com alterações neurológicas e quadros febris, devendo ser pesquisada e tratada atempadamente com o objetivo de prevenir sequelas neurológicas graves. Apresentamos o presente caso de modo a salientar a importância do diagnóstico e tratamento precoce, bem como da necessidade de efetuar o estudo de imunodeficiência nestes casos.

PO-0445 - (2166) - ENDOCARDITE A ACHROMOQUÊ?

Maria João Barbosa¹; André Martins¹; Inês Quinteiro¹; Rita Gameiro¹;
Luísa Azevedo¹; Fátima Lampreia¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Medicina 1, Hospital de S. José

INTRODUÇÃO: A endocardite infecciosa define-se como infeção bacteriana, vírica ou fúngica das superfícies endocárdicas do coração, mais frequentemente afetando uma ou mais válvulas cardíacas. O seu diagnóstico pode ser simples, mas tende a complicar-se em doentes com apresentação atípica e/ou no início da infeção.

CASO CLÍNICO: Mulher de 73 anos, com linfoma B indolente estadio IV/B e suporte transfusional por anemia, que recorreu à urgência por quadro com 4 dias de evolução de febre, mialgias, tosse seca, cansaço e anorexia após ciclo de quimioterapia recente. Analiticamente com pancitopenia agravada (hemoglobina 7.2g/dL, neutrófilos 340/uL e plaquetas 36000/uL) e PCR aumentada (276mg/L). Radiografia de tórax com hipotransparência na base direita. Isolamento de *Achromobacter xylosoxidans* em hemoculturas. Admitida neutropenia febril e pneumonia adquirida na comunidade, iniciando antibioterapia dirigida com piperacilina/tazobactam e filgastrim. Internada em enfermaria de Medicina Interna, destacando-se agravamento clínico inicial, com bacteriemia persistente a *Achromobacter xylosoxidans*, sendo escalada antibioterapia para meropenem. Para exclusão de outros focos infecciosos, realizou tomografia computadorizada toraco-abdominopélvica sem identificação de focos ativos e ecocardiograma transesofágico que identificou vegetação de 5mm na cúspide coronária direita da válvula aórtica. Assim, admitida endocardite infecciosa a *Achromobacter xylosoxidans*, tendo cumprido 6 semanas de antibioterapia dirigida com melhoria clínica, descida de parâmetros inflamatórios e hemoculturas seriadas negativas. Teve alta com manutenção de seguimento em ambulatório.

CONCLUSÃO: O *Achromobacter* é uma bactéria gram negativa, mais frequentemente associada a infeções em doentes imunocomprometidos, com patologia respiratória, mais frequentemente doentes com fibrose quística ou doentes com dispositivos invasivos. Apesar de raro, já foram reportados casos de endocardite por este agente, geralmente associados a mau prognóstico. Este caso realça a importância da investigação etiológica extensa em casos de bacteriemia persistente, reforçando a necessidade de exclusão de endocardite, de modo a permitir um tratamento adequado.

PO-0446 - (2163) - UMA QUEDA COMPLICADA - QUANDO A COLANGITE ATINGE A COLUNA

Maria João Barbosa¹; André Martins¹; Inês Quinteiro¹; Rita Gameiro¹;
Luísa Azevedo¹; Fátima Lampreia¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Medicina 1, Hospital de S. José

Introdução: A espondilodiscite define-se como infeção de vértebras e discos vertebrais, sendo a sua causa mais frequente a disseminação hematogénica.

Caso clínico: Mulher de 76 anos, com história de coledocolitíase, submetida a CPRE em 2019, que recorreu à urgência por quadro de dor abdominal nos quadrantes inferiores, havendo referência a lombalgia no seguimento de queda 3 dias antes. Diagnosticada colangite, tendo iniciado antibioterapia empírica com amoxicilina/clavulanato e sendo submetida a CPRE. Posteriormente inicia quadro de paraparésia flácida com reflexos osteotendinosos mantidos e nível de sensibilidade infra-umbilical, tendo realizado Ressonância Magnética (RM) que identificou espondilodiscite D8-D9 com proeminente edema e destruição dos corpos vertebrais e espaço discal, complicado de abscesso epidural anterior paramediano direito a condicionar compressão e edema medular. Foi submetida a descompressão cirúrgica e desbridamento emergentes, sendo posteriormente ajustada antibioterapia dirigida a *Escherichia coli* multissensível, isolada em hemoculturas e exsudado da ferida operatória. Por manutenção de lombalgia, repetiu RM que documentou agravamento de abscessos epidurais, sendo rediscutida a situação clínica com a Neurocirurgia, tendo indicação para manutenção de antibioterapia, que cumpriu durante 12 semanas, verificando-se melhoria clínica e analítica, apesar de manter paraparésia com força muscular grau 3/5 bilateralmente e espasticidade associada a dor neuropática. À reavaliação imagiológica com franca melhoria do processo infeccioso.

Conclusão: A espondilodiscite é um distúrbio raro em adultos, mas a sua incidência tem vindo a aumentar. Configura um desafio diagnóstico, principalmente devido à inespecificidade da clínica que exige um elevado índice de suspeição. Deve haver suspeita de agentes gram negativos especialmente quando existe infeção genito-urinária ou intra-abdominal pré-existente ou síncrona. Este caso clínico reforça a importância do diagnóstico precoce nestes doentes.

PO-0447 - (4044) - ENDOCARDITE INFECCIOSA POR HAEMOPHILUS PARAINFLUENZAE RESISTENTE ÀS CEFALOSPORINAS: QUANDO SÓ EXISTE UMA OPÇÃO TERAPÊUTICA

Diana Lopes¹; Francisco Simões¹; Rita Sousa¹; Ana Filipa Martins¹; Juliana Andrade¹; Cristina Angela¹; Sara Marques¹; Rita Matos¹; Rui Domingues¹; Inês Gonçalves¹; Ana Mendes Costa¹; André Santa Cruz¹; Alexandre Carvalho¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: A endocardite é uma infeção de elevada morbimortalidade que, tipicamente, requer tratamento prolongado com antibioterapia endovenosa. Desde as últimas guidelines, é dada preponderância à antibioterapia oral com 2 fármacos, em casos selecionados e com boa evolução clínica inicial. No entanto, as recomendações não incluem casos raros em que a monoterapia oral pode ser a única opção válida.

Caso Clínico: Uma mulher de 42 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu ao serviço de urgência por cefaleia, febre e astenia, há 3 dias. Já teria sido avaliada, noutra hospital, e medicada com azitromicina sem melhoria. Ao exame físico auscultava-se sopro mesossistólico II/VI no foco mitral. Analiticamente tinha proteína c reativa de 149mg/L e troponina de 2,476ng/mL. As hemoculturas colhidas no outro hospital eram positivas para *Haemophilus parainfluenzae*. Em sequência, fez ecocardiograma transtorácico (EcoTT) que sugeriu vegetação na válvula mitral. Foi internada por endocardite infecciosa de válvula nativa (2 critérios maior) e iniciou tratamento com Ceftioxone. O ecocardiograma transesofágico confirmou vegetação de 9mm e mostrou perfuração do folheto posterior da válvula mitral. Apesar disso, não existiam sinais de insuficiência cardíaca aguda. Já a ressonância magnética revelou focos de fibrose não isquémicos compatíveis com miocardite. Ao segundo dia de internamento, o teste de sensibilidade antibiótica indicou resistência aos beta-lactâmicos, sendo prescrita ciprofloxacina endovenosa (expert opinion), única opção possível. No entanto, por flebites importantes que impossibilitavam a administração do fármaco, foi necessário switch rápido para terapêutica oral. A doente manteve ciprofloxacina, 750 mg bid oral desde o terceiro dia de internamento com melhoria clínica e analítica progressivas. Teve 3 conjuntos de hemoculturas negativas, embora mantivesse vegetação semelhante no EcoTT de controlo. Teve alta após 14 dias com manutenção de antibiótico oral por 4 semanas, sem recidiva. Um novo EcoTT não mostrou vegetação. Mantém seguimento em consulta externa, a aguardar cirurgia da válvula mitral.

Conclusão: Os autores pretendem mostrar as múltiplas dificuldades na decisão terapêutica: por um lado as que decorreram da resistência aos antimicrobianos; por outro as que decorreram da impossibilidade de administração do fármaco pela via mais usual e adequada, tendo de ser usada a via oral, ainda para mais em monoterapia, com pouca evidência científica de suporte.

PO-0448 - (2558) - ENDOCARDITE POR E.FAECALIS: UMA POSSÍVEL NOVA INDICAÇÃO PARA COLONOSCOPIA

Diogo Macedo¹; Catarina Antunes Salvado¹; Inês Rodrigues¹; Beatriz Belo¹; Inês Amaral Pinto¹; Andreia Freitas¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Introdução: Existe uma relação comprovada entre endocardite infecciosa (EI) por *Streptococcus gallolyticus* e cancro colorretal (CCR). Começa a emergir na literatura associação entre EI por *Enterococcus faecalis* (E.Faecalis) e CCR.

Caso Clínico: Homem de 68 anos com antecedentes de Insuficiência Cardíaca valvular (prótese aórtica biológica com história de EI no passado), fibrilhação auricular e hipertensão arterial, recorre ao serviço de urgência por astenia com 2 meses de evolução e febre e melenas com 2 semanas de evolução. Do estudo realizado foi documentada anemia de novo, ferripriva, com necessidade de suporte transfusional, e elevação dos marcadores inflamatórios. Foi realizada colheita de hemoculturas, com isolamento de E.faecalis. A endoscopia digestiva alta e a retoscopia não revelaram alterações, sendo apenas na colonoscopia objetivada uma lesão exofítica no cólon (histologia: adenocarcinoma do cólon). No internamento foi realizado ecocardiograma transtorácico e transesofágico, sem evidência de vegetações. Foram documentadas alterações inflamatórias/infecciosas nos tecidos moles adjacentes à válvula aórtica, sugerindo o diagnóstico de endocardite, apenas em PET. Cumpriu seis semanas de antibioterapia, com hemoculturas de controlo negativas e boa resposta clínica e analítica, tendo alta orientado para consulta urgente de Cirurgia Geral após avaliação em consulta de grupo.

Discussão: O CCR é uma neoplasia comum influenciada por fatores genéticos e ambientais. O E.Faecalis é um agente frequentemente encontrado no trato genitourinário. No entanto, em cerca de 50% dos casos de EI por este agente não se verifica qualquer alteração urinária. Neste subgrupo, Pericas et al demonstrou associação com CCR em colonoscopia. Este microrganismo pode causar mutações genéticas no cólon, levando a neoplasia e subsequente translocação sanguínea. A evidência atual indica que a presença de bacteremia por E.faecalis não altera o prognóstico do CCR. Na sua maioria, o CCR é diagnosticado em fases iniciais, tal como neste caso, permitindo o tratamento cirúrgico.

Conclusão: Este caso ilustra uma nova associação que já começa a ser descrita na literatura e corrobora a importância dos exames endoscópicos em doentes com EI por E.faecalis, sem foco evidente, para exclusão de CCR.

PO-0449 - (2786) - UM CASO CLÍNICO: CRUELDADES DO GÉNERO FEMININO

Mónica Spencer Pereira¹; Sandra Sepúlveda¹; Ana Rita Rocha¹; Domingas Pereira¹; Pedro Costa¹

1 - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: As zoonoses são doenças infecciosas transmitidas de animais aos seres humanos e entre humanos. Os mosquitos fêmeas são os que transmitem doenças. Distribuição mundial. As parasitárias como Malária, Zika, Doença de Chagas, febre-amarela e Leishmaniose, este último mais na Índia, Sudão, Brasil e Quênia.

Descrição: Homem de 35 anos natural de Paquistão, com antecedentes de Asma, medicado com salbutamol. Múltiplos recursos à urgência por febre, astenia, dispneia e desconforto abdominal, medicado com amoxicilina e ácido clavulânico e claritromicina por suspeita de infeção respiratória, sem melhorias. Analiticamente com pancitopénia, velocidade sedimentação maior que 140, PCR 7,7 mg/dL, enzimas hepáticas aumentadas. Internado para investigação etiológica, iniciado piperacilina tazobactam e lenogastim. Durante o internamento dos exames efectuados: hemoculturas negativas, electroforese das hemoglobinas e das proteínas sem alterações, RPR negativo, anticorpo treponema pallidum negativo, imunofenotipagem sem alterações, coombs indirecto positivo, tomografia computadorizada toraco abdomino pélvica com discreto enfisema paraseptal, hepatoesplenomegalia com parênquima de densidade homogénea. Mielograma com aspectos morfológicos compatíveis com leishmaniose. Assim, iniciou terapêutica com Anfotericina B lipossómica, com melhoria clínica e laboratorial franca e sustentada. Exame cultural pela técnica de PCR positiva.

Conclusão: Trata-se dum parasita muito frequente na Ásia e cujo quadro clínico caracterizado pela pancitopénia, febre e hepatoesplenomegalia. Diagnóstico é feito pelo mielograma. A gravidade e tratamento depende do tipo da doença, espécie de parasita e localização geográfica. É uma doença curável, todos os doentes com leishmaniose visceral necessitam de tratamento imediato. A resposta ao tratamento depende de comorbilidades associadas, fatores associados como icterícia, perda ponderal, anemia grave e imunossupressão podem condicionar a maior mortalidade. Na visceral ainda pode ocorrer manifestação secundária 1 a 20 anos após a cura, kala-azar dermal leishmaniasis. Na ausência de tratamento a doença pode ser letal.

PO-0450 - (4057) - MENINGITE DISSIMULADA

Miguel Lázaro Mendes¹; Sofia Camões¹; Catarina Rodrigues Da Silva¹;
Daniel Aparício¹; Beatriz Silva Costa¹; Marta Marques¹; Maria Do Céu Coelho¹;
Ana Gomes¹; Edite Nascimento¹

1 - ULS Dão Lafões - Hospital de São Teotónio de Viseu

INTRODUÇÃO

A infeção do Sistema Nervoso Central (SNC) manifesta-se por um conjunto de sinais e sintomas muitas vezes sobreponível com os do Acidente Vascular Cerebral (AVC).

CASO CLÍNICO

Homem, 74 anos, com antecedentes de dislipidemia, mieloma múltiplo IgG Lambda (sob Lenalidomida), bloqueio aurículo-ventricular de 2º grau Mobitz tipo II, fibrilhação auricular (sob apixabano 2,5mg 2id), foi trazido ao SU por alteração do discurso.

Ao exame, apresentava discurso com bloqueios anómicos (nomeava 1/3) e pronação do membro superior direito. Sem défices de campo aparentes. Sinais vitais bem excepto temperatura auricular de 38,3°C.

Fez Angio-TAC-CE que mostrou “áreas hipodensas subcorticais de predomínio esquerdo ... compatíveis com lesões de natureza vascular” e “irregularidade do preenchimento por contraste do ramo da divisão superior da artéria cerebral média esquerda”. Radiografia do tórax e combur sem alterações. Analiticamente: elevação da Proteína C Reactiva (13,29ng/dL).

Assumido AVC isquémico esquerdo de etiologia cardioembólica (hipocoagulação em dose infraterapêutica) versus estenose intracraniana. Admitido na Unidade de AVC. Por se tratar de um doente imunodeprimido colheu amostras para hemo e urocultura e iniciou empiricamente amoxicilina + ácido clavulânico e aciclovir.

No internamento, progrediu para afasia global e défice da força motora à direita grau 3. Repetiu TAC-CE que não mostrou alterações de novo. Ao 3º dia foi isolada *Listeria Monocytogenes* nas hemoculturas. Foi submetido a Punção Lombar (PL) que mostrou proteinorráquia de 220mg/dL, glicorráquia de 9mg/dL e 149 leucócitos/mm³ (60% de predomínio de polimorfonucleares). O painel multiagente foi positivo para *Listeria Monocytogenes*.

Assumida meningite e bacteriémia por *Listeria Monocytogenes* pelo que iniciou tratamento dirigido com ampicilina, que cumpriu durante 23 dias. Foi feita notificação no SINAVE.

Ao 17º dia de internamento fez RM-CE que mostrou “múltiplos focos glióticos dispersos na substância branca periventriculares e subcorticais, de natureza isquémica microvascular crónicos”.

Apresentou lenta mas boa evolução clínica e analítica.

DISCUSSÃO & CONCLUSÃO

A infeção do SNC e o AVC isquémico são patologias que podem apresentar clínica semelhante. Assim sendo, é imperativo manter um elevado grau de suspeição para infeção do SNC em doentes que apesar de apresentarem imagem sugestiva de AVC apresentam concomitantemente quadro infeccioso sem ponto de partida esclarecido.

PO-0451 - (2762) - MIOSITE VIRAL - DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UMA DOENÇA INCOMUM

Maria Luísa Alvarenga¹; Rodrigo Morgado¹; Filipe Dias¹; Sofia Sobral¹;
Henrique Rita¹; Ana Valido¹

1 - Unidade Local Saúde Litoral Alentejano

Introdução: Os vírus podem afetar diferentes órgãos e sistemas, provocando uma multiplicidade de sintomas que dificultam o diagnóstico diferencial. A Miosite é uma complicação das infecções virais, da qual ainda pouco se sabe sobre os seus mecanismos fisiopatológicos.

Caso Clínico: Trata-se de um jovem (23 anos) com diagnósticos prévios de doença celíaca, asma e rinite alérgica. Antecedentes familiares de espondilite anquilosante, lúpus eritematoso sistémico, miastenia gravis, esclerodermia e artrite reumatóide. Recorreu à urgência por quadro com 9 dias de evolução caracterizado por febre (39°C), mialgias (membros inferiores), dor lombar e plantar. Referiu quadro de diarreia 2 semanas antes do quadro atual. Ao exame objetivo destacava-se: consciente, hemodinamicamente estável, apirético, esplenomegalia, dor no hipocôndrio direito, palpação gemelar dolorosa e sinal de Homans. Dos exames realizados destacava-se: parâmetros inflamatórios elevados: proteína C reativa 10 mg/dL, velocidade de sedimentação 64 mm/h e d-dímeros 41979 ng/mL; hemocultura e urocultura negativas; pesquisa de VIH, hepatites B e C negativa; pesquisa de SARS-Cov-2 (amplificação de ácidos nucleicos) negativa; Angio TC toraco-abdomino-pélvica e membros inferiores não confirmou trombose venosa; PET sem alterações sugestivas de neoplasia; autoimunidade positiva: anticoagulante lúpico, ANA, perfil miosites (TIF1-g, PM-Scl100, Ro52) e ASMA. Perante a hipótese de miosite autoimune, iniciou corticoterapia sistémica, com benefício, tendo alta encaminhado para consulta de Reumatologia. A evolução permitiu acompanhar a remissão clínica, com a suspensão da corticoterapia e a normalização da avaliação laboratorial. Obtiveram-se os resultados da capilaroscopia ungueal e da eletromiografia (membros inferiores) que se revelaram normais. Isto permitiu excluir a hipótese anterior, assumindo-se o diagnóstico de miosite viral.

Discussão: Este caso ilustra a dificuldade em estabelecer o diagnóstico de miosite viral, por se tratar de um diagnóstico de exclusão. Não sendo obrigatório, apoiaria a documentação de uma infecção viral, que não aconteceu neste caso. A história pessoal e familiar de autoimunidade, a positividade serológica autoimune e a boa resposta à corticoterapia tornaram-se fatores confundidores do diagnóstico. Porém, a evolução aguda, com remissão total da sintomatologia, e a eletromiografia normal, permitiram excluir a miosite autoimune como mais provável.

PO-0452 - (2286) - EMPIEMA PULMONAR COMO COMPLICAÇÃO DE ESPONDILODISCITE

Raquel Azevedo¹; Soraia Araújo¹; Inês Araújo¹; Martinha Vale¹; Margarida Robalo¹; Carla Maravilha¹; Sofia Esperança¹

1 - Unidade Local Saúde- Braga

Introdução: A espondilodiscite é uma doença rara, de difícil diagnóstico. Esta infeção pode ocorrer através de disseminação hematogénea com ponto de partida num foco bacteriémico distante, muitas vezes não identificado, por inoculação direta ou contiguidade. O agente microbiano mais frequentemente envolvido é o *Staphylococcus aureus*.

Caso 1: Homem de 66 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, admitido no Serviço de Urgência (SU) após atropelamento. Apresentava deformidade nasal, tendo alta com diagnóstico de fratura dos ossos próprios do nariz. Regressou ao SU 10 dias depois por febre, disúria, dor lombar e dispneia. Tomografia computadorizada (TC) tóraco-abdomino-pélvica evidenciou fratura compressiva e erosão do corpo vertebral de D6, suspeita de espondilodiscite de D6 e D7, fleimão peri-vertebral e endocanal e derrame pleural (DP) loculado à esquerda. Analiticamente com aumento de parâmetros inflamatórios.

Caso 2: Mulher de 50 anos, com antecedentes de hipotireoidismo, recorreu ao SU por dorsalgia intensa incapacitante com 3 semanas de evolução. Associadamente, com astenia e hiper-sudorese. Nega febre. Analiticamente com aumento de parâmetros inflamatórios. TC-coluna dorso-lombar com destruição e colapso do corpo vertebral de D8 e, com menor expressão, de D7, com envolvimento do respetivo espaço discal compatível com espondilodiscite. TC-torácico com moderado a volumoso derrame pleural direito. Realizou toracocentese que revelou líquido pleural com características de empiema.

Durante o curso do internamento, os doentes foram diagnosticados com bacteriemia por *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (MSSA) complicada com espondilodiscite torácica e empiema pulmonar por contiguidade. Ambos foram sujeitos a antibioterapia prolongada e a doente apresentada no caso 2 foi submetida a fixação transpedicular percutânea e laminectomia descompressiva. Os doentes apresentaram evolução clínica favorável e alta hospitalar.

Discussão: A espondilodiscite apresenta elevada morbimortalidade devido à clínica inespecífica e evolução insidiosa que condicionam atrasos no diagnóstico. O elevado grau de suspeição para o diagnóstico é fundamental, permitindo o início precoce do tratamento e redução de complicações. Assim, os casos apresentados constituem um desafio diagnóstico e terapêutico pela raridade da patologia, mas sobretudo face à extensão da infeção.

PO-0453 - (2537) - A IMUNOSSUPRESSÃO E AS INFEÇÕES OPORTUNISTAS - PREVENÇÃO VERSUS TRATAMENTO

Adriana Costa¹; Beatriz Parreira¹; Francisca Correia¹; Pestana Ferreira¹; Jorge Almeida¹

1 - ULS São João

A Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* é uma infeção potencialmente ameaçadora de vida em doentes imunocomprometidos. Além dos doentes com Vírus da Imunodeficiência Humana com baixas contagens de células T CD4+, existem muitas outras situações de imunossupressão que devemos estar alertas, nomeadamente doentes com neoplasias hematológicas, ou em doenças autoimunes que exijam doses elevadas e/ou prolongadas de corticoterapia para controlo sintomático/ tratamento.

Homem 64 anos com história de Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células B gástrico, diagnóstico em abril de 2023, estadiamento Ann Arbor IV A. Completou 6 ciclos de R-CHOP com resposta parcial ao fim do quarto ciclo. Foi encaminhada ao Serviço de Urgência por hipotensão. Após o estudo necessário, o doente foi internado com diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade com Insuficiência Respiratória Hipoxémica. Pelo agravamento progressivo e rápido da insuficiência respiratória comparativamente à clínica, que era à data fruste, realizou Tomografia Computorizada (TC) torácica que mostrava de áreas de opacificação em vidro despolido dispersas por ambos os hemicampos pulmonares, a que se associavam focos de consolidação peribroncovasculares, achados sugestivos de Pneumocistose. Pelo diagnóstico presuntivo iniciou Sulfametoxazol/Trimetoprim e corticoterapia. O diagnóstico foi confirmado pela PCR positiva do *Pneumocystis jirovecii* no lavado broncoalveolar. Com o tratamento adequado, o doente evoluiu favoravelmente.

O reconhecimento precoce desta entidade foi fundamental para a evolução favorável do doente. É importante o reconhecimento de situações de imunossupressão e agir em conformidade, com o início da profilaxia com Bactrim.

PO-0454 - (2297) - PAROTIDITE AGUDA COMO COMPLICAÇÃO DE VENTILAÇÃO POR PRESSÃO POSITIVA NÃO-INVASIVA - UMA ENTIDADE EMERGENTE

Alexandre Castro Lopes¹; Bárbara Paracana¹; Rita Figueira¹; Joana Melo¹; Ana Sofia Montez¹; Mariana Sousa¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Introdução: A Ventilação Não Invasiva (VNI) tem ganho uso crescente nos últimos anos, especialmente na época pandémica, com excelentes resultados no tratamento de variadas entidades que condicionam insuficiência respiratória. É uma modalidade com menos riscos do que Ventilação Invasiva, permitindo bons resultados e maior para o conforto do doente.

Caso Clínico: Trata-se de uma doente do sexo feminino de 89 anos, previamente dependente nas AVDs, com períodos de desorientação e a destacar obesidade de tipo andróide. Foi internada no serviço de Medicina Interna por insuficiência cardíaca descompensada, com síndrome cardiorrenal tipo 1, sob VNI após admissão no SU em acidémia por insuficiência respiratória crónica agudizada.

Iniciou desmame do VNI, atendendo à melhoria clínica e a falta de adaptação à mesma. Ao sexto dia após início de VNI, apresentou-se com dispneia aguda, ligeiro estridor audível e desorientação, associados a dessaturação para 71% em ar ambiente. Encontrava-se normotensa, taquicárdica e febril (38°C). Fez terapêutica sintomática e metilprednisolona 80mg, com melhoria. Durante a inspeção foi objetivado edema doloroso com sinais inflamatórios da região cervical esquerda, desde a região submandibular até ao pavilhão auricular, com apagamento do ângulo da mandíbula. O estudo analítico mostrou leucocitose neutrofílica e subida de proteína C reativa. Realizou ecografia cervical urgente, que revelou “acentuadas alterações inflamatórias com edema infiltrativo da parótida esquerda”, tendo-se assumido o diagnóstico de parotidite aguda, pelo que iniciou ceftriaxone e metronidazole.

Teve uma boa resposta clínica e analítica, com posterior alta para a instituição de residência.

Discussão: A VNI é uma modalidade de ventilação com várias vantagens e excelentes resultados, sendo frequentemente a pedra basilar de patologias agudas que cursam com insuficiência respiratória aguda e crónica. No entanto, não é isenta de riscos – a parotidite supurativa é uma complicação da VNI raramente descrita na literatura, tendo como mecanismos propostos a estase salivar, a desidratação das mucosas e o fluxo retrógrado pela pressão positiva, podendo por vezes até cursar com pneumoparotidite.

Conclusão: A parotidite aguda pode ser uma complicação de VNI, levando a má adaptação à modalidade e complicações respiratórias severas, sendo um diagnóstico raro que necessita de um alto grau de suspeição, quando o biótipo e o estado de consciência a tornam menos óbvia.

PO-0455 - (2547) - TUBERCULOSE PERICÁRDICA: QUANDO O PULMÃO É A CHAVE

Mauro Moreira¹; Bruno Bragança¹; Bárbara Silva¹; Ricardo Meireles¹

1 - Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

Introdução: A tuberculose (TB) pericárdica é uma manifestação rara de TB extra-pulmonar em doentes imunocompetentes.

Caso clínico: Mulher, 56 anos, exposição a TB pulmonar há 20 anos. Desde há 3 meses, quadro flutuante de dor retroesternal pleurítica, alívio com anteflexão do tronco, irradiação interescapular e ombro esquerdo; dispneia de esforço e sintomas constitucionais. Eletrocardiograma com alterações da repolarização na parede inferior e V3-V6. Anemia inflamatória; leucocitose 15400/uL (neutrofilia e monocitose); proteína C reativa 333 mg/L; troponina I <5 pg/mL e velocidade de sedimentação 107 mm. Ecocardiograma transtorácico (ETT): derrame pericárdico de pequeno volume, circunferencial, de predomínio na parede posterior do ventrículo esquerdo; espessamento dos folhetos pericárdicos na parede posterior e parede livre do ventrículo direito, com sinais de fibrina. Tomografia axial computadorizada (TAC) torácica a evidenciar derrame pleural esquerdo - exsudado sero-hemático com predomínio neutrofílico; ADA <10 U/L; bacteriológico e micobacteriológico estéreis. Sem adenopatias ou alterações parenquimatosas pulmonares. Progressivas melhorias clínica, analítica, eletrocardiográfica e ecocardiográfica sob anti-inflamatório não esteroide e colquicina. Readmitida após 3 dias por recidiva de febre e toracalgia, com recrudescimento de marcadores inflamatórios e das alterações eletrocardiográficas. TAC e ETT sobreponíveis. Pesquisas de bacilos álcool-ácido resistentes no suco gástrico e lavado broncoalveolar (LBA) foram negativas. Isolamento de Mycobacterium tuberculosis complex no LBA ao 22º dia de incubação, confirmando o diagnóstico de TB pulmonar com provável TB pericárdica associada. Iniciou antibacilares e realizou biópsia pericárdica ao 20º dia de tratamento, histologicamente com fibrose, infiltrado de predomínio linfocítico e área de tecido de granulação. Evolução favorável, com resolução completa de sintomatologia, marcadores inflamatórios e alterações pericárdicas ao 3º mês de terapêutica.

Discussão & Conclusão: Diagnóstico presuntivo de TB pericárdica após isolamento micobacteriológico no LBA. Embora o estudo citoquímico do derrame pleural e a ausência de achados sugestivos de TB pulmonar não fossem expectáveis na etiologia bacilar, o contexto epidemiológico e clínico implicou persistência na busca do diagnóstico. A biópsia, embora congruente com o diagnóstico, não foi confirmatória provavelmente devido à terapêutica antibacilar já prolongada.

PO-0456 - (2514) - NEM TUDO O QUE PARECE É! UMA COMPLICAÇÃO INVULGAR DE UMA INFEÇÃO DE TRATO URINÁRIO NO SEXO MASCULINO.

Líliia Savka¹; Joelma Mendes¹; João Silvestre Martins¹; Ana Maria Baltazar¹;
Maria José Pires¹; Nuno Reis Carreira¹

1 - ULS Santa Maria

Introdução: A infeção do trato urinário no homem pode complicar-se de prostatite ou pielonefrite. No então, outras complicações podem surgir. O abscesso do corpo esponjoso é uma condição rara, associada a traumas, cirurgias prévias, contudo existem casos relatados de abscesso peniano em doentes com diabetes mellitus.

Caso clínico: Sexo masculino, 63 anos, autónomo, com antecedentes de insuficiência cardíaca, diabetes mellitus tipo 2 não insulino tratada com lesão de órgão alvo, dislipidemia, pancreatite crónica etanólica, alcoolismo crónico e tabagismo ativo. Internado em contexto de sepsis com ponto de partida urinário, tendo iniciado antibioterapia empírica com ceftriaxone, posteriormente ajustada para meropenem perante isolamento de *E. coli* produtora de betalactamases de largo espectro. Durante o internamento inicia queixas de dor escrotal, motivando o pedido de uma ecografia escrotal, que documentou a presença de volumosa coleção de conteúdo não puro centrada ao corpo esponjoso desde a raiz do pénis até aos seus 2/3 proximais, confirmado por tomografia. Discutido com urologia eventual intervenção cirúrgica para limpeza, decidida abordagem conservadora mantendo antibioterapia e algaliação. Verificou-se melhoria sustentada de parâmetros inflamatórios. Realizou 2 drenagens percutâneas do abscesso, com microbiologias negativas em ambas as culturas. Última TC-pélvica com marcada redução volumétrica da coleção. Atendendo a melhoria sustentada e clínica do doente, com parâmetros inflamatórios baixos, decidiu-se manter antibioterapia em ambulatório com fosfomicina. Doente teve alta algaliado, mantendo seguimento em consulta de Medicina Interna, com recuperação total e posterior desalgaliação.

Discussão: O abscesso da base do pénis não traumático, ao nível do corpo esponjoso, é raramente observado. Neste doente, nenhuma causa subjacente pode ser associada, exceto diabetes mellitus, que pode ser um fator de risco para abscesso peniano. Uma anamnese e exame objetivo cuidados podem ser determinantes no despiste deste tipo de complicações, cuja abordagem pode ser complexa, envolvendo várias especialidades, como a urologia e a imagiologia de intervenção.

PO-0457 - (2259) - ACTINOMICOSE MANDIBULAR - UMA ENTIDADE RARA

Maria João Oura¹; Catarina Santos Reis¹; Francisco Portal¹; Helena De Oliveira¹; Jorge Oliveira¹; Jorge Almeida¹

1 - Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução:

A actinomicose é uma infeção crónica rara de tecidos moles causada por *Actinomyces* sp, uma bactéria anaeróbia que geralmente coloniza a cavidade oral e os tratos genitoruinário e gastrointestinal.

Caso clínico:

Mulher, 78 anos, ECOG PS 0, com antecedentes de Síndrome de Gardner (variante de Polipose Adenomatosa Familiar) submetida a procolectomia há cerca de 33 anos, com manifestações extra-intestinais, nomeadamente osteomas da face.

Internada no Serviço de Medicina Interna para estudo etiológico de síndrome constitucional com anorexia, astenia com intolerância para pequenos esforços e perda ponderal. Do estudo, sem evidência de lesões suspeitas de malignidade, com diagnóstico de hipertireoidismo com positividade dos anticorpos anti-recetores de TSH - assumida tireotoxicose como provável causa de quadro.

Durante internamento, doente inicia quadro febril, com elevação dos parâmetros inflamatórios e drenagem de exsudado purulento na região do osteoma mandibular esquerdo. Realizou ressonância magnética da face, que confirmou achados sugestivos de osteomielite. Submetida a biópsia do osteoma, sem alterações sugestivas de malignidade mas com isolamento de *Actinomyces bovis*. Portanto, diagnóstico de osteomielite associado a actinomicose mandibular, tendo cumprido 2 semanas de antibioterapia endovenosa com Piperacilina e Tazobactam. Teve alta sob amoxicilina 1g de 8/8h para cumprir pelo menos durante 6 meses, com reavaliação em consulta externa (CE) de Doenças Infecciosas. Orientada também para CE de Cirurgia Plástica para eventual remoção de osteoma após resolução de quadro infeccioso.

Discussão e conclusão:

A actinomicose é uma infeção supurativa, causada pelo bacilo Gram positivo *Actinomyces* sp. O mais frequente é atingir a região cervicofacial, geralmente associado a causa odontogénica ou trauma. O tratamento é prolongado, com necessidade de penicilina G ou amoxicilina durante cerca de 6 a 12 meses. Este caso retrata uma associação pouco frequente entre osteomielite e *Actinomyces*, demonstrando a importância da realização de biópsia para uma correta identificação do agente e tratamento dirigido.

PO-0458 - (2662) - LINEZOLIDA – COMPORTAMENTO FARMACOCINÉTICO DA DOSE STANDARD NA NOSSA POPULAÇÃO

Cláudia Barata¹; Carlos Simões¹; Júlia Matos¹; Miguel Dias¹; Patrícia Pereirinha¹; Marília Rocha¹; José Feio¹

1 - Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução - A linezolida está indicada em adultos no tratamento da pneumonia adquirida na comunidade, nosocomial e infeções complicadas da pele e tecidos moles associadas a bactérias Gram-positivo. A dose standard (DS) são 600mg duas vezes por dia. Os principais efeitos adversos estão associados a distúrbios do trato gastrointestinal, alterações das enzimas hepáticas e mielossupressão. O estado fisiopatológico do doente pode interferir com a concentração sérica (CS) da linezolida, pelo que o seu doseamento se torna indispensável por razões de eficácia e segurança.

Objetivos - Avaliar o impacto do uso da DS de linezolida nos níveis de CS mínima (C_{mín}), máxima (C_{máx}) e área sob a curva (AUC) obtidos na nossa população.

Material e Métodos - Estudo retrospectivo de doentes sob terapêutica com linezolida intravenosa em DS com doseamento sérico entre maio de 2022 e março de 2023. Para obtenção dos dados demográficos, clínicos e farmacológicos recorreu-se ao processo clínico do doente e à base de dados da unidade de farmacocinética da farmácia hospitalar. Realizou-se análise estatística recorrendo ao Microsoft Excel®.

Resultados - Foram analisados 184 doseamentos, o que correspondeu a 137 doentes (63,50% homens), com 69,10±15,15 anos de idade. Do total de doseamentos, 110 (59,46%) encontravam-se fora do intervalo terapêutico (IT) (C_{mín} 2-8mg/L), sendo que destes 48,18% estavam supratrapêuticos. Existe uma correlação positiva da C_{mín}, C_{máx} e AUC com o tempo de tratamento decorrido até ao momento do doseamento, havendo diferenças estatisticamente significativas entre todos estes parâmetros obtidos ao segundo dia de tratamento e os realizados após: 3-7 dias (p<0,05), 8-14 dias (p<0,05 para C_{mín} e p<0,001 para C_{máx} e AUC) e 15-28 dias para AUC (p<0,05). Na relação da idade com os parâmetros em estudo, observou-se que estes aumentam com a idade do doente, com diferenças estatisticamente significativas para o grupo etário 75-100 anos na AUC, comparativamente com o grupo 18-64 anos (p<0,05), e na C_{mín} e C_{máx}, com o grupo 18-74 anos (p<0,05). Relativamente à função renal, observou-se um aumento significativo da C_{mín}, C_{máx} e AUC com a redução da função renal (p<0,05), até ao limite de 15ml/min/1,73m². Abaixo deste valor, apenas se verificou um aumento estatisticamente significativo da C_{mín} (p<0,05). Na presença de valores supratrapêuticos (C_{mín}>8mg/L e AUC>200mg*h/L) foi observada uma redução na contagem de plaquetas (p<0,05).

Discussão & Conclusão - O uso da DS conduziu a resultados fora do IT considerado. Ao mesmo tempo verifica-se que as variáveis como a duração de tratamento, idade e função renal determinam de forma significativa o valor de CS de linezolida, bem como o desenvolvimento de toxicidade hematológica, tal como descrito na literatura. Desta forma, a monitorização farmacocinética da linezolida representa uma ferramenta crucial na individualização da terapêutica com vista à obtenção de melhores resultados clínicos.

PO-0459 - (4264) - MAIS QUE UM DERRAME

Mariana Silva De Sousa¹; Catarina Sousa²; Nuno Lousada²;
Roberto Palma Dos Reis²; Fausto Pinto³

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital de Santa Maria, Serviço de Medicina Interna; 2 - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital Pulido Valente, Serviço de Cardiologia; 3 - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital de Santa Maria, Serviço de Cardiologia

O derrame pleural (DP) é uma condição comum e desafiante. A definição etiológica é essencial, sendo que a abordagem terapêutica e o prognóstico dependem da sua causa. Apresentamos o caso de um homem de 69 anos com cansaço para esforços progressivamente menores e angor de esforço desde há 1 mês. À observação com sopro sistólico grau IV/VI de novo com irradiação cervical, diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito e edema dos membros inferiores. Laboratorialmente com anemia, NT-proBNP 3726 pg/mL e troponina T 26 ng/L. Radiografia de tórax com DP bilateral, maior à direita. Assumida hipótese de insuficiência cardíaca (IC) aguda. Ecocardiograma transtorácico com doença degenerativa valvular aórtica grave, ectasia da aorta ascendente 51mm e disfunção ventricular esquerda sistólica global ligeira. Toracocentese com evidência de DP linfocítico com critérios de transudado. Observada melhoria clínica após introdução e otimização de terapêutica modificadora de prognóstico e titulação de diurético. Por persistência de DP direito, realizada TC de corpo com DP direito volumoso, com sinais de organização e pequeno componente cisural, envolvimento adenopático de todas as cadeias ganglionares cervicais, torácicas, abdominais e pélvicas, e ligeira esplenomegália homogénia, sugestivo de doença linfoproliferativa. Biópsia excisional de gânglio cervical direito consistente com linfoma folicular de baixo grau 1-2 e estudo imunohistoquímico positivo para CD20, CD10, bcl-6, bcl-2. Líquido pleural com população linfocitária T de 86.63%, relação CD4/ CD8 normal e população linfocitária B monoclonal de 3.45%, fenótipo positivo para Kappa, CD19, CD20, CD23 (parcial), CD10, CD79b, CD200, IgM, CD18, CD22, CD185. Assumidos diagnósticos finais de IC aguda de etiologia valvular e linfoma não Hodgkin (LNH) folicular grau 1-2. O LNH é responsável por 10% dos DP malignos e é geralmente classificado como exsudado. No entanto, em doentes com insuficiência cardíaca ou renal, pode ter características de transudado. A persistência do DP unilateral revelou-se crucial na investigação do caso, sugerindo uma possível etiologia neoplásica, desafiando o diagnóstico inicial de IC. Este caso destaca a complexidade e os desafios associados ao diagnóstico diferencial de condições com apresentações clínicas sobrepostas, salientando a importância da abordagem sistemática, investigação minuciosa e da consideração de múltiplas etiologias em doentes com DP e apresentação sugestiva de doença cardíaca.

PO-0460 - (4712) - QUEDAS FREQUENTES COMO SINAL DE ALERTA: O CASO DE UMA ANEMIA MACROCÍTICA GRAVE

António Cardoso Fernandes¹; Patrícia Sobrosa¹; Patrícia Araújo¹; Maria Inês Risto¹; Ana Frederica Parente¹; Jorge Bezerra¹; Diana Barros¹; Carolina Marques Miranda¹; Cátia Barreiros¹; Carmélia Rodrigues¹

1 - Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A anemia representa um desafio diagnóstico devido à sua variedade de causas, que vão desde deficiências nutricionais até etiologias mais complexas, como distúrbios hematológicos, e por isso requer uma abordagem minuciosa para determinar a(s) causa(s) subjacente(s).

Caso Clínico: Mulher, 68 anos. Antecedentes de síndrome depressivo. Múltiplas vindas ao serviço de urgência (SU) por quedas durante a última semana. Anorexia e emagrecimento não quantificado, com semanas de evolução. Negava vômitos ou diarreia. Sem consumo etílico. Medicada com lansoprazol e loflazepato de etilo. À admissão no SU anemia macrocítica (Hb 3.3 g/dL) e trombocitopenia (Pla_q 30 000 /mL) graves. Admitida no internamento para estudo. Detetado défice de vitamina B12 e ácido fólico no limite inferior do intervalo de referência. Esfregaço de sangue periférico com dacriócitos e neutrófilos hipersegmentares. Efetuou 4 transfusões com boa rentabilidade (Hb 8.0 g/dL). Sem citocolestase, hiperbilirrubinemia ou alterações sugestivas de hemólise. Função tiroideia e eletroforese normais. Serologias víricas negativas. Ecografia abdominal sem hepatoesplenomegalia. Anticorpos anti-células parietais e anti-fator intrínseco negativos. Realizou endoscopia digestiva alta com evidência de úlcera gástrica e cujas biópsias mostraram gastrite crónica não atrófica, sem sinais de malignidade, com pesquisa H. pylori negativa. Suplementada com ácido fólico, vitamina B12 intramuscular e óxido ferroso. Melhorou da anemia e resolução da trombocitopenia.

Como intercorrências, pneumonia adquirida na comunidade à admissão, medicada empiricamente com ceftriaxone e azitromicina, e infeção vírica por Rinovirus/Enterovirus nosocomial, ambas sem condicionar insuficiência respiratória.

Discussão: Este caso destaca-se pela gravidade da anemia na altura do diagnóstico, com sintomas pouco valorizados pela doente. Esta apresentação acrescentou alguma complexidade ao diagnóstico, mas a resposta favorável à suplementação com resolução das alterações hematológicas veio consolidar a etiologia.

PO-0461 - (4785) - UMA GRANDE DOR DE CABEÇA

Mariana Baptista¹; Inês Soares¹; Rosélia Lima¹; Marta Nunes¹; Márcio Tavares¹

1 - ULSGE

Introdução: A cefaleia é uma causa frequente de recorrência ao Serviço de Urgência (SU), sendo a cefaleia primária a mais comum. No entanto, de acordo com os antecedentes e clínica do doente pode ser importante excluir causas secundárias de cefaleia.

Caso Clínico: Sexo masculino, 74 anos, dois pontos na escala de Frailty. Antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, adenocarcinoma da próstata tratado em 2018 e linfoma folicular transformado em linfoma não hodgkin difuso de grandes células B (LNHDGCB) estadio IV em remissão completa desde fevereiro de 2022, após 6 ciclos de rituximab- ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisolona. Em maio de 2023 recorre ao SU, múltiplas vezes, por cefaleia com 6 dias de evolução, com início na região cervical e irradiação holocraniana, refratária a analgesia multimodal, associada a náuseas, vômitos e desequilíbrio. Nega febre. Sem alterações ao exame objetivo, nomeadamente défices neurológicos ou organomegalias. Sem alterações no estudo analítico. Realizada angio-tomografia cranioencefálica venosa que não demonstrou eventos agudos. Realizada colheita de líquido cefalorraquidiano (LCR) cuja imunofenotipagem apresentou mais de 80% de células B maduras sugestivas de linfoma de células B grandes com origem em centro folicular. Ressonância magnética e tomografia de emissão de positrões sem alterações, biópsia de medula óssea sem evidência de infiltração neoplásica. Foi realizado o diagnóstico de LNHDGCB com recaída isolada no Sistema Nervoso Central (SNC). Iniciado tratamento com 5 ciclos de rituximab, metotrexato, procarbazina e vincristina e consolidação com 2 ciclos de citarabina em alta dose. Melhoria inicial dos sintomas. Em dezembro de 2023, recidiva das queixas álgicas e alterações do equilíbrio, com agravamento do estado geral e persistência de células B patológicas no LCR, tendo-se assumido LNHDGCB refratário a quimioterapia e privilegiado controlo sintomático. O doente faleceu em janeiro de 2024.

Conclusão: O LNHDGCB é o subtipo mais comum de LNH (30-40%). No entanto, a apresentação mais comum é a nodal, sendo a invasão do SNC uma forma rara de apresentação inicial (1%) ou recidiva. Assim este caso clínico serve para salientar a importância de excluir causas secundárias de cefaleia em doentes com cefaleia refratária, sendo que neste caso o antecedente de LNHDGCB, foi fundamental para orientar o estudo etiológico da cefaleia e realizar um correto diagnóstico e tratamento dirigido.

PO-0462 - (4863) - UM CASO RARO DE POEMS

Patrícia Cláudio Ferreira¹; Ana Luís Vasconcelos¹; Rita Ribeiro¹; Ana Oliveira E Sá¹; Margarida Monteiro¹; Rosário Araújo¹

1 - ULS Braga

O síndrome de POEMS é um processo paraneoplásico, representado pelo seguinte acrónimo: Polineuropatia; Organomegalia; Endocrinopatia; Pico monoclonal; Alterações cutâneas. É uma doença rara, muitas vezes subdiagnosticada, com um pico de incidência entre os 50-60 anos.¹

Sexo masculino, 49 anos, autónomo. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, hiperuricemia e ex-fumador. Internamento recente em Fevereiro de 2023 por AVC no território da artéria cerebral média direita com sequelas de hemiextinção sensitiva esquerda. Desde maio recorreu cinco vezes ao serviço de urgência (SU) por queixas de dor lombar, melhorada após analgesia endovenosa.

Segundo doente, desde alta de internamento, com perda ponderal de 15Kg não intencional, anorexia, astenia, enfartamento precoce, hipersudorese noturna e disfunção erétil. Desde há um mês e meio, com parestesias bilaterais nos pés com irradiação para a face posterior das pernas e coluna lombar, associada a dor lombar intensa com insónia secundária a dor e limitação progressiva da mobilidade. No SU, realiza TC da coluna lombar com evidência de múltiplas lesões ósseas escleróticas, suspeitas de infiltração óssea secundária, e RMN de esclarecimento, que confirma as múltiplas lesões escleróticas. Do estudo etiológico com anemia com défice de ácido fólico e trombocitose, hipotireoidismo, pico monoclonal IgA/Lambda na imunoeletroforese e aumento de B2 microglobulina. Ao exame físico, objetivada hiperpigmentação cutânea e hepatomegalia. EMG com polineuropatia sensitiva e motora de predomínio desmielinizante. Iniciou pulsos de dexametasona e decidido em consulta de grupo, tratamento com Lenalidomida seguido de Auto-transplante de medula óssea. Foi transferido para o serviço de Hematologia, onde realizada PET com inúmeras lesões ósseas escleróticas dispersas pelo esqueleto axial, biópsia medular com aumento da população de plasmócitos com alteração da expressão Kappa/lambda e detetado aumento VEGF.

O doente apresenta os 2 critérios mandatários para diagnóstico desta entidade (polineuropatia e pico monoclonal); 2 critérios major (lesões ósseas escleróticas e elevação VEGF) e 4 critérios minor (hepatomegalia, hipotireoidismo, hiperpigmentação cutânea e trombocitose). Este caso pretende alertar para o diagnóstico de uma entidade rara que sem tratamento apresenta progressão para uma neuropatia periférica progressiva. O tratamento não é curativo, mas associa-se a uma sobrevida média superior a uma década.¹

PO-0463 - (5053) - DESVENDANDO O INCOMUM: UM CASO GRAVE PROVÁVEL DE SHU ATÍPICO

Guilherme Jesus¹; Inês Soares¹; Rui Salvador¹; Mariana Baptista¹; Raquel Barreira¹; Manuel Barbosa¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Introdução

O Síndrome Hemolítico Urémico (SHU) é constituído pela tríade clássica de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão renal aguda. A forma atípica do SHU (SHUa) é extremamente rara e é caracterizada pela sobreativação do complemento, resultante de defeitos genéticos hereditários ou autoanticorpos adquiridos contra proteínas reguladoras do complemento.

Caso Clínico

Mulher de 60 anos, antecedentes de carcinoma ductal invasor da mama esquerda submetido recentemente (3 semanas antes) a mastectomia parcial. Admitida no Serviço de Urgência por quadro de agravamento progressivo de mal-estar geral, astenia e náuseas. História de diarreia persistente após mastectomia. Sem objetivação de vômitos ou febre. À observação encontrava-se hemodinamicamente estável e com petéquias inframilimétricas dispersas em ambas as pernas. Analiticamente a salientar uma bicitopenia de novo (Hb 10.7 g/dL, 26.000 plaquetas), reticulocitose, haptoglobina indoseável, LDH 507 U/L e lesão renal aguda com proteinúria. Esfregaço com esquizócitos. Ecografia abdominal e Teste de Antiglobulina Direto negativos. Internada na Unidade de Cuidados Intermédios por quadro de Microangiopatia Trombótica. Por score PLASMIC elevado iniciou tratamento com prednisolona e plasmafereze (3 ciclos no total) com excelente evolução clínica e analítica. Do estudo efetuado, destaque para níveis normais do complemento e da proteína ADAMTS 13, serologias negativas e normalização da eletroforese sérica. Posteriormente com deteção em exame genético de Variante c.1697 A>C, p.Glu566Ala, no gene CFB e uma Deleção CFH3-CFHR1 em heterozigotia, conferindo assim um efeito cumulativo no risco para SHUa, não sendo causa "per si" de microangiopatia trombótica (MAT). Dado a presença desta maior propensão genética, apesar de assumido um provável SHUa, a presença de neoplasia da mama ativa não permitiu totalmente a exclusão de uma MAT paraneoplásica.

Discussão/Conclusão

A penetrância incompleta das mutações causadoras de SHUa sugere a necessidade de um trigger capaz de desencadear uma deficiência reguladora do complemento. Mesmo com a sobreativação do complemento, é importante destacar que níveis séricos normais do complemento não excluem o diagnóstico de SHUa. O prognóstico depende do tratamento atempado, da idade do doente e do grau de lesão renal, mas maioritariamente, pela base genética subjacente.

PO-0464 - (2734) - SÍNDROME DE POEMS – QUANDO NEM TUDO É CULPA DA COVID-19

Jéssica Krowicki¹; Bárbara Paracana¹; Cátia Almeida²; Adriana Roque²; Catarina Geraldes²

1 - Centro Hospitalar do Baixo Vouga; 2 - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução: A síndrome de POEMS é uma entidade paraneoplásica caracterizada pela presença de discrasia plasmocitária e polineuropatia desmielinizante associada a outros critérios (lesões osteoescleróticas, Doença de Castleman, organomegalias, derrame das serosas, endocrinopatia, alterações cutâneas, e/ou elevação do VEGF...). É uma doença rara e de difícil diagnóstico, cuja fisiopatologia está associada à produção de citocinas pró-inflamatórias. Tanto a infeção como a vacinação a SarsCov2 podem cursar com uma síndrome hiperinflamatória com manifestações extrapulmonares, sendo fundamental uma criteriosa avaliação diagnóstica, caso contrário, a etiologia poderá ser confundidora.

Caso clínico: Homem, de 59 anos, que nos 3 meses após vacina anti-SarsCov2 iniciou quadro progressivo de parestesias e parésia bilateral dos membros inferiores, queixas disautonómicas e ataxia da marcha, caracterizada em eletromiograma como polineuropatia inflamatória axonal sensitivo-motora. Foi colocada a hipótese de polineuropatia inflamatória desmielinizante crónica associada à vacina anti-SarsCov2 e iniciou imunoglobulina humana e pulsos de metilprednisona, sem melhoria. Após exploração diagnóstica, constatou-se a presença de gamapatia monoclonal IgG lambda associada a infiltração medular por plasmócitos monoclonais (10%), hiperpigmentação cutânea e clubbing, lesões líticas e escleróticas da coluna lombar, endocrinopatia (hipogonadismo hipogonadotrópico e hiperprolactinémia), edemas dos membros inferiores e trombocitose. Assumiu-se o diagnóstico de síndrome de POEMS. Iniciou terapêutica com lenalidomida/dexametasona e programa intensivo de reabilitação. Após 6 ciclos apresentava marcada melhoria do quadro neurológico (deambulando pelo próprio pé) e marcada resposta parcial bioquímica, tendo realizado consolidação com transplante autólogo de progenitores hematopoiéticos. De momento (18 meses após transplante) apresenta melhoria sintomática, encontrando-se a realizar manutenção pós-transplante com lenalidomida.

Discussão: Este caso ilustra a complexidade da abordagem de entidades com sintomatologia multiorgânica, acrescida do eventual efeito distrator das sequelas pós-SarsCov2 e da respetiva vacinação, reforçando a necessidade de que esta associação causal seja um diagnóstico de exclusão.

Conclusão: A síndrome de POEMS é uma entidade multissistémica e polimórfica, provavelmente sub-diagnosticada, com necessidade de uma abordagem holística desde o diagnóstico à terapêutica.

PO-0465 - (2351) - INFILTRAÇÃO MENÍNGEA COMO COMPLICAÇÃO RARA DE MIELOMA MÚLTIPLO NÃO SECRETOR

João Francisco Abrantes¹; Ana Rita M. Figueiredo¹; Teresa Alegria Neto¹; Inês Sopa¹; Inês S.F. Da Silva¹; Lígia Peixoto^{1,2}

1 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria; 2 - Clínica Universitária de Medicina I, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução Em menos de 3% dos casos de mieloma múltiplo (MM), não há proteína M mensurável. Esta entidade é denominada mieloma múltiplo não secretor (NSMM). O envolvimento meníngeo é uma complicação rara e de mau prognóstico.

Caso clínico Mulher de 59 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial e um quadro de 1 ano de evolução de astenia, anorexia, e mialgias, agravado no mês anterior ao internamento, com dispneia para esforços progressivamente menores e limitação das atividades de vida diária com necessidade de auxílio na higiene pessoal e alimentação. À admissão a destacar anemia (hemoglobina 6.8g/dL), hipercalcémia (17mg/dL) com lesão renal aguda (creatinina ~3-4mg/dL). Avaliação complementar a revelar eletroforese com hipogamaglobulinemia, imunofixação sérica com componente monoclonal IgG-lambda. TC de corpo a destacar lesão lítica na asa do ilíaco direito e corpo vertebral de L5. Realizou biópsia óssea e de lesão lítica que foram compatíveis com mieloma pleomórfico não secretor. Realizada pesquisa de amilóide em biópsia da gordura abdominal que se revelou negativa. Iniciou quimioterapia (QT), com fraca resposta, com mielograma após 3 ciclos com medula hiper celular com infiltração por células plasmáticas (97% da celularidade total) e biópsia óssea com infiltração intensa por mieloma pleomórfico não secretor em parte necrosado. Como intercorrência, verificou-se alteração do estado de consciência com desorientação, alterações mnésicas, parafasias e perseveração de discurso com incapacidade de cumprir ordens a 2 passos pelo que realizou RM-crânio que colocou a hipótese de mielomatose meníngeo por infiltração paquimeníngeo pela doença de base. Realizou punção lombar que foi negativa para células neoplásicas. Evolução desfavorável com agravamento estado neurológico a motivar transferência para o serviço de medicina intensiva e início urgente de QT. Declarado o óbito passados 10 dias.

Discussão e Conclusão Assim, apresentamos um caso de NSMM, sem resposta à QT, existindo a hipótese de infiltração meníngeo, com evolução desfavorável. Atendendo a raridade desta variante de MM com envolvimento do sistema nervoso central, este pode ser um desafio diagnóstico.

PO-0466 - (2634) - LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA - UMA RESPOSTA INESPERADA

Joana Soares Mendonça¹; Luísa De Veiga Sousa¹; Ricardo Pereira¹; Marília Santos Silva¹; Cacilda Magalhães¹; Ilidia Moreira¹; Nídia Pereira¹

1 - Unidade de Saúde Local de Matosinhos

A Leucemia Mielóide Aguda (LMA) desenvolve-se por um conjunto de alterações genéticas nos precursores mielóides (blastos) que alteram sua proliferação e diferenciação. Estes precursores têm capacidade reduzida de se diferenciar em células mais maduras e por conseguinte, acumulam-se na medula óssea, o que provoca redução na produção de hemácias, plaquetas e granulócitos. Estas alterações promovem várias complicações clínicas como anemia, hemorragias e/ou infeções. A incidência estimada é de 3-4 casos por 100 mil habitantes/ano e esta aumenta, especialmente após os 55 anos, com pico entre 70-75 anos. Os doentes idosos apresentam pior prognóstico pelo seu estado geral (Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance Status) e as suas comorbilidades.

Homem 83 anos, autónomo e cognitivamente íntegro (ECOG 1), de antecedentes pessoais relevantes um adenocarcinoma da próstata tratado com radioterapia e hormonoterapia, atualmente sob vigilância. Veio ao Serviço de Urgência por um quadro de astenia de agravamento progressivo com duas semanas de evolução, tosse seca e febrícula (Temperatura máxima 38°C). Desde a semana anterior à vinda ao serviço de urgência com episódio de hemorragia subconjuntival e episódios de epistaxis recorrentes.

Ao exame objetivo apirético e hemodinamicamente estável. Edema bimalear. Analiticamente com anemia macrocítica (Hb 5.7g/dl, VGM 101fl), trombocitopenia (10000/ul) e leucocitose (393000/uL) com 92% de blastos. Esfregaço do sangue periférico sugestivo de LMA Hiperleucocitária.

Após discussão com o Serviço de Hematologia, realizou uma transfusão 1Unidade glóbulos rubros e 1pool de plaquetas. Iniciou também, citorredução com hidroxirureia e hidratação em conjunto com alupurinol de modo a prevenir síndrome de lise tumoral.

Em dia 2 de internamento, doente apresenta um agravamento do seu estado clínico e analítico e inicia um quadro de insuficiência respiratória hipoxémica por leucoestase grave. Foi admitido no Serviço de Medicina Intensiva e iniciou quimioterapia (protocolo de indução de Leucemia aguda no idoso) e rasburicase com boa resposta ao tratamento e evolução clínica favorável. Apesar do mau prognóstico vital que o doente apresentava inicialmente, o doente mantém-se estável com remissão parcial da sua LMA.

Este caso pretende demonstrar que um diagnóstico eficaz e o início rápido de um tratamento dirigido em conjunto com a hidratação do doente pode melhorar o prognóstico dos nossos doentes e aumentar sobrevida destes.

PO-0467 - (2350) - SÍNDROME A CONSIDERAR QUANDO NADA PARECE ENCAIXAR

Francisca Ribeiro Soares¹; Luis Gaião Santos¹; Ana Catarina Pina Pereira¹; Mafalda Leal¹; Beatriz Barata¹; Jorge Salsinha Frade¹; Sofia Salvo¹; Madalena Lisboa¹

1 - Hospital Santo António dos Capuchos-CHULC

O Síndrome Hemofagocítico é raro e potencialmente letal se não for reconhecido e tratado atempadamente. Consiste na hiperativação imune descontrolada, uma tempestade de citocinas que desencadeia manifestações clínicas e laboratoriais inespecíficas, sendo a febre sem foco um dos achados clínicos mais comuns. Na forma secundária, que poderá ocorrer em qualquer idade, temos que considerar infeções, neoplasias, doenças autoimunes e imunodeficiências. O número de casos descritos tem aumentado nos últimos 10 anos.

Caso clínico: Mulher, 73 anos, autónoma. Internada por quadro de astenia, anorexia, tosse e diarreia com cerca de 6 meses de evolução, neste período com perda ponderal > 10%, e febre (temperatura máxima 39°C) nos 3 dias prévios à ida à urgência. Exame objetivo sem alterações. Durante o internamento é realizado estudo etiológico exaustivo, inicialmente pouco conclusivo, com alterações analíticas inespecíficas, como bicitopenia, elevação dos triglicéridos, ferritina, transaminases, lactato desidrogenase e Ddímeros. Perante este quadro clínico, e exclusão inicial de algumas etiologias, impôs-se o diagnóstico diferencial de síndrome hemofagocítica. É após a realização de biópsia óssea com aspirado medular que se identifica o trigger, Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes células B com envolvimento medular. O quadro clínico foi agravando progressivamente com necessidade de transferência para unidade de cuidados intensivos.

Apresenta-se este caso pela importância do reconhecimento atempado do síndrome hemofagocítica que, sem tratamento precoce, é frequentemente fatal. Dada a clínica e achados laboratoriais inespecíficos o diagnóstico é o principal condicionante do mau prognóstico.

PO-0468 - (2664) - MORFEIA COMO MANIFESTAÇÃO PARANEOPLÁSICALuísa Veiga De Sousa¹; Andreia Lima¹; P Ricardo Pereira¹

1 - Hospital Pedro Hispano

Introdução: A literatura descreve vários casos de morfeia (esclerodermia localizada) associados a gamapatia monoclonal. Apesar disso, a associação entre morfeia e neoplasia não está totalmente consolidada.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino de 76 anos, com história de um ano de evolução de lesões cutâneas hiperpigmentadas inicialmente a nível do flanco direito do abdómen e da região dorsal. Ao longo do tempo com aumento das dimensões das lesões e aparecimento de novas, nomeadamente nos sulcos inframamários e região medial do braço esquerdo. Referia também perda de 20% do peso em um ano, coincidente com o falecimento do marido. Foi avaliada pela Dermatologia, tendo realizado biópsia cutânea que demonstrou fibrose esclerodermiforme, sugestivo de morfeia. Por esse motivo foi encaminhada a consulta de Medicina Interna. Do estudo realizado a destacar imunologia compatível com doença esclerodermiforme (anti-KU fracamente positivo e anti-RNA pol III 155 positivo) e ausência de outros atingimentos orgânicos pela esclerodermia. Detectada adicionalmente gamapatia monoclonal IgM/kappa (pico M 1,82g/dL) e elevação da $\beta 2$ microglobulina (3,04 mg/L). Restante estudo analítico sem alterações, nomeadamente sem citopenias e função renal e cálcio normais. Por apresentar fatores de risco de progressão da gamapatia monoclonal foi encaminhada a consulta de Hematologia. Realizou imunofenotipagem de sangue periférico onde foi identificada população monoclonal de linfócitos B, também presente na medula óssea, compatível com linfoma linfoplasmocítico. A pesquisa da mutação MYD88 foi positiva. Não apresentava adenomegalias ou organomegalias. Assim, realizado diagnóstico de Linfoma não-Hodgkin linfoplasmocítico/Macroglobulinemia de Waldenström. Foi decidida vigilância clínica dada ausência de critérios para tratamento da doença hematológica. Na consulta de Medicina foi medicada com hidroxicloroquina e primecolimus e corticóide tópicos, sem melhoria das lesões e, aliás, com aparecimento de nova lesão na região distal da coxa esquerda.

Conclusão: Apesar da associação entre morfeia e neoplasias não estar totalmente estabelecida, dado existir associação potencial, parece importante realizar uma investigação adequada para descartar malignidade, especialmente em doentes idosos com morfeia de agravamento progressivo e envolvimento extenso.

PO-0469 - (4153) - PLASMOCITOMA SOLITÁRIO - UM DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL

Beatriz Ribeiro¹; Rui Parente¹; Catarina Forra¹; Diana Brites¹; Mafalda Ferreira¹; Rita Rato¹; Micael Pompermayer¹; Natércia Silvestre¹; Teresa Gabriel¹; Rui Isidoro¹; Filipa Leitão¹; Alexandre Louro¹; Paula Paiva¹; Maria Eugénia André¹

1 - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução:

Os plasmocitomas solitários extramedulares (SEP) são neoplasias das células plasmáticas dos tecidos moles, caracterizadas por uma proliferação descontrolada de células clonais, sem envolvimento da medula óssea ou outras características sistémicas próprias do mieloma múltiplo. São encontrados frequentemente em locais com vasta drenagem linfática, como as cavidades nasais, a nasofaringe e o trato respiratório superior.

Caso clínico:

Doente do sexo masculino, 56 anos de idade, autónomo para as atividades de vida diária e sem antecedentes pessoais de relevo, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de epistaxis com início no próprio dia. Refere múltiplos episódios semelhantes durante o mês anterior, sempre com necessidade de recorrer ao SU para resolução do quadro. Exame objetivo sem alterações, para além de hemorragia ativa proveniente da fossa nasal esquerda. Analiticamente sem alterações. Pedida observação por Otorrinolaringologia, que realizou rinoscopia, onde se pode observar uma massa na fossa nasal esquerda. Realizou tomografia computadorizada maxilo-facial onde se objetivou “ lesão expansiva das fossas nasais com erosões ósseas marcadas do septo nasal, apófises unciformes, paredes mediais dos seios maxilares e células etmoidais”. Realizada biópsia para estudo anatomo-patológico, com o seguinte resultado “envolvimento difuso por plasmócitos com características patológicas e restrição de cadeias lambda, compatível com neoplasia de plasmócitos de tipo Plasmocitoma ou Mieloma Múltiplo.”. Destaca-se medulograma com células plasmáticas clonais < 10%, bem como tomografia por emissão de positrões de corpo inteiro sem lesões líticas ou outras lesões extramedulares. Assume-se assim o diagnóstico de SEP, tendo-se referenciado para consulta de Hematologia e iniciado radioterapia com intuito curativo.

Discussão e conclusão:

Com este caso realça-se a necessidade de incluir esta entidade nas diferentes hipóteses de diagnóstico diferencial de epistaxis, tendo em conta o carácter urgente da precocidade de início de tratamento. Apesar de não se encontrar dentro das causas mais comuns de epistaxis, o SEP irá manifestar-se de acordo com a região corporal afetada, daí ser um diagnóstico a ter em mente.

PO-0470 - (2822) - A PROPÓSITO DE UM CASO: PSEUDO-MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA POR DÉFICE EXTREMO DE VITAMINA B12

Marcelo Pinto Alves¹; Rui Rua Coelho¹; Rute Sousa Martins¹; Sara M. Rocha¹; Paulo Paiva¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução

O défice de vitamina B12 é uma causa frequente de anemia, sendo o aporte inadequado e a anemia perniciosa as causas mais frequentes de níveis baixos desta vitamina. Apresentamos um caso de défice de vitamina B12 a simular uma anemia hemolítica microangiopática.

Caso Clínico

Mulher de 80 anos, antecedentes de síndrome demencial, hipotireoidismo suplementado, hipertensão arterial e hepatite B prévia com cura funcional. Recorre ao serviço de urgência em contexto de síncope vasovagal com traumatismo crânio-encefálico e astenia com semanas de evolução. Estudo da síncope sem alterações, excetuando anemia macrocítica com hemoglobina (Hb) de 5.3g/dL e índice de produção de reticulócitos de 0.7, neutropenia e trombocitopenia 64 000, Desidrogenase Láctica (DHL) de 2600 U/L, bilirrubina total de 2,6 mg/dL à custa da bilirrubina indireta e haptoglobina indetectável. Do estudo etiológico: esfregaço sanguíneo com macrocitose e anisocromia marcadas, numerosos esquizócitos e neutrófilos hipersegmentados. Níveis de vitamina B12 <100 pg/mL, ácido metilmalónico de 947 nmol/L e cinética de ferro compatível com ferropenia, sem alteração dos níveis de folato. Iniciou transfusão de concentrado de eritrócitos e internou-se para estudo. Do estudo autoimune, anticorpos anti-célula parietal gástrica e anti-fator intrínseco positivo a favor de anemia perniciosa. Restante estudo autoimune negativo, incluindo Coombs direto e indireto, crioglobulinas, serologia do vírus da Hepatite C e do vírus da imunodeficiência humana e percentagem de ADAMTS13 (“A Desintegrin And Metalloprotease with eight Thrombo Spondin-1-like”) dentro dos valores de referência. Ecocardiograma sem disfunções valvulares. Ecografia abdominal sem hepatoesplenomegalia. Iniciou suplementação com vitamina B12 intramuscular com normalização dos parâmetros de hemólise intravascular, resolução da sintomatologia e recuperação da anemia com Hb 9.5g/dL à data de alta.

Discussão/Conclusão

O défice extremo de vitamina B12 pode em raros casos mimetizar uma anemia hemolítica microangiopática designando-se por pseudo-microangiopatia trombótica. Ao contrário desta entidade, as anemias hemolíticas microangiopáticas verdadeiras apresentam-se como anemias hiperproliferativas, elevação mais acentuada da bilirrubina e menor elevação da DHL. É importante diferenciar estas duas entidades porque na primeira o tratamento é de suplementação vitamínica e no último caso o tratamento é mais invasivo e passa pela plasmaférese.

PO-0471 - (4242) - SCHWANNOMA

Raquel Figueiredo¹; Paula Neves¹; Catarina Valente¹; Patricia Tenreiro¹; Carla Santos¹; Pedro Fialho¹

1 - ULS Guarda, HSM.

Introdução: Os tumores mais comuns dos nervos periféricos, Schwannomas, são tumores benignos, encapsulados, constituídos por células de Schwann. São tipicamente esporádicos e a sua apresentação clínica depende da área afetada, no entanto, os sinais e sintomas gerais incluem: massa palpável na pele, dor e/ou parestesias consequência de compressão nervosa. O diagnóstico é feito através de exames de imagem e o tratamento é geralmente cirúrgico.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, de 32 anos, seguida em consulta de Medicina Interna por hipotireoidismo, com antecedentes pessoais de hipotireoidismo e nódulos tiroideus, com levotiroxina como medicação habitual. Ao exame objetivo observou-se ligeira tumefação cervical direita acompanhada de parestesias na região afetada. Em ecografia de tireoide observou-se uma formação ovalada, em tipologia submandibular direita pelo que se pede TAC e RMN, referenciando-se para consulta de Cirurgia Vascular por suspeita de glomus da carótida direita/jugular, na qual, após avaliação e realização de novos exames dirigidos se coloca a hipótese de Schwannoma. É então encaminhada para consulta de Neurocirurgia, verificando-se em exame objetivo perda de prega facial direita e ligeira assimetria cervical, fazendo cirurgia eletiva para exérese do provável tumor, cuja histologia descreve um tumor benigno das bainhas nervosas, com áreas do tipo Antoni B e em menos medida com áreas do tipo Antoni A, compatível com Schwannoma grau 1.

Discussão: Apresenta-se um caso de Schwannoma do nervo vago, de localização cervical anterior direita, sem manifestações clínicas de relevo, exceto inicial tumefação e parestesias na zona afetada, com diminuição da prega facial e ligeira assimetria cervical, cuja suspeita foi levantada em exame de imagem, tendo sido inicialmente colocada a suspeita de tumor de corpo carotídeo e, após realização de novos exames dirigidos colocada a hipótese de tumor de bainha nervosa.

Conclusão: Ainda que os Schwannomas raramente apresentem transformação maligna, este caso realça a importância de não subvalorizar as queixas, sinais e sintomas dos nossos doentes, tentando sempre avaliar e, se necessário, realizar exames complementares de diagnósticos que nos possam orientar para a presença, ou ausência, de causa orgânica de dita queixa.

PO-0472 - (4458) - NEOPLASIA DO CÓLON, UM DIAGNÓSTICO ACIDENTAL

Francisca Ferraz De Liz¹; Ines Andrade¹; Marcia Presume¹; Mafalda Ysenbout Mogas¹; Graça Ximenes¹; Susana Jesus¹; Candida Fonseca¹

1 - ULSLO

Introdução

O grupo *Streptococcus bovis* (*S. bovis*) é um conjunto de bactérias coccus gram positivas presentes no trato gastro-intestinal. Em doentes internados, o grupo *S. bovis* é responsável por 5% das bacteriemias a *Streptococcus* e por 2-57% das endocardites infecciosas.

A correlação entre bacteriemia a *S. bovis* e o carcinoma colorretal (CCR) está bem estabelecida, sendo mais comum com o subtipo 1 (*Streptococcus gallolyticus gallolyticus*) deste grupo de bactérias. O mecanismo desta associação ainda não é totalmente compreendido. Equaciona-se que possa estar relacionada com a presença de determinadas proteínas do *S. bovis* subtipo 1 com a capacidade de se acoplarem a ligandos sobreexpressados em neoplasias do cólon.

Caso clínico

Mulher, 84 anos com antecedentes de neoplasia gástrica submetida a quimioterapia e cirurgia em 2021, atualmente sob vigilância. Internada por AVC isquémico do hemisfério direito. Por quadro de febre, realizou rastreio séptico que evidenciou infeção a SarsCov2 e isolamento de *Streptococcus gallolyticus pasteurianus* (*S. bovis*) em hemoculturas. Repetiu hemocultura, com resultado negativo sem instituição de antibioterapia. Realizou ecocardiograma transtorácico sem evidência de vegetações. Colonoscopia revelou volumosa massa friável a ocupar a quase totalidade do cego, com 4-5cm. As biópsias desta massa revelaram lesão tubulovilosa do cólon com displasia de alto grau, adenocarcinoma intramucoso.

Discussão/Conclusão

Este caso clínico relembra a importância de uma vez isolado o *S. bovis* em hemoculturas, mesmo de forma incidental como neste caso, realizar estudos endoscópicos, atendendo à forte correlação entre esta bactéria e o CCR. Isolamentos sanguíneos de *S. bovis* em hemoculturas são pouco comuns e possuem significados clínicos potencialmente graves, mesmo em doentes aparentemente assintomáticos, pelo que não podem ser ignorados.

PO-0473 - (4482) - TROMBOSE VENOSA ATÍPICA – UM CASO DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

Joana Correia Nunes¹; Carolina Saca¹; Catarina Couto²; Maria Carolina Carvalho¹; Ricardo Paquete Oliveira^{1,3}; José Delgado Alves^{1,3,4}

1 - Serviço de Medicina IV, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; 2 - Serviço de Pneumologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; 3 - NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa; 4 - Unidade de Doenças Imunomediadas Sistémicas, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

O tromboembolismo venoso (TEV) não provocado é paraneoplásico em até 10% dos casos. Preconiza-se uma investigação limitada aos rastreios adequados ao sexo e à idade e/ou dirigida a achados específicos, por ausência de benefício em estudos alargados. Porém, estes podem ser necessários perante sinais de alarme. Apresenta-se o caso de um homem de 67 anos, ex-fumador (10 UMA), saudável, com quadro de astenia, anorexia, perda ponderal e edema duro do membro inferior direito e escroto com 2 meses de evolução. Analiticamente, destacava-se d-dímeros elevados, sem anemia, hipofolatémia, hipotireoidismo subclínico, VS 48 e serologias virais negativas. Fez eco-doppler que excluiu trombose venosa do membro inferior e TC toracoabdominopélvica que documentou trombose recente nas veias braquiocefálica direita e cava superior (VCS) e sequelas na jugular interna, subclávia e braquiocefálica esquerdas. Além disso, revelava densificação difusa do tecido adiposo, adenopatias pulmonares e inguinais inespecíficas e polisserosite ligeira. Iniciou anticoagulação com rivaroxabano (dose fase aguda seguida de 20mg 1id). Pela idade e ausência de história pessoal ou familiar de TEV, fez apenas colonoscopia e doseamento de PSA de rastreio, sem alterações. Porém, evoluiu com agravamento sintomático e extensão da trombose, após 6 semanas sob anticoagulação com cumprimento, pelo que se alterou para enoxaparina 1mg/kg bid e alargou-se o estudo etiológico. A pesquisa de trombofilias, hemoglobinúria paroxística noturna e autoimunidade foram negativas. Fez angioTC abdominopélvica, ecografias tiroideia e escrotal, sem achados suspeitos. Acaba por realizar PET, com evidência de doença osteomedular multifocal com aumento ligeiro da expressão metabólica, com estudos medulares inocentes. Por agravamento do estado geral e polisserosites, foi feita toracocentese compatível com quilotórax (assumido em contexto de trombose da VCS) e citologia positiva para células neoplásicas (adenocarcinoma CK7+, TTF1-). Assim, fez endoscopia digestiva alta com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico estágio 4. Iniciou quimioterapia paliativa, acabando por falecer 8 meses depois do diagnóstico. A trombose em localização atípica e a progressão sob anticoagulação terapêutica num doente previamente saudável com quadro consumptivo favorece a suspeita de neoplasia oculta. Dada a ausência de clínica específica de órgão, foi necessário realizar um estudo exaustivo para o diagnóstico, evidenciando a limitação dos exames usados.

PO-0474 - (4488) - UM CASO RARO DE MIELOMA MÚLTIPLO E PLASMOCITOMA SOLITÁRIO

Sara Campos¹; Nuno Vieira¹; Luísa Arez¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Portimão

Introdução: As neoplasias de células plasmáticas incluem um grupo de doenças caracterizadas pela proliferação de um único clone de células plasmáticas que geralmente produzem uma imunoglobulina monoclonal. Estas condições podem-se manifestar como lesões solitárias ou múltiplas. O plasmocitoma pode preceder o desenvolvimento de mieloma múltiplo e torna-se necessário o acompanhamento regular do doente para avaliação da progressão.

Caso clínico: Mulher de 56 anos de idade que recorreu ao serviço de urgência por diminuição da força, dor e impotência funcional associado a massa palpável a nível da porção superior do membro superior esquerdo (MSE) com agravamento nos últimos 4 meses. Ao exame objetivo, com tumefação e aumento de temperatura no braço esquerdo. Realizou Tomografia Computorizada do MSE que mostrou lesão expansiva central do terço médio da diáfise umeral esquerda com 76 mm de maior eixo. Realizou exame histológico da lesão que foi compatível com plasmocitoma. Realizou mielograma com identificação de 13% de plasmósticos. A doente foi intervencionada cirurgicamente ao MSE, realizou radioterapia na lesão e iniciou bortezomib para o mieloma múltiplo.

Discussão: As discrasias plasmocitárias podem ter manifestações variadas que podem ser síncronas. Este caso demonstra uma dessas circunstâncias em que se trata de uma doente com mieloma múltiplo e um plasmocitoma solitário, dando relevo à necessidade de abordagem destes doentes de forma multidisciplinar e à adequação terapêutica necessária para poder tratar cada uma destas entidades. Este caso releva a importância de realizar um estudo completo e abordar com atenção acrescida este tipo de doentes.

PO-0475 - (4531) - O QUE PARECE NEM SEMPRE É!

Beatriz Dias Silva¹; Rute Gomes¹; Sofia Camões¹; Tatiana Cardoso¹; Hugo Ventura¹; Sofia Pereira¹; Andreia Lopes¹; Hélia Mateus¹; João Tavares¹; João Olivério Ribeiro¹; Edite Nascimento¹

1 - Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões

A procalcitonina (PCT) é um precursor da calcitonina (CT) altamente sensível para infeções bacteriana. No entanto, na ausência de infeção bacteriana a PCT tem sido utilizada como marcador de carcinoma medular da tiroide (CMT), já que a PCT é um precursor da calcitonina (CT), sintetizada por células tiroideias neuroendócrinas.

Apresentamos um caso de uma mulher de 73 anos, com antecedentes de fratura do côndilo femoral externo com internamento recente, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por astenia. Sem alterações ao exame objetivo. Analiticamente com leucocitose e aumento da proteína c reativa (PCR) e da PCT. Tendo em conta o internamento recente, foi assumida infeção nosocomial e, após colheita e uroculturas e hemoculturas, iniciou antibioterapia com Piperacilina/Tazobactam, tendo ficado internada para investigação do foco infeccioso e antibioterapia endovenosa. No decorrer do internamento realizou Tomografia Computorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica e ecocardiograma transtorácico, ambos sem alterações de relevo. Apesar de todas as medidas instituídas, não houve melhoria do ponto de vista analítico mantendo sempre PCT aumentada (>35 ng/mL), motivo pelo qual levou à pesquisa de outros diagnósticos, pelo que foi solicitada ecografia tiroideia que revelou no lobo direito uma formação nodular heterogénea hipoecogénica com limites irregulares com 33x22mm, classificada como EU-TIRADS 4. Adicionalmente também foi doseada calcitonina e tiroglobulina, ambas aumentadas. A lesão tiroideia foi, posteriormente, alvo de citologia aspirativa por agulha fina guiada (PAF) por imagem que revelou aspetos sugestivos de tumor folicular. Dados os achados a doente foi referenciada para tireoidectomia que, após explicados os riscos, recusou.

Revendo a literatura, a PCT aumentada apenas foi relacionada com a existência de CMT. No entanto, existem relatos de carcinomas mistos medular-folicular que consiste na existência de células foliculares e parafoliculares em que o diagnóstico por PAF é limitado, levando a erros no diagnóstico. Este é sugerido por aumento da calcitonina e tiroglobulina. Assim, em casos de aumento sustentado da PCT é mandatório a exclusão de neoplasias da tiróide

PO-0476 - (4590) - TOXICIDADE PULMONAR ASSOCIADA A RIBOCICLIB: CASO CLÍNICO

Catarina Ferreira Duarte¹; João Neves Maia¹; Álvaro Ferreira¹

1 - ULS Santo António

Introdução: O ribociclib é um inibidor das cinases dependentes da ciclina 4 e 6 (CDK4/6), responsáveis pela regulação do ciclo celular, afetado em muitas neoplasias. Este fármaco é atualmente utilizado em conjunto com a hormonoterapia no tratamento de carcinomas da mama hormonodependentes, human epidermal growth factor receptor 2 negativos (HER2-).

Caso clínico: Doente de 47 anos, autónoma e cognitivamente íntegra. Antecedentes de síndrome anti-fosfolipídico e hipertensão pulmonar tromboembólica crónica; contexto de diagnóstico recente de carcinoma invasor da mama estadio IV em fevereiro de 2023, tendo iniciado hormonoterapia seguida de ribociclib, em maio de 2023. Após 2 meses de tratamento, inicia quadro de febre e tosse seca, sem resposta a 2 ciclos de antibioterapia, bem como quadro de hepatite com padrão inicialmente colestático e posteriormente misto, motivando suspensão do ribociclib em agosto de 2023. Tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica com presença de áreas de densificação em vidro despolido peri-brônquicas nos lobos superiores e áreas subpleurais de densificação com reticulação no lobo inferior esquerdo. Por persistência do quadro respiratório e febre recorre ao serviço de urgência em setembro de 2023. À avaliação, encontrava-se febril e com insuficiência respiratória tipo 1. Analiticamente, hepatite mista em melhoria face aos valores prévios e elevação frustrada da proteína C reativa; estudo imunológico com hipergamaglobulinemia policlonal, anticorpos anti-nucleares e anti-citoplasma-dos-neutrófilos negativos. TC-torácica com persistência das imagens de pneumonite. Broncoscopia a documentar alveolite neutrofílica (53%), com exclusão de infeção ou de linfangite carcinomatosa. Perante ausência de outros fatores causais identificados, assumida toxicidade pulmonar e hepática ao ribociclib; por melhoria clínica espontânea optou-se por não iniciar tratamento imunomodulador. Aos 3 meses, resolução da hepatite e melhoria imagiológica da pneumonite.

Discussão e conclusão: Os inibidores CDK 4/6 estão associados a fenómenos de toxicidade medular, cutânea, hepática e cardíaca. Já a inflamação pulmonar está bem documentada para o palbociclib e abemaciclib, mas parece ser mais rara no tratamento com ribociclib, exigindo um alto nível de suspeição e exclusão de intercorrências infecciosas, progressão tumoral ou pneumotoxicidade de outros agentes. O tratamento passa pela suspensão do fármaco, associado a corticoterapia nos casos graves.

PO-0477 - (4617) - PARAGANGLIOMA - RELATO DE CASO

João Lima¹; Miguel Fidalgo¹; Mário Fontoura¹; Mariana Santana¹;
Manuela Machado¹; Heloísa Ribeiro¹; Monica Teixeira¹

1 - ULSEDV

Introdução: Os paragangliomas são tumores raros, de etiologia multifatorial, com associação familiar em até 40% dos casos. Os paragangliomas parassimpáticos localizam-se predominantemente na cabeça e pescoço, a maioria é não funcionante e a sintomatologia deve-se sobretudo ao efeito compressivo. Os paragangliomas simpáticos desenvolvem-se ao longo da cadeia simpática, desde a base do crânio até à pélvis, sendo maioritariamente funcionantes e localizados na região abdominal. Se surgirem na suprarrenal são por alguns autores designados de feocromocitoma. Tipicamente manifestam-se por hipertensão arterial (persistente ou paroxística), taquicardia e diaforese, resultante da libertação episódica de catecolaminas. Na suspeita de paraganglioma, o doseamento dos seus produtos de secreção deve anteceder a realização de biópsia.

Caso clínico: Senhora, 63 anos, antecedentes de hipertensão, dislipidemia e obesidade. Recorre ao serviço de urgência por lombalgia, sudorese noturna e perda de 5kg com um mês de evolução. Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica mostrou massa retroperitoneal paramediana esquerda com possível envolvimento da suprarrenal esquerda, adenopatias supra e infra-diafragmáticas, nódulos hepáticos e lesão lítica no osso ílaco esquerdo sugestivos de doença metastática. Realizada biópsia hepática cujo estudo anatomopatológico mostrou morfologia e aspetos imuno-histoquímicos de carcinoma tipo hepatocelular, em discordância com estudo de adenopatia supraclavicular esquerda que revelou carcinoma, não favorecendo primário de origem pulmonar, digestivo, hepático, carcinoma de células pavimentosas ou linfoma. PET-CT levantou a hipótese de origem na suprarrenal esquerda e mostrou envolvimento adicional ósseo parietal direito. Solicitada revisão de lâminas que revelou paraganglioma.

Conclusão: Este caso clínico ressalva a importância de suspeitar de paraganglioma em massas suprarrenais e/ou com emergência próxima a gânglios nervosos extra-suprarrenais, incluindo a exclusão de tumores funcionantes na abordagem sistemática de neoplasias nestas localizações, previamente a realização de biópsia para evitar crises adrenérgicas. Salientamos ainda os desafios de casos suspeitos de neoplasia e as discordâncias histopatológicas frequentes, o que torna ainda mais relevante uma abordagem multidisciplinar para integrar todas as informações, sendo fundamental privilegiar a clínica e o conhecimento e experiência acumulada sobre a evolução destas doenças.

PO-0478 - (4533) - SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDA E DESEQUILÍBRIO DA MARCHA COMO APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA PULMONAR

Mariana Bessa Quelhas¹; Daniela Nascimento Silva¹; Jorge Barbancho Bravo¹; Renzo Mozzer¹; Diogo Múrias Gomes¹; Ludmilla Barros Jaime¹; María Del Mar Barba Domínguez¹; Aida Cordero Botejara¹

1 - ULS do Alto Alentejo

Introdução: Os tumores neuroendócrinos (TNE) são um grupo heterogéneo de neoplasias malignas, com localização primária variada, implicando diferenças no diagnóstico, tratamento e prognóstico. Até 25% dos casos de TNE têm origem no pulmão, e parece existir uma correlação forte entre tabagismo e os TNE pouco diferenciados. Cerca de 10% dos doentes apresentam metástases cerebrais ao diagnóstico de neoplasia pulmonar, sendo que 70% dos casos de metástases cerebrais têm como neoplasia primária o pulmão.

Caso clínico: Homem de 68 anos, autónomo. Antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica e tabagismo. Seguido previamente em Consulta de Pneumologia por nódulos pulmonares em estudo desde 2019 (com perda de seguimento na pandemia COVID-19). Em consulta do Médico de Família em 07/2023 apresentou um quadro constitucional com três meses de evolução, sendo solicitada uma tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que mostrou uma lesão pulmonar paramediastínica no lobo superior esquerdo com características suspeitas. Em 09/2023 iniciou um quadro confusional agudo com alterações da marcha e hemiparesia direita, sendo pedida uma ressonância cerebral que mostrou uma volumosa lesão ocupante de espaço temporo-parieto-occipital córtico-subcortical esquerda com áreas sugestivas de hemorragia e efeito massa com desvio da linha média. O doente foi enviado ao Serviço de Urgência, onde foi internado para estudo. Iniciou dexametasona endovenosa em alta dose com resolução dos défices neurológicos, tendo alta encaminhado para Consulta de Oncologia Médica e Cuidados Paliativos. Foi realizada broncofibroscopia com biópsias compatíveis com carcinoma neuroendócrino de pequenas células. Após confirmada histologia e melhoria funcional sob fisioterapia no domicílio, o doente foi proposto para início de quimioimunoterapia (QIT) com carboplatina/etoposido/atezolizumab e foi avaliado em Consulta de Neurocirurgia com indicação para radioterapia holocraniana. Após o primeiro ciclo de QIT o doente apresentou um episódio de febre com dispneia, sendo avaliado no Serviço de Urgência, e internado por neutropenia febril. Apesar do início de tratamento com antibioterapia de largo espectro e filgrastim, o doente acabou por falecer nesse contexto.

Discussão e conclusão: Com o caso apresentado pretendemos destacar uma apresentação atípica de TNE, com uma metástase cerebral sintomática, de grandes dimensões, e com interferência no diagnóstico e tratamento do doente referido.

PO-0479 - (2168) - NEOPLASIAS NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA

Maria João Barbosa¹; Marta Mello Vieira¹; André Martins¹; Rita Gameiro¹; Teresa Souto Moura¹; Luísa Azevedo¹; Isabel Germano¹; Fátima Lampreia¹; Paula Fonseca¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Medicina 1, Hospital de S. José

Introdução: As neoplasias são a segunda causa de morte em Portugal, estimando um aumento de 16% de incidência e 27% de mortalidade até 2040.

Objetivos: Caracterizar a população internada numa enfermaria de Medicina Interna com o diagnóstico de neoplasia em termos demográficos, caracterização da doença e mortalidade.

Material e Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo de todos os doentes internados com o diagnóstico de neoplasia numa enfermaria de Medicina Interna entre janeiro e outubro de 2023, com obtenção dos dados através da consulta dos processos clínicos.

Resultados: De 379 internamentos, identificaram-se 52 doentes com doença oncológica (13.72%), dos quais 27 com neoplasia ativa conhecida (51.92%), 23 com diagnóstico inaugural (44.23%) e 2 com recidiva de doença (3.85%). Prevalência do sexo feminino (96.15%, n=50) com idade média de 75.6 anos, sendo 63.46% (n=33) previamente autónomos. 86.54% (n=45) das admissões foram a partir da urgência, com média de internamento de 20.1 dias e taxa de re-internamento de 9.62%. Os motivos de internamento mais frequentes foram anemia (n=4, 7.69%), descontrolo sintomático (n=4, 7.69%), lesão ocupante de espaço cerebral (n=4, 7.69%) e pneumonia adquirida na comunidade (n=4, 7.69%). A neoplasia mais frequente foi da mama (21,15%, n=11), seguida de oculta (11,54%, n=6) e cólon (9,62%, n=5). 28 doentes (53.85%) apresentaram neoplasia em estadio IV (dos quais 12 doentes com diagnóstico inaugural). 29 (55.77%) doentes foram submetidos a tratamento, dos quais 10 doentes com diagnóstico inaugural. 23 doentes (44,23%) foram observados pela Medicina Paliativa no internamento e 27 doentes (51.92%) foram referenciados a consulta externa de Medicina Paliativa. Registaram-se 25 óbitos (48.08%), dos quais 19 em internamento (79,1% dos óbitos) e 6 após a alta, com sobrevida média pós-alta de 70.3 dias.

Discussão: As neoplasias têm um peso importante nas enfermarias de Medicina Interna, tendo-se contactado com um número significativo de diagnósticos inaugurais de neoplasia, a maioria em estádios de doença avançados, com menor probabilidade de tratamento com intuito curativo e com conseqüente maior referência a Medicina Paliativa. A fragilidade e imunossupressão, que caracterizam estes doentes, conduzem a internamentos mais prolongados e múltiplas intercorrências infecciosas.

Conclusão: O diagnóstico tardio de neoplasia está associado a estádios mais avançados, caracterizando-se a nossa população como envelhecida e com mais comorbilidades, o que agrava o seu prognóstico. Reforçamos a importância da implementação de programas de rastreio oncológico e do diagnóstico precoce para melhor gestão destes doentes.

PO-0480 - (4679) - NEM TUDO O QUE PARECE É... A COMPLEXIDADE DE UM CASO DE LINFOMA

Francisco Pinheiro¹; Rosário Calado¹; Daniela Santos¹; Carolina Maia¹; Filipa Rodrigues¹; Bárbara Oliveira¹; Luis Dias¹; Ana Luísa Azevedo¹; Isabel Apolinário¹; Guilherme Castro Gomes¹

1 - ULS de Braga

Introdução: O diagnóstico de linfoma nos idosos pode apresentar uma série de desafios, especialmente devido a fatores confundidores e manifestações atípicas. Destacamos o caso de um homem de 82 anos com um quadro clínico complexo, que enfatizou a necessidade de uma abordagem exaustiva e multidisciplinar.

Caso Clínico: Um homem de 82 anos, reformado, com antecedentes de hipertensão, hiperuricemia, bloqueio AV de primeiro grau e doença renal crónica estadio 3A, apresentou-se com dor lombar bilateral e mal-estar geral. Apresentava também edema progressivo e assimétrico nos membros e lesões cutâneas eritematosas, com elevação, e com cerca de 6 meses de evolução, tendo registado agravamento durante essa semana, complicando a sua mobilidade. Negou febre, sudorese, perda de peso, dificuldades respiratórias, dor torácica ou palpitações. Contudo apresentou diminuição da ingesta. O exame físico revelou uma marcha de passos curtos com desequilíbrio e edema pronunciado dos membros inferiores até à coxa. As análises mostraram anemia, D-dímeros elevados e creatinina de 2,2. O Eco-Doppler da perna esquerda excluiu trombose venosa profunda (TVP), mas mostrou tromboflebite superficial e edema acentuado da coxa. As TC abdominal e torácica identificaram linfadenopatias difusas e uma massa de 10 cm sugerindo um processo neoplásico de alto grau, com envolvimento da aorta abdominal distal e bifurcação ilíaca. A biópsia das lesões cutâneas confirmou linfoma difuso de grandes células B (DLBCL) e o PET-CT apresentou adenopatias hipermetabólicas e envolvimento esplénico, indicativo de linfoma de estágio IV com provável envolvimento do SNC.

Discussão: Este caso sublinha a complexidade diagnóstica em doentes idosos com sintomas inespecíficos, nos quais o linfoma pode apresentar-se como várias alterações benignas. Salienta também a importância de se considerar a neoplasia como uma possibilidade no diagnóstico diferencial de manifestações atípicas. Além disso, realça o desafio de gerir esta população, que muitas vezes se apresentam com doença avançada e opções de tratamento limitadas devido às suas fragilidades e comorbilidades.

Conclusão: Doentes mais idosos trazem histórias e contextos mais complexos para a nossa prática clínica, sendo necessário uma abordagem minuciosa para superar os desafios diagnósticos relacionados com um enfoque na melhoria dos resultados de cuidados ao paciente.

PO-0481 - (2264) - ALÉM DAS EXPECTATIVAS: O ESTUDO ETIOLÓGICO DE UM QUADRO CONSUMPTIVO

Beatriz Gamito Gonzaga¹; Inês Gaspar¹; Jorge Gama Prazeres¹

1 - ULS Santa Maria - Hospital de Santa Maria

Introdução: Um quadro consumptivo configura sempre um desafio diagnóstico para o internista dada a multiplicidade de etiologias possível, sendo importante não descurar as causas infecciosas mas nunca esquecendo outras possíveis etiologias.

Caso clínico: Homem de 60 anos, melanodérmico, autónomo e natural da Guiné-Bissau. Encaminhado do SUC à consulta de Medicina Interna quadro com um mês de evolução caracterizado por febre (TT máxima 40°C), sem predomínio diário, com calafrio associado, perda ponderal de cerca de 20%, e epigastralgias. Terá recorrido ao médico assistente no país natal e sido medicado com “anti-ácido” reportando ligeira melhoria sintomática.

À avaliação na consulta a destacar dificuldade na mobilização, lentificação psico-motora, aspecto emagrecido, mucosas pálidas e adenopatia inguinal esquerda com cerca de 1cm, móvel e de consistência elástica. Foi admitido para estudo etiológico de quadro consumptivo considerando as hipóteses diagnósticas de doença infecciosa e/ou neoplasia.

Durante o internamento, estabelecido o diagnóstico de infecção por VIH-2, com contagem de CD4+ de 148cél./ µL. Neste sentido, iniciou terapêutica anti-retroviral. TC de corpo com evidência de múltiplas adenopatias disseminadas. Para exclusão de outras possíveis etiologias e dada sintomatologia, pancitopénia, múltiplas adenopatias, aumento de cadeias livres no soro, beta-2 microglobulina aumentada e electroforese de proteínas com pico gama de base larga sem proteinúria de bence-jones realizou mielograma, biópsia óssea e biópsia do gânglio inguinal esquerdo, estabelecendo-se o diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B. A destacar ainda TC crânio com evidência de hidrocefalia de pressão normal, tendo realizado punção lombar evacuadora (~30mL) com melhoria neurológica substancial após procedimento. Carga viral de VIH-2 positiva no LCR, com resultados microbiológicos e pesquisa de JC negativas.

Doente teve alta com TARV e profilaxias tendo perdido seguimento na consulta, por regresso ao seu país de origem.

Discussão: Nem sempre um diagnóstico explica toda a sintomatologia de um doente, mas muitas vezes há um elo de ligação entre eles. A imunossupressão é um factor determinante para o desenvolvimento de outras complicações, que acabam por acarretar um pior prognóstico para o doente.

PO-0482 - (4284) - UM QUADRO SUBOCLUSIVO DE ETIOLOGIA INESPERADA

Patrícia Vaz Conde¹; Diana Lopes¹; José Miguel Pereira¹; Cristiana Lopes¹; Pedro Matos Antunes¹; Marta F.Costa¹; Joana Sotto Mayor¹; Cindy Tribuna¹

1 - Hospital de Braga

O cancro do pulmão é um dos tipos de cancro mais frequentes. Cerca de 40% dos doentes têm metastização ao diagnóstico, ocorrendo geralmente para o fígado, osso e cérebro. A metastização para o intestino delgado é extremamente rara, geralmente assintomática e ocorre na fase mais avançada da doença.

Homem, 81 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por astenia com 2 semanas de evolução, documentada hemoglobina de 6.3g/dL, tendo realizado transfusão de 2 unidades de glóbulos rubros. Teve alta com indicação para estudo endoscópico que demonstrou a presença de um pólipó do cólon sujeito a polipectomia. Retornou ao SU por diarreia, dor abdominal e vômitos alimentares com 11 dias de evolução. Negou febre, perda ponderal ou perdas hemáticas. Exame físico sem alterações. Analiticamente com anemia macrocítica, leucocitose 18.000 (80%N), agravamento da função renal e PCR 19.20mg/dL. Ficou internado para estudo de anemia e intolerância alimentar. Ao 3º dia de internamento, inicia quadro suboclusivo e aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizou tomografia computadorizada abdomino-pélvica que relatou distensão luminal multissegmentar de ansas do delgado e lesão nodular no lobo pulmonar inferior esquerdo, e iniciou terapêutica médica conservadora. Caso foi discutido com Gastroenterologia havendo realizado enteroscopia por duplo balão, que revelou estenose ulcerada do jejuno, sujeita a biópsia. PET-CT a evidenciar áreas com comportamento metabólico suspeito em múltiplas ansas intestinais, bem como lesões hipermetabólicas na tireóide, parênquima pulmonar, suprarenal e fémur. Realizou biópsia percutânea do nódulo pulmonar e do nódulo tiroideu. As biópsias pulmonar, tiroideia, jejunal e o pólipó cólico revelaram, todas elas, tratar-se de carcinoma epidermoide de etiologia pulmonar. Atualmente, encontra-se sob imunoterapia com boa resposta clínica.

Este caso ilustra uma apresentação raríssima de carcinoma do pulmão, tendo sido a primeira manifestação um quadro suboclusivo, além de envolvimento da tireóide, local de raro atingimento secundário. Apesar do estadio avançado, a apresentação inicial permitiu o diagnóstico e o tratamento precoce da doença. O doente iniciou tratamento com vista ao prolongamento da sobrevivência e alívio sintomático, havendo descrição de resultados promissores com a imunoterapia.

PO-0483 - (2307) - UM SISTEMA EM CRISE

Henrique Cerveira¹; Daniela Olívia Gomes¹; Marta Valentim¹; Maria Lume¹; Natalia Buruian¹; Tiago Valente¹; Jorge Almeida¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: A crise renal esclerodérmica (CRE) é uma complicação da esclerose sistémica (ES) definida por: pressão arterial (PA) >150/85 mmHg ou 20 mmHg do basal associada a disfunção renal (aumento 10% de creatinina). Associa-se a formas rapidamente progressivas, positividade para anti-RNA polimerase III e outros fatores de risco como: hipertensão arterial, insuficiência cardíaca ou renal e proteinúria. Foi a principal causa de morte nestes doentes até à introdução dos inibidores da angiotensina (IECA).

Caso clínico: Mulher, 81 anos, com ES rapidamente progressiva com atingimento cutâneo (esclerodactilia, hiperpigmentação, síndrome de Raynaud, úlceras digitais, microstomia), gastrointestinal (disfagia) e pulmonar (patologia intersticial), com positividade para RP11, RP155 e Ro52, sob micofenolato. Tomografia computadorizada de corpo sem evidência de neoplasia e PA basal de 130/80 mmHg. Admitida por alteração do estado de consciência e quadro compatível com edema agudo do pulmão hipertensivo. Apresentava: PA 180/96 mmHg, taquicardia sinusal, polipneia, alternância de lentificação e agitação psicomotora com alucinações visuais, apagamento do murmúrio vesicular nos campos inferiores, turgescência hepatojugular e edemas periféricos. Do estudo realizado: acidemia metabólica, anemia microcítica (Hb 9.2 g/dL), creatinina 2.38 mg/dL (basal 1.05 mg/dL), PCR 73 mg/L, BNP 4530 pg/mL e troponina 315 ng/L. Sedimento urinário ativo com proteinúria de 3 g/L. Radiografia de tórax: derrame pleural bilateral. Ecografia renal: sem alterações. Após suspeita de CRE a condicionar cardiopatia, nefropatia e encefalopatia hipertensivas, iniciou IECA e furosemida. Agravamento clínico-analítico nas primeiras 12 horas, optando-se por sedo-analgesia e falecendo às 48h da admissão.

Conclusão: O diagnóstico tardio da CRE resulta em morte. A sua deteção precoce, controlo tensional apertado e o uso de IECA são fundamentais para mudar o prognóstico, embora o uso profilático destes fármacos não demonstre melhores outcomes. Perante persistência de valores de PA subótimos após início de IECA, recomenda-se associação com outros antihipertensores (ARA2 ou antagonistas do cálcio) e vasodilatadores. O uso de furosemida restringe-se à hipervolemia e a diálise pode ser um recurso adicional, tal como o transplante.

PO-0484 - (2566) - HEMORRAGIA ALVEOLAR SECUNDÁRIA A GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE

Guilherme Sacramento¹; Beatriz Ferreira¹; Miguel Santos²; Inês Santos¹; Andrea Castanheira¹; Francisco Silva¹; Isabel Madruga¹

1 - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; 2 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa

A Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte é uma vasculite ANCA de pequenos vasos caracterizada por vasculite granulomatosa necrotizante com eosinofilia. Geralmente envolve os pulmões e a pele. Os sintomas clínicos são frequentemente divididos em 3 fases – fase prodrómica (asma alérgica grave com rinosinusite), fase eosinofílica (pericardite e envolvimento gastrointestinal) e fase vasculítica (nódulos cutâneos, púrpura palpável e mononeurite multiplex). Os sintomas constitucionais também estão presentes.

Apresenta-se um caso de um diagnóstico inaugural de Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte complicada de Hemorragia Alveolar.

Mulher de 83 anos autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, rinosinusite e asma de diagnóstico recente, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de febre com 5 dias de evolução associado a astenia, sudorese noturna e diarreia. De forma concomitante, referia perda de força dos membros inferiores com incapacidade para a marcha e parestesias dos membros superiores. Realizou avaliação analítica que revelou anemia com hemoglobina de 9.2 g/dL, lesão renal aguda AKIN III com Cr 3.29 mg/dL e aumento dos parâmetros inflamatórios com PCR de 9.4 mg/dL. Pelos achados laboratoriais e quadro de polineuropatia não esclarecido ficou internada no Serviço de Medicina. Durante o internamento apresenta evolução desfavorável com função renal em agravamento e quadro de expetoração hemoptóica com insuficiência respiratória. Realizou TAC torácica que evidenciou existência de área densa central compatível com hemorragia alveolar e áreas periféricas de vidro despolido. Da avaliação analítica a destacar a presença de anticorpos ANCA-MPO e eosinofilia pelo que foi levantada a hipótese de Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte. Iniciou pulsos de metilprednisolona e terapêutica com rituximab tendo ainda necessitado temporariamente de técnica de substituição da função renal e plasmaferese.

As vasculites são um grupo heterogéneo de doenças autoimunes raras caracterizadas por inflamação dos vasos sanguíneos. Pode causar isquemia, necrose e/ou hemorragia, com lesão dos órgãos afetados. O diagnóstico de vasculites pode ser desafiante, pelos sintomas inespecíficos. Deve ser considerado em doentes que apresentam sintomas constitucionais e sinais de doença multissistémica (por exemplo, púrpura palpável, infiltrados pulmonares, lesão renal progressiva e neuropatia periférica).

PO-0485 - (2638) - UM JOVEM COM POLIARTRITE

Luís Miguel Pereira¹; Rita Tinoco¹; Soraia Mendes¹; Edgar Amaro¹;
António Carneiro¹; Natália Fernandes¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais

Artrite reactiva é uma entidade nosológica caracterizada por artrite mono ou oligoarticular, com início dias a semanas após quadro infeccioso, com atingimento geralmente assimétrico das extremidades inferiores, cujo tratamento inicial deve basear-se em anti-inflamatórios não esteróides (AINE's). A artrite reactiva pós-estreptocócica apresenta-se uma a duas semanas após quadro de infecção por estreptococcus, com pouca resposta a AINE's, sem evidência de mio ou pericardite e com apresentação de sintomatologia extra-articular mais marcada.

Relata-se o caso de homem de 24 anos, saudável, com antecedentes de suspeita de miocardite pós infecção SARS-CoV-2 e ansiedade, sem factores de risco para patologia sexualmente transmissível e sem consumo de substâncias ilícitas. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de poliartralgias de ritmo inflamatório, tendo descrito poliartrite de evolução aditiva, simétrica e centrífuga, com edema envolvente às articulações dos membros inferiores, dactilite, entesite, polimialgias e eritema cutâneo autolimitado. Referia quadro de infecção respiratória auto-limitada duas semanas antes de internamento para a qual não tomou antibiótico. Revisão cuidada da anamnese permitiu identificação de lesões descritas como pápulas eritematosas pruriginosas no tronco e membros inferiores prévios a quadro actual, associadas a eventual picada de insecto.

Apresentava leucocitose neutrofílica, aumento de proteína C reactiva e velocidade de sedimentação, tendo ficado internado por quadro inflamatório sistémico com poliartrite de etiologia a esclarecer. Iniciou terapêutica com AINE's, mas com pouco efeito nas queixas do doente.

Sem adenopatias palpáveis ou em exame de imagem, sem hepatomegália, sem derrame pleural ou pericárdico, sem atingimento renal aparente e sem alterações oculares. Apresentou hipoxemia transitória. Estudo etiológico excluiu causas auto-ímmunes e neoplásicas. Estudo infeccioso com antiestreptolisina fracamente positiva e identificação de Anti-Mycoplasma pneumoniae IgG e IgM e Anti-Ehrlichia chaffeensis IgM.

Dúvida sobre agente etiológico responsável, tendo-se optado por iniciar doxiciclina e corticoterapia, com evolução positiva, com melhoria lenta, mas total das queixas de algias e incapacidade funcional. Seguimento em consulta confirmou melhoria e manutenção de ausência de sintomas após suspensão terapêutica.

Pretende-se com este caso a revisão de poliartrites, nomeadamente as pós infecciosas.

PO-0486 - (4480) - SÍNDROME DE DRESS: UMA RESPOSTA SECUNDÁRIA RARA

Inês Correia¹; Rosário Eça¹; Maria João Barbosa¹; Leonor Soares¹;
Manuel Monteiro¹; Umbelina Caixas¹

1 - Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: O Síndrome de Dress é um conjunto de sinais e sintomas sistêmicos raro que ocorre em resposta a certos fármacos, nomeadamente alopurinol, antibióticos, AINEs e antiepilépticos. A fisiopatologia não está completamente esclarecida, mas é provável que haja uma susceptibilidade genética relacionada com polimorfismo HLA, que afeta a interação entre o fármaco/metabolito e os receptores de células T, desencadeando uma resposta imune. A apresentação é variável, e inclui eritrodermia descamativa, linfadenopatias e alterações analíticas, como eosinofilia e citólise/disfunção hepática. O RegiSCAR é um score que auxilia na determinação do diagnóstico.

Caso Clínico: Homem de 30 anos, com história de dislipidemia e hiperuricemia assintomática, medicado pelo médico assistente com rosuvastatina, ezetimiba, olmesartan, hidroclorotiazida e alopurinol. Duas semanas após iniciar terapêutica, recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre, náuseas, vômitos, erupções cutâneas vesiculares. Apresentava ainda hipertensão arterial e lesão renal aguda. Admitida inicialmente etiologia infecciosa, iniciou amoxicilina/ácido-clavulânico com agravamento clínico com hipotensão, eritrodermia descamativa, linfadenopatias, hiperlactacidemia, agravamento da função renal e hepática, que resultou no seu internamento na Unidade de Cuidados Intermédios. Assumiu-se Síndrome de Dress, suspendeu toda a medicação e iniciou corticoterapia. Contudo, evoluiu para falência hepática aguda, culminando em transplante hepático. O alopurinol foi identificado como o agente etiológico mais provável após exclusão de outras causas.

Conclusão: Este caso destaca a importância de reconhecer que fármacos comuns podem desencadear reações adversas graves. É vital ponderar constantemente os riscos e benefícios terapêuticos, estando atentos aos potenciais efeitos secundários para preveni-los e tratá-los precocemente, salvaguardando a segurança dos doentes.

PO-0487 - (4622) - UMA MANIFESTAÇÃO COMUM, UMA ENTIDADE RARA

Carolina Carvalhinha¹; Carolina Henriques¹; Francisco Barreto¹; Rui Fernandes¹; João Tiago Loja¹; João Miguel Freitas¹; Teresa Faria¹

1 - Hospital Central do Funchal

Introdução: A síndrome de Cogan é uma doença autoimune muito rara, de carácter inflamatório e crónico, classificada dentro das vasculites de vaso variável. Acomete predominantemente adultos jovens, caucasianos e sem claro predomínio de género e envolve geralmente os territórios ocular, vestibular e auditivo, sendo que se classifica em típico ou atípico dependendo das manifestações clínicas.

Caso Clínico: Doente, sexo feminino, 61 anos, ex-fumadora e com antecedentes patológicos de psoríase inversa, síndrome do intestino irritável e incontinência fecal. Em julho de 2021 inicia clínica de hiperémia e dor ocular - episclerite, que se tratou com corticoterapia tópica, com boa resposta. Algumas semanas depois inicia de forma súbita otalgia bilateral, acufenos e vertigem periférica medicada por ORL com Prednisolona em doses altas. Estável até outubro de 2021, altura em que reinicia otalgia intensa à direita, acufeno, otorreia, paralisia facial periférica direita e diminuição da acuidade auditiva (até 90%). Esteve internada no serviço de ORL, com o diagnóstico de Otite externa maligna. Desde então, e coincidindo com a redução da dose de corticoide, a doente apresentava episódios intermitentes de paralisia facial periférica bilateral, acufenos e hipoacusia bilateral, pelo que manteve sempre corticoterapia em altas doses. Sucederam-se múltiplos internamentos hospitalares, e iniciou imunoglobulinas em dezembro de 2021 e pulsos de metilprednisolona. Foi encaminhada para a consulta de Medicina Interna e após a realização de um estudo complementar extensivo, é feito o diagnóstico de Síndrome de Cogan. Tentaram-se diferentes estratégias terapêuticas, como Metotrexato e Micofenolato de Mofetil, no entanto, apresentava sempre recorrência da clínica com a redução da dose de corticoide.. Em novembro de 2022 inicia Rituximab em esquema de linfoma com resposta clínica excepcional. Sob Rituximab, a doente tem-se mantido estável, referindo apenas episódios esporádicos de acufenos e vertigem periférica.

Discussão: O diagnóstico da Síndrome de Cogan é clínico e implica a exclusão de outras entidades que se possam apresentar de forma similar. É de ressaltar a associação desta síndrome com aortite (10%) e insuficiência aórtica subclínica (15%).

Conclusão: Com este caso clínico os autores pretendem alertar para a consciencialização desta entidade, e enfatizando que se trata de uma doença rara, mas ainda assim sub-diagnosticada, e que pode envolver múltiplos territórios.

PO-0488 - (4680) - POLIANGITE GRANULOMATOSA - UM PARADIGMA

Sofia Miguelote¹

1 - Hospital Senhora da Oliveira

A Poliangeite Granulomatosa (PG) caracteriza-se por ser uma doença autoimune que afeta vasos de pequeno a médio calibre em quase todos os sistemas por meio de um ciclo vicioso de resposta imune humoral mediada por células. As apresentações clínicas clássicas são: lesões necrotizantes nos seios paranasais, sistema pulmonar, glomerulonefrite e formação de granuloma necrotizante da parede dos vasos sanguíneos com presença de anticorpos citoplasmáticos antineutrofílicos positivos para antígenos proteinase3 (PR3/cANCA)².

Mulher com 66 anos, reencaminha pelo médico assistente por rinosinusite crónica com perda de cartilagem nasal. Antecedentes pessoais de mialgias de características inflamatórias, intermitentes, com anos de evolução. Lacrimejo frequente, rinosinusite crónica com necessidade de antibioterapia, tendo tido um internamento de 7 dias por complicação com celulite orbital pós-septal, e tosse mucopurulenta. Referia ainda xerostomia e xerose vaginal. Exame objetivo normal excetuando nariz em sela por perda da cartilagem nasal (imagem 1).

Hemograma sem anemia e com velocidade de sedimentação ligeiramente aumentada, bioquímica sem alterações de relevo, assim como urina 24h. Estudo endócrino normal. O estudo autoimune apresenta HLA-B27 negativo, Anticorpo Anti-Citoplasma de Neutrófilos (ANCA) 4x o limite superior da normalidade (LSN) e Anticorpo Anti-Proteinase 3 (PR-3) 6x LSN TC-CE: "...discreto **espessamento muco-inflamatório crónico nas células aéreas etmoidais bilateralmente...**" e TC-Tórax "...**pequena imagem nodular na vertente posterior do segmento apical à direita de 17 mm associadas a opacidades lineares**, sugestivas de alterações seque-lares. **Bronquiectasias tubulares no segmento do lobo médio** sem sinais de infeção associada.." (Imagem 2).

Diagnosticada com surdez mista, desvio do septo nasal com hipertrofia dos cornetos nasais inferiores. Biópsia dos cornetos inferiores "...**exsudado de fibrina com células inflamatórias e epiteliais cilíndricas ciliadas descamadas com fibrose e processo inflamatório reativo predominantemente linfo-plasmocitário, sendo focalmente mais intenso à volta das estruturas vasculares**, sem contudo existirem lesões de vasculite propriamente ditas." Segundo as novas diretrizes da European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) considera-se como portador de PG se obter pontuação de 5 pontos em 10 itens. A doente uma pontuação de 11 pontos.

PO-0489 - (4134) - ANTI-NEUTROPHIL CYTOPLASMIC ANTIBODY (ANCA)-ASSOCIATED FOOT DROP

Ana David Do Carmo¹; Inês R. Carvalho¹; Bernardo Soares Baptista¹; Alexandra Bayão Horta¹

1 - Hospital da Luz Lisboa

Multiple mononeuropathy is characterized by simultaneous damage to peripheral nerves, resulting in non-contiguous sensory and motor impairment. ANCA-associated vasculitis is one amongst many possible aetiologies.

A 59-year-old woman with well controlled asthma presented with a 3-week history of lower limb pain which worsened in the previous 48-hours with intense pain in the lateral surface of the right leg and dorsum of the right foot with ipsilateral ankle dorsiflexion weakness. The patient also reported rhinorrhoea, dry cough and epistaxis with crusts. Physical examination revealed nasal ulcers, hypoesthesia of the distal lateral third of the right leg and dorsum of the right foot with similar but more patchy findings in the contralateral side, bilateral ankle dorsiflexion paresis that was worse on the right side (right: grade 2/5; left: grade 4/5) and a diminished right Achilles reflex. Blood workup disclosed a normocytic anaemia (10.3g/dL) and an elevated erythrocyte sedimentation rate (81mm/h) and C-reactive protein (5.55mg/dL). The dorso-lumbar MRI and the thorax and paranasal sinuses CT-scan showed no relevant changes. Electromyography revealed changes consistent with multiple mononeuropathy of the lower limbs. Viral serologies were negative and the autoimmune study unveiled a positive anti-myeloperoxidase antibody (>134U/mL), consistent with the diagnosis of ANCA-associated vasculitis.

Intravenous methylprednisolone (250mg/day) was started and later switched to oral prednisolone (0,7mg/kg). Rituximab (1g two weeks apart) was initiated along with corticosteroid weaning, which led to a clinical and laboratory remission.

Multiple mononeuropathy is a classical manifestation of ANCA-associated vasculitis. An early diagnosis with appropriate treatment is important to improve clinical recovery.

PO-0490 - (2224) - POLIARTRALGIAS: ENTRE A AUTOIMUNIDADE E A INFLAMAÇÃO

Cláudia Coelho¹; João Pedro Faria¹; Eulália Antunes¹; Rui Jorge Silva¹; Isabel Silva¹; Sofia Caridade¹

1 - Hospital de Braga

A dor poliarticular em adultos é uma causa frequente de ida ao Serviço de Urgência, podendo dever-se a doenças autolimitadas ou doenças incapacitantes, com ou sem envolvimento sistémico.

Mulher, 67 anos, autónoma, com antecedentes de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), com 23 anos de evolução (à data de observação, sem atividade da doença há mais de 1 ano e sem fármacos moduladores), Diabetes Mellitus, Doença Renal Crónica estadio 5 por Nefropatia Diabética, Doença Osteoarticular Degenerativa Polifocal, Hipertensão e Dislipidemia. Recorre ao SU por agravamento das dores osteoarticulares habituais, predominantemente no cotovelo e ombro esquerdos, joelhos, punhos, 2ª metacarpofalângica direita e tornozelo esquerdo, com cerca de 3 semanas de evolução e com impacto nas atividades da vida diária, condicionando dificuldade em caminhar. Ao exame objetivo, com dor à palpação e mobilização das articulações mencionadas, limitação na mobilização do ombro esquerdo, e com edema do tornozelo esquerdo, sem rubor. Ligeiro choque da rótula do joelho esquerdo. No estudo analítico, com leucocitose, lesão renal aguda AKIN 3 e PCR de 258.2mg/dL. Diurese mantida e sem alterações na ecografia renal. Sem clínica focalizadora. Urina tipo 2 sem nitritúria ou leucocitúria. TAC toraco-abdomino-pélvico sem alterações de relevo e TC dorso-lombar apenas com alterações degenerativas. Assim, dado quadro de poliartrite assimétrica, agravamento da função renal e elevação dos parâmetros inflamatórios sem foco infeccioso identificado, levantada hipótese de flare lúpico, tendo a doente sido internada no Serviço de Medicina Interna. No estudo analítico realizado no internamento, de destacar VS de 110 mm/h, anti-dsDNA 0.0UI/mL e ausência de consumo de complemento. Hemoculturas negativas. Objetivado ácido úrico de 8.8mg/dL, tendo sido considerado diagnóstico de Poliartrite Gotosa em provável contexto de agravamento da função renal. Iniciada indução dialítica e instituída corticoterapia, com melhoria das queixas e recuperação da capacidade de deambulação.

O caso apresentado demonstra uma apresentação atípica da Artropatia Gotosa, não só pelo quadro arrastado e incapacitante de poliartralgias, mas também pelo padrão poliarticular, o qual está presente à apresentação inicial da doença em menos de 20% dos casos. O diagnóstico previamente estabelecido de LES, frequentemente associado a poliartrite, torna-se num fator confundidor, ao tornar o flare lúpico um diagnóstico provável nesta doente.

PO-0491 - (5063) - DAPAGLIFLOZINA E GUILLAIN-BARRÉ - DOÇURA OU TRAVESSURA?

Daniel Aparício¹; Luís Miguel Lázaro Mendes¹; Rui Marques¹; Edite Nascimento¹

1 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu, ULS Viseu Dão-Lafões

O síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma forma de apresentação de polineuropatia que cursa com fraqueza muscular. Apresenta-se de forma progressiva, com progressão de neuropatia motora ascendente, sendo o prognóstico muito variável, merecendo hospitalização quer para vigilância de défices neurológicos quer para tratamento dirigido. A etiologia é uma resposta auto-imune. Há na literatura casos associados à introdução de inibidores do cotransportador Sódio-Glicose 2 (iSGLT2), e apresenta-se um caso clínico a esse propósito.

Mulher com 75 anos, autónoma, que recorreu inicialmente ao serviço de urgência (SU) por par-estésias dos membros inferiores, bilateralmente. Sem doença aguda/intercorrências recentes e de mencionar o início de terapêutica com dapagliflozina 10mg id 3 dias antes deste primeiro episódio de urgência onde foi descartada patologia cerebrovascular aguda como etiologia para as alterações neurológicas, que envolviam ainda marcha de base alargada. Sem outra clínica focalizadora e sem alterações analíticas, teve alta hospitalar para o domicílio a pedido da própria.

Reingressou ao SU, aí então com 13 dias de evolução progressiva caracterizada por alteração da sensibilidade e perda de força muscular das extremidades, sobretudo nos membros inferiores. Ao exame objetivo com paraparésia distal dos membros inferiores, notada sobretudo na dorsiflexão do hálux e do pé (grau 3) na flexão da perna bilateralmente (grau 3/4) e na extensão da coxa (grau 4), apresentando-se incapaz de ortostatismo ou marcha com apoio. Arreflexia rotuliana e aquiliana bilateralmente; Arreflexia estilorrádial bilateral. Excluída infeção do sistema nervoso central.

Foi então feito diagnóstico de polineurorradiculopatia desmielinizante inflamatória aguda induzida pelo início de iSGLT2 (Guillain-Barré), tendo sido admitida em internamento para início de terapêutica com Imunoglobulina Humana, tendo apresentado nos primeiros dias de internamento melhoria clínica.

O SGB tem uma apresentação típica mas que, não sendo específica, pode ter uma interpretação variável atrasando o diagnóstico, sobretudo em estadios iniciais de doença. A introdução de novos fármacos é um fator precipitante com elevada incidência, tendo sido admitido neste caso o início da toma de iSGLT2 como causa.

PO-0492 - (4825) - A IMPORTÂNCIA DA PERSISTÊNCIA PERANTE ELEVADA SUSPEITA DIAGNÓSTICA

Joana Morais¹; Rui Gomes¹; Carolina Martins¹; Ana Lynce¹; Cândida Fonseca¹

1 - Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: A dermatomiosite é uma miopatia inflamatória com dois picos de incidência e predomínio no sexo feminino, sendo por vezes, uma síndrome paraneoplásico associada a neoplasia oculta.

Caso clínico: Mulher de 53 anos, com antecedentes de depressão e hipotireoidismo. Recorre ao médico assistente por síndrome gripal, tendo sido medicada com paracetamol e clorfenamina. Após início dos fármacos, refere aparecimento de edema e eritema periorbitário e das articulações interfalângicas de ambas as mãos. Assumida reação de hipersensibilidade iniciou corticoide oral. Após regressão parcial dos sintomas, inicia quadro insidioso de mialgias, fraqueza muscular proximal, disfagia para sólidos e líquidos e fadiga para esforços progressivamente menores, com incapacidade funcional associada. Recorre ao serviço de urgência, onde se objetiva eritema periorbitário e lesões descamativas nas articulações metacarpo-falângicas e carpo bilateralmente, parestesia proximal simétrica (grau 2-3) e alargamento da base da marcha. Analiticamente, destacava-se creatinaquinase 1226 U/L, Mioglobina 247 U/L e LDH 1079 U/L.

Discussão: Perante a hipótese de Miopatia de etiologia a esclarecer, realizou estudo a destacar anticorpos antinucleares positivos (1/640). Biópsia musculocutânea e eletromiografia compatível com dermatomiosite. Assim, iniciou prednisolona 1mg/kg/dia e azatioprina 100mg/dia. Estudo de neoplasia negativa. Tentativas de desmame dos imunossupressores, com agravamento clínico e analítico franco. Após um ano de evolução, surge adenomegália axilar direita, dolorosa e aderente aos planos profundos. Realiza excisão de adenomegália, que revela achados compatíveis com metástase ganglionar de neoplasia primária da mama. Realiza mastectomia direita simples, sem evidência histológica de neoplasia. Assim, assumido carcinoma invasivo da mama pT_xpN1M0, sendo proposta em consulta de decisão terapêutica para quimiorradioterapia. Sob 5-fluorouracil, epirubicina e ciclofosfamida e radioterapia sob cadeias ganglionares axilares, verifica-se regressão completa das lesões cutâneas, queixas musculares e alterações analíticas, ficando sem necessidade de terapêutica imunossupressora dirigida.

Conclusão: Os autores apresentam este caso, que ilustra a importância a suspeição e estudo de neoplasia em doentes com dermatomiosite. A suspeita de neoplasia deve manter-se apesar de estudo negativo, particularmente se clínica de difícil controlo com terapêutica imunossupressora adequada.

PO-0493 - (2807) - MIOPATIA IMUNOMEDIADA POR ANTICORPOS ANTI-HMGCR – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Desirée Farinha¹; Matilde Couto¹; João Barroso¹; Carolina Gomes¹; Mónica Reis¹

1 - Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução:

A miopatia necrotizante induzida por estatinas é um efeito adverso imunomediado raro. A média de idades é 65 anos e sem predomínio de género. A fisiopatologia não está bem esclarecida, embora se assuma que a estatina desencadeia um mecanismo de auto-imunidade contra a enzima envolvida na síntese do colesterol, a 3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A redutase (HMGCR).

Tipicamente o quadro caracteriza-se por fraqueza muscular proximal e elevação da creatinquinase (CK).

O diagnóstico é confirmado pela presença de autoanticorpos anti-HMGCR. A biópsia muscular é o exame gold-standard. O tratamento consiste na corticoterapia sistémica em alta dose, seguida de fármacos imunossupressores como metotrexato, azatioprina, micofenolato de mofetil; suspensão da estatina; as imunoglobulinas e o rituximab podem ser usados em casos mais graves.

Caso Clínico:

Sexo masculino, 69 anos, autónomo, com antecedentes pessoais de dislipidemia e medicado com atorvastatina 20mg, recorreu ao SU por perda progressiva da força nos membros inferiores com dois meses de evolução e agravamento na última semana. À admissão apresentava força muscular III/V em ambos os membros inferiores durante a flexão da perna sobre a coxa, reflexos osteotendinosos presentes. Análises revelaram CK 4888UI/L, sem outras alterações analíticas. Realizou TC Coluna cervical, dorsal e lombar que excluiu lesões medulares. A salientar Anti-HMGCR positivo a favor de lesão muscular por Estatinas. Estudo de auto-imunidade negativo. Fez biópsia muscular que revelou aspectos enquadráveis numa miosite. Iniciou reabilitação motora, efetuou Imunoglobulina durante 5 dias e corticoterapia na dose de 1mg/kg com desmame progressivo. Após início desta terapêutica, suspensão de estatina e reabilitação motora foi observada franca melhoria com regressão dos valores de CK.

Discussão & Conclusão:

A miopatia necrotizante induzida por estatinas é uma entidade rara. O diagnóstico pode ser feito através da positividade para o auto anticorpo anti-HMGCR. O prognóstico é geralmente favorável.

As estatinas são fármacos prescritos frequentemente devido ao seu papel no controlo do risco cardiovascular. Deste modo é importante identificar esta entidade e iniciar tratamento atempado de modo a prevenir sequelas. Nos doentes medicados com estatina, deve ser vigiada a presença de mialgias e doseadas as enzimas musculares para estabelecer um diagnóstico precoce.

PO-0495 - (4201) - PELA BOCA MORRE O PEIXE

Mónica Jardim¹; Anabela Câmara¹; Cátia Mendonça Araújo¹; Hugo Dória¹; Andreia Fernandes¹; Teresa Aguiar¹

1 - Hospital Central do Funchal

A intolerância ao glúten não celíaca (IGNC) é uma condição na qual se verificam sintomas semelhantes aos da doença celíaca, mas sem os marcadores imunológicos e lesões intestinais associados. Além dos sintomas gastrointestinais, como dor abdominal, inchaço, diarreia e obstipação, a intolerância ao glúten pode causar várias manifestações extra-intestinais.

Apresenta-se uma mulher de 44 anos, com antecedentes de síndrome depressivo e hipertensão arterial, ambos medicados, que é internada para estudo de um quadro com instalação progressiva ao longo de 2 meses, inicialmente com alterações da sensibilidade distal dos membros inferiores (MIs) com progressão proximal até à região abdominal. Desde há 5 dias com agravamento referindo “dormência” dos membros superiores (MSs), visão dupla e fadiga. Referia história de intolerância ao glúten, com sintomas de obstipação e desconforto abdominal, no entanto sem dieta restritiva nos últimos meses. Ao exame neurológico destacava-se paresia do VI par direito, tetraparésia grau 4, clônus espontâneo dos MIs e MS esquerdo, reflexos cutâneo-plantares indiferentes, ataxia apendicular, sensibilidade algica com nível sensitivo em D4 à esquerda e D12 à direita, sensibilidade postural alterada nos dedos dos pés e marcha com padrão de steppage bilateral. Líquido cefalo-raquidiano inocente e restante estudo analítico com exclusão de causas infecciosas, carenciais e auto-imunes, incluindo anti-GAD e anti-transglutaminase. Realizou ressonância magnética de neuroeixo sem alterações. Ao longo do internamento verificou-se inconsistência diária ao exame neurológico, com resolução do quadro após 5 dias de dieta isenta de glúten. Realizou endoscopia digestiva alta e biópsia sem alterações compatíveis com doença celíaca.

Estão descritos casos de resolução de queixas extra-intestinais na IGNC após poucos dias de dieta isenta de glúten, contudo esta é uma entidade cuja etiopatogenia ainda não está completamente esclarecida, não se excluindo neste caso possível quadro funcional. Importa, assim, ressaltar a importância da abordagem holística do doente, de forma a encontrarmos a melhor orientação terapêutica.

PO-0496 - (4323) - MÚLTIPLAS LESÕES ISQUÉMICAS CEREBRAIS EM DOENTE JOVEM: QUAL ETIOLOGIA?

Nuno Pardal¹; Rita Vilar Mota¹; Ana Rita Oliveira¹; Ana Sofia Matos¹; Diana Guerra¹; Daniela Salgueiro¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma entidade com grande morbimortalidade a nível mundial e a sua incidência no adulto jovem tem vindo a aumentar nas últimas décadas, correspondendo a 5 a 20% do total dos AVC, sendo que as consequências nessa população são ainda mais devastadoras.

Mulher, 44 anos. Medicada em ambulatório com contraceptivo oral, sem antecedentes pessoais de relevo. Negados hábitos etílicos ou tabágicos. Recorre ao serviço de urgência por hipostesia e parestesias do membro inferior direito com evolução das mesmas queixas para o membro superior ipsilateral, com início 10 horas previamente à admissão. Sem episódios prévios semelhantes. Negada diplopia ou outras alterações visuais, vertigem ou cefaleia. À admissão mantinha hipostesia no hemicorpo direito, sem outras alterações ao exame neurológico sumário. Tomografia axial computadorizada crânio-encefálica com hipodensidade temporo-occipital esquerda, com trombo em P2 distal ipsilateral. Admitida em internamento sob dupla antiagregação plaquetária. Do estudo realizado, analiticamente sem défice de ácido fólico ou vitamina B12, VS 15 mm/h, sem dislipidemia, hemoglobina glicada 5%, estudo de autoimunidade e estudo pro-trombótico negativo. Holter 24h sem alterações de relevo. Para melhor esclarecimento etiológico realizou ressonância magnética crânio-encefálica que revelou múltiplas lesões isquémicas infratentoriais e cerebrais posteriores bilaterais. Pedido ecodoppler venoso dos membros inferiores, sem sinais de trombose venosa profunda. Tendo em conta múltiplos enfartes bilaterais, assumida provável etiologia embólica, tendo sido suspensa antiagregação plaquetária e iniciada hipocoagulação terapêutica. Realizou ecocardiograma transtorácico com soro salino agitado com evidência de foramen oval patente (FOP). Dado ausência de outras etiologias para o AVC, assumido FOP como causa mais provável, tendo sido referenciada para outra unidade hospitalar para encerramento do mesmo.

A abordagem e investigação etiológica do AVC no adulto jovem apresenta-se como um desafio pela sua complexidade. A patência do foramen oval caracteriza-se pela comunicação interauricular através do septo e pode ter uma variedade de manifestações cardíacas, desde a apresentação assintomática à relação com fenómenos embólicos, entre os quais acidentes vasculares cerebrais. Realça-se deste caso a escalada diagnóstica do AVC no adulto jovem e a importância de ter em conta FOP como possível etiologia para a correta orientação.

PO-0497 - (4436) - RECURRENT ISCHEMIC STROKE IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: THE TASTE MATTERS

Andreia Lopes^{1,2,3}; Rita Gano³; Isabel Cruz Carvalho³; Francisca Sarmiento³; Teresa Fonseca³; Marco Ribeiro Narciso³

1 - Unidade de Farmacologia Clínica da Unidade Local de Saúde de Santa Maria; 2 - Laboratório de Farmacologia Clínica e Terapêutica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 3 - Serviço de Medicina Interna da Unidade Local de Saúde de Santa Maria - Setor A, Medicina III, Hospital Pulido Valente

Introduction: Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune disease associated with an increased risk of ischemic stroke, particularly in young adults. Though rare, central nervous system vasculitis (CNSV) is a significant cause of ischemic stroke in SLE. Hydroxychloroquine (HCQ) is pivotal in SLE treatment, reducing disease activity, and the risk of CNSV and mortality.

Clinical case: A 46-year-old woman presented with a 1-week history of severe occipital headache and gait instability. She had a medical history of hypertension, and idiopathic thrombocytopenic purpura, and was diagnosed with SLE three months prior, being treated with hydroxychloroquine. Neurological exam showed mild dysarthria, left central facial paralysis, mild right upper limb weakness, bilateral dysmetria in the finger-to-nose test, symmetric mild ataxia in the heel-to-shin test, and postural instability (NIHSS 5). Laboratory tests revealed mild elevation of ESR (38 mm/1st hour), strongly positive anti-dsDNA (521.4 UI/mL), and ANA (1/1280) and presence of oligoclonal bands on cerebrospinal fluid analysis. Brain MRI showed acute and subacute ischemic lesions in the left paravermian region, and in both cerebellar hemispheres and left occipital region. Angio-MRI revealed a slight irregularity and stenosis of the terminal portion of both vertebral arteries and of the proximal segment of the basilar artery, suggesting vasculitis. Carotid and transcranial Doppler ultrasound, Holter, and transthoracic echocardiography were unremarkable. Thromboprophylaxis was initiated, and HCQ was restarted once as it was confirmed the patient had been non-adherent due to unpleasant taste of the pills. During hospitalization, she developed new left hypesthesia, with angio-CT of the brain revealing an acute ischemic right thalamic lesion, with occlusion of the V3/V4 segments of the left vertebral artery and progressive stenosis of the right posterior cerebral artery, with distal occlusion from P3 segment. Assuming SLE-induced CNSV, methylprednisolone and cyclophosphamide were initiated with clinical improvement. She was discharged maintaining mild left hypesthesia (NIHSS 1) after taste-masking strategies were employed and close monitoring assured.

Discussion & conclusion: CNSV is a possible etiology in SLE patients with recurrent ischemic stroke. Large vessel involvement is extremely rare and is associated with higher mortality. Prognosis may improve with treatment compliance monitoring.

PO-0498 - (4277) - ARTÉRIA DE PERCHERON: UMA CAUSA RARA DE ENFARTE TALÂMICO BILATERAL

Sílvia Ferreira De Oliveira¹; Margarida Arantes Silva¹; Bernardo Silvério¹; Lara Andrade Maia¹; Joana Barros¹; Mário Esteves¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Ave

Introdução: A artéria de Percheron é uma rara variante do normal, que tem origem na artéria cerebral posterior. Quando ocluída, pode resultar em enfarte talâmico paramediano bilateral e enfarte mesencefálico, sendo a apresentação isolada de enfarte talâmico paramediano bilateral muito incomum. Este tipo de enfarte cerebral cursa com sintomas atípicos, tais como alteração do estado de consciência, alteração do comportamento, da memória, paralisia do olhar, hipersónia e convulsões.

Caso-clínico: Doente do género feminino, 91 anos. Totalmente dependente nas atividades de vida diárias, deambulando em cadeira de rodas. Alimentada por via oral. Discurso presente, mas desorientado. Antecedentes pessoais de síndrome demencial. Trazida ao serviço de urgência (SU) por quadro de prostração de início súbito. Na admissão reativa apenas a estímulos dolorosos, sem resposta verbal, sem dirigir o olhar. Negada história de toma de fármacos que pudessem contribuir para o quadro. Excluído contexto infeccioso ou metabólico. Realizou tomografia computadorizada (TC) e angio-TC cerebral e dos vasos do pescoço, que revelaram hipodensidade talamodiencefálica bilateral em relação com lesão isquémica recente em território de artéria de Percheron. Observada ligeira melhoria clínica nas primeiras 24 horas, mantendo hipersonolência e escassa resposta verbal quando estimulada. O estado clínico manteve-se sobreponível. Atendendo ao estado prévio da doente, situação clínica atual e prognóstico, decidido não prosseguir estudo. A doente teve alta para o lar, orientada para consulta externa de Cuidados Paliativos.

Conclusão: Devido ao acometimento das funções neurológicas talâmicas, o enfarte da artéria de Percheron pode cursar com sintomas atípicos, pelo que devemos considerar o acidente vascular cerebral como possível causa dos mesmos e estar alerta para a existência desta variante anatómica. No caso apresentado, após terem sido excluídas todas as causas potencialmente reversíveis para o caso, foi preparada a alta com os cuidadores, antecipando necessidades expectáveis de forma a garantir os melhores cuidados de conforto à doente.

PO-0499 - (4591) - ESCLEROSE MÚLTIPLA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Beatriz Lopes¹; Ana Luísa Pitorro¹; Carolina Neves¹; David Furtado¹; Joana Ribeiro¹; Sérgio Azevedo¹; Lídia Caley¹; Filipa Pedro¹; Isabel Martins¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Introdução: Esclerose Múltipla (EM) definida pelos critérios de McDonald e pode ser feito no 1º surto, caso a ressonância magnética (RM) revele disseminação no espaço e no tempo, a presença simultânea de lesões realçadas e não realçadas por gadolínio. Torna-se mais difícil o diagnóstico quando os doentes têm apresentações atípicas e ausência de achados específicos na RM. 95% dos doentes apresentam bandas oligoclonais no LCR.

Caso: Mulher 18 anos saudável, internada no Serviço de Medicina por perda de força no pé e mão direita, alteração da marcha, sem conseguir apoiar o pé no chão nem realizar a flexão dos dedos desde há 3 dias. Gripe nas 2 semanas prévias, tendo tomado ibuprofeno 600mg durante 3 dias com alívio sintomático. Mãe seguida em consulta de Neurologia por oftalmoplegia internuclear. Exame objetivo: consciente e orientada. Exame neurológico sem alterações com exceção de diminuição da força na mão direita e membro inferior direito grau 4/5 e diminuição da sensibilidade nesse membro. Sinal de babinski ausente no membro inferior direito e negativo no membro inferior esquerdo. Marcha dificultada por pé pendente, sem ataxia, não conseguindo marcha em bicos de pés. Estudo analítico e autoimune, Tomografia Computorizada (TAC), Angio-TAC crânio-encefálica e RM crânio-encefálica sem alterações. RM cervical: hipossinal em T1 na hemimedula direita, adjacente ao corpo C6, com realce nodular cordonal direito intenso após contraste com expansão da medula sugerindo lesão inflamatória desmielinizante primária. RM lombo-sagrada, com intuito de pesquisa de outras lesões, sem alterações. Punção lombar com líquido límpido, normal pressão de saída com padrão oligoclonal. Painel multiplex, pesquisa de Citomegalovírus, Herpes simplex, Zoster, Epstein Barr e pesquisa de anticorpo AQP4 e anticorpo MOG-IgG negativo. Dado a clínica e as bandas oligoclonais no LCR, fez-se pulsos de metilprednisolona 1g durante 5 dias, com reversão completa dos sintomas.

Discussão e Conclusão: Fatores ambientais e infeções virais podem ser importantes triggers no desenvolvimento e progressão desta patologia. O seu diagnóstico é desafiante, pela heterogeneidade clínica e dos exames complementares, não preenchendo muitas vezes os critérios de McDonald. A síndrome clinicamente isolada, de um ataque monossintomático, pode predispor à EM. Por isso, é importante o seguimento destes doentes, possibilitando um diagnóstico precoce e um início de tratamento dirigido o mais atempadamente possível.

PO-0500 - (4602) - TROMBOSE VENOSA CEREBRAL E DA VEIA JUGULAR INTERNA APESAR DE HIPOCOAGULAÇÃO: QUAL A CAUSA DO EVENTO TROMBÓTICO?

Ana Frederica Parente¹; Patrícia Tinoco Araújo¹; António Cardoso Fernandes¹; Maria Inês Risto¹; Diana Lopes Barros¹; Jorge Bezerra¹; António Ferreira¹; Diana Guerra¹; Carmélia Rodrigues¹

1 - ULSAM

Introdução: A Trombose Venosa Cerebral (TVC) é um tipo relativamente raro de acidente vascular cerebral (AVC). Este evento ocorre quando coágulos obstruem os seios durais, podendo ter como causa diversos fatores de risco transitórios ou permanentes.

Caso Clínico: Mulher, 68 anos, com antecedentes de hipertensão arterial (HTA), dislipidemia, fibrilhação auricular sob hipocoagulação com apixabano, hipotireoidismo, infeção por SARS-CoV-2 em agosto/23 e cefaleia occipital frequente, em relação com patologia mecânica da coluna cervical. A 21/10/2023 realizou facectomia, motivo pelo qual não fez 1 toma de apixabano. Em 28/10 iniciou vertigem associada a mudança postural, náuseas e cefaleia occipital. Recorreu ao médico de família a 30/10, que objetivou HTA de 195/125mmHg, sendo encaminhada ao Serviço de Urgência (SU). No exame neurológico destacava-se nistagmo horizontal, com fase rápida para a esquerda, dismetria na prova dedo-nariz à direita e marcha com desequilíbrio, sem lado preferencial. Analiticamente sem alterações. Realizada Tomografia Computorizada (TC) com angiografia, que evidenciou diminuição do contraste no seio venoso sigmóide e veia jugular interna esquerdos. Na TC venosa observou-se defeito de preenchimento com contraste no seio lateral esquerdo (sigmóide e transverso) e veia jugular interna esquerda, a sugerir trombose endoluminal. Internada sob hipocoagulação com enoxaparina. Do estudo realizado: função tiroideia, Ig's, eletroforese de proteínas e complemento normais. Serologias víricas, estudo imunológico e de trombofilia hereditária e adquirida negativos. Evolução clínica com melhoria progressiva, com desequilíbrio residual e cefaleia melhorada após analgesia e relaxante muscular. Dada TVC e da veia jugular interna esquerda sob apixabano, alterada hipocoagulação para varfarina. Alta clínica com orientação para Consulta de Medicina Interna e de Imunohemoterapia. Um mês após a alta, clinicamente bem, sem recorrência da vertigem ou desequilíbrio. Estudo de neoplasia negativo até ao momento. Mantém vigilância na consulta.

Discussão: Salienta-se este caso por se tratar de um evento trombótico pouco frequente como a TVC, em doente hipocoagulada, que omitiu apenas uma toma de apixabano. Por suspeita de ineficácia daquele anticoagulante, alterada anticoagulação para antivitamínico K. Foi mesmo assim procurada outra causa para a TVC.

PO-0501 - (4635) - UM CASO DE INFLAMAÇÃO RELACIONADA COM ANGIOPATIA AMILÓIDE CEREBRAL

Helena Hipólito Reis¹; Carolina Guimarães¹; Francisca Correia¹; Bruno Carvalho¹; Ana Aires¹; Luísa Fonseca¹

1 - CHUSJ

INTRODUÇÃO: A angiopatia amilóide cerebral (AAC) está associada à idade e caracteriza-se pela deposição de beta-amilóide na média e na adventícia das artérias e arteríolas do córtex cerebral e leptomeninges. A inflamação relacionada com a angiopatia amilóide cerebral (CAA-ri) é uma manifestação rara da doença, que se associa a maior risco de hemorragias, podendo manifestar-se como deterioração cognitiva, cefaleia, crises epiléticas, défices neurológicos focais ou alterações do comportamento.

CASO CLÍNICO: Homem, 80 anos, com hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crónica em programa de hemodiálise. Fibrilhação auricular paroxística não hipocoagulada por episódio recente de queda com traumatismo crânio-encefálico e suspeita de hemorragia intracerebral documentada em ressonância magnética cerebral (RMN-CE).

Encaminhado da clínica de hemodiálise ao serviço de urgência por síndrome confusional agudo com défices neurológicos focais. Objetivamente: hipertenso (TA 234/185 mmHg); euglicémico e apirético; neurologicamente: lentificação, assomatognosia, hemianopsia homónima esquerda e hemiparésia esquerda. Analiticamente com anemia normocrómica e normocítica (Hb 10.4g/dL), sem outras alterações relevantes. A tomografia computadorizada cerebral (TC-CE) mostrou hipodensidade temporo-occipito-parietal direita com distribuição sugestiva de ser edema vasogénico. O doente foi internado para estudo, tendo apresentado crises epiléticas com necessidade de terapêutica.

Realizou RMN-CE que mostrou lesão hemorrágica temporo-parietal direita já descrita em exame prévio, com agravamento do edema vasogénico e focos de hipossinal em T2-Echo gradiente à periferia, favorecendo o diagnóstico de CAA-ri. Iniciou corticoterapia sistémica com melhoria clínica progressiva e subsequente redução do edema vasogénico e do realce leptomeníngeo em RMN-CE de reavaliação, favorecendo o diagnóstico. À data de alta com clínica de disartria e quadrantanópsia inferior esquerda, tendo sido orientado para consulta de Neurologia, com esquema de desmame de corticoterapia.

CONCLUSÃO: O diagnóstico definitivo da CAA-ri implica biópsia cerebral. No entanto, os achados clínicos e imagiológicos têm um papel preponderante. Associadamente, a resposta ao tratamento imunossupressor apoia o diagnóstico, como no caso apresentado. A CAA-ri tem mau prognóstico, que pode ser atribuído a diversos fatores, como recidivas de AAC, hemorragias intracerebrais ou complicações vasculares.

PO-0502 - (4642) - ARTÉRIA DE PERCHERON: DO ATRASO DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO ATEMPADO

Sabina Belchior Azevedo¹; Pedro Pinto¹; Joana Braga¹

1 - ULSAM

INTRODUÇÃO: A artéria de Percheron (AP) é uma variante anatómica rara que surge do segmento P1 da artéria cerebral posterior e irriga o tálamo bilateralmente e mesencéfalo. A sua oclusão, embora infrequente, é uma das causas possíveis para acidentes vasculares cerebrais (AVC), com um amplo espectro de apresentação, desde perda de memória ou nistagmo até alteração estado de consciência (AEC)

CASO CLÍNICO: Uma mulher de 69 anos, com antecedentes de dislipidemia, foi admitida no serviço de urgência (SU), em via verde de AVC, por AEC e queixas visuais, com uma hora de evolução. Ao exame objetivo foi identificada lentificação psicomotora, limitação na infraversão ocular bilateralmente e paresia fácil esquerda. Realizou análises em alterações e tomografia computadorizada (TC) cerebral com angiografia sem lesões aguda ou oclusões de grandes vasos. Mais tarde no SU, foi objetivado um agravamento do estado de consciência com disartria e parésia direita de novo. Por incongruência entre a apresentação clínica e um território vascular, realizou-se ressonância magnética (RM), que demonstrou enfartes talâmicos bilaterais e do mesencéfalo. Dada a elevada suspeita de enfarte da AP e apesar de ultrapassada a janela temporal, foi pesado o risco/benefício e, por baixo risco hemorrágico individual e ausência tratamento reperfusão alternativo, decidiu-se realizar trombólise. A doente foi admitida na unidade de cuidados intermédios, para vigilância. Inicialmente, manteve alteração do estado de consciência, mas após 24 horas, apresentava-se vígil e orientada, com recuperação dos défices neurológicos, que manteve até à data de alta. Foi realizado TC de controlo com confirmação de enfartes talâmicos bilaterais sem complicações hemorrágicas. Durante o internamento, foi objetivada fibrilhação auricular de novo e assumido AVC cardioembólico. Ao terceiro dia, foi iniciada hipocoagulação sem intercorrências.

DISCUSSÃO: A prevalência de AP estima-se ser de 4-12%, sendo responsável por até 2% dos AVCs. Com este caso, pretendemos relembrar esta rara etiologia de AVC e alertar para o desafio do seu diagnóstico. Sendo a trombólise uma terapêutica tempo-dependente e com elevado impacto no prognóstico destes doentes, é de extrema importância a suspeição deste diagnóstico desde cedo na abordagem a doentes com alterações neurológicas aparentemente incongruentes. De destacar também a importância da RM na identificação das lesões e exclusão de diagnósticos diferenciais como infeção ou neoplasias.

PO-0503 - (4399) - LINFOMA INTRAVASCULAR - UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RARO DE AVC

Dina Neto¹; Maria Rosa Ferreira¹; Duarte Lima¹; Fátima Hierro¹; Joana Morais¹; Mónica Almeida¹; Sandra Moreira¹; Teresa Medeiros¹

1 - Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

Introdução O linfoma intravascular é uma neoplasia hematológica rara, principalmente originária dos linfócitos B, com atingimento preferencial dos capilares. O sistema nervoso central e a pele são os alvos mais comuns, apresentando uma variedade de sinais e sintomas.

Caso Clínico Mulher de 60 anos, com fatores de risco vasculares, apresenta-se na consulta com alterações da marcha e quadro constitucional com 2 meses de evolução. Apresentava vários episódios de urgência em contexto de quedas por desequilíbrio, com tomografia computadorizada (TC) cerebral sem clara evidência de lesões estruturais ou vasculares agudas. Admitida no internamento por persistência do desequilíbrio e défice motor agudo (hemiparesia esquerda com parésia facial central). A TC cerebral relevou múltiplas hipodensidades bihemisféricas, com posterior ressonância magnética sugestiva de linfoma intravascular e PET com captação cerebral única. Até ao momento, estudo imune, serologias, imunoeletroforese do líquido cefalorraquidiano, imunoeletroforese do sangue periférico e medulograma sem alterações. Face à gravidade dos défices instituída corticoterapia sistémica com resolução clínica e involução das lesões. No entanto, pela ausência de diagnóstico histológico e por forma a ser instituído o melhor tratamento, decidido realizar biópsia cerebral de lesão remanescente, que aguarda.

Diagnóstico e Conclusão Pretendemos, com este caso, salientar o desafio no diagnóstico diferencial de défices neurológicos subagudos/agudos. O linfoma extra-vascular é uma entidade rara, mas da qual devemos ter elevado índice de suspeição na presença de quadro constitucional e défices neurológicos rapidamente progressivos. A biópsia é a chave para o diagnóstico. O seu tratamento passa por quimioterapia e apresenta um prognóstico reservado

PO-0504 - (4714) - CASO ATÍPICO DE LESÃO DO NERVO FEMORAL

Fabio Pe D Arca Barbosa¹; Ines Domingues¹; Patricia Ramos Dos Santos¹; Vanda Spencer¹

1 - Hospital Garcia de Orta

Introdução: Hematomas dos musculos iliaco e psoas podem em casos raros provocar compressão do nervo femoral com conseqüente defice neurológico. Até 2023 apenas 174 casos foram descritos o que dificulta a adopção de algoritmos de tratamento e não parece haver claro benefício entre abordagem conservadora ou cirurgica.

Caso clínico: Homem de 82 anos, com antecedentes pessoais relevantes conhecidos de carcinoma hepatocelular complicado de trombose da porta 3 anos prévios à admissão atual, pelo que estava a cumprir terapêutica oncoativa e anticoagulado com tinzaparina. Sofreu queda da propria altura com traumatismo da bacia pelo que recorreu ao Serviço de Urgência. Na admissão apresentava edema e equimose da coxa direita, tendo realizado Tomografia Computorizada da bacia e membro inferior direito que revelou a presença de hematoma do musculo psoas direito. Durante os primeiros três dias de internamento com agravamento de quadro algico do membro inferior direito desenvolvendo igualmente diminuição da força (até um grau 3 na escala de força muscular da Medical Research Council) para movimentos de flexão da coxa e extensão do joelho. Realizado electromiografia que comprovou mononeuropatia grave do nervo femoral direito. Após discussão multidisciplinar do caso, optou-se por uma estrategia conservadora tendo o doente realizado fisioterapia intensiva. Exames de imagem subseqüentes comprovaram a redução do tamanho do hematoma com evidência de cronicidade, pelo que iniciou anticoagulante direto oral. Neurológicamente o doente não apresentou melhoria significativa.

Discussão e conclusões: O nervo femoral é particularmente vulnerável a compressão devido à sua relação anatomica entre o musculo iliaco e psoas, bem como devido à existencia de uma fascia rigida ao longo do trajecto. O desenvolvimento de um hematoma nesta região pode colocar em risco a viabilidade do nervo, sendo essencial o controlo hemorrágico e a vigilância neurológica. A abordagem destes doentes não está bem definida, devendo ser individualizada tendo em conta o tamanho do hematoma e a sua evolução temporal.

PO-0505 - (4900) - SÍNDROME DE LEPIN-FROIN ASSOCIADO A MIELITE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Andreia Ferreira Moreia Lopes¹; Joana Gomes Cunha¹; João Pedro Tavares¹; Vera Romão¹; Fernando Piloto¹; Elisa Veigas¹; João Pedro Lança¹

1 - Centro Hospitalar Tondela Viseu

Homem de 76 anos, agricultor, sem antecedentes relevantes, admitido por quadro, com cerca de três dias de evolução, de falta de força e sensibilidade nos membros inferiores com incapacidade funcional, associado a disfunção vesical e obstipação. De relevo, importa referir o diagnóstico recente de pneumonia do lobo inferior direito, medicado com azitromicina, com aparente resposta clínica à data da readmissão.

o exame objetivo com globo vesical e paraparesia assimétrica, com reflexos plantares bilaterais e reflexos tendinosos profundos diminuídos. Estudo laboratorial com aumento dos parâmetros inflamatórios e hemoculturas positivas para MSSA. Restante estudo, onde se incluiu uma TC de crânio e da coluna, sem alterações significativas.

Por suspeita de SGB foi realizada punção lombar com saída de líquido cefalorraquidiano (LCR) xantocrômico, que coagulou em uma hora, e hiperproteínoorraquia (1017 mg/dL); e Ressonância magnética cervico-dorso-lombar que evidenciou um abscesso epidural posterior, estendendo-se de D4 até D10, condicionando compressão da medula com mielopatia secundária. Instituída numa primeira fase antibioterapia empírica com ceftriaxone 2g 12/12h que, após isolamento de *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (MSSA) nas hemoculturas, foi ajustada para flucloxacilina 2g 4/4h. Após xx dias de terapêutica o doente apresentou recuperação completa.

A Síndrome de Lepine-Froin é uma triada caracterizada por xantocromia, hipercoagulabilidade do LCR e hiperproteínoorraquia. Ocorre quando há bloqueio do fluxo do LCR, seja por uma massa medular (como um tumor ou abscesso) ou por irritação meníngea causada por inflamação. A presença desta síndrome levou à suspeita de lesão medular obstrutiva, o que justificou a realização urgente de ressonância magnética, que foi crucial para o diagnóstico e tratamento adequados.

PO-0506 - (4814) - UMA CASCATA DE ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Gouveia Bonito¹; Inês P. Carvalho¹; Cláudia Sofia Ribeiro¹; Alexandra Coimbra¹; Ana Paula Pona¹; Martinho Fernandes¹; Joana Ferreira¹

1 - Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) isquémico pode ser secundário a doença de grande vaso intra ou extracraniano, doença de pequenos vasos, embolismo, hipoperfusão sistémica ou alterações da coagulação. O AVC hemorrágico pode ser subcategorizado em hemorragia intracerebral ou hemorragia subaracnoideia. Esta última ocorre geralmente por rutura de aneurisma ou hemorragia de malformações vasculares, contudo também pode ser secundária a traumatismo. Apresenta-se um caso em que múltiplos eventos vasculares se sucederam.

Caso clínico: Mulher de 69 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Previamente assintomática, acordando com sensação de mal estar geral seguido de queda das escadas com traumatismo cranioencefálico com ponto de aplicação occipital, sendo trazida ao Serviço de Urgência neste contexto. À admissão apresentava-se hipertensa (179/80 mmHg), com rápido afundamento do estado de consciência com escala coma Glasgow 9-10, pupilas mitóticas e hiporreativas. Realizou TC-CE que revelou hemorragia subaracnoideia (HSA) pós-traumática, tendo sido transferida para UCI de neurocríticos, onde efetuou angioTC-CE que revelou oclusão da artéria vertebral esquerda. Por discrepância clínica-radiológica, após duas semanas com ausência de melhoria clínica, realizou RM-CE com angioRM, na qual para além de se identificar HSA, detectou-se duas áreas de isquémia cerebral estabelecida, no território da artéria cerebral média esquerda (com menor calibre do segmento M1), em provável relação com vasoespasma secundário a HSA, e da artéria cerebral posterior esquerda, por oclusão da artéria vertebral esquerda. Por se tratar de politrauma, realizou ainda TC toraco-abdomino-pélvica, que revelou metastização pulmonar múltipla de primário a esclarecer.

Discussão e conclusão: Trata-se portanto de uma doente com evento isquémico do território cerebral posterior que motivou politrauma, do qual por sua vez resultou HSA. Secundário a este evento hemorrágico ocorreu vasoespasma cerebral, com estreitamento prolongado da artéria cerebral média esquerda. Estes casos podem ser reversíveis ou progredir para enfarte cerebral, consoante a gravidade do vasoespasma, como no caso apresentado. Importa ainda destacar a metastização pulmonar encontrada, que poderá ter desencadeado esta cascata de eventos vasculares ao funcionar como fator pró-trombótico do primeiro evento ao aumentar reagentes de fase aguda e fatores de coagulação.

PO-0507 - (2860) - AMILOIDOSE CARDÍACA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Vieira Afonso¹; Mafalda Gomes Dos Santos¹; Joana Castro Vieira¹;
Mariana Magalhães¹; Daniela Diniz¹; Rafael Oliveira¹; Inês Lopes¹; Joana Frutuoso¹;
Ana Filipa Rodrigues¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste – Unidade Caldas da Rainha

Introdução: A amiloidose cardíaca é uma doença causada pelo depósito de amiloide no espaço extracelular do coração. Há 2 grandes tipos: associada à transtirretina e de cadeias leves.

Caso Clínico: Mulher, 64 anos, recorre ao SU por dor torácica pleurítica e dispneia. Nega febre, tosse, expetoração.

Antecedentes pessoais de hipertensão arterial e isquemia recente membro inferior esquerdo por trombo na artéria femoral comum, realizando antihipertensor e Enoxaparina.

À admissão, GCS15, eupneica em ar ambiente, normotensa e normocárdica. Auscultação rítmica com sopro sistólico III/VI e crepitações bibasais. Palpação abdominal com hepatomegalia. Apresentava edema bilateral exuberante até raiz da coxa. Apirética. Analiticamente a destacar NT-pro-BNP 52196pg/mL e troponina 257ng/mL (sem elevação na segunda avaliação). ECG em ritmo sinusal sem sinais de isquemia. Radiografia Tórax com índice cardiotorácico >50%, AngioTC sem TEP, sinais de insuficiência cardíaca.

Internada para estudo e estabilização da Insuficiência Cardíaca—previamente desconhecida. Ecocardiograma: Insuficiência tricúspide e mitral grave com fração de ejeção preservada e hipertrofia grave das paredes do ventrículo esquerdo e direito sugestivo de Miocardiopatia Restritiva. Estudo analítico imunológico (negativo), serologias virais, IGRA, Borrelia e Sífilis Negativas. Holter em ritmo sinusal, sem arritmias. Atendendo ao quadro, dirigido estudo para Amiloidose Cardíaca. RM cardíaca compatível com miocardiopatia infiltrativa. Cintigrafia e mutação gene TTR negativos. Proteinograma sem pico monoclonal com hipogammaglobulinemia (diminuição IgM), Urina 24h com proteinúria <3g, Imunofixação sérica e urinária sem alterações. Cadeias leves sérica e urinária lambda aumentadas com ratio K/L diminuído. Realizou biópsia da gordura abdominal negativa para vermelho do Congo. Durante a permanência discutido com Cardiologia tendo ficado referenciada à consulta, tendo alta após estabilização. Um mês depois volta a necessitar de internamento hospitalar por IC descompensada, em contexto de infeção por Influenza A. Evolui desfavoravelmente com disfunção multiorgânica, necessitando de transferência para UCI, onde após discussão multidisciplinar acabou por se assumir Amiloidose AL lambda.

Conclusão: A amiloidose AL apesar de pouco frequente, surge como patologia que pode apresentar-se com formas graves e cujo diagnóstico nem sempre é linear. Quando detetada num estadio avançado acarreta um prognóstico fechado.

PO-0508 - (4762) - AMILOIDOSE CARDÍACA, UM DIAGNÓSTICO BASEADO EM SUBTILEZAS CLÍNICAS

Bárbara Rocha¹; Luís Reis¹; Catarina Maia Ferreira¹; Ana Ramôa¹; Eduardo Macedo¹; Ana Rita Marques¹; Ilídio Brandão¹

1 - Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: A amiloidose cardíaca é causada pela deposição de fibrilas amilóides no tecido extracelular do coração. Pode apresentar-se com sinais e sintomas cardíacos devido a cardiomiopatia restritiva com disfunção ventricular direita. Os tipos mais comuns de amiloidose cardíaca são amiloidose por transtirretina (ATTR) e amiloidose de imunoglobulinas de cadeia leve (AL).

Caso Clínico: Homem, 88 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca (IC) NYHA I, tabagismo e doença enfisematosa pulmonar, a realizar ramipril e furosemida. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dispneia para pequenos esforços e agravamento da tosse produtiva habitual com 2 meses de evolução. Ao exame físico, com crepitações nas bases pulmonares e edema até ao joelho, bilateralmente. Analiticamente, sem leucocitose, com elevação da proteína C reativa e do peptídeo natriurético tipo B, com ligeira alteração da função renal. A radiografia do tórax apresentava hipotransparência algodoadosa bibasal, mais à direita, compatível com congestão pulmonar. Foi internado em Medicina Interna com diagnóstico de pneumonia bilateral. No internamento, por se apresentar arritmico, realizou eletrocardiograma com fibrilhação auricular de novo, baixa voltagem de QRS e padrão de pseudo-enfarte. O ecocardiograma evidenciava hipertrofia do septo interventricular (SIV) e disfunção ventricular direita. Evoluiu com agravamento da IC com hipotensão, tonturas, enfartamento, eructações e obstipação. Tendo em conta o “todo clínico”, a disautonomia e os achados eletro e ecocardiográficos, foi colocada a hipótese de amiloidose cardíaca. Do estudo apresentava cadeias leves livres no soro e B2-microglobulina aumentadas, ratio de cadeias κ/λ normal, sem alterações na eletroforese das proteínas ou nas cadeias leves urinárias. A ressonância magnética cardíaca confirmou hipertrofia do SIV, sem presença de realce tardio. A cintigrafia cardíaca demonstrou envolvimento cardíaco com provável amiloidose AL. Ainda a aguardar a histologia de biópsia das glândulas salivares.

Discussão: A sobrevida média da amiloidose cardíaca AL é cerca de 5,5 anos após o diagnóstico, sendo necessário alto índice de suspeição para a sua identificação. Neste caso, a anamnese, o exame físico minucioso e a análise fina de detalhes clínicos e exames complementares de diagnóstico foram essenciais para a abordagem e tratamento deste doente, abusivamente classificado como pneumonia bilateral no diagnóstico de internamento.

PO-0509 - (4820) - ANÁLISE RETROSPETIVA DA ETIOLOGIA E CARACTERÍSTICAS DAS DOENÇAS PERICÁRDICAS NO INTERNAMENTO

Inês Almeida Pintor¹; Adriana Rei Pacheco¹; João Da Costa Oliveira¹; João Faia¹; Miguel Martins¹; Ana Paiva Santos¹; Simão Carvalho¹; Pedro Lopes¹; Susana Cavadas¹

1 - CHBV

O pericárdio é um saco fibroso de parede dupla que envolve o coração e é composto por 2 camadas, separadas pela cavidade pericárdica. As doenças do pericárdio manifestam-se como pericardite, derrame pericárdico ou massas pericárdicas. A sua etiologia e características clínicas são muito variáveis.

Estudo retrospectivo com análise dos processos clínicos dos doentes internados com o diagnóstico de Pericardite/Derrame pericárdico, durante 3 anos (janeiro de 2017 a dezembro de 2020).

Objetivos do estudo: descrever as características clínicas dos doentes com doenças do pericárdio e quais as mais frequentes, determinar a percentagem de doentes em que se realizou diagnóstico etiológico e a percentagem de cada etiologia, a associação entre o volume do derrame e evolução desfavorável, associação entre etiologia e evolução desfavorável e se as características do líquido estavam associadas a cada etiologia.

Total de doentes do estudo: 130, sendo 68,5% (n=89) do sexo masculino e 31,5% (n=41) do sexo feminino, com idade média de 62,1 anos.

Destes doentes, 78,5% (n=102) mantiveram seguimento em consulta de medicina interna durante pelo menos 3 meses, para completar estudo.

Diagnóstico principal de derrame pericárdico em 56,9% (n=74) e pericardite em 43,1% (n=56).

Relativamente aos derrames pericárdicos: quanto ao tempo de evolução a maioria eram agudos (93,2%, n=69) e quanto ao volume a maioria eram ligeiros (63,5%, n=47). Os sintomas mais frequentes foram astenia (33,8%, n=25) e dor (36,5%, n=27), mas 35,1% (n=26) eram assintomáticos. A alteração eletrocardiográfica mais frequente foi a elevação difusa da onda T (14,9%, n=11). Aumento do índice cardio-torácico na radiografia torácica em 31,1% (n=23). A causa foi identificada em 83,8% (n=62). A pericardiocentese foi realizada em 10,8% (n=8), com líquido hemático em 50% (n=4, sendo 3 com etiologia ratura miocárdica), sero-hemático em 12,5% (n=1, com etiologia adenocarcinoma do pulmão com metastização pericárdica) e citrino em 37,5% (n=3). Evolução com tamponamento em 9,5% (n=7). Taxa de mortalidade de 9,5%, sendo estes derrames agudos quanto à evolução e a maioria de volume moderado.

Relativamente às pericardites: 78,6% (n=44) eram agudas, 85,7% (n=48) tinham derrame pericárdico associado (ligeiro em 60,4%, n=29) e 12,5% (n=7) tinham miopericardite. Os sintomas mais frequentes foram dor (94,6%, n=53) e febre (37,5%, n=21). A alteração eletrocardiográfica mais frequente foi a elevação difusa do segmento ST (39,3%, n=22). A causa foi identificada 28,6% (n=16). A pericardiocentese foi realizada em 10,7% (n=6). A biópsia pericárdica foi realizada em 8,9% (n=5) e a biópsia endomiocárdica em 1,8% (n=1). Sem óbitos.

Em suma, é importante realizar estudo etiológico, embora este deva ser guiado pela sintomatologia e epidemiologia. Como se verificou, uma percentagem importante tiveram a sua etiologia identificada, correspondendo maioritariamente a doenças potencialmente tratáveis, melhorando o prognóstico.

PO-0510 - (4894) - VARICELA E DOR TORÁCICA: APRESENTAÇÃO RARA NO ADULTO

André S. Carvalho¹; Sara Joana Faria¹; Inês B. Mesquita¹; Eduarda Jordão¹; Ivo Barreiro¹; Abílio Gonçalves¹

1 - Hospital Distrital da Figueira da Foz

Introdução:

O vírus varicela-zoster (VVZ) é um vírus endémico altamente contagioso cuja infeção primária, a varicela, frequente e benigna na criança, ocorre por inoculação na mucosa das vias aéreas superiores, seguida de viremia e desenvolvimento de exantema vesicular característico. No adulto e em imunodeprimidos, apesar do maior risco de complicações, o acometimento cardíaco pelo VVZ é extremamente raro.

Caso clínico:

Homem de 20 anos, admitido na urgência por quadro com dois dias de evolução de exantema pruriginoso, com lesão satélite retroauricular e progressão cefalocaudal para o tronco e membros, acompanhado de dor torácica retrosternal tipo aperto, com alívio à anteflexão do tronco. Associadamente com febre, odinofagia, mialgias, desconforto abdominal e dejeções diarreicas. Contexto epidemiológico de contacto com criança com varicela. Antecedentes pessoais de asma e tabagismo, sem história de infeção por VVZ. Ao exame estava apirético, eupneico em ar ambiente, com SatO₂ 99%, TA 116/76 mmHg e FC 79 bpm. Evidenciava lesões vesiculares infracentimétricas dispersas pelo corpo em diferentes fases evolutivas, desde pústulas com halo eritematoso a crostas. Orofaringe com hiperémia periamigdalina. Auscultação cardiopulmonar sem alterações e palpação abdominal com ligeiro desconforto no hipocôndrio direito. Analiticamente salientava-se TGO 395 U/L, TGP 199 U/L, CPK 17 891 U/L, TroponinT 5.1 pg/mL, PCR 13 mg/L. Realizou ECG que apresentava supradesnivelamento difuso de ST e ecocardiograma que revelou hiperrefletividade pericárdica sugestiva de inflamação a nível pósterio-inferior, sem derrame ou sinais de compromisso hemodinâmico. Ficou internado por pericardite aguda em contexto de varicela, com rabdomiólise e hepatite associadas, tendo apresentado excelente resposta clínica e analítica à fluidoterapia e terapêutica oral com aciclovir 800 mg 5id e colquicina 0.5 mg id. Do estudo complementar, destaque para a seronegatividade a HIV e seropositividade a VVZ (IgM e IgG) com amplificação dos seus ácidos nucleicos por PCR no exsudato vesicular.

Discussão e conclusão:

A pericardite aguda é um diagnóstico frequente a nível hospitalar e de etiologia raramente determinada. O acometimento cardíaco pelo VVZ no adulto foi apenas descrito oito vezes na literatura, com apenas três casos reportados de pericardite aguda isolada em contexto de varicela. Para além da raridade, este caso destaca-se pelo papel decisivo da semiologia no diagnóstico etiológico da pericardite.

PO-0511 - (4911) - PERICARDITE CONSTRICTIVA - UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

Mónica Amado¹; Joana Pereira¹; Sandra Cunha¹; Behnam Moradi¹; Renato Saraiva¹

1 - Unidade Local de Saúde - Região Leiria

A pericardite constrictiva (PC) resulta da restrição do enchimento ventricular durante a diástole que ocorre por doença do pericárdio. A principal causa em países desenvolvidos é idiopática/viral e apresenta sinais e sintomas de falência do coração direito. O diagnóstico é confirmado com cateterismo cardíaco. A pericardiectomia é o único tratamento definitivo da PC, no entanto, doentes recém diagnosticados podem ser tratados primariamente com anti-inflamatórios.

Apresenta-se o caso de um homem de 44 anos, que recorreu ao serviço de urgência por tosse, febre, ortopneia e sensação de distensão abdominal com uma semana de evolução. Tem antecedentes de síndrome gripal 15 dias antes.

Ao exame objetivo, salienta-se taquicardia e apirexia, sem ingurgitamento jugular. A auscultação cardiopulmonar era rítmica e regular, sem sopros audíveis, com diminuição do murmúrio vesicular em ambas as bases pulmonares. As análises apresentavam elevação de parâmetros inflamatórios, hiperbilirrubinemia à custa da conjugada, NTproBNP de 598.00pg/mL e marcadores de necrose miocárdica negativos. No eletrocardiograma, revelava a inversão das ondas T de V2-V6. Realizou angio-TC de tórax que demonstrava volumoso derrame pleural bilateral e espessamento dos folhetos pericárdicos. Realizou ecocardiograma transtorácico (EcoTT) que revelou pericárdio espessado, rígido, movimento paradoxal do septo interventricular, derrame pericárdico ligeiro e conservação da função sistólica bi-ventricular.

No internamento, cumpriu antibioterapia com ceftriaxone e claritromicina e iniciou ácido acetil-salicílico e colchicina, apresentando redução dos parâmetros inflamatórios e da hiperbilirrubinemia. As serologias a EBV, CMV, HSV 1 e 2, Clamydophila e Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila, SARS-CoV2, o estudo de autoimunidade, IGRA e a imunofixação sérica, foram negativos. Realizou ainda ressonância magnética cardíaca que corroborou o diagnóstico de PC.

Após 6 meses de seguimento, apresenta ainda alterações no EcoTT sugestivas de PC. Foi proposto cateterismo cardíaco e eventual necessidade de pericardiectomia.

A PC por ser uma doença relativamente rara é subdiagnosticada. Neste caso, salienta-se a presença de sintomatologia de insuficiência cardíaca direita, sem alterações na auscultação cardíaca, atrasando o diagnóstico desta patologia. O doente fez terapêutica anti-inflamatória dupla mas manteve sempre quadro de disfunção diastólica, tendo sido proposta cirurgia para tratamento definitivo.

PO-0512 - (5008) - DECODING TREATMENT TRENDS: A RETROSPECTIVE LOOK AT THE ADEQUACY OF DYSLIPIDEMIA THERAPY ACCORDING TO CARDIOVASCULAR RISK

Francisca Sarmiento¹; Mariana Silva²; Joana Antunes¹; Isabel Cruz Carvalho¹; Francisco Salvaterra¹; Marta Freixa¹; Raquel Dias¹; Sara Sarmiento¹

1 - Hospital Pulido Valente, ULSSM; 2 - Hospital Santa Maria, ULSSM

Background: Cardiovascular diseases (CVD) stand as the foremost contributor to morbidity and mortality on a global scale, with LDL-C holding importance due to its established role as a major modifiable risk factor. Lowering LDL-C levels is a cornerstone of CVD treatment and prevention strategies. According to current guidelines, calculating cardiovascular risk allows us to identify appropriate LDL targets, and should require rigorous therapeutic optimization.

Objective: This study aimed to assess cardiovascular risk and adequacy of dyslipidemic therapy prescription in patients admitted to the internal medicine ward of a tertiary hospital.

Methods: Retrospective study of patients admitted in the Internal Medicine ward of a tertiary hospital, in 2023, aged between 45 and 70 years old, with available baseline lipid profiles, assessing demographic data and reviewing cardiovascular risk (according to ESC guidelines), LDL-c target, indications of statins, baseline lipid profile and therapy at discharge.

Results: Of a total of 1108 patients admitted, only 172 met the criteria, 60,5% (n=104) of whom were male, with a mean age of 60 years old. Most of these patients — 91 (52,9%) — had a very high cardiovascular risk, and 49 (28,5%) had a high cardiovascular risk. Of the group of patients with very high and high risk, only 60 (34,9%) had previously received lipid-lowering treatment. The mean LDL-C was 94,76 mg/mL, ranging from not calculated by hypocholesteremia and 306 mg/mL. In the group of patients with very high risk (n=91), only 17,6% (n=16) were within the recommended LDL-c target. Only 17,6% (n=16) had high-potency statins at admission, and 13,2% (n=12) were receiving high-dose statins plus ezetimibe. Among all patients, only 29.7% (n=51) were within the recommended LDL-c target, taking into account the cardiovascular risk. Only 40.5% (n=49) of the patients who were not at the recommended LDL target had their therapy optimized at discharge. Within patients with very high risk, 82.4% were not on target and only 52.7% (n=48) had their therapy optimized at the time of discharge. Based on our records, only 2 patients would be eligible for PCSK9 inhibitors.

Conclusion: This study reveals a population with high or very high cardiovascular risk (81,4%; n=140), characteristic of patients admitted to Internal Medicine Departments, and highlights the poor metabolic control of these patients, with mostly inadequate and non-optimized therapies. The inadequate optimization of statin therapy upon discharge raises significant concerns warranting further investigation and proactive interventions to enhance adherence to clinical guidelines and improve patient outcomes. Despite the lower number of patients that would be eligible for PCSK9 inhibitors, we estimated that this number could be higher, taking into account that over 1/3 of patients (36,3%) with very high risk didn't have high statin intensity at discharge.

PO-0513 - (5015) - DISSEÇÃO CORONÁRIA ESPONTÂNEA EM HOMEM SAUDÁVEL

João Morais Lopes¹; Cristiana Ferreira Teles¹; Ana Raquel Figueiredo¹; Rodrigo Andrade¹; Teresa Guimarães Rocha¹; Micaela Nunes Sousa¹; Helena Maurício¹; Eugénia Madureira¹

1 - Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE - Hospital de Bragança

Introdução: A disseção espontânea de artéria coronária consiste na separação espontânea (não iatrogénica) das camadas da parede arterial coronária. Esta é uma situação clínica extremamente rara, sendo, no entanto, cada vez mais reconhecida na síndrome coronária aguda. Em 90% dos casos afeta mulheres (com associação à gravidez). Admite-se que nos homens se associe normalmente à prática de exercício físico intenso.

Caso Clínico: Homem, de 51 anos, autónomo, com antecedentes de HTA. Trabalha como Personal Trainer e Professor de Karaté. Recorre ao Serviço de Urgência com quadro de dor retroesternal, com irradiação dorsal, de início súbito, em repouso. Ativada Via Verde Coronária. Doente sintomático, realizado ECG com elevação transitória de segmento ST em v5-v6. Analiticamente com elevação de marcadores de necrose miocárdica (Troponina I de 400). Após contacto, o doente foi transportado para a unidade de Cardiologia de referência, onde realizou Cateterismo Cardíaco, com identificação de disseção coronária espontânea. Optou-se por tratamento médico e vigilância. Doente com melhoria clínica. Teve alta com evicção de esforços físicos vigorosos e continuação de estudo e avaliação em consulta.

Discussão & Conclusão: O presente caso tem relevância por se tratar de um evento raro, neste caso verificado no sexo masculino (acentuando a sua raridade). Este constitui mais uma situação clínica a que devemos estar atentos como uma causa possível na abordagem aos doentes com síndrome coronária aguda. Trata-se de uma situação que tendencialmente se verifica em doentes mais jovens, com menor prevalência dos fatores de risco cardiovascular tradicionais. Nesse sentido, coloca-se a hipótese de se tratar de uma situação de base multifatorial, com provável associação com fatores genéticos, arteriopatias herdadas ou adquiridas e doenças inflamatórias sistémicas.

PO-0514 - (5051) - VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO E OUTCOMES CARDIOVASCULARES

Lourenço Aguiar¹; Joana Araújo Correia¹; Inês Trabucho¹; António Leão¹; Paulo Reisinho¹; Alice Mesquita Alicerces¹; Tomás Robalo Nunes¹; Vilma Laís Grilo¹; Ana Luísa Broa¹

1 - Hospital Garcia de Orta - Unidade Local de Saúde Almada-Seixal

Introdução: A importância do Vírus Sincicial Respiratório (VSR) enquanto agente etiológico de infeções respiratórias baixas em adultos tem vindo a ser cada vez mais reconhecido, assim como a investigação do seu contributo na fisiopatologia de eventos cardiovasculares (CV) agudos. Segundo a literatura, entre 14-22% dos adultos internados por infeção a VSR apresentam como complicação um destes eventos. Porém, esta associação ainda não se encontra completamente estabelecida.

Objetivos: Estudar os eventos CV agudos em doentes com infeção por VSR.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo, num Hospital terciário, com identificação dos doentes maiores de 18 anos que testaram positivo para VSR pelo método de Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction entre 11/2022 e 03/2023. Excluídos os que não foram submetidos a avaliação médica e aqueles cujo desfecho não foi possível apurar. Posteriormente, analisadas características demográficas dos doentes (sexo, idade, residência em domicílio ou instituição), as suas comorbilidades e fatores de risco cardiovasculares, necessidades de internamento e desfechos da doença, nomeadamente eventos CV agudos: insuficiência cardíaca (IC) descompensada, enfarte agudo do miocárdio (EAM), arritmia (de novo ou agudizada), eventos cerebrovasculares hemorrágicos ou isquémicos e re-internamento a 90 dias com evento CV agudo associado.

Resultados: Foram incluídos 222 doentes, dos quais 136 eram mulheres (61,3%) e 190 (85,6%) residiam no domicílio. A média de idades foi 68 anos. Dos doentes contemplados, 132 (59,5%) necessitaram de internamento e 30 faleceram (13,5%).

Relativamente a patologias CV de base, verificou-se que 57 doentes (25,7%) apresentavam IC, 30 (13,5%) tinham antecedentes de cardiopatia isquémica e 39 (17,6%) de arritmia (fibrilhação auricular [FA] - ou outra). Adicionalmente, 27 (12,2%) tinham doença cerebrovascular conhecida.

Quanto aos eventos CV agudos objetivados, verificou-se um total de 61 (27,5% do total de doentes) – descompensação IC: 34 (15,3%); EAM: 2 (0,9%); arritmia: 18 (8,1%), das quais 17 foram FA; eventos cerebrovasculares: 5 (2,3%); re-internamentos a 90 dias com evento CV agudo: 2 (0,9%). Desses, 57 foram identificados em doentes que exigiram internamento (43,2% dos internados) – IC descompensada: 32 (24,2%); EAM: 2 (1,5%); arritmia: 17 (12,9%); eventos cerebrovasculares: 4 (3,0%); re-internamento a 90 dias com evento CV: 2 (0,9%). Quando avaliadas agudizações de doenças conhecidas, constatou-se que 33 dos doentes com IC prévia tiveram descompensação da patologia (57,9%) e que 8 das arritmias (44,4%) foram identificadas em doentes com arritmia prévia (todas FA).

Discussão e conclusão: Os dados obtidos aparentam estar de acordo com aqueles que estão descritos na literatura. Perante o exposto, conclui-se que o VSR aparenta ser um importante fator de descompensação de patologias do foro cardiovascular.

PO-0515 - (4849) - SÍNCOPE DO SEIO CAROTÍDEO COMO APRESENTAÇÃO DE TUMOR DAS PARTES MOLES DO PESCOÇO

Rui Duarte De Azevedo¹; Ana Constante¹; Ana Rodrigo Costa¹; Francisco Belchior¹; Inês Ferreira¹; Lindora Pires¹

1 - ULSTS

A síncope é uma síndrome clínica caracterizada por perda transitória de consciência decorrente de uma queda abrupta da pressão arterial sistêmica que leva um período no qual o fluxo sanguíneo e oxigenação cerebral são inadequados.

A síncope do Seio Carotídeo é um tipo de síncope reflexa com pródromo, causada por hipersensibilidade do seio carotídeo.

Caso Clínico: Homem de 63 anos, antecedentes: perturbação de uso de álcool (abstinente há 5 anos), Tabagismo (42 UMAs), Obesidade, HTA, DM tipo2, DPOC GOLD 2A e silicose pulmonar. Refere episódios de perda de consciência com pródromo de hipersudorese, palidez e tonturas. Refere também rouquidão, cefaleia hemicraneana esquerda com extensão à região cervical homolateral e disfagia para sólidos e líquidos com 15 dias de evolução. Na observação: tumefação elástica na região submandibular esquerda com 4 cm de maior diâmetro, dolorosa à palpação e móvel. A TC do pescoço evidencia tumor nas partes moles extracranianas adjacentes ao forâmen jugular esquerdo que envolve o bulbo carotídeo e provoca desvio da artéria carótida interna esquerda.

Admitido no internamento de Medicina Interna para estudo e cuidados. Optou-se por manter o doente em decúbito dorsal com restrição de levante. Manteve-se estável, sem novos episódios de síncope. Avaliação por ORL: desvio da amígdala esquerda em direção à linha média. Realizou nasofaringolaringoscopia: neoformação vegetante da aritenóide esquerda com aparente extensão para seio piriforme ipsilateral. Realizou Holter e ecocardiograma que não demonstraram alterações. Colocada como hipótese diagnóstica mais provável a Síncope do Seio Carotídeo na dependência de tumor do pescoço com envolvimento do bulbo carotídeo. Foram agendados ecodoppler dos vasos do pescoço, RMN, biópsia da lesão para realização em internamento (relatórios não disponíveis à data da submissão do caso clínico).

Discussão: A identificação de etiologia de síncope constitui um desafio. As massas cervicais devem ser abordadas de modo sistematizado considerando as relações anatómicas com as estruturas adjacentes. A síncope provocada por hipersensibilidade do seio carotídeo é por vezes sub diagnóstica pela baixa suspeita diagnóstica. Contudo num doente com presença de massa cervical e episódios de síncope de repetição a etiologia de hipersensibilidade do seio carotídeo deve ser considerada.

PO-0516 - (2237) - HEART FAILURE WITH PRESERVED EJECTION FRACTION EXACERBATION AND HYPERTENSION IN PATIENTS ADMITTED IN AN OUTPATIENT HEART FAILURE MEDICAL UNIT IN PORTUGAL – AN OBSERVATIONAL STUDY

Margarida Midões Almeida¹; Sérgio Monteiro¹; João Oliveira¹; Margarida Resendes¹; Joaquim Alvarelhão²; Ana Corte-Real¹; Joana Neves¹

1 - ULSRA; 2 - Escola Superior de Saude de Aveiro

INTRODUCTION

Heart failure (HF) is a complex condition with a high prevalence in Portugal, currently estimated at 5.2% (54% with preserved ejection fraction). One of the most associated risk factors is the hypertension, which affects around 42% of the Portuguese population. Episodes of acute decompensation often require emergency services and subsequent hospitalization or readmission of patients. The outpatient heart failure medical unit aims to relate the patients with hypertension and HF with preserved ejection fraction and the appearance of an adverse event.

PURPOSE

The aim of this study was to analyze the relation between uncontrolled hypertension and HF with preserved ejection fraction (HFpEF) and the appearance of adverse event – HF exacerbation in patients admitted at the outpatient heart failure medical unit.

MATERIALS AND METHODS

Observational study of patient admitted to the outpatient heart failure medical unit between Nov 24th 2022 and May 23th 2023. HFpEF with uncontrolled hypertension and first adverse event (hospitalization, death) during a six month follow up. Data analysis included descriptive statistics and non-parametric tests for median comparisons.

RESULTS

The study included 236 patients, 117 (49.58%) with HF with preserved ejection fraction (HFpEF). From the patients with HFpEF, 91.45% present uncontrolled hypertension as a cardiovascular risk factor. The first adverse event was recorded for 16 patients due to heart failure condition, 9 classified with HF with preserved ejection fraction. All patients with HFpEF who were readmitted due to acute decompensation HF had uncontrolled hypertension as a cardiovascular risk factor.

DISCUSSION AND CONCLUSION

This study demonstrates that uncontrolled hypertension predisposes to HFpEF exacerbations, and is in line with expectations, which are that controlling the blood pressure profile to <140/90mmHg and ensuring its maintenance is a therapeutic weapon to prevent HFpEF exacerbations.

PO-0517 - (2829) - ENDOCARDITE INFECCIOSA: EVOLUÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS NO DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DE UM HOSPITAL

Anna Sukhovi¹; Ana Rita Tomás¹; Maria Carolina Silva¹; Rodrigo Brandão¹; Daniela Madeira¹; Maria Inês Silva¹; Teresa Branco¹

1 - ULS Amadora/Sintra, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) mantém uma morbimortalidade significativa apesar dos avanços científicos e tecnológicos.

Objetivos: O presente trabalho tem o intuito de demonstrar a evolução das características epidemiológicas de EI nos serviços de Medicina Interna de um hospital da região de Lisboa. Pretende-se comparar os dados obtidos neste estudo com os dados relativos aos casos de EI, no mesmo hospital, identificados no período de 01/01/2009 a 31/12/2014.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes internados nos serviços de Medicina Interna com o diagnóstico de EI, no período compreendido entre 01/01/2017 e 31/12/2022, através da codificação de grupos de diagnósticos homogêneos. A recolha de dados foi efetuada pela consulta de processo clínico eletrónico e foram analisadas variáveis sociodemográficas e clínicas principalmente sobre as características e evolução da EI. Com os dados obtidos foi feita uma análise comparativa com o estudo Melo L, et al. Endocardite Infecciosa: Casuística do Departamento de Medicina Interna de um Hospital. RSPMI, 2017; 24(1):19-23.

Resultados: Foram identificados 67 casos com EI, contudo apenas 59 tinham diagnóstico de EI segundo os critérios de Duke 2023. Os doentes tinham a idade média de 72,2±12,8 anos, sendo que cerca de 64% eram do sexo masculino. Em 72,1% foi identificado atingimento da válvula nativa e em 24,6% da válvula protésica. Documentou-se isolamento microbiológico em 93,4% dos doentes, sendo o *Streptococcus viridans* o agente mais frequentemente isolado. Em 36% dos casos houve necessidade de intervenção cirúrgica e registaram-se complicações em 83,6%, sendo que a mais frequente foi a insuficiência cardíaca por insuficiência valvular (24,6%). A mortalidade intra-hospitalar foi de 26,2%.

Discussão: Da comparação dos dois estudos, verifica-se que a idade média de diagnóstico aumentou de 62,3 para 72,2 anos em provável relação com o envelhecimento global da população. De salientar que no estudo mais recente foi efetuado isolamento de agente etiológico em 93,4% dos casos, enquanto que no estudo anterior este valor correspondia a 77,5%. Quanto às complicações decorrentes da EI, objetiva-se um aumento de 13,6% no estudo mais recente, bem como o aumento de 8,7% da mortalidade intra-hospitalar. Nos restantes parâmetros não se verificaram diferenças significativas.

Conclusão: Neste estudo documentou-se aumento da incidência de casos de EI nos últimos anos e verificou-se maior incidência mortalidade e complicações de EI em provável relação com a idade mais avançada dos doentes.

Palavras-chave: Endocardite bacteriana; Insuficiência cardíaca; Endocardite infecciosa

PO-0518 - (4430) - QUANDO UMA IMAGEM VALE (QUASE) UM DIAGNÓSTICO

Ana Rita Rocha¹; Joana Vieira³; Mariana Laranjeira²; Olga Sousa²; Eduardo Vilela²; Ricardo Fontes Carvalho²

1 - Hospital José Joaquim Fernandes - Beja; 2 - Unidade Local de Saúde Gaia Espinho; 3 - Unidade Local de Saúde do Oeste - Caldas da Rainha

Introdução: Os mixomas são os tumores benignos primários cardíacos mais frequentes. Afetam mais o sexo feminino, tendo maior incidência entre a 3ª e a 6ª décadas de vida. Têm origem no endocárdio, geralmente a partir do septo interauricular próximo do bordo da fossa ovalis, localizando-se maioritariamente na aurícula esquerda (75%).

Caso Clínico: Reporta-se o caso de doente de 68 anos, sexo feminino, referenciada ao Serviço de Urgência (SU) por achado incidental de massa na aurícula esquerda (AE) aquando da realização de ecocardiograma. Apresentava antecedentes de dislipidemia, fibrilhação auricular, aneurisma da artéria carótida interna paraoftálmica com colocação de stent, suspeita de epilepsia em investigação. Referia fadiga para pequenos esforços e astenia com 2 meses de evolução, associada a desconforto torácico inespecífico. No SU realizado novo ecocardiograma que revelou dilatação grave da AE, insuficiência mitral ligeira, insuficiência tricúspide ligeira e função sistólica biventricular conservada. Na AE, aderente ao septo interauricular, apresentava estrutura ecogénica móvel com 46x37mm e contornos arredondados, sem proclividade para o ventrículo esquerdo, sugerindo mixoma. Eletrocardiograma sem alterações de relevo, em ritmo sinusal. Analiticamente também sem alterações a destacar. Realizado cateterismo cardíaco, documentando coronárias angiograficamente normais. A doente foi submetida a cirurgia para remoção da massa, que decorreu sem intercorrências, confirmando (em anatomia patológica) mixoma. Teve alta melhorada.

Discussão e Conclusão: Atualmente, a maioria dos mixomas cardíacos apresenta-se na forma assintomática (achado imagiológico no ecocardiograma), como consequência de um diagnóstico mais precoce, facilitado pelo uso extensivo deste exame de imagem. Os mixomas cardíacos associam-se diretamente a patologia valvular mitral merecedora de correção cirúrgica em muitos casos. Apesar de serem biologicamente benignos, os mixomas têm um risco real de embolização e colapso hemodinâmico por obstrução ou embolização, resultando em vários casos em choque obstrutivo ou acidente vascular cerebral.

PO-0519 - (2567) - A OUTRA FACE DA IMUNOTERAPIA

Mariana Gaspar¹; Rui Escalreira¹; Marta Carvalho¹; Miguel Martins¹; Márcia Pereira¹; Mariana Silva¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Com o avanço da imunoterapia, os anticorpos anti-PD-1 (programmed cell death protein 1), como o Nivolumab, mostram resultados promissores no tratamento de várias neoplasias. No entanto, têm sido descritos numerosos eventos adversos (EA) autoimunes como é o caso da diabetes mellitus (DM) tipo 1.

Mulher de 79 anos, com antecedentes de melanoma maligno da mucosa nasal submetido a antrostomia e etmodectomia em 2022 com radioterapia adjuvante. Por progressão da doença com metastização pulmonar, ganglionar e óssea, iniciou tratamento de segunda linha com Nivolumab em monoterapia desde 2022. É encaminhada ao Serviço de Urgência em janeiro de 2024 por anorexia, náuseas, vômitos e hiperglicemia superior a 500mg/dL em análises de rotina requisitadas no Hospital de dia. Na avaliação constata-se cetoacidose diabética com pH 6.96, HCO₃ 16.5 mmol/L, glucose 518mg/dL, lactato 3.0 mmol/L pelo que fez correção com fluídoterapia e insulina. A doente foi internada com necessidade de insulino terapia permanente. Posteriormente, foi revelado Peptido C 0.10 ng/dL, HbA1c 7.1%, anticorpos anti células b seronegativos e ausência de alterações na função tiroideia. Após estabilização, teve alta orientada para consulta de Diabetologia.

O aparecimento de DM como EA está reportado em <1% dos doentes sob Nivolumab. Atualmente o seu mecanismo fisiopatológico, os fatores de risco e o tempo de tratamento até ao desenvolvimento do quadro clínico são desconhecidos, sendo a monitorização a única ferramenta disponível para identificar estes casos precocemente. A salientar que o resultado da HbA1c em alguns casos pode ser normal pelo rápido desenvolvimento da doença. Segundo a literatura os anticorpos anti células b estão presentes em cerca de 80% dos doentes. No entanto, no nosso caso clínico o diagnóstico de DM com cetoacidose diabética foi estabelecido apesar da ausência destes anticorpos, tendo em conta a diminuição de Peptido C. A maioria dos doentes parece manter-se insulino dependente mesmo após suspensão de terapêutica e a decisão de continuação de anti-PD-1 é avaliada caso a caso.

Sendo uma patologia emergente, e, tendo em conta a crescente utilização da imunoterapia, é fundamental o reconhecimento destes casos bem como o desenvolvimento de estratégias conjuntas entre a Oncologia, Medicina Interna e Endocrinologia para o rastreio e seguimento dos doentes sob inibidores do checkpoint imunológico.

PO-0520 - (2551) - CASO CLINICO - CETAOACIDOSE ALCOÓLICA

Ricardo Raposo¹; Carolina Câmara¹; Inês Moreira¹; Miguel Oliveira¹; Rita Albergaria¹; Marisa Rocha¹; Luis Dias¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Introdução: A cetoacidose corresponde a acidose metabólica gerada pela acumulação de corpos cetónicos. A causa mais comum é a cetoacidose diabética. Entre outras causas temos a cetoacidose euglicémica associada a inibidores SGLT2 e a cetoacidose alcoólica.

Caso clínico: Sexo feminino, 65 anos, antecedentes de etilismo crónico, trazida ao Serviço de Urgência com mandato de condução por alteração do comportamento associado a consumo álcool e inanição. À admissão apresentou vômito aquoso. Ao exame objetivo: consciente, colaborante e orientada; hemodinamicamente estável; abdómen ligeiramente doloroso à palpação profunda. Analiticamente: anemia macrocítica, hipoglicemia 62mg/dL, hemoglobina glicada 4.8%, acidemia metabólica com pH 7.17, bicarbonato 10.2 mmol/L, cetonemia "high", hiperlactacidemia 6.7mmol/L, hipocaliemia e hipomagnesemia; elevação das transaminases e gama-glutamyltransferase; álcool 1.7g/dL. Excluídas patologias como pancreatite aguda e hemorragia gastrointestinal. Admitiu-se cetoacidose alcoólica. Iniciou terapêutica com tiamina, soro dextrosado, reposição iónica e benzodiazepinas. Internamento com melhoria clínica e analítica. Reavaliada em consulta, encontrando-se assintomática e em abstinência alcoólica.

Discussão & Conclusão: A cetoacidose alcoólica ocorre habitualmente com consumo moderado a grave de álcool e diminuição da ingesta alimentar. Apresentação clínica mais comum inclui: náuseas, vômitos, dor abdominal, taquicardia e taquipneia. O diagnóstico baseia-se na história clínica e é confirmado por anion gap elevado e deteção de corpos cetónicos no sangue ou urina. Pode cursar com outras alterações analíticas: hipo ou hiperglicemia, hipocaliemia, hipofosfatemia e hipomagnesemia; doseamento de álcool pode não ser detetado. Tratamento consiste na correção da patologia de base, soro dextrosado, tiamina e correção dos distúrbios iónicos. Prognóstico favorável desde que identificada e tratada precocemente. O diagnóstico tardio pode resultar em lesão de órgãos-alvo. A principal causa de morbidade e mortalidade está relacionada com o subdiagnóstico das patologias precipitantes.

PO-0521 - (4731) - “AN ORANGE A DAY, KEEPS THE DOCTOR AWAY” – UMA CASUÍSTICA DE ESCORBUTO

Rita Palma Féria¹; Pedro Moules¹; Fernando Martos Gonçalves¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

I: O escorbuto, causado pelo défice de vitamina C, é ainda considerado uma doença do passado, associando-se a uma morbimortalidade importante mas é facilmente reversível quando identificado e tratado adequadamente. Apesar de rara, continua a existir em grupos de risco, sendo o seu reconhecimento essencial.

O: Pretende-se alertar para esta patologia reemergente através da caracterização clínica da série de casos de escorbuto de um hospital na periferia de Lisboa.

M&M: Análise retrospectiva e descritiva dos casos de escorbuto identificados num hospital periférico de Lisboa entre 2012 e 2023. Foram extraídos os processos com codificação de Déficit de Vitamina C, com posterior análise dos processos clínicos, com ênfase na caracterização epidemiológica e clínica, manifestações, diagnóstico e evolução, de forma a reforçar os principais componentes para a suspeição diagnóstica.

R: Dos 22 doentes com défice de vitamina C, 12 apresentavam clínica compatível com escorbuto. Apresentavam uma média de idades de 60 anos (25-82 anos), predomínio do sexo masculino (68%). Dos factores de risco a destacar isolamento social em 50% (n=6), etilismo crónico em 42% (n=5), patologia psiquiátrica em 42% (n=5) e carência sócioeconómica em pelo menos 42% (n=5). Como factores menos frequentes a restrição alimentar voluntária (para perda ponderal, cultural) em 33% (n=4), componente mal-absortivo em 8% (n=1) e corticoterapia em 8% (n=1). A manifestação clínica descrita mais frequente foi a fragilidade vascular mucocutânea (alteração dos folículos pilosos, petéquias/equimoses, gengivorragias, púrpura palpável) em 75% dos casos (n=9), seguidas das alterações da cavidade oral (hipertrofia gengival, deterioração e perda dentária) descrita em 66% (n=8). A destacar ainda 3 casos (25%) com complicação hemorrágica grave, nomeadamente hemorragia gastrointestinal e hematoma espontâneo da coxa, com necessidade de suporte transfusional e em 2 doentes com repercussão hemodinâmica. Analiticamente associação frequente a anemia, descrita em 58% dos casos (n=7), mas em todas com contributo multifatorial concomitante (carencial, doença crónica, perdas). A destacar associação de outros défices em 75% dos doentes (n=9), todos com défice de ácido fólico e 42% com outros défices associados, nomeadamente B12 e B1. Os restantes doentes (n=3) não apresentavam défices mas encontravam-se sob suplementação multivitamínica. Cerca de metade (58%, n=7) manteve seguimento com resolução clínico-laboratorial, 1 doente faleceu por intercorrência infecciosa não relacionada, tendo os restantes perdido seguimento.

D&C: Esta casuística demonstra o espectro de factores de risco atuais associados ao défice de vitamina C, bem como as suas manifestações clínicas e potencial gravidade, mas também a sua reversibilidade quando identificado e tratado adequadamente. Desta forma, refuta a representação do escorbuto como doença do passado, reforçando a necessidade de o pesquisar ativamente, nomeadamente em grupos de risco.

PO-0522 - (4684) - ACROMEGALIA : A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Adriana Henriques¹; Ana Rita Ramalho¹; Isabel Correia¹; Ana Patrícia Coimbra¹; Alice Monsanto¹; Fabiana Pimentel¹; Jandira Lima¹; Lèlita Santos¹

1 - ULS- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Acromegalia é uma síndrome resultante da secreção excessiva da hormona de crescimento (GH). A incidência é de seis a oito por milhão de pessoas. A idade média no momento do diagnóstico é entre 40 a 45 anos. A causa mais comum de acromegalia é o adenoma somatotrófico (secretor da GH) da hipófise anterior, representando um terço de todos os adenomas hipofisários secretores de hormonas.

Caso Clínico: Sexo feminino, 49 anos, caucasiana, recorreu ao serviço de urgência (SU) por edemas dos membros inferiores com uma semana de evolução, com agravamento progressivo. Foi inicialmente medicada com furosemida 40mg, 1 comprimido por dia mas que suspendeu por hipotensão. À admissão no SU doente consciente, orientada, com sinais de hipertismo, dismorfia facial e edema ligeiro dos membros inferiores. Refere que nos últimos 5 anos tem apresentado aumento do tamanho dos pés (passou do 37 para o 39) e das mãos, diastema, disфонia, aumento do tamanho dos lábios e nariz, diminuição da acuidade visual, mas nunca valorizou nem recorreu a avaliação médica. Como antecedentes pessoais destaca-se bócio multinodular, herpes vaginal e labial recorrentes e perturbação de ansiedade. Perante os estigmas sugestivos de acromegalia foi orientada para consulta para estudo. Analiticamente apresentava factor de crescimento semelhante à insulina tipo 1 (IGF1) de 690 (48-209) ng/ml e GH 132 (<1) ug/L. A prova de hiperglicémia, com confirmação de produção excessiva da GH >1. Rastreio bioquímico de neoplasia endócrina múltipla tipo 1 sem alterações. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica que evidenciou a presença de um macroadenoma com 20x17mm. A ressonância hipofisária confirmou a presença de volumosa lesão expansiva selar com extensão supra-selar e lateralização à esquerda, compatível com macroadenoma a condicionar alargamento da sela turca. Com a confirmação diagnóstica iniciou tratamento com Lanreotida até à intervenção cirúrgica que ocorreu após 3 meses, com remoção total da lesão mas, complicada com fístula. Por manter cefaleia e roncopatia e níveis de IGF1 de 666 e GH de 10 retomou lanreotida, mensalmente.

Conclusão: O início insidioso e progressão lenta da doença faz com que, à data do diagnóstico, cerca de 75% dos doentes apresentem macroadenomas, alguns já com invasão de estruturas adjacentes. A prevalência de factores de risco cardiovasculares está aumentada nestes doentes pelo que se torna imperativo o diagnóstico e tratamento o mais precocemente possível.

PO-0523 - (2569) - UMA CAUSA RARA DE HIPERCORTISOLISMO

Soraia Mendes¹; Edgar Amaro¹; Rita Tinoco Magalhães¹; Luís Miguel Pereira¹; Isa Silva¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

A síndrome de Cushing caracteriza-se por manifestações clínicas e analíticas resultantes de hipercortisolismo. Uma minoria de casos deve-se à produção tumoral ectópica de ACTH, sendo o tumor mama uma causa extremamente rara desta síndrome.

Relata-se o caso de mulher escocesa de 70 anos, autónoma, com antecedentes de carcinoma da mama em remissão, sob letrozol. Avaliada no serviço de urgência por dispneia e cansaço de agravamento progressivo, associado a edema periférico. Objetivamente com face em lua cheia, distribuição centrípeta da gordura corporal, fevres bibasais à auscultação pulmonar, edema simétrico dos membros inferiores e equimoses dispersas pelos membros inferiores. Gasimetricamente, com insuficiência respiratória global, alcalémia metabólica e hipocaliemia grave (1.9 mmol/l). Analiticamente com hipocaliemia (2.1 mmol/l), hipernatremia (146 mmol/l), elevação da troponina I (162 ng/l) e de NTproBNP (1812 pg/ml). Em tomografia torácica com contraste endovenoso é evidente tromboembolismo pulmonar e progressão neoplásica com metastização mediastínica, pulmonar e hepática. Iniciou oxigenoterapia e anticoagulação, assumindo-se provável TEP paraneoplásico. Apesar de reposição endovenosa de potássio, manteve hipocaliemia de difícil correção. No estudo analítico destacava-se elevação do cortisol sérico (277.50 ug/dl) e da ACTH (346.9 ug/dl), com aldosterona e renina plasmática dentro dos valores de referência. Dado agravamento clínico com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo, não realizou ressonância magnética cranioencefálica, mas em tomografia não apresentava alterações. Por agravamento respiratório e alterações compatíveis com síndrome Cushing ACTH-dependente por provável secreção ectópica paraneoplásica, foi transferida para Unidade de Cuidados Intermédios com apoio de endocrinologia, onde iniciou metirapona. Posteriormente, a doente apresentou agravamento clínico progressivo, optando-se por simplificação terapêutica.

Assim, apresenta-se uma doente com neoplasia da mama em progressão, com manifestação rara de síndrome Cushing ACTH-dependente por provável secreção ectópica paraneoplásica. A história neoplásica combinada com a hipocaliemia grave de difícil correção e clínica de hipercortisolismo, levanta a suspeita de uma síndrome de Cushing. Alerta-se para a importância do estudo etiológico de hipercortisolismo, visto que o diagnóstico e terapêutica precoces são fundamentais para a diminuição da morbilidade e mortalidade associada.

PO-0524 - (2626) - ANOREXIA NERVOSA – UMA CAUSA DE IMUNOSSUPRESSÃO

Filipa Guedes¹; Rita Xavier¹; Isabel Viana Novo¹; Pedro Neves¹; Sara Pereira¹; Mário Esteves¹; Margarida Arantes Silva¹; Glória Gonçalves¹

1 - Unidade de Saúde Local Médio Ave

A anorexia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado por uma restrição persistente na ingestão alimentar, levando a uma significativa perda de peso e preocupação excessiva com a imagem corporal. Este caso clínico destaca a relação entre anorexia nervosa, imunossupressão e as suas consequências clínicas.

Doente do sexo feminino, 33 anos da idade, autónoma, professora de matemática. Sem comorbidades e sem medicação habitual. Recorre ao serviço de urgência por dispneia, dor pleurítica, edema dos membros inferiores e emagrecimento (15kg no último ano). Realizou exames complementares de diagnóstico tendo sido diagnosticada com pneumonia pneumocócica bilateral com derrame pleural e insuficiência respiratória associados. Realizou toracocentese diagnóstica que revelou um derrame parapneumónico complicado. Optou-se por colocação de dreno e, após instituição de antibioterapia dirigida a doente apresentou melhoria clínica e analítica. Durante o internamento foi notória a existência de um distúrbio alimentar subjacente – anorexia nervosa. A doente cumpria os critérios DSM-5-TR para esta patologia, exibindo uma preocupação extrema com o peso e uma restrição severa na ingestão de alimentos, que originou uma significativa perda de peso e a uma ingestão calórica insuficiente, resultando em desnutrição e imunossupressão. Em conjunto com a Psicologia, a Psiquiatria e a Nutrição, fez-se um programa de reeducação alimentar e acompanhamento psicológico bem como um plano nutricional para a recuperação do peso e do aporte nutricional adequado.

O diagnóstico tardio da anorexia nervosa pode ocorrer devido à sua apresentação atípica com sintomas físicos, como neste caso, pneumonia e insuficiência respiratória. A anorexia nervosa, além de afetar a saúde mental, pode levar a alterações fisiológicas graves. A desnutrição e a inadequada ingestão de nutrientes comprometem a função imunológica, resultando em imunossupressão e aumentando consequentemente a suscetibilidade a infeções. A colaboração entre diversas especialidades é essencial para oferecer cuidados holísticos, visando não apenas a resolução das manifestações físicas, mas também o tratamento do transtorno alimentar subjacente.

PO-0525 - (2728) - O REVERSO DA MEDALHA – A PROPÓSITO DE UM CASO DE TIROIDITE SECUNDÁRIA À IMUNOTERAPIA

Inês Albergaria¹; Fabíola Figueiredo¹; Joana Capelo¹; Bruno Gonçalves¹; Jéssica Oliveira¹; Catarina Veiga¹

1 - Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões - Centro Hospitalar Tondela Viseu

Os inibidores do checkpoint imunológico (ICI) vieram reforçar o papel promissor da imunoterapia (IT) no tratamento de várias neoplasias. Contudo, estão associados a eventos adversos imunorrelacionados. O caso apresentado visa ilustrar essa realidade.

Homem de 60 anos, com carcinoma urotelial papilar de alto grau diagnosticado em 2014, com invasão do ureter esquerdo em 2020, fez múltiplas cirurgias e quimioterapia adjuvante. Em 2022, por recidiva e evidência de metastização ganglionar abdominopélvica, fez cirurgia, quimioterapia e iniciou imunoterapia com Avelumab em 11/2022. Dois meses depois, em análises de controlo apresentou hipertiroidismo subclínico estadio 2, pelo que suspendeu IT e manteve follow up regular pela Oncologia com melhoria desta alteração. Em análises quatro meses após suspensão apresentava agora hipotiroidismo [TSH 122 mUI/L e T4 livre < 0.1 ng/dL (0.9-1.8 ng/dL)], clinicamente apenas com fadiga e aumento de peso. Iniciou suplementação de Levotiroxina (1ª toma iv para mais rápida resposta e transição para dose oral ajustada a peso). Analiticamente sem alterações sugestivas de outras disfunções potencialmente imunomediadas. Anticorpo anti-tiroglobulina positivo. Ecografia da tireoide com redução do volume glandular e parênquima difusamente heterogéneo. Reavaliado subsequentemente em consulta, com melhoria das queixas (nomeadamente menos cansado), já com função tiroideia normalizada sob terapêutica de substituição. Reiniciou IT dois meses mais tarde, mantendo necessidade de suplementação com Levotiroxina e já sem sintomas atribuíveis a disfunção tiroideia.

Representa assim, um caso de tiroidite secundária à IT com um anticorpo anti-PD-L1, num doente sem patologia tiroideia previamente conhecida. A tiroidite é uma das endocrinopatias que mais frequentemente ocorre com os ICI, podendo surgir entre as primeiras semanas de tratamento e meses após a sua suspensão. O seguimento destes doentes exige uma abordagem multidisciplinar. Segundo as recomendações da Sociedade Europeia de Oncologia Médica, se a disfunção tiroideia for grave, o tratamento com ICI deverá ser protelado até à melhoria dos sintomas atribuíveis à disfunção, não havendo contraindicação para a sua reintrodução.

Dada a crescente expansão da imunoterapia, torna-se imperativo compreender as implicações da sua utilização nos vários órgãos e sistemas, possibilitando a criação de protocolos de atuação, de forma a melhorar o acompanhamento e o prognóstico destes doentes.

PO-0526 - (2747) - CETOALCALOSE DIABÉTICA - UMA APRESENTAÇÃO MENOS TRADICIONAL DA CAD

Beatriz Ribeiro¹; Rui Parente¹; Catarina Forra¹; Diana Brites¹; Mafalda Ferreira¹; Mafalda Neves¹; Rita Rato¹; Micael Pompermayer¹; Rui Isidoro¹; Filipa Leitão¹; Paulo Costa¹; Alexandre Louro¹; Paula Paiva¹; Maria Eugénia André¹

1 - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: A cetoacidose diabética (CAD) é uma das principais complicações da diabetes mellitus (DM), caracterizando-se por glicemia superior a 250 mg/dL, acidose metabólica e cetose. Pode ser desencadeada por diversas causas, como má compliance terapêutica e processos infecciosos. No entanto, existem casos inéditos em que a apresentação destes doentes ocorre sob a forma de alcalose, devido múltiplos fatores concomitantes, nomeadamente vômitos incoercíveis, terapêutica com diuréticos e hipercolesterolemia, que acabam por mascarar esta entidade patológica tão conhecida. Nestes casos ocorre um quadro de hipovolemia severa, provocando uma ativação do eixo renina-angiotensina-aldosterona levando à perda de hidrogénio e cloreto, com decorrente predomínio da alcalose respiratória sobre a acidose metabólica, obtendo-se assim uma cetoalcalose diabética.

Caso clínico: Mulher, de 55 anos, com DM II insulino-tratada, com inadequado controlo metabólico por falta de compliance terapêutica, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de vertigem e vômitos incoercíveis, com um dia de evolução, negando outra sintomatologia associada. Referiu ainda não ter cumprido a toma de insulina basal da manhã. Ao exame objetivo, destacava-se uma temperatura axilar de 38.5°C, respiração de Kussmaul com frequência respiratória de 28 ciclos por minuto, discurso marcadamente lentificado e incapacidade de se manter em ortostatismo. Em termos analíticos, apresentava uma glicémia de 405 mg/dL, urémia de 175 mg/dL e hipocaliemia (3,0 mmol/L). Gasimetricamente, objectivada uma alcalemia respiratória (pH 7.63 pCO₂ 16.7 HCO₃⁻ 17.3 Glic 403 Lac 2.15) associada uma cetonémia positiva (7.9 mmol/L). Apresentava também pesquisa de SARS-CoV2 positiva. Assumiu-se assim uma cetoalcalose diabética em contexto de DM II descompensada em contexto multifatorial. Cumpriu fluidoterapia, bem como perfusão de insulina, até correção da cetonemia e da glicemia capilar, e melhoria gasimétrica com normalização de bicarbonato, iniciando posteriormente insulinoterapia em esquema basal- bólus. Realizada também suplementação de potássio, com resolução do quadro.

Discussão/conclusão: Sendo a CAD uma complicação severa da DM, é imprescindível o seu rápido reconhecimento e início precoce de tratamento, sendo este idêntico nos vários tipos de apresentações. Assim, este caso pretende alertar para o facto desta entidade se poder apresentar sob formas menos tradicionais, que por vezes encobrem o distúrbio principal.

PO-0527 - (4487) - A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NO HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO: UM CASO DE HIPERTENSÃO E HIPOCALIEMIA REFRACTÁRIAS

Jorge Salsinha Frade¹; Beatriz Sampaio¹; Inês Urmal¹; Tiago Gaspar¹; Beatriz Barata¹; Catarina Pereira¹; Maria Meneses Rebelo¹; Mafalda Leal¹; Sofia Salvo¹; Madalena Lisboa¹

1 - Hospital de Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde São José

Introdução: O Hiperaldosteronismo Primário, frequentemente subdiagnosticado e com uma prevalência que pode variar entre 10 e 22%, destaca-se pelo elevado grau de suspeição que deve levantar, quando se apresenta na sua forma clássica - hipertensão arterial (HTA), hipocaliemia e alcalose metabólica.

Caso Clínico e Discussão: Doente do sexo feminino, 34 anos, caucasóide. Sem história médica relevante conhecida. Desenvolve quadro de parestesias dos 4 membros, associado a HTA, com PA sistólica de 200mmHg, e hipocaliemia grave, com K⁺ de 1.97mEq/L, pelo que iniciou suplementação oral com cloreto de potássio e magnésio. Recorre posteriormente ao Serviço de Urgência, por dispneia de início súbito, parestesias da face e dos 4 membros e sensação de diminuição da força muscular. Negava cefaleia, síncope, disartria, dor torácica ou náuseas. À observação, destacavam-se PA 146/89mmHg e diminuição da força muscular nos 4 membros. Dos exames complementares: análises com hipocaliemia de 2mEq/L; electrocardiograma com depressão do segmento ST, aplanamento da onda T e prolongamento do intervalo QT (QTc 569ms); e gasimetria arterial em ar ambiente com alcalose metabólica. Por apresentar HTA e hipocaliemia refractárias à terapêutica médica inicial, seguiu marcha diagnóstica em internamento. Neste contexto, TC-abdominopélvica a mostrar valorizável nódulo na glândula suprarrenal esquerda, sugestiva de adenoma, e doseamento de Aldosterona plasmática de 47ng/dL e de Renina plasmática indoseável. Confirmado o diagnóstico de Hiperaldosteronismo Primário, iniciou terapêutica com espironolactona, apresentando-se, à data de alta, assintomática, com valores de PA dentro do normal e correcção sustentada da caliemia.

Conclusão: O presente caso tem como objectivo reforçar a importância do diagnóstico de Hiperaldosteronismo Primário, dadas a sua crescente prevalência e associação com aumento do risco, mortalidade e morbilidade cardiovasculares.

PO-0528 - (4824) - PALPITAÇÕES E HIPOCALIÉMIA: DA SUSPEITA À CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

Patrícia Vaz Conde¹; Cristiana Lopes¹; José Miguel Pereira¹; Diana Lopes¹; Pedro Matos Antunes¹; Marta Costa¹; Joana Sotto Mayor¹; Valentim Silva Lopes¹; Cindy Tribuna¹

1 - Hospital de Braga

O hiperaldosteronismo primário é habitualmente causado por hiperplasia adrenal (mais comumente bilateral) sendo em 30% dos casos por um adenoma da suprarrenal. Os doentes geralmente são assintomáticos ou apresentam hipertensão arterial (HTA). Menos frequentemente têm cefaleias, fraqueza muscular e poliúria.

Mulher, 25 anos, autónoma, sem antecedentes relevantes, referenciada à consulta de Medicina Interna por palpitações e cefaleias occipitais com dois anos de evolução. Nos cuidados de saúde primários iniciou terapêutica com bisoprolol 5mg pelas palpitações e apresentava em estudo analítico prévio hipocaliemia de 3.1mmol/L. Na consulta de Medicina Interna, hipertensa, com estudo analítico a demonstrar hipocaliemia em agravamento (K⁺ 2.31mmol/L) e ecografia renal e suprarrenal sem alterações. Foi encaminhada ao Serviço de Urgência (SU) para monitorização eletrocardiográfica e correção da hipocaliemia. Realizou tomografia computadorizada abdomino-pélvica, que evidenciou imagem nodular na dependência da suprarrenal direita. Correção paulatina da caliemia apenas normalizada ao 3º dia de internamento. Considerando-se o hiperaldosteronismo primário como hipótese diagnóstica mais provável, efetuou estudo do eixo renina-angiotensina-aldosterona, que revelou: aldosterona aumentada, atividade da renina plasmática francamente suprimida e rácio aldosterona-renina aumentado (>10). Excluiu-se secreção autónoma de cortisol e de catecolaminas e alterações no metabolismo fosfo-cálcico. Teve alta orientada para consulta de Endocrinologia sob suplementação com cloreto de potássio 1080mg/dia e espironolactona 100mg/dia. Três dias após a alta recorreu ao SU por taquicardia supraventricular com FC máxima 210bpm, identificando-se nessa altura hipocaliemia de 3.1mmol/L apesar da terapêutica em curso. Boa resposta à adenosina com normalização da FC. Tendo em conta idade, renina francamente elevada, hipocaliémia de difícil controlo, e imagem nodular adrenal unilateral, foi decidida, em reunião multidisciplinar de suprarrenal, adrenalectomia unilateral sem necessidade prévia de realização de prova confirmatória de sobrecarga salina nem de cateterismo das veias suprarrenais.

Este caso particulariza-se pela sintomatologia inespecífica aliada à idade jovem da doente, tornando o diagnóstico desta patologia desafiante e pressupondo um alto grau de suspeição. Ilustra-se a perícia diagnóstica e a necessidade de reconhecimento de diagnósticos diferenciais de causas secundárias de HTA.

PO-0531 - (4329) - HIPOCOAGULAR? – A IMPORTÂNCIA DO POCUS NA ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA

Rita Xavier¹; Maria João Costeira Pereira²; Fátima Costa³; Joana Pereira⁵; Andreia Salgado⁴; Sheila Pires Ferreira⁶; José António Mariz⁶

1 - ULS Médio Ave; 2 - ULS Coimbra; 3 - ULS Tâmega e Sousa; 4 - ULS Lisboa Ocidental; 5 - ULS Estuário do Tejo; 6 - ULS Braga

Sinais clínicos como o edema, rubor e calor do membro inferior (MI) unilateralmente devem levantar a suspeita de estarmos perante um caso de Trombose Venosa Profunda (TVP) e excluir este diagnóstico torna-se particularmente importante dadas as indicações terapêuticas, nomeadamente a necessidade de hipocoagulação.

Segundo o Consenso da Sociedade de Radiologia publicado em 2018, o POCUS do MI pode ser realizado em vários centros com equipamento e profissionais capacitados para a técnica.

A anatomia vascular do membro inferior, apesar de fisiologicamente variável de indivíduo para indivíduo, é de relativa fácil aprendizagem e sistematização, pelo que a ecografia à cabeceira do doente, nomeadamente “Point Of Care Ultrasound” (POCUS) se torna um exame com uma curva de aprendizagem rápida.

Para demonstrar a importância do POCUS na melhor avaliação e orientação dos doentes, comparam-se as imagens de três doentes que recorrem ao Serviço de Urgência (SU) pelo mesmo motivo – dor gemelar. Em cada um deles, a ecografia permitiu não só estabelecer um diagnóstico de forma rápida e segura, bem como orientar os doentes da melhor forma possível. Num dos casos, a evidência de trombo safeno-femoro-poplíteo permitiu o início no momento de hipocoagulação terapêutica. Num outro caso, o diagnóstico de isquemia arterial possibilitou a referência do doente para a especialidade respetiva (neste caso Cirurgia Vascular) para tratamento adequado. Por fim, num outro caso, o POCUS permitiu a exclusão de TVP ao evidenciar um aneurisma da artéria poplíteia com trombo no seu interior, evitando a hipocoagulação num doente com todos os sinais clínicos de TVP e permitindo também orientação para especialidade.

Com este trabalho pretende-se demonstrar a importância do POCUS, um exame complementar de diagnóstico rápido, acessível e inócuo, no estabelecimento ou exclusão do diagnóstico de TVP e dos respetivos diagnósticos diferenciais, possibilitando a correta orientação terapêutica dos doentes em contexto de Serviço de Urgência. Tal reveste-se de particular importância no âmbito da Medicina Interna no sentido em que facilita a gestão terapêutica permitindo, eventualmente, a evicção de início de hipocoagulação empírica em determinados doentes com clínica compatível de TVP até que outros exames complementares tenham resultado, conforme se conclui pelos casos descritos.

PO-0532 - (4372) - PAPEL DO POCUS NA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA ROTURA DE ANEURISMAS DA AORTA ABDOMINAL

Filipa Rodrigues Dos Reis¹; Ricardo Lavajo¹; Nuno Monteiro¹; Miguel Sequeira¹

1 - ULS Viseu Dão Lafões

O aneurisma da aorta abdominal define-se por uma dilatação focal superior a 3 centímetros da parede do vaso. A sua rotura está associada a elevada mortalidade e requer rápida identificação e intervenção. Apesar da angiografia ser o método de diagnóstico de excelência para o seu diagnóstico nem sempre está disponível no imediato e, nessas circunstâncias, a ecografia point of care (POCUS) assume um papel fundamental como 5º pilar do exame objetivo.

Homem, 84 anos, parcialmente autónomo, hipertenso, fumador, com doença pulmonar obstrutiva crónica, recorre ao serviço de urgência por dor abdominal generalizada e vómitos. Por estar hemodinamicamente estável e por não apresentar sinais de alarme foi triado para uma área de observação de doentes menos urgentes e, antes da primeira observação médica formal, foi transferido para a sala de emergência por paragem cardiorrespiratória. À admissão pontuava 4 na escala de coma de Glasgow (O1,V1,M2) e apresentava respiração agónica, hipotensão, taquicardia, extremidades frias e mal perfundidas. Ao exame objetivo constatou-se a presença de uma massa abdominal paramediana esquerda, pulsátil, com cerca de 5 centímetros de diâmetro. Utilizando-se uma sonda curvilínea na predefinição abdominal realizou-se POCUS e constatou-se dilatação da aorta abdominal, com cerca de 6 centímetros de diâmetro, trombo luminal extenso, ponto de disrupção parietal da parede da aorta e líquido periaórtico; FAST positivo com líquido livre no quadrante superior esquerdo do abdómen. As imagens foram devidamente identificadas e armazenadas. Tendo em consideração a idade, status prévio, comorbilidades e instabilidade hemodinâmica severa, após discussão multidisciplinar optou-se por um plano terapêutico centrado no conforto e o doente acabou por falecer.

Em doentes instáveis com suspeita de rotura de aneurisma da aorta abdominal o POCUS pode ser realizado como abordagem inicial uma vez que na presença de determinados achados permite realizar o seu diagnóstico presuntivo, tendo impacto favorável no prognóstico destes doentes.

PO-0533 - (4914) - CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES COM READMISSÃO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA ATÉ AOS 3 MESES NUM HOSPITAL PORTUGUÊS

Catarina Tavares Valente¹; Patricia Tenreiro¹; Carla Sofia Santos¹;
Rúben Rêgo Salgueiro¹; Pedro Fialho¹; Diogo Mendonça¹;
Daniela Nascimento Silva²; Sónia Canadas¹; Pedro Ventura¹; Joana Dias Maia¹;
Sónia Coelho¹; João Correia¹

1 - ULS Guarda - Hospital Sousa Martins; 2 - ULS Norte Alentejano - Hospital Santa Luzia de Elvas

Introdução: As readmissões hospitalares são um marcador de qualidade de serviço. Características clínicas e demográficas dos doentes poderão estar na sua base.

Objetivos: Analisar o perfil dos doentes readmitidos no Serviço de Urgência (SU) até 3 meses após a alta.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo, observacional, de doentes com admissão no SU de um hospital, entre 20 de janeiro e 20 de fevereiro de 2023, a cargo da Medicina Interna. Foi estudada uma coorte de 146 doentes com pelo menos uma readmissão em 3 meses de um total de 784 doentes. Foram analisados dados demográficos, antecedentes pessoais (AP) e diagnósticos, obtidos do processo clínico. A análise estatística foi realizada no programa IBM SPSS, versão 29.0.

Resultados: A percentagem de doentes readmitidos no SU foi 18,72% (idade média 78,60 anos, 72 mulheres e 74 homens). 65,07% dos doentes tiveram uma readmissão, 28,77% duas e 6,16% três, totalizando 202 readmissões. Os AP mais comuns foram hipertensão arterial (67,12%), insuficiência cardíaca (IC) (32,88%) e diabetes mellitus (27,40%). Na 1ª admissão, os diagnósticos principais mais frequentes foram: infeções respiratórias (ITR) (29,45%), IC descompensada (13,01%) e doença renal crónica agudizada (8,90%). Nas readmissões houve 38 diagnósticos diferentes, destacando-se: ITR (24,26%), IC descompensada (12,87%) e infeções do trato urinário (ITU) (7,92%). 50,50% dos doentes foram readmitidos pelo mesmo diagnóstico em duas admissões consecutivas. Nas readmissões por ITR, 69,44% voltaram pelo mesmo motivo e 73,47% ocorreram em doentes institucionalizados. Neste grupo, ITR foi o diagnóstico mais comum de readmissão (33,33%), seguido de ITU (11,11%). Nas readmissões por IC descompensada, 80,77% voltaram pelo mesmo motivo e 69,23% ocorreram em doentes do domicílio, sendo neste grupo o diagnóstico mais comum de readmissão (19,15%). Verificou-se associação significativa ($p < 0,05$) entre o local de residência e o número (n°) médio de readmissões (instituição: 1,57; domicílio: 1,26). Verificou-se uma associação linear positiva entre o grau de dependência (índice de Katz) e o n° de readmissões em doentes institucionalizados. Não se verificou associação entre sexo, idade, índice de charlson e o n° de readmissões.

Discussão & Conclusão: A ITR, IC descompensada e ITU são as patologias com mais readmissões. Ser institucionalizado é preditor de maior n° de readmissões, principalmente por infeção. Nestes doentes, uma maior vigilância pode levar a um encaminhamento ao SU mais frequente perante sinais de alarme. Em doentes com IC descompensada deve reforçar-se a importância da adesão terapêutica e criar estratégias, como telemonitorização e unidades de IC, que sinalizem precocemente descompensação, evitando readmissões. Uma consulta de reavaliação a curto prazo pós alta poderá evitar readmissões, sendo preciso definir critérios para essa consulta. São necessários mais estudos para perceber as características dos doentes que motivem readmissões.

PO-0534 - (4944) - HIPERTENSÃO PULMONAR EXUBERANTE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Beatriz Sampaio¹; Ana Teresa Vieira²; Miguel Ricardo³; Sara Raquel Martins³

1 - Unidade Local de Saúde São José; 2 - Unidade Local de Saúde Alentejo Central, EPE; 3 - Unidade Local de Saúde de Santo António

O uso da ecografia point-of-care (POCUS) tem demonstrado uma relevância crescente para o internista, nomeadamente na abordagem do doente agudo, não só por permitir a aquisição rápida e não invasiva de informação clínica, como pela possibilidade de excluir algumas patologias agudas sem a necessidade de mobilizar o doente. A hipertensão arterial pulmonar idiopática (HAPI) é um diagnóstico de exclusão, sendo uma patologia rara e frequentemente fatal.

Mulher de 31 anos, com diagnóstico de HAPI em evolução há 5 anos. Internada em Cuidados Intermédios por agravamento clínico na última semana, caracterizado por cansaço e dispneia para esforços progressivamente menores, sem outros sintomas. À admissão, com hipoxemia franca e rápida necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo (OAF). Realizada POCUS cardíaca que demonstrou disfunção grave do ventrículo direito, com “D shape” sistó-diastólica, hipertensão pulmonar grave (pressão sistólica arterial pulmonar (PSAP) estimada de 133 mmHg) e derrame pericárdico moderado. A veia cava inferior apresentava-se dilatada e com baixa colapsibilidade (<50%). Tomografia computadorizada de tórax com contraste excluiu tromboembolismo pulmonar ou outra patologia pleuroparenquimatosa aguda. Admitiu-se progressão de doença, em doente com agravamento progressivo das trocas gasosas e da disfunção cardíaca, com fraca resposta a estratégia de negativação de balanço hídrico e necessidade crescente de escalada de cuidados. Após 5 dias, foi resgatada para Oxigenação por Membrana Extracorporeal venoarterial-venosa (ECMO VA-V) e transferida para outra Instituição para transplante pulmonar.

A HAPI é uma doença grave, que pode apresentar sintomatologia inespecífica e evolução clínica rápida e imprevisível. Este caso pretende salientar a relevância do uso de POCUS na prática clínica, que se revelou um complemento indispensável na abordagem inicial à cabeceira do leito, estratificação da doença e avaliação diária (através da avaliação cardíaca, volemia e PSAP estimada), permitindo ajustes terapêuticos consoante a evolução clínica e dados obtidos.

PO-0535 - (4974) - ANÁLISE DOS PADRÕES DE UTILIZAÇÃO EXCESSIVA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA: CASUÍSTICA DOS DOENTES SOBREUTILIZADORES

Ana Saraiva¹; Carolina Teles¹; Patrícia Carvalho¹; Elsa Gaspar¹; João Porto²

1 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Coimbra; 2 - Serviço de Urgência, Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: A procura do Serviço de Urgência (SU) por parte dos doentes ocorre por vários motivos, incluindo condições não urgentes. O crescente número de admissões no SU representa um desafio, tornando-se fundamental otimizar os recursos, com foco no tratamento eficaz de situações realmente urgentes ou emergentes. Perante esta realidade, importa caracterizar os doentes classificados como sobreutilizadores, compreendendo a sua condição clínica.

Objetivos: Os autores pretendem fazer a caracterização dos doentes classificados como sobreutilizadores, assim como das principais razões que levaram à procura repetida de um SU Polivalente.

Material e Métodos: O doente “sobreutilizador” foi definido como tendo mais de 10 episódios de urgência nos 12 meses prévios à data da análise de cada caso. Foram analisados relatórios automáticos semanais dos doentes sobreutilizadores, entre 1 de janeiro de 2023 e 31 de dezembro de 2023. Foram obtidos dados relativos à idade, sexo e atribuição de médico de família, assim como prioridade atribuída pelo sistema de triagem de Manchester, especialidade de encaminhamento após triagem, diagnóstico de alta e destino.

Resultados: Foram recolhidos os dados de 246 sobreutilizadores que totalizaram 2667 episódios de urgência. Verificou-se uma maior percentagem de doentes do sexo feminino (56,1%), com distribuição uniforme por faixa etária. Destes doentes, 33,3 % não tinha médico de família atribuído, representando 31,3% de todas as admissões hospitalares.

Cerca de 30 % das admissões foram encaminhadas, após triagem, para observação por Medicina Interna, 25,1 % por balcão geral, 10,5% por Cirurgia Geral e 15% por Psiquiatria.

Relativamente à prioridade das admissões, 55,0% foram classificadas como urgentes (amarelo na triagem de Manchester), 20,5% como muito urgentes (laranja) e 19,4% como pouco urgentes (verde). No que se refere ao destino, 13,5% abandonaram o SU antes ou durante observação, e apenas 7,7% das observações resultou em internamento.

Cerca de 21% das admissões ao SU foram codificadas de forma lata como “Doença, SOE”, de acordo com o International Classification of Diseases: 10th revision. Os diagnósticos mais frequentes foram relativos aos grupos nosológicos: Sintomas, sinais e achados clínicos e laboratoriais sem outra classificação; Distúrbios mentais e comportamentais, Fatores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde.

Discussão e Conclusão: Este estudo realça a necessidade de uma reorganização dos sistemas de saúde, com o objetivo de reduzir o número de episódios de urgência. Torna-se premente o reforço dos cuidados de saúde primários para resposta aos doentes não urgentes, um acompanhamento mais próximo dos doentes crónicos de forma a reduzir descompensações, uma melhor educação para a saúde, assim como a promoção da articulação entre as diversas especialidades e o reforço da rede de apoio social, visando otimizar a eficiência do sistema de saúde.

PO-0536 - (5073) - ANGINA DE LUDWIG – UMA INFEÇÃO QUE RAPIDAMENTE PROGRIDE PARA UMA EMERGÊNCIA MÉDICA

João Poejo Gomes¹; Sara Xavier Pires¹; Rute Saleiro²; Alfredo Figueiredo Dias²;
Paulo Paiva¹

1 - Serviço de Medicina, Unidade Local de Saúde de Santo António; 2 - Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial, Unidade Local de Saúde de Santo António

INTRODUÇÃO: A angina de Ludwig é uma celulite de rápida evolução que afeta os tecidos moles das regiões submandibular, sublingual e submental, que pode ter consequências fatais.

CASO CLÍNICO: Mulher de 74 anos com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade, fibrilhação auricular e epilepsia vascular. Recorreu ao serviço de urgência por edema da região cervical em agravamento com um dia de evolução e dispneia progressiva associada, já a condicionar insuficiência respiratória tipo 1 à admissão. Sem história de picadas de insetos na região, procedimentos dentários recentes ou trauma local. À observação inicial, encontrava-se febril, com edema cervical tenso, quente e ruborizado, sem dor ou áreas de flutuação. Realizou TC do pescoço a descrever “densificação difusa e relativamente simétrica, com aspeto reticulado, da gordura superficial da vertente anterior do pescoço, atingindo a gordura submentoniana e do espaço submandibular; ligeira densificação da gordura parafaríngea e espessamento das pregas ariglóticas, epiglóticas e das bandas ventriculares, com redução do lúmen aéreo”, ainda a destacar “pequeno halo periapical na única peça molar residual do primeiro quadrante.”. Sem achados de relevo em TC torácico. Sem isolamentos em estudos microbiológicos. Durante a permanência no serviço de urgência, a evoluir com estridor e agravamento da insuficiência respiratória, com necessidade de entubação orotraqueal para proteção de via aérea. Após admissão em unidade de cuidados intensivos, com boa evolução após curso de corticoterapia e antibioterapia, sendo posteriormente transferida para continuação de cuidados no serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial. À data de alta, com resolução do edema cervical e da insuficiência respiratória.

DISCUSSÃO: O caso apresentado retrata a rápida evolução e potencial gravidade da Angina de Ludwig. A angina de Ludwig é frequentemente associada a causas odontogénicas, especialmente as infeções dos molares inferiores, mas pode também ser causada por outros processos inflamatórios locais e lesões da mucosa oral. A célere identificação e tratamento são essenciais na prevenção das complicações potencialmente catastróficas desta patologia, nomeadamente a obstrução da via aérea.

PO-0537 - (4809) - SÍNDROME HEMOFAGOCITICO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA

Nadine Almeida¹; Miguel Cruz¹; Andreia Teixeira¹; Andreia Tavares¹; Yolanda Martins¹

1 - Unidade Local de Saude Entre Douro e Vouga

Introdução: A Síndrome hemofagocítica (SHF) corresponde a um estado de inflamação causado por uma sobrestimulação desregulada e ineficaz do sistema imunitário. Pode apresenta-se sob duas formas: a primária, associada a mutações genéticas, mais frequente em idade pediátrica e com menor mortalidade e a secundária, mais comum em adultos, reativa a infeções, a causa mais frequente, a doença autoimune ou doença maligna, esta última com maior mortalidade. Trata-se de um diagnóstico difícil dado não existirem achados patognomónicos apenas sinais que levam à suspeita do diagnóstico como febre, hepatoesplenomegalia, pancitopenia ou a presença de hemofagocitose na medula óssea. O diagnóstico baseia-se nos critérios de HLH-2004, 5 critérios clínicos em 8 possíveis ou diagnóstico molecular ou Hscore de 2014.

Caso Clínico: Homem, 34 anos, sem antecedentes pessoais de relevo ou medicação habitual. Recorre ao Serviço de Urgência por anorexia, astenia e perda ponderal, com um mês de evolução. Ao exame objetivo apresentava palidez das mucosas e febre (39°C), sem outras alterações. Do estudo realizado a salientar: anemia (hemoglobina 8,5g/dL) e trombocitopenia ($61 \times 10^9/L$) graves, aumento da Proteína C Reativa (394mg/L), Ferritina (12311ng/mL), Velocidade de Sedimentação (57mm), Lactato Desidrogenase (1478U/L), hipertrigliceridemia (286mg/dL), hemoculturas e urocultura negativas. Realizou Tomografia Axial Computorizada toracoabdominal que revelou adenomegalias dispersas e hepatoesplenomegalia. o doente foi internado com a suspeita diagnostica de SHF. O estudo complementar em internamento confirmou o diagnóstico e a identificação de adenocarcinoma gástrico. O doente iniciou tratamento com corticoterapia, anakinra e quimioterapia paliativa, dada a extensão da doença oncológica. Contudo, com estabilidade clínica permitindo a alta hospitalar.

Conclusão: O caso clínico apresentado corresponde a um caso de SHF com critérios de diagnósticos segundo HLH-2004 (5 critérios em 8) e Hscore de 193 pontos com probabilidade de SHF de 80-88%. A SHF é uma entidade pouco frequente, mas com uma mortalidade elevada, especialmente em adultos, necessitando de um elevado grau de suspeita clinica para o seu reconhecimento e tratamento precoce, aumentando assim a probabilidade de sobrevivência do doente.

PO-0538 - (16) - CASO CLÍNICO: HIPERNATREMIA AGUDA GRAVE DEVIDO A PROVÁVEL SÍNDROME MALIGNA DOS NEUROLÉPTICOS

Ana Isabel Machado¹; Helena Barroso¹; Luísa Pinto¹; Isabelvieira Fernandes²; Cátia Martins¹; Joana Telhada¹

1 - Hospital de Braga; 2 - IPO Coimbra

Introdução:

A Síndrome Maligna dos Neurolépticos (SMN) é uma emergência neurológica associada ao uso de antagonistas da dopamina. As manifestações clínicas incluem alteração do estado mental, rigidez muscular e disautonomia. A SMN pode levar à hipertermia e desidratação, aumentando o risco de hipernatremia. Os sintomas de hipernatremia são principalmente neurológicos e estão relacionados com a gravidade e rapidez da alteração na natrémia. O tratamento para hipernatremia aguda é projetado para normalizar o sódio sérico em 24 horas.

Relatamos um caso clínico de um paciente medicado com antagonistas da dopamina, com provável SMN, que resultou em hipernatremia aguda grave.

Caso clínico:

Homem, 55 anos, com antecedentes pessoais de esquizofrenia, recorreu à Urgência por tosse, febre e anorexia.

Foi diagnosticado com pneumonia adquirida na comunidade com antigenúria para pneumococos, SARS-Cov-2 positivo e isolamento de *Haemophilus Influenza* em microbiológico de expetoração, com insuficiência respiratória e choque séptico.

Nos primeiros 3 dias de internamento apresentou agravamento da insuficiência respiratória, deterioração neurológica, rigidez muscular com rabdomiólise a condicionar lesão renal aguda, hipertermia e disautonomia, assumindo-se provável SMN em doente medicado com antagonistas da dopamina. Em dia 3 de internamento apresentava hipernatremia aguda grave (Na⁺ 198 mmol/L, enquanto à admissão Na⁺ 152 mmol/L), assumida como consequência de desidratação extrema em doente com hipertermia mantida, apesar de estar sob fluidoterapia.

Foi transferido para o serviço de Medicina Intensiva. Iniciou suporte vasopressor e inotrópico, substituição da função renal, ventilação mecânica invasiva e terapêutica agressiva com água entérica e solução hipotónica endovenosa, com descida da natrémia para 155 mmol/L em 24 horas.

Esteve internado 36 dias no serviço de Medicina Intensiva, tendo sido transferido para o serviço de Medicina Interna, onde permaneceu 56 dias, com melhoria clínica e neurológica, reabilitação e alta para Unidade de Cuidados Continuados.

Discussão & Conclusão:

O diagnóstico da SMN representa um desafio. O aspeto mais importante do tratamento é a prevenção, com a remoção dos fatores de risco, o reconhecimento precoce e a descontinuação imediata do fármaco. A SMN pode levar à hipertermia e desidratação, aumentando o risco de hipernatremia. O tratamento da hipernatremia aguda é projetado para normalizar o sódio sérico em menos de 24 horas.

PO-0543 - (2056) - PNEUMONITE POR HIPERSENSIBILIDADE

Ana Paula Rezende²; Jerina Nogueira²; Emanuel Fernandes²; Frederica Parente¹; Nidia Calado²; Armando Cruz Nodarse²; Isabel Lavadinho²

1 - Unidade Local Alto Minho - Hospital Santa Luzia; 2 - Unidade Local de Saúde Alto Alentejo

A pneumonite por hipersensibilidade é uma síndrome caracterizada por tosse, dispneia e fadiga causadas pela sensibilização e subsequente hipersensibilidade a antígenos ambientais (em geral, ocupacionais ou domésticos). Os antígenos encontrados na agricultura, nas aves e na contaminação da água respondem por cerca de 75% dos casos. A doença crônica ocorre em indivíduos com exposição prolongada e de baixo nível ao antígeno (como nos criadores de pássaros), manifestando-se pelo desenvolvimento de dispneia de esforço.

Doente do sexo feminino, 70 anos, residente em zona rural, reformada (trabalhou em cabeleireiro), com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e síndrome depressivo, medicada com candesartan 8mg e fluoxetina 20mg. Recorreu à consulta externa por tosse com expectoração, cansaço e dispneia para pequenos esforços e perda ponderal de 7Kg nos últimos 5 meses, sem outra sintomatologia associada. Negava tabagismo e exposição a biomassa, não tinha humidade no domicílio, como animais domésticos tinha pássaros (canários) e tinha 2 vizinhos que faziam criação de pombos. Referiu que não conseguia dormir com edredom de penas por agravamento da tosse e dispneia. Na consulta, a doente apresentava-se hemodinamicamente estável, eupneica em ar ambiente, auscultação pulmonar com murmúrio ventricular preservado, com sibilância ligeira na expiração; membros inferiores sem edema. Como exames complementares de diagnóstico, a doente realizou uma tomografia axial computadorizada de tórax que revelou “ectasia aorta ascendente, vidro despolido peribroncovascular e periférico nos lobo inferior e lobo médio direito, reticulação subpleural difusa e discretas dilatações bronquiolares periféricas” e Espirometria “FEV1/FVC 85.8% | FEV1 97% (1.99L) | FVC 93% (2.32L) | MMEF 75/25 138%”. Foi requisitado um lavado bronquioalveolar para estudo celular e estudo imunológico para ponderar início de corticoterapia na consulta seguinte, colocando-se a hipótese de pneumonia por hipersensibilidade fibrótica aviária.

O diagnóstico tardio desta patologia pode agravar o prognóstico da doença, uma vez que quando já apresenta fibrose pulmonar a doença é irreversível, embora possa não haver progressão da mesma se evicção total do antígeno. O tratamento da

pneumonite por hipersensibilidade crônica geralmente baseia-se em cursos prolongados de prednisolona, 30 a 40 mg por via oral uma vez ao dia, com redução gradual dependente da resposta clínica.

PO-0544 - (2709) - PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO CRIPTOGÉNICA

Carolina Fernandes¹; Cláudia Diogo¹; Dalila Parente¹; Ana Pimentel¹; Fernando Matos¹; Renato Saraiva¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

A pneumonia em organização criptogénica (POC) é uma entidade rara de pneumonia intersticial idiopática em que nenhuma causa ou associação é reconhecida. A POC atinge de igual forma os dois sexos, sendo mais frequente em não fumadores e prevalente na quinta e sexta décadas de vida.

Os autores descrevem o caso de um homem com 80 anos, não fumador, residente em meio rural com galinhas no exterior da habitação. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de tosse seca e cefaleia holocraniana com duas semanas de evolução, sem dispneia ou febre. Doente sem insuficiência respiratória. Analiticamente com neutrofilia, aumento da velocidade de sedimentação (VS) e da proteína C reativa (PCR). Pesquisa de vírus respiratórios negativa. Radiografia torácica com infiltrado algodinoso bilateral. Tomografia computadorizada (TC) torácica a revelar enfisema centroacinar difuso associado a múltiplas densificações nodulares de contornos espiculados esparsas com aspeto suspeito e no lobo superior esquerdo densificação peribrônquica com tendência a confluência, podendo traduzir pneumonia em organização criptogénica associada. O doente foi internado para estudo de possível metastização pulmonar e foi decidida introdução de antibioterapia empírica por possível infeção respiratória concomitante. Realizada broncofibroscopia com lavado broncoalveolar (LBA) sem células malignas e exames bacteriológico e micobacteriológico negativos. O estudo fenotípico do LBA revelou aumento de linfócitos do tipo T com uma razão CD4/CD8 inferior a 3. O doente manteve tosse seca e parâmetros inflamatórios em perfil ascendente com exames microbiológicos negativos pelo que foi iniciada prednisolona 0.75mg/kg/dia pela hipótese de POC. Os autoanticorpos e fator reumatoide foram negativos e os doseamentos da enzima conversora de angiotensina e do complemento normais. Repetida TC torácica sem qualquer melhoria das lesões pulmonares identificadas previamente. Por se manter forte suspeita de POC aumentou-se a dose de prednisolona para 1mg/kg/dia verificando-se melhoria clínica gradual, normalização dos valores de VS e PCR e resolução praticamente completa das alterações parenquimatosas em TC realizada cerca de 2 meses após início de corticoterapia.

O diagnóstico definitivo de POC exige uma investigação exaustiva para exclusão de possíveis causas de pneumonia em organização tais como infeção, exposição a fármacos, tóxicos ou fumos, doenças do colagénio e neoplasia.

PO-0545 - (4494) - TUMOR FANTASMA

Rita Vilar Da Mota¹; Ana Rita De Oliveira¹; Patrícia Sôra Sobrosa¹;
Daniela Salgueiro¹; Marta Batoca Sousa¹; Ângela Paredes Ferreira¹; Nuno Pardal¹;
Ana Rita Cambão¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

O tumor fantasma ou evanescente do pulmão trata-se de uma entidade rara, que consiste numa coleção interlobar de líquido transudativo pleural, em contexto de congestão pulmonar. A sua denominação tem origem na semelhança a uma lesão tumoral e na sua tendência a desaparecer, após o tratamento adequado da hipervolemia. Apresenta-se assim uma série de dois casos de doentes com a entidade nosológica em questão.

CASO CLÍNICO 1: Homem de 79 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca em contexto de cardiopatia isquémica e de doença renal crónica, de etiologia isquémica, em doente com estenose arterial renal. Doente admitido no Serviço de Urgência (SU) com quadro de edema agudo do pulmão. Realizada radiografia do tórax nesse contexto, que demonstrou hipotransparência nodular, ao nível do hemitórax direito. Após terapêutica diurética, com melhoria clínica e desaparecimento da imagem descrita.

CASO CLÍNICO 2: Homem de 94 anos, com antecedentes conhecidos de fatores de risco vascular múltiplos, fibrilhação auricular, asma e doença renal crónica de etiologia hipertensiva/isquémica. Admitido no SU por AVC isquémico. Apesar de doente não valorizar queixas de dispneia, solicitada radiografia do tórax, com imagem de contornos arredondados, hipotransparente, ao aparente nível da região da cisura pulmonar à direita. Após atingimento de euvolemia, com desaparecimento da alteração imagiológica supracitada.

Em suma, apesar do reduzido número de casos relatados de tumores fantasma, trata-se de uma hipótese diagnóstica a ter sempre em mente, principalmente perante um doente com patologia cardíaca ou renal de base.

PO-0546 - (4559) - PNEUMONIA EOSINOFÍLICA AGUDA IDIOPÁTICA: UMA ENTIDADE A NÃO ESQUECER

António Pedro Sousa¹; Ana Rita Bragança¹; Nuno Silva¹; Fernando Salvador¹

1 - ULSTMAD

Introdução: A Pneumonia Eosinofílica Aguda idiopática (PEA) é uma entidade rara, que pode afetar doentes saudáveis e que se caracteriza por clínica febril, com dispneia progressiva e insuficiência respiratória (IR), eosinofilia periférica e pulmonar.

Caso clínico: doente sexo masculino, 22 anos, bombeiro (com viagem recente ao Chile em trabalho), antecedente de encerramento canal arterial aos 13 meses de idade. Nega toma medicação habitual e alergias conhecidas.

Admitido ao internamento por quadro compatível com Pneumonia adquirida na comunidade, com infiltrados bilaterais, e IR tipo 1 (ratio PaO₂/Fio₂ 216). Iniciada antibioterapia na presunção de pneumonia da comunidade. Analiticamente com eosinofilia marcada (3940 por microlitro). Ao segundo dia de internamento com agravamento das trocas gasosas, realizou TC Tórax, que descrevia densificações bilaterais em vidro despolido. Colheu estudo alargados com auto-imunidade, serologias para parasitas e fungos. Realizou broncofibroscopia óptica com colheita de lavado broncoalveolar (LBA), a salientar a presença de 55% eosinófilos. Do estudo complementar com hemoculturas, estudo auto-imune, serologias parasitas e fungos, painel de zoonoses e pesquisa helmintas nas fezes não se verificaram alterações. Durante o internamento manteve antibioterapia e corticoterapia com melhoria clínica progressiva, resolução das disfunções de órgão e melhoria das alterações imagiológicas, tendo alta em ar ambiente, encaminhado à consulta externa da Pneumologia.

Discussão e Conclusão: Neste caso com clínica típica, eosinofilia pulmonar confirmada em LBA, contexto profissional e epidemiológico e excluídas outras causas de eosinofilia pulmonar assumiu-se PEA, dispensando biópsia. Trata-se assim de um caso diferente, que necessita de um certo nível de suspeição para realização de estudo alargado, de uma etiologia menos comum de pneumonia. Embora a evolução tenha sido favorável, a PEA pode por vezes evoluir para IR grave e necessidade de ventilação mecânica.

PO-0547 - (4779) - PNEUMONIAS RECORRENTES NO LOBO MÉDIO: UM CAMINHO DIAGNÓSTICO DESAFIADOR”

Carolina Nogueira¹; Filipa Iglésias¹; Maria Vilela¹; Sara Marques¹

1 - Hospital de Braga

As pneumonias localizadas no lobo médio suscitam preocupações específicas devido à sua localização anatómica e às características clínicas associadas. A sua recorrência deve levantar dúvidas sobre uma causa subjacente como a obstrução brônquica ou presença de lesões endobronquicas.

Doente de 83 anos do sexo masculino. Antecedentes de bronquite asmática, dislipidemia e tabagismo no passado. Admitido em internamento por pneumonia SARS-CoV-2 com sobreinfecção bacteriana e tromboembolismo pulmonar associado. Trata-se de um doente com história de pneumonias de repetição, sempre na mesma localização – lobo médio direito. Do estudo realizado em consulta, o doente repetiu TC-Tórax que mostrava atelectasia do lobo médio. Realizou duas broncofibroscopias com identificação de tumor endobrônquico no brânquio intermediário, ambas com citologia negativa para células malignas. A biópsia bronquica a colocou a hipótese de hamartoma. Foi submetido a broncofibroscopia rígida tendo-se realizado fotocoagulação a laser e desobstrução mecânica com patência final do brânquio lobar médio. A histopatologia confirmou hamartoma. Na reavaliação em consulta o doente apresentou melhoria sintomática e resolução radiológica completa da atelectasia lobar.

Neste caso, a idade avançada e o histórico de tabagismo elevaram a suspeita de malignidade, enfatizando a importância de um diagnóstico minucioso que revelou um hamartoma, desafiando as expectativas iniciais de condições mais graves.

PO-0548 - (4821) - EMPIEMA PLEURAL APÓS INJEÇÃO INTRAMUSCULAR NA COXA

Ricardo Mortágua Velho¹; Patrícia Albuquerque¹; Diogo Regateiro¹; Ana Sofia Teixeira¹; Joana Paixão¹; Jorge Fortuna¹; Lèlita Santos¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Unidade Local de Saúde de Coimbra

INTRODUÇÃO

O empiema pleural é a acumulação de conteúdo purulento na cavidade pleural e é causado por microrganismos, em regra, bactérias. Mais frequentemente tem origem em pneumonias, pode ser causado também por trauma ou, mais raramente, por disseminação hematogénica ou linfática a partir de outro foco. Apresenta-se o caso de um empiema pleural resultante de disseminação hematogénica/linfática de um abscesso na região glútea que complicou com dermohipodermite aguda da coxa.

CASO CLÍNICO

Mulher, 64 anos, sem antecedentes de relevo, que por lombalgia intensa secundária ao esforço foi medicada com analgésico e miorelaxante intramusculares. Realizou 6 injeções na região glútea e na face lateral da coxa direita. Posteriormente, no local das punções formou-se um abscesso que evoluiu para dermohipodermite aguda. Cumpriu 5 dias de flucloxacilina, com melhoria clínica. Contudo, desenvolveu um quadro constitucional, com anorexia, perda ponderal e sudorese nocturna, que motivou internamento para esclarecimento etiológico. Realizou tomografia computadorizada (TC) toraco-abdómino-pélvica que revelou lesão pleural volumosa sugestiva de empiema. Iniciou antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam e metronidazol e foi feita drenagem com colocação de dreno. O estudo microbiológico apenas evidenciou leucócitos e as hemoculturas foram negativas. No exame histológico não foram identificadas células neoplásicas. 4 dias depois retirou o dreno e realizou TC de reavaliação que mostrou diminuição das dimensões do empiema. Teve alta ao fim de 15 dias de antibioterapia endovenosa com indicação para cumprir mais 2 semanas de metronidazol oral. Repetiu TC torácica 4 semanas depois, que revelou redução franca das dimensões da colecção, tendo-se ainda assim optado pela realização de ciclo de ertapenem em regime de hospitalização domiciliária. Após 4 meses fez TC de reavaliação que apenas revelou zona de espessamento pleural no recesso costofrénico direito.

DISCUSSÃO & CONCLUSÃO

Os empiemas pleurais habitualmente são causados por uma agressão adjacente. Neste caso, relata-se um caso de um empiema causado pela disseminação hematogénica/linfática de uma infecção à distância, uma dermohipodermite aguda bacteriana da coxa. Salienta-se o facto de procedimentos comuns como as injeções intramusculares poderem causar complicações graves, obrigando à vigilância rigorosa da evolução clínica do doente e ao seu reconhecimento precoce.

PO-0549 - (4968) - DREPANOCITOSE – DESAFIOS NA ABORDAGEM DE COMPLICAÇÕES PULMONARES

Mariana Damiao¹; Catarina Lopes²; Lilia Savka²; Liliana R Santos²; Antonio P Lacerda²

1 - Faculdade de Medicina Universidade Lisboa; 2 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Santa Maria Clínica Universitária de Medicina II, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Acometimento pulmonar crónico da drepanocitose pode levar a fibrose pulmonar e hipóxia crónica, o que pode levar ao desenvolvimento de hipertensão pulmonar (HTP). Apresenta-se o caso de uma mulher de 58 anos, com drepanocitose desde 1999. Recorre ao SU por dispneia. Laboratorialmente com anemia agravada. Tc torácica com doença intersticial pulmonar a condicionar importante distorção arquitetural e perda volumétrica. Assumiu-se insuficiência respiratória tipo 1 em doente com fibrose pulmonar. Efectuou ecocardiograma: hipertensão pulmonar. Este caso realça a complexidade da abordagem de complicações crónicas da drepanocitose, enfatizando a importância de uma abordagem multidisciplinar para otimizar o diagnóstico e o tratamento.

PO-0550 - (4993) - HÓSPEDE IMPROVÁVEL: PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO EM DOENTE PREVIAMENTE SAUDÁVEL.

Diana Marques¹; Catarina Lopes¹; Milton Rosa¹; Maria Pires¹; Liliana R Santos¹; António P Lacerda¹

1 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Santa Maria Clínica Universitária de Medicina II, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

As pneumonias de repetição são caracterizadas por pelo menos 2 episódios de pneumonias no espaço de 12 meses. As causas nos adultos variam, mas estão mais frequentemente associadas a doentes com DPOC, bronquiectasias, imunossuprimidos ou com obstruções físicas, como por exemplo tumores.

Uma mulher de 62 anos, previamente saudável, é internada para estudo de pneumonias de repetição e atelectasia do lobo inferior direito com sintomas de tosse com expectoração, com cansaço associado e perda ponderal de 3kg. Apurou-se na história clínica, tratar-se de uma doente com antecedentes de tuberculose pulmonar aos 30 anos.

Laboratorialmente apresentava Hipereosinofilia mantida de 1520; IgE 1546; ECA 84U/L; VS 41mm 1^ªh. Realizou TC-TAP que identificou sinais de atelectasia completa do lobo inferior direito e preenchimento heterogéneo do brônquio lobar homolateral. Para esclarecimento dos achados imagiológicos, realizou também broncofibroscopia que demonstrou abundantes secreções mucopurulentas espessas. Neste contexto, foram obtidas biópsias brônquicas, que se revelaram positivas para *Aspergillus terreus*.

Tendo em conta o resultado das amostras obtidas através das biópsias brônquicas, resultados laboratoriais e contexto clínico, assume-se como provável hipótese diagnóstica ABPA (Aspergilose Broncopulmonar Alérgica).

A Aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma doença caracterizada por uma reação de hipersensibilidade às espécies de *Aspergillus* nas vias aéreas, que afeta predominantemente doentes com Asma e Fibrose Cística, cujo tratamento é feito com corticoides e anti-fúngicos.

Este caso demonstra como ABPA também deve ser considerada em pacientes com pneumonias de repetição, mesmo na ausência dos fatores de risco mais comuns.

PO-0551 - (2313) - PNEUMONITE GRAVE E HEMORRAGIA ALVEOLAR ASSOCIADA AO OSIMERTINIB

Paula Mesquita¹; Juliana V. Nogueira¹; Raquel Vieira¹; Daniela Ribeiro Alves¹; Mónica Mata¹; João Fonseca¹

1 - Centro Hospitalar Baixo Vouga

INTRODUÇÃO

O osimertinib é um fármaco de uso crescente no tratamento do adenocarcinoma do pulmão com mutação no gene EGFR. A pneumonite associada ao osimertinib é uma complicação relativamente frequente, mas de gravidade muito variável. Atualmente, assiste-se ao aumento das suas formas graves e potencialmente fatais. Ainda estão a ser realizados estudos para desenvolver estratégias para a sua prevenção e tratamento.

CASO CLÍNICO

Mulher de 54 anos, autónoma, ex-fumadora, acompanhada por adenocarcinoma do pulmão estadio IVB, com mutação EGFR, tratada com osimertinib. Após 4 meses de tratamento, recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e desconforto retroesternal, negando hemoptises. À observação, a doente encontrava-se subfebril, polipneica com necessidade de oxigenoterapia e com crepitações tipo velcro à auscultação pulmonar. Laboratorialmente, com aumento dos d-dímeros e da PCR, sem leucocitose ou neutrofilia. Realizou Angio-TC torácica com evidência de exuberante densificação parenquimatosa bilateral, com predomínio em vidro despolido, mais central e com alguns pontos com padrão de “crazy-paving”. Colocaram-se as hipóteses de hemorragia alveolar, quadro infeccioso e toxicidade farmacológica, excluindo tromboembolismo pulmonar. A doente foi internada para melhor esclarecimento etiológico e tratamento. Suspendeu o tratamento com osertimib, cumpriu tratamento com oxigénio, metilprednisolona e antibioterapia empírica. Dos exames complementares destaca-se a negatividade de todos os estudos microbiológicos e a realização de broncofibroscopia (contagem diferencial de células com 61% de linfócitos, 28% de monócitos e 10% de neutrófilos no lavado broncoalveolar). Teve alta ao final de 8 dias com resolução de sintomas e da hipoxemia.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os autores estabeleceram o diagnóstico de pneumonite grave a osimertinib (grau 3-4) com hemorragia alveolar em doente com adenocarcinoma do pulmão. A abordagem baseou-se na suspensão do fármaco, tratamento de suporte e o uso de glucocorticóides, bem como a exclusão de outras doenças, nesse contexto a realização de TC torácica e a análise do lavado broncoalveolar mostrou-se fundamental.

A toxicidade pulmonar associada ao osimertinib é uma consequência potencialmente fatal, que pode estar aumentada em doentes com outra patologia pulmonar como fibrose pulmonar idiopática ou com tabagismo ativo ou passado, devendo realizar-se monitorização de sintomas respiratórios após o início do tratamento.

PO-0552 - (4842) - INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS: QUANDO AS APARÊNCIAS ILUDEM

Cátia Henriques¹; Joana Melo¹; Sara Vasconcelos¹; Rafael Ramos¹; Maria Manuel Costa¹

1 - ULS Entre douro e Vouga

Introdução:

A pneumonia organizativa é um tipo de doença do interstício. Pode dividir-se em criptogénica quando não é possível identificar um agente causal e em secundária quando há uma possível causa. Causas comuns são infeções, exposição a substâncias tóxicas, fármacos, doenças do tecido conjuntivo, entre outras.

Caso clínico:

Mulher, 60 anos, autónoma, diagnóstico de carcinoma seroso do ovário direito com metastização pleural homolateral, em abr-2020, submetida a QT primária com paclitaxel e carboplatina e intervencionada em out-2020. Posteriormente com progressão de doença ovárica com metastização em abril-2022, tendo iniciado carboplatina e gemcitabina e posteriormente bevacizumab; por nova progressão, iniciou doxorrubicina. Em Ago-2023 com novas metástases a nível ganglionar e espessamento cutâneo da mama direita (PET), tendo retomado tratamento com paclitaxel.

Enviada ao SU por dispneia para pequenos esforços e tosse com 3 dias de evolução, sem outros sintomas. Ao exame objetivo de salientar crepitações dispersas à auscultação pulmonar. GSA com IR tipo 1. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios. PCR de vírus respiratórios negativo. Radiografia de tórax sem aparentes consolidações. Assumida infeção respiratória baixa com IR tipo 1, iniciou empiricamente amoxicilina/clavulanato e azitromicina.

Dada a ausência de melhoria, fez TC Tórax, que relatava sinais de fibrose em toda a altura da ambos os campos pulmonares, com espessamento dos septos interlobulares, reticulação subpleural e ligeiras bronquiectasias e bronquiolectasias de tração. Estudo autoimune negativo. Avaliada para realização de broncofibroscopia, mas considerado não ter capacidade para realização do respetivo exame.

Iniciado corticoterapia, com melhoria do quadro e resolução da insuficiência respiratória.

Discussão e conclusão

A Pneumonia organizativa tem como causa possível os agentes de quimioterapia. Neste caso em particular, houve exposição prévia a agentes relacionados com toxicidade pulmonar, como a doxorrubicina, gemcitabina e paclitaxel, bem como exposição contínua com paclitaxel. O presente caso ilustra agravamento da dispneia associado ao reinício de paclitaxel que favorece a relação da fibrose com este fármaco, em detrimento de infeção respiratória. Apesar de não ter sido possível a exclusão de todos os diagnósticos diferenciais, a resposta à corticoterapia e exposição a fármacos é a favor de pneumonia organizativa.

PO-0553 - (2788) - AINDA MAIS RARO: UM CASO DE PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÓNICA COM ACHADOS ATÍPICOS

Rui Rua Coelho¹; Marcelo Pinto Alves¹; Sara M. Rocha¹; Rute Sousa Martins¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

As doenças pulmonares intersticiais apresentam-se como um conjunto de doenças raras cujo diagnóstico exige suspeição clínica e posterior discussão multidisciplinar. Apresentamos um caso de Pneumonia eosinofílica crónica numa doente com achados sugestivos de Pneumonia de hipersensibilidade e Sarcoidose.

Sexo feminino, 54 anos, autónoma, não fumadora, com exposição a galinhas. Antecedentes de Romboencefalite de etiologia indeterminada em 2017. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de febre, tosse não produtiva e dispneia para pequenos-esforços, sem outros sintomas. Referia episódios semelhantes nos últimos anos, assumidos como pneumonias de repetição com resolução com ciclos de antibiótico e corticoide, o último com necessidade de internamento há menos de 1 mês. Analiticamente apresentava síndrome inflamatório sistémico e insuficiência respiratória tipo 1 ligeira, sem outras disfunções orgânicas, com estudo imunológico com SSA em títulos baixos e estudo de hipersensibilidade a proteínas de aves negativo. Realizou TC torácico de alta resolução com documentação de padrão em mosaico (conhecido em TC 2017) com múltiplos focos de vidro despolido de novo e adenopatias hilares bilaterais. As últimas abordadas por biópsia aspirativa por Broncoscopia guiada por ecografia (EBUS), com histologia negativa para malignidade e presença de granulomas. Realizou lavado broncoalveolar (LBA), com alveolite eosinofílica (29%), linfócitos 7% e relação CD4/CD8 de 8. Após discussão em sede de reunião multidisciplinar foi assumida Pneumonia Eosinofílica Crónica pelo que iniciou 0,5mg prednisolona/Kg, em esquema de desmame em 3 meses, com resolução da clínica ao 3º dia de tratamento. Foi orientada para reabilitação respiratória e consulta de doenças respiratórias onde completou estudo funcional com achados compatíveis com alteração restritiva, PET sem captação e TC de reavaliação com resolução imagiológica do vidro despolido.

A pneumonia eosinofílica é uma entidade rara caracterizada por opacidades migratórias em vidro despolido. As alterações em mosaico estão descritas na apresentação crónica, não sendo patognomónicas de pneumonia de hipersensibilidade. A relação CD4/CD8 > 3,5 no LBA deve ser interpretada com cuidado, especialmente em casos com linfocitose < 15% e com alveolite eosinofílica >25%. Este caso salienta a importância da integração clínica dos dados por uma equipa multidisciplinar de modo a permitir o mais correto diagnóstico e terapêutica.

PO-0555 - (4782) - NEUROFIBROMATOSE, O IMPACTO DAS TERAPIAS HORMONAIS

Isabel Castro Guerra¹; Carlos Carrilho Anjo¹; Diogo Cruz¹

1 - Serviço de Medicina Interna, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: A Neurofibromatose tipo 1 (NF1) é caracterizada pela presença de manchas café-com-leite e neurofibromas, estes últimos contêm receptores de progesterona e estrogénio.

Caso clínico: Uma mulher de 30 anos, com diagnóstico de Neurofibromatose tipo 1 em 2018, foi submetida a técnica de fertilização in vitro em 2021. Negava toma de métodos anticoncepcionais. Após o tratamento, verificou-se uma progressão explosiva da doença, com o aumento significativo do número e volume dos neurofibromas cutâneos.

Discussão & Conclusão: As manifestações cutâneas da NF1 podem ser exuberantes. Destaca-se que os tratamentos de fertilidade são factores de agravamento da doença importantes, promovendo a proliferação de neurofibromas cutâneos, uma vez que estes têm receptores de progesterona e estrogénio. É importante que os profissionais de saúde estejam alerta para esta situação, alertando os doentes para que estes possam tomar decisões informadas no momento de optar por estes tratamentos.

PO-0556 - (2652) - MASSA MEDIASTÍNICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Maria Alexandra Martingo¹; Ana Sofia Silva¹; Margarida Cruz¹

1 - ULSGE

Introdução: As massas mediastínicas abrangem uma ampla variedade de lesões, benignas e malignas. No mediastino anterior, as mais comuns incluem o timoma, teratoma (um tipo de tumor de células germinativas), linfoma e tecido tiroideu.

Caso clínico: Homem, 30 anos, fumador, sem antecedentes de relevo ou medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por astenia, perda ponderal, febre, opressão torácica, tosse, palpitações e edema cervical com 2 meses de evolução. Ao exame físico, com turgescência venosa jugular e circulação venosa colateral e, na radiografia torácica, com alargamento do mediastino. Para melhor esclarecimento, realizou tomografia computadorizada do tórax que mostrou massa mediastínica anterosuperior com 14x16,3x8,7cm, heterogénea, hipodensa, de bordos irregulares, com calcificações centrais e compressão dos grandes vasos torácicos adjacentes, sugestiva de tumor de células germinativas. Análises com alfa-fetoproteína, lactato desidrogenase e hormona beta gonadotrofina coriônica humana normais. Realizou biópsia que revelou carcinoma com aspetos de malignização somática de teratoma. Evoluiu com síndrome da veia cava superior e foi submetido a radioterapia e proposta quimioterapia com cisplatina e paclitaxel. Perdeu seguimento por transferência para o estrangeiro.

Discussão: Os teratomas representam dois terços dos tumores de células germinativas do mediastino. Na sua maioria, são teratomas maduros benignos, ocorrendo transformação maligna em 2% dos casos. A biópsia é prescindível quando a imagem permite o diagnóstico. O tratamento dos teratomas maduros é cirúrgico, uma vez que são resistentes à radioterapia e quimioterapia. Para os teratomas malignos, pela sua raridade, o tratamento ideal é incerto. No entanto, a realização de quimioterapia, prévia à ressecção cirúrgica, está recomendada.

Conclusão: A ausência de especificidade clínica e radiológica da transformação maligna dos teratomas maduros faz com que o diagnóstico permaneça puramente histológico. Nestes casos, a realização de biópsia é preponderante para o diagnóstico e definição da estratégia terapêutica. Os teratomas malignos associam-se a pior prognóstico.

PO-0557 - (4059) - DESVENDANDO A SÍNDROME DE PLATIPNEIA-ORTODESOXIA: ESTUDO DE CASO E REFLEXÃO CLÍNICA

Inês Pereira Ribeiro¹; Rita Pratas²; João Neves Maia³; Catarina Duarte³; Diogo Brandão Neves³

1 - ULS Entre Douro e Vouga; 2 - ULS São João; 3 - ULS Santo António

Introdução: A síndrome de platipneia-ortodesoxia (SPO) é uma entidade rara caracterizada por dispneia posicional e dessaturação na posição ortostática, que revertem quando o doente regressa à posição supina. Requer alta suspeita clínica e estima-se que seja subdiagnosticada.

Caso clínico: Mulher de 85 anos recorreu ao serviço de urgência por dispneia súbita em repouso, astenia e confusão de carácter flutuante. Associadamente, perda total de autonomia no último mês. Antecedentes: episódio semelhante há 2 meses, com internamento durante uma semana – permaneceu hemodinamicamente estável, sem novos episódios de dessaturação e teve alta sem diagnóstico formal; episódios de acidentes isquémicos transitórios (AITs). Objetivamente, saturação periférica de 99% em ar ambiente (supina) e ligeira diminuição do murmúrio vesicular na auscultação. Analiticamente, gasometria com insuficiência respiratória tipo I, hemograma com anemia normocítica normocrômica e d-dímeros elevados, sem outras alterações. Durante a permanência no internamento, foram objetivados dois episódios de dessaturação em ortostatismo, um dos quais reverteu completamente com mudança para decúbito. Para melhor esclarecimento, realizou-se: cintigrafia de ventilação/perfusão, que demonstrou múltiplas atelectasias subsegmentares, sem evidência de tromboembolismo pulmonar clinicamente significativo; ecocardiograma transtorácico que revelou aneurisma do septo interauricular com passagem significativa e imediata de gelofusine agitado para as cavidades esquerdas em posição ortostática; TC tórax com atelectasia passiva do parênquima pulmonar no lobo inferior direito condicionada por elevação da cúpula diafragmática direita e lesão pericardiofrénica direita.

Discussão: No caso reportado, assumiu-se SPO com origem em aneurisma do septo interauricular, favorecido pela elevação da cúpula diafragmática a condicionar atelectasia pulmonar e lesão pericardiofrénica. A história prévia de AITs pode ser explicada por embolia paradoxal com génese no defeito interauricular. Os defeitos do septo podem ser corrigidos por via cirúrgica ou percutânea mas, dada a idade e comorbilidades da doente, optou-se por uma abordagem conservadora.

Conclusão: Deve suspeitar-se de SPO sempre que um doente se apresenta com dispneia e hipoxia aparentemente inexplicadas ou paroxísticas. Além do diagnóstico ser relativamente simples, o tratamento pode ser curativo, aumentando significativamente a autonomia e qualidade de vida do doente.

PO-0558 - (4276) - FISTULA ESÓFAGO- PLEURAL: UM CASO RARO

Maria Luís Mazedo¹; Diana Pereira Anjos¹; Lindora Pires¹;
Sofia Rodrigues De Carvalho¹; Francisco Belchior¹; Ana Rodrigo Costa¹

1 - Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa - Hospital Padre Américo

INTRODUÇÃO

A fistula esófago-pleural (FEP) é uma entidade rara e as etiologias incluem causas malignas, causas infecciosas e causas traumáticas. A perfuração com formação de fistula espontânea pode ocorrer por corpos estranhos, úlcera esofágica e mais raro na síndrome de Boerhaave's.

CASO CLÍNICO

Mulher, 89 anos, autónoma, hipertensa e diabética, é admitida por dispneia, tosse produtiva, dorsalgia e febre, desde há 1 mês, sem resposta a 3 ciclos de antibioterapia. Negava disfagia, náuseas, vómitos e outras queixas. Sem história recente de instrumentação esofágica ou cirurgias torácicas. Objetivamente, apresentava insuficiência respiratória, aumento dos parâmetros inflamatórios e radiograma torácico com condensação na base esquerda. Sem isolamento de agente microbiológico. Solicitada TAC tórax que demonstrou área de loculação (25x50mm) na zona pleural esquerda de líquido heterogéneo com bolhas gasosas adjacentes à junção esofagogástrica, com suspeita de fistula esófago-pleural. Endoscopia Digestiva Alta (EDA) confirmou a presença de orifício fistuloso esófago-pleural, realizadas biópsias que demonstraram infiltrado inflamatório crónico com ulceração. Foi colocado dreno pigtail para drenagem do conteúdo da loca pleural, instituída antibioterapia de largo espectro. Após controlo do foco infeccioso, inserida prótese esofágica metálica auto-expansível. Melhoria clínica com boa tolerância dietética, apirexia sustentada e regressão dos marcadores de inflamação. Encontra-se programada a remoção eletiva da prótese esofágica.

DISCUSSÃO & CONCLUSÃO

FEP apresenta uma clínica inespecífica que mimetiza algumas patologias, como abscesso pulmonar ou pneumonia, entre outras, dificultando o seu diagnóstico. Deve haver um alto grau de suspeição quando surge um quadro respiratório fruste sem melhoria após terapêutica. Neste caso, verifica-se que a doente realizou 3 ciclos de antibioterapia sem melhoria respiratória o que alertou para a possibilidade de outros diagnósticos. Deve ser questionada história recente de EDA, cirurgias torácicas, sintomas constitucionais sugestivos de neoplasia e sintomas gastro-intestinais (pirose, náuseas, vómitos). TAC com contraste oral permite diagnosticar esta patologia, já que o aparecimento de contraste no espaço pleural é um sinal patognomónico de FEP. As opções terapêuticas incluem reparação cirúrgica ou ressecção e terapêutica endoscópica com colocação de stents metálicos.

PO-0559 - (4660) - TROMBOSE VENOSA CEREBRAL: UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE DÉFICE DE PROTEÍNA S

Catarina Aguiéiras¹; Mariana Antão¹; Teresa Abegão¹; Carlos Cabrita¹; Catarina Mendonça¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

Introdução: A Proteína S é uma protease dependente de vitamina K sintetizada pelo fígado, codificada pelo gene PROS1. Atua como cofator da Proteína C na inativação dos fatores de coagulação Va e Vllla, tendo por isso uma ação anticoagulante. O défice de Proteína S é uma doença rara (0.03-0.13% da população), que causa maior predisposição para tromboembolismo venoso (TEV). O diagnóstico é efetuado através do doseamento sérico dos níveis de proteína S livre.

Caso clínico: Homem de 17 anos, com antecedentes pessoais de quisto aracnoideu temporal esquerdo e higromas subdurais bilaterais aos 11 anos, tendo colocado derivação cisto-peritoneal nessa altura. Sem outros antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Recorreu ao serviço de urgência por cefaleia temporo-parietal intensa e vômitos incoercíveis. Realizou tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica, que não mostrou alterações de novo. Por manter o quadro clínico, fez-se Venó-TC, que evidenciou trombose venosa do seio lateral esquerdo cerebral. Foi iniciada terapêutica anticoagulante com enoxaparina em dose terapêutica em internamento, posteriormente alterada para dabigatranó, com resolução gradual das queixas. Durante o internamento realizou estudo analítico para trombofilias, destacando-se apenas défice de proteína S livre (48.8% - valores de referência entre 74 e 146%). Repetido o estudo cerca de 4 meses após o evento agudo, confirmando-se o défice de Proteína S (41.8%). O estudo genético detetou a alteração c. 1064G>A no gene PROS1 em heterozigotia, identificada como patogénica, com indicação para rastreio de outros portadores na família e encaminhamento para consulta de genética médica.

Discussão e conclusão: O défice de Proteína S constitui uma entidade rara, sendo que 50% dos indivíduos heterozigóticos desenvolvem TEV, maioritariamente trombose venosa profunda ou tromboembolismo pulmonar. Este caso clínico apresenta uma manifestação incomum da doença, num doente com alterações estruturais cerebrais prévias. Caso o doseamento da proteína S esteja diminuído no evento agudo, este deverá ser repetido à posteriori, já que, durante o mesmo, poderá haver algum consumo de proteína S que não traduza necessariamente um défice basal do mesmo.

PO-0560 - (4934) - IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL: UMA ENTIDADE A LEMBRAR

Diogo Alves Leal¹; Odete Duarte¹; João Peixoto¹; Tiago Jorge Costa¹; Joana Cascais Costa¹

1 - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO: A imunodeficiência comum variável (ICV) é a forma clinicamente mais comum de imunodeficiência primária, caracterizada por baixas concentrações séricas totais de IgG, por baixos níveis IgA e/ou IgM, por uma resposta fraca/ausente à imunização e ausência de outras formas de imunodeficiência secundária. A prevalência mundial é estimada em 1/25.000 indivíduos e a maioria dos doentes é diagnosticada entre os 20-40 anos. Para além de infeções bacterianas recorrentes das vias respiratórias e do trato gastrointestinal, podem ter manifestações de doença autoimune, hiperplasia linfoide, esplenomegalia ou patologia neoplásica.

CASO CLÍNICO: Mulher de 27 anos, com antecedentes de défice de vitamina B12 e ferro de causa não esclarecida e de glossite, é referenciada para consulta de Medicina Interna (MI) por suspeita inicial de doença inflamatória intestinal. Apresentava quadro de astenia progressiva, perda ponderal (15% peso corporal) involuntária com 6 meses de evolução e episódios recorrentes de dejeções diarreicas líquidas com 3 meses de evolução. Associadamente, apresentava pirose noturna e náuseas e vômitos frequentes, em períodos de maior stress emocional. Quando questionada, doente também admitiu tosse crónica com expectoração purulenta, rinorreia posterior e xeroftalmia. Do estudo realizado, destacam-se coproculturas com *M. avium* e *C. jejuni* com níveis de IgA indoseáveis pelo que foi internada no Serviço de MI para completar o estudo. Foi medicada, empiricamente, com azitromicina durante 10 dias. Da investigação efetuada, destacou-se o défice grave de IgA, IgM e IgG (indoseáveis), fazendo o diagnóstico de Imunodeficiência Comum Variável após exclusão de outras causas de hipogamaglobulinemia, apresentando atingimento gastrointestinal (hiperplasia nodular linfoide e a infeção por *C. jejuni*), respiratório (bronquiectasias) e o quadro constitucional já descrito. Fez toma de imunoglobulina (550 mg/kg ev) com boa resposta clínica e analítica.

DISCUSSÃO: A ICV pode ter bom prognóstico se diagnóstico e tratamento precoce, no entanto, o reconhecimento tardio é comum, agravado pela necessidade de exclusão de outras causas de hipogamaglobulinemia. O tratamento é baseado na terapia de reposição de imunoglobulina e no tratamento antimicrobiano das infeções, exigindo uma monitorização cuidada. Como a maioria dos casos é esporádico, o estudo familiar apenas é recomendado se houver história familiar sugestiva.

PO-0562 - (4558) - DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA FALÊNCIA AUTONÓMICA PURA

Margarida Guiomar¹; Fábria Cerqueira¹; Ines Matias Lopes¹;
Henrique Atalaia Barbacena¹; Catarina Reis Barão¹; Raquel Soares¹;
Francisco Santos Cunha¹; Patric Howell Monteiro¹

1 - Hospital de Santa Maria

A falência autonómica pura (FAP) é uma doença neurodegenerativa sem envolvimento do sistema nervoso central e uma causa rara de disautonomia. Esta patologia destaca-se pela sua incidência reduzida e pela variedade de manifestações clínicas, tornando-se um desafio diagnóstico

Homem, 63 anos, com síncope de repetição em ortostatismo, antecedidas de dor abdominal e cervical de agravamento recente, e com queixas de disfunção erétil, dificuldade em iniciar micções e obstipação com vários anos de evolução. Sem história de diabetes nem doença neurológica. Ao exame objetivo destacava-se hipotensão ortostática (HO) com diminuição da pressão arterial de 134/67mmHg, para 85/51mmHg em ortostatismo, sem resposta cronotrópica. Sem dor à palpação abdominal ou defesa. Sem sinais extrapiramidais.

Realizou estudo laboratorial que evidenciou: anemia (hemoglobina 12mg/dl), sem défice de ferro ou vitamina B12, aldosterona, renina e cortisol nos valores de referência, função tireóidea normal, HbA1c 5.9%, sem aumento sérico de amiloide A, metanefrina plasmática discretamente aumentada e normetanefrina normal. Estudo autoimunidade, incluindo Anti-gliadina, anti-transglutaminase e anticorpos antineuronais negativos. Serologias hepatite B e C, VIH e sífilis negativas. Imunofixação do soro com componente monoclonal IgG Kappa, beta2-microglobulina normal, proteína Bence Jones negativa e biopsia de medula óssea compatível com gamopatia monoclonal de significado indeterminado e negativa para pesquisa de amiloide. Holter com bradicardia sinusal e baixa variabilidade ao longo do registo. Ecocardiograma transtorácico com dilatação da aurícula esquerda e fração de ejeção conservada. Tomografia computadorizada de corpo e de crânio sem alterações de relevo. Electromiograma sem critérios de polineuropatia. Tilt compatível com HO por provável disautonomia. Excluídas outras causas de disautonomia admitiu-se diagnóstico de FAP. Foi instituída terapêutica com Fludrocortisona e Midodrina, esta última suspensa por marcada hipertensão em decúbito. Realizou MAPA que evidenciou padrão Inverted Dipper, com valores tensionais dentro dos alvos terapêuticos. Desde então com melhoria das queixas de angina abdominal e cervical e sem novos episódios de síncope.

Este caso ilustra a complexidade do diagnóstico e da gestão de FAP, um diagnóstico de exclusão, em que a implementação de terapêutica e o seguimento adequado são essenciais para melhorar a qualidade de vida do doente.

PO-0563 - (4460) - PARA ALÉM DO PROGNÓSTICO: UM CASO DE SÍNDROME DE HURLER NO ADULTO

Patrícia Paiva De Almeida¹; Carlos Águas Marques²; Volodymyr Nagirnyak¹; Maria Helena F. Silva¹; Rita Serejo Portugal¹; Joana Cabeleira¹; Ana Rita Sanches¹; Sónia Cunha Martins¹; Margarida Sousa Carvalho¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo; 2 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introdução: A Síndrome de Hurler, ou mucopolissacaridose tipo I, é uma doença autossômica recessiva rara causada por um defeito no gene IDUA que codifica a alfa-L-iduronidase. Ocorre uma acumulação progressiva de sulfato de heparano e dermatano em múltiplos tecidos, com consequentes manifestações a nível ósseo, articular, ocular, cardíaco, respiratório e neurocognitivo. Além da terapêutica de suporte, os doentes frequentemente recebem terapia de reposição enzimática com laronidase. Porém, complicações cardíacas e respiratórias são comuns e muitas vezes resultam em óbito na primeira década de vida.

Caso Clínico: Relatamos o caso de uma mulher de 30 anos, dependente, que recorreu à urgência com tosse produtiva, febre, dispneia e anorexia com dois dias de evolução. Dos antecedentes pessoais salienta-se Síndrome de Hurler com seguimento multidisciplinar, medicada habitualmente com furosemida, espirolonactona, levetiracetam, clobazam, bimatoprost e timolol, administração semanal de laronidase e uso de BiPAP noturno. A mãe da doente mencionou internamentos prévios por cistite aguda e episódios de aspiração com infeção respiratória subsequente. Ao exame físico observou-se hipoxemia, polipneia e ronos pulmonares dispersos. A doente foi internada com o diagnóstico de traqueobronquite nosocomial e insuficiência respiratória parcial, tendo sido tratada com piperacilina e tazobactam, com melhoria gradual. Devido a recusa alimentar, foi necessária colocação de sonda nasogástrica, que manteve até cerca de um mês após a alta hospitalar.

Discussão: A doente apresenta diversas manifestações clínicas da Síndrome de Hurler, incluindo atraso de desenvolvimento psicomotor, epilepsia, tetraplegia, disostose multiplex, surdez neurosensorial, glaucoma, bexiga neurogénica, apneia obstrutiva do sono e alterações faciais. A mãe da doente atua como cuidadora a tempo integral, prestando cuidados como alimentação entérica, aspiração de secreções e cough-assit. Apesar das infeções urinárias e respiratórias recorrentes e dos múltiplos episódios de internamento recentes, este caso destaca a sobrevida prolongada da doente, em contraste com a mortalidade precoce associada à doença.

Conclusão: Este caso salienta a importância da prestação de cuidados de saúde abrangentes e multidisciplinares na abordagem à Síndrome de Hurler, que possibilitaram à doente atingir a vida adulta, superando o prognóstico inerente a esta patologia.

PO-0564 - (2235) - O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO DE FALÊNCIA AUTONÓMICA PURA

Rita Seivas¹; Flávia Freitas¹; Catarina Pinto Silva¹; Carolina Veiga¹; Elsa Gonçalves¹

1 - Hospital Santa Maria Maior

A Falência Autonómica Pura é uma patologia neurodegenerativa do sistema nervoso autonómico rara caracterizada por hipotensão ortostática, também conhecida como síndrome de Bradbury-Eggleston. Tipicamente apresenta-se na meia idade ou mais tarde, mais frequentemente nos homens e é caracterizada pelo depósito periférico de α -sinucleína, atualmente ainda sem etiologia conhecida.

Mulher, 74 anos, autónoma, com antecedentes de fatores de risco vascular, apresenta-se em serviço de urgência por clínica com 1 mês de evolução de tonturas com quedas da própria altura, colocou pacemaker por BAV 2º grau durante este período, contudo a manter queixas, tendo sido internada para estudo. Durante o internamento objetivada hipotensão ortostática, midríase bilateral fixa, obstipação e dois episódios de retenção urinária aguda, sem alterações analíticas de relevo e sem febre. Assumida pandisautonomia para estudo etiológico - excluídas D. Parkinson e Demência Corpus Lewy (DatScan normal), neuropatia diabética, défice de vitamina B12; serologias VIH e sífilis negativas; função tiroideia normal; Ecocardiograma transtorácico com dilatação ligeira da aurícula esquerda e função sistólica biventricular conservada; estudo auto-imune negativo, incluindo anticorpos anti-recetor da acetilcolina e Sind. Sjogren (incluindo realização de biópsia de glândulas salivares); RM neuroeixo sem lesões que justificassem clínica; amilóide sérico aumentado contudo com biópsia de gordura abdominal sem depósitos; etiologia paraneoplásica incluindo com realização de PET e estudo endoscópico; punção lombar normal, com anticorpos anti-neuronais negativos. Dada a gravidade da hipotensão em ortostatismo, foi iniciada midrodina e meias de compressão, com melhoria clínica, mas sem resolução do quadro. Após a exclusão dos diagnósticos diferenciais referidos acima, foi assumida Falência Autonómica Pura. Atualmente, mantém seguimento em consulta de Neurologia.

Doentes com Falência Autonómica Pura podem apresentar uma evolução da doença lenta, ao longo de décadas. Apesar de alguns doentes apresentarem melhoria com o tratamento sintomático, principalmente com terapêutica medicamentosa (ex. midrodina) e não medicamentosa com o objetivo de evitar flutuações na pressão arterial, a grande maioria enfrenta um agravamento rápido na dependência das atividades de vida diária.

PO-0567 - (2714) - RECIDIVA EM DOENTE COM SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO

Patrícia Araújo¹; Maria Alexandra Martinho²; Sara Sousa Rodrigues²; Susana Pereira²; Mariana Martinho²; Ana Ventura²; Clara Almeida²

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 2 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Introdução

O síndrome hemolítico-urémico atípico (SHUa) é uma patologia rara (incidência anual de 2 casos por milhão de adultos em Portugal), caracterizada por desregulação da via alternativa de ativação do complemento, secundária a mutações no gene do complemento ou presença de anticorpos anti-fatores do complemento.

Caso Clínico

Homem, 62 anos. Emigrado na França. Diagnóstico de SHUa em Nov/2021 - realizou plasmaferese, seguido de eculizumab, e iniciou hemodiálise que manteve até Dez/2022. Estudo genético: variante no gene C3 que conduz a defeito na ligação do C3b ao fator H. Evoluiu com recuperação parcial da função renal (creatinina 1.92mg/dL) sob eculizumab a cada 2 semanas. Posterior perda de seguimento até Jun/2023 quando foi novamente internado por recidiva de SHUa - anemia grave (Hb 4.9g/dL) e LRA (creatinina 6.69mg/dL). Reiniciou eculizumab com melhoria progressiva (à data de alta creatinina de 4.94mg/dL). Manteve tratamento com eculizumab a cada 3 semanas. A 27/Jan/2024 recorreu à urgência do SNS por dispneia, ortopneia e astenia com alguns dias de evolução – terá regressado a Portugal em Dez/2023 por motivos familiares, tendo efetuado última toma de eculizumab em Nov/2023. Apresentava hipertensão (190/90mmHg) e insuficiência respiratória tipo 1. Estudo analítico mostrava anemia N/N (Hb 9.6g/dL), sem trombocitopenia, creatinina 5.52mg/dL, LDH 394, haptoglobina <10, esfregaço do sangue periférico sem esquizócitos. Exame de urina sem alterações. Rácio prot/creat 0,8. Ecografia renovesical sem obstrução. Assumida recidiva de SHUa com LRA em DRC e anemia hemolítica microangiopática. Por indisponibilidade imediata de eculizumab realizou 2 sessões de plasmaferese seguidas de eculizumab. Manteve função renal estável, sem sintomatologia urémica nem sinais de sobrecarga de volume, tendo sido orientado para consulta externa de Nefrologia.

Discussão

Apesar do eculizumab ter mudado significativamente o prognóstico no SHUa (diminuição da mortalidade e da progressão para DRC terminal), esta patologia continua a estar associada a taxas de recidiva significativas (20-30%) e progressão para DRC terminal, em particular nas mutações do gene C3 e fator H, como é o caso.

PO-0568 - (4036) - ESTENOSE ARTÉRIA RENAL – SÉRIE CASOS

Patrícia Sobrosa¹; Rita Mota¹; Beatriz Bessa²; Susana Pereira²; Ana Ventura²; Clara Almeida²

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 2 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Introdução

Hipertensão arterial (HTA) secundária tem uma prevalência estimada de 5-10% na população, sendo a doença renal parenquimatosa como causa transversal a todos os escalões etários. Pode ter causas renovasculares (estenose da artéria renal (EAR), arterite ou compressão extrínseca) ou ser secundária a doença do parênquima renal

A EAR ocorre por doença aterosclerótica ou displasia fibromuscular, sendo o agravamento da função renal mais comum após o início do bloqueio de renina-angiotensina ou edema pulmonar

Caso Clínico1: Mulher 75anos, antecedentes de doença renal crónica (DRC) hipertensiva (creatinina(Cr) 2mg/dL). Por HTA não controlada, iniciou antagonista dos recetores de angiotensinall (ARA) e Beta-bloqueador (BB), com agravamento da DRC (Cr 3.1mg/dL). Ecografia renal (ER) com atrofia e desdiferenciação parenquimossinusal do rim direito. Angiografia: calcificação difusa das artérias renais com EAR ~80% à direita. Alterado ARA para bloqueador de canais de cálcio(BCC), com controlo tensional e melhoria da Cr 1.8mg/dL

Caso Clínico2: Mulher 82anos. Antecedentes de HTA, cardiopatia isquémica e DRC. Admitida por edema agudo hipertensivo e anúria. Analiticamente, Cr 8mg/dL, pelo que iniciou técnica de substituição renal(TSR). ER com atrofia rim esquerdo. Angiografia: EAR bilateral, à direita com placa aterosclerótica calcificada e trombo mural. Submetida a colocação de stent na artéria renal direita, com recuperação de diurese e suspensão de TSR após 2 dias. À alta com Cr 1.6mg/dl e HTA controlada com BCC

Caso Clínico3: Mulher 78anos. Antecedentes HTA há 15anos, DRC hipertensiva(Cr 1.6mg/dL). Introdução de ARA com agravamento da Cr para 2.8mg/dL. ER sem alterações. Angiografia: extensa ateromatose calcificada aorto-iliaca e bilateralmente nas artérias renais. Suspensão de ARA, com melhoria da Cr. Após 3meses, admitida por emergência hipertensiva com Cr 3.5mg/dL. Imagiologicamente com EAR bilateral crítica, colocados stents bilateralmente. Recuperação da Cr e controlo HTA com BB e ARA

Conclusão

A EAR representa um desafio no diagnóstico, controlo dos fatores de risco vasculares e identificação dos doentes que beneficiam de revascularização. Uma avaliação individual, especialmente, nos doentes assintomáticos e com EAR moderadas é essencial

Apresentam-se os 3 casos pela importância da não implantação de stent renal em todos os doentes com EAR, devendo ser avaliada disfunção renal, grau de estenose e repercussão hemodinâmica e funcional

PO-0569 - (2223) - MIELOMA MÚLTIPLO: A “CAIXA DE PANDORA” DAS DOENÇAS RENAIS

Cláudia Coelho¹; João Pedro Faria¹; Eulália Antunes¹; Rui Jorge Silva¹; Isabel Silva¹; Sofia Caridade¹

1 - Hospital de Braga

A lesão renal aguda (LRA) é comum no Mieloma Múltiplo (MM), ocorrendo frequentemente por Nefropatia de Cilindros de Cadeias Livres Livres (o chamado “rim de mieloma”). Porém é importante considerar os vários diagnósticos diferenciais, nomeadamente a Amiloidose AL ou a Doença de Deposição de Imunoglobulinas (Igs) Monoclonais (maioritariamente de cadeias leves ou, muito mais raramente, de cadeias pesadas).

Mulher, 56 anos, autónoma, antecedentes de hipertensão arterial (HTA) e dislipidemia, internada por anemia (hb 10g/dL) normocítica/normocrômica, HTA descompensada e LRA (com creatinina à admissão de 2.1mg/dL). Sem alterações na ecografia renal e com diurese preservada. Analiticamente, sem défices nutricionais, com VS de 40mm/h e hiperlipidemia (Colesterol total-248mg/dL, HDL-47mg/dL, LDL-167mg/dL e triglicéridos-185mg/dL). Eletroforese de proteínas e quantificação sérica de Igs sem alterações. Imunoeletroforese com discreto pico monoclonal de cadeias leves do tipo lambda(l) na zona gama, sem cadeias pesadas. Cadeias leves livres l no soro de 314mg/dL e rácio kappa(k)/l de 0.003. Sem consumo de complemento e estudo auto-imune negativo. Serologias víricas compatíveis com infeção passada por VHB, com despiste de Glomerulopatia Membranosa Primária por anti-PLA2R negativo. Urina ocasional com proteinúria, albuminúria e presença de eritrócitos dismórficos. Urina 24 horas com proteinúria de 4g/24h, albuminúria de 1.7g/24h e quantificação de cadeias leves urinárias l de 113mg/dL, com rácio k/l de 0.03. Realizado então mielograma, com diagnóstico de MM. Pela suspeita de glomerulopatia, realizada biópsia de gordura abdominal, que foi negativa, e biópsia renal, que demonstrou glomérulos com esclerose de esboço nodular. Pesquisa de amiloide negativa. Estudo de imunofluorescência com IgA+ linear na membrana basal tubular e glomerular, lambda+ no citoplasma tubular e C1q+. Assim, identificadas características de doença de deposição de cadeias pesadas (alfa) e aspetos de tubulopatia proximal sem cristais (cadeias leves l). Instituída, então, terapêutica de 1ª linha de MM e obtida resposta completa, com melhoria da função renal e resolução da proteinúria.

A relevância deste caso prende-se com a manifestação atípica de um MM e a investigação diagnóstica que este exigiu, ao apresentar-se com LRA não só por Nefropatia de Cadeias Livres, mas também por Doença de Deposição de Cadeias Pesadas, uma doença muito rara, com poucos casos descritos e poucas orientações terapêuticas.

PO-0570 - (4123) - LESÃO RENAL POR VASCULITE ANCA: UMA ETIOLOGIA POUCO PROVÁVEL AOS 90 ANOS

Dany Cruz¹; Beatriz Rosa¹; Flávia Freitas¹; Flávia Ramos¹; Carolina Veiga¹; Francisca M. Pereira¹

1 - Hospital Santa Maria Maior

Introdução: A vasculite ANCA é uma vasculite de pequenos vasos e a principal causa de insuficiência renal rapidamente progressiva a partir dos 65 anos. O pico de incidência é dos 50 aos 70 anos. É uma causa intrínseca de disfunção renal.

Caso Clínico: Sexo masculino, 90 anos, autônomo. Antecedentes de hipertensão arterial, sem história de tabagismo, consumo de álcool, drogas ou de alteração da medicação habitual recente. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia de agravamento progressivo e ortopneia, com 15 dias de evolução. À admissão, normotenso, taquipneico, com necessidade de oxigenoterapia suplementar, edema periférico e congestão pulmonar. Analiticamente tinha anemia de novo, creatinina sérica (pCr) de 9.42 mg/dL, hipercalemia e elevação da proteína C reativa e da velocidade de sedimentação - seis meses antes sem anemia e pCr 1.4 mg/dL. Gasimetricamente com acidemia metabólica e insuficiência respiratória do tipo 1. Do estudo da urina, sedimento urinário a revelar leucoeritrocitúria, com 58 leucócitos e 605 eritrócitos por campo, e proteinúria não nefrótica em urina ocasional. Ecograficamente, com rins sem estigmas de doença renal e sem obstrução a justificar etiologia pós-renal. Apesar do estímulo diurético e das medidas médicas, evoluiu com oligoanúria, hipercalemia e acidemia metabólica sustentada e agravamento respiratório progressivo, com necessidade de suporte ventilatório não invasivo e diálise urgente. Do estudo realizado, eletroforese sérica e urinária sem picos monoclonais e sem alteração da relação das cadeias leves, com positividade para ANAs (1/320, padrão nuclear mosqueado), títulos de ANCA de 1/640 e positividade para Anti-Mieloperoxidase (315.9 UQ). Na biópsia renal eram visíveis crescentes celulares e alterações compatíveis com envolvimento por processo vasculítico. Realizou broncofibroscopia que excluiu atingimento pulmonar. Iniciou imunossupressão com pulsos de metilprednisolona e Rituximab. Teve melhoria clínica progressiva. Tolerou desmame progressivo do suporte ventilatório, mas manteve necessidade de suporte dialítico.

Discussão e Conclusão: Apesar de ser comum em idosos, é raro a primeira manifestação da Vasculite ANCA ser tão tardia, o que pode dificultar o diagnóstico atempado. É necessário manter um nível de suspeição elevado, mesmo em idades mais avançadas.

PO-0571 - (2545) - NEM SEMPRE A CULPA É DA DIABETES – UM CASO DE NEFROPATIA MEMBRANOSA PRIMÁRIA NA PRESENÇA DE DIABETES MELLITUS.

João Corrêa¹; André Ferreira²; Carolina Ferreira²; Ana Rodrigues²; Andreia Silva²; Miguel Oliveira²; Sérgio Lemos²

1 - Unidade Local de Saúde da Cova da Beira; 2 - Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões

INTRODUÇÃO: A nefropatia membranosa (NM) é uma das principais causas de síndrome nefrótica em adultos não diabéticos. A NM primária ou idiopática, responsável por 75% dos casos, ocorre devido à presença de autoanticorpos circulantes contra antigénios dos podócitos, dos quais se destacam os anticorpos anti recetor da fosfolipase A2 (anti-PLA2R).

CASO CLÍNICO: Mulher, 59 anos, com antecedentes de hipertensão arterial de difícil controlo (com diagnóstico aos 42 anos), Diabetes mellitus tipo 2 e Dislipidemia recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de edema generalizado com 6 meses de evolução, refratário a terapêutica diurética já instituída, acompanhado de dispneia e ortopneia nas últimas 2 semanas.

No SU, objetivou-se quadro de anasarca, hipoalbuminemia grave (2.1g/dL), proteínas (++++), no sedimento urinário, valor de NT-Pro-BNP de 417 pg/mL e ausência de outras alterações nomeadamente valor de creatinina ou ureia ou alterações iónicas.

Durante o internamento foi documentada proteinúria nefrótica (13.96 g/24h) e ausência de alterações estruturais na ecografia renal, tendo sido ainda excluída patologia cardíaca, hepática ou tiroideia. Do estudo etiológico realizado, identificou-se apenas a presença de anticorpos anti-PLA2R, sugestivo de NM primária, confirmado histologicamente após biópsia renal.

Apesar da resposta favorável com terapêutica diurética endovenosa (perda ponderal de 22 Kg) durante o internamento, apresentou recidiva do quadro em 6 semanas, pelo que foi readmitida e iniciou terapêutica com rituximab. Aos 12 meses de follow-up, apesar de assintomática e com normalização do título de anti-PLA2R, mantinha proteinúria nefrótica >10g/24h, pelo que iniciou terapêutica com tacrólimus; atualmente no 8º mês de tratamento com remissão parcial (proteinúria 1.9 g/24h).

CONCLUSÃO: A pesquisa de anticorpos anti-PLA2R deve ser realizada em todos os doentes com suspeita de NM, podendo um resultado positivo dispensar a realização de biópsia na ausência de Diabetes mellitus ou doenças associadas à NM secundária.

Devido à possibilidade de remissão espontânea – completa em 5-30% e parcial em 25-40% dos casos – e potencial toxicidade dos fármacos utilizados, os doentes devem ser classificados de acordo com o risco de progressão da doença. Se risco muito elevado de progressão a terapia imunossupressora deve ser iniciada de imediato, devendo a mesma ser protelada com vigilância apertada, por 3 a 6 meses, nos restantes casos.

PO-0572 - (2912) - HUNGRY BONE SYNDROME – UMA CAUSA RARA DE HIPOCALCEMIA

Inês Parreira¹; Ana Mafalda Abrantes¹; Carolina António Santos¹;
Sara Salema Travassos¹; António Pais De Lacerda¹; António Martins Baptista¹;
Ana Alves Cardoso¹

1 - Medicina Interna - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Hungry Bone Syndrome ou o Síndrome do Osso Faminto, corresponde a um estado de hipocalcémia grave que pode persistir por longos períodos, habitualmente após tireoidectomia total ou paratiroidectomia, no entanto mais raramente pode ser encontrado em doentes com metastização osteoblástica, nomeadamente na neoplasia da próstata.

Homem de 75 anos, antecedentes de adenocarcinoma da próstata estadio IV com metastização óssea difusa medicado com enzalutamida e doença renal crónica estadio G3a de etiologia obstrutiva. Medicado previamente com carbonato de cálcio e colecalciferol. Admitido por náuseas e vômitos associadas a dor lombar. À observação, encontrava-se polipneico com auscultação pulmonar com ferveores crepitantes basais. Analiticamente com lesão renal aguda KDIGO 3 com acidémia metabólica e hipercaliémia; elevação de parâmetros inflamatórios com PCR 27.1mg/dL e PCT 1.4ng/mL. Electrocardiograma em ritmo sinusal, sem outras alterações. TC-abdomino-pélvica com ureterohidronefrose bilateral crónica severa e discreta densificação da gordura perirrenal esquerda a traduzir pielonefrite. Colocadas nefrostomias bilaterais com recuperação de diurese e resolução da lesão renal aguda. Isolamento de E.coli, tendo cumprido 7 dias de piperacilina/tazobactam. Destaca-se quadro de défices iónicos múltiplos nomeadamente hipocalcémia, hipomagnesémia e hipofosfatémia com necessidade de reposição em internamento. Realizado estudo complementar com PTH 332.0pg/mL e Vitamina D 28,5ng/mL. Função tiroideia normal. Ecografia tiroideia sem alterações de relevo. Assumida hipocalcémia em relação com hungry bone syndrome, tendo mantido suplementação com cálcio, magnésio e fósforo com boa resposta laboratorial.

Apresentamos um caso de hipocalcémia grave em relação com hungry bone syndrome por metastização osteoblástica em doente com neoplasia da próstata metastizada. Dada a raridade desta síndrome é necessário um elevado índice de suspeição para o tratamento atempado e eviçãõ de complicações decorrentes da hipocalcémia.

PO-0573 - (4306) - AFINAL A CULPA ERA DO PAI

Francisco Nogueira Gonçalves¹; Ana Margarida Simões¹; Filipa Paraíso¹; Cláudia Teixeira¹; Vítor Oliveira¹; Márcia Andreia Lopes¹; Vítor Duarte¹; Ana Nunes¹; Edite Nascimento¹

1 - ULS Viseu Dão-Lafões

Introdução: Diabetes monogénica, conhecida como MODY (maturity onset diabetes of the young) corresponde a um espectro clínico heterogéneo caracterizado pelo diagnóstico em idade jovem (< 25 anos) seguindo um padrão de herança autossómica dominante e sem a presença de autoanticorpos. Representa 2-5% do total de diabéticos, sendo muitas vezes incorretamente diagnosticada como Diabetes Mellitus tipo 1 ou tipo 2. A patogénese envolve mutações genéticas que afetam o desenvolvimento, função e regulação das células beta pancreáticas, impactando o reconhecimento da glicose e a secreção de insulina com defeito nulo ou mínimo na ativação de insulina.

Discussão: Jovem do sexo masculino de 18 anos seguido previamente em consulta de Pediatria por antecedentes de hiperglicemias em jejum. Primeira alteração foi detetada aos seis anos de idade, hiperglicemia em jejum em análise pré-operatória. Sem clínica de perda ponderal, polifagia, poliúria ou polidipsia e com um desenvolvimento ponderal normal, aos oito anos, um estudo mais detalhado revelou uma hemoglobina glicada de 6,7%, com autoanticorpos anti-GAD e anti-insulina positivos e peptídeo C ligeiramente diminuído, levantando a suspeita de DM tipo 1. Permaneceu sem necessidade de instituição de insulino-terapia, mantendo vigilância glicémica e seguimento em consulta. A avaliação da história médica familiar revelou uma transmissibilidade paterna de diabetes (pai, tio, avô paterno e bisavô paterno), sempre controlada com antidiabéticos orais. Com base nos antecedentes familiares e ausência de sintomatologia, com 10 anos de idade, o doente e familiares diretos foram encaminhados para consulta de Genética Médica e repetido novo estudo endocrinológico. Constatada A1c: 6,8%, doseamento de peptídeo C dentro da normalidade, auto-anticorpos negativos e identificado em doente e seu pai variante c. 886-897 deleção gene GCK, variante patogénica associada a doença monogénica (MODY tipo 2).

Discussão e Conclusão: Este caso ressalta a complexidade diagnóstica da Diabetes monogénica, com o papel preponderante de um acompanhamento detalhado e colheita de história familiar minuciosa. O paciente mantém-se assintomático e com bom controlo metabólico através de dieta personalizada, sem necessidade de terapêutica farmacológica, enfatizando deste modo o papel crucial da genética médica na personalização de cuidados.

PO-0574 - (2452) - GLOMERULONEFRITE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA (GNRP): DA INFEÇÃO À INSUFICIÊNCIA

Maria Inês Risto¹; Luciana Sousa¹; Patrícia Sobrosa¹; António Cardoso Fernandes¹; Ana Frederica Parente¹; Diana Guerra¹; Carmélia Rodrigues¹; Patrícia Araújo¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital de Santa Luzia

A GNRP manifesta-se como uma síndrome nefrítica, evoluindo rapidamente com declínio da função renal. Histologicamente, caracteriza-se pela formação de crescentes, habitualmente envolvendo mais de 50% dos glomérulos. As suas manifestações clínicas mais comuns são a hematuria, proteinúria, oligúria, edema e hipertensão. Um dos tipos de GNRP é a Nefropatia de IgA, que surge durante ou após um quadro infeccioso.

Neste caso, relatamos um homem de 83 anos, independente. Antecedentes pessoais de Fibrilhação Auricular e esplenectomia após choque hemorrágico (complicação de uma colonoscopia). Hipocoagulado com varfarina.

Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por hemorragia conjuntival e hematuria. Negava outra sintomatologia, nomeadamente, noção de diminuição do débito urinário. Uma semana antes, observado no SU por disúria e hematuria, assumida infeção urinária e medicado com Cefixima. Quando questionado, referia sintomas respiratórios desde há um mês, tendo sido medicado com Amoxicilina e Ácido Clavulânico. Por esta altura, apresentava creatinina de 1.5mg/dL.

Ao exame físico, a destacar: hipertenso, olho esquerdo vermelho, auscultação cardíaca arritmica, sem edema periférico. Laboratorialmente, apresentava creatinina 8mg/dL; anemia normocrómica normocítica sem défice de ferro nem vitamínicos; serologias víricas negativas; complemento normal; do estudo auto-imune; Anticorpo Anti-nuclear (ANA) positivo; Imunoglobulina A (IgA) aumentada. Ecografia renal e vesical excluiu nefropatia obstrutiva. Análise sumária de urina, documentava proteinúria e leucoeritocitúria. Caso discutido com Nefrologia e mediante insuficiência renal aguda, iniciada terapêutica de substituição renal com hemodiálise.

Dada a idade e multimorbilidade, nomeadamente esplenectomia, foi considerado sem indicação para biópsia renal nem candidato a terapêutica imunossupressora. Apesar disto, o doente apresentado tinha perda de função renal em menos de três meses, com hematuria e proteinúria, o que define o síndrome de glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP), embora não confirmada por biópsia. A história de infeção recente e IgA aumentada, torna mais provável tratar-se de uma GNRP por IgA. O seu tratamento, após estabilização da fase aguda, passará por controlo do Síndrome Nefrítico com dieta, anti-hipertensores e diuréticos.

PO-0575 - (4226) - A COCAÍNA: DA INALAÇÃO À TROMBOSE, UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Patricia Santos¹; Inês Domingues¹; Fábio Barbosa¹; Vanda Spencer¹

1 - Hospital Garcia Orta

A rabdomiólise causada pela cocaína é multifatorial, envolvendo vários mecanismos diferentes: isquemia muscular por vasoconstricção induzida pela droga, toxicidade muscular direta, hipertermia e aumento da atividade muscular por agitação motora ou convulsão. A lesão renal pode ou não associar-se. O quadro clínico comum é caracterizado principalmente por mialgias, astenia e urina escura. Menos típico é a associação de eventos trombóticos venosos que só agora começam a ser descritos na literatura. O mecanismo pensa-se estar associado ao dano endotelial com consequente aumento de fatores pró-trombóticos, nomeadamente o fator de Von Willebrand e fibrinogénio.

Apresenta-se o caso clínico de um homem de 59 anos, com história de hipertensão arterial, hepatite C crónica, tabagismo e hábitos toxicofílicos de drogas inaladas. Admitido no serviço de urgência por vômitos e prostração, após consumo de cocaína inalada. Sem convulsão, perda de consciência ou febre, e negava uso de estatinas, outras drogas associadas ou álcool. A tomografia axial computadorizada cranioencefálica não mostrou alterações. Nas análises destacava-se rabdomiólise grave com creatina quinase (CK) 50834U/L, elevação da creatinina e ureia séricas, hipercalemia, hipocalcemia e elevação das transaminases. Carga viral do vírus da hepatite C indetetável. Função tiroideia normal. Gasimetria arterial com acidemia metabólica com anion gap aumentado. Procedeu-se a hidratação vigorosa, com melhoria clínica e analítica progressivas. Posteriormente verificou-se edema do membro inferior direito, com dor e empastamento. O eco doppler no membro revelou “trombose segmentar da veia tibial posterior direita, ao nível do terço médio e posterior da perna numa extensão aproximada de 3 cm”. Alterou-se a anticoagulação de dose profilática para dose terapêutica, que manteve durante 6 meses, sem recidiva de eventos trombóticos e mantendo a abstinência alcoólica e toxicofílica.

Com este caso realça-se a evidência da toxicidade da cocaína resultando em rabdomiólise com consequente lesão renal aguda e alterações eletrolíticas. Destaca-se ainda a apresentação menos típica de uma trombose venosa periférica como consequência provável do abuso de cocaína. Os autores consideram que esta apresentação menos típica e pouco descrita merece realce para que estejamos todos mais atentos, conseguindo assim evitar potenciais complicações graves em doentes com quadros semelhantes.

PO-0579 - (2174) - LEPTOSPIROSE - UMA FORMA GRAVE

Gabriela Costeira Paulo¹; Rita Sevivas¹; Carolina Veiga¹; Daniel Santos Rodrigues¹; Elsa Gonçalves¹; Ilda Coelho¹

1 - Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende

A leptospirose é causada por uma bactéria do tipo espiroqueta transmitida através do contacto com urina de animais como roedores. Os sintomas são geralmente autolimitados. Contudo, pode evoluir para uma forma grave, caracterizada por icterícia, diátese hemorrágica e lesão renal aguda.

Homem, 50 anos, antecedentes de artrite reumatóide, medicado com metotrexato 17,5 mg/semana. Admitido por febre com 5 dias de evolução, acompanhada de cefaleia frontal, astenia, anorexia, odinofagia, agravamento das artralguas, vômitos e urina acastanhada. Residente em meio rural, com contacto com ratos no campo e animais selvagens, sem uso de luvas. Ao exame físico, apresentava-se febril (T:38°C), hipotenso (TA 90/51 mmHg), desidratado, ictérico, com hiperémia conjuntival bilateral.

Dos exames realizados, analiticamente com procalcitonina 2.0 mg/d; trombocitopenia grave (15.000 plaquetas, confirmado em tubo de citrato), lesão renal aguda (creatinina de 1,25 mg/dL, para um basal 0,78mg/dL); hiponatremia e hipocalcemia ligeira; hiperbilirrubinemia (5,6mg/dL) à custa da directa (4,10 mg/dL); elevação dos parâmetros de citocolestase hepática (TGO/TGP 77/60; GGT 90 U/L); rhabdomiólise (CK 376 U/L); Urina II com 300 proteínas, bilirrubina 6 mg/dL e urobilinogénio 0,2 mg/dL. Serologias Hepatite A, E, B, C, HIV, CMV, VDRL, Toxoplasma foram negativas. TC-TAP sem alterações. Colhidas hemoculturas, pesquisada *Leptospira* por PCR no sangue e na urina e colhidas serologias para outras zoonoses.

Internado e iniciado empiricamente ceftriaxone por suspeita de Leptospirose com apresentação com Síndrome de Weil. Realizadas duas transfusões de pool de plaquetas, uma na admissão e outra no 2º dia de internamento, desde então em perfil ascendente. Por apresentar subida dos parâmetros de citocolestase ao 5º dia de antibiótico, repetiu TC que excluiu complicações. Hemoculturas e serologias para *Coxiella*, *Borrelia*, *Brucella* e *Rickettsia conorii* negativas.

Identificada *Leptospira kirschneri* no sangue e na urina por PCR, notificou-se no SINAVE, tendo cumprido 10 dias de ceftriaxone + 5 dias de cefuroxima com boa evolução clínica e analítica.

Apesar de rara, presente em apenas 5-10% dos casos, este caso destaca-se por apresentar uma forma grave de leptospirose (Síndrome de Weil), tendo apresentado evolução favorável, realçando a importância de uma boa história clínica, com reconhecimento precoce desta entidade, bem como instituição atempada de antibiótico.

PO-0580 - (4829) - ESPIRO...QUEM? – UM CASO CLÍNICO DE SURDEZ SÚBITA

Rita Palma Féria¹; Filipa De Oliveira Nunes¹; Gustavo Correia¹; Raquel Tavares¹; Fernando Martos Gonçalves¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

I: A hipoacusia neurosensorial adquirida pode ter várias etiologias, desde a frequente presbiacusia, tóxica, idiopáticas até causas raras tumorais. Pode resultar de patologia localizada ou enquadrar-se em doenças sistémicas, de etiologia autoimune, metabólica ou infecciosa, sendo necessária uma abordagem multidisciplinar na sua investigação.

C: Descrevemos o caso de um jovem de 27 anos, autónomo, com história de enxaqueca e tabagismo crónico ativo (10UMA). No seu estado de saúde habitual até 2 meses antes da admissão altura em que refere aparecimento de úlcera peniana indolor e exsudado uretral, motivo pelo qual foi avaliado e medicado com amoxicilina-ác clavulânico com resolução posterior das queixas. Apurava-se contacto sexual desprotegido e ficou em curso avaliação laboratorial que revelou VDRL positivo (título 64) e PCR Chlamydia trachomatis positivo. Manteve-se assintomático até instalação de quadro de surdez súbita com tinnitus, tendo recorrido à Urgência de Otorrinolaringologia com avaliação a revelar surdez neurosensorial bilateral moderada (perdas 60 dB). Ao exame objetivo sem alterações de relevo, nomeadamente sem lesões cutâneas, genitais, alterações ao exame neurológico ou sugestivas de doença autoimune. Analiticamente a salientar VS e PCR negativas, ANA negativo, descida de VDRL (título 4). Punção lombar com citotóxico sem alterações, VDRL e TPHA negativos no líquido. Face a surdez neurosensorial bilateral em doente com clínica e serologia compatível com sífilis primária prévia, apesar de análise líquido cefalorraquidiano (LCR) sem alterações, admitida otossífilis, tendo ficado internado para tratamento com penicilina endovenosa (24 MU/d) que cumpriu durante 14 dias. Melhoria subjetiva da acuidade auditiva e diminuição das queixas de tinitus, objetivada em audiograma agora apenas com surdez neurosensorial ligeira (perda de 25dB). Seguimento em consulta externa sem recidiva das queixas.

D&C: Este caso exemplifica uma causa rara de surdez neurosensorial tratável e potencialmente reversível. A otossífilis é uma forma rara de neurosífilis, podendo estar presente sem afeção meníngea e consequentemente sem repercussão analítica na análise do LCR, sendo por isso necessário um elevado nível de suspeição e história clínica dirigida. Este caso reforça a importância do rastreio e diagnóstico em fases precoces da sífilis, inclusivamente na apresentação primária, que permitam um tratamento adequado e atempado para prevenção das suas complicações.

PO-0581 - (4804) - BCGITE - UM CASO DE UMA SÉPSIS GRAVE APÓS IMUNOTERAPIA INTRAVESICAL

Guilherme Jesus¹; Inês Soares¹; Sofia Silva¹; Raquel Barreira¹; Fábio Murteira¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

A Imunoterapia Intravesical com *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) é essencial no tratamento e prevenção da recidiva de carcinomas não invasivos de alto grau. Embora considerada segura, complicações raras, mas clinicamente relevantes, como a BCGite podem surgir, exigindo um diagnóstico e gestão clínica cuidadosas.

Homem de 65 anos, antecedentes de carcinoma de alto grau vesical e do urotélio alto esquerdo, cardiopatia isquémica e cirrose hepática por HCV. Admitido no Serviço de Urgência por diaforese, náuseas e dispneia algumas horas após último ciclo de imunoterapia de manutenção com BCG intra-vesical. À observação encontrava-se febril (39°C) e com hipotensão resistente ao fluid-challenge, motivo pela qual foi admitido na sala de emergência para início de suporte vasopressor. Analiticamente a destacar PCR 2.84 mg/dL, procalcitonina 36.1 ng/mL, lesão renal aguda AKIN 3 e presença de neutrófilos com vacuolização citoplasmática. Urina com leucocitúria franca. Ecografia renovesical com espessamento parietal difuso vesical. Iniciado empiricamente antibioterapia com piperacilina/tazobactam, ficou internado na unidade de cuidados intermédios por quadro de choque séptico. Após melhoria inicial, no 9º dia de internamento com novo agravamento clínico marcado do estado geral mesmo após escalada de antibioterapia para meropenem. TAC abdominopélvica com espessamento e hiperrealce do urotélio do rim, bacinete, ureter esquerdos compatíveis com a presença de pielonefrite. Bem como a presença de espessamento difuso da parede vesical, assim como o aumento da bainha do tronco celíaco, com extensão ao longo dos vasos gástricos e hilo hepático, onde coexistem adenopatias compatíveis com linfadenite reativa. Assim, colocada hipótese de BCGite e associada terapêutica anti-bacilar [etambutol, isoniazida (H) e rifampicina (R)] e corticoterapia com excelente resposta clínica e analítica. Apesar do não isolamento qualquer agente patogénico, optado por manutenção do tratamento anti-bacilar encontrando-se atualmente a cumprir tratamento de manutenção com HR.

Apesar das complicações locais como a cistite serem a mais frequente, as complicações sistémicas apesar de muito raras poderão ser potencialmente fatais. Estas podem ser classificadas como precoces (até 3 meses após instilação intravesical) ou tardias (após 3 meses) e o prognóstico é dependente do início da terapêutica anti-bacilar, suspensão da imunoterapia com BCG e, e, em alguns casos, uso de corticosteroides sistémicos.

PO-0582 - (4710) - DA SEMEADURA INTESTINAL À GERMINAÇÃO PULMONAR

Gonçalo Peres¹; Cláudia Andrade¹; José Fragoso Duro¹; Mariana Lessa Simões¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

Com mais de 10 nomes nos dialectos africanos, a *Saba senegalensis* é uma árvore que cresce na África Ocidental, cujo fruto é utilizado no tratamento natural de alterações gastrointestinais (GI) e doenças infecciosas, inclusive tuberculose (TB).

Homem de 38 anos, evacuado da Guiné-Bissau por dor abdominal e diarreia com muco com 1 mês de evolução, edema periférico e perda ponderal; referiu possível contacto recente com doente bacilífero. Apresentava mucosas descoradas, emagrecimento, ruídos hidroaéreos aumentados e palpação abdominal difusamente dolorosa; laboratorialmente anemia normocítica, linfopenia, défices iónicos, vitamínicos, hipocolesterolemia e hipoproteinemia, VS 2mm e PCR 1.17 mg/dL; a TC abdomino-pélvica com contraste ev mostrou ansas jejuno-ileais distendidas com níveis hidroaéreos e espessamento parietal com hiperrealce; imagens hiperdensas ovais de 1,5cm com sinal gasoso central no interior das ansas; sinais de hipertensão portal; trombo na aorta infra-renal. Referiu ingestão de «larè» por indicação de curandeiro. Admitiu-se suboclusão intestinal por fitobezoar (*Saba senegalensis*), síndrome de mal absorção intestinal e desnutrição por enterocolite pelo fitobezoar, não se excluindo causa infecciosa concomitante, hipertensão portal não cirrótica e trombo na aorta infra-renal. Foram corrigidos défices da desnutrição e instituída anti-agregação plaquetar. A coprocultura, o exame parasitológico e a pesquisa de *C. difficile* nas fezes e de micobactérias na expectoração e no sangue foram negativas. Passadas 3 semanas, mantinha dor abdominal e iniciou febre vespertina recorrente, com subida da VS para 43mm e evidência de padrão de tree-in-bud no lobo superior direito do pulmão; foi feito novo rastreio para *M. tuberculosis*, confirmando-se o diagnóstico de TB por PCR positiva para *M. tuberculosis* nas secreções brônquicas e lavado bronco-alveolar; admitiu-se síndrome de reconstituição imunológica e foram iniciados antibacilares. Ao 38º dia de internamento, por oclusão intestinal pelo fitobezoar, foi submetido a íleo-ileostomia; o estudo anatomopatológico das biópsias de adenopatias mesentéricas e implantes peritoneais confirmaram doença granulomatosa. Acresce-se alterações sugestivas de espondilite tuberculosa na RM da coluna vertebral e serologia para VIH negativa.

A TB intestinal e peritoneal é rara e de difícil diagnóstico. Exige elevado índice de suspeição, mais ainda perante factores confusionais como a oclusão intestinal por ingestão de sementes.

PO-0583 - (4332) - BCGITE - UM CASO RARO

Francisco De Oliveira Simões¹; Diana Ferreira Lopes¹; Ana Filipa Martins¹; Juliana Andrade¹; Rita Matos Sousa¹; Rui Domingues¹; Ana Rita Matos¹; Ana Mendes Costa¹; André Santa Cruz¹; Sara Marques¹; Cristina Cruz Da Angela¹; Inês Gonçalves¹; Alexandre Carvalho¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: A imunoterapia intravesical com bacilo Calmette-Guérin (BCG), forma atenuada de *Mycobacterium Bovis*, usa-se como tratamento adjuvante eficaz para as neoplasias da bexiga. Geralmente bem tolerado, reduz a necessidade de cistostomia e aumenta a sobrevida do doente.

Caso: Homem, 86 anos, autónomo, com antecedentes de carcinoma urotelial papilar da bexiga e neoplasia da próstata, sob tratamento com BCG intravesical (última instilação um mês antes). Apresentou-se no serviço de urgência com disúria, dor suprapúbica e febre vespertina com 2 semanas de evolução. Por sintomas urinários, realizou 2 ciclos de antibioterapia, com cefuroxima e levofloxacina, sem melhoria. À clínica referida acrescenta-se, posteriormente, tosse, dispneia e astenia para pequenos esforços. Ao exame físico, pálido, normotenso, normocárdico, sem alterações à auscultação cardiopulmonar. À palpação, abdómen mole e depressível com desconforto suprapúbico, sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente, destacava-se elevação da proteína C reativa, sem leucocitose, lesão renal aguda, insuficiência respiratória hipoxémica grave e análise sumária de urina com 125 leucócitos/campo, sem nitritúria. Em TC-TAP observados infiltrados pulmonares em vidro despolido bilaterais, sem outros achados de relevo. Pela instilação recente de BCG, colocada a hipótese de disseminação. Colheu hemoculturas e urocultura para pesquisa de bactérias e micobactérias. Realizou broncofibroscopia com aspirado brônquico e lavado broncoalveolar (exame direto negativos para micobactérias). Por insuficiência respiratória grave ad initium, com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo, decidido tratamento presuntivo enquanto aguardava resultados. Iniciou cobertura antibiótica de largo espectro, antibacilares e corticoterapia. Dos exames microbiológicos, não se isolou nenhum microrganismo. Apesar do tratamento, evoluiu desfavoravelmente, com agravamento da insuficiência respiratória, instalação de disfunção cardiovascular e neurológica, tendo sido transferido para o serviço de medicina intensiva. No entanto, manteve evolução desfavorável acabando por falecer.

Discussão/Conclusão: Apesar da disseminação da BCG ser rara, com a utilização frequente desta terapêutica, os clínicos devem manter vigilância ativa de sintomas. Esta complicação pode ocorrer também em doentes imunocompetentes e podem inclusivamente levar à morte. Assim, o seu reconhecimento é fundamental para o início precoce da terapêutica.

PO-0584 - (4267) - HISTOPLASMOSE - UMA DOENÇA EM PORTUGAL

Diogo Lopes¹; Maria João Vilela¹; Barbara Campos¹; Fábio Alves¹; Ana Sá¹;
Vanessa Palha¹; Narciso Oliveira¹; Teresa Pimentel¹

1 - Unidade Local de Saúde de Braga

A Histoplasmose é uma doença rara na Europa. É causada pelo *Histoplasma capsulatum*, sendo uma infeção fúngica endémica do continente americano. Entre 2009 e 2015, foram relatados 10 casos em Portugal.

Homem de 28 anos, natural do Brasil, sem antecedentes médicos de relevo, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por febre vespertina com 10 dias de evolução e diarreia com 3 dias de evolução. Referiu tosse seca e irritativa com 2 semanas de evolução. Nos últimos 2 meses terá emagrecido 4Kg. Referiu relações sexuais desprotegidas com 4 pessoas, e contacto com sangue de pessoa seropositiva para Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH). Foi negada dispneia, lesões cutâneas, e consumo de drogas. No exame físico apresentava-se febril, taquicárdico e sem outras alterações. Nos exames complementares de diagnósticos identificou-se anemia e linfopenia. A destacar serologia positiva para VIH, demonstrando infeção por VHI-1 – estadio SIDA. A TC-torácica mostrou padrão miliar esbatido bilateralmente, levantando a hipótese de tuberculose. No internamento, iniciou terapêutica antibacilar. Realizou Broncofibroscopia com Lavado Bronco-alveolar para pesquisa de micobactérias. Efetuou EDA e EDB, onde foram realizadas biópsias, que demonstram gastrite e ileíte por Citomegalovirus (CMV) e *Histoplasma*. Foi confirmado CMV por teste de PCR, bem como antigénio urinário e o anticorpo sorológico do *Histoplasma*. Suspendeu antibacilares e iniciou Ganciclovir, que cumpriu durante 3 semanas. Para a infeção por *Histoplasma*, foi medicado durante 2 semanas com Anfotericina B, passando a tratamento de consolidação com Itraconazol, durante 12 semanas. Durante o internamento desenvolveu insuficiência respiratória tipo 1 com necessidade de suporte com oxigenioterapia até ONAF, com resolução após 12 dias. Relativamente à infeção por VIH, iniciou terapêutica anti-retroviral com bictegravir/entricitabina/tenofovirafenamida, tendo apresentado boa adesão terapêutica e melhoria do estado imunológico, verificando-se a subida das células T CD4+ para 504/uL e virémia suprimida ao fim de 3 meses.

O aumento do turismo e da imigração de indivíduos naturais de locais endémicos desta patologia para Portugal, obriga a sua inclusão nos diagnósticos diferenciais apesar da sua raridade. Tem um espetro de apresentações muito variado, desde infeção assintomática até quadros clínicos graves, semelhantes a pneumonia, sobretudo nos doentes imunodeprimidos, onde estão incluídos os doentes seropositivos para VIH.

PO-0585 - (4185) - BACTERIÉMIA A QUÊ? ACTINOBACULUM SCHAALII

Teresa Pereira¹; Maria Leonor Neves¹; Margarida Mourato¹; Beatriz Pereira¹; Miguel Acheга¹; Fernando Aldomiro¹; Rita Penaforte¹

1 - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução

Actinobaculum schaalii é uma bactéria gram positiva que faz parte da parte da flora comensal do trato geniturinário humano. Contudo, em doentes imunodeprimidos pode causar infecções urinárias, e menos frequentemente sistémicas. É considerada uma bactéria negligenciada porque muitas vezes não é reconhecida ou considerada como agente patogénico, não sendo por isso pesquisada em exames culturais. Outro motivo que contribui para o subdiagnóstico desta bactéria é o facto de muitos laboratórios incubarem a urocultura (UC) aerobicamente a 37°C usando meios seletivos e não realizarem coloração gram, não permitindo o crescimento de *Actinobaculum schaalii*. Esta bactéria tem vindo a ser descrita como agente patogénico responsável por infecções do trato urinário, principalmente em idosos e doentes com condições urológicas subjacentes, tais como a neoplasia da próstata. O diagnóstico preciso e o tratamento imediato da bacteriémia causada pelo *Actinobaculum schaalii* são cruciais para melhorar os resultados dos doentes e prevenir a propagação da infecção.

Caso Clínico

Os autores descrevem o caso de um homem de 83 anos, com história de hipertensão arterial, neoplasia da próstata sem seguimento e hábitos alcoólicos e tabágicos, internado por choque hipovolémico e séptico em provável contexto de colite infecciosa e alterações electrolíticas. Previamente ao início de antibioterapia, colheu urocultura que isolou *Escherichia coli* multissensível e hemoculturas que se revelaram positivas para *Actinobaculum schaalii*. Realizou antibioterapia dirigida para *Actinobaculum schaalii* com melhoria clínica franca do choque séptico. Imagiologicamente, apresentava várias lesões blásticas na coluna vertebral e na bacia, compatíveis com lesões secundárias. Realizada biópsia prostática transrectal que confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma da próstata e cintigrafia óssea que confirmou metastização óssea multifocal.

Discussão & Conclusão

Este caso clínico pretende ilustrar um caso raro de bacteriémia a *Actinobaculum schaalii*, provavelmente secundária com ponto de partida urinário, num doente com neoplasia da próstata, alertando para este agente patogénico muitas vezes subisolado pelas suas características particulares.

PO-0586 - (4175) - ENDOCARDITE, O CAMALEÃO

Joana Lopo¹; Rita Domingos¹; Ana Morgado¹; Paulo Alano¹; Fátima Cereja¹; Ignacio Moreno¹

1 - CHUA Faro

A endocardite infecciosa é uma infecção grave do endotélio cardíaco. Apesar dos avanços tecnológicos, o seu diagnóstico ainda constitui um desafio pela sua apresentação clínica ser multifacetada. Atualmente os critérios de Duke definem o diagnóstico pela combinação de características clínicas, microbiológicas, patológicas e ecocardiográficas. O sucesso terapêutico depende da suspeição clínica e início do tratamento precoce. O objetivo deste caso é mostrar a versatilidade na apresentação da endocardite infecciosa, ressaltando a importância de ser considerada como diagnóstico diferencial nos diversos contextos clínicos. Homem, 52 anos, diabético tipo 2 e obeso. Recorre ao hospital por mau estar geral e febre não quantificada com 3 dias de evolução. Após o jantar terá iniciado quadro de disartria e desvio da comissura labial direita (dta). Apresentava ainda monoparesia do membro superior esquerdo. Exames complementares revelaram leucocitose com neutrofilia e trombocitopenia. Punção lombar inocente. TAC crânio-encefálico (CE): hemorragia subaracnoideia (HSA) aguda com discreto componente hiperdenso no sulco central esquerdo, hipodensidade cortico-subcortical na circunvalação pré-central a direita, em provável relação com isquemia recente/edema. Venotac aparente ausência de preenchimento do seio lateral direito. TAC-CE reavaliação: HSA de novo na região sulcal parieto-occipital paramediana direita. Internado por suspeita de trombose venosa cerebral complicada por HSA e iniciou ceftriaxona. Por agravamento clínico repete TC-CE: volumoso hematoma de novo intra-axial temporal direito, com área de edema vasogénico perifocal e área focal hipodensa frontal direita. Por manter febre e apresentar quadro de hematomas e HSA em localizações atípicas, realiza rastreio séptico e inicia vancomicina. O ecocardiograma transtorácico não apresentava alterações, as hemoculturas foram positivas para MSSA e posteriormente o ecocardiograma transesofágico apresentou uma imagem sugestiva de vegetação da válvula aórtica com insuficiência aórtica grave. O paciente foi proposto para cirurgia cardíaca mas não apresentava condições para tal. A sua evolução foi negativa e, apesar de delirado o processo infeccioso inicial, após outras complicações infecciosas acabou por falecer.

Conclusão: a endocardite que se apresenta com embolização cerebral pode ser confundida com TVC ou HSA. O diagnóstico definitivo pode ser difícil e a falta/atraso no tratamento podem culminar em um desfecho fatal.

PO-0587 - (2722) - TUBERCULOSE PERITONEAL FIBROADESIVA EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE: QUANDO A CIRURGIA JÁ NÃO CONSEGUE INTERVIR

Inês Amarante¹; Vasco Almeida²; Claudina Cruz²; Freddy Ramirez²; Sara Magalhães²; Sérgio Cabaço²; Raquel Pinto²; Stepanka Betkova²; Sara Lino²; Maria José Manata²; Fernando Maltez²

1 - Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; 2 - Hospital Curry Cabral

INTRODUÇÃO: A tuberculose peritoneal representa 6% dos casos de tuberculose (TB) extrapulmonar, manifestando-se por três padrões: ascítica, nodular-caseosa e fibroadesiva. O atraso no diagnóstico é comum pela inespecificidade clínico-laboratorial e frequente sobreposição com doenças crónicas (cirrose hepática), traduzindo-se em elevada taxa de mortalidade.

CASO CLÍNICO: Homem, 40 anos, natural da Guiné-Bissau, residente em Portugal, com história de alcoolismo e infeção crónica por vírus de hepatite B. Internado após a segunda vinda ao Serviço de Urgência (SU) por dor e aumento de volume abdominal, esteatorreia e perda ponderal há nove meses. Na primeira avaliação, apresentava na tomografia computadorizada (TC) abdominal ascite, espessamento do peritoneu, distensão intestinal difusa e múltiplas adenopatias - inicialmente assumida hepatopatia crónica etanólica e encaminhado à Consulta de Hepatologia, onde foi novamente remetido ao SU, por dor abdominal agravada, febre e dispneia: TC toraco-abdomino-pélvica com cavitações pulmonares e pneumoperitoneu sugestivo de perfuração intestinal, submetido a laparotomia exploradora urgente, identificando-se peritonite fibroadesiva grave a impossibilitar acesso à cavidade abdominal. Avaliação do líquido ascítico e biópsia peritoneal com identificação de Mycobacterium tuberculosis complex por técnica de amplificação de ácidos nucleicos e exame cultural. Avaliação complementar com baciloscopia de expectoração positiva na coloração Ziehl-Neelsen e cultural com o mesmo agente. Admitida TB disseminada com envolvimento pulmonar, ganglionar e peritoneal, sendo instituída terapêutica antituberculosa. Pela impossibilidade cirúrgica e gravidade da peritonite, associada corticoterapia sistémica. Melhoria clínica e apirexia inicial, evoluindo depois com recrudescência de febre, fistulização e abscesso intrabdominal com drenagem purulento-fecalóide por deiscência de ferida operatória. Foi adicionada antibioterapia, contudo não sendo possível até à data intervenção cirúrgica pela peritonite fibroadesiva grave.

CONCLUSÃO: Apresenta-se um caso de TB disseminada grave com peritonite fibroadesiva num doente imunocompetente, ilustrando o impacto negativo que o diagnóstico tardio pode ter para o doente. A TB peritoneal requer diagnóstico e tratamento precoces, de forma a evitar complicações clínicas que diminuam a eficácia da terapêutica médica e impeçam a terapêutica cirúrgica.

PO-0588 - (2619) - MYCOBACTERIUM NON-TUBERCULOSIS COMO CAUSA DE TOSSE CRÓNICA

Isabel Viana Novo¹; Adriana Pereira Almeida¹; Marta Oliveira Ferreira¹; Sara Pereira¹; Mário Esteves¹; Filipa Guedes¹; Glória Gonçalves¹; Margarida Arantes Silva¹; Sofia Festa¹

1 - Unidade de Saúde Local Médio Ave

A tosse é um sintoma comum e inespecífico tornando o seu diagnóstico etiológico desafiador. Neste caso, abordamos o diagnóstico e tratamento de uma tosse persistente, explorando a importância da avaliação completa para a identificação de causas menos comuns.

Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 84 anos. Sem comorbilidades relevantes. Encaminhada à consulta de Medicina Interna por tosse crónica. Ao exame objetivo sem alterações de relevo, nomeadamente à auscultação pulmonar. Dos exames complementares de diagnóstico de realçar a tomografia computadorizada do tórax que sugeriu uma possível patologia do interstício pulmonar. Realizou broncofibroscopia que não revelou anormalidades evidentes, mas o lavado broncoalveolar apresentou sinais de alveolite eosinofílica grave e o exame bacteriológico identificou uma micobactéria não tuberculosa - Mycobacterium Mycobacterium intracellulare. Foi iniciado tratamento triplo com rifampicina, etambutol e claritromicina com posterior resolução da tosse.

A identificação de alveolite eosinofílica grave e a presença de infeção por Mycobacterium Mycobacterium intracellulare demonstra a complexidade de algumas condições pulmonares. A presença de alveolite eosinofílica é um achado relevante, sugerindo uma resposta inflamatória intensa nos pulmões e, a infeção por Mycobacterium Mycobacterium intracellulare, uma micobactéria não tuberculosa, está geralmente associada a quadros pulmonares crónicos e complexos. O diagnóstico preciso e o tratamento direcionado resultaram numa resolução eficaz da tosse, sublinhando a importância de uma abordagem cuidadosa e personalizada perante esta queixa clínica.

PO-0589 - (2150) - QUANDO UM DIAGNÓSTICO DE ARTRITE SÉPTICA ESCONDE UMA TUBERCULOSE OSTEOARTICULAR - A PROPÓSITO DE UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Catarina Silva¹; Rita Sevivas¹; Flávia Fundora Ramos¹; Dany Cruz¹; João Abreu¹; Carlos S.Oliveira¹

1 - Hospital de Santa Maria Maior

Introdução: A tuberculose (TB) como doença descrita por Sir Percival Pott como uma doença com repercussão ao nível da coluna vertebral. Recentemente, esta forma de apresentação mostrou um ressurgimento significativo sobretudo nos países desenvolvidos.

Caso Clínico: Doente de 81 anos, antecedentes de Hipertensão Arterial recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de febre com 2 semanas de evolução. Associadamente lesão volumosa axilar esquerda e astenia. Abordada lesão com drenagem de cerca de 20mL de conteúdo purulento, cujo estudo microbiológico inicial se revelou amicrobiano. De referir ainda uma volumosa formação no ombro esquerdo, ecograficamente como sonolucente, traduzindo hematoma. Numa tentativa de caracterização de lesões e estudo o doente realizou TAC das articulações afetadas e TAC-Toraco-Abdomino-Pélvico que revelou: coleção paravertebral direita medindo cerca de 5.3cm. Aspetos que poderão traduzir uma artrite séptica da articulação gleno-umeral e ombro esquerdo. Tendo em conta o exposto assumiu-se diagnóstico de artrite séptica e iniciou Vancomicina, Ampicilina e Clindamicina. Muito embora o início de antibioterapi, as lesões progrediram, surgindo novas lesões abcedadas no ombro direito e grande peitoral com necessidade de limpeza cirúrgica. Associou-se ainda dor lombar pelo que realizou TC-Coluna lombar com imagem lítica em L1 e absorção óssea no corpo vertebral que poderia estar em relação com espondilodiscite ou lesão por micobactéria. Seguiu-se a RM-Coluna Lombar com abscessos paravertebrais direitos e abscesso multiloculado paravertebral direito que se insinua ao longo dorso. Destaque-se estudo serológico negativo para HIV e radiografia de torax sem alterações valorizáveis. Após estudo extenso, obteve-se resultado de líquido gleno-umeral esquerdo (após 3 idas ao Bloco Operatório) a revelar presença de presença de bacilo álcool-ácido resistente ao exame direto e na cultura *Micobacterium tuberculosis*. Neste sentido após discussão multidisciplinar assumiu-se TB osteoarticular e estabeleceu-se tratamento por 12 meses: 2 meses combinando: Rifampicina, Isoniazida, Etambutol, Pirazinamida com posterior manutenção com Rifampicina e Isoniazida por 10 meses.

Conclusão: A pertinência deste caso prende-se pelo desafio diagnóstico destacando-se que abscessos nas partes moles da região espinhal devem sugerir TB. A investigação etiológica deve reunir argumentos anamnésicos e clínicos. O tratamento é imperativo para evitar complicações.

PO-0590 - (2957) - BACTEREMIA POR ESCHERICHIA COLI PRODUTORA DE BETA-LACTAMASES DE ESPETRO ALARGADO

Paula Matias¹; Ana Toste¹; Catarina Vale¹; Sandra Sousa²; Inês Pinheiro³; Ana Faceira¹; Joana Pereira¹; Fernando Friões¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de São João; 2 - Unidade Local de Saúde do Nordeste; 3 - Unidade Local de Saúde da Região Aveiro

O estado de imunossupressão relativa induzida pela diabetes mellitus (DM) com mau controlo metabólico pode predispor a complicações infecciosas.

Mulher, 52 anos, antecedentes de DM tipo 2, s/ terapêutica há meses por autoiniciativa. Febre desde Dezembro. Medicada nesse mês c/ cefuroxima e posteriormente c/ nitrofurantoína. Vinda ao Serviço de Urgência em Janeiro por febre, dispneia e toracalgia direita de características pleuríticas. Hemodinamicamente estável, insuficiência respiratória tipo 1 (PaO₂/FiO₂ 270). Analiticamente c/ leucocitose neutrofílica e elevação da proteína C reativa (305mg/dL). Hemoglobina glicada 16%. Radiografia tórax c/ condensações dispersas e AngioTC torácica c/ lesões nodulares bilaterais, algumas cavitadas e derrame pleural direito de pequeno volume, s/ tromboembolismo. Pesquisa de antígeno SARS-CoV2, Influenza e VSR em exsudado nasal e pesquisa do antígeno Streptococcus pneumoniae e Legionella pneumophila na urina negativos. Líquido pleural c/ critérios de derrame complicado, LDH 1900U/L, glicose 337mg/dL, pH 7.0. Iniciada terapêutica antibiótica empírica c/ amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina e colocado dreno torácico. Isolamento de Escherichia Coli produtora de beta lactamases de espectro alargado (ESBL) em 6 culturas de sangue. Alterada antibioterapia para ertapenem. Isolamento do mesmo agente no líquido pleural. Pelas lesões pulmonares sugestivas de embolização realizou ecocardiograma transtorácico e transesofágico, que não revelou sinais de endocardite. Realizou tomografia computadorizada abdomino-pélvica que mostrou trombose extensa da veia renal e gonadal esquerdas. Iniciada hipocoagulação. Estudo protrombotico e auto-imune negativos. À posteriori confirmado isolamento do mesmo agente em urocultura de ambulatório, refletindo infeção do trato urinário c/ trombo infetado associado e embolização sistémica com focalização pulmonar.

Os agentes mais comuns de bacteremia adquirida na comunidade são os bacilos de gram negativo, sendo a E.coli responsável por até 7% desses casos e também o agente o agente que mais frequentemente produtor de ESBL.

Em doentes com DM mal controlada e infeção, o limiar de suspeição para agentes agressivos e complicações embólicas sépticas deve ser baixo, por forma a permitir um tratamento eficaz e atempado com melhor prognóstico para os mesmos.

PO-0591 - (2274) - ACROCIANOSE DIGITAL, ARTRITE E PNEUMONIA ORGANIZATIVA - MANIFESTAÇÕES RARAS DE INFECÇÃO POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

Duarte Lima¹; Teresa Sampaio¹; Patrícia Santos Sequeira¹; Ana Luísa Nunes¹

1 - Hospital Pedro Hispano

Introdução

A infeção por *Mycoplasma pneumoniae* caracteriza-se por um amplo espectro de manifestações respiratórias com diferentes critérios de gravidade, das quais se destaca a pneumonia organizativa (PO), condição rara e mediada por mecanismos inflamatórios, potencialmente reversível se diagnosticada precocemente.

O atingimento extra-pulmonar, como a acrocianose digital (AD) e a artrite, está igualmente descrito na literatura, embora os mecanismos fisiopatológicos não estejam bem esclarecidos, teorizando-se fenómenos de lesão direta (local), indireta (imunocomplexos) e vaso-oclusiva.

Caso clínico

Mulher, 69 anos, apresenta-se com quadro de acrocianose digital dolorosa de instalação súbita na semana prévia, associada a astenia e dispneia para pequenos esforços, com duas semanas de evolução. História de pirose nos anos prévios. Ao exame objetivo com crepitações bilaterais dispersas e AD bilateral.

Analiticamente, com provas de coagulação normais. Imagem torácica com infiltrados de predomínio nos lobos inferiores, sugestivos de PO. Estudo imunológico extenso negativo, incluindo crioglobulinas. Capilaroscopia sem alterações específicas. Positividade para *Mycoplasma pneumoniae* (IgM), com restantes causas infecciosas negativas. Broncofibroscopia a denotar inflamação, com presença de “foamy cells”, sem achados microbiológicos. Ecocardiograma com sinais de hipertensão pulmonar. Excluídas causas neoplásicas com estudo dirigido.

A salientar início insidioso de oligoartrite assimétrica de médias e grandes articulações no internamento.

Perante os achados, admitida AD, artrite e PO secundárias a infeção por *Mycoplasma pneumoniae*. Instituída nifedipina (120mg/dia) e prednisolona 0.75mg/kg/dia (esquema de desmame), com resolução completa da acrocianose e artrite e melhoria dos sintomas respiratórios.

Discussão e conclusão

A apresentação com AD e PO secundárias a infeção por *Mycoplasma pneumoniae*, como no caso descrito, é rara e atípica. Os fenómenos patológicos associados ao desenvolvimento de AD não são consensuais, sendo a formação de crioglobulinas o mecanismo teórico mais descrito. O uso dos bloqueadores de canais de cálcio nesta condição também não é universal. O desenvolvimento de PO parece ter por base um processo patológico de reparação tecidual, sendo o diagnóstico precoce e o tratamento adequado cruciais na redução da morbilidade e melhoria da qualidade de vida, assumindo a corticoterapia um papel central no processo de recuperação.

PO-0592 - (2251) - ABCESSO HEPÁTICO AMEBIANO - UM SOUVENIR INDESEJADO

Marta Barrigas¹; Mariana Esteves¹; Sandra Tavares¹; Tânia Afonso¹;
Olívia Cardoso¹; Daniel Pereira¹; Catarina Coelho¹; Daniela Pinheiro¹; André Ribeiro¹

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

A infeção por *Entamoeba histolytica* é uma parasitose de distribuição mundial, mas característica de certas zonas endémicas. É de transmissão fecal-oral. Os trofozoítos depositam-se na mucosa do intestino grosso podendo migrar para outros órgãos. Os sintomas vão de dor abdominal ligeira até disenteria grave. Nas fezes o protozoário é expulso em forma de cisto que por ser resistente ao ambiente externo, vai contaminar água ou alimentos, perpetuando o ciclo de vida.

Um homem de 37 anos, vindo há 6 meses de São Tomé e Príncipe, onde trabalhava na restauração, recorre ao serviço de urgência por dor abdominal persistente, colúria e febre que não cedia a antipiréticos. Ao exame objetivo icterico, auscultação cardiopulmonar normal e desconforto abdominal. T° 38,5°C, FC 115 bpm, FR 18 ciclos/min. No estudo analítico de destacar Leucócitos 15830/uL, AST 35 uL, ALT 51 uL, GGT 211 uL, FA 154 uL, Bil T 1.60 mg/dl PCR 38.20 e exame sumário de urina com corpos cetónicos 3+ e Bilirrubina 1+. Realizou TAC abdominal-pélvico que revelou "abcesso no lobo direito hepático, com 55 mm. Sinais sugestivos de colite, sobretudo do ascendente e transverso". Iniciou empiricamente ceftriaxona e metronidazol e foi internado para estudo de abcesso hepático (piogénico vs outros) e colite infecciosa. A drenagem do abcesso foi realizada por radiologia de intervenção, resultando em pequeno pneumotórax iatrogénico, este último sem necessidade de drenagem. O bacteriológico do líquido de drenagem foi positivo para *Entamoeba histolytica*, assim como as coproculturas (positivas para *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* e *Shigella/EIEC*).

Manteve metronidazol durante 16 dias, ceftriaxona durante 24 dias e cumpriu ciclo de 7 dias de paramomicina, realizando parte do internamento em regime de hospitalização domiciliária. Reavaliado em consulta externa após 1 mês de diagnóstico TAC abdominal que revelou sequela nodular no lobo hepático direito com cerca de 15mm. Teve alta hospitalar com resolução completa do quadro e sem novas admissões desde então.

Apesar de ser uma entidade rara em Portugal com o aumento do turismo e a migração das populações, a amebíase deve ser um diagnóstico diferencial a ter em conta no estudo do abcesso hepático. A demora no reconhecimento da entidade e por isso a não instituição de terapêutica dirigida influencia diretamente o prognóstico dos doentes.

PO-0593 - (2534) - THE SECRET LIES IN THE TONGUE

Henrique Atalaia Barbacena^{1,2}; Catarina Isabel Lopes¹; Inês Matias Lopes¹; Raquel Soares¹; Patrícia Howell Monteiro¹

1 - Hospital de Santa Maria, ULS de Santa Maria; 2 - Instituto de Farmacologia e Neurociências Básicas, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

INT: Syphilis is a disease with rising prevalence, especially in countries like Portugal and Spain. In secondary syphilis, cutaneous manifestations are cornerstone signs and the oral mucosa may be involved. The tongue is particularly affected, mainly by mucous patches with serpentine or snail-like trail, but this involvement is many times forgotten outside the scope of Dermatology and Stomatology. We present a case of secondary syphilis with extraordinary oral manifestation.

CASE: We report the case of a 30-year-old woman with previous diagnosis of migraine, admitted to the emergency department with a six-month history of painful and progressively enlarged neck lymph nodes persistent headache, weight loss (8% total body weight), myalgias and alopecia. The patient denied fever, travels abroad, animal exposure and high-risk sexual behavior. At physical exam she showed two palpable tender painful anterior left jugular lymph nodes <1cm and patchy tongue erosions with a snail-like trail. Neurological and skin exams were normal. Blood work with sedimentation rate 24mm, C-reactive protein 0.7mg/dL, normal blood count and lactate dehydrogenase. Neck CT showed several adenomegalies in the cervical and supraclavicular chains. Autoimmune panel turned out negative. Infectious serologies for HIV, CMV and EBV were negative for acute infection. Treponema pallidum serology was positive (RPR 16dils; TPHA 1/20480). Because of persistent headache cerebral MRI was performed, without evidence of lesions, meningeal highlight or venous thrombosis, and lumbar puncture showed uncharacteristic cerebrospinal fluid, with negative VDRL, excluding central nervous system involvement. Secondary syphilis was admitted and patient treated with a single dose of 2.4MUI of penicillin, with complete symptomatic resolution, remission of lymphadenopathy and tongue lesions. RPR titration six-months after treatment presented a significant title reduction (2dils).

CONC: Secondary syphilis has a multitude of clinical manifestations. The oral mucosa presents as a mirror to systemic diseases, may be involved at any stage of syphilis and must be subject to examination. In secondary syphilis, the tongue is particularly affected, however differential diagnosis is extensive, requiring a high degree of suspicion. The presented case enforces such involvement and the need for attentive observation, particularly for internists, a basilar speciality in managing and diagnosing systemic diseases.

PO-0594 - (2523) - MONONUCLEOSE EM IDADE GERIÁTRICA

Daniela Nascimento Silva¹; Mariana Bessa Quelhas¹; Jorge Bravo¹;
Jose Del Águila De Los Ríos¹

1 - Hospital Santa Luzia de Elvas, ULSSALE, E.P.E.

A mononucleose infecciosa (MI), causada pelo vírus de Epstein-Barr (EBV), é caracterizada por síndrome febril, faringite e linfadenopatias. Tem maior incidência em idade pediátrica e jovens adultos, muitas vezes subclínica, associando-se a maior severidade e por vezes necessidade de hospitalização quando ocorre em adultos ou idosos.

Homem de 78 anos, antecedentes de hipertrofia benigna de próstata e fumador ativo. Recorreu ao serviço de urgência por síndrome febril sem claro foco infeccioso identificado, associado a astenia, anorexia e perda ponderal com duas semanas de evolução. Dos exames realizados, destaque para linfocitose, padrão de citólise e colestase hepática (elevação de aminotransferases, fosfatase alcalina e gama glutamil transferase), hiperferritinemia e discreta elevação de proteína C reativa, sem outras alterações. Realizou tomografia computadorizada (TC) torácica abdominal e pélvica a destacar espessamento difuso amigdalino sugestivo de inflamação, com adenomegalias nas cadeias jugulo-carotídeas bilateralmente, cervical posterior, hilares, laterotraqueais e infracarinais. Baço com dimensões no limite superior da normalidade, sem outras alterações de relevo. Foram procuradas causas infecciosas, inflamatórias e neoplásicas. A fenotipagem das células de sangue periférico revelou inversão da razão CD4/CD8 e aumento de linfócitos gama/delta, com forte indício de infeção viral. O ecocardiograma descartou existência de vegetações valvulares. Resultado microbiológico de hemoculturas negativo para bacteriemia. Aproximadamente cinco dias após o internamento, resultado positivo para IgM de EBV. Assim, assumiu-se mononucleose infecciosa em doente idoso, com repercussão constitucional e reatividade inflamatória. Por episódios de flutuação do estado neurológico não justificada pelos achados imagiológicos objetivados em TC crânio, foi realizada punção lombar que descartou atingimento infeccioso do sistema nervoso central. Apresentou boa evolução sob terapêutica sintomática, apresentado regressão de toda a clínica bem como dos parâmetros laboratoriais.

Pela sua forma de apresentação incomum em idades avançadas, a mononucleose infecciosa é muitas vezes relegada e não tida em conta no diagnóstico diferencial na apresentação clínica de várias doenças. Os autores pretendem com este caso alertar para a variabilidade de manifestações clínicas que esta pode assumir em doentes idosos, mimetizando patologias infecciosas graves ou oncológicas.

PO-0595 - (4999) - CATETERES, HEMODIÁLISE E ENDOCARDITE: UMA COMBINAÇÃO PERIGOSA!

José Martins Dos Santos¹; Inês Quinteiro¹; Filipa Gonçalves¹; José Duro¹; Gonçalo Peres¹; Nina Jancar¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

Introdução:

A endocardite é uma complicação grave associada à utilização de cateteres de hemodiálise. A gestão adequada envolve a administração de antibioterapia direcionada e, nalguns casos, a remoção do cateter.

Caso Clínico:

Doente do sexo masculino, 69 anos, com antecedentes médicos significativos de hipertensão arterial, cardiopatia isquémica e doença renal crónica estágio 5 em hemodiálise por cateter de longa duração por falência de múltiplos acessos vasculares. Admitido por quadro de diarreia, sem sangue ou muco, com duas semanas de evolução associado a desconforto abdominal, astenia e hipotensão após sessão de hemodiálise. Ao exame objetivo apresentava abdómen indolor à palpação, sem sinais de peritonite. Da avaliação complementar salientava-se elevação dos parâmetros inflamatórios, assim como hipocaliemia e hipernatremia em doente hemodialisado. Realizou TC abdómino-pélvica, que revelou ligeiro espessamento parietal circunferencial do cólon sigmóide e reto, com ligeira densificação da gordura, aspectos compatíveis com colite. Medicado inicialmente com piperacilina/tazobactam e vancomicina, com posterior isolamento de *Staphylococcus aureus* multisensível nas hemoculturas, pelo que foi alterada a antibioterapia para cefazolina, de acordo com o antibiograma. Ecocardiograma transesofágico mostrou múltiplas massas, envolvendo todo o catéter no seu trajecto na veia cava superior e trajecto inicial auricular e vegetação na válvula mitral. Atendendo ao risco de embolia por substituição do cateter, manteve antibioterapia dirigida com cefazolina durante 8 semanas, com posterior resolução da endocardite.

Discussão e Conclusão:

A endocardite associada a cateteres de hemodiálise é uma complicação grave, frequentemente relacionada a bacteremia nosocomial. Os cateteres fornecem uma porta de entrada direta para os patógenos, facilitando a adesão bacteriana e a formação de biofilme sobre as superfícies intravasculares. A manipulação frequente do cateter durante as sessões de hemodiálise pode causar danos à integridade endotelial, aumentando ainda mais o risco de colonização bacteriana e subsequente desenvolvimento de endocardite.

Epidemiologicamente, as endocardites associadas a cateteres de hemodiálise são mais comuns em pacientes com múltiplas comorbidades, incluindo doença renal crónica avançada e condições que requerem acesso vascular prolongado.

PO-0596 - (5054) - PANUVEITE EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE – UM CASO DE TOXOPLASMOSE

Jorge Bezerra¹; Alexandra Esteves¹; Diana Lopes Barros¹; Ana Frederica Parente¹; António Cardoso Fernandes¹; Maria Inês Risto¹; Patrícia Sobrosa¹; Patrícia Araújo¹; Carolina Marques Miranda¹; Carmélia Rodrigues¹; Diana Guerra¹

1 - Hospital de Santa Luzia - ULSAM

Introdução: Na apresentação súbita de olho vermelho doloroso, fotofobia e visão turva, o diagnóstico de uveíte deve ser considerado. A investigação etiológica deve incluir doenças sistêmicas de origem infecciosa ou inflamatória, sendo o contexto epidemiológico crucial para um diagnóstico correto e precoce.

Caso Clínico: Homem, 21 anos, de São Tomé e Príncipe. História de escotoma no olho esquerdo (OE) desde os 15 anos, etiologia desconhecida. Queixas de xeroftalmia e ardor no olho direito (OD) com vários meses. Agravamento súbito com eritema, hipovisão e fotofobia, avaliado por Oftalmologia que constatou uveíte anterior, medicado com cloranfenicol, dexametasona e cetrolac tópicos. Reavaliado após 1 semana, com nova lesão esbranquiçada no exame de fundo ocular do OD e vasculite associada. No OE, notada lesão cicatricial sugestiva de toxoplasmose. Encaminhado ao Serviço de Urgência e excluídas manifestações clínicas sugestivas de envolvimento sistémico. Com ótimo estado geral, exame físico e estudo analítico sem alterações de relevo, tomografia computadorizada cranioencefálica e radiografia de tórax normais. Assumida panuveíte por reativação de toxoplasmose em doente imunocompetente, decidida associação de cotrimoxazol oral à terapêutica tópica prévia. Após 2 semanas de cotrimoxazol isolado com melhoria clínica, associada prednisolona oral (40mg). Com o tratamento, na consulta de seguimento de oftalmologia, melhoria das lesões, sem sequelas. Na consulta de Medicina Interna, confirmação do diagnóstico com serologia de toxoplasmose positiva para IgG e negativa para IgM. Restante estudo exaustivo de etiologias infecciosas e não infecciosas negativo. Evolução favorável, permitindo o desmame progressivo da corticoterapia oral. Suspenso cotrimoxazol após 6 semanas com recrudescimento dos fenómenos de vasculite do OD. Assim, decidido o prolongamento do cotrimoxazol até às 12 semanas de terapêutica.

Discussão: Em casos de coriorretinite de etiologia desconhecida, é crucial considerar a toxoplasmose ocular primária, sobretudo se unilateral e com lesões cicatriciais típicas, muitas vezes as únicas manifestações em doentes assintomáticos. Embora menos comum em imunocompetentes, a possibilidade de reativação usualmente bilateral deve ser considerada. O diagnóstico tardio pode ter consequências graves, não só por atraso no início do tratamento, como por implementação de medidas terapêuticas inadequadas como o início da corticoterapia sem a devida cobertura antiparasitária.

PO-0597 - (4240) - UTILIZAÇÃO DO TESTE SEROLÓGICO VDRL NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA

Filipa De Oliveira Nunes¹; João Dinis Martins¹; Ana Rita Ambrósio¹; Marta Ferreira¹; Catarina Santos¹; Débora Silveira¹; Gustavo Correia¹; Ana Grilo¹; Hugo Pêgo¹; Marta Teodoro¹; Raquel Tavares¹; Paulo Rodrigues¹; Fernando Martos Gonçalves¹; José Lomelino Araújo¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A sífilis é uma infeção prevalente a nível mundial, com números que têm vindo a aumentar desde os anos 80-90. É causada pela bactéria *Treponema pallidum* e a sua principal via de transmissão é sexual. A infeção nem sempre é diagnosticada numa fase precoce, atingindo alguns doentes o estado de latência, estado esse que se mantém durante vários anos até ao possível aparecimento de manifestações tardias.

O diagnóstico é habitualmente feito através de testes serológicos, existindo testes não treponémicos (como o Venereal Disease Research Laboratory – VDRL), normalmente usados para rastreio, e testes treponémicos (como o *Treponema pallidum* hemagglutination assay - TPHA), usados como confirmatórios por serem mais específicos.

Não existindo qualquer sintomatologia nos doentes em fase latente e sendo esta uma doença facilmente tratável, reveste-se de especial importância o rastreio para deteção da infeção, por forma a conseguir evitar complicações futuras da doença.

No nosso hospital, o VDRL faz parte de um perfil de análises denominado “Avaliação inicial – Medicina Interna” e, como tal, é muitas vezes solicitado nos doentes internados no serviço.

Objetivo: Determinar a prevalência de positividade de VDRL na população-tipo de um serviço de Medicina Interna e aferir a real utilização do perfil analítico pré-programado.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos de todos os doentes admitidos a cargo de um serviço de Medicina Interna num período de 15 semanas consecutivas. Para cada um, além dos dados demográficos, consultaram-se os resultados analíticos do internamento, verificando-se se foi realizado um teste VDRL e qual o seu resultado. Os doentes foram classificados como “VDRL não pedido”, “VDRL positivo” e “VDRL negativo” e calcularam-se as respectivas taxas de prevalência.

Resultados: De um total de 518 doentes analisados, verificou-se que o teste VDRL tinha sido solicitado em 125 destes (24,1%). A quase totalidade dos doentes apresentou resultado negativo, com excepção de 1 caso. Assim, obteve-se teste VDRL positivo em 0.8% dos doentes rastreados.

Conclusões: Com este estudo, e apesar das suas limitações, percebemos que a prevalência de sífilis na população-tipo de um serviço de Medicina Interna é muito reduzida. Contudo, sabe-se que o VDRL pode negatizar, mesmo em doentes não tratados, e portanto vários dos resultados podem corresponder a falsos negativos de doentes em estadios mais tardios da infeção. Ainda assim, considerando o objetivo primário da inclusão do VDRL num perfil de análises geral, que é o de rastrear infeções latentes, pode ser questionada a sua pertinência em subgrupos de doentes onde a prevalência de testes positivos seja reduzida como na população deste estudo, refletindo apenas uma realidade local.

Por fim, o reduzido número de VDRL requisitados revela que o perfil analítico de admissão não é uma ferramenta utilizada de forma uniforme pela equipa médica, podendo ser alvo de revisão.

PO-0598 - (4466) - DIARREIA CRÓNICA... E UMA MARCHA DIAGNÓSTICA DIFÍCIL

Miguel Carrilho¹; Mariana Belo Nobre¹; Madalena Costa Santos¹; Madalena Carvalho¹; Ryan Costa Silva¹; Joana Rosa Martins¹

1 - ULS de Santa Maria

A estrogiloidíase intestinal é uma forma de manifestação da infeção crónica pelo *S. stercoralis*, caracterizando-se pela presença de sintomas inespecíficos como diarreia, epigastralgia, anorexia e vómitos. O carácter crónico da infeção pelo *S. stercoralis* deve-se ao facto de este agente ter a capacidade de completar o seu ciclo de vida completo no hospedeiro humano, sem necessidade de reinfeções exógenas.

Homem de 60 anos, com história de diarreia crónica, com mais de 30 anos de evolução amplamente investigada, mas sem diagnóstico etiológico até à data, condicionando prévias admissões em UCI por acidémia metabólica grave e lesão renal. Admitido por choque séptico com provável ponto de partida abdominal por translocação bacteriana, condicionando disfunção multiorgânica (renal, hematológica, respiratória e neurológica) e acidémia metabólica grave (pH 6.7, HCO₃ 3). Cumpriu antibioterapia empírica, observando-se paulatina melhoria clínica e analítica sendo possível suspensão de suporte hemodinâmico, ventilatório e renal. Após transferência para o Serviço de Medicina Interna foi reiniciado estudo etiológico de diarreia crónica. A calprotectina fecal mostrou-se elevada sugerindo doença orgânica em atividade, os exames endoscópicos não revelaram alterações de relevo, sendo a biópsia rectal e abdominal negativa para deposição de substância amiloide. Consideradas outras hipóteses diagnósticas nomeadamente insuficiência pancreática, mas elastase fecal normal e diarreia por ácidos biliares, mas não apresentou resposta a prova terapêutica com colestiramina. A pesquisa de ovos, quistos e parasitas nas fezes foi negativa. Foram solicitadas serologias adicionais, destacando-se positividade para *S. stercoralis*. Foi assumido o diagnóstico de estrogiloidíase crónica, tendo iniciado terapêutica dirigida com ivermectina com completa resolução do quadro. A abordagem diagnóstica tradicional da estrogiloidíase consiste na observação direta ao microscópio das larvas de *S. stercoralis* nas fezes, no entanto a sensibilidade é inferior a 50% dada a excreção intermitente de larvas. Em contrapartida, podem ser utilizados testes serológicos com maior sensibilidade, úteis também na avaliação de resposta terapêutica. A abordagem diagnóstica da diarreia crónica é por vezes difícil e morosa, não devendo, no entanto, ser descurada, ainda que as tentativas prévias tenham sido infrutíferas, já que um diagnóstico definitivo pode ter impacto significativo na morbidade e qualidade de vida.

PO-0599 - (4122) - DOENÇA DE WHIPPLE: DO ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO À REAÇÃO DE JARISCH-HERXHEIMER

Dany Cruz¹; Catarina Pinto Silva¹; Rita Sevivas¹; Francisca M. Pereira¹;
João Pedro Abreu¹; Márcia Ribeiro¹

1 - Hospital Santa Maria Maior

Introdução: A Doença de Whipple (DW) é causada por um agente ubiqüitário, o *Tropheryma whipplei*. A patogênese está principalmente associada a fatores do hospedeiro.

Caso Clínico: Sexo feminino, 70 anos, caucasiana. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, epilepsia e síndrome depressiva. Sem história de tabagismo ou alcoolismo. Sem antecedentes familiares significativos. Era seguida em consulta por poliartralgias inespecíficas com quatro anos de evolução, com estudo imunológico negativo. Pela suspeita de doença reumatológica, iniciou prednisolona em baixa dose, com noção de melhoria.

Recorreu ao serviço de urgência por dispneia, ortopneia e edema periférico. Apresentava astenia com meses de evolução. Sem perda ponderal, alterações gastrointestinais ou noção de perdas hemáticas. Analiticamente com anemia de padrão inflamatório e aumento da velocidade de sedimentação e do Pro-BNP. Por anemia agravada teve necessidade de suporte transfusional. Foi assumido quadro de insuficiência cardíaca aguda e anemia de etiologia a esclarecer. Iniciou estratégia diurética, com melhoria clínica progressiva. O estudo endoscópico revelou lesões sugestivas de duodenite e jejunitis ulcerativa, com biópsias das lesões compatíveis com DW. As hemoculturas foram estéreis. Por apresentar queixas mnésicas e alterações comportamentais recentes fez pesquisa do *Tropheryma whipplei* no líquido cefalorraquidiano, que foi positiva. Realizou ecocardiograma transtorácico e transesofágico, sem evidência de envolvimento valvular.

Iniciou ceftriaxone e, horas após a primeira administração, teve episódio de dispneia, hipotensão e febre, interpretados no contexto de Síndrome de Jarisch-Herxheimer (SJH). A antibioticoterapia foi mantida, sem recorrência do quadro. Dado o envolvimento neurológico comprovado, o esquema de ceftriaxone foi prolongado até aos 30 dias e iniciou posteriormente tratamento com Trimetoprim-Sulfametoxazol.

Discussão e Conclusão: As manifestações gastrointestinais da DW são típicas, contudo as artralgias podem preceder por vários anos o diagnóstico. O envolvimento neurológico e cardíaco devem ser ativamente excluídos. Complicações do tratamento, como a SHJ, são raras e podem ser potenciadas pelo uso de corticoterapia prolongada.

PO-0600 - (2218) - FEBRE REUMÁTICA AGUDA - A APRESENTAÇÃO COMUM DE UMA DOENÇA RARA

Rita Sevilas¹; Catarina Pinto Silva¹; Carolina Veiga¹; Márcia Ribeiro¹; Elsa Gonçalves¹; Carlos S. Oliveira¹

1 - Hospital Santa Maria Maior

A artrite reumática aguda é uma doença rara que ocorre 2 a 4 semanas após infecção a *Streptococcus* grupo A. As manifestações clínicas mais comuns são a febre, artralguas transitórias e migratórias e valvulite com insuficiência aórtico-mitral. O diagnóstico exige elevada suspeição e baseia-se maioritariamente em critérios clínicos.

Mulher de 75 anos, autónoma, com fatores de risco cardiovasculares e cardiopatia valvular - ecocardiograma transtorácico (ETT) 2 anos antes com válvula aórtica com cúspides espessadas e focos de cálcio, insuficiência mitral ligeira, função sistólica biventricular conservada. Início da clínica 4 semanas antes, com tosse, mialgias e febre, medicada com amoxicilina. Admitida no serviço de urgência (SU) por manter queixas, ficando internada para estudo de febre persistente e elevação dos parâmetros inflamatórios. Realizou ETT e transesofágico que revelaram estrutura hiperecogénica móvel com 4x3mm na válvula aórtica e insuficiência aórtico-mitral. Assumida endocardite infecciosa e iniciada antibioterapia empírica com Ampicilina, Fluxcloxacilina e Gentamicina. Contudo, a doente mantinha febre e parâmetros inflamatórios aumentados, sem isolamentos microbiológicos nas hemoculturas seriadas. Associadamente, artralguas migratórias sem sinais de artrite e autolimitadas, das articulações do punho, cotovelo e joelho. A serologias de *Brucella*, *Coxiella*, *Borrelia* e *Bartonella* foram negativas, assim como o estudo auto-imune. Dado referido, foi considerada a hipótese de Febre Reumática Aguda - iniciando-se antiinflamatórios não esteróides (AINES). Dois dias depois, apresentou resolução das queixas, apirexia e decréscimo dos parâmetros inflamatórios. Manteve seguimento em consulta, sem recorrência do quadro. O ETT 1 ano depois revelou ser sobreponível ao ETT de ambulatório, prévio ao internamento.

A febre e artralguas, aliadas à ausência de isolamentos microbiológicos e presença de imagem compatível com vegetação cardíaca em ETE, motivou o descarte de outros diagnósticos diferenciais. A rápida melhoria clínica associada ao início de AINES, assim como diminuição dos parâmetros inflamatórios confirmou o diagnóstico. Dada a evolução temporal da doença, a confirmação do agente etiológico torna-se difícil, mas não imprescindível ao diagnóstico. O tratamento desta doença consiste na erradicação da infecção e tratamento sintomático, sendo a primeira linha os AINES, com seguimento regular da clínica e parâmetros inflamatórios para prevenir recorrência.

PO-0601 - (2110) - DESFECHO FATAL DO DIAGNÓSTICO TARDIO DE RICKETTSIOSE

Rita Seivas¹; Catarina Pinto Silva¹; Flávia Fundora Ramos¹; Carolina Veiga¹; Elsa Gonçalves¹; Carlos S. Oliveira¹

1 - Hospital Santa Maria Maior

A *Rickettsia* pertencente ao grupo da Febre Maculosa, é transmitida pela picada de carraça e geralmente causa doença ligeira. O diagnóstico depende principalmente das características clínicas e indícios epidemiológicos. A presença de um exantema macular num doente com febre sem etiologia conhecida deverá levantar suspeitas desta patologia. Além destes sinais, aproximadamente 80% dos doentes podem apresentar trombocitopenia súbita e grave cerca de 10 dias após o início dos sintomas clínicos.

Homem de 80 anos, autónomo com antecedentes patológicos de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, foi admitido no serviço de urgência por quadro de oito dias de evolução de confusão, febre e cefaleia holocraniana constante de intensidade ligeira. Ao exame objetivo, para além da febre T 39°C, não foram objetivadas outras alterações de relevo. Do estudo laboratorial, a destacar elevação da proteína C reativa, sem alterações no hemograma ou exame de urina. Foi realizada tomografia computadorizada de crânio e toraco-abdomino-pélvica, assim como punção lombar, não resultando em achados significativos que identificassem foco infeccioso. Foi iniciada antibioterapia empírica com Ceftriaxona e internado por febre de etiologia em estudo. No primeiro dia de internamento, o doente desenvolve eritema macular disperso pelo tronco, região frontal e membros, acompanhada de trombocitopenia de novo com plaquetas 50.000/mm³). Foram contactados os familiares do doente para aprofundar a anamnese, com destaque para a convivência com cães que teriam carraças e que partilhavam a cama com o doente. Entretanto, após inspeção mais aprofundada, foi detetado o tache-noire. Apesar do início precoce de antibioterapia, o doente apresentou agravamento clínico rápido com choque séptico, pelo que foi transferido para uma unidade de cuidados intensivos. O teste de PCR para *Rickettsia* revelou ser positivo, confirmando-se o diagnóstico de Rickettsiose. Apesar do tratamento com ceftriaxona, o desfecho do paciente foi fatal ao 3º dia de internamento.

A mortalidade associada à Rickettsiose apresentou uma tendência decrescente nos últimos anos, especialmente desde os anos 2000, e tem mantido uma taxa baixa desde então. Contudo, neste caso, talvez a demora em recorrer ao serviço de urgência tenha condicionado a evolução clínica. O aprofundamento da anamnese tornou-se essencial para a suspeita atempada de Rickettsiose, apesar do desfecho.

PO-0602 - (4959) - PRÓTESES VALVULARES E FEBRE Q: UMA RECEITA EXPLOSIVA

Ricardo Miguel Ferreira Da Costa¹; Cristiana Lopes¹; Diana Ferreira Lopes¹; Patricia Vaz Conde¹; José Miguel Pereira¹; Joana Sotto Mayor¹; Marta Ferreira Da Costa¹; Cindy Tribuna¹

1 - Hospital de Braga

A febre Q é uma zoonose de distribuição mundial causada por uma bactéria intracelular Gram negativa, a *Coxiella burnetii*, sendo o gado bovino, caprino e ovino os principais reservatórios. Apesar dos dados oficiais apontarem para uma baixa incidência, esta é uma doença largamente subnotificada. A doença localizada persistente, como a endocardite, necessita de antibioterapia prolongada e, muitas vezes, de cirurgia para controlo de foco.

Apresenta-se o caso de um homem de 67 anos, autónomo, com múltiplos antecedentes dos quais se releva insuficiência cardíaca, valvulopatia com próteses mecânicas mitral e aórtica e pacemaker. Recorreu ao SU por lipotimia, associada a febre e dejeções líquidas com 1 semana de evolução. Ao exame físico com sopro sistólico (já conhecido), hemodinamicamente estável, auscultação pulmonar com crepitações bibasais, sem edemas periféricos. Analiticamente com anemia crónica agravada (hemoglobina de 6,3g/dL), sem leucocitose, PCR de 33 mg/L e NT-proBNP de 9122pg/mL. Ficou internado para estudo de febre. Durante o internamento, realizou ecocardiograma que não mostrou vegetações. Do extenso estudo analítico realizado, identificada serologia IgM positiva para *Coxiella burnetii*, IgG negativa, sem outras alterações de relevo. Assumiu-se febre Q primária e realizou tratamento com doxiciclina durante 14 dias, tendo alta para o domicílio onde se manteve, inicialmente, assintomático.

Voltou a ser internado por febre 2 meses depois, com serologia de IgG fase II positiva para *Coxiella burnetii*. Repetiu ecocardiograma transtorácico e transesofágico que não mostrou vegetações. No entanto, dado não se ter identificado outra causa para a febre e o doente apresentar válvulas mecânicas, assumiu-se febre Q persistente de localização cardíaca, pelo que foi medicado com doxiciclina e hidroxiquina para o domicílio com evolução favorável.

Infelizmente, cerca de um ano depois tem diagnóstico de endocardite infecciosa por *S. epidermidis* e acaba por falecer cerca de 2 semanas após cirurgia cardiorádica.

A febre Q é uma patologia infrequente e com particularidades na gestão, com propensão para atingimento cardíaco e endovascular. Em retrospectiva, atendendo ao elevado risco de infeção cardíaca, este doente deveria ter sido medicado logo após o diagnóstico de febre Q primária com doxiciclina e hidroxiquina durante pelo menos um ano. A partilha de conhecimento de casos como este, promove a gestão mais adequada destes doentes.

PO-0603 - (5078) - HEMOFILIA A ADQUIRIDA: ESTADO DA ARTE DE UMA DOENÇA RARA

Ana Rita Leite¹; Susana Ferreira¹; Jorge Almeida¹; Carlos Grijó¹

1 - Unidade Local de Saúde de São João

A hemofilia A adquirida é uma doença rara que se caracteriza pela formação de auto-anticorpos anti-factor VIII, ou inibidores do factor VIII. Esta patologia deve ser evocada quando confrontados com um doente com hemorragia em quantidade ou local anormais, que não tenha história pessoal de coagulopatia e tenha tempo de tromboplastina parcial activada (aPTT) prolongado. Por se tratar de uma doença com elevada mortalidade e tratamento complexo é motivadora da realização de protocolos hospitalares, de maneira a uniformizar a sua abordagem e tratamento. Uma mulher, de 68 anos, autónoma, com antecedentes de diabetes tipo 2 com bom controlo metabólico e submetida recentemente a valvuloplastia mitral por insuficiência mitral grave, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por astenia e edema dos membros inferiores. Analiticamente com anemia grave, com hemoglobina 5,6g/dL e estudo de coagulação com prolongamento do aPTT (80s). Objectivado em TC-abdominopélvica hematoma do psoas com hemorragia activa, tendo realizado embolização. Factor VIII indoseável com níveis elevados de inibidor do factor VIII (máximo de 120UB). Estudo etiológico extenso negativo, incluindo estudo auto-imune, infeccioso e neoplásico. Iniciado tratamento com corticoterapia em alta dose e ciclofosfamida com descida gradual de títulos de inibidor. Associadamente com isoniazida para tratamento de tuberculose latente e co-trimoxazol para profilaxia de infecção oportunista. Por toxicidade farmacológica, com hepatite medicamentosa, houve necessidade de suspensão de tratamento e redefinição de tratamento, com início de rituximab semanal (dose de 375mg/m²) em associação a corticoterapia, tendo realizado um total de dez tomas semanais, com redução dos níveis de inibidor e melhoria nos níveis de factor VIII. Posterior espaçamento das tomas de rituximab e desmame lento de corticoterapia, sempre com estabilidade clínica. Este caso destaca o já reconhecido papel dos anti-CD20, especificamente do rituximab, no tratamento da hemofilia A adquirida. Apesar disso, diversas questões, como a duração do tratamento com rituximab ou a sua relação com os níveis de inibidor do factor VIII, não estão ainda bem definidas. O caso desta doente levanta, portanto, a discussão da relação entre a duração e composição do tratamento com rituximab e os níveis de inibidor à data do início do tratamento. E, neste aspecto, a literatura disponível descreve casos muito diversos.

PO-0604 - (5035) - ANEMIA HEMOLÍTICA DE ETIOLOGIA AMBÍGUA: EXPLORANDO O DILEMA CLÍNICO DE UM CASO COOMBS-NEGATIVO COM SINAIS DE COOMBS-POSITIVO

José Martins Dos Santos¹; Inês Quinteiro¹; Filipa Gonçalves¹; Gonçalo Peres¹; Beatriz Gonzaga¹; Nina Jancar¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

Introdução: A anemia hemolítica é uma condição caracterizada pela hemólise, levando a uma diminuição da contagem de eritrócitos e, conseqüentemente, à redução da capacidade do sangue de transportar oxigénio. Pode ser classificada como imune ou não imune, dependendo da presença ou ausência de envolvimento do sistema imunológico na destruição dos eritrócitos.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 45 anos, natural do Brasil e residente em Portugal há um ano e meio, com antecedentes médicos de hemorragia digestiva baixa por doença hemorroidária, anemia ferropénica na adolescência, e status pós infeção a *Treponema pallidum* em 2019. Admitido por quadro de cansaço de agravamento progressivo, icterícia, colúria e náuseas com cerca de cinco dias de evolução. Adicionalmente referia quadro de diarreia não sanguinolenta, autolimitada duas semanas antes; negava toma de qualquer medicação, suplementos, contacto com animais, ingestão de produtos não pasteurizados ou viagens recentes. Ao exame objetivo apresentava-se icterico, asténico, mas hemodinamicamente estável. Da avaliação complementar salientava-se anemia normocítica de novo, com valores de hemoglobina em cinética descendente em seriações subsequentes (valor mínimo 5g/dl), esfregaço de sangue periférico sem alterações relevantes, teste de Coombs negativo, haptoglobina consumida (<10), LDH e bilirrubina total elevadas; ecografia abdominal mostrou ligeira hepatomegalia e esplenomegalia. Do estudo etiológico realizado salientam-se serologias infecciosas negativas, pesquisa de clones de hemoglobinúria paroxística noturna negativa, teste Donath-Landsteiner negativo, perfil autoimune negativo, doseamento de piruvatoquinase eritrocitária normal. TC de corpo mostrou apenas hepatoesplenomegalia ligeira.

Durante o internamento iniciou corticoterapia sistémica com dexametasona, imunoglobulina humana endovenosa e suporte transfusional com 4 unidades de concentrado eritrocitário no total, apesar do teste de Coombs direto negativo, dada a gravidade do quadro, com melhoria sintomática e normalização do valor de hemoglobina.

Discussão e Conclusão: A dificuldade diagnóstica associada à anemia hemolítica, ressalta a complexidade dessa condição clínica. O teste de Coombs pode ser negativo em cerca de 10% dos doentes com anemia hemolítica imune. A diversidade de possíveis causas, combinada com a sobreposição de sintomas e achados laboratoriais, torna desafiador chegar a um diagnóstico definitivo.

PO-0605 - (4728) - SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDÁRIO A TUMOR SÓLIDO DO CÓLON

Adriana Henriques¹; Isabel Correia¹; Ana Isabel Rodrigues²; Ana Rita Ramalho¹; Ana Patrícia Coimbra¹; Jandira Lima¹; David Sousa¹; Regina Costa¹; Diana Ferreira¹; João Pina Cabral¹; Lèlita Santos¹

1 - ULS-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: A linfocitose hemofagocítica (LHH) é uma doença rara e potencialmente fatal. Consiste numa resposta imune ineficaz caracterizada por um estado hiperinflamatório descontrolado. Apesar de ser mais frequente na infância, acredita-se que esteja subdiagnosticado no adulto. O espectro de manifestações é amplo e as etiologias subjacentes são diversas, sendo a causa neoplásica menos frequente. De entre as neoplasias, a LHH está mais comumente associado a tumores linfóides e leucemias do que a tumores sólidos.

Caso Clínico: Sexo masculino, 73 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, hiperplasia benigna da próstata e síndrome de Ménière, recorre ao serviço de urgência por febre com 3 semanas de evolução, associado a náusea, anorexia, perda ponderal, tonturas, cefaleias e sudorese nocturna. É internado por AVC isquémico do cerebelo e pancitopenia para estudo. Realiza tomografia computadorizada abdomino-pélvica com espessamento do cólon interpretado como colite, tendo sido medicado empiricamente com ciprofloxacina, sem melhoria. Cumpre ainda, antibioterapia com doxiciclina e piperacilina-tazobactam, sem melhoria do quadro. Realizou colonoscopia, onde foi documentada lesão friável e irregular a ocupar o lúmen cólico cuja biópsia evidenciou adenocarcinoma invasor, sem evidência de metastização à distância. No decorrer do internamento, verifica-se agravamento progressivo do estado clínico com evolução para insuficiência hepática aguda com encefalopatia difusa e coagulação intravascular disseminada. Aspirado medular inconclusivo por esfregaço de baixa celularidade. Ecografia abdominal com hepatomegalia e esplenomegalia (14.8cm). Analiticamente com hiperferritinémia de 6754 ng/ml, Hemoglobina 8.2g/dl, leucócitos $1.8 \times 10^9/L$, plaquetas $8000 \mu L$, fibrinogénio 130mg/dl, CD25 solúvel 5994 pg/ml. Culturas e serologias negativas. É colocada a hipótese de síndrome hemofagocítica secundário a adenocarcinoma do cólon, pelo que inicia dexametasona na dose de 10mg/m² em associação a Anakinra na dose inicial de 2mg/Kg/dia, aguardando resposta à terapêutica (em D2 de tratamento) até à intervenção cirúrgica.

Conclusão: A LHH quando não tratada o mais precocemente possível associa-se a uma elevada taxa de mortalidade. A sobrevivência sem tratamento é de 2 a 6 meses, sendo de pior prognóstico aqueles sem factor desencadeante conhecido. Assim, o seu reconhecimento atempado e tratamento imediato são a chave para o sucesso desta condição clínica.

PO-0606 - (4709) - UMA CAUSA RARA DE ANEMIA

Sofia Rodrigues De Carvalho¹; Marina Mendes¹; Carolina Ventura¹;
Carolina Marini¹; Lindora Pires¹; Diana Pereira Anjos¹

1 - Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

Anemia é um diagnóstico muito frequente na prática clínica e associa-se a uma panóplia de etiologias. Importa caracterizá-la e investigar possíveis condições associadas, por vezes ameaçadoras da vida, de forma a tratar personalizadamente cada caso.

Homem de 41 anos sem antecedentes conhecidos ou medicação habitual. Admitido por astenia e icterícia desde há 3 meses. Sem queixas álgicas, síndrome consumptivo ou perdas hemáticas visíveis. Do estudo efetuado: anemia ferripriva (Hb 8.7g/dL, saturação de transferrina 9%, ferritina 11 mg/dL), reticulocitose (2.31%); sem disfunção renal; hiperbilirrubinemia indireta (bilirrubina total 4,1mg/dL e indireta 3,7 mg/dL); desidrogenase láctica 1,5x o limite superior do normal, haptoglobina <6mg/dL e teste de antiglobulina direto e indireto negativos; estudos endoscópicos normais; tomografia computadorizada toracoabdominopélvica sem hepatoesplenomegalia, adenomegalias ou sinais de trombose venosa/arterial. Discutido caso com Hematologia e realizada imunofenotipagem de sangue periférico que revelou a presença de um clone para Hemoglobinúria Paroxística Noturna (HPN) nos neutrófilos (85%), monócitos (85%) e eritrócitos (26.43%). Foi orientada para consulta externa e proposto para eculizumab.

HPN é uma entidade rara, com apresentação inespecífica e grande espectro de gravidade o que dificulta o seu diagnóstico. Quando indicado, o tratamento deve ser instituído rapidamente de forma a reduzir a mortalidade. Nos casos sem indicação de terapêutica dirigida imediata, preconiza-se a vigilância apertada de complicações (ex. eventos trombóticos) ou agravamento da doença.

PO-0607 - (4560) - ENTRE NEURÓNIOS E LINFÓCITOS: UM CASO CLÍNICO DE LINFOMA PRIMÁRIO DO SNC

Sofia Teixeira¹; Pedro Silva Rodrigues¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução O linfoma primário do sistema nervoso central corresponde a uma pequena percentagem das neoplasias cerebrais e a maior parte são linfomas de grandes células B difusos. A apresentação clínica mais comum são os défices neurológicos focais, que podem manifestar-se ao longo de dias ou semanas e a alteração do estado de consciência. As crises convulsivas são pouco comuns devido à localização profunda da maioria das lesões.

Caso Clínico H, 74 anos, recorre ao hospital por mioclonias da hemiface e mão direita associadas a hipostesia da face com início há umas horas. Refere ainda, dificuldade em movimentos finos com cerca de 2 dias de evolução. À chegada do INEM com crise tónico-clónica generalizada, que reverte após terapêutica, mas manteve mioclonias. No serviço de urgência, Glasgow 11, sem resposta verbal. Fez TAC CE que evidenciou lesão expansiva predominantemente sólida justacortical parietal superior esquerda (28x17 mm) associada a edema vasogénico e RM CE que a caracteriza como lesão de aspeto infiltrativo e hiper celular sem componente hemático ou calcificações associadas, com aspeto sugestivo de um linfoma. DHL elevada, HIV negativo. Durante o internamento, faz punção lombar com LCR com predomínio de neutrófilos e hiperproteinorraquia e imunofenotipagem do sangue e LCR sem população B monoclonal. Excluiu-se envolvimento ocular e testicular. PET sem evidência de extensão da doença. Realiza biópsia cerebral que revela células neoplásicas com expressão difusa de CD20 e um índice proliferativo (Ki67) de cerca de 90% no estudo imunohistoquímico, concluindo-se a existência de envolvimento encefálico por linfoma B difuso de células grandes

Discussão O linfoma B difuso de células grandes é o subtipo mais comum de linfoma não-Hodgkin. A incidência aumenta com a idade e é mais comum em indivíduos imunossuprimidos e no sexo masculino. A apresentação clínica mais típica é através de uma massa de crescimento rápido maioritariamente ao nível do pescoço ou abdómen, sintomas B e DHL aumentada. A maior parte dos doentes ao diagnóstico apresentam-se em estadio avançado

Conclusão O linfoma B difuso de grandes células, como linfoma primário do SNC, é uma apresentação rara. Devido à ausência de uma apresentação clínica e radiológica típica e de achados laboratoriais específicos, o contributo anatomo-patológico e imunohistoquímico para o diagnóstico é essencial. Apesar de existirem atualmente várias hipóteses de tratamento, o prognóstico permanece pouco favorável

PO-0608 - (4552) - LINFOMA B DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS - UM DIAGNÓSTICO INCIDENTAL

Catarina Castelo Maia¹; João Paulo Rocha¹; Teresa Antunes¹; Jorge Almeida¹

1 - Unidade Local de Saúde São João

Introdução: O Linfoma B difuso de grandes células (LBDGC) é um dos linfomas mais comuns dos adultos, geralmente com apresentação rapidamente progressiva. A precocidade do início de tratamento é fundamental para um melhor prognóstico.

Caso clínico: Mulher, 72 anos. História de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 (mau controlo metabólico, com retinopatia diabética e nefropatia, medicada com metformina 1000mg tid de início recente) e gastrite autoimune com deficiência de cianocobalamina. Admitida no Serviço de Urgência por dispneia com uma semana de evolução. Identificada acidémia metabólica com hiperlactacidemia (pH 7.28, pCO₂ 15 mmHg, pO₂ 86 mmHg, HCO₃ 6.9 mmol/L, Lactato 12.2 mmol/L). Analiticamente com lesão renal aguda (Cr 0.98 mg/dL para prévio 0.5mg/dL), K⁺ 6.2 mEq/L, DHL 456 U/L, PCR 150mg/L, NTproBNP 32188pg/mL. Diagnóstico de acidemia metabólica provavelmente associada a metformina (MALA), pelo que foi internada no Serviço de Medicina Intensiva com necessidade transitória de terapêutica substitutiva da função renal. À admissão em enfermaria de Medicina Interna, desenvolve edema agudo do pulmão, sem evidência de síndrome coronário agudo, com disfunção ventricular esquerda grave de novo (FEVE 30%). A coronariografia evidenciou doença coronária de três vasos com indicação cirúrgica. No estudo pré-operatório, foi documentado nódulo pulmonar, massa peri-esofágica e adenopatias periaórticas em TC tórax. Na TC abdomino-pélvica, identificada massa esplénica com 32x59mm e adenopatias a envolver artéria e veia esplénica de forma difusa e, também, lombo-aórticas. Realizada biópsia de nódulo pulmonar, com estudo anatomo-patológico a evidenciar LBDGC. Foi encaminhada para consulta de Hematologia, em estudo para início de quimioterapia sem antraciclina (R-CVP).

Conclusão: Este caso relata um diagnóstico incidental de LBDGC, ressaltando-se a necessidade de rapidamente se proceder ao diagnóstico e estadiamento de doença. O desenvolvimento de MALA nesta doente, sem dose supraterapêutica de metformina, poderá ser interpretado em associação a insuficiência cardíaca inaugural e neoplasia rapidamente progressiva com doença aguda grave.

PO-0609 - (4237) - GAMAPATIA MONOCLONAL MENOS FREQUENTE – CASO CLÍNICO DE MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM

Joana C. Ramos¹; Maria Dias Lopes¹; Inês Correia Brasil¹; Patrícia Dias¹

1 - Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: A macroglobulinemia de Waldenström é uma neoplasia incomum de células B, associada à produção monoclonal de imunoglobulina M (IgM) no soro. Depois do mieloma, é o distúrbio mais comum associado à gamapatia monoclonal. A etiologia exata é desconhecida, mas a variante somática L265P no gene MYD88 foi recentemente identificada em 80-85% dos doentes.

Caso Clínico: Mulher, 78 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade classe III e síndrome depressivo, foi enviada ao serviço de urgência em novembro de 2023 pelo médico de família por anemia grave – hemoglobina (Hb) de 4.9g/dL, macrocítica. Apresentava astenia marcada, dispneia para pequenos esforços, náuseas e suores frios esporádicos. A anemia, conhecida desde 2022 e acompanhada no Centro de Saúde, tinha motivado o uso de ácido fólico, vitamina B12, ferro oral e necessidade transfusional em junho de 2023. Ficou internada no Serviço de Medicina Interna para estudo. Apresentava-se hemodinamicamente estável, com mucosas descoradas, sem alterações da coloração de pele ou perdas hemáticas visíveis; exame neurológico e campos visuais normais; sem adenopatias ou organomegalias palpáveis. Analiticamente, Hb 5,1 g/dL, volume corpuscular médio 104,4 fL, ferritina 169,9 ng/mL, ácido fólico > 40 ng/mL e vitamina B12 486 pg/mL; imunofixação com gamapatia monoclonal IgM Kapa com cadeias leves kappa livres de 18,1 g/L (normal: 4,06-14,45 g/L) e IgM 36g/L (normal: 0,33-2,93 g/L). O aspirado medular com imunofenotipagem revelou a presença de 30% de células B clonais kappa e fenótipo sugestivo de linfoma linfoplasmocítico ou linfoma marginal e 0.6% de blastos, e o mielograma tinha 44% de linfócitos (aumentados). A biópsia óssea mostrou uma medula óssea hiperplasmática compatível com linfoma linfoplasmocítico / macroglobulinemia. Radiografia de esqueleto sem lesões osteolíticas. A pesquisa da variante L265P no gene MYD88 foi positiva.

Discussão e conclusão: A macroglobulinemia de Waldenström é menos frequente que o mieloma múltiplo e muitas vezes é indolente durante vários anos. Esta doente nunca apresentou sintomas de hiperviscosidade, associados com valores altos de IgM. Neste caso, a etiologia estará relacionada com variante L265P no gene MYD88, o que é relevante para a certeza do diagnóstico e uma terapia personalizada. A doente iniciou tratamento com rituximab, ciclofosfamida e dexametasona.

PO-0610 - (4162) - ANEMIA APLÁSICA: QUANDO JÁ NÃO É POSSÍVEL TRATAR

Daniela Pinheiro¹; Raquel Moniz¹; Monique Alves¹; Cristiana Sousa¹;
Fernando Salvador¹

1 - Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A anemia aplásica severa é uma condição médica grave caracterizada pela diminuição significativa ou ausência completa das células sanguíneas na medula óssea. Na forma adquirida, as causas podem incluir exposição a substâncias tóxicas, infeções virais, uso de certos medicamentos ou desconhecida.

Caso Clínico: Sexo feminino, 69 anos, previamente autónoma. Admitida no Serviço de Urgência por astenia e aparecimento de petéquias nos membros inferiores e epistaxes autolimitadas, com duas semanas de evolução. Estudo analítico à admissão revelou pancitopenia grave arregenerativa com baixa contagem celular e observados alguns linfócitos grandes granulares, com marcadores víricos negativos, estudo autoimune, cinética do ferro e doseamentos vitamínicos sem alterações, tendo ficado internada para estudo. Realizou imunofenotipagem da medula óssea e sangue periférico sem aumento das células imaturas (CD34+/CD117+). Foram detetadas alterações fenotípicas nas linhagens eritroide, monocítica e granulocítica, sugestivas de displasia, bem como aumento de formas imaturas nestas 3 linhagens. Mielograma: hipocelular, Blastos 0,6%; presença de maturação e sem displasia. Cariótipo: 46, XX. Biópsia de medula óssea com celularidade diminuída e com predomínio de medula adiposa; sem fibrose reticulínica; sem deposições anómalas de ferro. Pesquisa de clone Hemoglobinúria Paroxística Noturna em sangue periférico negativo. Realizou ainda Tomografia computadorizada toracoabdominopélvica sem alterações de relevo. Iniciou corticoterapia em doses altas. Conclui-se por anemia aplásica severa, sendo transferida para outro centro hospitalar onde iniciou imunossupressão com Globulina antimócito de cavalo, Ciclosporina, Prednisolona, Filgrastim. Apesar do tratamento a doente mantinha quadro de pancitopenia grave e complicações infecciosas decorrentes da neutropenia e da imunossupressão, o que condicionou a estratégia, tendo alta apenas com medidas de suporte e seguimento em Cuidados Paliativos.

Conclusão: Este caso reforça a necessidade de estar alerta perante alterações subtis e persistentes, seguindo uma investigação adequada. Em primeira instância, deverão ser tidos em consideração todas as causas tratáveis de anemia, facilmente corrigíveis, nomeadamente as carências vitamínicas. A anemia aplásica é uma patologia pouco frequente e com manifestações pouco específicas, que podem potenciar o risco de alterações irreversíveis pelo atraso de instituição de tratamento correto.

PO-0611 - (2544) - TROMBOCITOPENIA INDUZIDA POR AZITROMICINA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rodolfo Almeida¹; Constantin Sitari¹; André Patraquim¹; Rosario Blanco¹; Rafaela Pereira¹; Catarina Mendonça¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve

Introdução: A trombocitopenia medicamentosa (TM) é uma condição clínica bastante subdiagnosticada. Maioritariamente assintomática, pode originar diminuições severas na contagem plaquetária (CP), com sequelas hemorrágicas graves.

Caso Clínico: Mulher, 79 anos, com antecedentes de alergia a paracetamol e recente internamento por tromboembolismo pulmonar bilateral de risco intermédio, onde tinha iniciado apixabano. Recorreu ao seu médico assistente 5 dias depois da alta por tosse e coriza, tendo sido medicada com azitromicina. Ao segundo dia de antibioterapia, recorre ao serviço de urgência, por queixas de hemorragia e edema gengival na arcada inferior esquerda, bem como, quadro petequial disperso nos membros inferiores, mãos, tronco e couro cabeludo. Teria tido 2 episódios de dejeções compatíveis com melenas. Cumpria a sua medicação habitual e negava toma de novos fármacos ou suplementos. À observação, apresentava além do quadro petequial, equimoses dispersas nos membros superiores e flictena hemorrágica na mucosa jugal esquerda, sem evidência de hepatoesplenomegalia. Analiticamente, hemoglobina 10,6 g/dL, 5000 leucócitos/uL com 62,4% neutrófilos e 4000 plaquetas/uL, quando à data de alta teria 227000 plaquetas/uL, tempo de protrombina 16,3 segundos. Esfregaço de sangue periférico sem alterações relevantes. Estudo autoimune negativo, incluindo anticorpos antinucleares, anti-citoplasma dos neutrófilos, anti-dsDNA e fator reumatoide. Níveis do complemento, bilirrubina, haptoglobina e lactato desidrogenase normais. Serologias virais para hepatite B e C, vírus Epstein-Barr, vírus da imunodeficiência humana e citomegalovírus negativas. Foi efetuada transfusão de 2 unidades de concentrado plaquetário, iniciada prednisolona 60 mg/dia e suspensa azitromicina e anticoagulação. Verificou-se subida gradual da CP, com 136000 plaquetas/uL ao 15º dia de internamento, já com apixabano reintroduzido.

Discussão: A TM é uma trombocitopenia imune, pelo que, além da suspensão do fármaco causador, se inicia corticoterapia. É um diagnóstico desafiante, clínico e secundário à exclusão de outras etiologias de trombocitopenia. Existem critérios clínicos que estabelecem o nível de evidência com que um fármaco pode originar trombocitopenia. Neste caso, a azitromicina cumpre 3 dos 4 critérios propostos pelo grupo de estudos da Universidade de Oklahoma. Assim, a azitromicina assume-se como causa rara de TM, verificando-se na literatura poucos relatos similares a este caso.

PO-0612 - (2541) - UMA CAUSA OBSCURA DE DOR ABDOMINAL

Guilherme Sacramento¹; Beatriz Ferreira¹; Sofia Teiga¹; João Riesenberger¹; Leonor Gomes¹; Joana Tremeceiro¹; Catarina Cabral¹; Andrea Castanheira¹; Francisco Silva¹; Isabel Madruga¹

1 - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução:

A trombose venosa mesentérica caracteriza-se por impossibilidade de retorno venoso do intestino devido à presença de um trombo local. Trata-se de uma trombose num local atípico, podendo ser primária e considerada espontânea e idiopática ou secundária a uma condição pró-trombótica.

Caso clínico:

Homem de 46 anos autónomo com antecedentes pessoais de dislipidemia e tabagismo progressivo. Apresentou no passado suspeita não confirmada de apendicite aguda submetida a laparotomia exploradora onde não foram identificados sinais de apendicite. Na altura foi objetivada região de hiperémia segmentar do delgado e hematoma do meso com zona segmentar hiperemiada, suspeita de isquemia. Na altura foi submetido a ressecção do intestino delgado com anastomose primária. Permaneceu assintomático em ambulatório até que apresenta novamente quadro com 2 dias de evolução de dor abdominal intensa associada a vômitos e dejeções diarreicas. À admissão apresentava dor à palpação profunda do flanco direito do abdómen. Realizou TAC abdominopélvica com contraste onde se observou trombose da veia mesentérica superior. O doente permaneceu internado tendo iniciado anticoagulação com heparina de baixo peso molecular. Foram feitos estudos endoscópicos complementados por TAC toracoabdominopélvica não havendo alterações, excluindo-se neoplasia como causa de trombose atípica. Foi ainda pedida pesquisa da mutação JAK 2 que foi negativa. Uma vez que a decisão foi a de manter anticoagulação por tempo indefinido não foram pesquisadas trombofilias.

Discussão:

A isquemia mesentérica leva a sintomas de dor abdominal que geralmente é desproporcional aos achados do exame objetivo. Na isquemia mesentérica, menos de 10% dos casos devem-se à trombose venosa mesentérica, sendo mais frequentemente secundária a embolia ou trombose da artéria mesentérica. Salienta-se o interesse do caso pela dificuldade de um diagnóstico inicial de trombose venosa mesentérica, o que posteriormente levou à recorrência de trombose dada a ausência de terapêutica com anticoagulação.

**PO-0613 - (2834) - TRALI - O
DESAFIO DO DIAGNÓSTICO**Ana Rita De Sousa Melo¹; Isabel Cruz¹; Beatriz Lourenço¹; Inês Pinto¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Transfusion-related acute lung injury, TRALI é uma reação transfusional aguda caracterizada por lesão pulmonar rapidamente progressiva e edema pulmonar não cardiogénico. Clinicamente surge com insuficiência respiratória hipoxémica durante ou nas primeiras 6 horas após transfusão, associado a febre e hipotensão. É típica a presença de infiltrados pulmonares difusos nos exames de imagem. O diagnóstico é clínico e o tratamento passa pela interrupção imediata da transfusão e pela terapêutica de suporte, nomeadamente suporte ventilatório, que é necessário em cerca de 80% dos doentes.

Mulher de 39 anos, com antecedentes de Coreia de Huntington que recorreu ao serviço de urgência por quadro de astenia com 5 dias de evolução. Do estudo realizado, a destacar anemia megaloblástica, com um valor de hemoglobina de 3.7 mg/dL. Fez 3 unidades de concentrado de eritrócitos com boa rentabilidade, iniciou suplementação de vitamina B12 intramuscular e ácido fólico oral. Nas 6 horas seguintes inicia um quadro de insuficiência respiratória tipo 1. Radiografia do tórax sem qualquer alteração, estudo analítico sem aumento dos parâmetros inflamatórios e painel vírico negativo. Evoluiu com agravamento progressivo nas 24 horas seguintes, até ratios PaO₂/FiO₂ de 130. A angioTC tórax excluiu tromboembolismo pulmonar, mas mostrou derrame pleural bilateral de pequeno volume, atelectasias dos segmentos adjacentes ao derrame e densificações parenquimatosas bilaterais em “vidro despolido”. Doseamento de NT proBNP negativo. Iniciou furosemida sem resposta diurética significativa. Apesar disso, a partir das 48 horas após início do quadro apresentou melhoria espontânea, com diminuição progressiva da FiO₂ até à suspensão de O₂ suplementar. Conclui-se que o quadro clínico apresentado seria devido a um edema pulmonar não cardiogénico associado à transfusão, TRALI.

A TRALI é uma das principais causas de morbimortalidade associado a transfusão de componentes sanguíneos contendo plasma. Trata-se de uma situação rara, que pode ser confundida com outras entidades clínicas. É importante o seu reconhecimento precoce de modo a iniciar o suporte necessário e atempado.

PO-0614 - (2826) - AS APARÊNCIAS ILUDEM: UMA CAUSA RARA DE TROMBOSE DA VEIA PORTA

João Francisco Abrantes¹; Ana Rita M. Figueiredo¹; Madalena Simões De Carvalho¹; Inês Sopa¹; Inês S.F. Da Silva¹; Lúgia Peixoto^{1,2}

1 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria; 2 - Clínica Universitária de Medicina I, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: A trombose da veia porta é um achado raro em doentes não cirróticos. A etiologia de base pode ser complexa de discernir, dado o leque vasto de possibilidades no diagnóstico diferencial. Apresenta-se um caso, numa mulher saudável até à data, com diagnóstico inaugural de trombose da veia porta, complicada de hipertensão portal e varizes esofágicas grandes.

Caso clínico: Mulher, 47 anos, ex-fumadora (10 UMA), habitualmente medicada com contraceptivo oral combinado (etinilestradiol+gestodeno 0,03+0,075mg), recorreu ao Serviço de Urgência dado quadro de azia, pirose, enfartamento pós-prandial, dispneia e cansaço para os esforços habituais com 2 meses de evolução, associado a aumento do volume e perímetro abdominal desde há 2 semanas. À observação destacava-se presença de hepatomegália palpável confirmada em TC abdómino-pélvica com contraste que, adicionalmente, expunha presença de varizes periesofágicas inferiores, perigástricas e periesplénicas com transformação cavernomatosa da veia porta (associado a trombose evolutiva da veia porta) e ascite difusa de grau ligeiro. Admitiu-se doente em internamento dada trombose da veia porta para esclarecimento de etiologia (processo neoplásico vs trombofilia hereditária vs síndrome mieloproliferativo crónico vs hemoglobinúria paroxística noturna vs outro/idiopático).

Discussão: A endoscopia digestiva alta confirmou a presença das varizes descritas, tendo sido laqueadas, dada intolerância a níveis terapêuticos de beta-bloqueantes por bradicardia sinusal (desportista). Investigação laboratorial, imagiológica, microbiológica e anatomopatológica subsequente confirmou a presença da mutação JAK2-V617F e, por último, revelou que a doente não apresentava critérios formais de neoplasia mieloproliferativa crónica (NMC). Não obstante, uma percentagem relevante de doentes com evento trombótico e mutação JAK2 positiva, evoluem para NMC. As doenças mieloproliferativas estão associadas a estados pró-trombóticos. A doente é agora acompanhada em consulta de Medicina Interna, Hematologia e Gastroenterologia para controlo, vigilância e manutenção de cuidados, mantendo hipocoagulação terapêutica.

Conclusões: O presente caso expõe a rara apresentação gastroenterológica duma patologia hematológica, que evidenciou um diagnóstico improvável. Com isto, pretende-se alertar a comunidade científica para a necessidade imperativa de considerar as patologias mieloproliferativas no diagnóstico diferencial da trombose de veia porta.

PO-0615 - (4864) - COMPLICAÇÕES DA QUIMIOTERAPIA: MUCOSITE, NEUTROPENIA FEBRIL E SÍNDROME MÃO-PÉ

António Cardoso Fernandes¹; Patrícia Sobrosa¹; Patrícia Araújo¹; Maria Inês Risto¹; Ana Frederica Parente¹; Jorge Bezerra¹; Diana Barros¹; Carolina Marques Miranda¹; Cátia Barreiros¹; Carmélia Rodrigues¹

1 - Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A mucosite é uma complicação frequente da quimioterapia, com gravidade variável, podendo impedir o doente de se alimentar. A neutropenia também é um efeito colateral importante, tornando o doente mais suscetível a infeções.

Caso Clínico: Masculino, 82 anos, autónomo. Adenocarcinoma da transição reto-sigmoideia submetido a ressecção anterior do reto. Sob QT adjuvante com capecitabina oral, tendo o 1º ciclo terminado na semana que antecedeu a admissão hospitalar. Mutaçao DPYD negativa. Desde o início do tratamento com diarreia abundante líquida, xerostomia, ardor e dor na cavidade oral, incapacitando-o de se alimentar e hidratar. Astenia marcada e queda da própria altura com traumatismo crânio-encefálico, recorrendo ao Serviço de Urgência. Desidratado, com lábios edemaciados, e friáveis. Língua com perda de expressão papilar e múltiplas úlceras a envolver toda a cavidade oral, compatível com mucosite grau 4. Analiticamente neutropenia grave ($100 \times 10^6/L$) e lesão renal aguda (LRA). Internado sob fluidoterapia, terapêutica sintomática e colutórios. No 2º dia de internamento, com febre, elevação dos parâmetros inflamatórios e agravamento da neutropenia. Medicado empiricamente com piperacilina/tazobactam, fluconazol e filgastrim. Rastreio séptico negativo. Identificado eritema palmar e plantar que evoluiu com descamação marcada e algumas fissuras plantares, compatível com síndrome mão-pé, grau 2. Sob nutrição parentérica, com reintrodução cuidadosa da alimentação oral. Melhoria clínica e analítica lentas. Resolução da neutropenia e da LRA. Ao 16º dia de internamento hipotensão e febre, identificando-se choque séptico que implicou transferência do doente para unidade de cuidados de nível II.

Discussão: Apesar dos avanços nos protocolos e fármacos quimioterápicos, os efeitos adversos ainda são muito frequentes, pelo que a sua deteção precoce é essencial para evitar complicações importantes, de gestão difícil e morosa, como foi o caso deste doente.

PO-0616 - (5076) - NIVOLUMAB - UMA PROMESSA TERAPÊUTICA COM IMPLICAÇÕES TÓXICAS

Gonçalo Peres¹; Cláudia Andrade¹; Mariana Lessa Simões¹

1 - ULS Santa Maria

Introdução

Nivolumab pertence à classe dos anticorpos monoclonais anti-PD-1. Actua ao inibir a interacção entre o receptor de morte programada (PD-1) e respectivos ligandos (PD-L1 e 2), potenciando as respostas das células T citotóxicas contra as células neoplásicas. Está indicado em diversos tipos de neoplasia, nomeadamente melanoma e carcinoma pulmonar de pequenas células.

Caso clínico

Homem de 57 anos, caucasiano, autónomo nas actividades de vida diária, diagnosticado com carcinoma pavimento-celular G2 da laringe, transglótico direito, em estadio pT4a pN2c com progressão de doença a nível pulmonar e hepático, PD-L1 positivo, tendo iniciado imunoterapia com nivolumab em Novembro/2022 em regime quinzenal. Neste contexto, iniciou quadro de agravamento de hipotireoidismo por toxicidade endocrinológica associada ao nivolumab, tendo suspenso temporariamente imunoterapia e instituída corticoterapia sistémica. Por normalização da função tiroideia, foi reintroduzida a terapêutica 2 meses depois.

Em Setembro/2023 recorreu à consulta não programada de Oncologia Médica por quadro com 2 semanas de evolução de náuseas, vómitos aquosos e dejectões diarreicas, sem sangue ou muco, associado a dor abdominal tipo cólica e febre (T_{máx} 39.5°C). Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios (leucocitose 30900/uL e PCR 31.07mg/dL), hiponatremia (Na⁺ 131mmol/L) e hipocaliemia (K⁺ 2.9mmol/L) e elevação dos parâmetros de retenção azotada, a condicionar lesão renal aguda KDIGO 1. Foi internado no serviço de Medicina Interna com diagnóstico de colite imuno-mediada grau 4 secundária a nivolumab, razão pela qual foi suspenso. Durante o internamento, foram realizados exame bacteriológico das fezes, pesquisa de rotavírus, adenovírus e C. difficile nas fezes, sem identificação de agente infeccioso, e iniciou corticoterapia endovenosa com prednisolona 40mg/dia, com melhoria clínica e laboratorial.

Discussão

Com o aumento da indicação para imunoterapia, os efeitos adversos da mesma são cada vez mais comuns, pelo que devem ser tidos em consideração na abordagem ao doente. No caso do nivolumab, os efeitos secundários mais comuns são pneumonite, colite, hepatite e endocrinopatias imunitárias, havendo, por isso, indicação para suspensão permanente em caso de lesão grave de órgão e instituição de corticoterapia.

PO-0617 - (4932) - METÁSTASE ÓSSEA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE COLANGIOCARCINOMA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Oliveira¹; Claudia Gaspar¹; Paula Pinto¹; Isabel V. Rodrigues¹; André Patraquim¹; Ana Baptista¹; Elena Rios¹; Ana Pimenta De Castro¹

1 - ULS Algarve - Unidade de Faro

INTRODUÇÃO: O Colangiocarcinoma é uma neoplasia maligna com origem nas células epiteliais dos canais biliares. A maioria dos doentes apresenta, à data do diagnóstico, neoplasia irresssecável, traduzindo-se numa esperança de vida menor que 12 meses e uma taxa de sobrevivência, aos 5 anos, de cerca de 5%-10%.

Apresenta-se o caso, de um homem de 66 anos, que em junho de 2023 inicia quadro de lombociatalgia esquerda, tendo sido solicitado pelo médico de família, Tomografia Computarizada (TC) de coluna lombar que revelou volumosa lesão secundária que condiciona lise parcial do corpo vertebral de L3, por esse motivo foi referenciado a consulta de Medicina Interna. Na avaliação inicial em consulta com boa performance status, negava febre, anorexia, perda ponderal, descrevendo obstipação com hematoquezias ocasionais. Como antecedentes pessoais: hipertensão arterial, dislipidemia, gastrite por H.pylori erradicada.

Dando continuidade à marcha diagnóstica foi solicitado estudo endoscópico sem alterações de relevo; TC toracoabdominopélvica que revelou “imagem de lesão hipovascular com 13 cm no lobo esquerdo (provavelmente “colangiocarcinoma mass forming”), múltiplas lesões hepáticas secundárias, lesões ósseas, pulmonares, tendo sido sugerido estudo adicional com Ressonância Magnética Abdominal e Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE). Laboratorialmente com Hb: 13.7 g/dL; Plaquetas: 247.000, AST: 47 UI/L, ALT: 33UI/L; Bilirrubina total: 1.1 mg/dL, Bilirrubina directa: 0.6 mg/dL, Fosfatase alcalina: 161 UI/L; LDH: 265 UI/L; GGT: 109 UI/L, PSA: negativo, serologias de vírus hepatotópicos negativas. Cerca de 3 meses após o início da sintomatologia, e ainda sem diagnóstico definido, dirige-se ao SU por desorientação, vômitos, aumento do volume abdominal e icterícia ficando internado por insuficiência hepática com encefalopatia. Dado o mau prognóstico, a instabilidade hemodinâmica foi decidido em equipa multidisciplinar a não realização de [CPRE, infelizmente, culminando com o falecimento do doente.](#)

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: Os autores pretendem alertar para o desafio diagnóstico etiológico de lesões ósseas líticas bem como a necessidade de uma investigação célere para esclarecimento da localização do tumor primário, que neste caso não se iniciou com as manifestações clínicas mais típicas. Apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos este tipo de tumor é frequentemente diagnosticado em estadios avançados.

PO-0618 - (4919) - ADENOCARCINOMA GÁSTRICO COM METASTIZAÇÃO GANGLIONAR, ÓSSEA E INVASÃO MEDULAR – CASO RARO NUM DOENTE JOVEM

Clara Pinto¹; João Faia¹; Mariana Baptista²; Rosélia Lima²; Marta Bastos²; Janine Resende²; João Valente²

1 - Unidade Local de Saúde Da Região de Aveiro; 2 - Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

INTRODUÇÃO:

A neoplasia gástrica é pouco frequente em jovens, sendo um dos fatores de risco o tabagismo. Pode apresentar-se com uma clínica inespecífica, o que pode atrasar o diagnóstico. A metastização é frequente em fases avançadas, mas a invasão medular é rara.

CASO CLÍNICO:

Homem de 34 anos, autónomo, fumador, recorreu ao serviço de urgência (SU) por lombalgia com semanas de evolução em agravamento progressivo. Tinha várias vindas prévias ao SU por dor refratária à analgesia prescrita. Sem outros antecedentes. Quando questionado referia perda ponderal de 15 kg em 3 semanas e astenia. Sem febre ou outros sintomas.

À admissão no SU pálido, taquicárdico, sem perdas hemorrágicas objetiváveis. O estudo analítico revelou queda de hemoglobina (Hb) de 8 g/dL em 3 semanas (anemia normocítica normocrómica, Hb 8.1 g/dL), trombocitopenia, fosfatase alcalina, LDH e proteína C reativa aumentadas. No estudo da anemia sem défices vitamínicos e sem alterações da função tiroideia, mas com hiperferritinemia marcada e esfregaço de sangue periférico com leucoeritroblastose, anisocitose plaquetária e linfócitos sugerindo infiltração medular. No SU fez suporte transfusional e ecografia abdominal cujo único achado foi esplenomegalia. Ficou internado para estudo. A endoscopia digestiva alta realizada mostrou uma úlcera gástrica que foi biopsada e enviada para anatomia patológica. Pela síndrome constitucional, lombalgia de etiologia desconhecida, achados analíticos e esplenomegalia fez tomografia axial computadorizada toraco-abdomino-pélvica que mostrou múltiplas adenopatias mediastínicas, no tronco celíaco e adjacentes ao pâncreas e hilo esplénico, bem como heterogeneidade da densidade óssea na bacia e vértebras dorsais e lombares. Decidiu-se a realização de biópsia óssea para exclusão de doença linfoproliferativa. O estudo anatomopatológico gástrico e medular foi sugestivo de adenocarcinoma com células de fenótipo em anel de sinete. Admitido o diagnóstico de adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado com metastização óssea e ganglionar, com invasão medular. Dado o mau prognóstico, o doente iniciou quimioterapia paliativa, tendo vindo a falecer.

DISCUSSÃO & CONCLUSÕES:

Com este caso, pretende-se assinalar a raridade dos adenocarcinomas gástricos com invasão medular, havendo poucos casos descritos na literatura. Além disso, a apresentação com dor lombar e quadro constitucional é pouco comum pelo que nestes doentes deve ser feito um estudo aprofundado e sistemático.

PO-0619 - (4811) - CARCINOMA SARCOMATÓIDE PULMONAR: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Catarina Lopes¹; Diana Marques¹; Joelma Mendes¹; Luis Pinheiro¹; Liliana R Santos¹; António P. Lacerda¹

1 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Santa Maria Clínica Universitária de Medicina II, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

O carcinoma sarcomatóide pulmonar (CSP) é um tipo de cancro pulmonar, altamente invasivo, bifásico e de mau prognóstico, representando 0,1-0,4% de todos os tumores malignos do pulmão. Doente do sexo masculino, de 75 anos, com antecedentes de relevo de mielofibrose em fase pré-fibrótica; melanoma maligno in situ, submetido a excisão. Recorre a consulta não programada por dor localizada na região lombar esquerda com cerca de 3 semanas de evolução, refratária a terapêutica anti-álgica, coincidente com anorexia (perda de 6kg numa semana). Na avaliação laboratorial a destacar anemia ferropénica, hiperuricemia, hipercalcemia, lesão renal aguda; bence jones negativa, imunoglobulinas e cadeias leves sem alterações de relevo; beta-2-microglobulina aumentada; não se detetou componente monoclonal na imunofixação; enolase neuroespecífica aumentada; A tomografia de corpo revelou “lesão pulmonar com 6,5 cm no lobo médio, muito sugestiva de lesão neoformativa primária, com vários nódulos satélite; adenopatias mediastínicas; múltiplas lesões osteolíticas metastáticas.” Foi avaliado pela Dermatologia e Oftalmologia que excluíram hipótese de melanoma (cutâneo e ocular). Para estudo da anemia efetuou, endoscopia digestiva alta (com biópsias) que evidenciou infiltração da mucosa gástrica por tecido de neoplasia de alto grau. A colonoscopia foi inocente. Realizou biopsia endobrônquica que revelou ausência de tecido de neoplasia. O escovado e lavado bronco-alveolar foi positivo para células neoplásicas mas dada a escassez da amostra não foi possível prosseguir o estudo. Realizou também, biopsia óssea que obteve resultado inconclusivo. Face aos resultados prévios, realizou nova biopsia, a lesão óssea, que documentou neoplasia maligna de alto grau, em parte com aspetos rabdóides, sugestivo de metástase de carcinoma pleomórfico/sarcomatóide de pulmão, sarcoma, porém este resultado apenas foi obtido após o falecimento do doente. O mau prognóstico do CSP deve-se principalmente às suas características biológicas e à elevada resistência ao tratamento de primeira linha. Os doentes encontram-se quase sempre em fases avançadas no momento do diagnóstico; Estas características explicam a baixa sobrevivência global (SG), que é 20% inferior à de outros tipos de cancro do pulmão, nomeadamente os de não pequenas células, cuja SG é de 45%. Com base numa melhor compreensão dos mecanismos carcinogénicos deste tumor raro, é necessário o desenvolvimento de estratégias terapêuticas inovadoras.

PO-0620 - (4662) - INCIDENTES ACIDENTAIS

Ana Sofia Ramôa¹; Catarina Maia Ferreira¹; Eduardo Macedo¹; Bárbara Rocha¹; Luis Reis¹; Raquel Afonso¹; Ana Rita Marques¹

1 - Unidade Local de Saúde de Braga

A abordagem do mediastino é um enorme desafio diagnóstico. Diversas alterações do desenvolvimento, cardiovasculares, neoplasias, infeções e traumatismos podem predispor à presença de massas do mediastino. O diagnóstico pode ser incidental ou cursar com sintomas inespecíficos, que dependem da localização da massa, e serem decorrentes do efeito da compressão das estruturas circundantes. Quando estamos perante uma massa no mediastino anterior devemos pensar em quatro possíveis etiologias: timoma, teratoma ou tumor de células germinativas, linfoma ou tecido linfoide (benigno ou maligno).

Descrevemos o caso de um homem de 73 anos, com diagnóstico recente de infeção pelo vírus SARS-CoV2, que recorreu ao centro de saúde por queixas de tosse não produtiva. Enquanto aguarda pela consulta apresentou episódio de síncope e foi transferido para o serviço de urgência. Ao exame físico sem alterações. Do estudo etiológico realizado, salienta-se a elevação dos D-dímeros pelo que realizou angiografia do tórax que excluiu tromboembolismo pulmonar, mas revelou a presença de uma massa localizada na região superior do hemitórax direito sugestiva de uma lesão do mediastino anterior e múltiplos nódulos pulmonares compatíveis com metástases. Na abordagem diagnóstica realizou biópsia da massa que revelou tratar-se de um timoma do tipo A. Meses após o diagnóstico o doente permanece assintomático, mantendo vigilância.

Destacamos este caso clínico, pelo facto de uma apresentação atípica e inespecífica ter conduzido ao diagnóstico de timoma, o que salienta a importância da visão holística e sistemática do internista.

PO-0621 - (2568) - TETRAPARESIA ATRAUMÁTICA - O PAPEL DA CLÍNICA PARA LÁ DO ÓBVIO.

Rita Relvas¹; Cassiana Vasconcelos¹; Nuno Ferreira Monteiro¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais - Dr. José de Almeida

Introdução: Fruto dos efeitos indiretos de doenças oncológicas, as síndromes paraneoplásicas assumem-se como um desafio diagnóstico, pela raridade e magnitude de apresentações. Os autores apresentam um caso cujo diagnóstico apenas foi possível através de um exame objetivo particularmente atento e cuja identificação influenciou a abordagem terapêutica.

Caso Clínico: Homem, 81 anos, previamente autónomo, com crescente e rápido grau de dependência por falta de força generalizada, a culminar com alectuamento em poucas semanas. História de hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crónica de etiologia tabágica, com hábitos mantidos. Admitido por diarreia aguda com vestígios hemáticos e dor abdominal difusa. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios, com angio-tomografia computadorizada toracoabdominopélvica (angio-TC TAP) a revelar espessamento difuso da parede do cólon sigmóide e reto, sugestivo de protocolite; bem como nódulo pulmonar no lobo superior do pulmão direito. Admitido diagnóstico de protocolite infecciosa, sem isolamento de agente, para o qual cumpriu ciclo de ciprofloxacina, com melhoria. Realizada biópsia transtorácica de lesão pulmonar, com histologia a revelar adenocarcinoma do pulmão. Ao longo do internamento, constata-se agravamento da tetraparesia, com total incapacidade para levantar. Ao exame neurológico, a destacar tetraparesia flácida (e não espástica), de predomínio crural, com hipostesia global com nível em T1. Realizada TC-cranioencefálica, sem lesões agudas, com ressonância magnética cervical a documentar achados compatíveis com mielopatia espondilótica em contexto de alterações degenerativas C4-C5. Discutido com Neurologia e Neurocirurgia, excluindo-se indicação cirúrgica pelo tempo de instalação. Contudo, pela discrepância entre apresentação clínica e achados imagiológicos - esperando-se espasticidade no contexto da mielopatia - realizou-se eletromiografia, que revelou polineuropatia sensitivo-motora, de etiologia mais provável paraneoplásica. O doente teve alta clínica, orientado para consulta de Pneumologia Oncológica, para decisão de esquema alternativo de quimioterapia perante a polineuropatia identificada.

Discussão & Conclusão: A polineuropatia é uma das mais frequentes síndromes paraneoplásicas neurológicas, antecipando comumente o diagnóstico oncológico. Pelas implicações na abordagem, terapêutica e prognóstico da doença neoplásica, urge a necessidade de sensibilização clínica para esta entidade.

PO-0622 - (2501) - POLIMIOSITE, DISFAGIA E DISFONIA PARANEOPLÁSICA ASSOCIADA A TIF1-Γ.

Líliia Savka¹; Joelma Mendes Valentim¹; Ana Maria Baltazar¹;
Carolina Brandão Monteiro¹; Catarina Lopes¹; Nuno Reis Carreira¹

1 - ULS Santa Maria

Introdução: A polimiosite é uma das miopatias inflamatórias, um grupo de doenças musculares que envolve inflamação dos músculos e tecidos. Está associada a malignidade em uma minoria significativa de casos, reconhecida como síndrome paraneoplásica, conjunto de sinais e sintomas associados a neoplasia que não estão relacionados com os efeitos diretos do tumor ou de metástases. Estes podem determinar as primeiras manifestações de um tumor maligno não identificado.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 66 anos, autónomo, reformado. Recorreu ao serviço de urgência por hematoquezias, intolerância de via oral, disfagia, fraqueza muscular generalizada e perda ponderal de 8 kg com um mês de evolução e agravamento nos últimos 2 dias. Na observação a destacar disфонia, sialorreia, membros inferiores com edema até ao tornozelo bilateralmente; em exame neurológico destacava-se limitação funcional ativa na elevação dos 4 membros, sem fasciculações ou rash associados, sem rigidez e hiporeflexia generalizada. Laboratorialmente com descida de hemoglobina com anemia ligeira, leucocitose, elevação de AST mas sobretudo elevação marcada de CK. Realizada TC abdominal a destacar nodulos hipodensos do figado. Assumido assim hemorragia digestiva baixa, sem instabilidade hemodinâmica associada, quadro consumptivo de etiologia a esclarecer, fraqueza muscular generalizada, disfagia, disфонia e rabdomiolise. TC-CE não documentava alterações, feita punção lombar com líquido cefaloraquidiano negativo para células neoplásicas. Durante o internamento realizou colonoscopia que documentou duas lesões sincronas no colon transverso e reto, com resultado histológico a documentar adenocarcinoma. Realizada electromiograma que documentou aspetos sugestivos de lesão difusa da fibra muscular com sinais de necrose ativa, compatível com miosite. Laboratorialmente a destacar no perfil de derma/polimiosite positividade forte para TIF1γ e Ro52. Iniciou corticoterapia pulsada, com recuperação de força dos membros e da capacidade para a marcha, mantendo a disfagia com necessidade de manter entubação nasogastrica. À data de alta sob corticoterapia em desmame e azatioprina. Referenciado a consulta de Oncologia e Cirurgia Geral.

Conclusão: Este caso demonstra a importância da investigação rápida em doentes com quadro de perda de força, com suspeição ou documentação de dermatomiosite ou polimiosite, pelo risco reconhecido de presença de neoplasia subjacente.

PO-0623 - (2361) - CORRIDA CONTRA O TEMPO: UMA APRESENTAÇÃO RARA DA NEOPLASIA DO PULMÃO

Patrícia Lima¹; Andrea Duarte¹; Elena Pirtac¹; Francisca Delerue¹

1 - ULS Almada-Seixal - Hospital Garcia de Orta

Introdução

O cancro do pulmão representa uma das neoplasias mais frequentes e com maior taxa de mortalidade globalmente. Ao diagnóstico, a maioria dos doentes apresenta doença avançada, o que traduz a potencial agressividade tumoral. É comum o surgimento de sintomatologia em fase de doença localmente avançada ou metastizada. Os sintomas mais comuns são a tosse, perda ponderal, dispneia, toracalgie e hemoptises.

Caso clínico

Homem, 37 anos, autónomo, fumador desde os 16 anos. Antecedentes de lesão neoforativa pulmonar com adenopatias regionais e mesentéricas e anemia crónica em estudo. História familiar de cancro do pulmão. Recorre ao serviço de urgência por quadro de melenas, perda ponderal involuntária, síncope e astenia. À avaliação analítica com hemoglobina de 3.1 g/dl. Internado para continuação de cuidados e estudo. Realização de várias unidades de concentrado eritrocitário sem rendimento transfusional. Enteroscopia com colonoscópio pediátrico com lesão ulcerada do jejuno biopsada e colonoscopia sem alterações. Realizada tomografia abdominopélvica com lesão ulcerada do jejuno proximal e distensão de múltiplas ansas jejunais, que no seu conjunto sugeriam atipia. Realizada tomografia por emissão de positrões com hipermetabolismo anómalo compatível com malignidade, em múltiplas lesões ocupando espaço, volumosas, com necrose central pulmonares e intestinais com padrão metabólico sugestivo de tumor estromal gastrointestinal. Submetido a laparotomia exploradora com biopsia de massa do delgado. Dos achados cirúrgicos, a destacar múltiplas massas volumosas do delgado (desde o jejuno proximal até ao ileon terminal), tecidos friáveis, sem solução cirúrgica. Relatório anatomopatológico de massa do delgado com diagnóstico de infiltração peritoneal por neoplasia maligna do tipo pleomórfico/sarcomatóide, não sendo possível concluir sobre diferenciação ou origem primária. Neste contexto, assumido carcinoma pleomórfico compatível com origem pulmonar com metastização abdominal. Discutido caso em reunião multidisciplinar com indicação para palição com o objetivo de controlo sintomático.

Conclusão

Com este caso de apresentação atípica de neoplasia pulmonar pretendemos destacar a importância do diagnóstico atempado e da multidisciplinaridade inerente à prática clínica para melhor orientação diagnóstica e terapêutica dos doentes. Porém, isto pode ser um desafio em casos como este, onde a sintomatologia surge em fase de doença avançada.

PO-0624 - (2441) - DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA OCULTA: O SEGREDO ESTÁ NA BIÓPSIA

Patrícia Lima¹; Matilde Almeida¹; Andrea Duarte¹; Elena Pirtac¹; Francisca Delerue¹

1 - ULS Almada-Seixal - Hospital Garcia de Orta

Introdução

A neoplasia oculta (NO) define-se como carcinoma/neoplasia indiferenciada para qual uma marcha diagnóstica padronizada é insuficiente para identificar um tumor primário responsável pela disseminação metastática. Os adenocarcinomas são o padrão histológico mais comum. Metastização suprarrenal em contexto de NO favorece a etiologia primária pulmonar.

Caso clínico

Homem de 54 anos, autónomo, fumador desde os 17 anos, com hábitos etanólicos marcados. Recorre ao serviço de urgência por quadro de perda ponderal involuntária (25kg em 5 meses) associado a anorexia e astenia. Tomografia toracoabdominopelvica com achados de derrame pleural direito, padrão tree in bud envolvendo predominantemente os andares inferiores e lesões infiltrativas suspeitas das supra-renais, colocando-se a hipótese de lesões metastáticas de tumor primário oculto. Tomografia de positrões compatível com malignidade em lesões infiltrativas em estudo das supra-renais, evidência de duas metástases ganglionares abdominais (adenopatia do hilo hepático e gânglio retrocural direito). Avaliação analítica com Cyfra 21-1 de 77.2 ng/mL e enolase neuroespecífica de 57.4 µg/L. Realizada biópsia da lesão na glândula supra-renal esquerda com relatório anatomopatológico conclusivo de infiltração metastática por adenocarcinoma com origem primária provável pulmonar. Admitido diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão estadio IV, apesar de não evidenciada lesão primária nos exames complementares de diagnóstico realizados. Caso discutido em reunião multidisciplinar de pneumologia oncológica, equacionada proposta terapêutica onco-ativa, referenciação aos cuidados paliativos - por rotina em doentes oncológicos de estadio IV - e consulta de pneumonia oncológica. Dada a estabilidade clínica o doente teve alta, com novo internamento após um mês no serviço de pneumologia. Por agravamento clínico - em estado de caquexia -, e ausência de apoio social considerou-se não ter condições para terapêutica onco-ativa pelo que foi referenciado para unidade de cuidados paliativos, onde acabou por falecer.

Conclusão

Embora elementos de ordem clínica favorecessem lesão primária pulmonar, os exames de imagem não identificaram lesões suspeitas neste órgão. Neste caso, apenas se conseguiu evidenciar a origem da lesão primária através da análise anatomopatológica da lesão secundária biopsada. Isto demonstra como a NO é uma situação clínica complexa, de difícil diagnóstico etiológico.

PO-0625 - (4476) - NEOPLASIA PULMONAR: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Ana Cristina Caraban¹; Joana Santos Guerreiro¹; Matilde Porto¹; Graça Lérias¹; Isabel Madruga¹

1 - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Homem de 74 anos, com antecedentes de Adenocarcinoma da próstata (Gleason 6), submetido a radioterapia em 2019. Ex-fumador (105 UMA).

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de tosse seca, dispneia, ortopneia com cerca de 2 meses de evolução com agravamento progressivo, astenia, anorexia e perda ponderal não quantificada, edemas dos membros inferiores e escroto. Durante esse período, foi medicado para Infecção respiratória com amoxicilina/ácido clavulânico e claritromicina não se verificando melhoria sintomática, tendo realizado TC torácica.

Na admissão, apresentava TA: 107/75mmHg, FC:104 bpm, SpO2 de 96% com O2 a 3L/min, destacava-se a auscultação: murmúrio vesicular diminuído nas bases, edema marcado da parede abdominal, escroto e membros inferiores.

TC tórax destacava-se presença derrame pleural em toalha, associado a derrame pericárdico que atingia uma espessura na vertente posterior de 3,7 cm e múltiplas formações adenopáticas a nível do mediastino. O ecocardiograma trans torácico confirmou derrame pericárdico volumoso, circunferencial com espessura 3.5cm com óbvio swinging heart.

Foi submetido a pericardiocentese com drenagem de cerca de 1000 ml de líquido sero-hemático, com exame bacteriológico com resultado negativo, e citoquímico sem alterações, tendo a imunofenotipagem de líquido pericárdico revelado 3.4% de células com fenótipo compatível com metástases de carcinoma e posteriormente exame anatomopatológico (cell block) revelou metástases de adenocarcinoma do pulmão.

Marcadores tumorais: NSE (enolase específica do neurónio) 40,3 ng/mL; CEA 599 ng/mL; CYFRA-21 - 2.4 ng/mL; Beta2-microglobulina 2.89 mg/dL.

Para melhor caracterização optou-se por biópsia de adenopatia supraclavicular esquerda que identificaram raros agrupamentos de células epitelióides atípicas AE1/AE3 + TTF-1 + e CD20 -, aspectos sugestivos de metástase ganglionar de carcinoma primário do pulmão". Tendo sido orientado a Consulta de Pneumologia oncológica.

O derrame pericárdico é uma manifestação silenciosa e rara na neoplasia pulmonar, correspondendo a estágio avançado da neoplasia. A realização de pericardiocentese e de quimioterapia nestes casos, não afeta o mau prognóstico destes casos.

PO-0626 - (4467) - RISCO TROMBÓTICO EM DOENTES ONCOLÓGICOS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Gouveia Bonito¹; Inês P. Carvalho¹; Alexandra Coimbra¹; Ana Paula Pona¹; Martinho Fernandes¹; Joana Ferreira¹

1 - Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução: Os doentes oncológicos encontram-se simultaneamente com um risco acrescido de trombose venosa e de isquémia arterial, ambos com elevada prevalência nesta população, quer no curso da doença, quer previamente ao diagnóstico oncológico. Sabe-se que o fator tecidual, excessivamente produzido pelas células tumorais, é fundamental na trombose associada ao cancro, ao ativar a via extrínseca da cascata de coagulação, com síntese de fibrina e ativação plaquetar. Os tumores mais frequentemente relacionados com eventos trombóticos são as neoplasias hematológicas e os cancros do pulmão e do trato gastrointestinal (pâncreas, cólon, estômago).

Caso clínico: Mulher de 76 anos, previamente autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial essencial, internada por acidente vascular cerebral (AVC) isquémico da artéria cerebral média direita, submetida a trombectomia. No decorrer do internamento constatado padrão analítico de colestase, tendo realizado estudo com TC de tórax, abdominal e pélvico, tendo-se objetivado lesão neoforativa primária da cauda do pâncreas com metastização hepática, bem como tromboembolismo pulmonar bilateral. A doente foi anticoagulada com apixabano 5mg 12/12h e teve alta a aguardar resultado de biópsia de uma lesão hepática (que se revelou posteriormente metástase de adenocarcinoma do pâncreas). Uma semana após a alta, inicia quadro de défice motor direito, desorientação e prostração, ficando internada por novo AVC isquémico do hemisfério esquerdo. Durante o internamento, por dor abdominal e nova elevação dos parâmetros de citocolestase, realizou ecografia abdominal que revelou trombose da veia porta.

Discussão e Conclusão: Trata-se portanto de uma doente com diagnóstico de adenocarcinoma do pâncreas que no espaço de um mês apresenta um total de dois eventos trombóticos arteriais e dois eventos trombóticos venosos (apesar de anticoagulada à data do 2º AVC isquémico e da trombose da veia porta). A relação entre o risco trombótico arterial e venoso e as doenças oncológicas está já estabelecida, com mecanismos fisiopatológicos e fatores de risco semelhantes. Não existe ainda consenso relativamente à profilaxia de eventos trombóticos em doentes oncológicos, contudo é fundamental estar alerta não só para estes eventos em doentes oncológicos, mas também para doentes com eventos trombóticos de etiologia não esclarecida, que poderão ter subjacentes uma doença oncológica oculta.

PO-0627 - (2816) - SÍNDROME PARANEOPLÁSICO POUCO HABITUAL EM DOENTE COM NEOPLASIA DO OVÁRIO BILATERAL: CASO CLÍNICO.

Laura Amaral¹; Ana Patrícia Vicente¹; Vasco Evangelista¹; Liliana Fernandes¹; Nuno Ferreira¹; Maria João Baptista¹; Lia Marques¹; Ana Cristina Lourenço¹; Maria Fátima Grenho¹

1 - Hospital Cuf Tejo

Introdução:

A isquémia aguda de membro (IAM) é caracterizada por uma diminuição súbita da perfusão arterial, que condiciona uma ameaça potencial à viabilidade do membro e que requer um diagnóstico e orientação urgentes. De entre as etiologias mais frequentes, está o estado de hipercoagulabilidade, sendo as neoplasias a segunda principal causa. Clinicamente, pode apresentar-se como trombose venosa profunda (TVP), tromboembolismo arterial (TA), trombose microcirculatória, ou tromboflebite.

Caso Clínico:

Os autores descrevem o caso clínico de uma mulher de 68 anos, história relevante de artrite reumatóide, internada por dor abdominal sendo diagnosticado carcinoma seroso do ovário (CSO) de alto grau, bilateral, a aguardar cirurgia ginecológica. Durante o internamento inicia queixas álgicas intensas no pé esquerdo com sinais de má perfusão. Realiza Eco-doppler arterial dos membros inferiores (MI), que revela patologia obliterativa da artéria pediosa esquerda. Avaliada pela Cirurgia Vasculiar, que admite provável síndrome paraneoplásico (SP), com cianose reversível distal de ambos os MI. Teve alta sob terapêutica anti-trombótica, anti-inflamatória e analgésica. Uma semana depois, reinternada por agravamento da dor e dos sinais de isquémia. Ao exame objetivo, pé esquerdo e direito frios, cianosados, com pulsos pediosos ausentes. Realizada arteriografia convencional que mostrou oclusão de todas as artérias distais do terço distal dos MI, com trombose microcirculatória distal, assumida no contexto de SP. O quadro evoluiu desfavoravelmente, sob terapêutica anti-trombótica com necessidade de amputação do MI esquerdo abaixo do joelho e posteriormente do antepé direito. Submetida a oofrectomia bilateral, com omentectomia e referenciada a consulta de oncologia para planeamento de terapêutica.

Discussão e Conclusões:

Pacientes com CSO, têm maior risco de incidência de eventos tromboembólicos, incluindo TVP e TA. Embora exista uma relação fortemente estabelecida entre CSO e TVP, o TA é relativamente raro e quando presente, é indicador de pior prognóstico. A AR pode ser uma manifestação paraneoplásica antecedendo ou acompanhando a neoplasia maligna. Os autores apresentam este caso, pela pertinência diagnóstica e necessidade de abordagem clínica multidisciplinar e precoce, permitindo uma maior sobrevida.

PO-0628 - (2763) - METASTIZAÇÃO NO CANCRO COLORRETAL: UMA APRESENTAÇÃO RARA

Rita Sousa Figueira¹; Ana Rocha Oliveira¹; Laura Baptista¹;
Alexandre Castro Lopes¹; Bruna Nascimento¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Introdução:

O carcinoma colorretal (CCR) é uma das causas mais comuns de morte relacionada com cancro. Os principais locais de metastização são: fígado, peritoneu, pulmões, ossos, cérebro e gânglios linfáticos regionais. A metastização ganglionar mediastínica é incomum e pouco compreendida.

Caso clínico:

Mulher, 73 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidémia e síndrome depressivo. Transferida para a enfermaria de Medicina Interna após internamento no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), onde esteve por choque séptico por pielonefrite. Em TC toracoabdominopélvica com adenopatias mediastínicas e lateroaórticas. Quando revista a história clínica, referência a quadro de perda ponderal, astenia e anorexia com meses de evolução. Analiticamente com anemia normocítica. Realizou ecografia endobrônquica (EBUS) com biópsia. O exame anatomo-patológico revelou adenocarcinoma sem identificação do primário. Na tomografia por emissão de positões (PET) com atividade metabólica a nível supra e infradiafragmático, envolvendo cadeias laterocervicais, supraclaviculares paratraqueais, subcarinais, dos hilos pulmonares, perigátricas, do hilo esplénico, peripancreáticas e pericelíacas, do hilo hepático, retroperitoneais e também a nível do cólon sigmoide. A colonoscopia mostrou duas massas neoplásicas congestivas e ulceradas de aspeto infiltrativo a 20 e 50 cm da margem anal que foram biopsadas, revelando adenocarcinoma do cólon. Dado que o estudo realizado não mostrou outro tumor primário foi assumido que as adenopatias mediastínicas seriam metástases da neoplasia do cólon. A doente apresentou agravamento clínico, sem condição para realização de tratamento, sendo admitida na Unidade de Cuidados Paliativos.

Discussão e Conclusão:

A doente apresentava sintomas inespecíficos, mas após estudo concluiu-se que tinha adenocarcinoma do cólon sigmoide com linfadenopatia mediastínica e abdominal sem envolvimento de qualquer outro órgão, padrão raro de metastização deste tipo de tumor.

Neste caso a suspeita diagnóstica principal não seria metastização de adenocarcinoma do cólon, servindo para salientar a importância de no diagnóstico diferencial não serem esquecidas causas menos comuns. A PET foi importante para dirigir o estudo do tumor primário e o EBUS como ferramenta minimamente invasiva, mas útil.

Casos como este são raros na literatura, mas estão associados a mau prognóstico, o que acabou por se confirmar com a evolução desfavorável desta doente.

PO-0629 - (2729) - AONDE A BIÓPSIA NÃO CHEGA

Madalena Costa Santos¹; Mariana Nobre¹; Joana Gouveia¹; Roman Khomynets¹; Joana Martins¹; Alba Acabado¹

1 - ULS, Hospital Santa Maria

O sinal de vértebra de marfim consiste no aumento na opacidade de um corpo vertebral, presente em doenças como osteomielite, doença de Paget, linfomas e em neoplasias com os tumores da próstata ou mama.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 44 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 3 semanas de evolução de lombalgia fixa e prurido generalizado. Analiticamente a destacar anemia normocítica e normocrómica (Hb 11.9g/dL) e elevação dos parâmetros de citocolestase (ALT 942U/L, AST 586U/L, bilirrubina total 3mg/dL com direta de 2.12mg/dL, GGT 657U/L e LDH 440U/L). Foi realizada TC abdominopélvica que descreveu dilatação das vias biliares com 2 cálculos localizados na papila, adenopatias pancreaticoduodenais e sinal de vértebra de marfim em L2. A doente ficou internada num Serviço de Medicina para investigação etiológica.

Durante o internamento a doente realizou TC de tórax que revelou micronódulos pulmonares inespecíficos, sendo submetida a CPRE que evidenciou neoplasia ulcerada da papila de Vater, sem patologia litiásica. Foram ainda excluídas outras patologias associadas à presença de vértebra de marfim e completado rastreio oncológico. Para complementar os achados acima descritos foi realizada PET que revelou doença metabolicamente ativa na imagem correspondente à neoplasia da papila de Vater, elevada expressão em L2 e nos nódulos pulmonares, ambos de natureza suspeita.

Diagnosticou-se então adenocarcinoma da ampola de Vater de origem pancreato-biliar, em estadio IV com metastização pulmonar e óssea.

Os tumores da ampola de Vater são raros, representando cerca de 0.2% dos tumores gastro-intestinais. Cursam habitualmente com icterícia, diarreia e melenas, e progridem com metastização para gânglios linfáticos e órgãos adjacentes como o fígado e em casos mais avançados para os pulmões.

Neste caso os sintomas descritos pela doente não são frequentes neste tipo de neoplasia. A dor lombar referida é resultante da lesão secundária em L2, achado raramente descrito na literatura científica. Atendendo a que a biópsia dos nódulos pulmonares infracentimétricos e da lesão em L2 apresentavam taxas reduzidas de sucesso e um risco acrescido de complicações, foi realizada a PET a fim de confirmar a presença de ambos como lesão secundária.

Com este caso pretende-se ilustrar a presença de um tumor raro com invasão óssea e sinal de vértebra de marfim, achado ainda mais raro, no qual a realização da PET foi essencial para a confirmação deste diagnóstico.

PO-0630 - (2509) - SARCOMA INDIFERENCIADO NO DOENTE JOVEM: UM CASO EXTREMO

Marta Anastácio¹; Ana Margarida Ribeiro¹; Francisca Dâmaso¹; João Oliveira¹; Beatriz Saraiva Ferreira¹; Francisca Ferraz De Liz¹; Joana Cartucho²; Daniela Maia³; Ana Lynce¹; Maria Eduarda Carmo¹; Cândida Fonseca¹

1 - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital de São Francisco Xavier; 2 - Centro Hospitalar Barreiro Montijo; 3 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

INTRODUÇÃO: O Sarcoma de Ewing (SEw) é uma neoplasia maligna rara e altamente agressiva do osso ou tecidos moles, com pico de incidência na 2ª década de vida. Ao diagnóstico, a maioria apresenta doença micrometastática e a existência de recidiva associa-se a sobrevida inferior a 10% aos 5 anos. A citorredução sistémica tumoral representa ainda o principal desafio terapêutico.

CASO CLÍNICO: Homem de 19 anos, melanodérmico, saudável. Evacuado para Portugal por massa exofítica fronto-parieto-occipital esquerda (24x9,7x29cm), de crescimento rápido, com 6 meses de evolução. Em tomografia computadorizada craniana inicial: extensa vascularização e irregularidade da cortical óssea parietal mediana. Admitido na Unidade de Cuidados Intensivos por Choque hemorrágico com perdas hemáticas pela tumefação (hemoglobina 2,5g/dL). Cumpru protocolo de transfusão maciça e foi submetido a cirurgia emergente com exérese incompleta da massa (1,6Kg), craniectomia por invasão óssea e remoção epidural por igual suspeita, confirmada em ressonância magnética craniana (RMN-CE). Clinicamente febril, avaliação laboratorial com leucocitose ($15,9 \times 10^9/L$), elevação de proteína C reativa (12,2 mg/dL) e pró-calcitonina (5,99 mg/dL). O exame microbiológico da peça mostrou infeção por *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli* produtora de betalactamases, *Pseudomonas mendocina* multirresistente e *Candida duobushaemulonii*, tendo iniciado antibioterapia e antifúngico dirigidos em doses meníngeas, com normalização dos parâmetros inflamatórios. O exame anátomo-patológico revelou SEw com áreas de necrose (ki-67 80%), apoiado por perfil genético com quebra do gene EWSR (22q12). A PET mostrou metastização ganglionar cervical, pulmonar e óssea. Fez 1 ciclo de quimioterapia com Vincristina/Ciclofosfamida/Doxorrubicina e não tolerou radioterapia paliativa para controlo algico. Evoluiu desfavoravelmente com recidiva tumoral local, défices visuais e agnosia secundárias a componente hemorrágico, invasão do seio longitudinal superior, hemisfério cerebeloso direito e lobo occipital ipsilateral com efeito de massa e desvio das estruturas da linha média em nova RMN-CE. Ao 73º dia de internamento foi declarado o óbito.

DISCUSSÃO: Os autores discutem a particularidade deste caso, não só pela gravidade da atividade metabólica tumoral, com rápida progressão de doença oncológica, como também pelo simultâneo componente infeccioso com padrão de multirresistência e complicações hemorrágicas associadas.

PO-0631 - (3984) - MASSA MEDIASTÍNICA – DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO

Angélica De Freitas E Lopes¹; Teresa Moitinho De Almeida¹; Rita Barbosa Sousa¹; Maria Joana Alvarenga¹; Isabel Madruga¹

1 - Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: A massa mediastínica é uma entidade rara de diagnóstico por vezes difícil dada a localização anatómica e ausência de sintomas numa fase inicial. As manifestações podem ser tardias apresentando-se como síndrome da veia cava superior (SVCS), obstrução das vias aéreas e derrame pleural.

Caso clínico: Mulher, 52 anos, com história clínica de tabagismo e obesidade. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dispneia para médios esforços associada a cansaço fácil e dor torácica retrosternal com 10 dias de evolução. No SU realizou radiografia do tórax que mostrou derrame pleural direito. Foi realizada toracocentese diagnóstica com saída de líquido pleural serofibrinoso, sugestivo de exsudado. A tomografia computadorizada do tórax (TAC) mostrou volumosa massa mediastínica com envolvimento dos vasos. Foram realizados múltiplos exames complementares de diagnóstico: biópsia óssea, mielograma, broncofibroscopia com lavado broncoalveolar (imunofenotipagem, exame cultural das micobactérias e bacteriológico), biópsia pleural, toracocenteses terapêuticas, mamografia, ecografia mamária, não conclusivos. Fez tomografia por emissão de positrões que mostrou hipercaptação no mediastino e em adenopatia retroclavicular. Foram realizadas 3 biópsias excisionais da massa mediastínica, 2 guiadas por TAC e 1 por mediastinoscopia, sem diagnóstico conclusivo. Pela demora no diagnóstico houve crescimento da massa, com manifestação extratorácica, SVCS e púrpura trombocitopénica imune paraneoplásica. Após nova discussão multidisciplinar foi decidida realização de nova biópsia por toracotomia que revelou linfoma difuso de grandes células B primário do mediastino (LDPM).

Discussão: O LDPM é um subtipo raro de linfoma não Hodgkin com características clínico-patológicas e prognóstico distintos. O diagnóstico é geralmente feito por biópsia da massa. De acordo com a literatura, a maior dificuldade no diagnóstico desta entidade centra-se na obtenção de uma adequada amostra de tecido devido à sua localização, necrose e fibrose extensa. Este atraso no diagnóstico leva ao desenvolvimento de complicações, nomeadamente de emergências oncológicas.

Conclusão: Assim sendo, este caso clínico mostra a importância da persistência e da discussão multidisciplinar centrada no doente de modo a estabelecer o diagnóstico, estadiamento e tratamento mais adequado.

PO-0632 - (3981) - CAUSAS INCOMUNS DE TAQUICARDIA VENTRICULAR

Mariana Lobo Oliveira¹; Ana Cristina Peixoto¹; Ana Luísa Rodrigues¹; Ana Monteiro Oliveira¹; Diana Mendes Oliveira¹; Jorge Almeida¹

1 - ULS - S.João

INTRODUÇÃO: O carcinoma pequenas células (CPC) do pulmão é um dos tumores com maior incidência e mortalidade. Surge habitualmente em homens de 60-70 anos e está frequentemente relacionado com o tabagismo. É um dos tumores com melhor resposta à quimioterapia, mas com grande taxa de recidiva a curto prazo.

CASO CLÍNICO: Homem 75 anos, apresenta-se ao serviço de urgência com um quadro clínico de um mês de evolução de disfagia para sólidos e líquidos, astenia e anorexia. Como história médica prévia tinha, a destacar, tabagismo ativo, diabetes mellitus tipo 2, flutter auricular paroxístico e doença pulmonar obstrutiva crónica GOLD 3B. Evoluiu em serviço de urgência com episódios de taquicardia ventricular (TV) associada a instabilidade hemodinâmica, tendo sido realizada cardioversão elétrica e perfusão de amiodarona com sucesso na reversão a ritmo sinusal. A ecoscopia realizada à cabeceira mostrou dilatação biauricular, com função biventricular normal, sem derrame pericárdico e sem massas intracardíacas. Dado tratar-se de TV em doente sem cardiopatia isquémica ou estrutural, sem alterações iónicas analíticas e sem toma de fármacos potencialmente arritmogénicos, prosseguiu-se no estudo etiológico com realização de imagem torácica que mostrou lesão no lobo superior direito com 11,5 x 10 cm a invadir o mediastino, veia cava superior, traqueia e ramo superior da artéria pulmonar direita bem como em íntima relação com o arco aórtico. Foi posteriormente realizada broncofibroscopia com recolha de amostras, cuja anatomia patológica mostrou tratar-se de CPC pulmonar.

DISCUSSÃO & CONCLUSÃO: O CPC é um dos tumores pulmonares mais agressivos, e surge habitualmente como massas pulmonares ou mediastínicas centrais. Tem aparecimento rápido e prognóstico reservado. As apresentações clínicas iniciais são do mais variado possível, como neste caso que um evento disrítmico levou a um diagnóstico neoplasia do pulmão.

PO-0633 - (3948) - DISFAGIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE RECIDIVA DE CANCRO DA MAMA

Margarida Portugal¹; Cláudia Fitas¹; Teresa Abegão¹; Mariana Antão¹; Sofia Andraz¹; Isabel Carvalho¹; Luís Relvas¹; Sónia Barros¹; Marta Eusébio¹; Pedro Mendonça¹; Karolina Aguiar¹; Catarina Mendonça¹; Catarina Agueiras¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve

Introdução: O cancro da mama é a neoplasia maligna mais comum na mulher e a principal causa de morte por cancro. A recidiva ocorre em 5 a 10% das doentes após um período habitual de 5 anos e pode-se associar a doença metastática. A recidiva tardia (mais de 10 anos) é uma entidade infrequente.

Caso clínico: Mulher, 62 anos, com antecedentes de neoplasia da mama esquerda submetida a tumorectomia, radioimunoterapia e hormonoterapia em 2010 (13 anos antes desta apresentação clínica). Sem recidiva até à data. Recorreu ao serviço de urgência por disfagia progressiva, astenia e perda ponderal. A endoscopia digestiva alta evidenciou estenose esofágica aos 30 cm da arcada dentária, apenas franqueável com endoscópio ultrafino, com mucosa de aparência normal e cujas biópsias não mostraram alterações. Realizou tomografia computadorizada que revelou espessamento esofágico e metastização óssea. A ecoendoscopia, limitada pela presença da estenose, mostrou espessamento e desestruturação da parede esofágica e múltiplas adenopatias hipocogénicas, sugestivas de malignidade. Com o intuito de localizar o tumor primário, realizada mamografia, que identificou deformação na mama esquerda com retração e espessamento cutâneo, de contornos espiculados, cujas biópsias mostraram apenas tecido cicatricial. No decorrer da investigação, verificou-se a presença de novo de adenopatia cervical esquerda, que foi excisada e se revelou compatível com metástase de cancro da mama, com recetores de estrogénio e progesterona positivos, HER2 negativo e Ki67 de 40%. A tomografia por emissão de positrões mostrou metastização óssea, pulmonar, ganglionar e esofágica com hipercaptação da mama esquerda. Admitiu-se recidiva de cancro da mama - estadio IV, tendo sido proposta para terapêutica sistémica e dilatação endoscópica.

Discussão: O envolvimento esofágico deve ser considerado em doentes com história de cancro da mama e sintomas gastrointestinais. Atendendo aos achados imagiológicos e endoscópicos assumiu-se uma estenose esofágica por infiltração parietal/envolvimento esofágico extrínseco.

Conclusão: Este caso ilustra a dificuldade de diagnóstico adjacente à localização rara da metastização e pretende alertar para a eventual ocorrência de recidiva tardia. A confirmação histopatológica é essencial para otimizar a abordagem terapêutica, com implicações prognósticas.

PO-0634 - (2932) - TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL – UMA CAUSA RARA DE ANEMIA FERROPÉNICA

Daniela Maurício¹; Filipa Fernandes¹; João Costelha¹; Adélia Simão¹; Lèlita Santos¹

1 - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO:

Os tumores estromais do trato gastrointestinal (GIST) representam cerca de 1% a 3% de todos os tumores gastrointestinais. São tumores mesenquimais que podem ocorrer em qualquer parte do trato gastrointestinal, crescem expansivamente sem serem invasivos, mas com potencial de metastização. O seu carácter indolente torna o diagnóstico um desafio. A apresentação clínica mais comum é a de anemia por perdas.

CASO CLÍNICO:

Mulher de 50 anos, sem doenças previamente conhecidas, recorreu ao serviço de urgência por fadiga com cerca de 1 mês de evolução. Sem outra sintomatologia associada. Nesse serviço, sem registo de alterações ao exame objetivo. Analiticamente apresentava anemia microcítica e hipocrómica com hemoglobina de 6.2g/dL. Realizada transfusão com 2 unidades de eritrócitos e pedida consulta de Medicina Interna para estudo etiológico da anemia.

À observação na consulta, a doente mantinha a fadiga apesar de alguma melhoria, negava história de perdas hemorrágicas por qualquer via. Sem referência a vômitos ou dor abdominal; sem diarreia ou obstipação. Ao exame objetivo apresentava uma massa na fossa ilíaca esquerda, com cerca de 15cm de maior eixo, indolor à palpação, dura e não móvel. Internada para estudo complementar realizou TC do abdómen que demonstrou a presença de uma massa compatível com GIST, com envolvimento de várias ansas intestinais, sem identificação clara do ponto de partida. Realizou estudo endoscópico alto e baixo que não revelaram massas ou pontos de obstrução. Por manutenção de anemia microcítica hipocrómica com necessidade de suporte transfusional foi realizada cintigrafia de eritrócitos marcados que revelou hemorragia com ponto de partida do intestino delgado. Nesse contexto a doente foi proposta para realização de enterectomia segmentar com boa resposta clínica. Atualmente é seguida em hospital de dia onde está a realizar terapêutica com um inibidor da tirosina cinase (Imatinib) com vista a redução da massa como ponte para cirurgia.

DISCUSSÃO: Os autores apresentam um caso pouco frequente de GIST do intestino delgado de grandes dimensões, com anemia ferropénica grave. Estes tumores devem ser considerados no diagnóstico diferencial de anemia por perdas. A vigilância é essencial mesmo após a excisão cirúrgica do tumor.

PO-0635 - (2231) - UMA REVIRAVOLTA DIAGNÓSTICA

Ana Da Mota Magalhães¹; Fábio Almeida²; Maria José Nabais²; Rui Silva²

1 - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra; 2 - Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Introdução: A marcha diagnóstica representa uma abordagem sistemática realizada pelo médico no sentido de melhor compreender um determinado achado ou problema do doente. Este processo de investigação requer a integração de dados clínicos, obtidos por meio da história clínica e exame objetivo, com exames complementares de diagnóstico pertinentes.

Caso Clínico: Mulher, 35 anos, encaminhada à consulta de medicina de um hospital oncológico por lesões ósseas e massa pélvica, suspeitas de neoplasia. Apresentava astenia e lombalgia persistente com irradiação para a perna esquerda. Evolução de 4 meses, agravamento progressivo e sem relação com movimento. Intensidade 8/10. Melhoraria sob anti-inflamatórios não esteróides e agravamento no período menstrual. Exame objetivo sem alterações. Trazia tomografia computadorizada (TC) com lesões nodulares osteocondensantes dos ilíacos, sacro e coluna lombar, suspeitas de lesões neoproliferativas secundárias, e espessamento da fáscia peri-retal com lesão ocupando espaço e extensão à fáscia peri-retal. Fez TC tóraco-abdomino-pélvica que confirmou espessamento da parede retal direita e alterações dispersas no esqueleto sugestivas de osteopoiquiose. A ressonância magnética (RM) pélvica apresentava aspetos compatíveis com tumor do reto. Realizou RM lombo-sagrada com alterações inespecíficas, sem massas expansivas. Atendendo à suspeita clínica, realizou-se tomografia por emissão de positrões. Confirmou espessamento nodular da fáscia peri-retal com elevado metabolismo (sugestivo de malignidade) e lesões osteocondensantes sem captação de 18F-fluorodesoxiglicose. Na colonoscopia visualizou-se formação polipóide séssil recoberta de mucosa aparentemente normal. A biópsia da mucosa demonstrou alterações inflamatórias inespecíficas. Na ultrassonografia endoscópica transretal observou-se lesão subepitelial na dependência da camada muscular do reto. Fez punção para estudo histológico que confirmou tratar-se de endometriose.

Discussão / Conclusão: Este caso procura evidenciar a importância da marcha diagnóstica e da ponderação de diversos diagnósticos diferenciais. A marcha diagnóstica capacita o médico a desvendar a complexidade das condições de saúde, orientando-o para tratamentos posteriores. Por vezes, mesmo em casos de aparente patologia maligna, em hospitais oncológicos poderão surgir patologias benignas. A biópsia de lesões suspeitas torna-se preponderante no esclarecimento diagnóstico, complementando os achados imagiológicos.

PO-0636 - (2553) - METÁSTASE PERICÁRDICA DE UM TUMOR DO CÁRDIA: UM CASO RARO

Adriano Heemann Pereira Neto¹; Cristiana Malho¹; Ricardo Ascensão¹; Daniela Antunes¹; Margarida Cerqueira¹

1 - Centro Hospitalar de Leiria

As metástases cardíaca de tumores do sistema digestivo tem uma baixa incidência e mau prognóstico, sendo diagnosticadas em estadios avançados já com complicações relacionadas com a invasão tumoral dos órgãos adjacentes. Apresentamos um caso clínico de um doente do sexo masculino, 76 anos, autónomo, ex-fumador (carga tabágica 210 UMA). Recorreu ao serviço de urgência com quadro de cansaço, anorexia, dor torácica anterior bilateral, tosse seca, epigastralgias, enfartamento pós-prandial e sensação de distensão gástrica, com 15 dias de evolução. Analiticamente, apresentava lesão renal aguda, proteína C reativa 244mg/dL e péptido natriurético B 1980 pg/ml. Radiografia tórax com cardiomegalia, mas sem imagens compatíveis com condensação ou derrame pleural. Realizou uma tomografia tóraco-abdomino-pélvica destacando-se derrame pericárdico circunferencial com espessura de 16mm e derrame pleural bilateral. O doente foi internado, realizando endoscopia digestiva alta que revelou uma formação polipóide séssil com cerca de 20 mm, ocupando cerca de 1/3 da circunferência luminal esofágica, suspeitando-se de lesão avançada; realizada biópsia compatível com carcinoma espinocelular invasivo, pouco diferenciado. Fez também ecocardiograma transtorácico evidenciando-se uma massa pericárdica aderente à parede livre do ventrículo direito, homogénea, ecogénica, sem aparente compromisso hemodinâmico, compatível com metástase pericárdica. O doente foi encaminhado para a equipa de cirurgia esófago-gástrica, mas acabou por falecer enquanto aguardava cirurgia. Uma metástase pericárdica é, geralmente assintomática ou manifesta-se por sintomas inespecíficos (tosse, dispneia ou dor torácica), como neste caso. Estão mais frequentemente associadas a derrame pericárdico, apesar de pouco específicas. Por esta razão, uma pericardiocentese torna-se essencial, conjuntamente com os exames de imagem para o diagnóstico, sendo que apesar de ser muito específica, é pouco sensível. Apenas 1.1% das metástases pericárdicas estão relacionadas com carcinoma espinocelular do esófago, podendo o mesmo metastizar por contiguidade dos tecidos ou por via linfática. Apesar de uma baixa incidência, é essencial saber identificar um tumor pericárdico, bem como as suas apresentações mais frequentes. Apesar de raro, o tumor do esófago é uma causa a considerar, tendo em conta o seu prognóstico.

PO-0637 - (4699) - ALÉM DA ARTRITE: DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA DENDRÍTICA EM IDOSA

Carolina Maia¹; Rosario Calado¹; Francisco Pinheiro¹; Daniela Santos¹; Filipa Rodrigues¹; Barbara Oliveira¹; Luis Dias¹; Luisa Azevedo¹; Isabel Apolinario¹; Guilherme Gomes¹

1 - Hospital de Braga

INTRODUÇÃO:

A Neoplasia de células dendríticas blasticas plasmocitoides é uma doença hematológica rara e agressiva. Clinicamente com diferentes manifestações sistémicas, destacando-se o envolvimento cutâneo e a disseminação leucémica. Afeta homens entre os 50 e 70 anos. Os fatores desencadeantes são desconhecidos. O diagnóstico precoce é incomum e tem alta taxa de mortalidade.

CASO CLÍNICO:

Mulher, 84 anos. Antecedentes pessoais de Artrite Reumatoide (AR) com atingimento pulmonar. Apresentava síndrome constitucional com 6 meses de evolução. Concomitantemente, múltiplas infeções respiratórias submetida a diferentes ciclos de antibioterapia e internamento por insuficiência respiratória.

Do estudo realizado, a destacar pancitopenia com neutropenia e esfregaço de sangue periférico com prováveis blastos. Imagiologicamente, adenomegalias hilo-mesentéricas proeminentes e gânglios axilares direitos pericentimétricos. Sem esplenomegalia. Por suspeita de Leucemia de Grandes Linfócitos Granulares (LGKL), a doente realizou imunofenotipagem que não revelou sinais de monoclonalidade linfoide. Após colaboração com Hematologia, realizado mielograma que à data de alta aguardava resultado. Iniciou prednisolona 10mg/d e profilaxia com Cotrimoxazol.

Teve alta e manteve seguimento nas consultas de Hematologia com a suspeita de LGKL em doente com AR. Após visualização de Mielograma, tratava-se de uma Neoplasia de células dendríticas blasticas plasmocitoides, sem condições para tratamento curativo e proposto cuidados paliativos

DISCUSSÃO:

Destaca-se o caso de uma mulher idosa com antecedentes de AR. Sabe-se que as doenças hematológicas, são muitas vezes precedidas por manifestações reumáticas. O passado clínico da doente associado as alterações analíticas e adenomegalias apontavam para LGKL. Contudo, a ausência sinais imunofenotípicos de monoclonalidade linfoide contrariavam a suspeita. Após mielograma, diagnosticada neoplasia de células dendríticas blasticas plasmocitoides. Evidenciando o desafio diagnóstico da doença hematológica no idoso.

CONCLUSÃO

O aumento da esperança media de vida acarreta um incremento da população idosa e a incidência de doença hematológica agressiva nesta faixa etária. O diagnóstico e tratamento são desafiantes pelas comorbilidades e disfunções orgânicas destes doentes. Assim, é relevante ter presente no nosso dia a dia este grupo de doenças como diagnóstico diferencial.

PO-0639 - (4859) - POLIARTERITE NODOSA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Íris Simões Galvão¹; Maria Inês Candeias¹; Pedro Duarte Mesquita¹;
Maria Catarina Salvado¹; Luís Vale¹; João Manuel Silva¹; José Morgado Pereira¹

1 - Hospital Santo António dos Capuchos

Introdução: A poliarterite nodosa (PAN) é uma vasculite de médios vasos que pode afetar qualquer órgão e cursa habitualmente com sintomas constitucionais como febre e mialgias. Tipicamente é de causa idiopática e o seu diagnóstico tem por base critérios clínicos e histopatológicos.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 45 anos, natural do Brasil e residente em Portugal há 5 anos, saudável, sem medicação habitual, que recorre ao serviço de urgência por quadro com 15 dias de evolução de febre (38-40° C) com calafrio, diaforese noturna, anorexia, perda ponderal, astenia, dor e edema dos membros inferiores (MI). Negava outras queixas e contexto epidemiológico relevante. O exame objetivo era inocente. Do estudo realizado salienta-se D-dímeros discretamente elevados com restantes análises, doppler dos MI, radiografia torácica e exames culturais sem alterações de relevo. Pela discrepância analítica e clínica exuberante, foi decidido internamento para estudo. Ao 11º dia de internamento, documentou-se agravamento do quadro com surgimento de nódulos subcutâneos dolorosos e disestesias das extremidades. Analiticamente a destacar elevação de proteínas de fase aguda, anticorpo Scl75 positivo, mas contrariamente ao expectável, com creatinina cinase e mioglobina dentro dos valores de referência. O restante estudo autoimune (incluindo anticorpos ANCA), serologias infecciosas (incluindo hepatite B), estudo de doenças autoinflamatórias e rastreio de imunidade inata foi negativo. Realizou-se biópsia cutânea que foi sugestiva de PAN e ressonância magnética, eletromiograma e biópsia muscular sugestivas de miosite. A destacar tomografia tóraco-abdómino-pélvica, ecodoppler renal e Tomografia por emissão de positrões (realizada, contudo sob corticoterapia) sem alterações. Pela elevada suspeita clínica iniciou-se corticoterapia (prednisolona 80mg/dia) com cedência da sintomatologia. Foi possível a redução gradual da dose até aos 2,5 mg/dia (que mantém atualmente, por não tolerar azatioprina), com tentativas de suspensão resultantes em recrudescimento de sintomas. Face ao exposto assume-se o diagnóstico provável de PAN de etiologia idiopática, com envolvimento muscular predominante.

Conclusão: Com este caso salientamos a importância da abordagem global e multidisciplinar do doente com patologia autoimune que permite elevar o grau de suspeição clínica e o início precoce de terapêutica reduzindo possíveis complicações e melhorando a qualidade de vida do doente.

PO-0640 - (4855) - SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO CATASTRÓFICO (SAFC): TROMBO INTRAVENTRICULAR DE 6 CM, ENFARTE ESPLÉNICO E SINDROME DE WOVEN, UMA ENTIDADE RARA.

Luzia Bismarck¹; Henrique Alves De Sousa¹; Beatriz Marquês¹; Pedro Avelar¹; Manuel Ribeiro¹; Grace Staring¹; Fátima Monteiro¹; Ana Costa¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E

INTRODUÇÃO: SAFC é uma entidade rara, definida como uma variante do SAF, caracterizado pela rápida evolução dos sintomas, envolvimento de múltiplos órgãos e eventos trombóticos macro /microangiopáticos. O tratamento passa pela hipocoagulação ad eternum com INR alvo 2-3, antiagregação, em casos selecionados: glucorticoides, plasmaferese, IgEV e, rituximab em casos refratários.

CASO CLÍNICO: Masculino de 41 anos, com história de SAF confirmada sob varfarina com INR alvo 2-3 após tromboembolismo pulmonar em 2020, trombose venosa em 2016, cardiopatia isquémica. Recorre ao SU por sensação de enfartamento e eructações, sem outros sintomas associados.

À admissão hemodinamicamente estável, normotenso e normocárdico, a destacar dor à palpação da região epigástrica e flanco abdominal esquerdo. Laboratorialmente: INR 2,2, troponina I 78,4ng/L, CK 232 U/L, PCR 12,2 mg/L, BiT 1,60 mg/dL, CK-MB 1,2 ng/mL e NT-pro-BNP 310 pg/mL. ECG sem alterações agudas. AngioTC Abdomino-pélvica com evidência de esplenomegalia (16 cm) com extensa área hipocaptante sugestiva de enfarte esplénico. Ecocardiograma TT revelando cardiopatia segmentar com função sistólica global moderadamente comprometida, FE 48%. Tombo intraventricular com 6,41 cm de área.

Internado com os diagnósticos de: NSTEMI, Trombo Cardíaco intraventricular (TCI), enfarte esplénico em doente com SAFF. Iniciou enoxaparina com antiXa terapêutico. Realizou angiogramia coronária com doença coronária aterosclerótica grave de 1 vaso, coronária direita (síndrome de Woven), com indicação de terapêutica tripla (anticoagulação, AAS, Clopidogrel) durante 3 meses posteriormente terapêutica dupla (anticoagulação, AAS) durante mais 3 meses e manter hipocoagulação ad eternum. Durante o internamento, realizou bridging para varfarina com difícil alvo terapêutico, optando-se início com acenocumarol com INR alvo atingido (3,1) e última avaliação ecocardiográfica a revelar diminuição do TCI (1,93 cm²).

DISCUSSÃO: No caso descrito, doente com SAF, eventos trombóticos prévios com INR dentro do alvo sob varfarina, leva-nos a questionar se alvo de INR não deveria ser mais elevado e, se estes doentes com eventos trombóticos prévios não deveriam realizar também antiagregação ad eternum.

CONCLUSÃO: SAFC é uma entidade rara, de mortalidade elevada requerendo um diagnóstico e abordagem precoce. A abordagem terapêutica deve ser individualizada e requer estudos adicionais para melhor definir o alvo de hipocoagulação neste tipo de doentes.

PO-0641 - (4823) - AGLUTININAS FRIAS SECUNDÁRIAS A INFEÇÃO POR SARS-COV2: UMA MANIFESTAÇÃO RARA

Ana Raquel Figueiredo¹; Sara Remelhe Sá¹; Cristiana Batouxas¹; Eugénia Madureira¹; Anabela Correia¹

1 - Unidade Local de Saúde do Nordeste

Introdução: A doença de aglutininas a frio é um tipo raro de anemia hemolítica autoimune (1/1.000.000), que se caracteriza pela fixação do auto-anticorpo, mais frequentemente IgM, levando à aglutinação dos eritrócitos a uma temperatura inferior à temperatura corporal normal, com consequente hemólise extravascular. Esta doença pode ser primária / idiopática ou secundária a outra doença, nomeadamente infeções víricas, principalmente nas faixas etárias mais jovens.

Caso Clínico: Feminino, 19 anos, autónoma. Sem antecedentes de relevo, apenas a destacar coinfeção recente (20 dias antes) por Adenovirus e VSR que culminou com quadro de alterações do perfil hepático com padrão misto. Neste contexto foi realizado estudo imunohematológico que revelou Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) e Teste de Antiglobulina Direto (TAD) negativos.

Recorre ao serviço de urgência por: febre, tosse, dor torácica de característica pleurítica, desconforto abdominal e astenia. No exame objetivo destacava-se palidez, desconforto à palpação abdominal, hepatomegalia (bordo hepático palpável 2cm abaixo da grade costal). Analiticamente apresentava anemia, leucocitose com neutrofilia, elevação da PCR, e pesquisa de vírus respiratórios positivo para SARS-CoV2. O TC abdomino-pélvico mostrava hepatoesplenomegalia. No 1º dia de internamento verificou-se queda importante de hemoglobina (11,5 g/dL » 8,8g/dL) e na sequência do estudo da anemia realizou-se esfregaço de sangue periférico que revelou presença de rouleaux na lamina efetuada com a amostra à temperatura ambiente. Este achado morfológico sugeriu a presença de aglutinina fria (IgM) que foi confirmado com PAI positiva (panaglutinina) a 4°C e TAD positiva (por complemento). Após incubação da amostra a 37°C, repetiu-se o hemograma que mostrou incremento dos valores de hemoglobina e normalização dos índices eritrocitários. Nunca se verificou hemólise.

Discussão & Conclusão: Considera-se, portanto, que a infeção a SarsCoV2 terá despoletado a formação temporária de aglutininas frias, pois o estudo complementar excluiu outras formas de ativação da doença. A evolução foi favorável sem necessidade de tratamento dirigido. Na reavaliação aos 3 meses, verificou-se desaparecimento do anticorpo frio e normalização de todos os parâmetros eritrocitários.

PO-0642 - (4751) - DA INCÓGNITA À EMERGÊNCIA: UM CASO DE SARCOIDOSE

Joana Castro Vieira¹; Mafalda Maria Santos¹; Mariana Simão Magalhães¹;
João Vieira Afonso¹; Ana Filipa Rodrigues¹; Pedro Reis Santos¹;
Ana Margarida Faria¹; Ana Cristina Teotónio¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste - Caldas da Rainha

Introdução

A Sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica de causa desconhecida, apresentando-se de forma variável. A maioria dos pacientes apresenta envolvimento torácico com adenopatias mediastínicas e hilares, ou alterações no parênquima pulmonar, com a presença de granulomas epitelioides não caseosos nos órgãos afetados. É mais prevalente em mulheres melanodérmicas, geralmente antes dos 50 anos.

Caso clínico

Doente de 53 anos, leucodérmica, autónoma e sem antecedentes pessoais relevantes, seguida em consulta externa de Medicina Interna por um quadro poliadenopático mediastínico e múltiplos nódulos pulmonares. Após estudos realizados, excluiu-se patologia cardíaca, testes ECA e IGRA negativos, PET com atividade ganglionar e envolvimento parenquimatoso pulmonar bilateralmente, compatível com doença inflamatória / sarcoidose, motivo pelo qual realiza EBUS sem células atípicas ou alterações sugestivas de doença granulomatosa.

Um mês após o EBUS, foi encaminhada para o Serviço de Urgência por impactação alimentar, dor retroesternal e febre, com aumento dos parâmetros inflamatórios. Em TC de tórax abcesso do mediastino posterior, com coleção abecedada pós-EBUS, motivo pelo que foi encaminhado para cirurgia cardiotorácica. Submetida à drenagem de abcesso mediastínico com colheita de biópsias e resseção em cunha do LSD. O resultado anatomopatológico revelou granulomas não necrotizantes de tipo sarcoidose no parênquima pulmonar e gânglios.

Conclusão

A sarcoidose, é uma doença de diagnóstico desafiante, tende a ter um curso benigno na maioria dos casos, mas até 30% podem apresentar um curso crónico ou progressivo. Complicações graves afetam entre 10% a 20% dos pacientes, sendo a fibrose pulmonar a principal causa de mortalidade.

PO-0643 - (4706) - DESVENDANDO A MIOPATIA NECROTIZANTE IMUNOMEDIADA: DA APRESENTAÇÃO CLÍNICA AO DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO.

Mafalda Gomes Santos¹; João Vieira Afonso¹; Joana Castro Vieira¹; Mariana Simão Magalhães¹; Rafael Oliveira¹; Daniela Diniz¹; Ana Filipa Rodrigues¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste - Caldas da Rainha

As miopatias inflamatórias incluem a dermatomiosite, polimiosite, síndromes Overlap, síndrome antisintetase e miopatia necrotizante imunomediada. Existe fraqueza muscular proximal simétrica com evolução progressiva associada a aumento das enzimas indicativas de lesão muscular.

Homem, 74 anos, autónomo, recorre ao serviço de urgência por cervicalgia e diminuição da força muscular generalizada com 3 dias de evolução, com impossibilidade da marcha. Nega febre, tosse, alterações génito-urinárias ou gastrointestinais ou perda ponderal. Antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica, Diabetes Mellitus, dislipidemia e hipertensão arterial, medicado com AAS, sinvastatina, nebivolol, valsartan e metformina. À admissão, destacava-se: GCS 15, eupneico, saturação 97%. Hemodinamicamente estável. Dor à palpação das massas musculares da cintura escapular e membros. Ao exame neurológico de positivo: tetraparésia de predomínio proximal. Sem alteração da sensibilidade. Reflexos osteotendinosos sem hiper ou hiporeflexia. Sem sinais meníngeos.

Analicamente: Leucócitos 12×10^3 U/L, PCR 3,4mg/dl, Bilirrubina Total normal, AST 800U/L, ALT 307, LDH 1288U/L CK 32658U/L, Aldolase 178U/L, Troponina $2190 > 1500$ ng/L. Hemoculturas negativas. Sem alterações da função tiroideia, paratiroideia ou eletrolítica. Ecocardiograma e ECG sem sinais de isquémia aguda. TC cerebral sem lesões isquémicas e estenoses/trombos. TC Coluna sem lesões compressivas da medula.

Assumida miopatia inflamatória, prosseguindo-se com estudo etiológico. TC tóraco-abdomino-pélvico, endoscopia digestiva alta e colonoscopia sem evidencia de neoplasia. Serologias infecciosas e autoimunidade (ANA, anti-dsDNA, anti-CCP, painel de miopatias inflamatórias, antisintetase, AchRab negativo, anti-SRP e anti-HMG-CoAR) negativas. EMG com “lesão difusa da fibra muscular, com sinais de necrose muscular ativa”. Durante o internamento, com agravamento clínico, apresentando disfagia e insuficiência respiratória tipo 2, com necessidade de ventilação não invasiva. Iniciou pulso de corticoide associado a imunoglobulina com melhoria clínica. Acabou por realizar biópsia músculo com “alterações sugestivas de miosite necrotizante imunomediada”.

A miopatia necrotizante imunomediada apresenta uma clínica semelhante às demais miopatias inflamatórias, no entanto o estudo histopatológico é crucial para confirmar o diagnóstico.

PO-0644 - (4687) - UM CASO DURO DE OUVIDO

Ana Mafalda Abrantes¹; Pedro Gaspar¹; Sara Salema Travassos¹; Inês Parreira¹; Carolina António Santos¹; António Pais Lacerda¹; António Martins Baptista¹; Ana Alves Cardoso¹

1 - Serviço de Medicina Interna - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital Santa Maria

Introdução:

A surdez neurosensorial imunomediada é uma entidade rara, representando 1% das causas de perda auditiva. É geralmente bilateral, assimétrica, de carácter flutuante ou progressivo.

Caso clínico:

Mulher, 39 anos, antecedentes de lúpus eritematoso sistémico com envolvimento renal e articular; síndrome anticorpo antifosfolípido (SAF), manifestado por acidente isquémico transitório, isquémia digital, trombose venosa profunda e dois abortos, sem seguimento atual. Medicada com prednisolona 5mg, ciclosporina 25mg 2id, hidroxicloroquina 400mg e varfarina. Admitida por hipoacusia e acufeno esquerdos de início súbito há 2 semanas. Sem outra sintomatologia concomitante sugestiva de flare e sem outras alterações ao exame objetivo. Laboratorialmente com hipocomplementémia C3 e C4, anti-DS-DNA 89.6U/mL, e tripla positividade para anticorpos antifosfolípidos/anticoagulante lúpico positivo, anticardiolipina IgG positivo (69.2UQ), anti-beta2-glicoproteína IgG positivo (553.2UQ); anti-hsp70 negativo. Audiograma com surdez neurosensorial à esquerda. Angio-ressonância magnética cranio-encefálica e do ouvido esquerdo sem alterações. Assumindo-se afeção imunomediada do nervo auditivo no contexto de flare lúpico e/ou SAF, iniciados pulsos de metilprednisolona 500mg durante 3 dias seguido de prednisolona 1mg/kg em desmame. Alterada ciclosporina para azatioprina. Objetivada melhoria clínica a partir do 2º dia de terapêutica, confirmada em audiograma.

Conclusão:

Este caso ilustra uma manifestação rara podendo ser atribuível a ambas as doenças imunomediadas mencionadas. A ausência de alterações nos exames de imagem aponta para uma etiologia autoimune ao invés de causa vascular ou trombótica. O diagnóstico e terapêutica precoce permitiram uma evolução favorável.

PO-0645 - (2824) - DERMATOMIOSITE SAE1- UM RELATO DE CASO

Catarina Veiga¹; Carolina Anjo¹; Inês Albergaria¹; Ana Nunes¹; Gabriel Atanásio¹; Edite Nascimento¹

1 - Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões

A dermatomiosite (DM) é uma miopatia inflamatória idiopática com apresentação clínica variável. O anticorpo anti-SAE1 apresenta uma frequência baixa entre os doentes europeus com DM, entre 5%-8.0%, sendo por isso fulcral este relato de caso.

Mulher, 62 anos, com antecedentes de psoríase. Internada para estudo de síndrome constitucional. Perda ponderal de 15Kg, anorexia, astenia, disfagia, dor nas pequenas articulações das mãos com ritmo misto e dispneia. Negava febre e fenómeno de Raynaud. Ao exame objetivo, apresentava pápulas de Gottron, heliotropo e rash eritematoso difuso no pescoço, peito e dorso. Sem artrite. Unhas sem distrofia.

Analicamente, com anemia normocítica/normocrômica, VS 82mm, mioglobina 133 ng/mL e CK 205 U/L. Auto-imunidade positiva para os anticorpos AntiSAE1 e AntiRo52. O estudo analítico, senológico, imagiológico e endoscópico não revelaram neoplasia. TC-Tórax sem alterações do interstício e ecocardiograma com baixa probabilidade de hipertensão pulmonar. As Provas Funcionais Respiratórias (PFR's) foram inconclusivas por má colaboração. A eletromiografia foi compatível com miopatia inflamatória. Iniciou prednisolona (PDN) 20mg e teve alta orientada para consulta. Por intolerância gastrointestinal à Azatioprina houve necessidade de suspensão e introdução de Metotrexato. Desenvolveu mucosite grave pelo que este foi também suspenso. De momento medicada com PDN e Micofenolato. Aguarda aprovação de Imunoglobulina.

Os achados dermatológicos da DM SAE1 são graves, não raras vezes precedem o aparecimento das queixas musculares e podem incluir o heliotropo, sinal de Gottron, e alguns apresentam rash eritematoso difuso, como no caso descrito. O atingimento do interstício pulmonar em algumas coortes é de 50%. No entanto, esta doente apesar de referir dispneia, não tinha insuficiência respiratória, a TAC-Tórax era normal e as PFR's não foram informativas, ficando por esclarecer a etiologia desta queixa. A prevalência de disfagia é elevada e associa-se a complicações graves, como pneumonias de aspiração, pelo que a realização de um exame dinâmico da deglutição como a videofluoroscopia seria pertinente.

Trata-se de uma doença sistémica grave, frequentemente associada a neoplasia oculta, pelo que a vigilância clínica é mandatária. A imunossupressão é muitas vezes difícil principalmente pelos efeitos secundários - intercorrências infecciosas e intolerâncias do doente.

PO-0646 - (2689) - PERDA SÚBITA E PERSISTENTE DA ACUIDADE VISUAL

Joelma Mendes¹; Liliia Savka¹; Raquel Mendes Boto¹; Ana Maria Baltazar¹; Carolina Brandão Monteiro¹; Nuno Reis Carreira¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

Introdução: A perda súbita e persistente da acuidade visual é um défice súbito da acuidade visual em um ou ambos os olhos com duração superior a 24h. É necessário uma identificação precoce da causa e a instituição atempada de terapêutica para um melhor desfecho e prognóstico. As principais causas de perda súbita da acuidade visual incluem oclusões vasculares da retina, neuropatia óptica isquémica, hemorragia vítrea e trauma. Contudo, devem ser consideradas outras causas menos frequentes, como a neuromielite ótica, doença associada a anticorpos anti-aquaporina 4 (AQ-4) e anti-MOG.

Caso clínico: Homem, 66 anos. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, múltiplos episódios de trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo, uveíte anterior unilateral olho esquerdo (OE) e Neuropatia Óptica Isquémica Não Arterítica do OE recente, anticoagulado com Rivaroxabano nesse contexto. Internado por perda da acuidade visual do olho direito com 24h de evolução. Como diagnóstico diferencial, admitiu-se arterite de células gigantes (ACG), neuromielite óptica (NO) e neuropatia óptica Isquémica Anterior (NOIA). A avaliação inicial, TC-CE e ECG sem alterações agudas. Avaliada a velocidade de sedimentação, normal, e o estudo autoimune, incluindo anticorpos antinucleares, anticitoplasmáticos e anticorpos anti-fosfolipídicos sem alterações, sem consumo de complemento ou da haptoglobina. Serologias infecciosas negativas. Realizou biópsia da artéria temporal direita, cuja anatomia patológica negava a presença de aspectos compatíveis com ACG. Punção lombar com citoquímico, microbiológico normais e sem bandas oligoclonais. Realizada avaliação sérica e do líquido de anticorpos AQ-4 e anti-MOG, negativos em ambas amostras para AQ-4, mas positivas na avaliação sérica para anti-MOG. Concomitantemente realizou RMN-CE na qual se identificaram alterações do nervo óptico direito, que embora inespecíficas, são compatíveis com a hipótese diagnóstica de NO. Até à obtenção dos resultados da biópsia, assumiu-se o diagnóstico de ACG, tendo nesse contexto realizado pulsos de metilprednisolona durante 3 dias, seguindo-se prednisolona oral e azatioprina. Verificou-se estabilidade a ligeira melhoria da acuidade visual.

Discussão: Serve este caso para alertar para a necessidade de um cuidado diagnóstico diferencial de perda ocular, tendo um alto nível de suspeição para diagnósticos menos prováveis de forma iniciar o tratamento adequado, possibilitando manter o máximo de visão possível.

PO-0647 - (2108) - DESAFIOS DIAGNÓSTICOS DA GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGITE

Rita Sevivas¹; Catarina Pinto Silva¹; Flávia Fundora Ramos¹; Carolina Veiga¹; Elsa Gonçalves¹; Carlos S. Oliveira¹

1 - Hospital Santa Maria Maior

A Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte (GEPA) é um distúrbio multissistémico caracterizado pela combinação de asma, rinosinusite e eosinofilia periférica. A asma desempenha um papel fundamental e geralmente precede a fase vasculítica em até 10 anos. Contudo, alguns doentes apresentam manifestações clínicas mais discretas, o que dificulta o diagnóstico. As características imagiológicas mais proeminentes são as opacificações parenquimatosas em vidro despolido transitórias; os anticorpos ANCA podem ser positivos em até 60% dos doentes. A etiologia desta doença ainda é desconhecida.

Homem de 78 anos, com antecedentes patológicos de hipertensão arterial, dislipidemia, fibrilhação atrial, asma e DPOC GOLD B, com internamentos frequentes por agudização da doença respiratória, foi admitido no serviço de urgência por dispneia grave, ficando internado com diagnóstico de agudização de DPOC com necessidade de ventilação não invasiva. Durante a hospitalização, foi identificada eosinofilia periférica de aproximadamente 2120/mm³ com 10 anos de evolução sem etiologia conhecida. A tomografia computadorizada (TC) do tórax evidenciou opacidades reticulares e nódulos migratórios ao longo dos anos. Dos exames complementares, apresentava IgE total de 303kU/L, hipergamaglobulinemia, velocidade de sedimentação de 62mm/h, anemia normocítica normocrômica e anticorpos ANCA positivos. Foi realizado lavado broncoalveolar, que evidenciou alveolite eosinofílica ligeira (sob corticoterapia) com 2,4% de eosinófilos, e a citologia esfoliativa foi negativa para células malignas, mas com inflamação acentuada. Outras etiologias, como tuberculose, aspergilose e outras doenças autoimunes, foram excluídas. Além da manifestação pulmonar, o doente não apresentava manifestações cardíacas ou renais. Durante o internamento, iniciou corticoterapia devido ao diagnóstico mais provável de GEPA, com normalização dos eosinófilos, e no ano seguinte não apresentou recorrência das alterações imagiológicas ou internamentos, o que suportou o diagnóstico.

Este caso destaca a complexidade do diagnóstico de GEPA, evidenciando sua progressão prolongada e sútil - neste caso, asma, eosinofilia persistente e características distintas em exames de imagem, ressaltam a necessidade de uma abordagem meticulosa na abordagem desta patologia. A abordagem etiológica abrangente e o início da corticoterapia durante o internamento revelaram, a longo prazo, um controlo eficaz da doença.

PO-0648 - (4228) - QUANDO A LESÃO RENAL AGUDA É IMUNOMEDIADA: O RELATO DE UM CASO

Patricia Santos¹; Inês Domingues¹; Fábio Barbosa¹; Vanda Spencer¹

1 - Hospital Garcia Orta

As vasculites anticorpo anticitoplasmático do neutrófilo (ANCA) são uma doença autoimune, caracterizada por vasculite necrotizante de pequenos vasos, com poucos ou nenhuns depósitos imunes. Os órgãos mais afetados são o pulmão e o rim. Quando é autolimitada ao rim, 75-80% dos doentes apresentam anticorpos anti-mieloperoxidase (MPO) positivos. Sabe-se que o início de terapêutica precocemente tem impacto na sobrevida e morbimortalidade dos doentes.

Mulher de 74 anos, cabeleireira, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), dislipidemia, diabetes tipo 2. Inicia quadro de prostração, astenia, mialgias, perda ponderal de 7 kgs em dois meses, correspondente a mais de 10% do peso corporal total. Recorreu ao serviço de urgência por agravamento do quadro com aparecimento de dispneia associada. Objetivamente febril, eupneica com saturação periférica 96%, palidez mucocutânea e desidratada, sem alterações no exame neurológico sumário. No estudo complementar apresentava anemia normocítica normocrómica, lesão renal aguda - creatinina (Cr) 4.2 mg/dL, com proteinúria e eritrocitúria. Foi internada para investigação etiológica, sendo que imagiologicamente foi excluída causa pós renal (obstrutiva). Eco renal.... Rins? Nefropatia médica?? Foi algaliada confirmando débito urinário mantido. Procedeu-se ao estudo adicional de autoimunidade que revelou ser positivo para ANCA MPO 68.00 UI/mL, anticoagulante lúpico e anti-cardiolipina IgG 32.90 UGPL/ml. Foi colocada a hipótese de vasculite ANCA – MPO com compromisso renal, tendo iniciado terapêutica com corticoterapia com posterior início de Azatioprina. Foi proposta biópsia renal, mas atendendo à boa resposta à prova terapêutica esta foi protelada. Teve alta encaminhada para a consulta de Reumatologia com recuperação da função renal para uma cr basal de 2.0mg/dL.

Com este caso, os autores pretendem reforçar a necessidade de manter as várias hipóteses diagnósticas em aberto, sobretudo em casos com sintomas frustres e inespecíficos. O diagnóstico atempado com início rápido de terapêutica imunomoduladora permitiram que a doente conseguisse recuperar a função renal, com melhoria da qualidade de vida e do prognóstico da doença.

PO-0649 - (2785) - POLISSEROSITE COM FENÓTIPO DE INFLAMAÇÃO SISTÊMICA - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Rui Rua Coelho¹; Marcelo Pinto Alves¹; Sara M. Rocha¹; Rute Sousa Maertins¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

A polisserosite é uma entidade desafiante, cujas principais etiologias são a neoplásica, imunológica e infecciosa. No entanto existe uma crescente documentação da etiologia autoinflamatória.

Mulher, 78 anos, mastectomia direita por neoplasia e histerectomia com anexectomia por mioma uterina aos 50 anos. Sem vacinação anti-pneumocócica. Estudos endoscópicos de 2022 sem alterações. Clínica com cerca de 1 mês de evolução de dispneia de esforço mMRC2, dor pleurítica e retrosternal, sem outros sintomas. No início do quadro foi medicada com antibioterapia por suspeita de Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) à esquerda, documentada em angioTC torácico. Posteriormente esteve internada em Hospital privado por manutenção de sintomas, onde realizou estudo com TC TAP e toracocentese, com diagnóstico de PAC à direita sem agente, derrame pleural bilateral, com critérios de exsudado e pericardite aguda com derrame associado. Teve alta uma semana antes da vinda ao SU sob antibioterapia, AINE e sem serosites.

Recorre ao Serviço de Urgência por recrudescimento do quadro, estudo com síndrome inflamatória sistémica (SIRS) e novo derrame pleural bilateral. Completou estudo etiológico com estudo imunológico e eletroforese de proteínas, revelando-se negativo. Apesar de ausência de isolamento, foi assumido derrame bilateral de etiologia infecciosa provável decapitado, pelo que cumpriu esquema de antibioterapia 14 dias e retomou esquema anti-inflamatório com corticoide por pericardite. Foi orientada para consulta de Medicina Interna, com esquema de colquicina e corticoterapia em desmame, mas apresentou recorrência dos sintomas e SIRS, sem isolamentos microbiológicos e recidiva de derrame pleural à esquerda. Foi decidido escalada de dose de corticoide com reavaliação 1 mês após exacerbação, onde apresentou resolução total da clínica, sem imagem de derrame pleural. Iniciou desmame prolongado, estando aos 4 meses após exacerbação sob prednisolona 2,5mg e colquicina 1mg/dia sem recorrência de sintomatologia.

A polisserosite com fenótipo inflamatório sistémico tem uma prevalência estimada de 51% nas pericardites recorrentes. É um diagnóstico de exclusão e caracteriza-se por pericardite aguda com envolvimento pleuropulmonar e SIRS. O caso apresentado realça a importância do reconhecimento desta entidade em doentes com pericardite de modo a garantir orientação terapêutica e monitorização correta, podendo os não respondedores ser candidatos a terapêuticas anti-IL1.

PO-0650 - (2683) - UM MAL NUNCA VEM SÓ: SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE 3B DIAGNOSTICADO A PARTIR DE UMA HIPERGAMAGLOBULINEMIA

Cláudia Coelho¹; João Pedro Faria¹; Eulália Antunes¹; Rui Jorge Silva¹; Isabel Silva¹; Sofia Caridade¹

1 - Hospital de Braga

Os Síndromes Poliglandulares Autoimunes englobam um espectro de patologias, obrigando à co-existência de pelo menos duas doenças autoimunes diferentes, e sendo classificados em classes. O tipo 3B, em particular, sucede quando uma doença tiroideia autoimune ocorre em pacientes com diagnóstico de anemia perniciosa, sendo um subtipo raro e pouco estudado.

Apresenta-se o caso de uma mulher, 50 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade e bócio multinodular hiperfuncionante em contexto de Doença de Graves estabelecida (com TRABs positivos), assintomática, referenciada para consulta de Medicina Interna por elevação persistente de IgA. Realizado estudo analítico alargado, do qual se destaca: hg 11.8mg/dL com VGM 100.9fl, ferropenia ligeira (Fe 66ug/dL; TIBC 451ug/dL, IST 15%; transferrina 366mg/dL), ausência de défices de vitamina B12 (313pg/mL) ou ácido fólico (12,4) e VS de 46mm/h. Imunoelectroforese sem picos monoclonais, demonstrando aumento isolado da IgA (936mg/dL). Serologias víricas negativas. Realizado TAC toraco-abdomino-pélvico, sem alterações de relevo. RaioX ósseo sem evidência de lesões líticas. Dado antecedentes do foro auto-imune, avaliado anticorpo anti-fator intrínseco, encontrando-se elevado no soro (199 RU/mL) e anticorpo anti-célula parietal, que foi positivo, com título de 1/80. Estabelecido, assim, o diagnóstico de anemia perniciosa e realizada endoscopia digestiva alta, que demonstrou “Gastrite crónica ligeira, indefinida para atrofia, com metaplasia intestinal ligeira e sem atividade”.

No caso apresentado, é de realçar, primeiramente, o diagnóstico de Síndrome Poliglandular Autoimune 3B, pela sobreposição de uma anemia perniciosa e doença de Graves na mesma doente, alertando para a necessidade de possuir um menor limiar para a suspeição para doenças autoimunes em doentes com um primeiro diagnóstico deste foro já estabelecido. Além disso, de referir que apesar de a anemia perniciosa estar comumente associada ao défice de IgA, existem relatos de caso, como o que se apresenta, em que esta se associa a uma elevação sérica desta globulina. Ainda que não exista evidência suficiente para o comprovar, é sugerido que ambas as condições estejam interligadas, nomeadamente por mecanismos de produção de imunoglobulinas resultantes da regulação auto-imune defeituosa presente em indivíduos com doenças autoimunes.

PO-0651 - (5052) - DOENÇA DE FAHR - UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO

Raquel Moniz¹; Daniela Pinheiro¹; Monique Alves¹; Diana Mimoso¹; Tiago Silveira Rosa¹; Elisabete Cerqueira¹; Cristiana Sousa¹; Fernando Salvador¹

1 - ULSTMAD

Introdução: A doença de Fahr é uma doença neurológica degenerativa rara, que pode ser hereditária ou esporádica, caracterizada pela calcificação idiopática bilateral simétrica dos núcleos da base associada a perda de massa cerebral. Manifesta-se igualmente em ambos os sexos, com maior incidência na 4ª década de vida. Clinicamente apresenta-se com deterioração progressiva da função cognitiva e/ou motora, convulsões e cefaleia. O diagnóstico é feito pela clínica, associada à hipocalcemia e calcificação dos gânglios da base em exames de imagem. O prognóstico é reservado e potencialmente fatal.

Homem, 75 anos, autónomo. Hipertenso, diabético. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por cefaleia holocraniana intensa e visão turva, seguidas de movimentos tónico-clónicos generalizados com aproximadamente 1 minuto de duração, sendo o 4º episódio em 6 meses. Negava febre, náuseas ou vómitos. No SU apresentou um episódio de crise convulsiva focal, com movimentos tónico-clónicos dos membros, que cessou espontaneamente em 1 minuto. Referiu pró-dromos – parestesias frontais e visão turva, seguidas de síncope. Realizou tomografia computadorizada cranioencefálica, que não evidenciou lesões ocupantes de espaço, nem patologia vascular recente ou antiga, mas mostrou calcificações simétricas nos globos pálidos e na profundidade dos hemisférios cerebelosos (passíveis de traduzirem doença de Fahr); sem outras alterações de relevo. Analiticamente identificou-se cálcio 9.0 mg/dl. Discutiu-se o caso com Neurologia, tendo sido levantadas 2 hipóteses diagnósticas: doença de Fahr ou síncopes convulsivas. À data da alta, após 2 dias de internamento sob levetiracetam, foi orientado para a consulta de Neurologia para estudo complementar eletroencefalograma sem evidencia de alterações e ressonância magnética, onde se confirmou o diagnóstico de doença de Fahr, com exuberante deposição de material ferromagnético de predomínio nos globos pálidos, observando-se também foco de deposição na cabeça do núcleo caudado direito. Sem novas crises epiléticas e boa evolução clínica com tratamento sintomático.

Conclusão: A doença de Fahr é uma doença rara, onde o tratamento inclui suporte sintomático e identificação de causas. O diagnóstico diferencial é importante, tendo em vista a progressão da doença e a ausência de tratamento específico, pelo que por sua vez é importante a suspeitar o quadro clínico precocemente evitando de esta forma comprometimento cognitivo, convulsões e alterações psiquiátricas.

PO-0652 - (5064) - ENCEFALITE HERPÉTICA EM VIA VERDE AVC

João Morais Lopes¹; Cristiana Ferreira Teles¹; Ana Raquel Figueiredo¹; Rodrigo Andrade¹; Teresa Guimarães Rocha¹; Micaela Nunes Sousa¹; Helena Maurício¹; Eugénia Madureira¹

1 - Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE - Hospital de Bragança

Introdução: Os vírus Herpes constituem a principal causa de encefalite no mundo. As populações mais idosas, pela imunodepressão gradual da idade, estão em grande risco do desenvolvimento deste tipo de infeções. As vias verdes de AVC constituem um grande desafio diário às equipas do Serviço de Urgência, pela grande complexidade destes doentes e da sua gestão.

Caso Clínico: Mulher, 81 anos, mRankin 3. Antecedentes pessoais de: HTA, DM tipo 2, Obesidade e SAOS (sob VNI noturno). Trazida ao Serviço de Urgência pelo INEM com quadro de disartria e desvio da comissura labial à direita com 10h de evolução. Sinais vitais sem alterações. Analiticamente sem alterações de relevo. No exame objetivo, exame neurológico sem alterações, já sem desvio da comissura labial, de salientar apenas alodinia no membro inferior esquerdo, sem rigidez da nuca. Durante a realização do exame objetivo, doente com discurso confuso, com história sugestiva de alucinações visuais e sonoras. Realizou tomografia computadorizada cranioencefálica e dos vasos do pescoço, sem identificação de alterações agudas. Doente observada dois dias antes, no mesmo Serviço de Urgência, com vesículas compatíveis com herpes zoster, prurido e ardor na região abdominal no quadrante superior direito e com extensão para a lombar. Assumido quadro de Zona (com atingimento dos dermatómos de T11 a L3). Doente com alta medicada com Aciclovir, 1000 mg. Neste contexto, e com a clínica de alucinações, admitiu-se a hipótese de encefalite herpética. Realizada punção lombar com identificação do vírus varicella zoster no líquor, tendo-se feito o diagnóstico de encefalite a vírus varicella zoster. A doente iniciou assim aciclovir endovenoso em doses meníngeas, com melhoria franca do quadro, com alta sem défices focais objetiváveis.

Discussão & Conclusão: O presente caso demonstra a relevância que a história clínica e um exame físico exímios têm e continuarão a ter na nossa prática clínica. Trata-se de uma doente em que a realização de punção lombar se demonstrou essencial para o diagnóstico definitivo e o consequente tratamento e resolução do quadro clínico. Nestes doentes com encefalite associada ao vírus varicella zoster é importante haver um seguimento posterior efetivo, pela possibilidade do desenvolvimento posterior ao evento de complicações cerebrovasculares, como sejam as induzidas por vasculite, habitualmente com associação com novo quadro de alterações neurológicas.

PO-0653 - (4873) - AVC EM JOVEM COM SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICA: UM CASO ATÍPICO DE DOENÇA CEREbroVASCULAR

Ana Raquel Figueiredo¹; Sara Remelhe Sá¹; João Lopes¹; Cristiana Batouxas¹; Eugénia Madureira¹

1 - Unidade Local de Saúde do Nordeste

Introdução:

A trombose venosa cerebral (TVC) é uma forma incomum de acidente vascular cerebral (AVC). Habitualmente, apresenta manifestações inespecíficas, e o diagnóstico é feito por imagem. A síndrome antifosfolípídica (SAF) é uma doença autoimune que confere maior suscetibilidade para eventos trombóticos, podendo atingir qualquer território vascular e uma multiplicidade de manifestações clínicas.

Caso Clínico:

Masculino, 20 anos, autónomo. Antecedentes pessoais de paralisia facial periférica com 15 anos de idade; sem outros antecedentes de relevo. Recorre ao serviço de urgência por cefaleia de agravamento progressivo e vômitos. Exame objetivo e exame neurológico sem alterações. Analiticamente apenas a destacar Leucocitose de $14,67 \times 10^9/L$ e PCR 2,16. Por persistência da queixa de cefaleia realizou TC do crânio que revelou hiperdensidade espontânea do seio lateral esquerdo. Posteriormente realizou Angio-TC em fase venosa que exibiu repleção intraluminal do terço distal do seio transversal e seio sigmoide esquerdo que confirmou a trombose dos seios venosos. No internamento prosseguiu o estudo com Ressonância Magnética, que também relatava a trombose venosa cerebral sem aspetos sugestivos de lesão isquémica ou inflamatória recente. Do estudo complementar destacava-se: anticoagulante lúpico positivo (1,42); Velocidade de Sedimentação (VS) aumentada (35); Anticorpo beta2 glicoproteína 1 IgG 8.0U/mL positivo. Foi assumido o diagnóstico de SAF com TVC à apresentação. Teve alta medicado com varfarina em esquema personalizado.

Discussão & Conclusão:

O diagnóstico etiológico do acidente vascular cerebral (AVC) em adultos jovens geralmente exige uma abordagem mais extensa em comparação com indivíduos mais velhos. Neste caso o estudo imune evidenciou como causa a Síndrome Antifosfolípídica.

Os autores consideraram que um AVC num jovem de 20 anos portador de SAF seria um caso atípico de doença cerebrovascular.

PO-0654 - (4483) - MIELITE TRANSVERSA POR DÉFICE DE VITAMINA B12

Sara Campos¹; Nuno Vieira¹; Luísa Arez¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Portimão

Introdução: A mielite transversa por défice de vitamina B12 associa-se a uma síndrome de degeneração combinada subaguda que envolve uma desmielinização multifocal e difusa com perda axonal. Atinge preferencialmente a matéria branca ao nível dos cordões posteriores, corticoespinhais laterais e ocasionalmente espinotalâmicos. Pode ser objetivado mielopatia, neuropatia e anormalidades neuropsiquiátricas, que podem ser potencialmente reversíveis com a reposição de vitamina B12.

Caso clínico: Mulher de 71 anos de idade que recorreu ao serviço de urgência (SU) por ferida incisa na região parietal esquerda após queda com trauma crânio-encefálico. Antes de recorrer ao SU, a doente referia história de alteração do comportamento e alterações da sensibilidade a nível dos membros inferiores com cerca de duas semanas de evolução. Realizou Tomografia Computorizada (TC) Crânio-Encefálica que mostrou hiperdensidade focal sulcal parietal externa à esquerda e ficou internada para vigilância. Ao exame objetivo, a doente apresentava uma marcha atáxica, propriocepção e discriminação nos membros inferiores alteradas. Durante o internamento objetivou-se deficiência de vitamina B12. Foi iniciada a sua reposição em forma injetável com resolução total da sintomatologia num intervalo de 4 semanas.

Discussão e Conclusão: Embora com uma incidência menor, ainda se registam casos de défice vitamínico que podem causar condições permanentes se não forem identificados atempadamente. É fundamental pesquisar uma causa potencialmente reversível em casos de mielopatia e alterações neurológicas, por forma a administrar a reposição vitamínica o mais rápido possível e garantir a reversibilidade da sintomatologia.

PO-0655 - (2942) - DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE MIASTENIA GRAVIS EM DOENTE IDOSO

Mariana Silva De Sousa¹; Sofia Romão¹; Inês Mendo¹;
Diogo Dos Santos Rodrigues¹; Miguel Schön²; Daniel Costa Gomes³;
Tiago Sepúlveda Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria – Hospital de Santa Maria, Serviço de Medicina Interna; 2 - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital de Santa Maria, Serviço de Neurologia; 3 - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital de Santa Maria, Serviço de Medicina Intensiva

A Miastenia gravis (MG) é uma doença autoimune neuromuscular caracterizada por fraqueza muscular e fadiga, causada por auto-anticorpos contra os receptores de acetilcolina na junção neuromuscular. A associação entre MG e timoma está bem estabelecida.

Homem de 81 anos, com antecedentes de linfoma não Hodgkin tratado e em remissão, hipertensão arterial, diabetes tipo 2 e dislipidemia, ex-fumador de 30 unidades maço/ano. Recorreu ao Serviço de Urgência por vários meses de evolução de cansaço, anorexia, dispneia, sudorese e perda ponderal, mais recentemente com agravamento do estado geral culminando em dispneia súbita. Evolução com alteração do estado consciência e acidemia respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Inicialmente, com ecocardiograma transtorácico a documentar compromisso ligeiro da fracção de ejeção, sem disfunção do ventrículo direito. TC crânio sem alterações. TC torácica, abdominal e pélvica com volumosa massa mediastínica e heterogeneidade do parênquima prostático. Admitido no serviço de medicina intensiva, onde se verificou desmame ventilatório difícil condicionado por hipoventilação alveolar. Possibilidade posterior de extubação com resolução progressiva da acidose respiratória. Clinicamente com presunção de fraqueza muscular não diafragmática (reduzida expansão torácica com tosse ineficaz e electromiografia sem alterações relevantes). Transferido para o serviço de medicina interna onde, da investigação realizada se salienta: título elevado de anticorpos contra os receptores de acetilcolina (54.7 nmol/L (VR >0.4)), favorecendo a hipótese de crise miasténica. Realizada biópsia guiada por TC de massa mediastínica, confirmando-se timoma. Assumido diagnóstico final de MG em doente com crise miasténica inaugural e massa mediastínica compatível com timoma. Manteve corticoterapia e iniciou piridostigmina com melhoria clínica, submetido posteriormente a cirurgia.

Estudos mostraram que cerca de 10-15% dos indivíduos com MG têm timoma devido a mecanismos imunológicos ainda não completamente esclarecidos. A crise miasténica é uma complicação potencialmente fatal que pode culminar em insuficiência respiratória aguda, sendo indispensável o suporte ventilatório adequado.

Este caso destaca a importância da consideração de diagnósticos diferenciais abrangentes e uma abordagem multidisciplinar, sobretudo na presença de contextos complexos como idade avançada, múltiplas comorbilidades e sintomas inespecíficos.

PO-0656 - (4770) - UM CASO DE MOYA-MOYA NUM DOENTE COM RESERVA FUNCIONAL CEREBRAL DEFICITÁRIA

Francisca A. Correia¹; Carolina Guimarães¹; Helena Hipólito Reis¹; Ana Pastor¹; Ana Aires¹; Mariana Pintalhão¹; Luísa Fonseca¹

1 - Centro Hospitalar Universitário São João

INTRODUÇÃO: O Moya-moya é uma vasculopatia cerebral com desenvolvimento de neovascularização secundária a estenoses intracranianas, com características típicas. Pode apresentar-se como evento cerebral isquémico, hemorrágico, crises epiléticas ou mesmo de forma assintomática.

CASO CLÍNICO: Homem, 63 anos, antecedentes relevantes de hipertensão arterial (HTA), dislipidemia, cardiopatia isquémica e valvular, doença arterial periférica, hábitos tabágicos e doença cerebrovascular, com doença aterosclerótica intra e extracraniana. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro súbito de tremores do hemicorpo esquerdo, associado a disartria, vertigem, náuseas e cefaleia occipital. Previamente ao início do quadro clínico, HTA não controlada com necessidade de ajuste terapêutico. Na avaliação inicial, normotenso, apirético e normoglicémico. Neurologicamente, disartria e quadrantanopsia superior esquerda. Sem alterações agudas na Tomografia Computorizada Cerebral (TC-CE). O estudo vascular transcraniano e cervical por doppler evidenciou, de novo, sinais indiretos sugestivos de estenose significativa da Artéria Carótida Interna Direita terminal (ACID). O doente foi internado por suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) para estudo. Iniciou dupla anti-agregação e estatina. Análises sem alterações de relevo. Ressonância magnética cerebral com lesão isquémica aguda em território da artéria coroideia anterior direita e angioTC-CE com oclusão da ACID e estenoses intracranianas com padrão de Moya-moya associado. Prova de vasorreatividade cerebral positiva. Ecocardiograma sem alterações a sugerir cardioembolismo. Inicialmente o doente apresentou flutuação neurológica associada ao levante. Decidida estratégia de HTA permissiva atendendo ao compromisso hemodinâmico, com vista a otimizar a pressão de perfusão cerebral. O doente evoluiu favoravelmente, com disartria ligeira à data de alta. Excluída possibilidade de intervenção na estenose carotídea.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: Neste caso, o doente apresentava baixa reserva funcional cerebral no território carotídeo direito, que estava ocluído, e cuja colateralização vascular era realizada por vasos com padrão de Moya-moya comprometendo a resposta hemodinâmica e compensatória esperada. O controlo tensional para alvos estipulados na prevenção secundária do AVC foram, provavelmente, o desencadeante do desequilíbrio hemodinâmico no doente. Aqui se reforça a importância de individualizar a terapêutica de cada doente.

PO-0657 - (4756) - DECIFRANDO LESÕES INTRACRANIANAS: RELATO DE UM CASO

Cleide José Maria¹; Maria João Regadas¹; Joana Morais¹; Rosa Carvalho¹; Olga Pires¹; Ana Filipa Martins¹; Rita Sousa¹; Inês Gonçalves¹

1 - Hospital de Braga

Decifrando lesões intracranianas: Relato de um caso

Introdução: As doenças linfoproliferativas que se apresentam como lesões intracranianas são incomuns e frequentemente apresentam dilemas diagnósticos. O reconhecimento destas apresentações atípicas é crucial para um diagnóstico preciso. Este caso enfatiza as complexidades diagnósticas encontradas na distinção entre doenças linfoproliferativas e outras entidades.

Relato de caso: Homem de 32 anos recorreu ao serviço de urgência com história de astenia, suores noturnos e alterações comportamentais com meses de evolução. Sem antecedentes pessoais e familiares de relevo. Ao exame físico e em estudo analítico, onde se incluiu serologias infecciosas e pesquisa de drogas de adição, não apresentavam alterações. A tomografia computadorizada craniana (TC) revelou uma hiperdensidade distinta em torno da superfície superior do corno frontal do ventrículo lateral esquerdo, com extensão cortical sugestiva de lesão hiper celular, sugestiva de doença linfoproliferativa. Perante estes achados, doente foi internado para estudo, tendo as análises adicionais apresentado sem alterações e a Ressonância Magnética (RM) cerebral sugestiva de malformação cavernosa, Zabramski tipo 2. Assim, assumido provável caso de psicose tendo sido pedida avaliação por psiquiatria que conclui tratar-se de Traços de Personalidade Paranoide/Desenvolvimento Paranoide. O doente teve alta com orientação para consulta desta especialidade.

Discussão: As manifestações clínicas e a TC cerebral sugeriam uma etiologia linfoproliferativa. A RM revelou achados inesperados consistentes com malformação cavernosa. A discrepância entre a TC e a RM realça a importância de uma investigação diagnóstica abrangente e de uma interpretação cautelosa dos achados imagiológicos. Neste caso, os achados da RM enfatizam a necessidade de abordagens imagiológicas multimodais em casos difíceis.

Conclusão: Este caso exemplifica as complexidades diagnósticas encontradas na avaliação de lesões intracranianas, particularmente quando as características clínicas e radiológicas se sobrepõem a doenças linfoproliferativas. A importância de uma interpretação imagiológica meticulosa, incorporando modalidades avançadas como a RM, não pode ser sobrestimada no refinamento dos diagnósticos diferenciais. Além disso, salienta a necessidade de se manter uma perspetiva ampla e atenta a apresentações atípicas, otimizando assim os resultados dos doentes face a incertezas de diagnóstico.

PO-0658 - (4754) - ATRÁS DO DRAGÃO, A ENCEFALOPATIA – RELATO DE CASO CLÍNICO

Filipe Dias¹; Ana Santos E Silva¹; Luísa Alvarenga¹; Sofia Sobral¹; João Gamito Lopes¹; Hipólito Nzwalo¹; Henrique Rita¹

1 - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

O consumo de heroína de forma inalada, vulgo “chasing the dragon”, foi descrito na Ásia e em 1981 associado a leucoencefalopatia induzida pela inalação de heroína (LHE), uma condição incomum porém grave e habitualmente descrita como quadro progressivo com instalação em dias a semanas, caracterizado por danos na substância branca cerebral. Os sintomas variam desde défice cognitivo a paralisia, desafiando os profissionais de saúde no diagnóstico e tratamento.

Os autores relatam o caso de um homem de 33 anos, recluso, com antecedentes de etilismo e patologia psiquiátrica, encontrado inconsciente, com GCS 3 pontos e pupilas mióticas embora isocóricas e isorreativas, iniciando mioclonias após administração de flumazenilo e naloxona, com necessidade de sedação e intubação orotraqueal. À admissão hospitalar destaca-se a TC crânio-encefálica sem alterações e punção lombar com saída de LCR cristal-de-rocha com pressão aumentada mas com exame citoquímico inocente. Admitido em UCI com doseamento de opióides e benzodiazepinas aumentado e realizou EEG com lentificação difusa da eletrogénese, sem atividade paroxística ou periódica. Realizou também RMN-CE que relatou leucoencefalopatia aguda difusa e simétrica da substância branca profunda dos hemisférios cerebrais, gânglios cinzentos da base, tálamo-capsular e da comissura calosa. Manteve terapêutica de suporte apresentando melhoria clínica progressiva, permitindo a sua extubação e iniciou reabilitação até à alta clínica, com GCS de 15 pontos, sem atividade paroxística, com tetraparésia assimétrica com força muscular grau 2/5 à esquerda e grau 3/5 à direita. Em consulta de seguimento verifica-se uma excelente recuperação, com força muscular grau 4, sem outras alterações ao exame neurológico.

A LEH exhibe alterações distintivas na RMN, incluindo lesões simétricas na substância branca cerebral, edema e atrofia. No EEG, observam-se anomalias difusas, ondas lentas e desorganização do padrão de atividade elétrica. A progressão da doença é tipicamente em três estágios: inicialmente, fadiga e confusão; em seguida, défices cognitivos e motores progressivos; e por fim, demência e incapacidade funcional. A maioria dos casos descritos de LEH tiveram evolução de dias a meses e não de horas como no caso descrito e demonstra a importância de contextualização clínica adequada, assim como o papel importante da realização de RMN para o diagnóstico definitivo e adequada abordagem terapêutica.

PO-0659 - (4722) - DEMÊNCIA OU EPILEPSIA? - O COMUM, O IMPROVÁVEL E O AUTO-IMUNE

Daniel Calado¹; Adelina Pereira²; Ana Luísa Cadilhe²; Sofia Miranda¹; Carolina Roias¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada; 2 - Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos

Introdução: A encefalite autoimune é uma doença inflamatória rara podendo-se apresentar com uma miríade de manifestações, desde o discreto decair da memória até aparatosas alterações do estado de consciência. Uma vez levantada a hipótese, torna-se imprescindível a exclusão de outras causas que possam motivar o quadro - entre elas síndromes paraneoplásicas ou causas infecciosas - de forma a instituir a terapêutica adequada o mais precocemente possível.

Caso clínico: Senhora de 77 anos, com antecedentes pessoais a destacar hipertensão arterial, dislipidemia e síndrome demencial em estudo - alterações na marcha, mnésicas e desorientação com agravamento nos últimos 3 meses - trazida ao serviço de urgência (SU) por crise epilética tónico clónica generalizada. Tivera um episódio semelhante no mês anterior, tendo tido alta com seguimento em consulta para estudo. À chegada encontrava-se em estado pós ictal. Do estudo realizado no SU, a salientar análises sem alterações iónicas e sem elevação de parâmetros inflamatórios, tomografia axial computadorizada crânio-encefálica que apresentava apenas sinais de incipiente leucoencefalopatia isquémica e punção lombar

(com pleocitose, predomínio de linfócitos e proteinorráquia normal, sem hipoglicorráquia; pesquisa de vírus negativa, exame cultural negativo). Realizou eletroencefalograma onde se verificou cluster de crises focais temporais esquerda de novo, algumas com bilateralização, de etiologia indeterminada. Apesar de poder haver crises de novo em doente idoso sem causa identificada, pela história de crise no mês anterior e alterações cognitivas de novo colocou-se a hipótese de encefalite auto-imune integrada num possível síndrome paraneoplásico - objetivada a presença de anticorpos LGI1 no soro e líquido. Cumpriu com 5 dias de pulsos de metilprednisolona e posteriormente imunoglobulina, associado a reabilitação física, com melhoria progressiva do quadro.

Discussão: Este caso evidencia a dificuldade do diagnóstico da encefalite autoimune, particularmente em doentes idosos com fatores de risco cardiovasculares, pelo “overlap” com manifestações clínicas compatíveis com síndromes demenciais. Realça ainda o impacto debilitante que pode ter na qualidade de vida dos doentes se não for reconhecida e tratada atempadamente.

PO-0660 - (2415) - CEREBRITE E EMPIEMA SUBDURAL A LISTERIA MONOCYTOGENES

Patrícia Tenreiro¹; Diogo Mendonça¹; Catarina Valente¹; Carla Santos¹; Pedro Fialho¹; Ana Teresa Moreira¹

1 - Hospital Sousa Martins - ULS Guarda

INTRODUÇÃO: Listeria são pequenos bacilos, Gram-positivo aeróbios e anaeróbios facultativos. Listeria monocytogenes é o principal patógeno nos humanos. A sua transmissão ocorre através do consumo de alimentos contaminados, afectando principalmente gestantes, recém-nascidos, idosos e imunossuprimidos. Cerca de 20% dos casos afetam o sistema nervoso central (SNC) e, as manifestações mais frequentes são: meningite, meningoencefalite, cerebrite e abscessos.

CASO CLÍNICO: Doente do sexo feminino, 49 anos, caucasiana. Antecedentes pessoais de alcoolismo e tabagismo. Admitida no Serviço de Urgência por quadro de desorientação e prostração com evolução de uma semana. Foram referidos também 2 picos febris.

À observação a doente apresentava-se vígil, não falava, mas acenava a perguntas simples. Neurologicamente com anisocoria, fotofobia e diminuição da força nos membros superiores. Analiticamente com alcalémia respiratória e aumento dos parâmetros de fase aguda. A tomografia computadorizada (TC) inicial foi erroneamente relatada como não tendo alterações. Realizada Punção Lombar com um total de 6 leucócitos, 5 mononucleares e proteinorráquia, pelo que foi iniciado tratamento empírico com ceftriaxone, ampicilina e aciclovir.

A doente foi internada para tratamento e estudo. Foram revistas as imagens da TC e realizou ressonância que revelou um empiema no espaço subaracnoideu fronto-parietal com cerebrite frontal subjacente. Mostrou ainda trombose parcial no seio sagital superior. Do estudo realizado, apresentou anticorpos IgM para Listeria monocytogenes. Após discussão com a Infecçiology, pelo facto de a doente apresentar quadro de cerebrite, com empiema do espaço subaracnoideu, associados a trombose venosa cumpriu terapêutica com ceftriaxone e ampicilina durante 8 semanas e metronidazol durante 6 semanas com resolução clínica e imagiológica.

CONCLUSÃO: A infecção do SNC por Listeria monocytogenes pode manifestar-se desde febre ligeira e alteração do estado de consciência, até doença fulminante com coma. Sendo por vezes a infecção do SNC, o único local de envolvimento. Assim, deve fazer-se a pesquisa, sobretudo em doentes suscetíveis.

A iniciação precoce de um tratamento adequado pode melhorar o prognóstico destes doentes. Salientar também que numa era de múltiplos auxiliares de diagnóstico, é uma necessidade, o Internista saber guiar-se pela prevalência da clínica e realizar uma correta avaliação dos exames de imagem, para a melhor orientação do doente.

PO-0661 - (4581) - VASCULITE PRIMÁRIA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL – UMA ENTIDADE RARA E DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

Mariana Agapito Fonseca¹; Isabel Cruz Carvalho¹; Marco Ribeiro Narciso¹

1 - ULS Santa Maria - Hospital Pulido Valente

Introdução: Sintomas neurológicos focais recorrentes e em topografias distintas, em doentes jovens, com tradução imagiológica de isquémia do sistema nervoso central (SNC), devem alertar para etiologias além da aterosclerótica ou embolismo.

Caso Clínico: Mulher de 47 anos, com história de hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia, diabetes tipo 2 e enfarte agudo do miocárdio (por trombo de fibrina). Documentado acidente vascular cerebral isquémico em julho (disartria, diminuição da força do membro superior direito, diplopia e dismetria dos membros direitos, com tomografia computadorizada com hipodensidades no território da artéria cerebral média esquerda). Do estudo etiológico, destacava-se angiografia por ressonância magnética (angio-RM) com “redução focal de calibre do segmento supra-clinoideu da carótida interna esquerda, com extensão à bifurcação intracraniana e envolvimento dos segmentos M1 e A1 proximal”. O ecocardiograma, Holter e Doppler dos vasos do pescoço e transcraniano não revelaram alterações relevantes. Em setembro, tem episódio de amaurose fugax do olho esquerdo e, em outubro, é internada por diplopia binocular horizontal intermitente e fотopsias. Quando questionada, refere cefaleia parietal esquerda recorrente há meses. Repete angio-RM, que documenta progressão da estenose focal já documentada e realce linear da parede das artérias estenóticas. Foram excluídos envolvimento inflamatório de outros territórios arteriais, consumos toxicofílicos, neoplasia ativa, trombofilias, patologia autoimune e doença infecciosa do SNC. No líquido, apresentava proteinorráquia e aumento da IgG, sem outras alterações. Admitiu-se vasculite primária do sistema nervoso central (VPSNC). Iniciou tratamento de corticoterapia sistémica em alta dose com posterior desmame progressivo, mantendo resposta clínica sustentada (sem recorrência de cefaleia ou novos episódios de clínica focal) e estabilidade imagiológica (Doppler).

Discussão & Conclusão: A VPSNC é uma doença inflamatória rara com curso clínico habitualmente insidioso e de diagnóstico desafiante. A presença de fatores de risco cardiovascular é um elemento confundente, que foi desvalorizado por não existir documentação de doença aterosclerótica noutros territórios. O gold-standard diagnóstico é a biópsia cerebral, com sensibilidade de 75%. No caso, esta não foi realizada por desejo da doente e incapacidade do centro. Após discussão multidisciplinar, a angiografia foi dispensada por não acrescentar informação à RM.

PO-0662 - (4316) - MIASTENIA GRAVIS APÓS FACOEMULSIFICAÇÃO DO CRISTALINO? UM CASO DE ESTUDO

André Pereira¹; Emídio Mata¹; Tânia Silva¹; Laura Castro¹; Jorge Cotter¹

1 - Unidade Local de Saúde Alto Ave

Introdução: A Miastenia Gravis é uma doença neuromuscular autoimune caracterizada por fraqueza motora flutuante envolvendo músculos oculares, bulbares, dos membros e/ou respiratórios. A fraqueza deve-se a lesão imunológica mediado por anticorpos dirigidos a proteínas na membrana pós-sináptica da junção neuromuscular. Pode estar associada a timomas e doenças autoimunes, sendo que a sintomatologia inicial mais comum passa por ptose e diplopia.

Caso Clínico: Mulher de 79 anos, com antecedentes de catarata senil do olho direito, submetida a facoemulsificação do cristalino, desenvolveu no pós-operatório quadro de ptose palpebral esquerda, que agravava ao longo do dia, e diplopia, flutuante, não agravada pelos movimentos cefálicos. Ao exame objetivo, a destacar presença de ptose palpebral esquerda, que agravava com manobra de fatigabilidade, e que melhorava com ice pack test, e diplopia binocular, com pupilas isocóricas e fotorreativas, sem alterações da oculomotricidade. Realizada tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica e cervical com contraste, que excluiu lesão vascular ou traumática aguda, infecciosa ou expansiva, e TC de tórax que despistou a presença de massas mediastínicas. Do estudo analítico efetuado: velocidade de sedimentação de 4mm/h; função tiroideia sem alterações; serologias sífilis, vírus da hepatite B (VHB) e C (VHC), e vírus da imunodeficiência humana (VIH) negativos; anticorpos anti-DNA cadeia dupla, anti-Smith, anti-Jo1 e anti scl-70 negativos. A pesquisa de anticorpos anti-recetores de acetilcolina foi positiva (>3 nmol/L), assim como os anticorpos anti-nucleares, com título 1/160AC-1 nuclear homogéneo. Iniciada terapêutica com Piridostigmina na dose de 30 mg tid, com melhoria sintomática, tendo sido alta orientada para a consulta externa para seguimento e prosseguimento do estudo.

Discussão: A Miastenia Gravis afeta mais comumente os músculos elevador da pálpebra superior e orbicular dos olhos, embora qualquer músculo extraocular possa estar envolvido. O arrefecimento e a piridostigmina reduzem a atividade da enzima anticolinesterase, aumentando assim os níveis de acetilcolina na junção neuromuscular e melhorando os sintomas. Este caso descreve uma primeira apresentação da doença após intervenção de catarata senil.

Conclusão: A suspeita de Miastenia Gravis deve ser levantada quando há limitação dos movimentos extraoculares, que não pode ser explicada pelo envolvimento de um nervo craniano específico.

PO-0663 - (4908) - DERRAME PERICÁRDICO SECUNDÁRIO A INFEÇÃO POR COXSACKIE

Catarina Lopes¹; Diana Marques¹; José Miguel Banza¹; Alexandra Wahnon¹; António P. Lacerda¹; Liliana R Santos¹

1 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Santa Maria Clínica Universitária de Medicina II, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Apesar do derrame pericárdico (DP) é um achado comum na prática clínica, tanto como um diagnóstico incidental, como manifestação de doença cardíaca ou sistémica, o tamponamento cardíaco é apenas diagnosticado em 5% dos casos de DP. O enfoque centra-se na avaliação do seu impacto hemodinâmico e no seu estudo etiológico. Doente, sexo feminino de 23 anos, melanodérmica, natural da Guiné Bissau, autónoma. Com antecedentes clínico-patológicos de doença fibroquística da mama. Recorre ao serviço de urgência, por dor pleurítica com 4 dias de evolução associada a dispneia, cansaço para pequenos esforços e palpitações com 2 semanas de evolução com agravamento recente, que associa a infeção respiratória prévia. A doente refere aftose oral de repetição e alopecia, a mãe tem história de aborto espontâneo de 2 gémeos após os 3 meses de gestação. Apresentava avaliação analítica sem alterações de relevo. A TC-TAP revelou volumoso derrame pericárdico concêntrico, com espessura máxima de 2,7 cm, caracterizado por ecocardiograma transtorácico como volumoso derrame pericárdico loculado, septado. Realizou pericardiocentese, com drenagem imediata de 650cc de líquido citrino. Foram excluídas causas traumáticas e metabólicas. Do estudo infeccioso a destacar; ADA e IGRA negativos; serologias para agentes cardiotrópicos negativos à exceção do vírus Coxsackie (Ac. Anti-Coxsackie-IgM positivo e Ac. Anti-Coxsackie-IgG negativo); e hepatite B crónica com carga viral HBV 8050 UI/mL, havendo iniciado tratamento com Tenofovir. Apesar da clínica e história familiar serem compatíveis com patologia autoimune: ANA, CCP, Ac. anti-SS-A, Ac. anti-La, Ac. anti-dsDNA negativos. Complemento normal, ECA normal. Fator reumatóide positivo (30.2); VS 120mm/1^ah. Assumida, pericardite aguda a condicionar derrame pericárdico volumoso secundária a infeção por vírus Coxsackie. Completou antibioterapia com Ceftriaxone e iniciou Colchicina com boa resposta clínica e laboratorial. As causas mais comuns de derrames pericárdicos incluem infeções, neoplasias, doenças do tecido conjuntivo, síndromes de enfarte pericárdico, causas metabólicas, doenças miopericárdicas, doenças da aorta, e alguns fármacos. O prognóstico do derrame pericárdico está essencialmente relacionado com a etiologia e, por isso, é importante identificar a mesma de forma a direcionar a terapêutica. As infeções por Coxsackie são geralmente autolimitadas mas este caso ilustra uma das mais graves complicações.

PO-0664 - (4700) - SÍNDROME DO SEIO CAROTÍDEO PROVOCADA POR METÁSTASE CERVICAL – UM CASO CLÍNICO

Edgar Amaro¹; Luís Miguel Pereira¹; Rita Tinoco Magalhães¹; Soraia Mendes¹; Vander Sabino¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais

Introdução: A Síndrome do seio carotídeo consiste em lipotímia ou síncope mediada pela estimulação dos barorreceptores do seio carotídeo. É uma causa relativamente rara de síncope, sendo responsável por cerca de 1% dos casos. Manifesta-se durante actividades que podem colocar pressão no seio carotídeo, como, por exemplo, cortar a barba.

Caso clínico: Um homem de 62 anos com antecedentes pessoais de carcinoma pavimentocelular da língua submetido a excisão cirúrgica em 2021 com recidiva cervical à direita em 2023, foi admitido na urgência por episódios de síncope recorrentes durante a realização das actividades da vida diária. À observação, à admissão, no serviço de urgência, encontrava-se hipotenso (TA 74/42mmHg), normocárdico, apirético e normossaturado em ar ambiente. Apresentava uma tumefacção a estender-se da hemiface direita à região cervical e retroauricular homolaterais, com rubor franco e flutuação. Nas avaliações analítica e eletrocardiográfica não apresentava alterações relevantes. Realizou TC cranioencefálica e cervical que revelou uma volumosa massa cervical direita, sugestiva de metastização com sobreinfecção, atingindo os espaços para-faríngeo, mucoso faríngeo, retro faríngeo, pré-vertebral e carotídeo (envolvendo “em manga” e reduzindo o calibre das estruturas vasculares do feixe vasculo-nervoso do pescoço). Concluiu-se o diagnóstico de síncope neuromediada por compressão vascular do seio carotídeo direito. O doente iniciou antibioterapia com Clindamicina e Ceftriaxona. Após discussão do caso clínico com Oncologia, foi dada indicação para realização de sessões de radioterapia dirigida à massa cervical.

Discussão e conclusão: A Síndrome do Seio Carotídeo é uma causa relativamente rara de síncope, porém estas síncofes sucedem geralmente em cenários muito sugestivos, pelo que uma anamnese adequada facilita enormemente o diagnóstico.

PO-0665 - (4772) - CASO CLINICO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA DESENCADEADA POR MIOCARDITE SUBAGUDA

André Moniz Garcia^{1,2}; José Guia^{1,2}; Cândida Fonseca^{1,2}; Marta Anastácio^{1,2}

1 - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; 2 - Hospital de São Francisco Xavier

INTRODUÇÃO: A insuficiência cardíaca aguda (ICA) é uma das principais causas de hospitalização na população geriátrica. É complexa, com vários eventos patogénicos desencadeantes sobreponíveis, o que dificulta a uniformização da abordagem. A ICA pode ocorrer subitamente em indivíduos sem história prévia de insuficiência cardíaca (IC) após uma lesão aguda (como lesão isquémica ou miocardite), ou por descompensação em doentes com insuficiência cardíaca crónica. A miocardite aguda ocorre principalmente em crianças e adolescentes, enquanto que nos idosos se manifesta de forma mais insidiosa, sendo comuns alterações como a IC já estabelecida.

CASO CLÍNICO: Homem de 70 anos, com antecedentes de HTA, dislipidemia e doença arterial periférica grave, seguido em Cirurgia Vasculár. Recorreu ao SU por quadro de dispneia e cansaço para pequenos esforços. Apresentava hipoperfusão generalizada, normotensão arterial, exaustão ventilatória com acidemia metabólica grave (pH: 7.210; Bicarbonatos 8.7mmol/L, pCO₂ 22.6mmHg) e com hiperlactidemia de 14.30mmol/L, troponina de 354 ng/mL e com delta de 1h de -49 e NT-próBNP 11968 pg/mL. Admitido na UCI sob ventilação mecânica. A angio-TC, detetou derrame pleural bilateral volumoso. Toracocentese evacuadora bilateral, com saída de líquido com características de transudado. O ecocardiograma-transtorácico revelou hipertrofia ventricular esquerda, com fração de ejeção deprimida. Foi medicado com bisoprolol, ramipril, espironolactona, furosemida, dapagliflozina, dinitrato de isossarbido, antiagregação plaquetária e anticoagulação. Concluiu-se IC inaugural em contexto de provável cardiomiopatia isquémica. Em 24h, foi extubado e foi feita diminuição progressiva do débito oxigénio, ficando em ar ambiente após 5 dias. RM cardíaca (sem prova de stress) diagnosticou miocardite subaguda, sem cicatriz isquémica. Angio-TC coronário com doença obstrutiva de 3 vasos. Teve alta ao 15º dia de internamento, assintomático sem défice de oxigenação e com melhoria laboratorial nos marcadores cardíacos (NT-proBNP de 772 e troponina de 45).

DISCUSSÃO: Com este caso pretendemos discutir a ambiguidade e sobreposição, em termos clínicos e laboratoriais, da etiologia da ICA, em que num doente idoso com fatores de risco cardiovasculares significativos, a cardiomiopatia isquémica seria a causa mais provável, e não a miocardite subaguda. De notar, que é impossível refutar o componente isquémico, especialmente após detetar doença coronária difusa.

PO-0666 - (4724) - SÍNDROME BRADICARDIA-TAQUICARDIA, E ALGO MAIS... - BARREIRAS ULTRAPASSÁVEIS

Jéssica Vasconcelos¹; Joana Barbosa Rodrigues¹; Nuno Lousada¹; Glória Nunes Da Silva¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

Introdução: A Síndrome bradicardia-taquicardia (SBT) caracteriza-se pela instalação de bradiarritmia após um período de taquicardia supraventricular. As manifestações clínicas incluem síncope, acidente isquémico transitório e sintomas de sobrecarga hídrica. O tratamento indicado é a implantação de pacemaker.

Caso Clínico: Mulher de 74 anos, autónoma. Antecedentes pessoais de febre reumática complicada de estenose aórtica grave e insuficiência aórtica moderada, estenose mitral moderada e aneurisma da aorta ascendente, submetida há 10 anos a substituição valvular aórtica e mitral, e da aorta ascendente; hipertensão arterial; fibrilhação auricular (FA) permanente; SBT; insuficiência cardíaca (IC) com FEj reduzida, sob terapêutica modificadora de doença (TMD). Internada no S. Medicina Interna, proveniente do Hospital de Dia de IC, por FA com resposta ventricular rápida, a condicionar descompensação de IC. Foi realizado controlo da FC e intensificada terapêutica diurética, com melhoria clínica. Ecocardiograma TT revelou hipertrofia ventricular esquerda excêntrica, função sistólica globalmente comprometida (FEj~20%), dilatação da aurícula esquerda, e próteses mecânicas sem disfunção. Coronariografia do mês do internamento sem lesões. Dados os diagnósticos de SBT e de IC com FEj reduzida e em agravamento, em doente já sob TMD, após discussão com a Cardiologia foi proposta implantação de CRT-P. Tentada implantação por duas vezes sem sucesso, por impossibilidade de progressão de eletrocateter pelas veias cefálicas. Veno-TC do pescoço e tórax revelou síndrome da veia cava superior (SVCS) por “ausência” da mesma; bom preenchimento dos vasos cervicais e subclávios pelo contraste; circulação colateral, com volumosa veia ázigos; sem evidência de massas. Admitida SVCS não aguda, em doente assintomática e com circulação colateral marcada, possivelmente por trombose venosa por manuseamento venoso no internamento anterior. Por impossibilidade de implantação de CRT-P, foi implantado pacemaker VVIR Micra™, sem intercorrências. À data de alta manteve a TMD.

Discussão e Conclusão: Na impossibilidade de implantação de pacemaker através de veia cefálica ou subclávia outras opções surgiram, como o pacemaker Micra™. Ao ser implantado diretamente no ventrículo direito associa-se a menor risco de complicações como infeções e disfunção de elétrodos. Como desvantagem destaca-se a impossibilidade de ser usado como CRT, que seria benéfico na doente apresentada.

PO-0667 - (4547) - HIPERTENSÃO PULMONAR IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Nathalie Guerrero Camilo¹; Rita Domingo¹; Pedro Rebodero¹; Cristina Sousa¹; Paula Nogueira¹

1 - Hospital de Faro

A Hipertensão Pulmonar (HP) é uma condição progressiva caracterizada por aumento da pressão arterial pulmonar, podendo resultar em insuficiência cardíaca e morte se não tratada. Este artigo descreve o caso de um homem de 40 anos, previamente saudável até contrair COVID-19 em março de 2022, após o qual começou a apresentar fadiga e palpitações. Exames cardiológicos indicaram sinais de hipertensão pulmonar, e após um ano de persistência dos sintomas e perda de peso significativa, foi diagnosticado com Hipertensão Pulmonar Moderada.

Em janeiro de 2023, devido a agravamento dos sintomas, incluindo astenia, acrocianose e hipotensão, foi admitido no serviço de Medicina Interna. Exames adicionais revelaram hipoxemia grave, eritrocitose, insuficiência cardíaca direita e dilatação do ventrículo direito. Um diagnóstico de Hipertensão Pulmonar Grave (PSAP 65 mmHg), Insuficiência Cardíaca Direita e Eritrocitose Secundária foi feito, e o paciente foi transferido para o serviço de Cardiologia.

O cateterismo cardíaco direito confirmou Hipertensão Pulmonar Pré-Capilar e um teste de caminhada de 6 minutos revelou uma dessaturação significativa para 60%. Uma broncofibroscopia mostrou macrófagos alveolares com hemossiderina. O diagnóstico final foi de Doença Venó-Oclusiva Pulmonar (PVOD), e o paciente teve melhora significativa com terapia com inibidor da enzima PDE-5 e antagonista seletivo do receptor da endotelina, com proposta de transplante pulmonar.

Este caso destaca a complexidade da HP, a importância do diagnóstico precoce e tratamento multidisciplinar. Avanços terapêuticos recentes oferecem esperança, mas mais pesquisas são necessárias para melhorar os resultados a longo prazo nesses pacientes.

PO-0668 - (4507) - QUEBRANDO BARREIRAS – A IMPORTÂNCIA DE MANTER OS DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO RADAR

Rodrigo Morgado¹; Josiana Duarte¹; Leonor Neves Da Gama¹; Ana Santos E Silva¹; Henrique Rita¹; Maria Luísa Alvarenga¹; Diana Marreiros¹

1 - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Introdução: A Insuficiência cardíaca (IC) é uma patologia prevalente e complexa, associada a elevada morbimortalidade, afetando 1 em cada 6 portugueses com mais de 50 anos. O envelhecimento populacional crescente traz um aumento da prevalência desta patologia, sendo imperativa a melhor gestão e seguimento médicos. A gestão eficaz da IC na consulta e em programas de telemedicina é essencial para otimizar a qualidade de vida dos doentes.

Objetivo: Caracterizar o perfil clínico e epidemiológico dos doentes acompanhados na consulta de IC, identificar os principais desafios na sua gestão e propor estratégias para melhorar a qualidade de vida.

Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo dos doentes seguidos numa consulta de IC de um hospital distrital durante 3 anos.

Resultados: Obtivemos uma amostra de 200 doentes, com um total de 186 primeiras consultas. 99 indivíduos eram do sexo masculino e 101 do sexo feminino, com uma média de idades de 77.56 anos (mín. 32 e máx. 94). A maioria dos doentes apresentava baixo grau de escolaridade (139 < 4 anos). Salienta-se um maior nº de doentes a viver em meio rural (105). Em termos de proveniência a maior parte foi referenciada do Internamento (53.5%), seguido do S. Urgência (23.5%). Foram avaliadas quais as principais comorbilidades associadas, sendo que 98% dos indivíduos apresentavam Hipertensão arterial, 87.5% Dislipidemia, 41.5% Diabetes Mellitus, 36.5% Obesidade e 20% tabagismo. Em relação à Fração de ejeção (Fej), 134 indivíduos apresentava Fej preservada e 66 Fej deprimida, dos quais 45.45% a realizar ARNI. Dos doentes com Fej deprimida verificou-se que os que não estavam sob ARNI tinham perfil tensional baixo (TAS < 90 mmHg) ou disfunção renal grave (TFGe < 15 ml/min). É de notar que, após o acompanhamento em Consulta de IC, a grande maioria dos doentes apresentou uma redução do número de episódios de urgência e internamento (86% e 58,5%, respectivamente).

Conclusões: Os autores concluem que houve uma melhoria significativa do controlo da doença após integração na C. de IC, com conseqüente melhoria da qualidade de vida com menos agudizações. Os ensinamentos realizados nesta consulta multidisciplinar relativamente ao controlo dos fatores de risco cardio-vascular, fazem com que os doentes contactem a equipa antes da descompensação, contribuindo para a diminuição dos internamentos evitáveis. Sendo um hospital distrital, que cobre uma vasta área, com doentes que podem ter a sua residência a mais de 50 km da unidade hospitalar e com uma grande dispersão populacional, torna-se um desafio acompanhar estes doentes. Assim, como estratégia para melhorar o seu seguimento e evitando tantas deslocações ao hospital dos doentes que vivem em meios rurais e muito distantes, desde o 1º trimestre de 2023, que esta equipa multidisciplinar tem em curso um projeto de telemedicina com apoio da inteligência artificial mantendo estes doentes com IC no radar e com melhor controlo da sua doença.

PO-0669 - (4318) - CHOQUE CARDIOGÉNICO - UM PLOT TWIST ETIOLÓGICO NA MIOCARDITE AGUDA

Marco Cristo Tomaz¹; David Campos¹; Ana Santos Costa¹; Dinis Mesquita¹; Filipa Carrega¹; Ermelinda Pedroso¹; Ana Esteves¹

1 - Unidade Local de Saúde da Arrábida

A miocardite é uma doença inflamatória com várias etiologias, sendo a mais frequente viral. A apresentação clínica é variada, desde assintomática, ao choque cardiogénico. O gold standard diagnóstico é a biópsia endomiocárdica. O prognóstico é variável e depende de fatores como a apresentação inicial, subtipo histológico e idade do doente.

Homem, 49 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos. Recorreu ao serviço de urgência por queixas sugestivas de quadro gripal com 5 dias de evolução. À admissão, taquicardico, com livedo reticularis no tronco e membros inferiores e aumento do tempo de reperfusão capilar. Gasimetria arterial com acidémia metabólica pH 7.31 e hiperlactacidémia 9 mg/dL. ECG revelou taquicardia sinusal 107 bpm. Os sinais de hipoperfusão periférica motivaram realização de ecocardiograma transtorácico, que revelou disfunção biventricular grave por hipocinésia difusa, FEj 20%. Das análises, a destacar Tnl de 2298pg/mL, PCR 6.44mg/dL. Painel de vírus respiratórios identificou vírus Influenza A. Colocada a hipótese diagnóstica de Miocardite aguda com disfunção biventricular a Influenza A. Iniciou suporte inotrópico e vasopressor com dobutamina e noradrenalina com fraca resposta hemodinâmica, pelo que foi transferido para um hospital terciário pela necessidade de escalar cuidados com suporte circulatório mecânico - ECMO-VA e BIA. Após curso de 8 dias sob suporte hemodinâmico, foi descanulado e suspenso suporte vasopressor, com melhoria parcial da função cardíaca (FEj 48%). Realizou RMC que documentou edema miocárdico difuso e biópsia endomiocárdica (BEM) positiva para parvovírus.

Este caso retrata a complexidade diagnóstica associada à apresentação inaugural em choque cardiogénico. Apesar da hipótese diagnóstica colocada inicialmente, a BEM determinou o diagnóstico definitivo. A infeção concomitante a Influenza A poderá ter contribuído para o agravamento clínico. Trata-se de uma apresentação atípica da infeção a parvovirus, uma vez que se manifesta geralmente por aplasia medular, poliartalgias ou 5ª doença.

A apresentação inaugural em choque cardiogénico necessita de tratamento imediato podendo ser confundido em contexto de sépsis em doentes com clínica atípica e etiologia infecciosa documentada. Assim, este caso sublinha a importância do diagnóstico diferencial e das complicações mais raras associadas a este vírus, assim como o contributo agudo da sépsis no agravamento da função cardíaca.

PO-0670 - (2823) - ASSOCIAÇÃO ENTRE A FISIOPATOGENIA DA DOENÇA CARDIOVASCULAR E A DOENÇA PERIODONTAL

Jordana Montalvão Duarte¹; Mariana Ribeiro Gonçalves¹;
Daniel Freitas Dos Santos¹; Rodolfo Leite Arantes¹

1 - Universidade de Ribeirão Preto

Introdução: A doença periodontal (DP) é definida como uma condição inflamatória caracterizada por disbiose e uma mudança na placa subgengival favorecendo a proliferação da microbiota Gram-negativa, o que gera a destruição das estruturas de suporte aos dentes. Evidências recentes na literatura começam a associar a DP a doenças cardiovasculares (DCV), sugerindo que a disfunção endotelial e instabilidade da placa aterosclerótica, pudesse ter além dos mecanismos classicamente descritos, a modulação inflamatória pela DP.

Materiais e métodos: Realizada revisão de literatura, feita através de pesquisas utilizando-se os descritores “periodontal disease” e “endothelial dysfunction”. Foram encontrados 75 artigos, os quais relacionavam-se com o critério de inclusão. Apenas 18 artigos puderam ser utilizados após leitura completa do conteúdo.

Discussão: A disfunção endotelial, que é um indicador autônomo de ocorrência de eventos cardiovasculares, precede o surgimento de aterosclerose e outras DCV. Essa condição ocorre principalmente devido à diminuição na disponibilidade de óxido nítrico (NO). Estudos mostram uma relação entre DP e disfunção endotelial, indicando uma significativa redução na disponibilidade de NO em indivíduos afetados. A liberação de endotelina-1 (ET-1) também aumenta, propiciando vasoconstrição, além de estar associada ao desenvolvimento de DCV. Patógenos orais que se disseminam pela corrente sanguínea também contribuem na relação dessas duas condições. Esses agentes, como o *Porphyromonas gingivalis*, possuem a capacidade de invadir as paredes arteriais e colonizar as placas ateroscleróticas, contribuindo para a formação de coágulos trombóticos. O *Porphyromonas gingivalis* pode induzir a agregação de plaquetas e a expressão de moléculas de adesão celular, como ICAM-1, VCAM-1 e p-selectina. Esses processos ativam fatores que promovem a formação de coágulos sanguíneos. Além disso, a disseminação sistêmica de agentes infecciosos periodontais e suas toxinas ativam a resposta inflamatória. Esse estado de inflamação crônica estimula o funcionamento da musculatura lisa dos vasos sanguíneos, contribuindo para a progressão da aterosclerose. A presença de mediadores inflamatórios é considerada um possível fator de risco no desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Conclusão: Apesar da correlação entre DCV e DP ser complexa e ainda não totalmente compreendida, existe uma intrínseca relação entre a disseminação de bactérias orais que propiciam inflamação e a formação de coágulos sanguíneos, aumentando o risco de complicações cardíacas. Desta forma, estratégias eficientes de proteção à saúde bucal podem ser úteis na prevenção de doenças cardiovasculares.

PO-0671 - (2739) - UM INTESTINO DE CORTAR A RESPIRAÇÃO

Alexandra Rodrigues¹; Dina Santos¹; Cátia Martins¹; Isabel Jardim²; Dinarte Abreu¹; Teresa Faria¹; Maria Aguiar¹

1 - Hospital dos Marmeleiros, SESARAM, EPERAM; 2 - Hospital Central do Funchal, SESARAM, EPERAM

O Embolismo Pulmonar (EP) é uma doença comum, que se deve à oclusão da(s) artéria(s) pulmonar(es), ou dos seus ramos, por êmbolos de ar, gordura, tumor ou trombo que migram de um ponto distante do organismo. O diagnóstico é desafiante uma vez que a apresentação clínica pode ser variada e inespecífica, associada a um largo espectro de gravidade. O tratamento deve ser iniciado precocemente com o intuito de diminuir a taxa de morbimortalidade. A duração do mesmo é determinada, entre outros, por fatores de risco hereditários e/ou adquiridos. Apresenta-se o caso de uma senhora de 70 anos, portadora de pacemaker e com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Recorreu ao serviço de urgência por 3 episódios de dor retroesternal de início súbito após subir lanço de escadas, associado a dispneia e tonturas com 1 dia de evolução. Como fator de alívio referiu apenas o repouso. Três dias antes havia realizado viagem de avião de 2 horas. À observação, encontrava-se hemodinamicamente estável, eupneica em repouso, com saturação periférica de oxigénio de 94% em ar ambiente (aa). A auscultação cardíaca e pulmonar, bem como a inspeção e palpação dos membros inferiores, não revelaram alterações. Do exame objetivo, apenas a destacar palidez das mucosas. Foi realizada gasometria arterial em aa que revelou: alcalémia respiratória (7.48), hipocapnia (27.3 mmHg) e hipoxemia (63.7 mmHg). Analiticamente a realçar: hemoglobina 10,4 g/dL; VGM 88.8 fL; DDímeros 2557 ng/mL; NT-pro-BNP 5060 pg/mL. Colocando-se a hipótese diagnóstica de EP, foi realizado ecocardiograma transtorácico, identificando-se sinais de sobrecarga direita, e angioTC tórax que confirmou o diagnóstico de EP subsegmentar bilateral. Doente com score PESI de 70 pontos, associado a baixo risco de mortalidade aos 30 dias. Foi iniciado enoxaparina terapêutica e doente foi admitida na Unidade de Cuidados Especiais e posteriormente transferida para o Serviço de Medicina Interna (MI). Aquando da investigação etiológica, referiu quadro de fezes mais escuras que o habitual e teste PSOF positivo em 2022 sem realização de exames endoscópicos (EE). Deste modo, realizou EE que demonstraram polipose extensa do cólon, com 2 lesões suspeitas biopsadas. A doente teve alta anticoagulada, e orientada para seguimento em consulta de MI. Este caso alerta para a importância de uma anamnese cuidada de modo a investigar a etiologia do EP e adequar o tratamento, em particular no que se refere à anticoagulação.

PO-0672 - (2443) - SÍNDROME AÓRTICO AGUDO: ABORDANDO O INCOMUM

Maria Inês Risto¹; Luciana Sousa¹; Patricia Sobrosa¹; João Coutinho De Sousa²; Maria Guilherme Muchata¹; José Diogo Martins¹; Diana Guerra¹; Manuel Ferreira¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital de Santa Luzia; 2 - Serviço de Segurança e Saúde no trabalho, ARS Norte IP

A disseção aórtica aguda é uma patologia rara mas que constitui uma emergência. A mortalidade pode ser de até 75% nas primeiras 48 horas, pelo que exige diagnóstico imediato. Define-se como uma laceração da camada íntima, ocorrendo a passagem de sangue do lúmen para a camada média, formando um hematoma. O fator determinante da disseção é a aterosclerose, agravada pela idade e pelos fatores de risco vasculares, com especial destaque para a hipertensão arterial (HTA). Assim sendo, é mais comum nos idosos. O diagnóstico é feito pela combinação da clínica com achados imagiológicos. O tratamento habitual é cirúrgico.

No caso apresentado temos uma doente do sexo feminino de 86 anos. Parcialmente dependente, cognitivamente íntegra. Antecedentes pessoais de HTA, Diabetes Mellitus tipo 2 e dislipidemia. Medicada com metformina, sitagliptina, enalapril, hidroclorotiazida, fenofibrato e atorvastatina.

Recorre ao Serviço de urgência (SU) por taquicardia e tonturas com umas horas de evolução.

Ao exame objetivo, alterações dignas de destaque: desorientada no espaço, hipotensa, taquicárdica, auscultação cardíaca arritmica. Do estudo inicialmente realizado, a ressaltar o eletrocardiograma que documentou fibrilhação auricular de novo com resposta ventricular rápida, submetida então a controlo de frequência. Durante esta permanência no SU, desenvolve hemoptises, pelo que se solicita Angiografia Computorizada (AngioTC). Esta, relata a existência de sinais compatíveis com síndrome aórtico agudo na crossa da aorta, do tipo B. Neste contexto, contactada a Cirurgia Vasculare, após discussão em equipa, decidido que seria para controlo do perfil tensional. Dado estado funcional da doente, sem benefício na abordagem cirúrgica. Após instituição da terapêutica, tensão controlada e doente assintomática. Realizado AngioTC de reavaliação, passados dois dias, mantendo-se a situação clínica estabilizada. Dada a presença de hematoma, não se hipocoagulou.

Este caso destaca uma apresentação atípica uma vez que a doente não apresentou clínica típica, como toracalgia súbita nem dispneia.

PO-0673 - (4512) - VOLTAR AO INÍCIO PARA IR MAIS LONGE

Bernardo Cardoso¹; Anna Knoch¹; Sérgio Azevedo¹; David Furtado¹

1 - ULS Médio Tejo

INTRODUÇÃO: Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica caracterizada por sintomas cardinais (ex.: dispneia, edema maleolar e fadiga) que podem ser acompanhados de sinais característicos (ex: pressão venosas jugular elevada, edema periférico e ferveres pulmonares). A IC deve-se a uma alteração estrutural e/ou funcional do coração que resulta em pressões cardíacas elevadas e/ou num débito cardíaco inadequado.

CASO CLÍNICO: Os autores descrevem o caso de um homem de 84 anos com antecedentes de miocardiopatia hipertrófica, valvuloplastia aórtica e implantação de cardioversor-defibrilhador implantável nos 3 meses anteriores. O doente recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por astenia e dispneia para pequenos esforços em agravamento progressivo, já com duas vindas ao SU por IC descompensada nos 2 meses anteriores. Ao exame objetivo destacava-se anasarca, ferveres pulmonares e dessaturação periférica de oxigénio, tendo sido iniciada terapêutica diurética, broncodilatação e oxigenoterapia. Do estudo realizado salientou-se hipoxemia, elevação do péptido natriurético atrial, radiografia (Rx) de tórax com congestão pulmonar mais visível à direita, por cardiomegalia ocupando todo o terço inferior do hemitórax esquerdo, sobreponível ao Rx das duas vindas anteriores. Dada a ausência de melhoria clínica ao segundo dia de terapêutica otimizada, revisto ecocardiograma pós-valvuloplastia que documentava fração de ejeção normal. Tendo em conta que os sintomas do doente sucederam os procedimentos cardíacos recentes e na ausência de outra causa de descompensação, solicitado ecocardiograma, que revelou volumoso derrame pericárdico apical, com compromisso hemodinâmico e colapso parcial do ventrículo direito. O doente foi submetido a pericardiocentese com drenagem de 1 litro de líquido sero-hemático, com rápida melhoria clínica.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: O caso apresentado pretende realçar a importância de reavaliar as causas de descompensação da Insuficiência Cardíaca, sobretudo em doentes com patologia conhecida e estratificada que apresentam agravamento sustentado. Neste âmbito assumem particular destaque os antecedentes de procedimentos cardíacos invasivos, dado que podem originar complicações a curto prazo, nomeadamente o derrame pericárdico que pode ser uma emergência e colocar em risco a vida do doente.

PO-0674 - (2639) - VERMELHO É O CORAÇÃO (E O CONGO): UM CASO EXEMPLIFICATIVO DE AMILOIDOSE CARDÍACA POR TRANSTIRRETINA

Rui Jorge Silva¹; Cláudia Coelho¹; Eulália Antunes¹; João Pedro Faria¹; Isabel Silva¹; Sofia Caridade¹

1 - Hospital de Braga

A amiloidose cardíaca é uma doença rara causada pela deposição de fibrilas de amilóide no espaço extracelular cardíaco, causando lesão cardíaca e condicionando insuficiência cardíaca. Os dois tipos mais comuns são a amiloidose de cadeias leves (AL) e a amiloidose por transtirretina (ATTR), seja esta última na sua forma wild-type ou hereditária.

Homem de 82 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e síndrome da apneia obstrutiva do sono, enviado da consulta de Cardiologia para Medicina Interna para investigação de etiologia de cardiomiopatia infiltrativa. Medicado com sacubitril/valsartan, dapagliflozina, espironolactona, bisoprolol, furosemida e atorvastatina. Apresentava eletrocardiograma com ritmo sinusal, bloqueio fascicular anterior esquerdo e bloqueio completo de ramo direito e ecocardiograma com cardiomiopatia hipertrófica infiltrativa com hipertrofia ventricular esquerda grave, disfunção ventricular esquerda moderada com FEVE estimada em 35% e PSAP estimada em 55mmHg. O doente referia dispneia para médios esforços. O estudo analítico revelou hemograma, função renal, provas hepáticas e cinética de ferro sem alterações de relevo, proteínas totais 6.9g/dL, albumina 4.1 g/dL, eletroforese de proteínas e imunoeletroforese sem picos monoclonais, IgA 435mg/dL, IgG 1231mg/dL, IgM 57,3mg/dL, função tiroideia sem alterações, anti-dsDNA negativo, ANAs negativos 1/80, ANCA's negativos, anti-RNP equívoco, serologias víricas negativas e rácio de cadeias leves kappa/lamba sem alterações de relevo. Realizou-se cintigrafia corporal com tecnécio-99m, que revelou "captação miocárdica superior à captação pela grade costal (grau 3, guidelines ASNC/EANM), mais intensa no ventrículo esquerdo" com "estudo fortemente sugestivo de amiloidose ATTR positiva".

A amiloidose cardíaca ATTR é uma patologia que tem tido atenção recente pela comunidade médica dada a introdução recente do tafamidis no mercado, um fármaco que permite retardar a progressão de doença de ambas as formas de amiloidose ATTR ao estabilizar estrutura quaternária da proteína transtirretina. Apresenta-se este caso como forma de evidenciar a necessidade diária de suspeição de potenciais casos de amiloidose ATTR e de realização da investigação adequada, de forma a identificar candidatos à terapêutica dirigida.

PO-0675 - (2764) - QUANDO A DIÁLISE PERITONEAL É UMA DOR DE CABEÇA...

Beatriz Tallon¹; Margarida Proenca¹; Tiago Neto Goncalves¹; Goncalo Pinho¹; Natalia Marto¹

1 - Hospital Da Luz Lisboa

Introdução:

A cefaleia hípica é uma perturbação rara, caracterizada por episódios de cefaleia holocraniana ou hemicraniana, de intensidade moderada a grave e que desperta o doente enquanto dorme. A sua causa é desconhecida, assumindo-se como cefaleia primária.

Caso clínico: Homem, 70 anos, com história de doença renal crónica estadio 5 sob hemodiálise após falência de transplante renal, tendo iniciado 20 dias antes da admissão diálise peritoneal. Nas 2 semanas prévias ao internamento, iniciou cefaleia exclusivamente durante o sono, que o acordava, bifrontal, pulsátil, muito intensa, sem náuseas, sem fotofobia, com duração de 30 minutos a 4 horas, ficando assintomático entre os episódios. Referia cansaço, mas sem febre ou claudicação mandibular. Exame objetivo sem evidência de sobrecarga hídrica; sem alterações neurológicas objectiváveis. TC-CE e RM-CE sem alterações relevantes. Doppler cervical sem estenoses hemodinamicamente significativas e com artérias temporais com padrão de fluxo normal, sem evidência de processo inflamatório mural. Doppler transcraniano sem alterações. Iniciou paracetamol e cafeína, assumindo cefaleia hípica, com melhoria transitória. Evoluiu, com recorrência da cefaleia, agravamento da sobrecarga hídrica e insuficiência respiratória de agravamento progressivo. Reiniciou diálise convencional com negativação de balanço hídrico e evolução sem recorrência da cefaleia.

Discussão e Conclusão: Ainda que o caso apresentado sugerisse o diagnóstico de cefaleia hípica, a ligação temporal do aparecimento da cefaleia com o início da diálise peritoneal e o seu desaparecimento aquando da melhoria da sobrecarga hídrica após reiniciar diálise convencional sugerem que este terá sido o mecanismo fisiopatológico na sua génese. Tanto quanto sabemos, não existem casos semelhantes reportados na literatura e este caso levanta a hipótese de que a cefaleia hípica possa nem sempre ser idiopática.

PO-0676 - (4426) - EPILEPSIA, OU NÃO?

Ana Patrícia Nunes¹; Mónica Jardim¹; Andreia C. Fernandes²; Ângela Abreu²; Andreia Pestana¹; Teresa Faria¹

1 - Hospital dos Marmeleiros; 2 - Hospital Dr. Nélio Mendonça

A epilepsia não convulsiva é um desafio diagnóstico, particularmente em doentes com conhecido abuso de substâncias ou patologia psiquiátrica, uma vez que os sintomas, que já são por si parcos, são muitas vezes desvalorizados nestes subgrupos de doentes. Trazemos o caso clínico de uma doente com queixas de afasia em quem o estudo etiológico levou ao diagnóstico de hipotiroidismo grave, e em quem as crises epiléticas cederam com a introdução de levotiroxina.

Doente de 51 anos, com antecedentes pessoais conhecidos de dislipidemia e etilismo crónico, recorreu ao Serviço de Urgência por episódios auto-limitados de afasia, com duração de alguns segundos, com 2 dias de evolução. O exame objetivo à admissão não mostrou alterações, à excepção da objetivação de vários episódios transitórios de afasia motora, alguns com compromisso do cumprimento de ordens, bem como alguns episódios de elevação súbita dos membros superiores e olhar fixo. Nos intervalos entre episódios a doente ficava assintomática. O estudo analítico à admissão não tinha alterações de relevo, incluindo o doseamento sérico de etanol, que foi negativo. Ficou internada por suspeita de crises epiléticas frontais. Durante o internamento foi introduzida terapêutica anticonvulsivante com levetiracetam (LVT), ácido valpróico e lacosamida, sem melhoria dos sintomas. Foi realizado estudo analítico mais completo, que revelou hipotiroidismo grave com hormona estimulante da tiroide (TSH) de 116 microunidades/mL e T4 0.2 nanogramas/dL. Introduziu-se terapêutica com levotiroxina, com melhoria gradual do quadro sem necessidade de novos ajustes dos anticonvulsivantes. Realizou ressonância magnética cerebral que revelou múltiplos meningiomas de pequenas dimensões, sem outras alterações. Ao longo do internamento foi possível a redução progressiva dos anti-epiléticos, encontrando-se à data de alta medicada apenas com LVT 1g 12/12h. Verificou-se normalização da função tiroideia a nível analítico. Após estabilização do quadro, a doente não apresentou novas crises.

Os sintomas neuropsiquiátricos mais comumente associados ao hipotiroidismo são alterações de memória e distímias, tendo habitualmente uma evolução clínica indolente, no entanto é fundamental lembrar que este pode mimetizar patologias em todos os sistemas de órgão e ser uma causa reversível de epilepsia. Salientamos a importância do estudo etiológico da crise epilética no diagnóstico de patologias graves e potencialmente tratáveis.

PO-0677 - (4305) - QUADRIPLEGIA INESPERADA

Francisco Nogueira Gonçalves¹; Mário Rui²; Andreia Matas²; Rita Raimundo²; Rafael Jesus²; Michel Mendes²; Ricardo Almendra²; Ana João Marques²; Sara Lima²; Irene Pinto²

1 - ULS Viseu Dão-Lafões; 2 - ULSTMAD

Introdução: O enfarte medular tipicamente se manifesta por fraqueza súbita dos membros inferiores. Dentro deste espectro, o acidente vascular cerebral (AVC) medular medial bilateral constitui uma entidade rara, onde o atingimento dos tratos corticoespinhais resulta em complicações catastróficas. No entanto, numa pequena percentagem de casos ocorre uma flutuação de sintomas, com recuperação de clínica, com duração que pode ir de alguns minutos a várias horas, denominados de acidentes espinhais isquémicos transitórios.

Caso clínico: Homem de 71 anos, com antecedentes de obesidade grau II, síndrome de apneia obstrutiva do sono, hipertensão arterial, e dislipidemia, recorreu ao serviço de urgência por perceção de fala arrastada, diminuição de força do membro superior e inferior esquerdo com parestesias dos mesmos enquanto conduzia. Negava consumo de drogas, álcool, quedas ou traumatismos. Ao exame inicial, apresentava disartria significativa, hemiparésia esquerda com predominância crural e hemihipostesia tátil. A tomografia computadorizada (TC) com angiografia não revelou lesão isquémica aguda nem trombo endovascular. Recuperação quase integral após 3 horas de instalação de sintomas mantendo unicamente disartria. Deste modo não foi realizado terapêutica fibrinolítica nem endovascular. Iniciada dupla anti agregação e mantido em vigilância. Após cerca de 12h de admissão no SU apresenta instalação súbita de quadriplegia com sinal de Babinski bilateral, disfagia e disartria graves, mantendo, no entanto, preservação de função sensorial. Novo angio-TC sem alterações isquémicas, hemorrágicas nem imagens de STOP. A ressonância magnética (RM) cerebral posteriormente realizada mostrou sinal hipertenso T2 e FLAIR bilateral na medula medial, com restrição à difusão, e a RM cervical revelou uma mielopatia cervical compressiva (MCC) entre C5-C6. Após avaliação por Neurocirurgia e Medicina Física e Reabilitação, o paciente iniciou um programa de reabilitação intensiva.

Conclusão: A importância deste caso recai na possibilidade de duas entidades distintas poderem ser responsáveis pela quadriplegia de instalação súbita. Com base na clínica de AIT espinal, exames complementares de diagnóstico, preservação sensitiva e ausência de trauma a entidade preponderante responsável pela quadriplegia será a etiologia vascular isquémica medular medial bilateral, não se podendo, no entanto, desvalorizar a influência da MCC.

PO-0678 - (2561) - SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Guilherme Muchata¹; José Diogo Martins¹; Patrícia Sobrosa¹; Maria Inês Risto¹; Margarida Peixoto¹; Joana Urbano¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polineuropatia imunomediada aguda e progressiva, caracterizada por parésia flácida ascendente e hiporreflexia. Surge numa reação imunológica cruzada em contexto de infeção recente tipicamente gastrointestinal ou respiratória, por um mecanismo de mimetismo molecular por partilha de epítomos com os nervos periféricos.

Apresenta-se o caso de um homem de 59 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por fraqueza muscular nos membros superiores de início no dia anterior, com atingimento posterior dos membros inferiores, condicionando incapacidade de deambulação e manutenção da posição ortostática, e queixas de lombalgia e desconforto generalizado. Associadamente, com história recente, na semana anterior, de dor abdominal e dejeções diarreicas (cerca de 4-5 por dia), sem sangue ou muco, tendo sido medicado com loperamida. À admissão, consciente, orientado, com discurso fluente e coerente, apirético e sem insuficiência respiratória. Ao exame neurológico, tetraparésia de predomínio nos membros inferiores. Membros inferiores com força grau 2 proximal e grau 1 distal, reflexos osteotendinosos abolidos, membros superiores com força grau 2 e apenas com reflexos braquiais despertáveis, sem défices sensitivos. Estudo analítico e tomografia computadorizada craneoencefálica no SU sem alterações de relevo. Pela suspeita de SGB realizada punção lombar onde se evidenciou dissociação albumino-citológica no LCR, tendo iniciado ciclo de imunoglobulinas intravenosas na dose de 30g/dia. Foi admitido em unidade de cuidados intermédios, para vigilância da função respiratória, onde realizou 2 ciclos de imunoglobulinas, sem resposta clínica significativa. No decurso do internamento, sem deterioração neurológica ou falência respiratória. Eletromiograma demonstrou polineuropatia de envolvimento motor exclusivo, grave, sem atividade de deservação, possível variante AMAN. Estudo vírico negativo até à data, estando ainda a aguardar serologias de *Campylobacter jejuni*. Dada a estabilidade clínica, é transferido para enfermaria geral com posterior orientação para unidade de reabilitação motora, com melhoria clínica ligeira.

Classicamente, a apresentação do Síndrome de Guillain-Barré, caracteriza-se por um padrão fraqueza muscular ascendente de início ao nível dos membros inferiores. O conhecimento das restantes características desta síndrome, permite a suspeita diagnóstica, com realização de exames dirigidos e o início de terapêutica adequada.

PO-0679 - (4269) - “CARCINOMATOSE E HIPOFOSFATÉMIA: A ETIOLOGIA MULTIFATORIAL DO DELIRIUM”

Mariana Marques¹; Rita Vilar Da Mota²; Daniela Salgueiro²; Inês Ferreira²; Mafalda Gouveia²; Rita Oliveira²; Paula Pestana²; Sérgio Lascasas²; José Caldeiro²

1 - Hospital de Vila Franca de Xira; 2 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: O carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC) representa cerca de 15% das neoplasias pulmonares, sendo que 70% dos doentes apresentam metastização difusa no momento do diagnóstico. A incidência de invasão leptomenígea (ILM) é cerca de 10%, sendo a apresentação clínica variável.

Descrição do caso: Homem de 65 anos, autónomo, antecedentes de hábitos etílicos e CPPC com metastização difusa (ganglionar, hepática e renal); sob quimioterapia (QT) com carboplatina e etoposido, admitido na sala de emergência por alteração do comportamento com um mês de evolução e agravamento súbito. À avaliação, destaca-se agitação psicomotora, disartria e afasia mista, sem outros défices. Do estudo efetuado salienta-se hipofosfatémia grave (fósforo 0.9 mg/dl) e TC cranioencefálico sem alterações. Por agravamento da agitação, administrado midazolam e iniciou tiamina por suspeita de síndrome de abstinência. Solicitado angioTC cranioencefálico que mostrou estenose da artéria cerebral média esquerda sem repercussão hemodinâmica. Colocadas hipóteses de encefalopatia metabólica secundária a hipofosfatémia; infeção do sistema nervoso central; invasão leptomenígea e neurotoxicidade secundária a QT. Iniciou reposição com fosfato monopotássico. Efetuada punção lombar com pressão de abertura aumentada, no líquido cefalorraquidiano (LCR): 75 eritrócitos, 0 leucócitos, proteinorráquia, e glicose normal. Realizou ressonância magnética cranioencefálica com contraste com achados compatíveis com infiltração leptomenígea. Exame bacteriológico, micológico, micobacteriológico, PCR de listeria e herpes vírus no LCR negativa. A citologia foi negativa, no entanto analisada apenas amostra de 1 ml. Após normalização da fosfatémia e terapêutica com dexmedetomidina e posteriormente com quetiapina, obteve-se controlo da agitação. Assumido delirium multifatorial, desencadeado por hipofosfatémia grave em doente com CL. Após discussão multidisciplinar, proposto para radioterapia holocraniana.

Discussão: O delirium caracteriza-se por um estado confusional agudo que geralmente é multifatorial, sendo maioritariamente desencadeado por fármacos ou alterações iónicas/metabólicas em doentes com patologia neurológica preexistente. O caso descrito reforça a importância do estudo diferencial exaustivo, dado que, a citologia negativa não exclui diagnóstico de CL e os achados do LCR podem ser inespecíficos, tornando-se imperativo a exclusão desta entidade, mesmo na ausência de metastização cerebral.

PO-0680 - (2769) - ALIEN LIMB

Franciscoco António Nogueira Gonçalves¹; Mário Rui³; Andreia Matas²;
Rita Raimundo³; Rafael Jesus³; Michel Mendes³; Ricardo Almendra³;
Ana João Marques³; Sara Lima³; Irene Pinto³

1 - ULS Viseu Dão Lafões; 2 - ULS CHTMAD; 3 - ULSTAMD

Introdução: O fenómeno de alien limb (membro alienígena) caracteriza-se pela presença de atividade motora involuntária de um membro (superior ou inferior), acompanhada pela perceção de que o mesmo não pertence ao indivíduo. Os movimentos involuntários variam desde simples levitações até ações mais complexas, como agarrar objetos ou interações com a mão contralateral

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 49 anos de idade recorre ao serviço de urgência por diminuição da destreza do membro superior esquerdo, deixando cair objetos e com movimentos anómalos desse membro durante o sono, reportados pela esposa. De antecedentes de relevo a destacar infeção HIV, linfoma Não Hodgkin de Grandes Células, com 6 ciclos de quimioterapia, Diabetes Insípida de causa central. Ao exame objetivo encontrava-se vigil, colaborante, orientado no tempo, espaço e pessoa. Não se apuravam perturbações campimétricas ou de linguagem ou extinção sensitiva/visual. Observavam-se movimentos involuntários do MSE compatíveis com alien limb. As pupilas eram isocóricas e issoreativas. Não se objetivavam oftalmoparésias ou nistagmo, a sensibilidade facial era simétrica e existia parésia facial periférica esquerda. Na avaliação motora nota para hemiparésia esquerda em G4-/5 no MS e G4+/5 no MI (escala MRC). Acrescenta-se hemihipostesia termoálgica e erros propriocetivos ipsilaterais bem como ataxia apendicular esquerda. De exames complementares a destacar contagem de 135 CD4+, carga vírica (HIV) não detetável e RM CE com lesões ocupantes de espaço corticossubcorticais frontoparietais, direitas, rodeadas por extensa área de edema e com captação intensa e homogénea do produto de contraste, as duas lesões medem cerca de 15 mm. Realizada punção lombar sem identificação de agente bacteriano, vírico ou fúngico e imunofenotipagem de linfócitos negativos. Submetido a biopsia de lesão por Neurocirurgia, tendo sido iniciada corticoterapia após realização da mesma.

Discussão: Este caso salienta a importância de uma abordagem diagnóstica exaustiva em pacientes imunocomprometidos com manifestações neurológicas atípicas. A presença do fenómeno de alien limb em associação com lesões cerebrais num paciente com antecedentes de HIV e neoplasia hematológica realça a necessidade de considerar etiologias tanto infecciosas como neoplásicas. A biópsia cerebral revelou uma doença linfoproliferativa de células B de alto grau, direcionando a estratégia terapêutica subsequente para a especialidade de Hematologia.

PO-0681 - (2768) - DISSEÇÃO CAROTÍDEA - UMA CAUSA POUCO FREQUENTE DE AVC

Joana Telhada¹; Fábio Dinis Alves¹; Ricardina Macedo¹; Rosa Ferreira¹; Margarida Monteiro¹; Olinda Caetano¹; Rosário Araújo¹

1 - Hospital de Braga

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morbimortalidade em Portugal e resulta, na sua maioria, de eventos isquémicos, como aterosclerose das grandes artérias, cardioembolismo e oclusão de pequenos vasos. No entanto, existem outras doenças menos comuns que também podem estar na origem de um AVC.

Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 80 anos, com síndrome demencial e parcialmente dependente, com antecedentes relevantes de hipertensão arterial, diabetes e fibrilhação auricular hipocoagulada. Foi trazida ao Serviço de Urgência por uma cefaleia holocraniana com vários dias de evolução, associada a astenia e sensação de visão turva com um dia de evolução. Ao exame neurológico, apresentava disartria, paresia ligeira do hemicorpo esquerdo e síndrome de Horner incompleto à direita, com miose e ptose; sem outras alterações ao exame objetivo. Realizou uma Angiotomografia Computorizada Crânio-Encefálica que constatou uma oclusão total da artéria carótida direita no seu trajeto cervical a partir da bifurcação carotídea, com adequado preenchimento da circulação anterior ipsilateral.

Portanto, foi equacionado o diagnóstico de AVC isquémico da artéria cerebral média (ACM) direita por oclusão da carótida interna, em provável contexto de disseção, dada a existência de síndrome de Horner. Não havendo indicação para tratamento de fase aguda, optou-se por manter a hipocoagulação e por iniciar estatina em alta dose. Posteriormente, foi realizada Ressonância Magnética Crânio-Encefálica que confirmou uma redução acentuada do calibre da carótida e da ACM direitas como possível sequela de disseção. Durante o internamento, com múltiplos episódios de hipertensão severa.

À data de alta, mantinha os mesmos défices neurológicos, com indicação para prosseguir com o programa de reabilitação. Na possibilidade de displasia fibromuscular, ficou a aguardar estudo dos vasos aórticos e renais.

O caso apresentado é pouco frequente, uma vez que a disseção carotídea está na origem de apenas 2% dos AVC. A disseção resulta, na grande maioria, de trauma ou iatrogenia, no entanto, pode também surgir no contexto de outras doenças, como a displasia fibromuscular. Esta doença afeta maioritariamente mulheres em idade jovem e está associada a patologia das artérias renais e carotídeas, podendo estar na origem de hipertensão arterial e isquemia cerebral. Tendo em conta a suspeita clínica nesta doente, torna-se importante excluir o atingimento de outras artérias.

PO-0682 - (4896) - UMA CAUSA INCOMUM E FATAL DE AVC ISQUÉMICO - DISSECÇÃO DA AORTA

Inês Gouveia Bonito¹; Inês P. Carvalho¹; Alexandra Coimbra¹; Ana Paula Pona¹; Martinho Fernandes¹; Joana Ferreira¹

1 - Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução: A disseção da aorta é uma etiologia rara de acidentes vasculares cerebrais (AVC) isquémicos, mas que deve ser sempre recordada pela sua gravidade e necessidade de atitude terapêutica distinta, sendo inclusivamente uma contraindicação à terapêutica intravascular com alteplase.

Caso clínico: Mulher de 83 anos, autónoma, com antecedentes pessoais relevantes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial essencial, dislipidemia e tabagismo. Trazida ao Serviço de Urgência pela família por alteração do comportamento com hora de início não esclarecida. À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, com desorientação temporo-espacial e afasia de expressão, sem outras alterações ao exame neurológico e ao exame físico. Realizou TC-CE que revelou duas lesões isquémicas agudas cortico-subcorticais no território da artéria cerebral média esquerda distal, e angioTC com aneurisma da aorta ascendente, com densificação da gordura do mediastino superior em provável relação com hemorragia, tendo completado o estudo com angioTC Tórax que identificou zona de disseção na parede anterior do aneurisma. O caso clínico foi discutido com centro de referência de cirurgia cardíaca, sendo o caso recusado para intervenção cirúrgica uma vez que apresentava AVC agudo em doente de 83 anos, com necessidade de cirurgia complexa e demorada com recurso a hipotermia e heparina.

Discussão e conclusão: A disseção da aorta tipo A é uma emergência cirúrgica complexa, cuja realização implica uma série de procedimentos e administração de fármacos que, apesar de serem necessárias ao tratamento, podem acarretar um risco superior ao benefício, devendo ser ponderado doente a doente. No caso descrito, não só deve ser equacionado o risco de submeter uma doente de 83 anos a hipotermia prolongada, mas também à terapêutica com heparina realizada durante a cirurgia, que promove o risco de transformação hemorrágica do enfarte cerebral (constituindo uma contraindicação relativa ao procedimento cirúrgico).

**PO-0687 - (4799) - FISTULA ESÓFAGO-
PLEURAL: UMA CAUSA RARA DE DISPNEIA**Gisela Gonçalves¹; Valter Duarte¹; Ana Oliveira¹; Andreia Lopes¹; Susana Cavadas¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Introdução: As fistulas esófago-pulmonares (FEP) são comunicações anormais entre o esófago e as estruturas pulmonares. A maioria envolve a traqueia ou os brônquios, mas podem ocorrer fistulas diretamente para a pleura.

Caso clínico: Homem de 58 anos com antecedentes de perturbação do uso do álcool e diagnóstico recente de neoplasia do esófago. Encaminhado da consulta ao Serviço de Urgência por tosse produtiva, dispneia e dor pleurítica direita com 5 dias de evolução. Estava medicado há 3 dias com antibiótico por suspeita de pneumonia.

À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, apirético, polipneico e com insuficiência respiratória. Analiticamente apresentava anemia, leucocitose, neutrofilia e PCR elevada. Rx tórax com hipotransparência na base direita. Assumida pneumonia adquirida na comunidade, colheu estudo microbiológico e iniciou antibioterapia. Cerca de 6 horas depois apresentou agravamento súbito da dispneia, com dessaturação e realizou novamente Rx tórax que revelou hidropneumotorax à direita. Colocado dreno torácico com saída de líquido pleural turvo, acastanhado e de aspeto heterogéneo. O estudo do líquido revelou ser um exsudado, com pH e contagem de células não possíveis de determinação mas com LDH > 3000UI/L, glicose <4.0mg/dL e amilase 667UI/L. Realizou TC que identificou dilatação do esófago proximal e médio com lesão já conhecida no terço distal, fistula esófago-pleural e hidropneumotorax com coleção mais organizada de 5x3cm.

Foi transferido para o hospital terciário de referência. Esteve inicialmente sob nutrição parentérica exclusiva. Realizou endoscopia digestiva alta para colocação de prótese esofágica sobre o trajeto fistuloso. Cumpru terapêutica antibiótica de largo espectro e antifúngico. Em reunião de decisão terapêutica decidida descorticação pulmonar após tempo de antibiótico adequado, no entanto por agravamento imagiológico, com áreas de destruição do parênquima foi protelada a abordagem cirúrgica. Apresentou deterioração clínica, acabando por falecer ao 31º dia de internamento.

Conclusão: As FEP, embora pouco frequentes, estão associadas a elevada morbimortalidade. Nos doentes que se apresentem com pneumotorax ou derrame pleural e tenham neoplasia esofágica conhecida, as FEP devem ser um diagnóstico diferencial a considerar. Pela sua raridade e por existir pouca evidência consensual acerca da sua abordagem, deve ser privilegiada uma gestão multidisciplinar, de forma a melhorar o prognóstico dos doentes.

PO-0688 - (4672) - DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA DESCOMPENSADA – A IMPORTÂNCIA DA PROXIMIDADE COM A EQUIPA DE TRANSPLANTAÇÃO HEPÁTICA

Ana Oliveira¹; Rita Figueira¹; Barbara Paracana¹; Alexandre Lopes¹; Christian Neves¹; Bruna Nascimento¹; Mariana Sousa¹; Margarida Eulalio¹; Tatiana Rodrigues¹

1 - Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: A doença hepática crónica (DHC), independentemente da etiologia, pode evoluir de forma desfavorável, associando-se a um prognóstico muito reservado. Em doentes potencialmente elegíveis para transplante hepático, a discussão com a equipa da Unidade de Transplantação Hepática (UTH) deve ser realizada o mais precocemente possível, de forma a definir as estratégias de atuação mais adequadas a cada situação.

Casos Clínicos:

Caso 1: Homem, 40 anos, com antecedentes de alcoolismo crónico e história de incumprimento das recomendações para a abstinência. Admitido em UCI (Unidade de Cuidados Intensivos) por Acute-On-Chronic Liver Failure (ACLF) grau 2 por Hepatite Alcoólica. Dada a idade e o diagnóstico inaugural de DHC, o caso foi discutido com a equipa da UTH, não sendo o doente candidato a transplante hepático em fase aguda pela história documentada de incumprimento da abstinência. Apesar de todas as medidas instituídas, apresentou evolução desfavorável alguns dias depois.

Caso 2: Mulher, 67 anos, com hepatite autoimune com evolução em cirrose (classe C de Child-Pugh) em lista ativa para transplante hepático. Múltiplos internamentos recentes por descompensação da cirrose por infeções no contexto da imunossupressão. Manteve-se sempre contacto próximo com a equipa da UTH, pela eventual necessidade de priorização, que não foi necessária. Foi transplantada 2 meses após a alta do último internamento.

Caso 3: Homem, 49 anos, com cirrose hepática alcoólica (classe B de Child-Pugh), abstinente há 6 meses. Admitido por ACLF 3 em contexto de PBE, com evolução para choque séptico. Foi admitido em UCI. Após 48 horas de antibioterapia com controlo de foco, foi transferido para a UTH. Apesar de múltiplas intercorrências nas semanas seguintes, que incluíram necessidade de ventilação mecânica invasiva e técnica de substituição renal, foi submetido a transplante hepático com sucesso.

Discussão e Conclusão: Os autores apresentam 3 casos clínicos de doentes potencialmente elegíveis para transplante hepático, com DHC descompensada no momento da admissão, nos quais a discussão precoce com a UTH permitiu definir a estratégia e o nível de cuidados mais adequados, de forma a melhorar o seu prognóstico, aumentar a probabilidade de transplante com sucesso e evitar medidas fúteis.

PO-0689 - (4886) - DRUG INDUCED LIVER INJURY POR SERTRALINA: UM CASO CLÍNICO

Cátia Henriques¹; Sofia Lima¹; Rita Soares Costa¹; João Gonçalves¹; Helena Maia¹; Rita Maciel¹

1 - ULS Entre douro e Vouga

Introdução: Drug induced liver injury (DILI) consiste em lesão hepática após exposição a um fármaco, cuja incidência é subvalorizada devido à baixa identificação dos casos. É um diagnóstico guiado pela suspeita clínica, anamnese e estudo hepático aprofundado. Pode dividir-se em intrínseca ou idiossincrática, sendo que na intrínseca, há uma relação com a concentração do fármaco. Contrariamente, na idiossincrática, não há uma relação clara com a concentração ou com o timing de introdução do mesmo.

Caso clínico: Mulher de 88 anos, antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, estenose aórtica moderada e síndrome depressivo, medicada em ambulatório com IECA, betabloqueador, furosemida e sertralina (introduzida 6 semanas antes do início do quadro).

Admitida por icterícia com uma semana de evolução e perda ponderal num mês de 9%. Negava consumo de bebidas alcoólicas, paracetamol e produtos naturais.

Ao exame objetivo de realçar abdómen mole, depressível, com desconforto à palpação dos quadrantes superiores, sem sinais de irritação peritoneal.

Analicamente, bilirrubina total de 25 mg/dL, à custa da direta (18 mg/dL), com padrão colestatístico associado. Ecografia e TC abdominal sem dilatação das vias biliares.

Estudo autoimune negativo, estudo virológico (VHB, VHC, VHA, EBV, VIH, VZV) negativo; ceruloplasmina, AAT e imunoglobulinas normais; serologias da leptospira e treponema pallidum negativas.

Colangio-RM sem alterações e CPRE normal. Biópsia hepática com anatomia patológica a relatar colestase intrahepatocítica e sem infiltrado inflamatório ou fibrose. Realizou também PET, sem lesões hepáticas hipermetabólicas.

Sintomaticamente com prurido intenso, medicada com colestiramina, tendo posteriormente retomado a sertralina por prurido refratário, verificando-se ligeiro agravamento da bilirrubina conjugada posteriormente. Após a suspensão do fármaco, verificou-se descida progressiva da bilirrubina e melhoria do prurido.

Portanto, após o estudo realizado, admitiu-se lesão hepática por sertralina, com melhoria após a sua suspensão.

Discussão e conclusão: O presente caso ilustra lesão hepática provocada por um fármaco amplamente usado na prática clínica, introduzido semanas antes. DILI é uma causa de dano hepatocelular a considerar. É importante também exclusão de outros diagnósticos mais frequentes, nomeadamente hepatites virais ou quadros neoplásicos. A anamnese cuidada é uma mais-valia para apurar quadros semelhantes.

PO-0690 - (4442) - LESÃO COLESTÁTICA: UMA APRESENTAÇÃO RARA DE DRUG INDUCED LIVER INJURY (DILI) A ENOXAPARINA

Paulo Conceição¹; Tânia Lopes¹; Daniela R. Nogueira¹; Ana Reinas¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

A hepatotoxicidade associada às heparinas foi reportada pela primeira vez há mais de quatro décadas. A lesão hepatocelular corresponde à sua apresentação mais frequente. Porém, em raros casos, pode cursar com lesão colestática.

Uma mulher de 86 anos com múltiplos internamentos de curta duração nos últimos 6 meses, foi internada para tratamento de infecção a *Clostridium difficile* com vancomicina oral, tendo estado sob enoxaparina para profilaxia de trombose venosa profunda. Ao quarto dia de internamento, verificou-se a elevação dos parâmetros séricos de citólise e colestase com hiperbilirrubinemia, que se mantiveram em perfil ascendente nos dias seguintes (valores máximos: TGO/TGP 426/224 U/L; Bilirrubina Total/Directa 3,48/2.88 mg/dL; fosfatase alcalina 1161 U/L). Factor R compatível com lesão colestática. Sem clínica associada. A ecografia abdominal realizada não apresentou alterações a nível das dimensões e características do parênquima hepático, assim como da via biliar. O painel de vírus hepatotrópicos e o estudo imunológico verificou-se negativo. A doente não tinha antecedentes de hábitos etílicos ou de consumos de produtos de ervanária. Da terapêutica administrada no internamento, apenas a enoxaparina tem efeito hepatotóxico descrito na literatura. Após suspensão da enoxaparina, os valores das enzimas hepáticas retornaram progressivamente para os valores de referência da normalidade.

Reverendo os internamentos prévios da doente, nos quais também esteve exposta à enoxaparina, foi possível verificar que esta também cursou com alteração analíticas das enzimas hepáticas, de modo mais discreto por exposição mais curta ao fármaco.

A hepatite secundária às heparinas é uma entidade pouco frequente e subdiagnosticada. O mecanismo fisiopatológico é desconhecido. Nas poucas vezes em que foi reportada, a sua apresentação cursou habitualmente com lesão hepatocelular, o que torna este caso mais surpreendente. O conhecimento desta entidade torna-se relevante na medida que poderá evitar investigação desnecessária, custos e, sobretudo, exposição ao fármaco.

PO-0691 - (2171) - LINFANGIECTASIA INTESTINAL - SINAL DE HIPERTENSÃO PORTAL

Andreia Sá Lima¹; A. Beatriz Ferreira¹; Cátia Leitão¹; Artur Silva¹; Joana Vaz¹; Filipe Andrade¹

1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A linfangiectasia intestinal (LGI) é um distúrbio de má absorção que se caracteriza por dilatações dos vasos linfáticos da mucosa das vilosidades intestinais, provocadas pelo aumento da pressão neste sistema, ocasionalmente resultando em rotura com perda de proteínas, quilomicrons e linfócitos. Este caso pretende retratar a hipertensão portal como um mecanismo fisiopatológico subjacente a esta condição.

Caso Clínico: Mulher de 52 anos com doença hepática crónica de etiologia alcoólica, com hipertensão portal clinicamente significativa (HPCS) e descompensações prévias não hemorrágicas, incluindo ascite quilosa (sem evidência de tuberculose ou neoplasia). Admitida com dor abdominal difusa e diarreia com 15 dias de evolução. Apresentava febre, ascite de moderado volume, pancitopenia com predomínio de linfopenia e distúrbios iónicos graves. Fez paracentese à admissão que revelou líquido ascítico de aspeto quiloso, sem critérios de peritonite bacteriana espontânea (PBE). A febre e diarreia foram inicialmente enquadradas em infeção por Sars-CoV-2, sendo o restante estudo microbiológico negativo. Ficou internada com estratégia de fluidoterapia e reposição iónica. Por persistência de diarreia, associada a hipoalbuminemia, anasarca, hipotrigliceridemia e défice de vitamina D, foram realizados estudos endoscópicos que revelaram varizes esofágicas pequenas, edema exuberante da mucosa duodenal, com preservação vilositária e linfangiose intestinal difusa, sobretudo no segmento D2. A biópsia duodenal confirmou estes achados. Paralelamente, a recrudescência de febre e agravamento de ascite conduziram a uma paracentese diagnóstica de PBE. Considerando o aumento da pressão linfática secundária à HPCS como possível mecanismo fisiopatológico para a LGI, foi definida uma estratégia terapêutica inicial, que passou pela adaptação dietética e tratamento da infeção, e posteriormente por terapêutica diurética e gestão da hipertensão portal com betabloqueadores.

Discussão & Conclusão: Este caso destaca os achados característicos da LGI, incluindo a perda entérica de gorduras, proteínas e linfócitos, resultando em diarreia, agravamento da ascite e suscetibilidade a infeções. A presença de ascite quilosa, resultante da perda de linfa rica em triglicédeos para a cavidade peritoneal, é também enfatizada. Além disso, ressalva-se a importância do sistema linfático em íntima relação com a circulação esplâncnica, que se torna disfuncional em casos de cirrose avançada.

PO-0692 - (4599) - COMPLICAÇÕES DA HIPOCOAGULAÇÃO NA DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA

Helena Hipólito Reis¹; Nicole Foreman¹; Carolina Guimarães¹; Paula Matias¹; Manuela Dias¹; Jorge Almeida¹

1 - CHUSJ

INTRODUÇÃO: A doença hepática crônica (DHC) está associada a um elevado risco trombótico, nomeadamente, ocorrência de trombose venosa profunda. Apesar disso, o risco hemorrágico é, também, considerável, principalmente na presença de coagulopatia. Ainda assim, estes doentes devem ser hipocoagulados quando apresentam indicação clínica, sendo esta terapêutica um desafio devidos aos riscos associados.

CASO CLÍNICO: Homem, 58 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, DHC Child Pugh C com hipertensão portal, trombocitopenia e coagulopatia e anemia crônica multifatorial. História recente de trombose venosa profunda femoropoplíteia, tendo iniciado enoxaparina terapêutica.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU), cerca de 15 dias depois, por astenia, confusão e dor abdominal na fossa ilíaca esquerda. Sem febre. Ao exame objetivo: discurso confuso, icterico, abdómen distendido com equimoses dispersas e edema periférico ligeiro. No SU, com agravamento do hematoma abdominal, hipotensão grave e sinais de dificuldade respiratória. Gasometria com acidemia metabólica e hiperlactacidemia (17,91mmol/L). Analiticamente com anemia grave (Hb 5,6g/dL) e agravamento da trombocitopenia e da coagulopatia. Angiotomografia abdomino-pélvica (AP) com hematoma na bainha do reto abdominal esquerdo e volumoso hematoma no espaço de Retzius, com hemorragia ativa, de provável origem artéria epigástrica inferior. Realizou embolização arterial, com resolução do foco hemorrágico.

Por choque hemorrágico com ponto de partida na artéria epigástrica inferior no contexto de hipocoagulação com enoxaparina, foi suspensa anticoagulação. Com melhoria clínica paulatina. A tomografia computadorizada AP de reavaliação evidenciou redução dimensional dos hematomas. Teve alta orientado para consulta de Gastroenterologia.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO: A hipocoagulação nos doentes com DHC e coagulopatia é complexa, sendo que a duração do tratamento é, habitualmente, mais curta pelo elevado risco hemorrágico. Os hipocoagulantes orais diretos estão contraindicados na doença avançada, sendo a heparina de baixo peso molecular o anticoagulante de eleição nos doentes com DHC e coagulopatia, como no caso apresentado. Ainda assim, há que ponderar, cautelosamente, os riscos e os benefícios para o início da terapia anticoagulante, já que há sempre complicações inerentes, algumas potencialmente fatais, como evidenciado no caso descrito.

PO-0693 - (5065) - “AINDA NÃO É O FIM NEM O PRINCÍPIO DO MUNDO CALMA É APENAS UM POUCO TARDE” - UMA HEPATITE AUTOIMUNE

Luís Couto¹; Anabela Carvalho¹; Filipe Gonçalves¹; Helena Sarmento¹; Jorge Cotter¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Alve

Introdução: Apesar da hepatite autoimune ser, por definição, uma doença crónica, muitas vezes começa com um episódio de hepatite aguda.

Historicamente é dividida em tipos 1 e 2 de acordo com os autoanticorpos circulantes, sendo que o tipo 2 normalmente principia na infância e na adolescência e o tipo 1 pode ocorrer em qualquer idade.

Caso clínico: Mulher de 77 anos. Com antecedentes de HTA, Dislipidemia e DPOC GOLD 2B.

Recorreu ao SU após 2 meses de de astenia, icterícia e dor abdominal em hipocôndrio direito. Sem objetivação de febre, sem contexto toxicomedicamentoso de relevo. Analiticamente à admissão: Bilirrubina total 12.09 mg/dL e direta de 8.70 mg/dL, TGO 2027 UI/L, TGP 1908 UI/L, GGT 317 UI/L, ALP 233 UI/L, INR 1.6; com VS de 37 mm. Realizou TC AP (sem alterações) e posteriormente RMN, que revelou “hipertrofia do segmento lateral do lobo hepático esquerdo, traduzindo prováveis alterações de hepatopatia crónica”.

Inicialmente com terapêutica com protocolo de n-acetilcisteína: sem melhoria. Realizou biópsia hepática e colheu estudo de autoimunidade.

Com marcadores víricos HAV/HBV/HCV/HEV/HIV negativos, serologias para grupo TORCH negativas. Apresentava hipergamaglobulinémia; com IgG 4454 mg/dL e IgG1 de 3450 mg/dL.

Registou evolução desfavorável, com encefalopatia hepática grau 3; associadamente, atingiu máximos de hiperbilirrubinemia de 21.48 (total) e 15.73 mg/dL (direta). Sem elegibilidade para transplante hepático após contacto de Centro de Referência.

Iniciou corticoterapia em dose 1 mg/Kg/dia, com melhoria clínica e analítica. Obtidos depois resultados de autoanticorpos: positividade ANA 1:160; e relatório de amostra hepática biopsada: fibrose portal moderada, abundante infiltrado plasmocitário, lesões de necrose de interface acentuadas, enquadráveis em hepatite autoimune.

Iniciou desmame de corticoterapia e poupador de corticoide (azatioprina). Três meses após internamento apresentava-se assintomática e com normalização de enzimologia hepática. Como intercorrência durante terapêutica, desenvolveu diabetes induzida pela corticoterapia

Discussão & Conclusão: Embora menos frequente, a hepatite autoimune pode apresentar-se com falência hepática fulminante, e deve ser por isso incluída nos diagnósticos diferenciais de falência hepática aguda. Doentes com mais de 60 anos tendem a ser mais sintomáticos à data de diagnóstico e apresentam mais frequentemente diabetes induzida por corticoterapia. O início precoce de terapêutica é determinante.

PO-0694 - (2511) - ASCITE QUILOSA APÓS PANCREATITE AGUDA GRAVE

Guilherme Sacramento¹; Beatriz Ferreira¹; Andrea Castanheira¹; Francisco Silva¹

1 - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

A ascite quilosa resulta de extravasamento de linfa para a cavidade peritoneal, trata-se de uma condição clínica pouco frequente. Dentro da sua etiologia, as causas mais comuns passam por malignidade, cirrose e trauma após cirurgia abdominal. A cirurgia abdominal é uma das etiologias possíveis para uma ascite quilosa, tendo sido já descrita após vários procedimentos abdominais entre os quais a resseção pancreática.

Apresentamos um caso de ascite quilosa que surge após internamento por pancreatite grave. Homem de 38 anos de idade foi admitido em Unidade de Cuidados Intensivos com o diagnóstico de pancreatite aguda. Apresentava TAC que documentava necrose pancreática superior a 50%. O internamento foi prolongado e com franca evolução desfavorável documentando-se em TAC de reavaliação volumosa coleção necrótica aguda heterogénea que ocupava os quadrantes centrais do abdómen, medindo cerca de 23 x 16.5 x 19 cm de maiores eixos. Pela sua localização e extensão, condicionava compressão e moldagem do estômago, que se encontrava totalmente colapsado. Não se definia praticamente tecido pancreático, visualizando-se apenas uma pequena porção da cauda pancreática, em relação com pancreatite necrotizante de grande extensão superior a 80%. O doente necessitou de ser submetido a drenagem transgástrica da coleção pancreática. Após internamento prolongado, o doente acaba por ter alta, mantendo seguimento em múltiplas consultas, entre as quais, Medicina Interna. Alguns meses após este internamento, o doente reporta quadro progressivo de aumento do perímetro abdominal objetivando-se na consulta ascite em moderada quantidade. Optou-se por realização de paracentese diagnóstica com drenagem de ascite quilosa. Apresentava triglicéridos aumentados no líquido ascítico, não havendo alterações no exame anatomopatológico, nem isolamentos microbiológicos. Apresentava uma TAC toraco-abdomino-pélvica sem adenopatias sugestivas de processo linfoproliferativo e sem lesões suspeitas de neoplasia.

A ascite quilosa é um achado pouco frequente na prática clínica e, tipicamente, surge associada a situações de malignidade. No caso em questão, esta etiologia foi excluída. Pelos antecedentes de necrose pancreática e necessidade de drenagem de coleção necrótica acabou por se assumir que esta pudesse ser a etiologia mais provável. Apesar de raro, encontramos na literatura casos de ascite quilosa secundária a pancreatite necrotizante, estando também descritos casos após cirurgia pancreática.

PO-0695 - (4606) - DIAGNÓSTICOS COMPLEXOS, SOLUÇÕES ESCASSAS.

Filipa Pacharo Nogueira¹; Mónica Dinis Mesquita¹; Joana Calvão¹; Romeu Pires¹; Joana Vaz Cunha¹; Luís Sousa Azevedo¹

1 - Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução

A colangite esclerosante primária (CEP) é uma doença hepática autoimune, típica de homens jovens, com associação a colite ulcerosa (CU). O prognóstico é desfavorável.

Caso Clínico

Homem, 38 anos, antecedentes de obesidade e alteração das enzimas de biologia hepática (EBH) de padrão colestático com estudo inconclusivo e melhoria com ácido ursodesoxicólico (AUDC). Epidemiologicamente, habita em meio rural e contacta com ratos.

Internado por icterícia, colúria, acolia e prurido há uma semana e dor abdominal há um dia. Objetivamente, ictérico, dor à palpação do hipocôndrio direito. Analiticamente, parâmetros inflamatórios elevados, hiponatremia ligeira, agravamento do padrão EBH (hiperbilirrubinemia mista grave), elevação Ca19.9 e IgG anti-ASCA, hipergamaglobulinemia policlonal, anti-LC1 e ANCA positivo fraco, DNA leptospira no sangue e urina positivo. Tomografia computadorizada (TC) com heterogeneidade subcapsular hepática nos segmentos VII e VIII, ectasia das vias biliares intra-hepáticas, espessamento parietal do cólon sigmóide. Ressonância abdominal e colangio com lesão hepática liquefeita no segmento IV. Tentada punção aspirativa do conteúdo liquefeito mencionado, sem sucesso. Colonoscopia com lesões e biópsia compatíveis com CU.

Inicia ceftriaxone e metronidazol por diagnóstico de leptospirose e suspeita de abscesso hepático, bem como messalazina associada a AUDC pela CU e CEP. Em TC de reavaliação após terapêutica, processo neofornativo infiltrativo no segmento hepático VIII, com biópsia compatível com colangiocarcinoma e parênquima hepático com inflamação portal e fibrose estadio 2. Evolui com perfuração vesicular contida, tendo iniciado antibioterapia e realizado colecistostomia percutânea, com evolução clínica desfavorável e disfunção multiorgânica, acabando por falecer.

Conclusão

A CEP é uma patologia rara com morbimortalidade elevada, dada ausência de terapêutica dirigida. O caso descrito retrata a relevância de uma marcha diagnóstica adequada e ilustra a complexidade desta entidade, bem como uma rara sobreposição de diagnósticos diferenciais.

PO-0696 - (4833) - O SUSPEITO DO COSTUME: ENTEROPATIA INDUZIDA PELO OLMESARTAN

Inês Pereira¹; Catarina Alves Costa¹; Ana Reinas¹; Paulo Conceição¹; Ana Martins Costa¹

1 - Unidade Local de Saude de Santo António

INTRODUÇÃO

A diarreia crónica é caracterizada por sintomas com mais de 4 semanas de evolução, e implica uma investigação diagnóstica. Cerca de 5% da população adulta pode vir a apresentar esta patologia. A etiologia pode ser variada e vários fármacos podem ser responsáveis por casos de diarreia crónica quer secretora quer esteatorreia. O olmesartan é um fármaco anti-hipertensor muito utilizado, que por vezes se associa a efeitos adversos gastrointestinais como diarreia crónica, síndromes de mal absorção e perda de peso mesmo meses ou anos após a prescrição inicial.

CASO CLÍNICO

Mulher de 74 anos, ex-fumadora, com antecedentes de hipertensão arterial de longa data, medicada com olmesartan e amlodipina. Múltiplos episódios no serviço de urgência (SU) por clínica de diarreia nos 4 meses anteriores. Queixas de diarreia aquosa, cerca de 4 a 5 dejeções por dia, sem sangue, pús ou muco, e sem descrição de esteatorreia. Sem dejeções noturnas e sem relação com ingestão alimentar. Noção de diminuição do aporte alimentar, com perda ponderal não significativa. Sem dor abdominal, queixas articulares ou cutâneas. Sem contexto epidemiológico de risco. Recorreu de novo ao SU por episódio de alteração do estado de consciência (AEC) com movimentos mastigatórios repetitivos, associado ao quadro atrás descrito. À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, apirética, com sinal de Trosseau positivo à direita. Gasimetricamente com hipocalcemia grave (Ca^{2+} ionizado 0,7 mmol/L), hipocalcemia ligeira (3,0 mmol/L) e hiperlactacidemia (3,3 mmol/L). Analiticamente sem outras alterações de relevo. Do estudo etiológico ressalva-se estudo imunológico negativo, com IgA anti-transglutaminase negativo. Serologias negativas, nomeadamente HIV negativo, TC abdomino-pélvica sem alterações de relevo, estudos endoscópicos sem alterações macroscópicas e histologia sem aspectos morfológicos sugestivos de colite microscópica. Suspenso olmesartan durante o internamento sem recrudescimento da clínica. Sem microbiologia das fezes por não ter apresentado dejeções diarreicas. Teve alta com indicação para não retomar ARA II.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A diarreia iatrogénica é a principal causa de diarreia não-infecciosa, contudo, devem ser excluídas as outras causas principalmente quando o tempo de evolução é prolongado. Apesar de raro deve existir suspeição para a enteropatia induzida pelo olmesartan, de forma a encurtar o tempo do diagnóstico, a duração dos sintomas e as consequências associadas.

PO-0697 - (4681) - LESÃO HEPÁTICA INDUZIDA POR ESTEROIDES ANABOLIZANTES - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Tânia Lopes¹; André Alberto¹; Paulo Conceição¹; Rita Rego¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

Os esteroides androgénicos anabolizantes (EAA) são compostos sintéticos análogos à testosterona, cujo uso recreativo é crescente nos atletas, apesar de ilegal, com intuito de melhorar a aparência física ou performance desportiva. O uso indevido pode causar lesão em vários órgãos, nomeadamente o fígado, principal responsável pela sua clearance. A drug-induced liver injury (DILI) por EAA cursa tipicamente com lesão colestática. Embora a maioria resolva com a sua descontinuação, não está ainda definida uma terapêutica específica que altere o curso da doença. Alguns relatos de casos parecem indicar benefício na utilização de corticosteroides (CCT) e ácido ursodesoxicólico (AUDC). Pretendemos relatar a nossa experiência na gestão de um caso de DILI por EAA.

Homem de 37 anos, segurança noturno, com antecedentes de DILI a EAA em 2016, com hepatite colestática com bilirrubina total (BRBT) máxima de 39mg/dL. Realizou protocolo de N-acetilcisteína (NAC) e AUDC com normalização analítica após 4 meses. Recorreu ao Serviço de Urgência a 06/2023 por icterícia, colúria, prurido e náuseas com 2 semanas de evolução. Iniciou exercício físico há 3 meses, mas negou uso de EAA ou outros tóxicos. Análises com BRBT 4,9mg/dl à custa da direta e padrão de citólise hepática. Coagulação e ecografia abdominal normais. Estudo de causa vírica e autoimune negativo. Biópsia hepática compatível com hepatite crónica com colestase. Manteve evolução progressiva da BRBT até 30,9mg/dl sem insuficiência hepática. Iniciou protocolo com NAC, que foi suspenso por ausência de resposta, e AUDC por prurido refratário, com melhoria parcial. Discutido com Equipa de Transplante Hepático e, por ausência de causa tóxica identificada, iniciou CCT oral (0,5mg/kg/dia) com melhoria da BRBT. Posteriormente admitiu consumo recente de Estanozolol injetável, tendo-se assumido DILI por EAA. Apresentou descida sustentada da BRB, apesar do desmame, até à sua quase normalização aos 4 meses após diagnóstico, altura em que perdeu seguimento por abandono.

Os EAA são um problema crescente de saúde pública. Existe uma inquietante falta de evidência de qualidade para orientar o tratamento da DILI por EAA. Os CCT têm sido utilizados, embora a sua eficácia ainda não esteja comprovada. No caso apresentado os CCT poderão ter contribuído para uma resposta favorável, tendo em conta a relação temporal entre a sua instituição e a melhoria analítica. No entanto, são necessários estudos mais robustos para apoiarem a decisão médica.

PO-0698 - (4317) - ENCEFALOPATIA DE WERNICKE: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE

André Pereira¹; Emídio Mata¹; Tânia Silva¹; Laura Castro¹; Jorge Cotter¹

1 - Unidade Local de Saúde Alto Ave

Introdução: A encefalopatia de Wernicke (WE) é uma complicação neurológica conhecida em doentes com perturbação do uso do álcool (PUA), devida ao défice de tiamina. É uma síndrome aguda, caracterizada por um estado confusional, oftalmoparésia e ataxia, que requer tratamento emergente de forma a prevenir morbilidade neurológica e morte.

Caso Clínico: Homem de 59 anos, com antecedentes de PUA (consumo aproximado 150 g de álcool por dia), que recorreu ao serviço de urgência (SU) por aumento do perímetro e dor abdominal, com cerca de 2 semanas de evolução. Ao exame físico, evidenciava abdómen globoso, com macidez variável e sinal da onda ascítica presente, e edemas dos membros inferiores até aos joelhos, simétricos. Analiticamente a destacar anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 9,2 g/dL), trombocitopenia (plaquetas 86 000 /uL), hiperbilirrubinemia (bilirrubina total/direta 6,27/3,1 mg/dL), citocolestase (AST/ALT 97/23 UI/L; GGT/ALP 104/153 UI/L), e hipoalbuminemia (albumina 2,9 g/dL). A tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica revelou hepatomegalia com contornos lobulados, a sugerir hepatopatia crónica, e esplenomegalia ligeira. Assim, assumida doença hepática crónica (Child-Pugh C) de provável etiologia etílica, tendo alta orientado para consulta de Hepatologia com indicação para abstinência etílica e início de espirolactona 100 mg id. Após 15 dias, recorreu novamente ao SU por quadro confusional agudo, com incapacidade para a marcha, anorexia e astenia. Ao exame objetivo, doente apresentava-se desorientado no tempo e espaço, ictérico, sem flapping, com nistagmo horizontal e ataxia da marcha. Analiticamente, hiperbilirrubinemia agravada (bilirrubina total/direta 9,65/3,54 mg/dL) e coagulopatia (INR 2.4). Realizado TC cranioencefálico que excluiu lesões isquémicas ou hemorrágicas agudas. Assumidos critérios clínicos de WE, e iniciada reposição de tiamina endovenosa durante 7 dias. Ao longo do internamento doente tem uma evolução favorável, com progressiva melhoria das alterações neurológicas e resolução de sintomatologia à data de alta.

Discussão: A WE é uma causa significativa de morbilidade neurológica e mortalidade em doentes com PUA.

Conclusão: A reposição endovenosa precoce de tiamina no tratamento pode prevenir consequências adversas, pelo que é necessário um elevado índice de suspeição na abordagem do doente hepático com alterações neurológicas agudas.

PO-0699 - (2921) - RESULTADO DE UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO NA RENTABILIDADE E NA REDUÇÃO DA TAXA DE CONTAMINAÇÃO DAS HEMOCULTURAS

Joana Reis Aguiar¹; Rui Barros¹; Elsa Calado¹; António Carneiro¹

1 - Hospital da Luz - Arrábida

Introdução: Os resultados do exame microbiológico são um elemento essencial no estabelecimento do diagnóstico das doenças infecciosas e na orientação terapêutica. A garantia da não alteração da flora na amostra, desde a sua obtenção até ao início do seu estudo, está estreitamente dependente do método de colheita e das condições do seu transporte até ao laboratório. Uma percentagem significativa das hemoculturas positivas pode traduzir contaminações que podem levar à prescrição desnecessária de antibióticos, com aumento dos custos hospitalares e efeitos adversos como o desenvolvimento de resistências.

Objetivos: Demonstrar o efeito de um programa de formações periódicas que padronizem a prática de colheita de material biológico na rentabilidade e taxa de contaminação das hemoculturas.

Material e Métodos: Estudo prospetivo em que a análise de dados decorreu de 1 de agosto de 2020 a 28 de fevereiro de 2021. A amostra foi constituída por todos os adultos de ambos os sexos avaliados no Hospital e que colheram pelo menos um frasco de hemoculturas. Durante o mês de Novembro de 2020 foram realizadas formações às equipas médicas e de enfermagem dos sectores de internamento e atendimento urgente. Os dados foram analisados recorrendo às funcionalidades do Microsoft Excel, comparando-se os resultados do período pré e pós-formação.

Resultados: No período pré-formação foram colhidos um total de 367 frascos de hemoculturas, sendo 77,78% do Atendimento Urgente. Apenas 38,89% foram obtidas no número recomendado pela Organização Mundial de Saúde. A taxa de positividade foi de 8,17% e taxa de contaminação de 16,67%. Após o período de formação, foram colhidos um total de 232 frascos de hemoculturas, 80% no Atendimento Urgente. Cerca de 70% foram obtidas no número recomendado pela Organização Mundial de Saúde, com uma taxa de positividade de 19,39% e taxa de contaminação de 4,44%.

Discussão e conclusão: Com os resultados acima, conseguimos facilmente concluir que uma equipa dedicada pode ajudar a padronizar a prática de colheita de material biológico para cultura, reduzindo as taxas de contaminação e a rentabilidade das amostras.

PO-0700 - (2247) - PROJECTO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO: CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Manuel G. Costa¹; Diogo Cruz¹; Joana Rodrigues Dos Santos¹

1 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

I Uma doença crónica complexa (DCC) é uma condição de difícil gestão que necessita de um plano individual ajustado às necessidades do doente. Os doentes com DCC apresentam frequentemente mais contactos com os serviços de urgência e hospitalizações. Modelos de gestão da DCC centrados no doente demonstraram melhorar a sobrevivência e qualidade de vida destes doentes.

O Caracterizar demograficamente os doentes adultos com mais admissões no Serviço de Urgência Geral (SU) durante 2022.

M Identificaram-se todos os doentes adultos com 15 ou mais admissões no SU durante 2022. Analisaram-se variáveis demográficas da amostra obtida. Os resultados apresentam-se como frequência absoluta e relativa, ou como média e desvio-padrão. A normalidade da distribuição foi verificada pela análise dos valores de assimetria e achatamento.

R Identificaram-se 21 doentes, correspondendo a 525 admissões no SU (0,5% do total de admissões no SU). A maioria dos doentes era do sexo masculino ($n = 15$, 71,4%). As idades variavam entre os 31 e os 91 anos, sendo a média de 59 anos (± 14). A maioria dos doentes residia na área de influência do hospital ($n = 17$, 80,9%), em particular nas freguesias mais perto do hospital ($n = 13$, 61,9%). Contaram-se 3 (14,2%) sem-abrigo. Quase todos os doentes apresentavam pelo menos uma DCC ($n = 20$, 95,2%). A média de patologias por doente foi de 2 ± 1 patologias. As patologias mais frequentes foram perturbações de uso de substâncias ($n = 10$, 47,6%), outras doenças psiquiátricas ($n = 10$, 47,6%), diabetes mellitus ($n = 7$, 33,3%) e dor crónica ($n = 4$, 19,0%). A maioria dos doentes tinha Médico de Família ($n = 16$, 76,2%). Durante o período analisado, apenas um doente não teve qualquer consulta hospitalar ($n = 1$, 4,7%). Houve um total de 138 consultas hospitalares agendadas para estes doentes em 2022. Destas, efectuaram-se 92 consultas (66,7%). O número médio de consultas agendadas e efectivadas por doente foi de 7 ± 5 e de 4 ± 4 consultas. Do total de admissões no SU resultaram 37 internamentos, sendo a taxa de internamento de 7,0%. A maioria dos doentes foi internada pelo menos uma vez ($n = 13$, 61,9%, 2 ± 2 por doente). Do total de admissões resultaram 123 abandonos sem alta médica, sendo a taxa de abandono sem alta médica de 23,4%. Os 3 doentes sem-abrigo são responsáveis pela maioria dos episódios de abandono ($n = 71$, 57,7%). A taxa de abandono sem alta médica, excluindo estes doentes, é de 9,9%.

D A análise demográfica dos doentes mais utilizadores do SU permite esboçar um doente-tipo. Algumas das suas características são ser um homem na 6ª década de vida, residente nas freguesias mais próximas do hospital, com Médico de Família, com uma ou mais patologias crónicas potencialmente complexas, nomeadamente com doença psiquiátrica, e seguido em consultas hospitalares, às quais falta com frequência. Será necessário implementar programas personalizados de cuidados de saúde multidisciplinares para a melhoria da eficiência dos cuidados prestados a estes doentes.

PO-0701 - (4924) - NEM TODAS AS ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS NO IDOSO SÃO DELIRIUM

António Leão¹; Joana Correia¹; Ana Luísa Broa¹; Vilma Laís Grilo¹; Inês Trabucho¹

1 - Hospital Garcia de Orta

A catatonia é uma síndrome comportamental em que o doente perde a capacidade de se movimentar e interagir com o ambiente, e pode ocorrer tanto em doença psiquiátrica aguda como em doença orgânica, sendo muitas vezes multifatorial. O reconhecimento desta síndrome é fundamental para a recuperação e tratamento pois a mesma pode ser exacerbada, por exemplo, pelo tratamento com anti-psicóticos.

Mulher de 75 anos com antecedentes de síndrome depressivo major, doença pulmonar obstrutiva crónica, patologia axial degenerativa com dor crónica. Familiar referia história de prostração progressiva com 3 meses de evolução, com perda de autonomia. Avaliada em consulta de psiquiatria com tendo iniciado quetiapina 25mg que suspendeu por não tolerar. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por agravamento do quadro de prostração, com perda total de autonomia associado a tosse e febre. Ao exame objetivo encontrava-se prostrada, sem colaborar ou dirigir olhar, não verbalizava, sem défices focais ao exame neurológico, auscultação pulmonar globalmente diminuída e estava febril. Analiticamente com ligeiro aumento de parâmetros inflamatórios, sem outras alterações de relevo. Realizou TC de crânio que não revelou alterações agudas. A pesquisa de vírus respiratórios foi positiva para SARS-CoV-2. A punção lombar não revelou alterações sugestivas de meningo-encefalite. Admitiu-se quadro de catatonia em doente com S. depressivo major agravado por infeção aguda (SARS-CoV-2). Em internamento iniciou terapêutica com benzodiazepinas com melhoria progressiva ficando vigil, colaborante e orientada. À data de alta apresentava recuperação da marcha e autonomia para atividades de vida diária.

Este caso ilustra a importância do reconhecimento desta síndrome. Apesar de raro, e mais associado a patologia psiquiátrica aguda, a catatonia pode também ocorrer na doença orgânica o que torna o seu reconhecimento desafiante, com consequente risco de não diagnosticar e realizar o tratamento adequado.

PO-0702 - (2740) - A CHAVE DA MONITORIZAÇÃO

Margarida Ribeiro¹; Francisca Dâmaso¹; João Oliveira¹; Marta Anastácio¹; António Eliseu¹; Joana Duarte¹

1 - Hospital de São Francisco Xavier

INTRODUÇÃO

O doseamento do fator anti-Xa é usado na monitorização da terapêutica anti-coagulante com heparina de baixo peso molecular (HBPM), uma vez que esta não afeta o aPTT. O doseamento está indicado em casos de insuficiência renal, extremos de peso, crianças, grávidas, ou em doentes com elevado risco trombótico/hemorrágico, bem como em utilizações prolongadas. O fator anti-Xa não é usado rotineiramente em doentes sob HBPM uma vez que o mecanismo de ação desta é previsível.

CASO CLÍNICO

Mulher, 43 anos. Fumadora, 43 unidades maço-ano. Internada por dor torácica pleurítica intensa com 2 meses de evolução, associada a quadro de sintomas constitucionais. Realizou TC torácica que revelou massa no lobo superior direito do pulmão, bem como micronodularidade suspeita de secundarização, no pulmão ipsilateral. No 5º dia de internamento, como intercorrência, apresentou tromboembolismo pulmonar de baixo risco, motivo pelo qual iniciou hipocoagulação com HBPM 1mg/kg (70mg), 2 vezes ao dia (2id).

No 15º dia de internamento apresentou trombose oclusiva da veia jugular interna direita, veia cava superior e veias subclávia, axilar e braquial direitas, condicionando Síndrome da Veia Cava Superior. Neste contexto, e dado o quadro instalado em doente já hipocoagulada em dose terapêutica, foi feito o doseamento do fator anti-Xa, a revelar dose infra-terapêutica, pelo que a dose de HBPM foi sucessivamente aumentada até 90mg 2id, dose na qual se demonstrou efeito terapêutico. Sem novos eventos trombóticos ao longo do internamento.

DISCUSSÃO

Em doentes selecionados através dos critérios supracitados, como é o caso da doente apresentada, por se tratar de uma doente com elevado risco trombótico, a posologia da HBPM para atingir alvos terapêuticos não está determinada, podendo não estar adequadamente hipocoagulada com 1mg/kg 2id. Por se objetivar falência da terapêutica anti-coagulante, o recurso ao fator anti-Xa foi crucial para atingir valores terapêuticos de HBPM.

CONCLUSÃO

O presente caso pretende sensibilizar para o uso do fator anti-Xa como recurso na monitorização de doentes selecionados sob HBPM.

Outro | Caso clínico

PO-0703 - (2051) - QUADRO INFLAMATÓRIO SISTÊMICO COMO REAÇÃO À VACINA ANTI-SARS-COV-2

Sérgio Costa Monteiro¹; Christian Neves¹; Paula Mesquita¹; Raquel Vieira¹; Sara Bravo¹; Juliana Nogueira¹; Jorge Henriques¹

1 - ULS Região de Aveiro

A polisserosite é um desafio diagnóstico na prática clínica, contabilizando-se como causas mais frequentes as neoplasias, as doenças infecciosas e as doenças autoimunes. Muitas vezes, e dada a complexidade diagnóstica, acaba por ser interpretada como idiopática.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 72 anos, saudável, que recorre à urgência por dor torácica pleurítica esquerda e dispneia com 3 dias de evolução, associada a síndrome constitucional, anorexia e astenia generalizada com um mês de evolução. À admissão apirética, mucosas descoradas, hipotensa e normocárdica, ingurgitamento jugular, com auscultação cardíaca hipofonética e pulmonar com murmúrio diminuído nas bases. Do estudo analítico elevação da velocidade de sedimentação e anemia. ECG com QRS de baixa voltagem. RX-tórax com aumento da silhueta cardíaca e derrame bilateral. Ecoscopia com volumoso derrame pericárdico a condicionar colapso das cavidades direitas e dilatação da veia cava inferior. Realizada pericardiocentese, com drenagem de ~110cc de líquido sero-hemático. Após estabilização inicial, internada para estudo etiológico do derrame, mais tarde enquadrado em polisserosite, após documentação síncrona de derrame pleural bilateral com características de exsudado. Foi efetuado um estudo exaustivo que incluiu estudo analítico completo, hemoculturas, estudo da urina, estudo das fezes, TAC de corpo, estudos endoscópicos, mamografia e ecografia mamárias, ecografia da tiróide, PET-FDG, broncoscopia com estudo do aspirado brônquico e lavado broncoalveolar, medulograma e biópsia da medula óssea e análise do líquido pericárdio e do líquido pleural, de forma a excluir causas neoplásicas, infecciosas e autoimunes. Todos eles revelaram-se negativos. Da história clínica apenas se destaca a administração recente de vacina de mRNA anti-SARS-CoV-2. Foi, assim, assumido um quadro inflamatório sistémico em resposta à vacina, dada a evolução benigna apresentada nos meses subsequentes com o tratamento instituído (anti-inflamatório e coluicina), em associação com a completa resolução das alterações documentadas.

A partir deste caso alerta-se para a complexidade da marcha diagnóstica de um quadro de polisserosite, entidade muitas vezes subdiagnosticada, bem como para um efeito adverso raro da vacina anti-SARS-CoV-2.

Outro | Caso clínico

PO-0704 - (2423) - ROTURA VESICAL - UMA COMPLICAÇÃO RARA DE UMA TÉCNICA MUITO FREQUENTE

Mariana Sant'ana¹; Sofia Tavares¹; Sérgio Monteiro¹; Micaela Manuel¹; Rui Seixas¹; Luis Andrade¹; João Lima¹

1 - Unidade Local de Saúde Entre-Douro e Vouga

Introdução:

Cateter vesical (CV) e a algaliação são das práticas clínicas mais utilizadas em ambiente hospitalar. Têm indicações e orientações bem estabelecidas, de forma a reduzir complicações associadas ao dispositivo, sendo a infeção do trato urinário e hematuria pós-colocação de CV as consequências mais relevantes, pelo seu aumento de morbi-mortalidade intra-hospitalar.

A rotura vesical (RV) é uma complicação rara e tardia de algaliação, que se manifesta maioritariamente com dor abdominal, hematuria, oligúria ou anúria. Os autores apresentam um caso de algaliação complicada com hematuria com consequente RV.

Caso clínico:

Homem de 73 anos, antecedentes de risco cardiovascular elevado, doença renal crónica e cardiopatia isquémica. Internado por IC descompensada por gripe A e síndrome confusional agudo; internamento complicado com agravamento da função renal que motivou a colocação de CV. Evoluiu com obstrução urinária e hematuria, resolvida após substituição do CV e iniciada lavagem vesical continua. Contudo, evoluiu com anúria, sem outros sintomas; da investigação, a tomografia computadorizada abdominal mostrou pneumoperitoneu e rotura vesical. Transferido para Serviço de Urologia e submetido a cistorrafia que complicou com deiscência da sutura e fungémia, encontrando-se ainda hospitalizado.

Discussão e Conclusão:

O caso clínico apresentado descreve uma complicação rara da algaliação. De acordo com a literatura, RV apresenta uma incidência de 0,002% de admissões hospitalares, e destas, 33.3% são secundárias a colocação de CV. Apresenta cerca de 50% de taxa de morbimortalidade e deve-se sobretudo ao diagnóstico tardio, dificultado pelos sinais e sintomas inespecíficos. Quando o diagnóstico não é célere, pode haver evolução para abdómen agudo, choque séptico ou morte. Clinicamente, a RV apresenta-se com sintomas inespecíficos como dor abdominal, hematuria ou oligúria.

De salientar que este doente representa uma tipologia de doente que é frequente num serviço de Medicina Interna (idoso com múltiplas comorbilidades), sendo o delirium hiperativo uma complicação recorrente e um dos vários fatores para o diagnóstico tardio de RV, tal como se verificou no caso descrito.

Em conclusão, este caso pretende sensibilizar para uma complicação rara que advém de uma técnica usada rotineiramente e ilustra a importância do diagnóstico precoce para melhorar a morbi-mortalidade associada.

PO-0705 - (4573) - A REALIDADE ONCOLÓGICA NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: ESTUDO OBSERVACIONAL

Filipa Lucas¹; Carolina Coelho¹; Anabela Santos¹; Margarida Carvalho¹; Fernando Rolim¹; Mario Ferreira¹; Joana Rodrigues¹; Pedro Azevedo¹

1 - CUF Tejo

Introdução: A Hospitalização Domiciliária é um modelo de assistência hospitalar de doentes agudos no domicílio que surgiu em 2015 em Portugal. A Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) em questão foi criada em 2020 e permite o internamento voluntário de doentes estáveis, com comorbilidades controláveis e com presença de cuidador. Os motivos de admissão em HD são díspares, sendo o internamento por patologia oncológica como diagnóstico primário, secundário ou para controlo sintomático cada vez mais frequente.

Objetivos: Análise descritiva dos doentes internados em UHD por doença oncológica. **Material/ Métodos:** Estudo observacional e retrospectivo com análise dos dados obtidos do processo clínico dos doentes internados entre Setembro de 2022 a Setembro de 2023 por doença oncológica descrita como diagnóstico primário ou secundário. **Resultados:** Dos 295 doentes admitidos em UHD, verificou-se que 39 tinham doença oncológica; 20 apresentavam diagnóstico primário; 16 como diagnóstico secundário e em 3 casos o diagnóstico foi realizado durante o internamento domiciliário. O tipo de tumor mais comum era do foro gastrointestinal (n=14), seguido dos tumores do pulmão (n=7), da próstata (n=6) e do urotélio (n=4).

Verificou-se que 75% dos doentes eram do sexo masculino, com uma média de idades de 71,58 anos (idades compreendidas entre os 42 e os 102 anos). A taxa de mortalidade por esta patologia foi de 12,8% (5 óbitos), com uma taxa de mortalidade geral de 1,69%. **Discussão e Conclusão:** Por um lado, este estudo descreve um número crescente de doentes oncológicos internados em UHD, correspondendo a 7,5% dos casos. Por outro lado, este tipo de modelo permite demonstrar uma forma mais humanizada e centrada no doente oncológico, especialmente em fim de vida. Espera-se num futuro próximo a possibilidade de mais doentes oncológicos usufruírem deste modelo de cuidados. A intervenção junto do doente e da sua família permite um maior controlo de sintomas e no apoio de conflitos psicológicos e espirituais. **Palavras-chave:** Unidade de Hospitalização Domiciliária, estudo observacional.

PO-0706 - (3945) - HAVERÁ UMA DIFERENÇA NA MORTALIDADE NO PRÉ E PÓS-COVID?

Maria João Barbosa¹; Stanislav Tsisar¹; Cristiano Gante¹; Inês Correia¹; Ana Catarina Reis¹; Andreia Balbino¹; Constança Seabra¹; José Lucena¹; Diogo Faustino¹; Rita Gameiro¹

1 - Centro Hospitalar Universitário - Medicina 1, Hospital de S. José

Introdução: A mortalidade nos serviços hospitalares é utilizada como indicador de qualidade no serviço. O ano de 2020 foi o que registou mais óbitos em Portugal desde 1960. Apesar de se registar uma tendência decrescente, continua a verificar-se um excesso de mortalidade desde a pandemia COVID-19.

Objetivos/métodos: Comparar e caracterizar os doentes falecidos em 2019 com os de 2023, através da realização de estudo retrospectivo com colheita de dados dos processos clínicos e análise com recurso a SPSS.

Resultados: Em 2023, 50,5% dos doentes eram mulheres, com uma idade média de 82 anos, sendo 36.1% dos doentes totalmente dependente. A demora média foi de 19.1 dias, sendo os diagnósticos de óbito mais frequentes infeção do trato respiratório (33.3%), neoplasia (29.4%) e insuficiência cardíaca descompensada (5.0%). As comorbilidades mais frequentemente encontradas foram a hipertensão arterial (45.0%), doença renal crónica (41.7%) e demência (34.4%). 41.1% dos doentes apresentaram hipoalbuminémia. Observou-se a ocorrência de infeção nosocomial em 25.6%.

Relativamente à comparação a 2019, não se registaram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género, idade, estado funcional, diagnóstico de admissão ou diagnóstico de óbito. Observou-se diferença estatisticamente significativa na presença de doença cerebrovascular, fibrilhação auricular, DPOC e utilização de OLD/VNI. Os valores médios de ureia e creatinina foram significativamente mais elevados em 2023 e a presença de hipoalbuminémia foi também superior, não se verificando diferenças estatísticas nos restantes parâmetros. A taxa de mortalidade foi 10.58% em 2023 e 9.80% em 2019, não sendo esta diferença estatisticamente significativa.

Discussão: Depreende-se um ligeiro aumento da taxa de mortalidade em 2023, ainda que este não seja significativo, sendo as principais causas de óbito sobreponíveis. Ressalva-se um aumento estatisticamente significativo da prevalência de DPOC e dos valores de ureia e creatinina em 2023, permitindo depreender um agravamento da função pulmonar e renal na população de doentes falecidos em 2023. Destaca-se ainda maior presença de hipoalbuminémia, um preditor independente de pior prognóstico.

Conclusão: A pandemia COVID-19 impactou a mortalidade, direta e indirectamente, prejudicando o acompanhamento médico e comprometendo programas de rastreio, o que poderá explicar o aumento da mortalidade sentida nos anos decorrentes.

PO-0707 - (4976) - DOIS ANOS DE ATIVIDADE DE UM HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DUM HOSPITAL PRIVADO: RETRATO DO MUNDO REAL

Tiago Neto Gonçalves^{1,2}; Pedro Morais Sarmiento¹; Inês Araújo¹; Luís Landeiro¹; Margarida Proença¹; Margarida L. Nascimento¹; Nuno Maia Das Neves¹; Rui M. Costa¹; Vanessa Novais Carvalho¹; Cândida Fonseca¹

1 - Hospital da Luz Lisboa; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução:

Um Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca (HDIC) é um elemento estruturante da organização de cuidados de saúde ao doente com Insuficiência Cardíaca (IC). O HDIC é por definição o elemento dos cuidados de transição entre o hospital e o internamento. Permite avaliar precocemente a evolução do doente após um internamento por IC bem como do doente ambulatorio no qual se instalem sinais de descompensação da síndrome, cuidando que as terapêuticas, modificadora de prognóstico e diurética, sejam otimizadas. Em ambos os cenários a avaliação e orientação em HDIC pode evitar o reinternamento do doente, mas um HDIC permite ainda ser uma peça importante na otimização da marcha diagnóstica para doentes com suspeita de IC. O HDIC dum hospital privado português abriu portas em dezembro de 2021.

Objetivos:

Caracterizar a população de doentes que foi abordada no HDIC bem como a atividade desenvolvida desde a sua abertura.

Material e Métodos:

Dos registos clínicos anonimizados foram analisados os dados demográficos, o tipo de IC, as comorbilidades, o número e tipo de sessões (titulação de fármacos modificadores de prognóstico, tratamento com diurético endovenoso, correção de ferropénia ou outro) e a proveniência da referenciação (internamento, consulta externa, serviço de urgência ou outro).

Resultados:

Entre Dezembro de 2021 e Dezembro de 2023 foram admitidos 452 doentes no HDIC, 52,9% do sexo masculino, com idade média de 79±13 anos. Cento e vinte e quatro doentes (27.4%) tinham IC com fração de ejeção reduzida, 70 (15.5%) moderadamente reduzida e 257 (56.9%) preservada. Realizaram-se 1724 sessões (3,8/doente): 149 de tratamento diurético endovenoso (80 doentes: 1,9 sessões/doente), 136 de correção endovenosa de ferropénia (1,1 sessões/doente) e 1439 de titulação/otimização terapêutica. A proveniência repartiu-se entre a referenciação da consulta externa (45,1%; medicina interna: 24,6%; cardiologia: 19%), do serviço de urgência (10%) e do internamento (44.9%).

Discussão & Conclusão:

Os doentes abordados no HDIC provêm em igual medida do internamento e da consulta externa, em particular da de Medicina Interna e de Cardiologia. São maioritariamente idosos com fração de ejeção preservada, independentemente do sexo. Mais de 80% da atividade consistiu na otimização terapêutica dos doentes.

PO-0708 - (2094) - O PUZZLE DESMONTADO: UM CASO DESAFIANTE DE TUBERCULOSE PLEURAL

Gisela Lage¹; Vera Clérigo¹; Ivone Fernandes¹

1 - Hospital São Bernardo, Setúbal- ULS Arrábida

Introdução: As fístulas pleurocutâneas são trajetos entre a pleura e a superfície cutânea. São entidades clínicas raras, mais frequentemente associadas a processos infecciosos, neoplasias ou iatrogenias. O caso apresentado relata uma forma atípica de fístula pleurocutânea.

Descrição do Caso Clínico: Homem de 83 anos, residente em Setúbal e antigo motorista de transportes públicos. Destaca-se antecedente de tabagismo convencional primário progressivo (CT 10UMA). Desconhecidos antecedentes de tuberculose ativa ou latente. Iniciou quadro de dispneia progressiva para esforços, toracalgia pleurítica direita, anorexia e perda ponderal de 10Kg com 4 meses de evolução. Na TC tóracoabdominal foi identificada massa quística (135x70mm) a envolver o diafragma, pleura e parede torácica direita, assim como derrame pleural de pequeno volume ipsilateral. Analiticamente, sem disfunção de órgão e serologia HIV negativa. Foi submetido a biópsia transcutânea da massa, com identificação anatomopatológica de infiltrado inflamatório crónico granulomatoso não necrotizante e células gigantes multinucleadas (Zhiel-Neelsen negativo) sem sinais de malignidade. Após biópsia iniciou drenagem espontânea de conteúdo purulento da massa tóracoabdominal, isolando-se no pús *Staphylococcus aureus* multisensível (exame micobacteriológico direto e com pesquisa DNA e cultural negativos). Por persistência do derrame pleural direito foi submetido a toracocentese diagnóstica: líquido serohemático, exsudativo, pH 7.37, leucócitos 480/uL (20% neutrófilos), glucose 97mg/dL, ADA 9.4U/L e com pesquisa de DNA *Mycobacterium tuberculosis* positiva. Perante os antecedentes e achados no estudo complementar, assumiu-se diagnóstico provável de tuberculose pleural sem empiema, complicado com fístula pleurocutânea e sobreinfecção bacteriana pós-biópsia. Iniciada antibioterapia dirigida pelo antibiograma do exsudado da parede e antibacilares (isoniazida, pirazinamida, etambutol e rifampicina) em dose standard, com boa resposta clínica e imagiológica.

Conclusões: As fístulas pleurocutâneas tuberculosas são mais frequentes nos imunodeprimidos e em relação com empiemas. Esta apresentação relata um caso raro em indivíduo imunocompetente, sem empiema, onde os diferentes elementos de ordem clínica e complementares de diagnóstico constituíram peças que permitiram ver o puzzle completo.

PO-0709 - (5016) - MALNUTRIÇÃO - THE BIG SPENDERS

Filipa Ferreira Rodrigues¹; Ana Rubim Correia¹; Ana Costa¹; Catarina Costa¹; Catarina Duarte¹; Catarina Veiga¹; Diana Miranda¹; João Poejo Gomes¹; Inês Duro¹; Inês Pereira¹; Isabel Fonseca Silva¹; Judite Antas¹; Luísa Viveiros¹; Nuno Miguel Pereira¹; Mariana S. R. Costa¹; Paulo Conceição¹; Paulo Ferreira¹; Rui Coelho¹; Patrícia Neves¹; Sofia Moura De Azevedo¹; Rui Ribeiro¹; Victor Marquez¹; Tânia Lopes¹; Rute Sousa Martins¹; Márcia Cravo¹; José Maia¹; Mykhailo Iashchuk¹; Raquel Pereira¹; Ana Craveiro¹; Susana Costa¹; Fernando Pichel¹; João Araújo Correia¹; Ricardo Marinho¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

INTRODUÇÃO: A definição de malnutrição tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos, sendo que cada vez mais o papel da inflamação é cada vez mais reconhecido, principalmente na malnutrição associada à doença. Contudo, apesar da heterogeneidade de conceitos, é globalmente reconhecida como uma condição prevalente (até 50% nalgumas séries) e subdiagnosticada nos doentes hospitalizados, afetando negativamente o prognóstico destes, motivo pelo qual, desde 2019, é obrigatório a realização de rastreio nutricional à admissão hospitalar.

OBJECTIVO: Pretendeu-se avaliar o impacto clínico e económico nos doentes com risco nutricional admitidos numa enfermaria de Medicina em 2022.

MÉTODOS: Foram incluídos doentes internados no Serviço de Medicina entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2022. Aplicou-se o Nutritional Risk Screening (NRS 2002) para identificar o risco de malnutrição. O software IBM SPSS versão 27 ($p < 0,01$) foi utilizado na análise estatística.

RESULTADOS: Foram considerados 1725 doentes hospitalizados, com uma média de idades de $76,43 \pm 14,4$ anos e predomínio feminino (53,3%, $n=919$). Globalmente, apresentaram uma mediana de internamento de 14 dias (IQR de 17) e uma taxa de mortalidade de 23,9% ($n=413$). O rastreio nutricional foi positivo em 72,7%. Os doentes em risco nutricional eram mais velhos ($79,64 \pm 11,65$ vs $67,87 \pm 17,23$, $p < 0,001$). Quanto aos outcomes, tinham um tempo de internamento superior (mediana de 15 [IQR 19] vs 12 [IQR 12]) e uma maior mortalidade (29,3% vs 9,6% - OR 3,92). Adicionalmente, o custo mediano de internamento foi mais elevado (7964,4 [IQR 11051,6] euros vs 5914,6 [IQR 8574,4]).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: A prevalência de risco nutricional (72,7%) foi superior ao reportado na literatura, afetando sobretudo os mais idosos. Esta condição teve um impacto negativo a nível de outcomes, não só com aumento da mortalidade, como também na duração de internamento, especialmente relevante na faixa etária em questão, pois encontra-se associada a uma maior perda de funcionalidade e qualidade de vida. Destaca-se ainda o aumento de custo de internamento em cerca de 25%, expectável pelo elevado impacto clínico que acarreta, realçando a importância desta condição também sob a perspectiva de gestão hospitalar. É urgente diagnosticar o risco nutricional, muito prevalente na enfermaria de Medicina, como forma de melhorar o impacto clínico e económico das hospitalizações, particularmente nos doentes mais idosos.

PO-0710 - (2948) - MANIFESTAÇÕES DERMATOLÓGICAS EM DOENTE COM COLITE ULCEROSA

Luís Reis¹; Bárbara Rocha²; Catarina Oliveira Silva⁵; Catarina Maia Ferreira⁴; Ana Ramôa³; Eduardo Macedo³; Ana Rita Marques³; Ilídio Brandão³

1 - Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde Braga; 2 - Serviço de Cardiologia, Unidade Local de Saúde Braga; 3 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde Braga; 4 - Serviço de Oncologia, Unidade Local de Saúde Braga; 5 - Serviço de Nefrologia, Unidade Local de Saúde

Introdução:

Dentro do espectro clínico das doenças inflamatórias intestinais, várias manifestações extraintestinais podem ocorrer, incluindo manifestações dermatológicas. O eritema nodoso (EN) é a lesão cutânea mais prevalente, manifestando-se com nódulos subcutâneos salientes e dolorosos, mais frequentemente encontrados na zona pré-tibial.

Caso clínico:

Doente do sexo masculino de 60 anos, com diagnóstico de colite ulcerosa desde os 20 anos de idade, atualmente sob terapêutica com agente biológico - Vedolizumab intravenoso bimestral. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre persistente com 1 mês de evolução, associada a sudorese noturna, perda ponderal e astenia. Submetido a múltiplos ciclos de antibioterapia, contudo, sem cedência da febre. Ao exame físico destacavam-se apenas nódulos nos membros inferiores, ruborizados e dolorosos, com edema assimétrico do membro inferior direito. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios, nomeadamente leucocitose 11100/L e PCR 65,8 mg/dL. Uma tomografia computadorizada do tórax identificou um nódulo semi-sólido no segmento basal posterior do lobo inferior esquerdo com 5mm, sem mudanças em comparação a imagens prévias. Durante o internamento a hipótese de tuberculose pulmonar em doente imunodeprimido foi considerada, mas excluída após investigação exaustiva. A realização de estudos endoscópicos não revelou lesões sugestivas de neoplasia. Por suspeita inicial de celulite, realizou tomografia computadorizada do membro inferior direito que não demonstrou achados significativos. Aliado a hemoculturas negativas, foi assumido como hipótese mais provável a de eritema nodoso associado à colite ulcerosa, com resposta clínica favorável após introdução de corticoide. O doente teve alta com melhoria da sintomatologia, mantendo a terapêutica biológica, tendo iniciado corticoterapia e profilaxia antibiótica. Foi orientado para reavaliação na consulta de Medicina Interna e Gastroenterologia.

Discussão:

O caso apresentado destaca a importância da avaliação das manifestações extraintestinais em pacientes com doenças inflamatórias intestinais, como a colite ulcerosa. As manifestações cutâneas, podem ser um marcador de atividade sistémica e exigem uma abordagem diagnóstica abrangente.

PO-0711 - (3978) - SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO: A PROPÓSITO DE UM CASO RARO E DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

João Vieira Afonso¹; Mafalda Gomes Santos¹; Joana Castro Vieira¹; Mariana Simão Magalhães¹; Rafael Oliveira¹; Ana Filipa Rodrigues¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste – Unidade Caldas da Rainha

A lesão renal aguda consiste na diminuição da função renal, com retenção de ureia e desregulação do volume extracelular e dos eletrólitos. Quando associada a hemoptises deve fazer pensar em patologia autoimune.

Homem, 31 anos, recorre ao SU por dispneia para esforços com 2 semanas de evolução e dor torácica que agrava com inspiração. Refere ainda hemoptise nos últimos 2 dias. Nega vómitos, alterações génito-urinárias ou do transito gastrointestinal, artralguas e febre. Nega consumo drogas, medicamentos, tabaco e álcool. Tem um gato, nega picada de insetos ou viagens para outros países. Não esteve doente no último mês.

Sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo.

À admissão, GCS15, eupneico em ar ambiente, normocárdico, 190/120mmHg, apirético. Auscultação cardíaca hipofonética, com crepitanes dispersos à direita na pulmonar Sem hepatoesplenomegalia, abdómen indolor, Murphy renal negativo. Sem edemas em membros inferiores. Sem petéquias ou rash cutâneo. Diurese >1ml/kg/h.

Gasimetria sem alterações. Analiticamente leucocitose 13.7/uL, hemoglobina 10.6g/dL, VGM 84.3fL, Plaquetas 150 g/dL, VS 57mm, creatinina 6.6mg/dL, ureia 190mg/dL, LDH 611, haptoglobina <7, Potássio 2.7mEq/L troponina 207.5 ng/L, NT-proBNP >35000. PCR 0.9 mg/dL. Sem alteração da função hepática e tiroideia. Sumário de Urina proteínas ++. Esfregaço com esquistócitos.

Angio-TC TAP: “Cardiomegalia; infiltrado intersticial em vidro despolido trilobar do pulmão direito. Sem outras alterações.”

ECG: inversão de T em II e v4-v6. Ecocardiograma: miocardiopatia dilatada com FEVE 30%.

Colocadas Hipóteses diagnósticas de Vasculite primária com envolvimento renal e pulmonar versus microangiopatia trombótica.

Colheu Autoimunidade (Anti-dsDNA, Anti-MPO, Anti-PR3, Anti-GBM, Anti-CCP, Anti-SSA, Anti-RNP, Anti-SCL-70, ADAMTS13, antifosfolípidos, crioglobulinas e complemento-com ligeiro consumo de C3), Eletroforese, Imunofixação e Serologias virais e hemoculturas, que foram negativas.

Transferido para Nefrologia para diálise, biópsia renal e testes genéticos, iniciando pulso de Metilprednisolona.

Na consulta, resultado da biópsia e mutação genética compatível com microangiopatia trombótica tendo iniciado anticorpo monoclonal, ficando dependente de diálise.

As microangiopatias trombóticas são induzidas por infeções, drogas, doenças autoimunes e neoplasias, sendo o seu diagnóstico complexo e raro. A taxa de mortalidade é elevada e cerca de 50% dos doentes desenvolve doença renal terminal.

PO-0712 - (4493) - PSEUDOTUMOR CEREBRI EM UMA GRÁVIDA NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Sara Campos¹; Vanda Conceição¹; Nuno Vieira¹; Luísa Arez¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Portimão

Introdução: Pseudotumor Cerebri (PC) é uma entidade rara por si só e torna-se ainda mais rara quando ocorre durante a gravidez, sendo a sua abordagem desafiante. PC caracteriza-se pelo aumento da pressão intracraniana (PIC), sem etiologia definida. Os sinais e sintomas são papiledema, neuroimagem normal, líquido cefalorraquidiano (LCR) com aumento de pressão de abertura, cefaleia, diplopia e alterações visuais. A abordagem passa pela utilização de fármacos para alívio sintomático, mas que podem representar um risco acrescido de teratogenicidade.

Caso clínico: Mulher de 26 anos de idade com antecedentes pessoais de obesidade, grávida com 10 semanas de gestação de feto único, recorreu ao serviço de urgência por cefaleia holocraniana, intensidade 9/10, acompanhada de náuseas e vômitos, refratária aos analgésicos e com aparecimento de escotomas ao nível do olho esquerdo com uma duração de cerca de 60 horas. Ao exame neurológico sem défices objetiváveis. A Tomografia Computorizada (TC) Crânio-Encefálica (CE) e a Ressonância Magnética (RM) CE não identificaram alterações. Realizou punção lombar (PL) sem alterações no exame químico e citológico, mas com pressão de abertura aumentada. Foi observada por Oftalmologia com identificação de papiledema bilateral. A doente cumpria os critérios de Dandy para PC e o caso foi abordado em conjunto com a Neurologia e a Obstetrícia com o intuito de iniciar acetazolamida, embora se trate de um fármaco com risco teratogénico. O fármaco foi iniciado com consentimento informado assinado da grávida e atualmente a doente encontra-se assintomática, sem complicações durante a gravidez.

Discussão: O PC é uma entidade rara que deve ser em tida em consideração no diagnóstico diferencial de cefaleia, visto que o atraso diagnóstico pode condicionar cefaleia crónica e perda da acuidade visual permanente. Este caso torna-se desafiante pela abordagem e pela consciencialização do risco benefício, tendo em consideração os riscos da terapêutica e as medidas necessárias a tomar durante a gravidez.

PO-0713 - (2926) - COLABORAÇÃO DE MEDICINA INTERNA À GINECOLOGIA-OBSTETRÍCIA: ANÁLISE RETROSPECTIVA.

Filipe Alfaiate²; Carolina Roias³; Anna Taulaigo⁴; Inês Palma Dos Reis¹

1 - Maternidade Alfredo da Costa - ULS São José; 2 - Hospital do Espírito Santo de Évora - ULS Alentejo Central; 3 - Hospital do Divino Espírito Santo; 4 - Hospital Curry Cabral - ULS São José

Introdução: Com a melhoria de condições de vida e aumento da esperança média de vida, tem-se observado um acréscimo na idade materna aquando do nascimento do primeiro filho. Por esta razão, a presença de comorbilidades em grávidas e puérperas exige um trabalho multidisciplinar entre Medicina Interna e Ginecologia-Obstetrícia.

Objetivos: Este trabalho pretende caracterizar os pedidos de apoio de Medicina Interna às mulheres internadas numa maternidade, assim como identificar as principais características epidemiológicas e nosológicas desta população.

Material e Métodos: Foram recolhidos de forma retrospectiva, com base nos registos informáticos, todos os pedidos de colaboração submetidos pelos diversos serviços de uma maternidade à Medicina Interna entre Outubro e Dezembro de 2023 (3 meses). Foram colhidos dados para caracterização epidemiológica da população em estudo. Os diagnósticos foram codificados com base na 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (ICD-10). **Resultados:** Durante os 3 meses, foram solicitados 61 pedidos de observação, tendo sido observadas 42 mulheres, com média de idades 34,2 anos, das quais 4 grávidas no 1º trimestre, 8 no 2º semestre, 4 no 3º trimestre, 21 puérperas e 5 mulheres internadas na Ginecologia. Segundo a classificação ICD-10, os diagnósticos principais foram a pré-eclâmpsia, presente em 5 doente (11,9%). Outros diagnósticos principais incluíram a síndrome de HELLP (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets) com 3 casos (7,9%); hipertensão pré-existente com 3 casos (7,9%); hiperemese gravídica com 2 casos (4,8%), 2 casos (4,8%) de enxaqueca com aura e 2 casos (4,8%) de trombocitopenia imune. Em relação aos diagnósticos secundários, foram considerados 72 diagnósticos, com: 5 diagnósticos (6,9%) de anemia; 4 diagnósticos (5,6%) de hipotireoidismo, de hipertensão pré-existente, de hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia severa; 3 diagnósticos (4,2%) de pré-eclâmpsia moderada e de diabetes mellitus gestacional.

Discussão e conclusão: Este estudo retrospectivo demonstrou a importância da colaboração entre as especialidades de Medicina Interna e Ginecologia-Obstetrícia na gestão de condições médicas complexas nesta população. Os resultados destacam a prevalência significativa de patologia do foro hipertensivo, como pré-eclâmpsia, síndrome de HELLP e hipertensão gestacional. Salienta-se, ainda, o pedido de apoio para a gestão ou diagnósticos de doenças infecciosas e neurológicas, com pedido de exames complementares de diagnóstico, ajuste terapêutico e contacto com outras especialidades para resolução do quadro clínico. A identificação precoce e a gestão eficaz dessas condições exigem uma abordagem multidisciplinar, visando garantir o bem-estar materno-fetal. Portanto, enfatizamos a importância contínua do trabalho em equipa entre Medicina Interna e Ginecologia-Obstetrícia para fornecer o melhor cuidado possível a esta população de doentes.

PO-0714 - (4055) - HIPEREMESE GRAVÍDICA E DESNUTRIÇÃO NA GRAVIDEZ

Inês Domingues¹; Patrícia Santos¹; Fábio Pé D'Arca Barbosa¹; Vanda Spencer¹

1 - Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO: As náuseas e vômitos afetam até 90% das grávidas. São mais frequentes no 1º trimestre com pico de incidência à 9ª semana, posteriormente com melhoria progressiva. A hiperemese gravídica representa menos que 5% dos casos e define-se como episódios severos de vômitos intratáveis com repercussão no estado geral, perda ponderal, desidratação e intolerância de via oral por vezes, com necessidade de hospitalização.

CASO CLÍNICO: Grávida, 32 anos, saudável. Índice Obstétrico: 1031 (3 Abortos Espontâneos tardios, 1 parto de termo eutócico há 16 anos, leve para a idade gestacional). Internada em Obstetrícia às 14 semanas de gestação por vários episódios diários de náuseas e vômitos, diminuição da ingesta e emagrecimento progressivo, mais acentuado nas últimas semanas. À admissão, com desnutrição extrema, intolerância para alimentação por via oral e índice de massa corporal inferior a 18Kg/m². Realizou correção hidroeletrólítica por hiponatremia e suplementação proteica. Teve alta medicada com antieméticos e foi referenciada a consulta de Medicina Obstétrica. Na consulta, mantinha persistência de vômitos e perda de mais de 10% de peso corporal total. À observação, humor eutímico, aspeto emagrecido e desidratação. Transito gastrointestinal mantido. Negava tosse, febre ou sudorese noturna. Foram excluídas causas infecciosas, medicamentosas, metabólicas e hipertensão intracraniana. Analiticamente com anemia e hiponatremia ligeiras, euglicémica, função renal e tiroideia dentro da normalidade, sem défices vitamínicos ou alteração das provas hepáticas. Serologias virais e estudo de autoimunidade negativos. Teste IGRA e exame parasitológico das fezes negativos. Foi também acompanhada em consulta de Nutrição, para otimização da dieta e maior ganho ponderal. Observada em consulta de Psiquiatria, tendo-se excluído sintomatologia depressiva/psicótica ou perturbações alimentares. Manteve seguimento em consulta de Medicina Materno-Fetal, destacando-se feto leve para a idade gestacional, tendo sido proposta para indução de trabalho de parto às 37 semanas, sem outras intercorrências.

DISCUSSÃO: A abordagem das náuseas e vômitos na gravidez depende da sua intensidade e impacto no estado geral da grávida e feto. Os autores realçam o impacto da hiperemese gravídica nas atividades da vida diária, bem como a importância da Medicina Interna como complemento fundamental na gestão da patologia da grávida.

PO-0715 - (2820) - COMPLICAÇÃO TARDIA DE PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Albergaria¹; Carolina Câmara¹; Helena Antunes¹; Ricardo Raposo¹; Sandra Gouveia¹; Luís Dias¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Introdução: A Hipertensão Arterial (HTA) é a patologia médica mais comum na gravidez, acometendo 5 a 10% das mulheres grávidas. Constitui uma causa importante de morbimortalidade materna, fetal e neonatal. Para além das possíveis consequências imediatas para a mãe e para o bebé, tem-se comprovado que uma gravidez complicada por HTA revela uma predisposição para doença cardiovascular e funciona como um stress test que identifica mulheres em risco de doença futura.

Caso clínico: Mulher de 34 anos, autónoma. Puérpera de seis semanas – cesariana pré-termo por pré-eclâmpsia com critérios de gravidade. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 1, tabagismo ativo e incumprimento terapêutico. Recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia hemisférica pulsátil de início no próprio dia, associada a náuseas e vômitos. Hipertensa (163/86 mmHg), sem défices neurológicos. Evolução com diplopia binocular, fala arrastada, nistagmo horizontal e prova dedo-nariz com dismetria à direita. Fez tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica (CE): extensa isquemia do hemisfério cerebeloso direito com hidrocefalia em evolução. Admitida na Unidade de Cuidados Intensivos após exclusão de indicação para trombólise ou trombectomia. Deterioração do estado de consciência até Score de Glasgow 6, tendo sido submetida a craniectomia bilateral da fossa posterior; TC CE de controlo manteve sinais de hidrocefalia ativa. Estudo de trombofilias negativo. Evolução favorável, mas com duas tentativas falhadas de extubação por suspeita de traqueomalácia; foi traqueostomizada, sem intercorrências. Posteriormente, apresentou desvio conjugado do olhar para a esquerda com hemiparesia direita e prostração; TC CE revelou acidente vascular cerebral isquémico do ramo posterior da artéria cerebral média esquerda, com epilepsia secundária. Apresentou, contudo, melhoria progressiva subsequente, tolerando períodos de levante; iniciou reabilitação motora e terapia da fala. Foi transferida para o Serviço de Neurologia para continuação de cuidados.

Discussão & Conclusão: O restabelecimento fisiológico da homeostasia hidrossalina após uma gravidez demora cerca de 2 meses, processo que pode estar significativamente afetado nas mulheres com pré-eclâmpsia. O controlo da pressão arterial (bem como dos restantes fatores de risco cardiovascular) no período pós-parto é fundamental, no sentido de prevenção de eventuais complicações imediatas e tardias, entre as quais o maior risco de doença cerebrovascular para a mulher.

PO-0716 - (2955) - MIOCARDIOPATIA PERIPARTO: 17 ANOS DE REGISTO NUM CENTRO TERCIÁRIO

Tiago Neto Gonçalves^{1,2}; Ana Isabel Machado³; Joana Rebelo³; Anna Taulaigo⁴; Inês Palma Dos Reis³

1 - Hospital da Luz Lisboa; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 3 - Maternidade Dr. Alfredo da Costa; 4 - Hospital Curry Cabral

INTRODUÇÃO: A miocardiopatia periparto (MCP) é uma complicação cardíaca rara, potencialmente grave, que surge no último trimestre da gravidez e puerpério. É uma causa de insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção (FEVE) inferior a 45%, a considerar nesta população. Esta entidade apresenta uma fisiopatologia mal-esclarecida e clínica inespecífica, sendo o diagnóstico precoce desafiante.

OBJETIVO: Caracterizar a apresentação clínica, abordagem terapêutica e desfecho da MCP numa população seguida num centro terciário.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospectivo, observacional, de doentes admitidas por MCP num centro hospitalar universitário português entre 2007 e 2023. 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: Foram acompanhadas 5 doentes nos últimos 17 anos. A idade média foi de 34 ± 7 anos, sendo a maioria múltíparas (60%) com 2 gestações prévias. Duas doentes tinham história prévia de doença autoimune e apenas uma era fumadora. A maioria das doentes foi previamente acompanhada noutra unidade de saúde, existindo uma gravidez gemelar após técnica de procriação medicamente assistida. O diagnóstico foi estabelecido, em média, no 6º dia de puerpério (80%) e no 3º trimestre em uma doente. A apresentação clínica mais frequente foi com dispneia de esforço (80%) e dor torácica (40%), tendo uma doente sido admitida por síncope e paragem cardiorrespiratória. A IC com fração de ejeção reduzida foi identificada em 60% das doentes.

Todos os partos foram distócicos por cesariana. Dois recém-nascidos foram prematuros extremos com peso inferior a 1.000g e as restantes crianças nasceram de termo, tendo a maioria peso adequado para a idade gestacional. Quatro crianças foram admitidas em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) neonatal, tendo duas necessitado de suporte ventilatório e hemodinâmico.

Todas as mulheres foram admitidas em UCI, tendo duas necessitado de suporte ventilatório e uma doente de suporte inotrópico e vasopressor. Em todas as doentes foi iniciada terapêutica diurética, tendo 60% iniciado bromocriptina. Na alta, todas mantinham inibição do sistema renina-angiotensina-aldosterona, quatro estavam sob terapêutica beta-bloqueante e uma doente tinha iniciado inibidor do cotransportador de sódio-glicose 2. Duas doentes mantinham inibição da prolactina. Às seis semanas de seguimento, apenas duas doentes tinham recuperado a FEVE

CONCLUSÕES: A MCP é uma entidade rara e desafiante que requer uma abordagem multidisciplinar, com enfoque na melhoria sintomática e recuperação funcional a médio-longo prazo. A difícil valorização da clínica de IC dificulta o diagnóstico. O uso da bromocriptina tem sido validado, interferindo na fisiopatologia da doença. Um registo multicêntrico nacional será importante para melhor caracterização da MCP.

PO-0717 - (2517) - QUANDO UM MAL NUNCA VEM SÓ: UM CASO DE SARCOIDOSE E SCHWANNOMA DO NERVO FACIAL

Isabel Viana Novo¹; Margarida Arantes Silva¹; Filipa Guedes¹; Sofia Festa¹; Adriana Almeida¹; Carla Melo¹; Mário Esteves¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Ave, EPE

O Schwannoma do Nervo Facial (SNF) é uma neoplasia benigna rara, representando 5% dos casos de paralisias faciais periféricas (PFP). É diagnóstico diferencial de várias patologias e a clínica não é patognomónica. A avaliação por imagem desempenha um papel fulcral no diagnóstico.

Homem de 37 anos, pedreiro e fumador, recorre ao Serviço de Urgência por astenia e diarreia com 6 meses de evolução. Apresentava como única alteração um ligeiro desconforto abdominal. Realizou uma TC abdominopélvica com múltiplas adenopatias mediastínicas e justahilares, como achado. No TC do Tórax apresentava nodularidades também nos lobos superiores. A biópsia transbrônquica pulmonar das lesões confirmou a presença de granulomas não caseosos e o diagnóstico de Sarcoidose Pulmonar associada a dismotilidade intestinal. Iniciou tratamento com melhoria sintomática e manteve seguimento. Posteriormente, teve 2 episódios de PFP e diminuição da acuidade auditiva. Realizou uma Ressonância Magnética cerebral, que identificou espessamento e captação intensa da porção do gânglio geniculado e vertente anterior do segmento horizontal do nervo facial esquerdo com hipersinal em T2, a contextualizar no quadro clínico de Neurosarcoidose. Iniciou Prednisolona em alta dose e, por manutenção dos défices e estabilidade imagiológica após terapêutica, é favorecido o diagnóstico de SNF em detrimento de Neurosarcoidose. Realiza nova TC para melhor caracterização do detalhe ósseo, que indicou alargamento do canal do nervo facial esquerdo nos segmentos coclear e do gânglio geniculado, muito sugestivo de SNF. Foi avaliado por Neurocirurgia, que definiu a extensa assimetria da PFP como grau 5 de severidade, com uma eletromiografia a demonstrar condução nervosa motora sem respostas mensuráveis e atividade espontânea sob a forma de potenciais de fibrilação, sem contração voluntária. Esclareceu-se o doente quanto às limitações e complicações da terapêutica cirúrgica nestas situações, tendo optado por iniciar reabilitação motora para recuperar alguma mobilidade dos músculos afetados, mantendo uma atitude de vigilância clínico-imagiológica.

O SNF é uma causa muito debilitante e rara de PFP. Um índice de suspeição elevado, com base na clínica e imagiologia, é crucial para um diagnóstico e tratamento precoce. O tratamento cirúrgico é limitante, uma vez que a radiocirurgia estereotáxica está associada a um importante risco de lesão facial e coclear definitiva.

PO-0718 - (4220) - MIOCARDIOPATIA NA GESTAÇÃO: DILEMAS DIAGNÓSTICOS E DILEMAS TERAPÊUTICOS - RELATO DE CASO

Daniela Alpoim¹; Teresa Abegão¹; Roxane Van Hauwaert¹; Rita Jesus¹; Ema Virga¹; Daniela Encarnação¹; Matilde Vilela²; Catarina Sabbo²; Ana Edral¹; Diana Pissarra¹; Duarte Teodoro¹; Ana Silva¹

1 - CHUA Faro; 2 - CHUA Portimão

Introdução:

A Miocardiopatia Periparto (MP) é uma condição rara e potencialmente grave, que afeta mulheres gestantes ou nas primeiras semanas pós-parto. Associa-se a disfunção cardíaca grave e compartilha semelhanças clínicas com a Miocardiopatia Dilatada (MD). A distinção entre estas condições é desafiadora quando o quadro inaugural acontece durante a gravidez.

Caso Clínico:

Mulher de 30 anos, sem antecedentes pessoais, antecedentes familiares (avós e tio materno) com patologia cardíaca desconhecida, primigesta, grávida de 31 semanas. Recorre ao Serviço de Urgência por palpitações e cansaço com 1 mês de evolução. À admissão sem sinais de Insuficiência Cardíaca Aguda ao exame físico. Tinha eletrocardiograma com taquicardia com ritmo auricular ectópico, sem resposta a bisoprolol, e radiografia de tórax com aumento do índice cardiorácico e apagamento do seio cardiofrénico direito. Analiticamente com aumento do NTproBNP (3200pg/mL). O ecocardiograma evidenciava dilatação das cavidades esquerdas sem hipertrofia ventricular, função sistólica global moderadamente deprimida (FEVE Simpson 42%) e regurgitação mitral grave. A gestante foi internada com apoio multidisciplinar da obstetrícia, medicina interna e cardiologia. Pela evolução clínica, assumido o diagnóstico de miocardiopatia dilatada prévia. Houve limitações na terapia da insuficiência cardíaca devido à gravidez. Decidiu-se interrupção da gravidez após completada maturação pulmonar fetal. Realizou neuroproteção com sulfato de magnésio, mas suspensa por hipotensão grave. A cesariana foi realizada e otimizou-se a terapêutica da insuficiência cardíaca, resultando na estabilização da parturiente, e posterior alta para o domicílio. Mantém seguimento em consulta de cardiologia, estando assintomática.

Discussão/Conclusão:

A semelhança clínica entre MD desconhecida e MP reside na apresentação insidiosa com sintomas inespecíficos, dilatação cardíaca, comprometimento ventricular e elevação de NTproBNP, dificultando a sua distinção, especialmente durante a gravidez. A gestação em pacientes com MD desconhecida ou MP apresenta riscos significativos para a mãe e para o feto. A necessidade de intervenção rápida, muitas vezes limitada pelos desafios terapêuticos da gravidez, destaca a complexidade desses casos. Aconselhamento, abordagem multidisciplinar e cuidados pré-concepcionais tornam-se cruciais, desaconselhando-se gestações futuras devido ao elevado risco de complicações cardiovasculares para mãe e feto.

PO-0723 - (4941) - HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE UMA FONTE IMPROVÁVEL

André S. Carvalho¹; Inês B. Mesquita¹; Sara Joana Faria¹; Mariana Farinha¹; Abílio Gonçalves¹

1 - Hospital Distrital da Figueira da Foz

Introdução:

A hemorragia digestiva alta (HDA), definida como proximal ao ligamento de Treitz, é uma das principais causas de anemia ferripriva. Apesar da doença ulcerosa péptica, gastrite, esofagite ou rutura de varizes serem os motivos mais frequentes de hemorragia, existem outras etiologias e localizações a considerar.

Caso clínico:

Mulher de 88 anos, encaminhada à urgência por astenia e palidez com um mês de evolução, sem perdas hemáticas objetivadas, associadas a ortopneia e edema dos membros inferiores. Antecedentes de fibrilhação auricular, doença renal crónica, pancreatite litíásica, colite isquémica, patologias diverticular e hemorroidária e anemia ferripriva. Medicada com apixabano 2.5mg, pravastatina 20mg e hidróxido férrico 100mg. Ao exame apresentava palidez mucocutânea, ingurgitamento jugular e edemas periféricos. Hemodinamicamente estável e apirética. Auscultação cardiopulmonar com sopro sistólico panfocal e fervores bibasais. Toque retal sem vestígios de sangue. Análises com anemia microcítica hipocrómica, ferripriva (hemoglobina de 6.0 mg/dL, ferritina 16 ng/mL, saturação de transferrina 3%). Realizou duas unidades de glóbulos e ficou internada por insuficiência cardíaca descompensada em contexto de anemia. Ao quinto dia de internamento apresentou vômitos alimentares e elevação analítica dos parâmetros de citólise e colestase. Por suspeita de cólica biliar realizou ecografia abdominal, que evidenciou vesícula biliar (VB) em vacuidade com litíase no seu interior, aerobilia intra-hepática e ligeira dilatação da via biliar principal (VBP). No dia seguinte teve vários episódios de melenas, com palidez e dor à palpação do epigastro. Verificada queda de hemoglobina de 8.5 para 5.8 mg/dL e melhoria analítica dos parâmetros hepáticos. Endoscopia digestiva alta urgente revelou sangue vivo em DII compatível com hemobilia, confirmando-se hemorragia intermitente da papila de Vater. Angio-TC abdominal salientou marcada aerobilia, dilatação da VBP e foco hemorrágico intravesicular. Foi submetida a colecistectomia laparoscópica, com evidência de rutura e hematoma vesicular, que permitiu a resolução do quadro.

Discussão e conclusão:

A hemorragia da vesícula biliar é uma causa rara de HDA, podendo representar uma complicação de colelitíase e ser exacerbada pela hipocoagulação em doentes com multimorbilidade. Potenciados por um elevado nível de suspeição clínica, o diagnóstico e intervenção cirúrgica precoces são fundamentais a um prognóstico favorável.

PO - (2356) - SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON INDUZIDO PELA OXCARBAZEPINA – A PROPÓSITO DE UM CASO

Sofia Mota Teixeira¹; Ana Filipa Rebelo¹; Fernando Salvador¹

1 - Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) caracteriza-se por uma reação de hipersensibilidade rara, potencialmente fatal que, caracteristicamente, afeta pele e mucosas. Pode apresentar envolvimento ocular, lesão renal aguda, complicações respiratórias e gastrointestinais, bem como, alterações hematológicas. A etiologia, na maioria dos casos, é medicamentosa, sendo menos de 15% dos casos atribuídos a outras causas, nomeadamente infeções e exposição a químicos.

Caso-clínico: Homem de 43 anos, com antecedentes de doença hepática de etiologia alcoólica e epilepsia, medicado cronicamente com levetiracetam, quetiapina, venlafaxina, ácido fólico, amissulprida, oxcarbazepina e mirtazapina. O doente foi admitido por exantema, tosse produtiva, febre, odinofagia. Ao exame objetivo, apresentava-se prostrado, sonolento, com exantema bolhoso, descamativo, não pruriginoso, disperso pelo corpo, que não poupava palmas nem plantas, associado a uma conjuntivite bilateral com secreção purulenta. Realça-se Sinal de Nikolsky positivo. Analiticamente, apresentava leucopenia de 2900/uL com linfopenia de 22.8%, trombocitopenia de 122000/uL, PCR de 34.75 mg/dL. As serologias víricas, hemoculturas e estudo autoimune foram negativas. Na biópsia cutânea isolou-se *Candida parapsilosis* e *Enterococcus faecalis*. O Rx de torax e TAC-CE não mostraram alterações. Realizou punção lombar que descartou infeção do SNC. Foi assumido o diagnóstico de SSJ induzido pela oxcarbazepina (tinha iniciado 20 dias antes do início do quadro), com envolvimento cutâneo, orofaríngeo, ocular e pulmonar. Fez pulsos iniciais de metilprednisolona e posteriormente prednisolona 1mg/Kg/dia com desmame lento. Permaneceu 35 dias internado por intercorrências infecciosas, tendo evoluído de forma lenta mas favorável.

Discussão: Segundo a literatura, a incidência de SSJ induzido pela oxcarbazepina é de 0.5 a 6 casos/milhão, anualmente. Acredita-se que a formação de citocromo P450 do metabolito da oxcarbazepina desencadeie reações imunológicas que estarão na base da SSJ. Tipicamente, os sintomas iniciam-se cerca de 1 semana a 2 meses após início do fármaco. Embora o diagnóstico definitivo seja histopatológico, pode ser inferido a partir do início das manifestações cutâneas em pelo menos duas superfícies.

Conclusão: Assim, é importante monitorizar sintomatologia subtil nas primeiras semanas de introdução ou aumento de dose de oxcarbazepina, a fim de prevenir a progressão para SSJ.

PO - (2407) - ROMBOENCEFALITE POR LISTERIA

Cecilia Moreira¹; Diana Rocha¹; Filipa David¹; Rute Cruz¹; Ana Teresa Vieira²; Cláudia Agostinho³; Lia Bastos⁴; Filipa Maldonado¹; Catarina Guimarães¹; Elena Molinos¹

1 - Hospital Pedro Hispano; 2 - Hospital de Évora; 3 - IPO Porto; 4 - Hospital Egas Moniz

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 vômitos seguido de manifestações neurológicas (parésia assimétrica de pares cranianos, sinais cerebelosos e défices motores/sensitivos).

Caso Clínico: mulher de 29 anos, sem antecedentes de relevo, não grávida, recorreu ao serviço de urgência por quadro de 1 semana de evolução de cefaleia, febre, fotofobia e náuseas. À admissão apresentava lentificação psicomotora e rigidez da nuca. Analiticamente com leucocitose e elevação de PCR (183mg/L). Realizou TC cerebral sem alterações de relevo e punção lombar com consumo de glicose, proteinorráquia e pleocitose (1124 leuc/uL). Iniciou empiricamente ceftriaxone, aciclovir e dexametasona. Nas primeiras 48h apresentou resolução de cefaleias e fotofobia mas com persistência de lentificação psicomotora e surgimento de diarreia autolimitada. Conhecido resultado de isolamento de *Listeria monocytogenes* em cultural de liquor e hemoculturas pelo que alterou antibioterapia para ampicilina e gentamicina e suspendeu dexametasona. Restante estudo etiológico negativo (Herpes simplex 1 e 2, vírus varicela-zoster e enterovírus negativo no liquor). Ao 7º dia de internamento a doente apresentou diplopia, visão turva, nistagmo horizontal e ataxia, com resolução espontânea após 4 dias. Realizou RMN cerebral que revelou reforço leptomeníngeo da convexidade cerebral, sem sinais de complicações.

Dado tratar-se de doente jovem e sem fatores de risco foram pesquisadas causas de imunossupressão: serologia VIH negativa, HgA1c 5.4%, estudo autoimune negativo, imunofenotipagem de linfócitos sem alterações.

Conclusão: Este caso mostra uma manifestação rara de infeção por *Listeria* que tem alta morbimorbilidade e mostra a importância de se considerar este diagnóstico mesmo em doentes jovens e saudáveis dado que o início imediato de antibioterapia apropriada é essencial para melhorar o prognóstico.

PO - (2874) - IS IT EVEN HEART FAILURE WITH PRESERVED EJECTION FRACTION? PLATYPNEA-ORTHODEOXIA SYNDROME: A LATE AND CHALLENGING DIAGNOSIS IN ELDERLY PATIENTS

Margarida Castro¹; Luísa Pinheiro¹; João Silva¹; Bebiana Faria¹; Marina Fernandes¹; João Português¹; António Lourenço¹

1 - Hospital Senhora da Oliveira Guimarães

Platypnea-orthodeoxia syndrome (POS) is a rare condition characterized by worsening dyspnoea with orthostatism and arterial desaturation that is relieved by returning to a recumbent position.

A 75-year-old-woman with hypertension presented to the emergency room with neurologic deficits having been admitted to the Internal Medicine ward for an ischemic stroke with documentation of a cerebellar ischemic injury. She presented afterwards with peripheral oxygen desaturation and exertional dyspnoea. A recent transthoracic echocardiogram (TTE) showed aortic ectasia (44mm), mild left ventricular hypertrophy and a preserved ejection fraction. BNP was 350 pg/mL. She was medicated with furosemide assuming a probable decompensation of heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF).

However, the patient's condition continued to deteriorate (with oxygen saturation (SpO₂) of 70% on room air) requiring supplemental oxygen and high flow nasal cannula. Physical exam was notable for decreasing SpO₂ from supine to standing position [PaO₂ in room air in sitting position was 51.3mmHg and in standing position 38.4mmHg].

Chest CT showed no signs of pulmonary oedema, pneumonia or pulmonary embolism.

Given the clinical picture including a recent acute ischemic event and a clinical worsening with excess diuretic, the presence of a right to left shunt and POS was considered.

Repeated TTE showed a redundant interatrial septum, without evidence of shunt by doppler in supine position. However, agitated saline injection documented early filling of the left cavities suggestive of a significant right-to-left shunt.

Transoesophageal echocardiogram (TEE) confirmed a large patent foramen ovale (PFO). A significant worsening of the shunt when placing the patient in an orthostatic position during the exam was documented.

The patient underwent percutaneous closure of PFO. She had resolution of her exertional hypoxia following the procedure and was discharged home the next day.

This case illustrates the importance of the clinical history and physical exam in the differential diagnosis of dyspnoea and highlights the importance of a multimodality imaging to search for cardiac shunts, in an adequate clinical picture. Also, it reinforces that HFpEF is an entity that must be well established and defined not to miss other rare differential diagnoses. Sometimes, an acute event causing a change in pressure and blood flow interplay can unmask a previously undiagnosed cardiac anomaly.

PO - (3953) - A COMPREHENSIVE CASE STUDY OF REACTIVE ARTHRITIS DUE TO UREAPLASMA SPP: AN ENTITY TO REMEMBER

Bernardo Resende¹; Mariana Guerra¹; Amilcar Silva¹; Daniela Marado¹; Jorge Fortuna¹; Lèlita Santos^{1,2}

1 - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introduction: Reactive arthritis, also known as Reiter's Syndrome, is an inflammatory arthropathy that emerges in response to a preceding or concomitant infection. Manifesting as joint pain, swelling, and stiffness, this condition is intriguing due to its pathophysiological intricacies, which link infection and autoimmunity.

Case: A 48-year-old woman presented with polyarthralgia, characterized by symmetrical inflammatory arthralgia and joint swelling affecting the hands, shoulders, and knees. These symptoms had progressed over a 4-month period. In the week before admission, the patient experienced symptomatic worsening with increased pain intensity, predominantly in the lower limbs, and developed a maculopapular rash. The patient had no pertinent medical history, and there were no changes in dietary or pharmacological habits. Initial laboratory evaluation revealed elevated inflammatory parameters, including leukocytosis (19.4/mm³) and elevated C-reactive protein (13.9 mg/dL). Comprehensive diagnostic studies, encompassing blood and urine cultures, autoimmune, and infectious serological tests, yielded no significant findings. The radiography of the hands and wrists and echocardiographic evaluation showed no abnormalities. Despite initial anti-inflammatory therapy, the patient exhibited poor clinical and analytical improvement. Considering genitourinary infections as one of the main causes of reactive arthritis, gynecological examination was conducted, revealing cervical inflammation with whitish exudate. Culture confirmed the growth of *Ureaplasma* spp. Subsequent antibiotic therapy with doxycycline resulted in significant clinical improvement, and analytical abnormalities resolved over the hospitalization period.

Discussion: Considering this case, the diagnosis of reactive arthritis was established based on the coexistence of two major clinical criteria: arthritis predominantly affecting the lower limbs and ongoing genital infection. While many patients typically respond well to anti-inflammatory therapy, several reported cases indicate that achieving disease remission requires subsequent infection treatment, especially in those with an ongoing genitourinary infection. In conclusion, we present a rare case, that contributes to the growing body of knowledge on reactive arthritis, emphasizing the diagnostic challenges associated with this condition and underscoring the need for a comprehensive approach to both inflammation control and targeted infection.

PO - (4070) - SERÁ LÚPUS? - ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO

Mariana Estrela Santos¹; Raquel Dias Moura¹; Jorge Reis¹; João Miranda¹; Francisca Carmo¹; Janine Resende¹; Carina Silva¹

1 - ULSGE

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença autoimune complexa, que pode atingir todos os órgãos e sistemas, podendo ter uma multiplicidade de manifestações e apresentações clínicas.

Alterações hematológicas são relativamente comuns em doente com LES, podendo estar presentes tanto na altura do diagnóstico como mais tardiamente. Dentro destas, as principais incluem anemia, leucopenia, trombocitopenia, linfadenopatias e/ou esplenomegalia. O envolvimento hematológico poderá resultar da falência medular ou da excessiva destruição celular periférica, podendo ambos ser processos imuno-mediados. Anemia hemolítica autoimune como forma de apresentação do LES é rara e pode ser grave requerendo tratamento imediato.

Apresentamos um caso de um doente, sexo masculino, de 19 anos. Este recorreu ao serviço de urgência por um quadro de astenia, anorexia, náuseas com cerca de 3-4 semanas de evolução e ainda um quadro febril, sem padrão diário, associada a sudorese de predomínio nocturno e artralguas adstritas aos punhos, simétricas, de predomínio matinal com 1 semana de evolução. Após meios complementares de diagnóstico iniciais foi objetivada uma anemia (Hb 4.4g/dl), normocítica e normocrómica, reticulocitose 3.94%, IPR 0.4%, leucopenia de 2400/uL com linfopenia, haptoglobina indoseável, lactato desidrogenase (LDH) elevada e teste de coombs positivo (IgG 4+). Em ecografia abdominal evidência de hepatoesplenomegalia e em angioTC torácico evidência de derrame pleural e pericárdico de pequeno volume.

Após internamento para estudo adicional, apresentava estudo imunológico com consumo de complemento (C3 38.4mg/dL e C4 2.3mg/dL), título alto de anticorpos anti nucleares (ANA > 1/1280 com padrão homogêneo mosqueado), Anti-ds DNA elevado (249UI/mL), e anticorpos antifosfolipídicos anticoagulante lúpico negativos. Foi feito o diagnóstico de LES com anemia hemolítica autoimune como manifestação clínica inicial tendo iniciado prednisolona 1mg/Kg e hidroxicloroquina 200mg/dia com resposta clínica favorável e boa evolução clínica.

Apesar da anemia hemolítica autoimune poder ocorrer como parte do espectro clínico do LES, como manifestação inicial da doença é extremamente rara, devendo existir uma grande consciência, alerta e grau de suspeição para esta condição.

PO - (4270) - A CRABSENT CASE OF MULTIPLE MYELOMA

Aurora Gomes Zanga¹; Mafalda Duarte¹; Margarida Monteiro¹; Leonor Neves¹; Ines Marques De Sousa¹; Fernando Aldomiro¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

O Mieloma múltiplo (MM) é uma doença hematológica que se caracteriza pela proliferação clonal de plasmócitos malignos. Estes plasmócitos podem secretar imunoglobulinas intactas (mais comum) ou incompletas. O excesso de proteínas anormais pode levar a alterações da estrutura óssea causando assim lesões osteolíticas, osteopenia e fraturas patológicas.

Apresentamos o caso de homem de 54 anos, caucasiano, com antecedentes de asma brônquica e de adenocarcinoma do cólon descendente, em remissão. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de lombalgia pós queda com 10 dias de evolução. O exame objetivo à admissão não apresentava alterações de relevo. Pelo quadro de dor intensa refratária a analgesia fez tomografia computadorizada (TC) da coluna lombar, que demonstrou múltiplas lesões líticas e discretos componentes lesionais perivertebrais suspeitos de metastização. Foi internado para estudo etiológico. Para melhor caracterização das lesões realizou ressonância magnética da coluna que confirmou presença de lesões sugestivas de metastização. Fez TC toraco-abdomino-pélvica, que excluiu neoplasia primária ou recidiva de neoplasia gastrointestinal. Analiticamente, a destacar ausência de anemia, hipercalcemia ou insuficiência renal; PSA normal e marcadores tumorais negativos. Do restante estudo realizado a electroforese de proteínas revelou presença de pequeno pico monoclonal cuja imunofixação demonstrou ser do tipo IgA Kappa, ainda que com doseamento de imunoglobulinas séricas normal mas com aumento de cadeias leves livres kappa séricas de 1030 mg/L (3.30-19.40 mg/L). Do estudo urinário a salientar proteinúria de 1600mg/24h (<140mg/24h) com aumento de cadeias leves livres kappa 1800mg/24h (0.39-15.10 mg/24h). Foi realizada biópsia da medula óssea que revelou presença de 41% de plasmócitos confirmando assim o diagnóstico de MM.

O MM habitualmente cursa com presença de dores ósseas, anemia, hipercalcemia, insuficiência renal e lesões osteolíticas do esqueleto. O miolema secretor de cadeias leves é uma variante do MM que se caracteriza pela ausência de componente monoclonal no soro ou na urina. Estas formas diferentes de mieloma são raras, pelo que só uma suspeita clínica forte pode levar ao diagnóstico.

PO - (4272) - FEBRE E ODINOFAGIA - UMA CAUSA INESPERADA

Luis Gonçalves¹; Rita Leirião¹; Anabela Santos¹; Pedro Correia Azevedo¹

1 - Clínica CUF Almada

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma entidade com mortalidade considerável, mas o diagnóstico pode ser desafiante, pela inespecificidade da clínica e na ausência ou paucidade de fatores de risco. As manifestações clínicas mais comuns são a dispneia e dor pleurítica, podendo ocorrer síncope. São frequentes taquicardia e taquipneia e diminuição do murmúrio vesicular e/ou ferveores na auscultação pulmonar.

Caso clínico: Jovem de 18 anos, sexo feminino, caucasiana, saudável, fumadora em contexto social, sob contraceptivo oral combinado dois meses antes. Recorreu ao atendimento permanente por quadro de febre e odinofagia, com 24 horas de evolução. Ao exame objetivo, doente febril (38.7°C), com taquicardia (FC140) e normotensa. A saturação periférica de O₂ era de 98%. Orofaringe hiperemiada. Auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular na base direita.

Requisitado ECG, durante o qual a doente apresentou sensação de lipotimia e episódio de hipotensão que reverteu espontaneamente. No ECG, inversão das ondas T em D-II, aVF, V1, V2 e V3. No RX Tórax, cardiomegalia e amputação do hilo à esquerda. Analiticamente, alcalose respiratória, mas sem hipoxemia; parâmetros de fase aguda elevados. D-dímeros 15446ng/mL, Troponina 1564ng/L.

A AngioTC Tórax confirmou TEP maciço bilateral, com infarto pulmonar na base direita e sinais de sobrecarga do ventrículo direito, bem como sinais de instabilidade hemodinâmica. Foi transferida para um hospital de nível III, sendo internada na Unidade de Cuidados Intensivos. Após estratificação, foi considerado TEP de intermédio-alto risco e iniciou terapêutica anticoagulante, não tendo realizado trombólise numa primeira fase.

Discussão/Conclusão: O caso denota a importância de uma suspeição clínica elevada no diagnóstico de TEP e da realização de um exame objetivo cuidado com integração dos achados em exames complementares de diagnóstico. Tratando-se de uma doente de 18 anos, aparentemente saudável, triada com pulseira verde, o quadro clínico de apresentação poderia ter sido interpretado apenas no contexto de uma faringite aguda de etiologia viral. TEP maciço não era a hipótese diagnóstica mais provável, mas a elevada suspeição perante achados do exame físico, nomeadamente a taquicardia, conduziu ao diagnóstico de forma célere.

PO - (4282) - LESÃO HEPÁTICA INDUZIDA POR MEDICAMENTOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Aurora Gomes Zanga¹; Mafalda Duarte¹; Margarida Monteiro¹; Beatriz Sá Pereira¹; Fernando Aldomiro¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

A lesão hepática induzida por medicamentos (DILI) é uma condição clínica complexa e potencialmente grave secundária ao uso de medicamentos, produtos de ervanária ou suplementos. Para alguns fármacos o dano hepático é previsível, mas para outros pode ser imprevisível, não relacionado com a dose e detetado apenas muito tempo após o fármaco ter sido ingerido. Cursa com sintomas gerais, como fadiga, mal-estar e náuseas ou apresentar sintomas mais graves como dor abdominal, hepatomegalia, icterícia ou desorientação. O seu diagnóstico é de exclusão e o tratamento envolve a suspensão imediata do medicamento em questão. Apesar a sua incidência reduzida, em casos graves pode levar a falência hepática aguda com necessidade de transplante hepático.

Apresentamos o caso de um homem de 63 anos, caucasiano, com antecedentes de doença renal crónica, hipertensão arterial e hiperplasia benigna da próstata. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com 2 semanas de evolução de icterícia, colúria, acolia fecal, desconforto abdominal e perda de peso não quantificado. A referir que por quadro de retenção urinária aguda, assumido como secundário a prostatite aguda, tinha cumprido ciclo de 14 dias de ciprofloxacina no domicílio.

Ao exame objetivo a salientar icterícia. Analiticamente a destacar citólise e colestase com aumento da hiperbilirrubinemia directa (AST 111 U/L, ALT 250 U/L, FA 567 U/L, GGT 801 U/L, LDH 187 U/L, Bilirrubina total 16.15 mg/dL, bilirrubina direta 11.83mg/dL). Foi internado assumindo hepatite aguda de etiologia a esclarecer.

Em internamente pedido auto-imune e serologias virais (CMV, EBV, VHA, VHB e VHC), que foram negativos; excluída doença de Wilson, sífilis e leptospirose; exames culturais sem isolamentos. Ecografia abdominal sem alterações de relevo. Após exclusão de todas as causas de hepatite agudas assumida DILI secundária à ciprofloxacina. Restante internamento com melhora paulatina do padrão de citocolestase e da icterícia.

A DILI é um problema raro e o seu diagnóstico é de exclusão, tendo em conta o contexto clínico e laboratorial de alterações da função hepática. É necessário excluir todas as causas de doenças hepato-biliares e fazer uma história clínica detalhada para avaliar o início de novos fármacos ou suplementos. Apesar de a ciprofloxacina ser um antibiótico amplamente utilizado e com poucos efeitos colaterais estão descritos casos de DILI à ciprofloxacina. O tratamento passa pela suspensão imediata do medicamento responsável.

PO - (4471) - LINFOMA LINFOPLASMOCÍTICO ASSOCIADO AO LINFOMA DE HODGKIN: UM RELATO DE CASO

Milton Rosa¹; Bernardo Menezes¹; Catarina Lopes¹; Joelma Mendes¹; Maria José Pires¹; Alexandra Wahnon¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte

O linfoma linfoplasmocítico (LLP) é uma doença linfoproliferativa caracterizada por uma gamopatia IgM e é responsável por aproximadamente 2% de todas as neoplasias hematológicas. A transformação para linfoma não-Hodgkin (LNH) de alto grau, mielodisplasia e leucémia aguda secundária à terapêutica é relatada em alguns casos. Ainda menos frequente é a sua transformação em linfoma de Hodgkin (LH).

Relatamos o caso de um homem de 69 anos, com antecedente relevante de linfoma linfoplasmocítico diagnosticado em 2011, submetido a 1ª linha terapêutica com R-CHOP. Em 2017 foi documentada a primeira recaída, tendo cumprido a 2ª linha terapêutica com Rituximab + Ciclofosfamida + Dexametasona até 2020, com resposta parcial. Em 2021 com progressão de doença manifestada com febre e aumento dos conglomerados adenopáticos (sob terapêutica com ibrutinib). Como complicação, evolução para síndrome hemofagocítica associada a reativação do Epstein-Barr (EBV). Atendendo à agressividade da doença e, apesar da impossibilidade de colheita de material histológico foi assumida transformação em linfoma de alto grau e iniciada quimioterapia com (Rituximab-GEMOX), com melhoria clínica e resolução do quadro agudo, com resposta completa documentada imagiologicamente em janeiro de 2022. Em agosto de 2023 houve recrudescência do quadro clínico, com conglomerados adenopáticos supra e infradiafragmáticos, elevação da LDH, hipercalcémia e reativação do EBV. Realizou duas biópsias excisionais e iniciou terapêutica com Rituximab-Bendamustina. No entanto, por febre persistente, sintomas B e pancitopénia, foi admitido em internamento. Documentada neutropenia febril, com litíase vesicular não complicada em tomografia computadorizada abdominal, sem outras complicações e sem isolamento de agente. Adicionalmente, com aumento da carga viral do EBV. O resultado da biópsia excisional foi compatível com LH. Cumpriu 5 dias de Metilprednisolona 500mg/dia, com indicação para iniciar quimioterapia dirigida para o LH.

A transformação de linfomas de baixo grau em linfomas de alto grau como o LH e o linfoma difuso de grandes células B são descritos como Síndrome de Richter. Da mesma forma, o LLP também pode se transformar em linfoma de alto grau. Embora a sua patogénese não esteja bem esclarecida, muitos mecanismos podem estar envolvidos, nomeadamente transformação desencadeada por infeções virais com o EBV, expressão de genes que inibem o desenvolvimento de neoplasias e anormalidades cromossómicas.

PO - (4514) - ENFARTE RENAL - UMA ENTIDADE RARA, ESQUECIDA E SUBDIAGNOSTICADA

Bárbara Alves Passos¹; Adriana Costa¹; Susana Ferreira¹; Jorge Almeida¹

1 - ULS S. João

O enfarte renal é uma entidade rara e um diagnóstico difícil em contexto de urgência. As manifestações clínicas mais frequentes são dor no flanco, febre, náuseas e vômitos, sendo diagnóstico diferencial de litíase renal e pielonefrite. O seu diagnóstico precoce é fundamental para prevenir complicações.

Mulher, 71 anos, com fatores de risco cardiovasculares e depressão. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal com 7h de evolução, náuseas e vômitos. O estudo analítico revelou aumento dos parâmetros inflamatórios, a ecografia renal não apresentou alterações, o eletrocardiograma demonstrou taquicardia sinusal e a angiografia por tomografia computadorizada documentou trombose da artéria renal esquerda com enfarte renal homolateral. Foi pedida colaboração de cirurgia vascular, no entanto, não cumpria critérios de revascularização e iniciou hipocoagulação. Opta-se por internamento para estudo etiológico. Das causas cardioembólicas, o Holter 24h evidenciou fibrilhação auricular, o ecocardiograma transtorácico apresentou dilatação biauricular e do ventrículo direito, função biventricular sistólica comprometida e fração de ejeção estimada 28%. Embora menos comuns, foram pesquisados estados de hipercoagulabilidade, realizou tomografia computadorizada cervico-toraco-abdomino-pélvica sem alterações, estudo autoimune negativo sem síndrome anti-fosfolipídico e sem evidência de síndrome nefrótica em urina 24h. A doente tinha endoscopia digestiva alta e colonoscopia total recentes sem alterações. Artéria renal no angioTAC sem evidência de dissecação ou imagem sugestiva de vasculite. Doente negava história de traumatismo ou história familiar de síndrome de Marfan. Clinicamente, sem dor torácica, ECG não sugestivo de isquemia e troponina máxima de 500 ng/L, em doente com lesão renal aguda. Prosseguiu-se o estudo com ressonância magnética cardíaca que comprovou os achados supracitados e permitiu, ainda, diagnosticar uma provável miocardiopatia de stress, entidade rara, mais frequente em mulheres pós menopáusicas, com diabetes mellitus e tratadas com inibidores seletivos da recaptção da noradrenalina, que a doente tomava. A tomografia por emissão de positrões não teve alterações, bem como o doseamento de catecolaminas e metanefrinas urinárias, que foram negativas.

Assim, temos, concomitantemente, um **enfarte renal** de causa cardioembólica e **miocardiopatia de stress**, duas entidades clínicas raras. A doente tem alta para continuação de estudo em consulta de Medicina Interna.

PO - (5019) - SÍNDROME MALIGNA DOS NEUROLÉPTICOS: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Patrícia Albuquerque¹; Diogo Regateiro¹; Ricardo Velho¹; Joana Paixão¹; Lèlita Santos¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: A síndrome maligna dos neurolépticos (SMN) é um quadro hipermetabólico raro e potencialmente letal de hipertermia induzida por fármacos, em particular neurolépticos. Caracteriza-se por uma síndrome clínica constituída por alterações do estado mental, rigidez, febre e disautonomia. O diagnóstico é clínico, exigindo elevado índice de suspeição e o tratamento é, essencialmente, de suporte.

Caso clínico: Mulher de 70 anos, com antecedentes de perturbação delirante, medicada com clomipramina, risperidona e ácido valpróico, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de prostração com 1 dia de evolução. Foi feito o diagnóstico de pielonefrite aguda, tendo iniciado empiricamente cotrimoxazol. Ao 3º dia de internamento, iniciou febre (40°C/41°C) mantida refratária aos antipiréticos instituídos (paracetamol, acetilsalicilato de lisina, metamizol, naproxeno). Apresentava instabilidade hemodinâmica caracterizada por taquicardia, pressão arterial lábil com períodos de hipertensão grave e polipneia. O estudo analítico mostrou elevação marcada dos parâmetros inflamatórios, hipercaliémia e agravamento da taxa de filtração glomerular. Considerando hipertermia mantida refractária aos vários antipiréticos instituídos, às medidas de arrefecimento periférico e à corticoterapia sistémica, colocou-se o diagnóstico de SMN. Optou-se, então, por iniciar dantroleno (bólus de 100 mg endovenoso seguido de 20 mg a cada 4 horas). Associou-se piperacilina/tazobactam ao antibiótico instituído e suspendeu-se valproato e clomipramina. Apesar de todas as medidas terapêuticas adoptadas, apresentou evolução desfavorável acabando por falecer ao 7º dia de internamento.

Discussão e conclusão: A associação do SMN com o uso de agentes neurolépticos é idiossincrática e, embora seja mais frequente nas primeiras duas semanas de tratamento, pode surgir após uma única toma ou após anos desta terapêutica. Não depende da dose, mas o seu incremento constitui um factor de risco, assim como a mudança para outro agente neuroléptico, associação de neurolépticos e a sua administração parentérica. O caso clínico descrito é demonstrativo da importância da abordagem integrada dos doentes, considerando as suas comorbilidades e medicação habitual, factos que podem ser cruciais no diagnóstico atempado e sobrevivência dos doentes.

POSA-001 - (9) - A CASE OF HEMOLYTIC ANEMIA

Carolina Veiga¹; Rita Seivas¹; Flávia Fundora Ramos¹; Ilda Coelho¹;
Carlos Oliveira¹

1 - Hospital de Santa Maria Maior, Barcelos

Hemolytic anemia is characterized by shortened survival of circulating red blood cells (RBCs) due to their premature destruction. Causes include immune-mediated, genetic among others and can vary between acute and chronic processes with mild to potentially life-threatening severity.

A 72 year old woman, without relevant personal or familiar medical history was admitted to the emergency room after an episode of lipothymia with nausea, abdominal pain and dark urine.

Laboratory analysis showed haemolytic anaemia with Hb 10.8g/dL; low haptoglobin (<30 mg/dL); indirect hyperbilirubinemia (total bilirubin 10.8 mg/dL and direct bilirubin 0.69 mg/dL); elevated lactate dehydrogenase; haematuria; direct and indirect Coombs were negative. Peripheral blood smear was negative for falciform cells. Imaging with toraco-abdominal-pelvic computerized tomography showed no alterations. Autoimmune studies and infectious serologies (HIV, HCV, HBV) showed no alteration. Further exploration of clinical history clarified that the symptoms started after ingestion of fava beans days before admission.

Measurement of Glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) was required because of the new data - a deficiency of G6PD (4.2 U/g Hb) was confirmed.

Although G6PD deficiency is one of the most common enzymatic disorders of RBC (as a result of sporadic mutation or inherited X-linked disorder), it has low prevalence (0.51%) in Portugal . This case illustrates that genetic disorders are not always a pediatric diagnosis, and are often asymptomatic until a stress factor precipitates hemolysis. There is no targeted treatment, and control of the disease requires eviction of drugs and foods known to precipitate crisis.

POSA-002 - (1029) - PNEUMONIA INFLUENZA A - O DESMASCARAR DE UM MIELOMA

Christopher Strong²; Patrícia Moniz²; David Nora²; Bernardino Valério²; Vítor Mendes²; Pedro Póvoa²; Inês Miranda¹

1 - Hospital Egas Moniz, Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental; 2 - Hospital São Francisco Xavier, Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental

Introdução

O Mieloma Múltiplo é uma neoplasia rara (1-2% de todas as neoplasias) com apresentação clínica bastante variável. Os doentes têm elevado risco de infecções bacterianas e virais.

Caso Clínico

Homem de 65 anos, lúcido e autónomo. Consumo progressivo de drogas endovenosas e tabagismo activo. Programa nacional de vacinação não actualizado.

Admitido por dispneia com 1 semana de evolução e tosse produtiva. Síndrome constitucional com emagrecimento involuntário de 13% do peso corporal e anorexia com 1 ano de evolução e dor óssea generalizada inespecífica 1 mês antes do internamento, medicado com Acemetacina.

A destacar-se insuficiência respiratória hipoxemiante grave com infiltrados radiológicos bilaterais, lesão renal aguda KDIGO 3 (Ureia 297 mg/dL; Creatinina 10.63 mg/dL), anemia de 8.4 g/dL, LDH 733 U/L, cálcio normal e elevação de parâmetros inflamatórios. Admitido na Unidade de Cuidados Intensivos, considerando-se o diferencial entre etiologia infecciosa, inflamatória (síndrome pulmão-rim) e neoplásica (mieloma múltiplo). Da investigação destaca-se pneumonia a Influenza A com presumível sobreinfecção bacteriana sem isolamento de agente, hepatite C activa e Mieloma Múltiplo de cadeias leves livres lambda (beta-2microglobulina 34.0 mg/L). Fez oxigenoterapia nasal de alto fluxo, Oseltamivir, antibioterapia empírica e técnica de substituição renal com melhoria clínica. Iniciou quimioterapia, tendo sido transferido para o Serviço de Hematologia.

Discussão/Conclusão

As infecções constituem uma complicação major do Mieloma Múltiplo pelo estado de imunodeficiência multifactorial resultante da fisiopatologia da doença, bem como, da terapêutica. O risco de infecção em doentes com diagnóstico inaugural de Mieloma Múltiplo mostrou ser maior em doentes com valores de beta-2-microglobulina elevados, menor performance status, valores inferiores de hemoglobina e valores elevados de LDH. A imunização é uma medida de prevenção fundamental nestes doentes.

POSA-003 - (1030) - BEYOND RADICAL MASTECTOMY: A PSEUDOMONAS AERUGINOSA SURPRISING HEART AFFAIR

Emídio Mata¹; António Angelio-Gonçalves²; Sara Moutinho-Pereira³; Rui Moço³

1 - Hospital de Srª da Oliveira/Guimarães; 2 - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; 3 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE/Hospital Pedro Hispano

Infective endocarditis (IE) is a serious infection with a high mortality rate. We report an extremely rare case of IE caused by *P. aeruginosa* as a postoperative complication, treated solely with antibiotics.

A 63-year-old woman with history of rheumatic valvular disease with aortic and mitral mechanical valve replacement and slow atrial fibrillation with pacemaker was admitted for modified radical left mastectomy because of breast cancer. Postoperative period was complicated with surgical site bleeding requiring massive transfusion and revision surgery on day 11 and 25. Shivering and persistent fever started on day 26 without any focalizing symptoms or findings on physical exam. Persistent positive blood cultures for *P. aeruginosa* coupled with de novo heart murmur and two 12 mm vegetations on the mitral valve on transesophageal echocardiogram (ETE) confirmed IE. Patient started meropenem and gentamicin, with sustained afebrile. On day 51 the patient complicated with multiple brain ischemic lesions and macroangiopathic hemolytic anemia due to “leaky” mitral valve, requiring transfusion support but remained clinically stable afterwards until discharge, completing 6 weeks of antibiotics. Cardiac surgery management was declined because of bone metastasis discovered during patient workup. Vegetations on the mitral valve dimensions remained the same at discharge. The patient was readmitted after 16 days due to multiorgan dysfunction with ETE showing progression of infection with new sub-valvular aortic vegetation. After 6 weeks of gentamicin and meropenem, the patient was stabilized and discharged with piperacillin/tazobactam for 30 days as a palliative suppressive antibiotic, however, patient’s clinical status deteriorated, ultimately resulting in her passing 74 days later.

To the authors’ knowledge, no *P. aeruginosa* left side IE as a mastectomy postoperative complication has been reported, a microorganism most associated with intravenous drug use. This case serves as an illustration of the medical approach to managing infective endocarditis triggered by an uncommon and virulent microorganism without surgical intervention.

POSA-004 - (2037) - MIOCARDIOPATIA DILATADA POR VIH – DE REGRESSO AO PASSADO?

Beatriz R. Sousa¹; Sara Maia Barbosa¹; Rita Pocinho¹; Isabel Baptista¹

1 - Unidade Funcional Medicina 1, Hospital de São José, Unidade Local de Saúde São José

Introdução: A miocardiopatia dilatada é uma condição caracterizada pela dilatação do ventrículo esquerdo ou biventricular e disfunção sistólica que pode ou não evoluir para insuficiência cardíaca. As etiologias são variadas e o estudo etiológico imperativo.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino de 64 anos, melanodérmico, natural do Mali sem história médica conhecida. Referenciado ao hospital de dia de Medicina Interna por insuficiência cardíaca inaugural com queixas de cansaço para esforços menores, ortopneia e edema dos membros inferiores. À observação apresentava fervores bibasais à auscultação pulmonar e edema dos membros inferiores. Analiticamente com anemia normocítica e normocrónica (hemoglobina 11,4x 10g/L), ferropénia e NT-ProBNP 7364 pg/mL. Ecocardiograma transtorácico demonstrou dilatação biventricular, função sistólica global comprometida com Fej 39% e hipocinésia global do ventrículo esquerdo. Realizou cateterismo cardíaco que não relevou alterações isquémicas. De destacar serologia positiva para VIH 1 (linfócitos TCD4 278,48 cel/mL (26,96%), RNA 153000/mL, HLA B 5701 negativo, sem resistências). Iniciou terapêutica modificadora de prognóstico de insuficiência cardíaca e antirretroviral com BIC/FTC/TAF e alta referenciado à consulta externa de imunodeficiência.

Discussão: A miocardiopatia dilatada por VIH é uma causa frequente de insuficiência cardíaca crónica principalmente nos países em desenvolvimento onde a prevalência da infecção por VIH é mais elevada. Num mundo global é importante incluir o VIH no estudo de vírus cardiotrópicos. O diagnóstico etiológico é imperativo porque permite a mudança de comportamento e tratamento dirigido.

POSA-005 - (2041) - ADENOCARCINOMA PULMONAR COM DIAGNÓSTICO A PARTIR DE METÁSTASES GÁSTRICAS: RELATO DE CASO

Daniela Olívia Gomes¹; Tânia Lemos¹; Isabel Sousa¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: De acordo com a literatura, a incidência de metastização gástrica é de 1,7%, estando associada, maioritariamente, a neoplasia primária da mama, melanoma e pulmão, neste último, com incidência reportada de 0,2-0,5%.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 75 anos, com múltiplos fatores de risco cardiovascular. Admitido por perda ponderal de 17 kg em 2 meses e melenas, com endoscopia digestiva alta a demonstrar presença de duas lesões polipoídes, ulceradas com exsudado esbranquiçado, de 30mm na face anterior do corpo proximal e no fundo, e lesões polipoídes ulceradas, com 20 mm na face anterior e inferior do bulbo, com anatomopatologia de biópsia desta última lesão a demonstrar envolvimento duodenal por neoplasia maligna pouco diferenciada com características de carcinoma, cujo perfil imunohistoquímico é sugestivo de envolvimento metastático por adenocarcinoma primário pulmonar, AE1/AE3 positivo, CK7 positivo/CK20 negativo, EMA positivo, TTF-1 positivo, S100/CD34/CD24 negativos, com expressão PD-L1. Em tomografia computadorizada observaram-se vários nódulos pulmonares dispersos, dois destes no lobo inferior direito, com cavitação central, margens espiculadas e ténue vidro despolido periférico e nódulos “de novo” nas glândulas suprarrenais suspeitos de traduzirem metástases. A tomografia por emissão de positrões de corpo inteiro documentou neoplasias malignas síncronas do pulmão direito com metastização ganglionar, suprarrenal, gástrica, intestinal/peritoneal e óssea. O doente foi diagnosticado com adenocarcinoma pulmonar primário com metastização gástrica (T1cN3M1c).

Discussão e Conclusão: O cancro do pulmão é o tumor maligno com maior incidência e mortalidade. A metastização gastrointestinal de neoplasia primária do pulmão é rara, com incidência entre 0,5-10% dos casos reportados, sendo que a evidência de metástases gástricas no momento da autópsia é de 0,2-1,7%. O diagnóstico de metastização gastrointestinal é efetuado, em média, em 8 meses nos estadios I a III e de 3,5 meses em estadios IV, com maior incidência na população masculina, fumadora e com média de idade de 60,3 anos. Apesar da expressão de PD-L1 possibilitar associação de imunoterapia e quimioterapia, melhorando a eficácia, cerca de 40-50% dos doentes com metastização à distância ao diagnóstico tem esperança média de vida aos 5 anos inferior a 25.4%.

POSA-006 - (2111) - DERRAME PLEURAL NÃO É SINÓNIMO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

André Da Silva Neves¹; Joana Formiga Viegas¹; Daniela Pinheiro¹; Ana Paula Vilas¹

1 - Hospital Santa Maria

I: Uma manifestação frequente da insuficiência cardíaca descompensada (ICd) é o derrame pleural (DP). Não admira, assim, que quando perante um DP, se admita ICd. Existem, porém, sinais de alerta que obrigam a ponderar outros diagnósticos.

CC: CC1: Homem, 77A, com cardiopatia isquémica com disfunção segmentar, IC com FEjp e fibrilhação auricular. Internado por ICd. 1M antes iniciou dispneia de esforço de agravamento rápido, a que se juntaram ortopneia, DPN e edema periférico. À observação, polipneico, OP 91%, TA 191/114mmHg, FC 90cpm, semiologia de DP dto extenso, hepatomegália dolorosa e edema até à raiz das coxas. Tinha Hb 7.6g/dL, VGM 56fL, ác úrico 9.8mg/dL, colestase ligeira, eletroforese de proteínas (EP) com pico em gama, albumina 2.8g/dL e NT-proBNP 6821pg/mL. Rx tórax AP com infiltrados alveolares bilaterais e DP “em toalha” à dta. TC tórax com opacidades bilaterais em vidro despolido e DP com componente organizativo, volumoso à dta e moderado à esq. Admitida ICd, mas também DP neoplásico, fez toracocentese de 1750cc de líquido serofibrinoso; o estudo citológico sugeriu doença linfoproliferativa B. A biópsia pleural confirmou linfoma do manto. CC2: Mulher, 83A, com Leucemia Linfocítica Crónica (LLC) recidivada (sob Rituximab e Clorambucil), HTA e insuficiência venosa dos MI. 2 semanas antes iniciou dispneia de agravamento rápido, ortopneia e toracalgia pleurítica bilateral. À observação, sentada, dispneica com o falar, OP 91% (2Lt/m), TA 125/76mmHg, FC 117bpm, semiologia de DP no 1/3 inf. bilateralmente e edema bimaleolar discreto. Tinha Hb 11.4g/dL, leucócitos 6900/uL (66%L), EP com banda em gama e NT-proBNP 1972@816ng/mL (N<1800). TC com espessamento dos septos interlobulares, DP bilateral volumoso, organizativo. Ecocardiograma com HVE com FEjp, cavidades dtas normais, plétora da VCI, PSAP não estimável e fluxo pulmonar sugerindo hipertensão pulmonar. Assumida IC inaugural induzida pelo Clorambucil. Fez diurético em dose alta sem melhoria, tendo alta. Reinternada, ponderou-se DP neoplásico. A toracocentese revelou DP quiloso e a imunofenotipagem, fenótipo de LLC.

D: No 1º caso existia IC prévia e clínica compatível com a sua descompensação. O fato do DP ser muito assimétrico e organizativo obrigou a equacionar outra etiologia. No 2º caso não existia clínica prévia de IC e as manifestações podiam ser do DP bilateral. A existência de toracalgia bilateral, sugerindo DP exsudativo, e a não resposta ao diurético obrigavam a equacionar outra etiologia.

POSA-007 - (2119) - QUANDO O BLOQUEIO AURICULOVENTRICULAR ESCONDE ALGO MAIS

Patrícia Bernardes¹; Rita Marinheiro¹; Rui Coelho¹; Catarina Pohle¹; Alice Figueiredo¹; Filipe Seixo¹

1 - Unidade Local de Saúde da Arrábida - Hospital de São Bernardo

Introdução

A endocardite infecciosa caracteriza-se pela infeção do endocárdio e/ou estruturas valvulares. A apresentação clínica variada e respetivas complicações ainda constituem um desafio diagnóstico.

Caso Clínico

Homem, 55 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2 com complicações microvasculares, observado por diminuição do estado de consciência e febre. O exame objetivo era normal e, analiticamente, destacou-se leucocitose neutrofílica com PCR 17,5 mg/dL. Ao 5º dia de internamento, já com melhoria do estado de consciência e assintomático, identificou-se bloqueio auriculoventricular completo (BAVC) de novo com frequência cardíaca de 37 bpm na monitorização eletrocardiográfica. Realizou ecocardiograma transtorácico que revelou vegetação apensa ao folheto anterior da válvula mitral e o ecocardiograma transesofágico confirmou imagem de contornos irregulares 16x8 mm e prolongamentos filiformes, com perfuração do folheto (A2-A3) com insuficiência, sem abscesso ou fístula. A destacar o isolamento de *Staphylococcus aureus* metilicina-sensível em hemocultura. Assumiu-se o diagnóstico de endocardite infecciosa e cumpriu antibioticoterapia dirigida. Realizou substituição valvular mitral e, por manter dissociação auriculoventricular intra-operatória, foi implantado pacemaker definitivo, sem intercorrências.

Discussão & Conclusão

A endocardite infecciosa associa-se a elevada mortalidade e morbilidade pelo que o diagnóstico atempado assume especial importância. As alterações de condução, apesar de complicações bem descritas, são raras e associam-se a pior prognóstico.

Neste caso, apesar de não existir abscesso ou fístula nem envolvimento da válvula aórtica, a forma de apresentação da endocardite mitral foi BAVC. A decisão de implantar o pacemaker definitivo durante o procedimento justifica-se pelo BAVC persistente e pelo isolamento prévio de *Staphylococcus aureus*, de acordo com as guidelines.

Este caso clínico pretende ressaltar a importância da investigação etiológica completa de um BAVC em doente jovem e da monitorização eletrocardiográfica aquando do diagnóstico de endocardite.

POSA-008 - (2120) - NUMB CHIN SYNDROME, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Margarida Soares Resendes¹; João Faia²; Inês Almeida Pintor²; Flávio G. Pereira²; José Coelho²; Susana Cavadas²

1 - Centro hospitalar Baixo vouga; 2 - Centro Hospitalar do Baixo Vouga

INTRODUÇÃO: Numb Chin Syndrome é uma entidade rara que se caracteriza por perda de sensibilidade na região mentoniana e lábio inferior podendo ser de causa iatrogénica, infecciosa, traumática, tóxica ou neoplásica.

CASO CLINICO: Mulher de 57 anos, caucasiana, antecedentes de dislipidemia, HTA, hiperplasia nodular focal hepática e patologia herniária da coluna lombar, recorre pela 8ª vez em 1 mês ao SU por lombalgia bilateral de ritmo misto com irradiação anterior, refratária à terapêutica instituída. Referia ainda parestesias no lábio inferior esquerdo com 1 dia de evolução com progressão para o mento e dificuldade na mastigação. Foi internada para estudo etiológico.

No internamento identificada trombocitopenia ligeira (Plaquetas $133 \times 10^9/L$), VS 25 mm/1h; Cálcio 8.68 mg/dL; CPK 225 U/L; AST/ALT 81/165 U/L; LDH 372 U/L; fosfatase alcalina 342 U/L; GamaGT 146 U/L, PCR 5.11; Proteínas totais 5.5 g/dL; Albumina 3.6g/dL. Eletroforese de proteínas: sem evidência de pico monoclonal; Cadeias leves livres urinárias normais; VHC, VHB, HIV e VDRL negativos; autoimune negativo. Realizou TC maxilo facial e CE sem alterações; TC lombar com alterações degenerativas e possível radiculopatia em L5; TC TAP com derrame pleural esquerdo, metastização hepática maciça, conglomerado adenopático lombo-aórtico, adenopatias mesentéricas e suspeita de metástase supra-renal esquerda. RM – CE: sem alterações; RM – lombar: “múltiplas lesões infiltrativas vertebrais (...) hipótese de natureza tumoral infiltrativa da série hematogénea”. Programada biópsia de uma lesão hepática, que a doente não chegou a fazer por deterioração marcada do estado geral e progressão para choque séptico com ponto de partida não esclarecido, tendo falecido. Diagnóstico provável foi de Doença Linfoproliferativa invasiva.

CONCLUSÃO: O aparecimento de Numb Chin Syndrome, obriga o esclarecimento etiológico, sendo a exclusão das causas mais comuns (dentária, iatrogénica e traumática) o primeiro passo. Segue-se o estudo de patologia mais rara como infecciosa (infecção por HIV, Sífilis e Doença de Lyme); vascular (enfarte talâmico), autoimune (Esclerose Múltipla e a Artrite de Células Gigantes); neoplásica (linfoproliferativa, mama, sistema reprodutor feminino, rim e colorretal).

POSA-009 - (2126) - FEBRE Q COM COMPLICAÇÕES CARDÍACAS

Carolina António Santos¹; Inês Parreira¹; Sara Salema Travassos¹;
Ana Mafalda Abrantes¹; Ana Alves Cardoso¹; António Pais De Lacerda¹;
António Martins Baptista¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

Introdução

A febre Q é uma zoonose causada por *Coxiella burnetii*, transmitindo-se pela inalação de aerossóis contaminados, pelo contacto direto com animais ou com os seus produtos biológicos ou pelo consumo de leite não pasteurizado contaminado.

Caso clínico

Mulher de 79 anos, trazida ao Serviço de Urgência por instalação súbita de disartria. À admissão com evidência de paresia facial central e hemiplegia esquerda de novo, em doente com antecedentes pessoais de prótese mecânica aórtica. Admitiu-se o diagnóstico de acidente vascular cerebral isquémico (AVC) da artéria cerebral média direita, sendo internada para investigação etiológica. Realizou ecocardiograma transtóraco com evidência de estrutura filamentosa com 12x1mm apensa aos folhetos na face ventricular, implicando diagnóstico diferencial entre trombo e vegetação. Para esclarecimento realizou ecocardiograma transesofágico, onde também não foi possível esta distinção. A doente manteve-se sempre apirética, com parâmetros inflamatórios ligeiramente aumentados (PCR 1-2mg/dL e PCT negativa), sem queixas sugestivas de endocardite subaguda (sem perda ponderal, anorexia, cansaço, sudorese nocturna). Inicialmente critérios de Duke a indicar a possibilidade de endocardite (critério major de lesão valvular documentada em ecocardiograma e minor de presença de prótese valvular protésica e AVC). Dado não ser possível excluir endocardite infecciosa foram realizadas hemoculturas seriadas sem isolamento de agente e serologias que foram negativas para *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, *Legionella*, *Mycoplasma Pneumoniae*, *Bartonella henselae* e Brucelose. Contudo, febre Q com títulos de fase I superiores a 1/800, sendo critério major para endocardite. Assim iniciou terapêutica com doxiciclina 100mg 12/12h e hidroxicloroquina 200mg 8/8h, encontrando-se atualmente assintomática e a aguardar nova reavaliação de títulos serológicos.

Discussão

O diagnóstico da febre Q crónica pode ser desafiante pelas diferentes apresentações clínicas e pela dificuldade em identificar o agente por métodos convencionais, sendo a endocardite uma das formas de apresentação mais comum. A endocardite por *Coxiella burnetii* tem elevada mortalidade e afeta principalmente a válvula aórtica, sendo que o seu tratamento tem a duração de pelo menos 24 meses em válvulas protésicas. A monitorização terapêutica é realizada através dos títulos serológicos e da avaliação clínica.

POSA-010 - (2152) - CHOQUE TÓXICO ESTREPTOCÓCICO - UMA COMPLICAÇÃO POTENCIALMENTE FATAL

Bárbara Paracana¹; Ana Oliveira¹; Alexandre Castro Lopes¹; Eduardo Ribeiro¹; Mariana Sousa¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

A síndrome do choque tóxico estreptocócico (SCTE) é uma complicação da infeção invasiva por estreptococos do grupo A (EGA) mais frequentemente associada a infeção de tecidos moles. A sua patogenia resulta da secreção de toxinas com atividade de superantígeno que desencadeiam a estimulação exacerbada de células mediadoras pro-inflamatórias e vasodilatadoras. Inicialmente a sintomatologia é inespecífica: febre, mialgias e alteração do estado de consciência - delírium - que está presente em 50% dos casos, seguido de edema, eritema cutâneo e flitenas rosáceas assim como hiperalgesia. Por fim, há um agravamento com disfunção multi-orgânica do qual a lesão renal aguda se destaca, podendo mesmo cronificar em doença renal. Perante uma clínica típica desta síndrome - descartando-se outras etiologias - e um isolamento de um EGA de um local não estéril considera-se um caso "provável" de SCTE; se o isolamento for de um local estéril o caso é considerado "confirmado". Cerca de 50% das hemoculturas são positivas. O tratamento consiste em antibioterapia (AB) com altas doses de betalactâmicos, clindamicina pelo seu efeito "anti-toxina" e o desbridamento sistemático da ferida. O prognóstico desta síndrome é reservado, com alta mortalidade nas primeiras 24-48h.

Mulher de 68 anos internada por celulite de membro inferior direito (MID) abordada empiricamente com meropenem e metronidazol que cumpriu 48h, durante as quais desenvolveu um eritema cutâneo generalizado e lesões violáceas. Houve, também, um agravamento clínico com evolução para choque com disfunção multiorgânica: neurológica com delírium, cardiovascular (CV) com hipotensão e hiperlactacidemia, renal com agravamento da creatinina, oligoanúria e acidose, e insuficiência respiratória global.

Foi admitida em cama crítica e iniciadas medidas de suporte vasopressor, ventilação não invasiva e técnica de substituição renal. Modificou-se AB para ceftriaxone e clindamicina. Foi isolado estreptococos pyogenes no pús da ferida do MID, mas as hemoculturas foram negativas (provavelmente decapitadas pela AB prévia). Foi assumido SCTE provável. Realizou desbridamento mecânico/químico da ferida, que não evoluiu para fasciite. Houve uma resolução das disfunções orgânicas, exceto a renal que evoluiu para doença renal crónica. Realizou os restantes cuidados na enfermaria.

A SCTE exemplificada por este caso, destaca a importância da abordagem célere e interdisciplinar para otimizar o prognóstico desta condição potencialmente fatal.

POSA-011 - (2182) - QUASE TUMOR PULMONAR

Isabel Rodrigues¹; Tereza Castro Pires¹; Claudia Gaspar¹; Ana Pimenta De Castro¹; Catarina Mendonça¹

1 - ULSAIg - Hospital de Faro

Introdução: A presença de uma massa mediastínica pode apresentar diversos diagnósticos diferenciais. No entanto, quando acompanhada de síndrome constitucional, pode levantar forte suspeita de neoplasia pulmonar, especialmente em pacientes com múltiplos fatores de risco.

Caso Clínico: Um homem de 40 anos procurou o Serviço de Urgência (SU) devido a dor torácica central com características pleuríticas, tosse pouco produtiva com expectoração mucosa, anorexia e perda de peso de 10kg em 3 meses. Ele também relatou disfonia e febre vespertina com calafrios e sudorese noturna nas últimas duas semanas. As análises sanguíneas revelaram discreta leucocitose e aumento da Proteína C Reativa. A radiografia de tórax mostrou alargamento do mediastino com opacidade suprahilar esquerda e ingurgitamento hilar com elevação da hemicúpula homolateral. A AngioTAC torácica destacou uma massa paramediastínica no lobo superior esquerdo compatível com neoplasia. O paciente foi medicado com azitromicina e antipiréticos e posteriormente submetido a videobroncofibroscopia, onde foi observado edema difuso e espessamento da mucosa do brônquio principal esquerdo até ao brônquio lobar superior esquerdo, com irregularidades sugestivas de infiltração com necrose. Foram realizadas biópsias. Após o término do antibiótico, o paciente retornou ao SU com febre persistente, anorexia e sudorese noturna, com piora da tosse e da expectoração, sendo medicado com Amoxicilina/Ácido Clavulânico. Este ciclo repetiu-se várias vezes, sem alívio dos sintomas. Para excluir outras possíveis hipóteses diagnósticas, foram realizados exames adicionais, resultando em teste positivo para Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH). O paciente foi encaminhado para consulta externa de imunodeficiência. Analiticamente apresentou linfócitos T CD4+ 8 células/uL e carga viral de 544.069 CV. Após análise, foi medicado com HRZE (Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol) e terapêutica antiretroviral (Dolutegravir + Entricitabina/Tenofovir disoproxil fumarato).

Conclusão: Apesar dos sintomas e exames complementares de diagnóstico sugestivos de neoplasia pulmonar, foi crucial considerar outras hipóteses diagnósticas. Embora seja menos comum a apresentação de infecção por VIH em estágio avançado na admissão, a sintomatologia típica deve sempre levantar a suspeita e justificar a investigação, mesmo quando existe outra possível ou provável explicação diagnóstica.

POSA-012 - (2196) - ESTEATOHEPATITE POR DESNUTRIÇÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Rodrigues²; Isabel Marques Correia¹; Adriana Henriques¹; Diana Ferreira¹; David Lopes Sousa¹; Regina Costa¹; Cátia Pereira¹; João Pina Cabral¹; Jandira Lima¹; Prof.^a Lèlita Santos¹

1 - ULS Coimbra; 2 - ULS Leiria

Introdução: A esteatose hepática não alcoólica (NAFLD), atualmente denominada como MASLD (Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease)¹, é a doença hepática crónica mais comum. Estudos anteriores concentraram-se em etiologias como a obesidade ou dietas hiperlipídicas, mas nos últimos anos, a desnutrição também provou ser uma causa importante da NAFLD (por exemplo casos anorexia nervosa). Contudo, o mecanismo molecular subjacente à NAFLD induzida pela desnutrição permanece pouco claro.²

Caso clínico: Mulher, 32 anos, recorre ao Serviço de urgência por agravamento marcado de icterícia, sobreposta a um quadro prolongado de distensão abdominal, astenia, edemas membros inferiores, epistáxis e diarreia crónica diurna e noturna, sem outras perdas hemáticas aparentes. Antecedente de bulimia associada a anorexia de restrição e consumo alcoólico moderado (que a doente nunca contabilizou de forma fidedigna). Negou exposição a outros possíveis hepatotóxicos. Ao exame objetivo apresentava icterícia, abdómen globoso e bordo hepático palpável (3cm), edemas dos membros inferiores. Internada por hepatite aguda colestática com sinais de falência hepática. Do estudo efetuado, salienta-se: Elevação das enzimas hepáticas com predomínio de colestase (Bilirrubina total 25x LSN), hipoalbuminemia, hiponatremia e coagulopatia, restante estudo negativo (autoimunidade, causas infecciosas, e neoplásicas). A ressonância magnética (RM) hepática mostra “infiltração esteatósica multifocal em fígado com hepatopatia crónica; alterações de pancreatite crónica e esplenomegalia” e Colangio RM “esteatohepatite mass-like além das alterações de pancreatite crónica”. Biópsia hepática confirmou a esteatose macrovacuolar severa e lesões de esteato-hepatite moderada em evolução cirrótica. A doente após estabilização clínica foi referenciada para transplantação hepática.

Discussão: Pelo descrito, assumimos que se trata de um caso de esteato-hepatite em evolução cirrótica. Sendo o estudo etiológico negativo, induz a concluir que resulta de um estado de desnutrição prolongado associado a um consumo de álcool que, apesar de aparentemente moderado, é mantido no tempo, constituindo um agente potenciador de lesão. Contrariamente à associação entre quadros de má nutrição por obesidade e esteatose hepática, este caso ilustra que a subnutrição é também uma causa importante de doença hepática esteatósica que pode evoluir para cirrose hepática, com as complicações que lhe estão associadas.

POSA-013 - (2199) - GIANT LUMBAR POSTOPERATIVE PSEUDOMENINGOCELE INDUCING POSITIONAL SYNCOPE

Ana Rodrigues¹; Daniela Antunes¹; Daniela Jardim Pereira²; Joana Jesus-Ribeiro¹

1 - ULS Leiria; 2 - ULS Coimbra

A man in his 70s, submitted to an L4-L5 laminectomy for lumbar disc herniation 4 years before, was referred to neurology due to recurrent sudden-onset episodes of impaired consciousness, with no prodromal symptoms and fast recovery. The events occurred mainly in supine position and occasionally in reclined sitting position. They started 2 years before with a progressively increased frequency. Clinical examination revealed a large subcutaneous fluctuant lump with 10×8 cm in the midline lumbar region. The patient referred that this mass in his lower back appeared a few months after spinal surgery and that continued to grow, but he did not seek medical attention back then. Neurological examination was normal. The complementary investigation were normal. The attempt to perform a lumbosacral spine MRI in the usual supine position immediately resulted in syncope due to the compression of the lumbar mass. As an alternative option, the MRI of the lumbosacral spine was then performed with the patient in lateral decubitus since he was asymptomatic in this position. The MRI showed a large pseudomeningocele (PM) measuring 16 cm in largest diameter that communicates with the thecal sac via a postsurgical fistulous path. The patient was then referred to a neurosurgery team and waits for a revision surgery. The growth of an iatrogenic lumbar PM is limited but in rare cases may grow beyond 8 cm in length being classified as a giant subtype. MRI remains the most effective non-invasive diagnostic tool to accurately characterise a PM and its fistulous tract. The majority of the postoperative PM occurring after lumbar spine surgeries are small, asymptomatic and resolve spontaneously, but, some patients may present different neurological manifestations, which may appear in a time frame that varies from a few months to several years after the surgery. According to the few cases previously reported, positional syncope is a rare presentation, which may be accompanied by paroxysmic movements, headache, transient neurological deficits, between others. The mechanism that best explains the pathophysiology of these events is an acute increase in the intracranial pressure, with a consequent reduced blood perfusion, resulting from the abrupt displacement of the extra-spinal CSF to the subarachnoid space. The treatment of a PM depends on several factors, including sac size, location and symptoms. Surgical dural repair is often indicated, particularly for symptomatic patients.

POSA-014 - (2208) - INTOXICAÇÃO POR ÁCIDO GAMA-HIDROXIBUTÍRICO: CASO CLÍNICO

Beatriz Fernandes¹; Luís Miguel Pereira¹; Sérgio Ferreira Cristina¹

1 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução

O ácido gama-hidroxibutírico (GHB) é um precursor do ácido gama-aminobutírico (GABA), atuando como depressor do sistema nervoso central. É utilizado como droga recreativa com efeitos ansiolíticos, estimulantes e do foro sexual. Um dos fatores de risco para a intoxicação é a margem de segurança estreita. Não existe tratamento específico, baseando-se este no suporte das funções vitais.

Caso clínico

Jovem de 29 anos, natural do Brasil, com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana.

Trazido à Urgência por alteração do estado de consciência após consumo de GHB em dose superior à habitual (dado fornecido por um amigo).

Apresentava-se inconsciente, sem abertura ocular, pupilas de 3 mm, simétricas, superversão do olhar, sem resposta verbal ou motora (Glasgow coma scale 3). A monitorização eletrocardiográfica mostrava bradicardia sinusal, frequência 45-50 bpm, confirmada no eletrocardiograma. Estava normotenso e eupneico, com temperatura timpânica de 34,7°C. A avaliação gasimétrica inicial permitiu excluir hipoglicemia, alterações iónicas, hipoxia, hipercapnia, anemia e hiperlactacidemia.

Após alguns minutos e com estimulação dolorosa vigorosa houve recuperação do estado de consciência, com abertura ocular espontânea, emissão de discurso perceptível, cumprimento de ordens simples, mobilização de todos os membros e normalização da frequência cardíaca. O doente estava inquieto, ansioso e desorientado no tempo e espaço.

Ficou em vigilância na Urgência tendo evoluído favoravelmente no decorrer das horas seguintes, mantendo-se sempre vígil e com retorno ao estado habitual de forma progressiva.

Discussão e conclusão

Esta droga não é doseável nos laboratórios hospitalares, estando o diagnóstico dependente da história clínica e dos achados físicos.

Este caso descreve os sinais e evolução clínica típicos de intoxicação por GHB, incluindo coma, agitação psicomotora, bradicardia, hipotermia e ainda a resolução dos sintomas em horas, sem necessidade de administração de fármacos.

Ainda assim, estes doentes podem necessitar de suporte invasivo de órgão, pelo que em contexto de Urgência e Emergência se torna relevante conhecer os sinais associados a esta intoxicação e as atitudes terapêuticas adequadas.

POSA-015 - (2221) - MIELOMA MÚLTIPLO OU MÚLTIPLOS MIELOMAS? – O FENÓMENO DE “LIGHT CHAIN ESCAPE”

Cláudia Coelho¹; João Pedro Faria¹; Eulália Antunes¹; Rui Jorge Silva¹; Isabel Silva¹; Sofia Caridade¹

1 - Hospital de Braga

O Mieloma Múltiplo (MM) caracteriza-se pela proliferação de plasmócitos, normalmente associada à produção de uma proteína monoclonal, que pode corresponder a imunoglobulinas (Ig) intactas ou apenas às suas cadeias leves. A evolução natural da doença contempla períodos de recaída, tipicamente com um aumento progressivo da paraproteinemia associada. Porém, numa minoria dos casos, e por mecanismo não totalmente esclarecidos, pode ocorrer apenas secreção de cadeias leves: fenómeno de Light Chain Escape.

Mulher, 73 anos, autónoma, antecedente de MM IgA/kappa(k), com apresentação sob a forma de lesões líticas, sem atingimento renal, submetida a tratamento com Melfalano+Prednisolona+Bortezomib, com resposta completa sustentada. Internada 3 anos depois deste diagnóstico em Medicina Interna por lesão renal aguda de novo, com creatinina(Cr) à admissão de 4.6mg/dL, para um basal de 0.9mg/dL obtido 2 meses antes. Apresentava-se assintomática, com diurese mantida. Estudo analítico demonstrou pancitopenia, hipercaliémia, VS de 122mm/h e acidemia metabólica. Imunoeletroforese com pico monoclonal de novo na zona gama, com morfologia de cadeias leves k, sem cadeias pesadas associadas. Cadeias leves k livres no soro quantificadas em 1390mg/dL e rácio kappa/lambda(k/l) de 249,1. Restante estudo imunológico e serologias víricas negativos. Urina de 24h com pH de 7.0, proteinúria na faixa nefrótica (5.23g/24h), sem albuminúria e secreção urinária de cadeias k de 149 mg/dL. Ausência de eritrócitos dismórficos ou cilindros. Ecografia renovesical com achados compatíveis com doença renal crónica, sem hidronefrose ou obstrução. TC toraco-abdomino-pélvica revelou lesões líticas dispersas de forma difusa, corroboradas em RMN. PET-CT revelou extensa infiltração óssea/medular difusa por patologia plasmocitária de alto grau metabólico em atividade e hipermetabolismo uterino suspeito (aguarda biópsia para exclusão de invasão extramedular). Ecocardiograma sem alterações de relevo. Realizou Mielograma com citologia e imunofenotipagem, que confirmou MM em recaída, associado a Light Chain Escape, a condicionar lesão renal (por Nefropatia por Cilindros de Cadeias Leves k com Acidose Tubular Renal Proximal e proteinúria de Bence-Jones), óssea e hematológica.

Pouco é conhecido sobre este fenómeno, consistindo a maioria das publicações em relatos de caso. No entanto, este tem sido associado a apresentações clínicas agressivas, com lesão de órgão severa, como se verificou, e a um pior prognóstico.

POSA-016 - (2225) - TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA COMO CAUSA DE ANEMIA: A PERSPETIVA DO INTERNISTA

Isabel Marques Correia¹; Cátia Pereira¹; Isabel Fonseca¹; Lèlita Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde de Coimbra, EPE

Introdução: A telangiectasia hemorrágica hereditária (THH) ou síndrome de Rendu-Osler-Weber é uma doença rara (prevalência de 1:5000 a 1:8000)¹, de transmissão autossómica dominante, caracterizada por lesões angiodisplásicas, as telangiectasias ou malformações arteriovenosas (MAV), que afetam o sistema mucocutâneo, neurológico, gastrointestinal e respiratório. Dada a sua natureza multiorgânica, deve ter uma abordagem multidisciplinar.

Caso clínico: Homem de 51 anos apresentou-se com astenia com 2 meses de evolução e epistaxis recorrentes com início na infância e agravamento nos últimos anos. Ao exame objetivo, tinha parâmetros hemodinâmicos normais, palidez mucocutânea, 3 telangiectasias punctiformes no lábio inferior, 3 na mucosa jugal direita, 2 na língua, 1 no mento, 1 na região supraciliar direita e telangiectasias aracniformes na região lombar inferior bilateralmente que desapareciam à digitopressão. Como antecedentes pessoais, tinha asma e rinite alérgicas, tendo ainda referido anemia há 5 anos com necessidade de suplementação com ferro oral. Foi descrita história familiar positiva (mãe, irmão, tios e primos diretos maternos). Aplicando os critérios de Curação, foi feito o diagnóstico clínico de THH, posteriormente confirmado por estudo genético que identificou mutação em heterozigotia no gene ACVRL1 (associada a THH tipo 2).

Analiticamente, foi identificada anemia ferripriva com necessidade transfusional. Dada a gravidade da anemia, realizou endoscopia digestiva alta, que revelou gastrite erosiva do antro. A colonoscopia e ecografia abdominal não mostraram alterações. Considerando a recomendação para pesquisa de MAV pulmonares em doentes assintomáticos, aguarda realização de ecocardiograma transtorácico com contraste salino. Foi orientado para otorrinolaringologia. Encontra-se em seguimento sob vigilância clínica e analítica, sem surgimento de sintomas de novo e mantendo anemia moderada (Hb 8-9g/dL) com necessidade pontual de administração de ferro.

Discussão: Apesar da THH ser uma causa rara de anemia, a história clínica deve suscitar a hipótese deste diagnóstico. Com este caso clínico alertamos para a importância do diagnóstico precoce, rastreio quando indicado e identificação de eventual envolvimento de outros órgãos, para adequada orientação terapêutica, para evitar complicações graves e com risco de vida.

POSA - (2242) - INCIDÊNCIA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL APÓS O DIAGNÓSTICO DE ACIDENTE ISQUÉMICO TRANSITÓRIO - ESTUDO RETROSPETIVO

Bernardo Silva¹; Cláudia Alves¹; Inês Almeida Ambrioso¹; Tetiana Baiherych¹; Patrícia Simões¹; Jesennia Chinchilla Mata¹; Luis Siopa¹

1 - Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A abordagem do acidente isquémico transitório (AIT) tem ganho uma crescente importância nos últimos anos após alguns estudos demonstrarem a sua associação com o aumento da incidência do acidente vascular cerebral (AVC) isquémico.

Esta associação pode ajudar a estabelecer esforços adicionais de prevenção dos eventos cardiovasculares e, conseqüentemente, limitar o impacto da doença cerebrovascular nesta população.

Objetivos: Avaliação de doentes internados num Serviço de Medicina Interna entre 2019 e 2021, com diagnóstico de AIT, no período de 30 dias após a avaliação inicial no Serviço de Urgência (SU), de forma a perceber a incidência do diagnóstico de AVC isquémico após um evento prévio de AIT.

Material e Métodos: Estudo observacional e retrospectivo de doentes internados com diagnóstico de AIT entre 2019 e 2021 numa enfermaria de Medicina Interna. Consulta do processo clínico desses doentes com colheita de várias variáveis, nomeadamente: idade, sexo, fatores de risco cardiovascular (Diabetes mellitus, Dislipidemia, Hipertensão arterial, Obesidade, Tabagismo, diagnóstico prévio de AVC), score ABCD2, diagnóstico de AVC isquémico nos 30 dias após a avaliação inicial no SU e realização de antiagregação simples ou dupla à data da alta.

Análise descritiva das diferentes variáveis através do Microsoft Excel Versão 2401 – Microsoft 365.

Resultados: No período supracitado, obteve-se um total de 167 doentes com diagnóstico de AIT. A maioria era do sexo feminino (53.3%) e tinham idades compreendidas entre os 23 e os 94 anos, com uma média de 73,6 anos. No que diz respeito aos fatores de risco cardiovascular, 89.2% dos doentes apresentava pelo menos um fator. 37.7% tinha diabetes mellitus, 71.3% tinha hipertensão arterial, 37.7% dislipidemia, 10.8% obesidade, 3.6% eram fumadores e 25.7% tinha diagnóstico prévio de AVC.

O score ABCD2 variou entre os 0 e os 7 pontos, com uma mediana de 5, sendo que 81.4% dos doentes apresentava um score igual ou superior a 4. Dos 167 doentes, 52.7% teve alta do internamento com antiagregação simples com ácido acetilsalicílico, 9.0% com clopidogrel e 12.0% com dupla antiagregação (ácido acetilsalicílico + clopidogrel). Dos doentes avaliados 7 (4.2%) tiveram um diagnóstico de acidente vascular cerebral isquémico no período de 30 dias após o internamento.

Discussão & Conclusão: A análise dos resultados demonstra uma incidência de 4.2% de AVC isquémico nos 30 dias após um diagnóstico de AIT, estando em concordância com os resultados de estudos já existentes.

Adicionalmente, os dados demonstram uma elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular nesta população de doentes.

Assim, este estudo releva a necessidade crescente de medidas que visem reduzir os fatores de risco cardiovascular de doentes com AIT e de otimização da sua terapêutica de forma a prevenir eventos futuros que conferem mais morbimortalidade, como é o caso do AVC.

POSA-017 - (2272) - ALÉM DO EXPECTÁVEL: DEFICIÊNCIA DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE NO SEXO FEMININO

João Faia¹; Margarida Midões Almeida¹; Margarida Resendes¹; Ana Sofia Martins¹; Beatriz Pinheiro¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Introdução

O défice de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) corresponde ao defeito enzimático dos eritrócitos mais comum no mundo. Trata-se de uma doença hereditária recessiva ligada ao cromossoma X caracterizada por anemia hemolítica desencadeada por fatores exógenos como infeções, exposição a drogas oxidativas ou ingestão de favas.

Caso Clínico

Doente de 29 anos, sexo feminino, portuguesa e com ascendência brasileira. Sem antecedentes pessoais de relevo. Mãe com anemias de repetição, etiologia não conhecida, exacerbadas com infeções. Desconhece outros antecedentes familiares. Recorre ao serviço à urgência por disúria com 2 dias de evolução, seguida de astenia e icterícia. Sem outros sintomas. Refere ter ingerido favas no dia anterior ao quadro, no entanto, consumia este alimento ocasionalmente. Nega consumo de tóxicos ou comportamentos de risco. Ao exame objetivo a destacar mucosas descoradas e icterícia mucocutânea. Análises da admissão compatíveis com anemia hemolítica (Hemoglobina 7.8 mg/dL, lactato desidrogenase 352 U/L, bilirrubina total 3.85 mg/dL, haptoglobina 7.81 mg/dL), sem trombocitopenia, função renal normal, esfregaço sem esquizócitos. Sumária de urina com nitritos e leucocitúria. Ecografia abdominal sem esplenomegalia.

Internada para vigilância e esclarecimento do quadro. Assumida também infeção do trato urinário abordada inicialmente com ceftriaxone.

Do estudo etiológico teste de Coombs negativo, doseamento de hemoglobina A2 e F normais, hemoglobina S não detetada, serologias víricas e pesquisa de Plasmodium negativas, estudo autoimune irrelevante. Citometria de fluxo não compatível com hemoglobinúria paroxística noturna. Após estabilização teve alta com indicação para a evicção de despoletantes de hemólise. Consulta posterior, já com anemia resolvida. Doseamento de G6PD compatível com défice de G6PD e estudo genético com a presença da variante G6PD A- em heterozigotia. Apresentaria provável desvio da lionização do cromossoma X, dado discordância entre o estudo molecular e o doseamento de G6PD. Recusou a realização de teste Humara para a confirmação dessa suspeita.

Discussão e conclusões

Apesar de uma doença normalmente ligada ao sexo masculino, pode afetar doentes do sexo feminino com mutações em homozigotia, heterozigotia composta ou por lionização. Nesse sentido deve ser um diagnóstico a ter em conta nos quadros de anemia hemolíticas não imunes, sobretudo aquando da exposição a desencadeantes conhecidos.

POSA-018 - (2280) - ASSOCIAÇÃO ENTRE BACTERIÉMIA POR *S.GALLOLYTICUS* E CARCINOMA COLATERAL

Leandro Martins Valente¹; Lurdes Correia¹; Adélia Simão¹; Lèlita Santos¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

O *Streptococcus gallolyticus* (Sg) é um microrganismo comensal da flora intestinal que quando causa doença invasiva pode contribuir para o desenvolvimento de carcinoma colorretal (CCR). Os fatores que determinam esta associação não estão bem definidos, mas foi demonstrado que o Sg se associa preferencialmente a células tumorais, a nível colorretal, promovendo a sua proliferação. Estima-se que cerca de 70% dos doentes com doença invasiva por Sg tenham CCR.

Caso Clínico

Apresentamos o caso de um homem de 61 anos, com antecedente de neoplasia prostática curada, que foi avaliado na consulta de Medicina Interna por perda ponderal de 20% em 3 meses, sudorese noturna e dor na coluna dorso-lombar de ritmo inflamatório. Sem outra sintomatologia acompanhante. Realizara previamente tomografia computadorizada (TC) da coluna, que mencionava suspeita de lesões neoplásicas versus processo infeccioso em L2-L3 e L5. Analiticamente, tinha hemoculturas positivas para Sg multissensível, hemoglobina 10,9g/dL, leucócitos $11.0 \times 10^9/L$ com neutrofilia, proteína c-reativa 11,81mg/dL e PSA 0,03ng/mL. A ressonância magnética da coluna excluiu lesões secundárias e confirmou o seu carácter inflamatório sendo assumida espondilodiscite. Fez flucloxacilina durante 6 semanas. Foi excluída endocardite infecciosa através de ecocardiograma transesofágico. A TC toraco-abdomino-pélvica (TC-TAP) não revelou alterações, em particular processos expansivos. Realizou colonoscopia, com lesão aos 8cm da margem anal compatível com adenocarcinoma. Repetiu TC-TAP que revelou uma formação endoluminal no reto com 55x26mm. Realizou radioterapia neoadjuvante e ressecção anterior do reto com intuito curativo.

Discussão

O caso clínico descrito associa duas doenças (espondilodiscite e CCR) relacionadas com o mesmo agente (Sg). A bacteriemia por Sg permitiu orientar a marcha diagnóstica com vista à pesquisa de CCR, confirmando-se posteriormente o diagnóstico apesar da ausência de sintomas gastrintestinais sugestivos. A rápida evolução da lesão descrita na TC pélvica leva-nos a equacionar o possível papel da infeção por Sg na velocidade de progressão do CCR.

Conclusão

Tendo em conta a elevada prevalência de CCR em doentes com bacteriemia por Sg, torna-se imperativa a realização de colonoscopia com o intuito de diagnosticar precocemente e tratar atempadamente esta patologia.

POSA-019 - (2284) - SARCOIDOSE – UM CAMINHO LONGO, MAS COM RESPOSTAS

Mariana Santos Silva¹; Inês Ferreira¹; Lindora Pires¹

1 - Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa / Hospital Padre Américo.

A Sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica, de etiologia desconhecida, caracterizada histologicamente por granulomas não caseificados. O envolvimento pulmonar é o mais frequente, no entanto pode acometer múltiplos órgãos.

CASO CLINICO: Mulher, 47 anos, com dislipidemia, diverticulose cólica, gastrite eritematosa, litíase vesicular, nódulos tiroideus, e síndrome ansioso. Quadro, com 8 meses de evolução, de astenia, anorexia, emagrecimento de 30% do peso corporal e dor epigástrica, amplamente estudado pelo médico de família, sem diagnóstico. Agravamento com dispneia para médios esforços, tosse seca e febre vespertina. Do estudo realizado na admissão a destacar parâmetros inflamatórios negativos e TC TAP: pequenas adenomegalias mediastínicas e hilares bilaterais; focos de densificação do parênquima pulmonar periféricos dispersos; fígado com imagem nodular com calcificações milimétricas associadas; baço com múltiplos esboços hipodensos milimétricos inespecíficos. Internada para estudo e destaca-se: marcadores inflamatórios sistémicos negativos, hemoculturas negativas; estudo imunológico negativo, serologias HIV, HCV e HBV negativas; IGRA positivo, ECA 98 (aumentada); alfa fetoproteína e CEA negativas. Realizou broncofibroscopia com mucosa de aspeto "granulado". LBA sem evidência de tuberculose (DNA KK, pesquisa de BAAR e cultural), 75% linfócitos e relação CD4+/CD8+ 4.56, sugestivo de sarcoidose. Biopsias hepática e brônquica com processo granulomatoso crónico e pesquisa de DNA BK e BAAR negativos.

Apos exclusão de tuberculose, conclui-se por sarcoidose com envolvimento multissistémico (pulmonar, hepático e esplénico) e iniciou corticoterapia, associada a tratamento de tuberculose latente. Evolução clínica favorável, com melhoria sintomática e imagiológica após 3 meses de tratamento.

CONCLUSÃO: A sarcoidose é uma doença sistémica com sintomas inespecíficos, com grande morbidade. O diagnóstico não assenta num exame, mas numa história clínica sugestiva, achados histológicos compatíveis e exclusão de doenças com apresentações semelhantes. O atraso no início de terapêutica adequada pode afetar de forma significativa a qualidade de vida dos doentes.

POSA-020 - (2303) - MIELOMA MÚLTIPLO – UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA: A PROPÓSITO DE UM CASO

Margarida Midões Almeida¹; Ana Paiva Santos¹; Clara Pinto¹;
Margarida Resendes¹; Inês Amorim Cruz¹; Ana Corte-Real¹; Beatriz Pinheiro¹;
Susana Cavadas¹

1 - ULSRA

Introdução:

O mieloma múltiplo (MM) é caracterizado por uma proliferação clonal de células da linhagem plasmocítica, com infiltração da medula óssea e produção de uma proteína monoclonal. As células plasmáticas proliferam na medula óssea e podem resultar em extensa destruição esquelética com lesões osteolíticas, osteopenia e/ou fraturas patológicas. Representa cerca de 1% de todas as neoplasias e 10% das doenças hemato-oncológicas. A sigla “CRAB” é usada para lembrar sinais e sintomas que ajudam no diagnóstico de MM: hipercalemia; insuficiência renal (comprometimento renal); anemia; e lesões ósseas.

Caso-clínico:

Apresenta-se o caso de uma mulher de 75 anos, autónoma, com antecedentes de cardiopatia isquémica, hipertensão arterial e dislipidemia; com rosuvastatina+ezetimibe e aspirina como medicação habitual.

Recorreu ao Serviço de Urgência por dor intensa no membro superior esquerdo associada a impotência funcional com semanas de evolução, após embate no guarda-chuva, sem história de queda nem trauma major. Concomitantemente, com quadro de cansaço com 2 meses de evolução, sem queixas de febre, suores noturnos ou perda ponderal. Apresentava radiologicamente fratura patológica do úmero esquerdo, abordada por Ortopedia com tratamento conservador.

Internada posteriormente para estudo etiológico, constatou-se no exame analítico, pico monoclonal IgG, Cadeias leves Lambda 1160 mg/L, B2microglobulina 3370 mg/L, Velocidade de Sedimentação (VS) 67mm/h, sem hipercalemia nem hipercalemia e Fosfatase Alcalina (FA) de 144 U/L. Feito medulograma com referência a 3.3% de plasmócitos e sem excesso de blastos. Na tomografia toraco-abdomino-pélvica sem identificação de eventuais lesões primárias.

Dada a suspeita diagnóstica entre Mieloma Múltiplo ou Plasmocitoma foi realizada biopsia óssea, que revelou envolvimento do úmero por mieloma múltiplo. Após diagnóstico final de MM a doente iniciou tratamento com o protocolo bortezomib + ciclofosfamida + dexametasona.

Discussão e Conclusão:

O diagnóstico de formas particulares de MM pode ser um desafio e exige um extenso estudo do doente. A suspeita clínica e diagnóstico precoce é essencial para um rápido início de terapêutica e um melhor prognóstico.

POSA-021 - (2345) - CHOQUE SÉTICO COM PONTO DE PARTIDA EM ABCESSO HEPÁTICO POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE

Catarina Lencastre¹; Mafalda Bessa De Melo¹; Francisco Bento Soares¹; Lindora Pires¹; Ana Rodrigo Costa¹; Maria Luis Mazedo¹

1 - Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa

Introdução

Klebsiella Pneumoniae é uma causa conhecida de abscesso hepático sem doença hepática prévia. A anamnese rigorosa dos fatores de risco envolvidos é importante para alertar o seu possível diagnóstico.

Caso clínico e Discussão

Homem 68 anos com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, esplenectomia por politrauma grave e abscesso hepático tratado com antibioterapia empírica há 2 anos atrás. Recorre ao serviço de urgência por prostração e desorientação com 1 dia de evolução. Objetivamente em choque séptico e disfunção multiorgânica. Permaneceu 3 dias no serviço de Medicina Intensiva nível III. Iniciou antibioterapia empírica com Ceftriaxone. Colheu hemoculturas que estavam estéreis. Fez TC-CE, TAC TAP e ecocardiograma TT sem alterações. A estabilidade clínica e analítica permitiu a sua transferência para o serviço de Medicina Interna para continuação do estudo. No internamento com febre e clínica respiratória, tendo resultado positivo para SARS-CoV-2. O TC torax evidenciou alterações a nível pulmonar com fenómenos atelectásicos sequelares e com zonas de maior densidade tipo “vidro despolido”, admitindo-se a presença de componente inflamatório ou infeccioso em atividade. Contudo após período de infeciosidade manteve-se febril. Repetiu hemoculturas que isolaram *Lactobacillus casei*. A ecografia abdominal mostrou imagem nodular de natureza mista a sugerir abscesso intraparenquimatoso. Repetiu TAC TAP que verificou área hipodensa mal definida no fígado a justificar estudo dirigido. Fez RMN que evidenciou formação arredondada com liquefação central no segmento V do lobo hepático direito. Procedeu-se à drenagem percutânea e isolamento de *Klebsiella Pneumoniae* no pus. Concluiu estudo realizando ecocardiograma TE, colonoscopia e novo TC-CE sem alterações. Novo TC TAP com favorável evolução da drenagem de abscesso hepático. Cumpriu 40 dias de antibioterapia com Ceftriaxone, Piperacilina/Tazobactam, Penicilina e Imipinem. Completou mais 2 semanas de Ertapenem e Amoxicilina em ambulatório. Seguido na consulta de Medicina Interna com evolução favorável sustentada durante semanas.

Conclusão

O abscesso hepático por *Klebsiella Pneumoniae* está várias vezes associado a diabetes mellitus tipo 2 e à existência de massa hepática única sólida e multilobulada num quadro séptico. A drenagem percutânea eficaz associada a antibioterapia reduz drasticamente a sua morbidade e mortalidade.

POSA-022 - (2346) - UNVEILING THE QUIET CULPRIT: A CLINICAL CASE OF ADDISON DISEASE

Ana Luísa Cadilhe¹; Marta Azevedo²; Sara Rocha¹

1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos; 2 - Hospital da Prelada

Introduction: Addison's disease, also known as primary adrenal insufficiency or adrenal insufficiency, is a rare disorder characterized by the inadequate production of glucocorticoid and/or mineralocorticoid that can induce electrolyte changes and nonspecific symptoms. Although there are no available data on the incidence of this disease in Portugal, it is estimated that the global incidence is around 4 to 6 cases per million/year and prevalence of 100 to 150 cases/million.

Case presentation: We reported a 41-year-old male patient with a 6-month history of significant weight loss, anorexia, and generalized muscle cramps with multiple inconclusive medical consultations. Laboratory investigation revealed severe hyponatremia and mild hyperkalemia. Physical examination revealed hyperpigmentation of skin, inner lips and skin creases, with low morning cortisol, elevated adrenocorticotrophin measurements confirming the diagnosis of Addison's disease. Secondary causes of adrenal pathology were excluded. The patient then began supplementation with hydrocortisone and fludrocortisone with significant symptom improvement, with further investigation indicating an autoimmune disease.

Discussion & Conclusion: Addison's disease nonspecific symptoms delay diagnosis and increase the risk of a life-threatening adrenal crisis. These patients often have multiple consultations, but hyponatremia, hyperkalemia, and hyperpigmentation are clinical key findings that should prompt clinicians to consider the diagnosis early on. Prompt initiation of appropriate hormone replacement therapy and provision of an adrenal insufficiency emergency card are essential for effective management.

POSA-023 - (2349) - POLISSEROSITE COMO APRESENTAÇÃO RARA DE HEMANGIOMA CARDÍACO

Ana Rita Figueiredo¹; João Francisco Abrantes¹; Teresa Alegria Neto¹; Inês Sofia Ferreira Silva¹; Inês Sopa¹; Lúgia Peixoto¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução Os hemangiomas cardíacos são tumores benignos primários raros e constituem apenas 2,8% dos tumores cardíacos primários. Apesar de sua benignidade histopatológica existe um risco de complicações potencialmente fatais. O derrame pericárdico constitui uma complicação rara desta entidade.

Caso clínico Apresentamos um caso de uma mulher de 64 anos, autónoma, que iniciou 3 semanas antes do internamento quadro de toracalgia retroesternal de características pleuríticas associada a dispneia para pequenos esforços. Referia perda ponderal de 5kg em 1 mês. Do estudo em ambulatório, a salientar TC-torácica com zonas de espessamento pleural, moderado derrame pericárdico circunferencial 11mm com realce dos folhetos pericárdicos e achado vascularizado retrocardíaco; Ecocardiograma com espessamento do pericárdio visceral com derrame pericárdico moderado 19mm, com colapso parcial da aurícula direita sem sinais de tamponamento; TC-cardíaca com hemangioma cavernoso pericárdico de 29x28x19mm, derrame pericárdico moderado volume com 20mm de espessura máxima. Na admissão, repetiu angioTC torácica a revelar volumoso derrame pericárdico com espessura máxima de 25mm, ligeiro derrame pleural bilateral com tendência à loculação. Foi internada para estudo etiológico de polisserosite. Repetiu ecocardiograma que revelou volumoso derrame 28mm, colapso diastólico da aurícula direita, sem colapso ventricular direito, veia cava inferior não dilatada com normal variação respiratória. Realizou pericardiocentese com drenagem de 600mL de líquido seroso. Líquido pericárdico com características de exsudado, nível ADA baixo, exame bacteriológico e pesquisa de células neoplásicas negativos. Realizou estudo etiológico de polisserosite: estudo autoimune, serologias infecciosas, pesquisa de micobactérias na urina e suco gástrico e IGRA com resultados negativos, biopsia de gordura abdominal negativa, endoscopia, colonoscopia e ecografia mamária com alterações benignas. A PET excluiu doença focal metabolicamente ativa e ávida para FGD. A doente foi intervencionada pela cirurgia cardiorácica para remoção massa pericárdica, que foi considerada como provável etiologia neoplásica da polisserosite.

Discussão e Conclusão Este caso evidencia a apresentação de um hemangioma cardíaco sintomático com polisserosite associada. A ressecção cirúrgica do tumor é o tratamento de escolha e o prognóstico é favorável. Neste caso a doente teve evolução satisfatória após a ressecção.

POSA-024 - (2359) - COMPLICAÇÕES DA MONONUCLEOSE INFECCIOSA EM DOENTE JOVEM

Francisca Sá Couto¹; Maria Margarida Andrade¹; Marta Baião¹; Sara Freire¹; Diogo Cruz^{1,2}

1 - Serviço de Medicina Interna, Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: O vírus Epstein-Barr (EBV) é um herpesvirus disseminado mundialmente que se transmite através de secreções orais. Aproximadamente 90-95% dos adultos são seropositivos e é o principal agente da mononucleose infecciosa. Quando sintomática, a clínica pode incluir astenia, febre, mialgias, adenopatias e esplenomegalia. Os autores apresentam um caso de mononucleose infecciosa complicada em doente jovem.

Caso Clínico: Mulher de 20 anos de idade, com história pessoal de amigdalites de repetição e fumadora. É encaminhada ao Serviço de Urgência após ter sido presenciada crise tónico-clónica generalizada, pelos pais. Apurou-se história de amigdalite com 3 semanas de evolução, medicada com anti-inflamatório, sem melhoria significativa. À admissão, em período pós-crítico, destacava-se saturação periférica de oxigénio de 88% em ar ambiente, orofaringe com hipertrofia amigdalina bilateral e exsudação purulenta, sinais de mordedura de língua e esgar de dor à palpação abdominal no hipocôndrio direito. Estava desorientada sem outros défices neurológicos ou sinais meníngeos. Analiticamente verificava-se elevação de parâmetros inflamatórios. A tomografia computadorizada (TC) craniana em fase venosa mostrou pequena hipodensidade focal cortical parietal em provável contexto peri-ictal e a TC de pescoço apresentava espessamento amigdalino e redução da coluna aérea. O líquido cefalorraquidiano apresentava predomínio de células mononucleares e a nível sérico a serologia IgM EBV foi positiva. Foi assumido diagnóstico de mononucleose infecciosa complicada com encefalite a EBV, instituindo-se terapêutica de suporte, incluindo prednisolona (1mg/kg) dados os critérios de gravidade (obstrução de via aérea e afeção encefálica). O electroencefalograma não apresentava alterações. A doente manteve follow up após a alta e na reavaliação apresentava-se sem défices neurológicos, verificou-se seroconversão de anticorpos anti-EBV a nível sérico e a ressonância magnética nuclear crânio-encefálica revelou hipersinal T2 cortical temporal esquerda que, dado o contexto supracitado, poderá estar relacionado com o episódio convulsivo e/ou processo infeccioso. Assim, manteve seguimento em consulta.

Discussão e Conclusão: Apesar do tratamento ser dirigido à sintomatologia, o diagnóstico precoce da mononucleose infecciosa e a monitorização das possíveis complicações multiorgânicas, nomeadamente obstrução das vias respiratórias e afeção neurológica, é essencial, sobretudo em doentes jovens.

POSA-025 - (2366) - UM CASO RARO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO JOVEM

Bruno Bonito¹; Daniela Rodrigues¹; Inês Bonito¹; Bruna Barbosa¹; Inês Maia¹; Joaquim Peixoto¹; Ana Carolina Andrade¹; Martinho Fernandes¹; Joana Filipa Ferreira¹

1 - Hospital Nossa Senhora do Rosário

INTRODUÇÃO CADASIL (cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy) é uma vasculopatia autossómica dominante que ocorrer devido à mutação no gene NOTCH3 do cromossoma 19. Esta patologia é reconhecida como uma causa importante de acidente vascular cerebral (AVC) no jovem. Caracteriza-se por início de eventos vasculares em idade jovem, em doentes sem fatores de risco relevantes para doença cerebrovascular. Clinicamente existe deterioração cognitiva progressiva. Nalguns casos os doentes podem apresentar-se com crises convulsivas.

CASO CLÍNICO

Mulher de 44 anos, caucasiana, autónoma. Antecedentes pessoais relevantes de dislipidemia e epilepsia.

Recorreu ao serviço de urgência por desequilíbrio e descoordenação motora desde há 4 dias. Referia episódio de tremores e assimetria facial com resolução espontânea. Do exame objetivo destaca-se: “ Dismetria dos membros esquerdos na prova dedo-nariz e calcanhar – joelho; Ataxia da marcha.”

Exames complementares: - Análises: sem alterações relevantes - TC-CE: “ Lesão isquémica no hemisférios cerebeloso esquerdo – caracterização por RM - ; Moderada Leucoaraiose. Lacunas núcleo-basais bilaterais.” Neste contexto a doente foi internada para estudo etiológico de de AVC. Do estudo realizado salienta-se o resultado da RM-CE :”Extenso enfarte isquémico subagudo cerebeloso antero-superior esquerdo (...). Moderado padrão de leuco-encefalopatia vascular microangiopática associado a multi-enfartes lacunares lenticulo-capsulares anteriores de predomínio direito, talâmicas bilaterais, do esplénio do corpo caloso direito (...) - suspeita de CADASIL. Pela clinica e padrão de RM-CE sugestivo de CADASIL, foi realizada biopsia cutânea e teste genético para deteção da mutação do gene NOTCH3 que confirmaram o diagnóstico.

DISCUSSÃO A CADASIL, doença autossómica dominante, é caracterizada por vasculopatia não aterosclerótica que envolve pequenas artérias e capilares principalmente no cérebro. O diagnóstico deve ser suspeitado particularmente em pessoas com historia familiar de AVC ou demência. Apesar dos achados sugestivos da RM-CE, o diagnóstico só é confirmado através do estudo genético ou pela biopsia cutânea com alterações características.

CONCLUSÃO Apesar de pouco frequente, CADASIL é uma doença com grande impacto na morbimortalidade. Não existe tratamento específico contudo o acompanhamento de doentes com esta patologia é essencial para o controlo de sintomas de deterioração cognitiva.

POSA-026 - (2369) - UM CASO DESAFIANTE DE SARCOIDOSE

Gabriel De Carvalho Ferreira¹; Marta Sanches¹; Daniel Castanheira¹; Vânia Rodrigues Pereira¹; Margarida Nunes¹; Célia Machado¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

A sarcoidose é uma doença que pode afetar virtualmente qualquer órgão, podendo ter as mais variadas apresentações. O seu diagnóstico pode ser desafiante, requerendo um diagnóstico diferencial exaustivo.

Neste caso falamos de uma mulher de 54 anos, natural de Angola, a residir em Portugal desde novembro de 2021. História de diabetes tipo 2 e hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de perda ponderal de cerca de 20kg em 6 meses, cansaço e astenia. Apresentava-se emagrecida, com massa epigástrica palpável. Analiticamente com anemia microcítica, eosinofilia, agravamento da função renal, proteinúria, elevação dos parâmetros de citocolestase, hipergamaglobulinemia policlonal e VS 78mm/h. Fez TC que revelou nódulos pulmonares, adenopatias supra e infradiafragmáticas e esplenomegália. Foi internada para estudo, tendo testado positivo para *Strongyloides stercoralis*, *Schistosoma sp* e *Ascaris lumbricoides*. Fez tratamento com Ivermectina, Praziquantel e Albendazol e teve alta para consulta, mas passados 2 meses voltou a ser internada eletivamente para continuação do estudo. Aqui fez nova TC com ligeira hepatomegália e múltiplas hipodensidades focais dispersas. Fez também broncofibroscopia, com lavado broncoalveolar a revelar linfocitose (19%) e imunofenotipagem com razão CD4/CD8 12,16. Fez ainda biopsia hepática que revelou nódulos granulomas epitelióides portais, grandes e coalescentes, com ocasionais células gigantes multinucleadas, sem necrose, negativo para BAAR. Assumiu-se assim quadro de provável sarcoidose sistémica. Iniciou tratamento com prednisolona, mas em outubro, após reavaliação em consulta, foi internada novamente com quadro de hepatite, síndrome nefrótica e diabetes descompensada. Iniciou pulsos de metilprednisolona, associada a azatioprina e ácido ursodesoxicólico, com melhoria do perfil hepático. Iniciou também insulinoaterapia, conseguindo-se um melhor controlo metabólico e melhoria da proteinúria neste contexto. Manteve seguimento em consulta externa, com subida de peso e melhoria do cansaço, permitindo redução gradual da corticoterapia; ajuste de insulinoaterapia com bom controlo glicémico e início de iECA com melhoria da proteinúria.

Falamos de um caso de sarcoidose em que não só o diagnóstico foi desafiante, como a sua gestão, dado o envolvimento multi-orgânico que apresentou, destacando a complexidade que estes doentes representam e a importância de uma abordagem multidisciplinar para uma gestão adequada destes doentes.

POSA-027 - (2386) - UM CASO DE VASCULITE LEUCOCITOCLÁSICA ASSOCIADA À NITROFURANTOÍNA

Rita Tinoco Magalhães¹; Rita Valadas¹; Maria Margarida Andrade¹; Patrícia Cipriano¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução

A nitrofurantoína é um antibiótico utilizado no tratamento de infeções do trato urinário. Os efeitos secundários mais frequentes são náuseas, elevação de transaminases e cefaleia. Os autores apresentam um caso de vasculite leucocitoclásica induzida pela nitrofurantoína.

Caso clínico

Um homem de 40 anos, hipertenso e obeso e com história recente de cistite para a qual se automedicou com nitrofurantoína, é referenciado a Consulta Externa de Medicina Interna por aparecimento de lesões eritematovioláceas, de pequenas dimensões, palpáveis, pruriginosas e não dolorosas, dispersas nos membros e abdómen. Sem outras queixas relevantes. As lesões surgiram no 4.º dia após início da toma do fármaco, tendo cumprido ciclo de 7 dias. Sem história pessoal ou familiar de patologia autoimune. Analiticamente, sem alterações do hemograma, função renal ou parâmetros hepáticos. Do estudo autoimune, destaca-se anticorpo anti-nuclear inconsistentemente positivo e elevação de imunoglobulina (Ig) G. Os anticorpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) foram negativos, não houve elevação de IgA nem consumo de complemento. As crioglobulinas e serologias de hepatites virais e vírus da imunodeficiência humana foram também negativas. Realizada biópsia cutânea compatível com vasculite leucocitoclásica.

Atendendo à ausência de evidência de outra etiologia, admitiu-se provável iatrogenia à nitrofurantoína. O doente foi medicado com prednisolona durante 10 dias, com resolução total das lesões após cerca de um mês. Não houve recorrência das queixas.

Discussão & Conclusão

A vasculite consiste na inflamação da parede vascular e as etiologias subjacentes são inúmeras, desde a patologia autoimune e infecciosa à iatrogenia medicamentosa, sendo o diagnóstico diferencial essencial. A púrpura palpável deve alertar para uma etiologia vasculítica e motivar a pesquisa de acometimento de outros órgãos, nomeadamente cérebro, pulmão e rim. Este caso, apesar de ter envolvimento exclusivamente cutâneo, alerta para a etiologia medicamentosa, especificamente para a vasculite induzida pela nitrofurantoína, um efeito adverso idiosincrático raro e que habitualmente se acompanha de positividade para ANCA, o que, aqui, não se verificou. Esta situação implica a evicção futura do fármaco.

POSA-028 - (2398) - ENDOCARDITE E AVC: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Patrícia Tenreiro¹; Maria Pacheco¹; Ruben Salgueiro¹; Carla Santos¹;
Adriano Cardoso¹; Ana Teresa Moreira¹

1 - Hospital Sousa Martins, Guarda

INTRODUÇÃO: A endocardite infecciosa (EI) consiste na infeção do endocárdio normalmente com afetação valvular ou de dispositivos intracardíacos. Pode cursar com o aparecimento de febre, petéquias, anemia e presença de vegetações endocárdicas que prejudicam a função valvular. Em casos mais graves, a EI pode resultar em eventos cardioembólicos. O diagnóstico requer entre outros a pesquisa de microrganismos através da colheita de culturas e pela presença de alterações no ecocardiograma. O tratamento consiste na administração de antibioterapia e nos casos mais graves, pode ser necessária intervenção cirúrgica.

CASO CLÍNICO: Doente do sexo masculino, 69 anos, autónomo. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de astenia, anorexia e emagrecimento de 13 kg no mês prévio. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, estenose valvular aórtica ligeira, excesso de peso, abuso do álcool e hábitos tabágicos.

Ao exame objetivo de realçar a presença de mucosas descoradas e a presença de um sopro sistólico “de novo” no foco aórtico. Analiticamente apresentava anemia normocítica e normocrómica, discreta elevação dos parâmetros de fase aguda e hiponatremia. O doente foi internado para estudo, tendo realizado tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica que não mostrou alterações. Realizou ecocardiograma transtorácico que revelou a presença de “espigão subaórtico” e válvula aórtica fibrocalcificada com estenose severa. Foi pedido ecocardiograma transesofágico que confirmou a presença de duas vegetações na válvula aórtica. As hemoculturas realizadas apresentaram positividade para *Streptococcus* do grupo viridans, tendo iniciado antibioterapia com ceftriaxone, vancomicina e ampicilina. Ao 12º de internamento apresentou assimetria da face, afasia e hemiparesia direita. Realizou angio TC que revelou oclusão distal de M1 da artéria cerebral média esquerda, tendo sido submetido a trombectomia com recuperação dos défices. Posteriormente o doente foi submetido também a cirurgia cardíaca.

CONCLUSÃO: As complicações neurológicas, nomeadamente o acidente vascular cerebral isquémico, são complicações da EI. Cerca de 20% dos casos são consequência de eventos embólicos, sendo responsáveis por uma elevada taxa de morbi-mortalidade. O diagnóstico precoce e o início atempado de antibioterapia apropriada são de grande importância na prevenção de complicações neurológicas.

Com este caso clínico pretendemos mostrar uma das complicações da endocardite infecciosa.

POSA-029 - (2408) - MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DE PÊNFIGO VULGAR - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Hugo Leme¹; José Ramos¹; Joana Correia¹; Rita Pimenta¹; Ana Gouveia¹; João Alves¹

1 - Hospital Garcia de Orta

Introdução: O pênfigo representa um grupo de doenças autoimunes bolhosas intraepidérmicas raras, que se caracterizam por bolhas flácidas e erosões que atingem a pele e as mucosas. O pênfigo vulgar é o subtipo mais comum e distingue-se pela presença de autoanticorpos dirigidos contra proteínas de adesão epidérmicas, as desmogleínas 1 e 3, resultando na perda de adesão celular entre os queratinócitos. A maioria dos doentes tem envolvimento da mucosa oral sendo com frequência a manifestação inicial da doença.

Caso clínico: Homem de 52 anos, sem antecedentes de relevo, com um quadro caracterizado por erosões dolorosas localizadas no pênis com 4 meses de evolução seguido do aparecimento de bolhas flácidas, erosões e crostas aderentes em outras áreas do tegumento (região inguinal, tronco, membros e couro cabeludo). Durante o período de localização única no pênis foram colocadas várias hipóteses de diagnóstico como balanopostite candidiásica, balanopostite irritativa e impétigo, sendo medicado de acordo, sem melhoria. Dado a atipia do quadro, foram realizadas biópsias cutâneas para exame histopatológico e para imunofluorescência direta que foram compatíveis com o diagnóstico de pênfigo vulgar, confirmado depois pela elevação do doseamento dos anticorpos anti-desmogleína 1 e 3. O doente foi inicialmente medicado com doses altas de prednisolona (1mg/kg/dia) e azatioprina (100 mg/dia). Devido ao agravamento do quadro e à elevação da enzimologia hepática, a azatioprina foi suspensa e o doente iniciou ciclos de Rituximab com posterior redução progressiva da dose de prednisolona. Após 19 meses do último ciclo de Rituximab, o doente encontra-se em remissão completa e com normalização do doseamento das desmogleínas.

Discussão e Conclusão: Embora o pênfigo vulgar se manifeste com frequência na mucosa oral, o envolvimento de outras mucosas é menos comum, sendo raros os casos descritos na literatura que referem o atingimento do pênis. Neste caso, o doente teve como manifestação inicial erosões dolorosas no pênis e, apesar de outras áreas do tegumento terem sido posteriormente envolvidas, a doença não atingiu outras mucosas. A localização única na área genital levou à colocação de outras hipóteses de diagnóstico, com terapêuticas desnecessárias, atraso no diagnóstico e consequente agravamento da doença. Desde modo, apesar de raro, o pênfigo vulgar deve fazer parte do diagnóstico diferencial de erosões dolorosas no pênis e, em caso de dúvida, devem ser realizadas biópsias.

POSA-030 - (2417) - INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA RECORRENTE: SHUNT CARDÍACO, UMA CAUSA A RELEMBRAR

Carolina Gomes¹; João Barbosa Barroso¹; Desireé Farinha¹; Daniela Barbosa Mateus¹; Jéssica Araci Abreu¹; Ana Isabel Oliveira¹; Bruno Ferreira¹

1 - Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: A insuficiência respiratória define-se como uma condição clínica que resulta da incapacidade do sistema respiratório em assegurar a oxigenação adequada (tipo 1) ou a remoção adequada do dióxido de carbono (tipo 2). Resulta de uma nova doença ou por agudização de uma condição crónica; destacando-se como etiologias da insuficiência respiratória aguda a pneumonia, o tromboembolismo pulmonar, o pneumotórax e a obstrução por corpo estranho. Na insuficiência respiratória crónica salienta-se a doença pulmonar obstrutiva crónica, a hipertensão pulmonar e a insuficiência cardíaca direita. Manifesta-se sobretudo por dispneia, pieira, cianose, tiragem ou taquipneia; e até resolução/controlo do quadro de base pode necessitar de oxigenoterapia, ventilação não invasiva e, nos casos mais graves, invasiva.

Caso clínico: Os autores reportam dois casos clínicos: um doente de 66 anos, com história pessoal de glioma infiltrativo estadio IV (submetido a radioterapia e quimioterapia adjuvante), internado por traqueobronquite aguda; e uma doente de 66 anos, com história pessoal de doença renal crónica, hipertensão arterial e perturbação bipolar, internada por um acidente vascular cerebral isquémico agudo temporal mesial esquerdo. Durante o internamento, salientava-se em ambos períodos intermitentes de cianose e dessaturação com necessidade de suporte de oxigénio a alto débito; mas sem outros sintomas de dificuldade respiratória. Ambos realizaram tomografia computadorizada com contraste sem evidência de defeitos de repleção da árvore pulmonar ou patologia pulmonar estrutural. Por manterem novos episódios autolimitados de insuficiência respiratória parcial (confirmados por gasimetria arterial), bem tolerados e sem critérios de infeção nosocomial; realizaram ecocardiograma que confirmou a presença de shunt cardíaco direito/esquerdo, denominado por foramen ovale.

Discussão & Conclusão: O foramen ovale patente é uma anomalia congénita, com uma prevalência de 25% na população geral, que se caracteriza por uma comunicação interauricular residual. Nestas situações, os alvéolos são perfundidos mas não são ventilados pelo que a hipoxémia não é corrigida pelo aumento da fração inspirada de oxigénio. Este caso pretende relembrar uma entidade de insuficiência respiratória parcial, que apesar de ser raro o diagnóstico na idade adulta, deverá ser sempre equacionada após exclusão das causas mais frequentes presentes numa enfermidade de Medicina Interna.

POSA-031 - (2428) - MASSA CARDÍACA: LESÃO PRIMÁRIA OU SECUNDÁRIA?

Patrícia Lima¹; Andrea Duarte¹; Elena Pirtac¹; Francisca Delerue¹

1 - ULS Almada-Seixal - Hospital Garcia de Orta

Introdução

Apesar de representar cerca de 10% das neoplasias cutâneas, o melanoma é a neoplasia da pele com maior taxa de mortalidade. Trata-se de uma patologia oncológica extremamente agressiva, na qual a taxa de sobrevivência depende da brevidade diagnóstica pela possível progressão rápida da doença. O melanoma amelanocítico enquadra-se no subtipo menos comum, representado 2-10% dos casos. Frequentemente estas lesões são erroneamente classificadas como benignas, dado o seu aspecto aparentemente inocente, o que atrasa o diagnóstico e prejudica o prognóstico.

Caso clínico

Mulher de 62 anos, autónoma nas atividades de via diária, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorre à urgência por quadro com um mês de evolução de dispneia, cansaço para médios esforços, edema dos membros inferiores e febre. Referia ainda disúria e queixas algicas na região supra púbica com início na véspera. Neste contexto, realizou tomografia toracoabdominopélvica com achados de edema difuso, múltiplos nódulos dispersos por todos segmentos pulmonares, derrame pericárdico grave - com swinging heart e sinais de pré tamponamento em ecocardiograma-, derrame pleural bilateral e peritoneal. Realizou pericardiocentese evacuadora. No ecocardiograma, a destacar afeção biventricular o que levantou suspeitas de patologia infiltrativa – como amiloidose- ou autoimune – justificando a polisserosite. Ressonância cardíaca com achados de massa do ventrículo direito sugestiva infiltração miocárdica neoplásica não sendo possível diferenciar entre lesão primária versus secundária. Tomografia de positrões com hipermetabolismo em sede osteomedular, ganglionar, pulmonar, pleural, muscular, partes moles subcutânea, mama esquerda e intensa captação do radiofarmaco no miocárdio não sendo possível fazer-se diagnóstico diferencial entre processo inflamatório ou malignidade. Realizada biópsia percutânea de adenopatia axilar esquerda com resultado anatomopatológico compatível com metástase ganglionar por melanoma (amelanocítico). A doente acabou por falecer sem realização de endomiocárdica e o acesso ao relatório da autópsia não nos é possível. Porém, dada a conjuntura clínica assume-se como diagnóstico mais provável melanoma maligno metastizado.

Conclusão

Este caso tem como objetivo alertar para as diferentes apresentações de umas das neoplasias mais fatais a nível global. O diagnóstico certo e atempado faz, efetivamente, a diferença no prognóstico destes doentes.

POSA-032 - (2429) - COLITE A CMV NO DOENTE IMUNOCOMPETENTE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Raquel Vieira¹; Christian Neves¹; João Faustino¹; Sara Bravo¹; Sérgio Monteiro¹; Daniela Alves¹; Clarinda Neves¹; Cláudia Rosado¹; Susana Cavadas¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro - Hospital de Aveiro

Introdução | As infeções por citomegalovírus (CMV) são prevalentes na população geral, sendo geralmente assintomáticas e raramente causa de doença grave. No doente imunodeprimido podem causar doença oportunista e associam-se a morbimortalidade considerável. Por sua vez, no doente imunocompetente, raramente causam doença e apresentam-se mais frequentemente sob forma de síndrome mononucleósica. Este caso clínico ilustra uma apresentação atípica, com colite, numa doente imunocompetente.

Caso Clínico | Mulher, 64 anos, autónoma, fumadora. De antecedentes a destacar apendicite crónica e histerectomia total em contexto de miomatose uterina. Referia febre, dor abdominal, vómitos, diarreia (aquosa, sem muco ou sangue) e distensão abdominal progressiva com 2 dias de evolução. Analiticamente, com anemia microcítica de novo, discreta leucocitose e proteína C reativa elevada (53,36 mg/dL). Tomografia computadorizada abdomino-pélvica com evidência de hepatomegalia moderada, espessamento parietal do cólon transversal distal, descendente e sigmoide marcado e densificação da gordura adjacente. Assumida colite infecciosa, iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e metronidazol. Durante o internamento, com diarreia e febre persistentes. Do estudo complementar, destaca-se painel de infeções gastrointestinais positivo para *Escherichia coli* enterotoxigénica, calprotectina fecal positiva (> 6000 ug/g) e colonoscopia com achados sugestivos de colite ulcerada e biópsias a revelar colite crónica com atividade severa com infeção focal por CMV. Antígeno CMV positivo (18500 cópias). Iniciou messalazina e prednisolona (PDN) por suspeita de doença inflamatória intestinal e ganciclovir após confirmação de infeção aguda por CMV. Melhoría clínica e analítica gradual, tendo alta sob messalazina, PDN e valganciclovir.

Discussão e Conclusão | No doente imunocompetente com clínica sugestiva de colite infecciosa e sem diagnóstico estabelecido após realizar o estudo etiológico inicial devemos considerar etiologias de menor probabilidade diagnóstica, nomeadamente a infeção por CMV. Estas poderão sugerir uma patologia subjacente não previamente diagnosticada, tal como a doença inflamatória intestinal, que possa condicionar um status de fragilidade individual favorável ao aparecimento de infeções oportunistas.

POSA-033 - (2431) - PHLEGMASIA CERULEA DOLENS: A ORIGEM

Rafaela Lopes Freitas¹; Sílvia Ferreira¹; Rita Costa¹; Sara Carvalho¹; Sofia Monteiro¹; Federico Sabio¹; Nídia Pereira¹

1 - Hospital Pedro Hispano - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: Phlegmasia cerulea dolens (PCD) é uma complicação potencialmente fatal do tromboembolismo venoso profundo (TVP). A TVP é uma manifestação rara associada à doença inflamatória intestinal (DII) nomeadamente à colite ulcerosa (CU).

Caso Clínico: Mulher de 66 anos, ex-fumadora, com 3 abortos espontâneos no passado e um filho com doença de Chron. Recorre à urgência com edema generalizado do membro inferior esquerdo (MIE) associado a dor incapacitante. À admissão hipotensa com edema e cianose generalizados do MIE e ausência de pulsos palpáveis. Realizado AngioTC abdomino-pélvico e do MIE a documentar trombose do ramo esquerdo da veia porta e ramos do segmento IV e, obliteração da veia ilíaca comum esquerda até à ilíaca interna e porção inicial da externa até ao terço médio com repermeabilização da veia femoral comum condicionando edema generalizado com comprometimento da perfusão arterial da artéria poplítea e seus ramos. Portanto, TVP multivaso com PCD a condicionar choque distributivo por síndrome de isquemia-reperusão. Iniciada estratégia hipocoagulação com heparina não fracionada em doente sem indicação para abordagem invasiva. Posterior evolução com melenas a motivar endoscopia digestiva alta e baixa e videocápsula com úlceras do colón e reto inespecíficas. Histologia a evidenciar criptas distorcidas, diminuição da atividade mucípara, moderado infiltrado inflamatório linfoplasmocitário, eosinófilos e microabcessos crípticos. Analiticamente, ANA 1:80 (padrão mosqueado), ASCA IgA e PR3 e ainda, défice de 40% de proteína S. Restante estudo de causas infecciosas, neoplásicas e imunológicas sem alterações. Reavaliada imagiologicamente com repermeabilização parcial da veia ilíaca externa a permitir início de antagonista da vitamina K. Alta para a consulta para seguimento e estudo. Meio ano mais tarde, novo internamento por astenia, anorexia, perda ponderal e episódios de dor abdominal com diarreia muco-sanguinolenta. Realizado nova colonoscopia com alterações sugestivas de colite ulcerosa. Iniciado tratamento com mesalazina, sem novas intercorrências.

Discussão: A CU afeta predominantemente o cólon e reto. Esta patologia tem risco aumentado de eventos trombóticos, embora a patofisiologia por trás destes permaneça mal-esclarecida. Sabe-se, no entanto, que existe contributo de fatores genéticos e outros adquiridos, do qual é exemplo o défice de proteína S, conforme observado neste caso clínico raro e atípico.

POSA-034 - (2432) - UM CASO DE SARCOIDOSE COM ATINGIMENTO GANGLIONAR EXTRA-TORÁCICO

Sílvia Ferreira De Oliveira¹; Alexandra Silva Azevedo¹; Joana Barros¹; Mário Esteves¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Ave

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica, que se caracteriza pela formação de granulomas não caseosos. Tem maior incidência em adultos jovens. Em mais de 90% dos casos manifesta-se por adenopatias intra-torácicas, envolvimento pulmonar e/ou sinais ou sintomas cutâneos ou oculares.

Caso clínico: Homem, 37 anos, com antecedentes de tuberculose em 2002. Enviado do centro de saúde para a consulta de Medicina por gânglio linfático muito doloroso e palpável no triângulo anterior do pescoço e em crescimento. Nos 4 meses prévios teve perda ponderal sendo que à data da consulta já tinha recuperado o peso perdido. TC tórax com alterações de natureza cicatricial, sequelas de processo inflamatório/infeccioso nomeadamente tuberculose pulmonar já residual. Realizada biópsia de gânglio que revelou linfadenite granulomatosa crónica necrotizante, com pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes, pela técnica de Ziehl-Neelsen negativo. Realizou broncofibroscopia para exclusão de infeção a micobactérias e sarcoidose. Lavado broncoalveolar revelou alveolite linfocítica e eosinofílica. O estudo das subpopulações linfocitárias por citometria de fluxo revelou uma razão CD4/CD8 elevada, com 28,6% de linfócitos, tendo sido estabelecido diagnóstico de sarcoidose.

Discussão: A sarcoidose trata-se de uma doença habitualmente com bom prognóstico, com resolução espontânea em >60% dos doentes em 10 anos. Na maioria dos doentes, opta-se por manter apenas vigilância. Apesar disso, é sempre importante termos este diagnóstico em mente dada a possibilidade de progressão da doença e a necessidade de tratamento em certos casos.

POSA-035 - (2439) - CAUSA EXÓTICA DE HIPERTENSÃO PORTAL

Maria Margarida Andrade¹; Francisca Sá Couto¹; Maria Homem Ferreira¹; Rita Tinoco Magalhães¹; Rita Valadas¹; Sara Freire¹; Diogo Cruz^{1,2}

1 - Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

INTRODUÇÃO

A Schistosomíase é uma infeção causada pelo contacto do Schistosoma com a pele em ambiente aquático. Epidemiologicamente, o Schistosoma mansoni é mais frequente em África e na América do Sul causando infeções gastrointestinais autolimitadas, assintomáticas na fase aguda. Os autores apresentam um caso de Schistosomíase crónica hepatoesplénica.

CASO CLÍNICO

Trata-se do caso de um homem de 87 anos de idade, seguido em Consulta de Medicina Interna de Risco Cardiovascular desde internamento por acidente vascular cerebral. Apresentava diabetes tipo 2, hipertensão arterial e dislipidémia sob terapêutica.

Apurou-se que o doente nasceu no Suriname e que lá viveu até aos 17 anos de idade, onde regressou há 30 anos. Descreve ainda viagem ao Brasil aos 72 anos.

Durante o seguimento verificou-se episódio de síncope que motivou recurso ao Serviço de Urgência onde se documentou hemorragia digestiva alta e anemia aguda com nadir de 5,4g/dL de hemoglobina. Nos exames endoscópicos destacava-se a presença de varizes esofágicas de grandes dimensões e gastropatia portal hipertensiva. Foi ainda pedida ecografia abdominal que documentou a presença de esplenomegalia e fígado dismórfico, sem aumento de volume, lesões hepáticas focais ou esteatose. Analiticamente apresentava hepatite B e C negativas, anticorpos anti-nucleares, anti-citoplasma de neutrófilo e anti-fração microssomal de fígado e rim negativos, doseamento de alfa 1-antitripsina, transaminases, fosfatase alcalina e gamaglutamiltransferase dentro dos valores da normalidade. O anticorpo anti-Schistosoma mansoni foi positivo. A pesquisa de ovos, quistos e parasitas nas fezes foi negativa. Assumiu-se quadro de Schistosomíase crónica a condicionar hipertensão portal pelo que realizou tratamento com praziquantel. Mantém-se atualmente assintomático, sob profilaxia secundária com beta-bloqueante e em vigilância com avaliação endoscópica anual.

DISCUSSÃO & CONCLUSÃO

O ciclo de vida do Schistosoma mansoni inclui a circulação portal pelo que a deposição de parasitas a nível hepático condiciona quadro de dismorfia hepática com desenvolvimento de hipertensão portal.

No caso apresentado, a colheita exaustiva da anamnese bem como a investigação minuciosa da etiologia da hipertensão portal, permitiram a identificação de um diagnóstico e possibilitaram a sua terapêutica. A vigilância das varizes deve ser anual, existindo a possibilidade de regressão das mesmas após a toma de anti-parasitário.

POSA-036 - (2462) - GLOMERULONEFRITE ANTI-MEMBRANA BASAL GLOMERULAR: VASCULITE RARA COM APRESENTAÇÃO INCOMUM

Catarina Pinto Silva¹; Flávia Fundora Ramos¹; Rita Sevivas¹; Beatriz Rosa¹; João Abreu¹; Carlos S. Oliveira¹

1 - Hospital de Santa Maria Maior

Introdução: A glomerulonefrite anti-membrana basal glomerular (anti-MGB) é uma vasculite de pequenos vasos rara e resultante da presença de anticorpos circulantes direcionados contra um antígeno intrínseco à membrana basal glomerular e alveolar podendo levar à glomerulonefrite rapidamente progressiva e/ou hemorragia alveolar.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 40 anos, sem antecedentes relevantes, recorre ao Serviço de Urgência (SU), por quadro de astenia e anorexia com 3 semanas de evolução. Objetivamente com palidez cutânea e com livedo reticularis nos membros inferiores, bem como, edema periférico bimalleolar, simétrico, sem sinal de godet. Do estudo: anemia normocítica hipocrômica de novo com Hb 7.6g/dL e ainda creatinina sérica de 6.96 mg/dL, sem conhecimento prévio de doença renal crônica. Associadamente VS 122mm e sedimento urinário com hemato proteinúria e ródio proteínas/creatinina em urina ocasional de 1g. Realizou avaliação imagiológica com TAC-toraco abdomino pélvico com fina lâmina de derrame pleural bilateral, sem outras alterações de relevo. O estudo auto-imune revelou anticorpo anti-membrana basal > 1000 e posto isto, transferida para serviço de Nefrologia para realização de plasmaférese diária, pulsos de metilprednisolona, imunossupressão com ciclofosfamida e indução dialítica. Para complementar estudo realizou biópsia renal com glomérulo com crescente celular com infiltrado inflamatório ligeiro e deposição linear membranar de IgG; lavadobroncoalveolar sem evidência de hemorragia alveolar. Assim, assumiu-se diagnóstico de Glomerulonefrite anti-membrana basal glomerular - com necessidade de 17 sessões de plasmaferese diária, 7 sessões de hemodiálise e com imunossupressão com ciclofosfamida.

Conclusão: A doença glomerular anti-MBG é responsável por cerca de 15% das glomerulonefrites crescentes e tem pico de incidência na terceira e sexta décadas de vida. O seu surgimento sem atingimento pulmonar constitui-se como uma apresentação rara (sobretudo em idosos). O diagnóstico e tratamento (plasmaferese e imunossupressão) surgem como imperativos já que a progressão para doença renal terminal é extremamente rápida e recuperação rara se a diálise for necessária ao diagnóstico.

POSA-037 - (2464) - UM CASO DE ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES - A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM SISTEMATIZADA EM DOENTE COM SÍNDROME CONSUMPTIVO

Ana Bispo Leão¹; Inês Bispo Leão²; Alice Alicerces²; Mariana Fernandes²; Catarina Pestana Santos²; Tiago Judas²

1 - Instituto Português de Reumatologia; 2 - Hospital Garcia de Orta

Introdução: A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite sistémica que afeta médios e grandes vasos, destacando a aorta, artérias carótidas e seus ramos. Esta é também a vasculite idiopática mais comum, tendo maior prevalência após a quinta década de vida e maior incidência em doentes do sexo feminino. Apresenta-se frequentemente com um quadro subagudo de sintomas constitucionais, destacando a perda de peso, astenia e estado subfebril. Os doentes podem apresentar outros sintomas que aumentam o grau de suspeita clínica, como cefaleias, hiperestesia tátil da pele da região temporal, claudicação da mandíbula, amaurose fugaz ou rigidez da cintura escapular e pélvica, esta última em associação com polimialgia reumática.

Caso clínico: Mulher, 75 anos, com antecedentes pessoais relevantes de anemia, estenose aórtica grave a aguardar cirurgia de substituição valvular, bócio multinodular submetido a iodo radioativo. Iniciou seguimento em consulta de medicina interna para investigação de síndrome consumptivo, com perda ponderal de cerca de 14kg em 6 meses, astenia e anorexia. No exame objetivo, doente com aspeto emagrecido e mucosas descoradas, sem outros achados de relevo. Analiticamente havia a salientar elevação marcada do valor de velocidade de sedimentação e anemia de doença crónica. Iniciou investigação de quadro consumptivo, nomeadamente para causas infecciosa, neoplásica e inflamatória, que se revelou inocente, sendo apenas de referir a presença de gastrite antral em endoscopia digestiva alta. Subsequentemente realizou tomografia por emissão de positrões onde se documentava intenso aumento difuso do metabolismo da aorta torácica, abdominal e dos seus vasos, compatível com vasculite ativa. Admitiu-se o diagnóstico de ACG e iniciou corticoterapia, tendo-se observado melhoria franca das queixas de cansaço, astenia, anorexia e adinamia.

Discussão e conclusão: Com o presente caso clínico os autores pretendem salientar a importância da investigação etiológica abrangente e exaustiva nos casos de síndrome consumptivo. Salienta-se ainda a apresentação atípica de ACG, nomeadamente sem queixas de cefaleia, claudicação mandibular ou sintomas de polimialgia reumática, apenas com sintomas constitucionais inespecíficos.

POSA-038 - (2482) - UMA CAUSA RARA DE TROMBOCITOPENIA

Soraia Mendes¹; Edgar Amaro¹; Rita Tinoco Magalhães¹; Luís Miguel Pereira¹; Isa Silva¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: A trombocitopenia induzida pela heparina é uma complicação rara da exposição à heparina e, se não tratada, pode apresentar uma mortalidade até 20%.

Caso clínico: Mulher de 56 anos, asmática, avaliada no Serviço de Urgência por toracalgia e dispneia para pequenos esforços com 1 semana de evolução. À avaliação encontrava-se taquicárdica e taquipneica, apresentando gasimetricamente insuficiência respiratória parcial e hiperlactacidémia. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, com frequência de 132 bpm e inversão da onda T nas derivações V1-V3. Realizou angiotomografia computadorizada torácica com evidência de tromboembolismo pulmonar com envolvimento de ambas as artérias pulmonares e disfunção das cavidades direitas. Ecocardiograma transtorácico com hipertensão pulmonar moderada. Apesar de início precoce de anticoagulação com heparina de baixo peso molecular (HBPM) em dose terapêutica, a doente apresentou agravamento clínico, com necessidade de admissão em unidade de cuidados intermédios, tendo sido posteriormente submetida a trombólise. Após o procedimento, manteve-se temporariamente medicada com heparina não fracionada (HNF), retomando mais tarde a HBPM. Apesar de evolução clínica favorável, com desmame progressivo de oxigenoterapia, a doente desenvolveu trombocitopenia (valor mínimo de 19000/l). Neste contexto, foi solicitado estudo auto-imune dirigido com anticorpo anti-plaquetares IgG/M negativo mas anticorpo anti-heparina PF4 positivo. Após substituição de HNF por fondaparinux, a doente apresentou normalização da contagem de plaquetas. Assim, admitiu-se o diagnóstico de trombocitopenia induzida pela heparina. Adicionalmente, a doente tolerou a suspensão de oxigenoterapia e evoluiu com resolução da disfunção cardíaca direita e melhoria da hipertensão pulmonar. Após estudo etiológico, identificou-se como provável causa de evento tromboembólico uma trombose venosa profunda dos membros inferiores em contexto de síndrome de anticorpo fosfolipídico.

Discussão/Conclusão: Este caso descreve uma causa rara e importante de trombocitopenia, relembrando a importância do conhecimento da terapêutica e os seus potenciais efeitos adversos durante a abordagem de qualquer doente. Permite ainda rever a clínica sugestiva de uma trombocitopenia induzida pela heparina, o estudo serológico a requisitar para confirmação, bem como o seu tratamento.

POSA-039 - (2493) - ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES ALÉM DAS ARTÉRIAS TEMPORAIS: UMA PERSPETIVA CLÍNICA

Rita Pereira Neto¹; Marco Aurélio Correia¹; Mariana S. Câmara¹; Tatiana Cabral¹; Bernardo Pimentel¹; Francisco Soares Laranjeira¹; Anabela Raimundo¹; Rita S. Ribeiro¹

1 - Hospital da Luz Lisboa

INTRODUÇÃO: A Arterite de Células Gigantes (ACG), é uma vasculite crónica e idiopática, caracterizada por afetar grandes e médios vasos. Enquanto o fenótipo dominante é a Arterite de Células Gigantes Craniana (ACG-C), com envolvimento das artérias cranianas, ela pode apresentar-se com envolvimento não craniano predominante, com aortite e vasculite dos seus ramos proximais; este fenótipo, menos frequente, é conhecido como Arterite de Células Gigantes de Grandes Vasos (ACG-GV) e manifesta-se de forma distinta, habitualmente com febre, sintomas constitucionais, por vezes claudicação dos membros e sem os clássicos sintomas cranianos. Apresenta-se, um caso de ACG-GV:

CASO CLÍNICO: Mulher de 60 anos, com história progressiva relevante de hemorragia intracraniana por cavernoma, recorreu ao Serviço de Urgência por febre, fadiga, cefaleia holocraniana, astenia e emagrecimento com cerca de 1 mês de evolução. Os exames laboratoriais revelaram anemia normocítica normocrómica (Hb= 10.6 g/dL), elevação da Velocidade de Sedimentação (VS=101 mm/h), Proteína C Reativa (PCR=13mg/dL), Ferritina (610ug/L) e ligeira citocolestase. Excluíram-se causas infecciosas através de exames culturais e serológicos e realizou-se Tomografia Computarizada (TC) toraco-abdomino-pélvica contrastada que não mostrou alterações relevantes. Procedeu-se então, a realização de Tomografia por Emissão de Positrões (PET) que demonstrou captação patológica do radiofármaco ao longo do trajeto aórtico, tronco braquicefálico artérias subclávias, ilíacas, femorais, tibiais e peroneais, compatível com aortite e vasculite de grandes vasos. O Ecodoppler arterial não evidenciou inflamação nas Artérias Temporais, motivo pelo qual não se realizou biópsia. Assim, assumiu-se o diagnóstico de ACG-GV e iniciou-se corticoterapia em alta dose, observando-se rápida resolução da febre e sintomas constitucionais, bem como dos parâmetros inflamatórios e normalização das enzimas hepáticas. Posteriormente iniciou Metotrexato e redução progressiva da corticoterapia.

DISCUSSÃO & CONCLUSÃO: Este caso é demonstrativo da heterogeneidade de apresentações clínicas da ACG e conseqüente desafio diagnóstico que ela pode colocar, destacando-se a importância dos exames imagiológicos na sua abordagem. Este caso é singular, uma vez que a sua manifestação é predominantemente não craniana. Realça-se, assim, a necessidade da uniformização de critérios de diagnóstico de ACG que considerem esta variante mais atípica.

POSA-040 - (2496) - BISALBUMINEMIA ASSOCIADA A TRAÇO FALCIFORME.

Líliia Savka¹; Raquel Mendes Boto²; Ana Maria Baltazar¹; Joelma Mendes Valentim¹; Maria José Pires¹; Nuno Reis Carreira¹

1 - ULS Santa Maria; 2 - centro hospitalar lisboa central

Introdução: A bisalbuminémia é uma entidade rara caracterizada pela presença de 2 tipos de albumina sérica na eletroforese de proteínas, existindo a hereditária/familiar e a adquirida. A bisalbuminemia familiar, entidade rara, não apresenta consequências patológicas ou necessidade de tratamento. A forma adquirida associa-se ao uso recente de beta-lactâmicos, evidência de pseudocistos pancreáticos, diabetes mellitus, hipertireoidismo, cirrose, síndrome nefrótica, mieloma múltiplo ou sarcoidose.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 30 anos, melanodérmico. Saudável. Referenciado a consulta de Medicina Interna por microcitose e hipocromia, sem alteração de hemoglobina. Negava qualquer sintomatologia ou medicação habitual. Referia ter filho menor com provável doença hereditária, não sabendo especificar. Sem alterações ao exame objetivo. No estudo laboratorial foi solicitada electroforese das proteínas, que apresentava uma bisalbuminemia. Sem disfunção renal e hepática, hemoglobina glicada normal, sem alterações do metabolismo do ferro, excluída talassemia, sem disfunção tiroidea, excluída possibilidade discrasia plasmocitária. Doente negou toma recente de beta-lactâmicos e foram excluídos quistos pancreáticos. Solicitada cromatografia de hemoglobinas, com evidencia de traço falciforme, fator decisivo para a presença de bisalbuminémia.

Conclusão: A bisalbuminémia é uma condição pouco frequente, manifestando-se de forma incidental. No entanto, em certos casos poderá ser um indicador de doença subjacente, o que justifica uma investigação de outras etiológicas potencialmente passíveis de tratamento.

POSA-041 - (2503) - HEMORRAGIA POR CAVERNOMA DO NÚCLEO CAUDADO DIREITO: UM CASO CLÍNICO

Joana Reis¹; Ana Glória Fonseca¹; Beatriz Correia¹; Daniel Duarte¹

1 - Unidade Local de Saúde Almada-Seixal

Introdução: Angiomas cavernosos (cavernomas) são um tipo de malformação cerebrovascular caracterizada por tufo de capilares a nível da substância branca. Podem manifestar-se por hemorragia, crises convulsivas ou défices neurológicos focais. O diagnóstico é imagiológico. Apresentamos o caso de hemorragia intracerebral (HIC) de um cavernoma do núcleo caudado direito.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 79 anos, autónomo, com história pessoal de hipertensão arterial, dislipidémia, bloqueio atrioventricular de 2º grau sob pacemaker, ex-fumador (40 unidades maço-ano), gota e hipoacusia. A medicação habitual incluía atorvastatina, alopurinol, pantoprazol, perindopril+indapamida e lercanidipina. Recorreu à urgência por mioclonias do membro superior direito desde o dia anterior, bem como cefaleia holocraneana, lombalgia direita e apatia com 3 dias de evolução. À admissão objetivaram-se dor à palpação lombar direita e presença do sinal de Romberg, sem outras alterações. Analiticamente destacava-se um tempo de protrombina de 13,9 seg e um tempo de tromboplastina parcial ativada de 38,8 seg. As tomografias computadorizadas craneoencefálicas à entrada e às 24h demonstraram hemorragia em fase subaguda do núcleo caudado capsular direito, em possível relação com angioma cavernoso. A ressonância magnética craneoencefálica (RM-CE) descreveu HIC na cabeça do núcleo caudado direito, favorecendo hemorragia microangiopática de causa hipertensiva ou de origem malformativa vascular secundária a cavernoma. Discutiu-se com a Neurocirurgia, decidindo-se abordagem conservadora e orientação para consulta. O doente evoluiu com marcha atáxica, que melhorou sob reabilitação motora. Teve alta clinicamente melhorado ao 13º dia de internamento.

Discussão: A clínica de mioclonias, cefaleia, apatia, desequilíbrio e marcha atáxica é justificada pelo acidente vascular cerebral hemorrágico do núcleo caudado direito. A maioria dos cavernomas são tratados conservadoramente com vigilância clínica anual, estando a cirurgia reservada para casos de epilepsia refratária, HIC recorrente e défices neurológicos progressivos. A localização da lesão e as comorbilidades podem condicionar a intervenção cirúrgica, como no caso descrito.

Conclusão: Os cavernomas são uma causa estrutural, rara de HIC. O tratamento numa fase aguda segue as linhas gerais do acidente vascular cerebral hemorrágico. O diagnóstico definitivo por RM-CE e a abordagem multidisciplinar permite definir a estratégia a longo prazo.

POSA-042 - (2506) - DOENÇA DE STILL NO ADULTO, O DESAFIO DIAGNÓSTICO

Isabel Ribeiro Ferreira¹; João Pedro Santos¹; Monica Godinho¹; Garcieth Gomes¹; Clara Matos¹; Teresa Branco¹

1 - Hospital Fernando da Fonseca

INTRODUÇÃO A Doença de Still no Adulto (DSA) é uma doença inflamatória rara caracterizada por febre, artralgias e exantema, mas também por adenopatias e polisserosite. O tratamento foca-se no controlo da inflamação com anti-inflamatórios não esteroides, glucocorticoides ou biológicos, consoante a gravidade.

CASO CLÍNICO Mulher de 61 anos, sem antecedentes relevantes. Admitida no Serviço de Urgência por um quadro de 3 semanas de cansaço para pequenos esforços, dispneia, sensação de febre não quantificada, perda ponderal (10 quilogramas) e artralgias nas articulações interfalângicas proximais e joelhos. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios (Leucócitos 16.400/ μ L, Neutrófilos 87%, Proteína C Reativa (PCR) 35.49 mg/dL, velocidade de sedimentação (VS) 140mm). Realizou uma tomografia computadorizada (TC) torácica que revelou um derrame pericárdico de grande volume, derrame pleural bilateral de médio volume e gânglios mediastínicos com dimensões infra patológicas.

Durante o internamento, foi realizado estudo etiológico extenso, descartando-se etiologia infecciosa, autoimune, neoplásica e metabólica. Realizou ainda ecodoppler dos troncos supra-aórticos e das artérias temporais sem sinais de envolvimento vasculítico e tomografia por emissão de protões (PET) sem alterações.

Durante o internamento não realizou terapêutica corticosteroide, com melhoria clínica e analítica paulatinas, com melhoria ligeira do padrão febril, mas mantendo artralgias, e com redução dos parâmetros inflamatórios (PCR 5.79 mg/dL, VS 76mm e Ferritina 415ng/mL).

Teve alta para a consulta de Medicina Interna, onde ainda realizou um estudo medular que também foi inconclusivo, pelo que foi assumido o diagnóstico de DSA.

Do ponto de vista evolutivo, sem terapêutica específica, 1 mês após a alta a febre cessou, mas mantinha artralgias e cansaço para esforços ligeiros; 6 meses após alta estava assintomática, com normalização da ferritina e com VS e PCR em dinâmica descendente (48mm e 1,47 mg/dL respetivamente).

DISCUSSÃO A DSA é uma doença rara com uma clínica multissistémica. Existem algumas combinações de critérios que visam facilitar o diagnóstico, mas em todos a DSA é um diagnóstico de exclusão. No presente caso, após um estudo extenso negativo, admitiu-se DSA monofásica.

CONCLUSÃO O diagnóstico da DSA é um desafio, e com este caso pretendemos sensibilizar para um reconhecimento rápido da DSA, de forma a reduzir o tempo, custo e quantidade de exames para o diagnóstico.

POSA-043 - (2512) - MIOCARDIOPATIA DE TAKOTSUBO: UM MERGULHO DE PARTIR O CORAÇÃO

Isabel Viana Novo¹; Sílvia Ferreira De Oliveira¹; Filipa Guedes¹; Olinda Miranda¹; Carla Melo¹; Mário Esteves¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Ave, EPE

A Miocardiopatia de Takotsubo (MT) é rara e reversível. Caracteriza-se por disfunção sistólica transitória do ventrículo esquerdo, mimetizando uma síndrome coronária aguda, geralmente desencadeada por stress físico ou emocional. As manifestações clínicas incluem dor torácica, dispneia, alterações eletrocardiográficas e elevação das enzimas cardíacas. Imagiologicamente, caracteriza-se por acinesia apical ventricular, com hipercontratilidade basal compensatória, sendo a angiografia coronária essencial para excluir doença arterial obstrutiva.

Mulher de 54 anos, sem antecedentes relevantes, admitida no Serviço de Urgência em contexto de periafogamento e hipotermia, após queda num tanque de água insalubre e, associado a extremo stress emocional e físico. Após avaliação inicial no SU foi diagnosticada com Pneumonia de Aspiração e rabdomiólise. Iniciou antibioterapia e fluidoterapia. Na reavaliação, a doente referiu dor torácica e astenia após a queda. O eletrocardiograma apresentava inversão da onda T em nas derivações de V2 a V6 e os marcadores de necrose miocárdica encontravam-se elevados (CK-MB 915U/L; Troponina I 4587,2pg/mL). Tendo em conta o contexto clínico de grande stress emocional e a suspeita diagnóstica, realizou um ecocardiograma transtorácico que evidenciou presença de acinesia dos segmentos medioapicais do ventrículo esquerdo (VE) e hipercontratilidade compensatória dos segmentos basais, com função sistólica do VE moderadamente deprimida (33-36%). A coronariografia não revelou doença obstrutiva e foram excluídos outros diagnósticos, tendo-se confirmado o diagnóstico de MT. Dado ser uma doença induzida por catecolaminas, iniciou um β -bloqueante e inibidores da enzima de conversão da angiotensina, até à recuperação da função cardíaca. Após estabilidade clínica, a doente teve alta para reavaliação em consulta externa de Medicina Interna.

A MT tem um excelente prognóstico e uma baixa mortalidade, com história natural aparentemente benigna e recuperação integral da função ventricular, a qual ocorre de uma forma relativamente rápida. Contudo, a disfunção sistólica aguda que ocorre na MT com valores inferiores a 40%, comporta um risco elevado de morbimortalidade (edema pulmonar, choque cardiogénico, rotura livre da parede, trombo apical). Um elevado grau de suspeição é essencial para um diagnóstico célere e uma abordagem correta e sistematizada, evitando tratamentos potencialmente deletérios para a função cardíaca do doente.

POSA-044 - (2525) - CARCINOMA HEPATOCELULAR EM DOENTE COM BAIXO GRAU DE SUSPEIÇÃO

Emanuel Fernandes¹; Jerina Nogueira¹; Ana Paula Rezende¹; Augusto Mendonça¹; Isabel Lavadinho¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo- Hospital Drº José Maria Grande

Mundialmente verifica-se uma incidência crescente de carcinoma hepatocelular (CHC) e Portugal é um dos países da Europa com maior incidência e mortalidade associada. Apesar de uma larga distribuição etária, o pico de incidência ocorre pelos 70 anos, sendo o sexo masculino o mais acometido. Na Europa ocidental os fatores de risco parecem ser a presença de cirrose, infeção crónica por vírus da hepatite C e consumo alcoólico.

Homem, 50 anos, sem antecedentes patológicos, recorre à urgência por dor abdominal ligeira associada a anorexia, náuseas, vómitos matinais, escleróticas ictéricas e colúria com instalação progressiva desde há duas semanas. Apurou-se um consumo alcoólico mantido de 90g/dia e uma perda ponderal de 10kg nos últimos 2 meses. Sem estigmas de doença hepática crónica. Com 13300/μl Leucócitos, Trombocitopenia de 50000/μl, AST de 223 U/L, ALT de 51 U/L, GGT de 1043 U/L, Fosfatase de 220 U/L, LDH de 808 U/L, Albumina de 3g/dl, INR 1.46, Bilirrubina total de 11.50 mg/dl e direta de 9.59 mg/dl, alfafetoproteína 9.5ng/ml e CA 19.9 624.2 U/mL. A Ecografia abdominal evidenciava esteatose hepática e painel de vírus era negativo. Em TAC abdominal verificou-se uma lesão hepática nodular de 3cm de diâmetro com captação centrífuga de contraste. Dada a evolução positiva com paulatina melhoria da clínica e analítica, o quadro foi inicialmente interpretado como tendo uma etiologia tóxica. Posteriormente realizou RMN abdominal para avaliação da lesão hepática tendo esta sido caracterizada como sólida, de 5,1cm e presente no segmento VI. O restante estudo imagiológico foi negativo. Dadas as características imagiológicas e localização da lesão optou-se por não realizar biópsia hepática e assumiu-se o diagnóstico de CHC dada a elevada probabilidade do mesmo. Em endoscopia digestiva alta verificou-se a presença de varizes esofágicas incipientes. Foi feita avaliação pela Cirurgia Hepatobiliar não obtendo indicação para qualquer terapêutica curativa motivo pelo qual, após estabilização, teve alta. Após 15º dias o doente faleceu em contexto de episódio infeccioso e nova descompensação hepática.

Este caso alerta para o facto de que nem sempre o carcinoma hepatocelular surge no contexto de doença hepática crónica exuberante, devendo o clínico estar atento e vigilante para sintomas subtis em doentes com fatores de risco. A vigilância frequente poderá permitir a identificação precoce da doença hepática e prevenção da progressão para estádios de pior prognóstico.

POSA-045 - (2527) - CARIE CIRÚRGICA – CASO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA

Eduardo Macedo¹; Bárbara Rocha²; Luís Reis³; Catarina Oliveira Silva⁴; Catarina Maia Ferreira⁵; Ana Ramôa¹; Marta Mendes¹; Ana Rita Marques¹; Ilídio Brandão¹

1 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde Braga; 2 - Serviço de Cardiologia, Unidade Local de Saúde Braga; 3 - Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde Braga; 4 - Serviço de Nefrologia, Unidade Local de Saúde Braga; 5 - Serviço de Oncologia, Unidade Local Saúde Braga

Introdução:

A Endocardite Infecciosa (EI) é uma infeção bacteriana do endocárdio que afeta uma ou mais válvulas cardíacas e/ou dispositivo intracardíaco. A clínica é heterogénea sendo a febre o sintoma mais comum, geralmente cursando com bacteriémia. Fatores de risco incluem doença cardíaca prévia, uso de drogas endovenosas, implantação de dispositivos, procedimentos cirúrgicos ou dentários. O diagnóstico é baseado em manifestações clínicas, hemoculturas e imagem, aplicando os Critérios de Duke. O tratamento vai desde antibioterapia até cirurgia. O diagnóstico e tratamento precoces são cruciais para o prognóstico do doente.

Caso Clínico:

Homem, 43 anos, com prolapso da válvula mitral e insuficiência mitral severa, recorreu várias vezes ao serviço de urgência (SU) por períodos de febre que cedia ao paracetamol, com 2 meses de evolução. Inúmeras vezes medicado com antibioterapia para domicílio por presunção de infeção respiratória. Recorreu novamente ao SU por febre (temperatura máxima 40°C), associada a astenia e cansaço para pequenos esforços. Apresentava-se taquicárdico (103 bpm), febril (38°C), normotenso, com sopro sistólico e com elevação dos parâmetros inflamatórios. Identificada cárie dentária não tratada, com meses de evolução. Tomografia computadorizada tóraco-abdomino-pélvica sem alterações. Ecocardiograma transtorácico com vegetação no folheto posterior da face auricular da válvula mitral. Foi iniciada antibioterapia empírica com ampicilina e flucloxacilina. Nas hemoculturas foi isolado *Streptococcus mitis/oralis* e descalada antibioterapia para penicilina e posteriormente para amoxicilina e linezolid. O ecocardiograma transesofágico mostrou rotura de corda tendinosa primária a nível do folheto posterior da válvula mitral, pelo que após completadas 4 semanas de antibioterapia eficaz foi submetido a cirurgia com substituição de válvula mitral, sem intercorrências.

Discussão/Conclusão:

A EI pode ter várias complicações como a rotura de corda tendinosa. Há microorganismos mais patogénicos que outros, no caso do *Streptococcus mitis/oralis*, a patogenicidade pode ser mais indolente em contraste com *Staphylococcus aureus*. O caso demonstra como uma simples cárie dentária não tratada pode terminar no bloco operatório em cirurgia cardíaca. Assim, torna-se importante o controlo dos fatores de risco para esta doença, nomeadamente com uma boa higienização oral.

POSA-046 - (2540) - QUANDO SALGAR A COMIDA NÃO CHEGA

Catarina Isabel Lopes¹; Henrique Atalaia Barbacena¹; Inês Matias Lopes¹; Raquel Soares¹; Patrícia Howell Monteiro¹

1 - Hospital de Santa Maria, ULS de Santa Maria

A síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH) é caracterizada pela presença de hiponatremia (hipoNa) hipoosmolar euvolêmica, resultante da secreção central ou periférica não-fisiológica de vasopressina. Esta pode ser idiopática ou secundária a certos fármacos, doenças pulmonares ou do sistema nervoso central e neoplasias, sendo estas responsáveis por 25% dos casos de SIADH. A associação mais frequente é com o carcinoma de pequenas células do pulmão, mas pode associar-se a diversos tipos de neoplasia, nomeadamente hematológicas.

Apresentamos o caso de um homem de 82 anos com diagnóstico de linfoma de células do manto, em remissão após quimioterapia. Recorreu ao serviço de urgência por cansaço, dispneia paroxística noturna e ortopneia com 2 semanas de evolução. Laboratorialmente com hipoNa de 122mmol/L. Assumida insuficiência cardíaca descompensada (ICd) e hipoNa de diluição, sendo instituída terapêutica diurética. Observado em consulta de Hematologia 1 semana depois, com resolução dos sintomas congestivos mas agravamento da hipoNa (113mmol/L), sugerindo-se aumento da ingestão de sódio. Uma semana depois, lentificação psicomotora, desequilíbrio da marcha e persistência de hipoNa hipoosmolar grave, sendo internado no serviço de Medicina Interna. Do estudo etiológico: função renal, função tiroideia, cortisol, ACTH, renina e aldosterona sem alterações; hipouricémia; copeptina-proAVP aumentada; urina 24h com sódio 50mmol/L e osmolaridade 438mOsm/Kg; TC-CE sem lesões agudas. Do ponto de vista hematológico, leucocitose/linfocitose, com imunofenotipagem do sangue periférico a revelar população linfocitária B monoclonal 12.60%, CD5+,CD19+,CD20+. TC de corpo com adenomegalias supra e infradiaphragmáticas e esplenomegália. Admitido o diagnóstico de SIADH em relação com recidiva de linfoma do manto, com contributo de hemodiluição associada a ICd. Por hipoNa sintomática de 105mmol/L, realizado tratamento inicial com soro hipertónico. Posteriormente, sob restrição hídrica e terapêutica diurética, estabilização da natremia nos 130mmol/L e resolução clínica completa.

A hipoNa no doente oncológico está associada a diminuição do performance status, menor eficácia dos tratamentos oncodirigidos e aumento global da morbi/mortalidade. Este caso destaca a importância do diagnóstico diferencial e dificuldade do manejo da hipoNa, em particular de etiologia multifactorial. Ilustra ainda a associação rara entre a SIADH e as neoplasias hematológicas.

POSA-047 - (2542) - HIPERCALCEMIA MALIGNA – ONDE ESTÁ O WALLY?

Catarina Maia Ferreira¹; Ana Ramôa²; Eduardo Macedo²; Maria Manuel Pereira¹; Catarina Oliveira Silva³; Bárbara Rocha⁴; Luís Reis⁵; Marta Mendes²; Ana Rita Marques²; Ilídio Brandão²

1 - Serviço de Oncologia Médica, Unidade Local de Saúde de Braga; 2 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Braga; 3 - Serviço de Nefrologia, Unidade Local de Saúde de Braga; 4 - Serviço de Cardiologia, Unidade Local de Saúde de Braga; 5 - Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: A hipercalcemia pode ter várias etiologias, nomeadamente neoplásica, estando presente até 44% nos doentes com cancro, sobretudo em estadios avançados. A hipercalcemia maligna pode derivar da produção de hormona paratiroideia related protein (PTHrP) ou de metástases osteolíticas, mais frequentes no mieloma múltiplo, cancro da mama e do pulmão. Na presença desta síndrome paraneoplásica, é importante uma extensa investigação etiológica para se obter um diagnóstico definitivo, que poderá ter implicações terapêuticas e prognósticas.

Caso Clínico: Homem de 73 anos, autónomo, antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e tabagismo ativo (54 UMA), trazido ao serviço de urgência por quadro de adinamia, astenia e desorientação com uma semana de evolução, associado a perda ponderal de 7% e lombalgia há 2 meses. Analiticamente com anemia (hemoglobina 10,4 g/dL), lesão renal aguda (creatinina 1,6 mg/dL), hipercalcemia (cálcio ionizado 2,42 mmol/L; cálcio corrigido 11,7 mg/dL) e elevação da desidrogenase láctica (287 U/L). Eletrocardiograma normal. Tomografia computadorizada (TC) de crânio com lesão óssea parietal direita “compatível com angioma”. Foi internado no serviço de Medicina Interna para tratamento e estudo etiológico. Do estudo: PTH frenada (11 pg/mL), eletroforese de proteínas séricas sem picos monoclonais e imunofixação sem alterações. Radiografia da calote craniana e ressonância magnética (RM) cerebral sem lesões líticas. RM da coluna lombar com fratura recente de L4 e várias lesões ósseas líticas enquadráveis com infiltração neoplásica. TC de tórax com enfisema centrilobular, sem lesões sugestivas de neoplasia pulmonar. Ecografia tiroideia com nódulos tiroideus, sem critérios para biópsia, e formações ganglionares cervicais de morfologia suspeita. Ecografia prostática sem alterações, PSA normal. Realizada biópsia óssea: compatível com metástase óssea de carcinoma espinocelular de primário desconhecido. Após um internamento prolongado e progressiva deterioração do estado geral, o doente acabou por falecer.

Discussão/Conclusão: A hipercalcemia maligna está presente em 10-25% dos doentes com neoplasia pulmonar, sobretudo em estadios avançados do carcinoma de células escamosas, e confere pior prognóstico. Este caso clínico pretende ilustrar que o achado de metastização de um tumor primário desconhecido pode constituir um verdadeiro desafio diagnóstico, ainda que, neste caso, não tenha tido interferência no desfecho final.

POSA-048 - (2548) - ANGIOSSARCOMA – UM CASO CLÍNICO

Carolina Câmara¹; Sandra Gouveia¹; Pedro Gabriel Almeida¹; Natacha Amaral¹; António Gonçalves¹; Carolina Vidal¹; Inês Moreira¹; Miguel Oliveira¹; Ricardo Raposo¹; Rita Albergaria¹; Luís Dias¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

O Angiossarcoma é uma neoplasia vascular rara, porém de elevada agressividade com altas taxas de recidiva local e metastização precoce. Clinicamente pode confundir-se com doenças infecciosas e inflamatórias, dificultando o diagnóstico precoce. A biópsia é essencial para o diagnóstico.

Caso de um homem de 35 anos, com antecedentes de Leucemia aguda na infância, Meningioma da clinoide e Epilepsia. Recorreu ao Serviço de Urgência por tumefação inguinal esquerda e odinofagia com dois meses de evolução. Sem outra sintomatologia, nomeadamente sintomas constitucionais. À observação, volumosas massas de consistência pétrea a nível das regiões inguinal esquerda e cervical anterior submandibular esquerda. Realizou ecografia de tecidos moles evidenciando volumosa massa inguinal esquerda, heterogénea e bem definida. Internado na Medicina Interna para continuação de estudo. Do estudo complementar realizado a destacar: Tomografia computadorizada cervicotoracoabdominopélvica com evidência de “Volumosas massas suspeitas cervical no osso hioide (29x33x43mm) e região inguinal esquerda (68x60x44mm). Nódulos hepático (11mm), no corpo vertebral de D6 (6mm) e pulmonares múltiplos (diâmetros entre 4 e 14mm) favorecendo deposição secundária. Nódulo renal (9mm) a esclarecer. Dado achados de tumores de diversos sistemas ponderar eventual contexto sindrómico.” e Ressonância magnética abdominopélvica com “Nódulo hepático no segmento II compatível com metástase. Vários nódulos hepáticos hipercaptantes que poderão ser da mesma natureza ou adenomas hepatocelulares. Nódulo no 1/3 do rim esquerdo (10mm) sugestivo de Carcinoma de células renais. Massa inguinal esquerda (67x61x52mm) sugestivo de natureza sarcomatosa.” Atendendo aos achados imagiológicos, realizou biópsia ecoguiada da massa cervical. Exame anatomopatológico demonstrou aspetos morfológicos de neoplasia maligna vascular, células tumorais com imunoexpressão difusa e forte de CD81 e ERG e focal de AE1/AE3. Não foram documentados rearranjos do gene SS18, não favorecendo a hipótese de Hemangioendotelioma epitelióide. Tendo em conta o diagnóstico de Angiossarcoma com metastização pulmonar, óssea, hepática e ganglionar múltipla, iniciou seguimento em Oncologia. Discutido com o doente as opções terapêuticas, tendo este recusado quimioterapia dirigida. Atualmente, também seguido em Cuidados Paliativos.

POSA-049 - (2564) - DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA COMPLICADA DE EMPIEMA BILATERAL

João Corrêa¹; Maria De Sá Pacheco¹; João Pereira¹; Sara Begonha¹; Ana Patrícia Silva¹; Joana Coelho¹; Renato Gonçalves¹; Juliana Barata¹; Mafalda Baptista¹; Marlene Louro¹; Dália Estevão¹; Maria Jesus Valente¹; Leopoldina Vicente¹

1 - Unidade Local de Saúde da Cova da Beira

INTRODUÇÃO: A pneumonia por pneumococcus representa 20-25% das pneumonias adquiridas na comunidade, sendo que nos doentes com necessidade de hospitalização, até 20% apresenta doença pneumocócica invasiva (DPI) associada a maior taxa de complicações, como o empiema (presente em até 5% dos casos de DPI), e uma taxa de mortalidade de 20-30%.

CASO CLÍNICO: Homem, 38 anos, com hábitos tabágicos e etílicos, recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de febre, arrepios, mialgias e artralguas desde há 2 semanas e, nos últimos 5 dias, astenia, anorexia, tosse produtiva mucopurulenta e dispneia. No SU objetivou-se hipóxia (P/F 371), elevação da Proteína C Reativa (56.66 mg/dL), Procalcitonina (142.22 ng/mL), Velocidade de Sedimentação (84 mm/h) e Ferritina (2508 ng/mL), disfunção renal (Creatina 3.77 mg/dL e Ureia 146 mg/dL), citólise hepática (elevação 3-5x normal) e consolidação pulmonar bilateral.

A pesquisa de vírus respiratórios foi positiva para Influenza A e identificou-se estirpe multissensível de *Streptococcus pneumoniae* nas hemoculturas, pelo que manteve terapêutica com oseltamivir, ceftriaxone e azitromicina iniciada no SU. Apesar de substancial melhoria dos parâmetros inflamatórios e resolução da disfunção renal e citólise hepática, o doente manteve febre recorrente, anorexia marcada e quadro respiratório em agravamento ao 5º dia, pelo que realizou tomografia computadorizada (TC) torácica que mostrou um extenso derrame pleural bilateral.

Realizou-se toracocentese procedida de drenagem torácica bilateral, com líquido pleural compatível, macroscópica e analiticamente, com empiema. Apesar da remoção de cerca de 3500cc de líquido purulento, doente manteve febre e a TC de controlo ao 10º dia demonstrou agravamento e sinais de organização, tendo sido colocados novos drenos torácicos, de maior calibre, e alterado o antibiótico para piperacilina/tazobactam.

O doente apresentou evolução clínica e imagiológica favoráveis e teve alta ao 27º dia de internamento, sob antibioterapia oral e com orientação para consulta de reavaliação precoce de Pneumologia.

CONCLUSÃO: O derrame pleural é uma das principais complicações associada à pneumonia, devendo-se realizar toracocentese sempre que possível, especialmente em doentes com DPI ou sem evidência de melhoria apesar de antibioterapia adequada. Neste doente, a co-infecção por Influenza, o tabagismo ativo e o excessivo consumo alcoólico foram os únicos fatores de risco encontrados associados à DPI e Empiema.

POSA-050 - (2575) - TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA (PTI) NA GRAVIDEZ – UM DIAGNÓSTICO INAUGURAL E GESTÃO TERAPÊUTICA DESAFIANTES

Catarina Maia Ferreira¹; Ana Ramôa²; Eduardo Macedo²; Catarina Oliveira Silva³; Bárbara Rocha⁴; Luís Reis⁵; Marta Mendes²; Ana Rita Marques²; Ilídio Brandão²

1 - Serviço de Oncologia Médica, Unidade Local de Saúde de Braga; 2 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Braga; 3 - Serviço de Nefrologia, Unidade Local de Saúde de Braga; 4 - Serviço de Cardiologia, Unidade Local de Saúde de Braga; 5 - Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: A Trombocitopenia Imune Primária (PTI) é uma doença autoimune caracterizada por trombocitopenia isolada resultante da produção de anticorpos antiplaquetários. Mais prevalente em mulheres em idade fértil, é identificada pela primeira vez durante a gravidez em 10% dos casos. O tratamento de 1ª linha consiste em corticoterapia e/ou imunoglobulina intravenosa (IgIV). Exacerbações durante a gravidez são comuns, com necessidade de intensificação da terapêutica e estreita monitorização para evitar complicações.

Caso Clínico: Mulher de 37 anos, grávida de 19 semanas (G7A1P5), sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, seguida em consulta de Imuno-Hemoterapia por trombocitopenia detetada no 1º trimestre (plaquetas 89.000/uL), enviada ao serviço de urgência por agravamento da trombocitopenia (<10.000/uL). Assintomática, sem clínica hemorrágica. Analiticamente com anemia ferropénica (hemoglobina 11,6 g/dL), elevação de velocidade de sedimentação (48 mm/h) e proteína C reativa (7 mg/L), sem hiperbilirrubinemia ou citocolestase. Coagulação normal. Sem esquizócitos ou agregados plaquetários no esfregaço de sangue periférico. Ecografia abdominal sem hepatoesplenomegalia. Por provável PTI, foi internada no serviço de Medicina Interna para início de tratamento. Do estudo: sem consumo de haptoglobina ou complemento; prova de Coombs direta negativa; eletroforese sem picos monoclonais; serologias víricas negativas; pesquisa de antígeno H. pylori fecal negativa; autoimunidade negativa (ANA, anti-dsDNA e anticorpos antifosfolípeos). Durante o internamento, iniciada corticoterapia: metilprednisolona 1g durante 3 dias, posteriormente alterada para prednisolona 60mg/dia. Por ausência de resposta, administrada IgIV 1g/kg/dia durante 2 dias, com melhoria. Teve alta orientada para consulta de Medicina. Pesquisa de anticorpos antiplaquetários negativa. Dois meses depois, por agravamento da trombocitopenia sob corticoterapia, necessidade de realizar IgIV em ambulatório por duas vezes. Com 28 semanas de gestação, a doente mantém seguimento em consulta.

Discussão/Conclusão: Com uma elevada variabilidade clínica, sobretudo na gravidez, é comum a PTI apresentar exacerbações neste período, mesmo sob terapêutica de 1ª linha. Não existe consenso quanto ao tratamento de 2ª linha na grávida, o que dificulta a gestão terapêutica destas doentes. Apesar do maior risco hemorrágico associado, não estão descritos casos de morte materna ou de complicações major.

POSA-051 - (2586) - FEBRE Q PRIMÁRIA – UM CASO CLÍNICO

Rafael Freitas¹; Ana Maria Carvalho²; Ana Maria Neves⁴; Raquel Moura⁵;
Inês Pinho²; Paulo Carrola²; José Presa Ramos²; Núria Condé Pinto³

1 - Unidade Local Saúde Alto Minho; 2 - Unidade Local Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro; 3 - Unidade Local de Saúde do Médio Ave; 4 - Unidade Local de Saúde de São João; 5 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Introdução

A febre Q é uma zoonose de distribuição mundial, maioritariamente assintomática nos animais, transmitida aos seres humanos sobretudo através de partículas inaladas. Clinicamente, pode-se apresentar de forma inespecífica e passar despercebida, sobretudo pela insuficiente exploração do contexto epidemiológico, sendo uma doença ainda subdiagnosticada e subnotificada em Portugal.

Caso Clínico:

Trazemos o caso de um doente de 55 anos, sexo masculino, com antecedentes de dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2, residente em zona rural, realizando atividade agrícola de forma regular com plantação de vegetais em horta própria. Por vezes com presença de ratos e ratazanas na mesma. Sem contacto direto com gado ou outro tipo de animais. Apresentou-se no serviço de urgência com um quadro de febre (com intervalos de 8h) e astenia com cerca de 3 semanas de evolução, já medicado com amoxicilina e ácido-clavulânico durante uma semana, sem melhoria. Sem alterações ao exame objetivo, nomeadamente sem lesões cutâneas. Analiticamente com hepatite aguda inicialmente mista com AST 71 U/L, ALT 86U/L, GGT 279U/L, e FA 456U/L, sem hiperbilirrubinemia, e aumento das proteínas de fase aguda (PCR 19,27mg/dL). Imagiologicamente com hepatoesplenomegalia, sem outras alterações. Ecocardiograma transtorácico sem alterações. Do estudo etiológico realizado, observada positividade no estudo de biologia molecular de *Coxiella burnetti* e aumento de anticorpos anti-cardiolipinas (375 MPL U/mL). Posteriormente verificada positividade para serologias de fase II IgM e IgG para *Coxiella burnetti*, confirmando-se o diagnóstico de febre Q primária. Iniciou antibioterapia com doxiciclina associada a hidroxicloroquina com melhoria lenta mas progressiva das enzimas hepáticas e do estado geral, bem como resolução da febre.

Discussão e conclusão:

A doença causada por *Coxiella burnetti* é complexa e polimórfica, endémica em Portugal, que pode levar a elevada morbimortalidade se não for identificada e tratada atempadamente, pelo que a sua suspeita precoce e adequada investigação epidemiológica é central.

POSA-052 - (2600) - DEVEMOS PENSAR EM LEPTOSPIROSE.

Sandra Yaneth Sepúlveda¹; Ana Rita Santos¹; Monica Spencer¹; Catarina Serafim¹; Pedro Costa¹

1 - ULSBA Baixo Alentejo, Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução:

A leptospirose é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Leptospira*. Este microrganismo está presente na urina ou fluídos de ratos, cães, e outros animais infetados, sendo a pele com lesões e mucosas expostas as portas de entrada habituais da bactéria. Os principais sintomas são febre, cefaleia, mialgias, vômitos, dor abdominal e icterícia. O período de incubação da bactéria varia de 2 a 30 dias.

Caso Clínico:

Reporta-se o caso de um doente de 52 anos, sexo masculino, com antecedente de trauma crânio encefálico grave por acidente de viação em 1999, com sequelas de disartria e hemiparesia braquial direita. O doente é trazido ao serviço de urgência por ter sido encontrado sincopado em casa. Recuperação do estado de consciência na urgência. Referia queixas de dor abdominal difusa com uma semana de evolução, mais localizada nos quadrantes direitos, sem queixas de prurido e sem febre. À observação inicial o doente estava consciente, orientado, colaborante e com icterícia. Sem encefalopatia. Analiticamente com hiperbilirrubinémia muito marcada à custa da bilirrubina direta 18.69 mg/dL bilirrubina total 20,3 mg/dl, trombocitopenia 24, leucocitose 12.540, PCR 16mg/dl e lesão renal aguda com creatinina 4.49mg/dL.

Fez ressuscitação volémica e inicia antibioterapia com piperazilina + tazobactam empiricamente. Agravamento progressivo do estado clínico com aumento da retenção azotada e da colestase hepática e oligoanúria, pelo que foi admitido no Serviço de Medicina Intensiva. Iniciou técnica de substituição renal que cumpriu durante 72h. Manteve aumento da bilirrubina total até um máximo de 40mg/dL com 35 mg/dl de bilirrubina direta. Não requereu suporte vasopressor. Função tiroidea normal, estudo imunológico normal, anticorpos anti VHC positivo mas carga viral negativo.

Colocada hipótese de Leptospirose pelo que iniciou ceftriaxone durante 7 dias, posteriormente obtendo-se resultados laboratoriais de IgM de leptospira positivos.

Doente com melhoria clínica progressiva com diminuição do padrão colestásico, pelo que foi transferido novamente para o Serviço de Medicina Interna, onde terminou o seu tratamento médico com melhoria da função renal e hepática com posterior alta para o domicílio.

Conclusão:

Apesar de o doente não ter febre, apresentava icterícia, dor abdominal e também alteração da função renal e hepática sem outra causa aparente, pelo que a hipótese de Leptospirose deve ser sempre um diagnóstico a considerar.

POSA-053 - (2604) - ULCERAÇÃO ESOFÁGICA DIFUSA

Tatiana Soares Correia¹; Andreia Sousa¹; Maria Ines Rocha¹; Francisco Ribeiro¹; Tomás Novais¹; Filipa Monteiro¹; Francisca Abecasis¹; Conceição Escarigo¹; Francisca Delerue¹

1 - Hospital Garcia de Orta

A doença do refluxo gastro esofágico (DRGE) é uma patologia muito frequente na nossa população (cerca de 10 a 20% nos países ocidentais) com um espectro de apresentação vasto e muitas vezes subvalorizada.

Apresenta-se um caso de uma mulher de 67 anos, previamente sem patologias conhecidas por não ter seguimento médico regular e que foi internada por acidente vascular isquémico lacunar. Durante o internamento apresentou anemia ferropénica de novo com queda de 3 grama de hemoglobina e sem perdas hemáticas visíveis. A doente negava qualquer sintomatologia digestiva, nomeadamente pirose, náuseas, vômitos, ou alterações do trânsito intestinal. Neste contexto realizou tomografia computadorizada que revelou no esófago distal “proeminência parietal concêntrica difusa, inespecífica”. Prosseguiu-se o estudo com a realização de endoscopia digestiva alta que revelou “Ao longo de todo o esófago e com agravamento distal, observa-se mucosa circunferencialmente ulcerada, profunda na zona distal, com algumas áreas de necrose”. Perante a gravidade das lesões foi inicialmente colocada a hipótese de isquemia, que foi excluída após angio-tomografia computadorizada de tórax. De igual forma a doente não apresentou sinais de infeção ativa a favorecer etiologia infecciosa. Quando questionada, a família da doente referiu que esta apresentava intolerância ao decúbito após as refeições e episódios de regurgitação alimentar. Tendo em conta a extensão das lesões encontradas e a história apurada, assumiu-se como etiologia mais provável para as lesões encontradas DRGE com vários anos de evolução e clínica pouco valorizada pela doente. A doente manteve-se sob nutrição parentérica exclusiva durante duas semanas tendo posteriormente retomado progressivamente a dieta com tolerância e sem complicações clínicas.

Este caso destaca-se pela exuberância das lesões documentadas em endoscopia com risco significativo de complicações como a infeção ou a rotura e principalmente pela desvalorização por parte da doente dos sintomas prévios, protelando o diagnóstico e possibilidade de tratamento em fases iniciais e benignas da doença.

POSA-054 - (2620) - VASCULITE ANCA-MPO NO IDOSO: COMO ABORDAR E QUE OPÇÕES?

Rita Matos Sousa¹; Carla Ferreira¹; Olga Pires¹; Ana Filipa Martins¹; Joana Morais¹; Rosa Carvalho¹; Maria João Regadas¹; Carlos Capela¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: A vasculite associada a anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) é uma condição potencialmente grave que, não reconhecida e tratada adequadamente, pode levar a complicações severas e até morte. O uso de altas doses de glucocorticoides e outros imunossuppressores tem melhorado significativamente o prognóstico. Por outro lado, as complicações associadas ao tratamento e a existência de co-morbilidades numa população cada vez mais envelhecida, tornam-se uma preocupação crescente. Equilibrar os riscos/benefícios e otimizar rapidamente a dose inicial de corticoterapia (CTT) e a velocidade de redução são essenciais para garantir um tratamento seguro e eficaz.

Caso Clínico: Homem, 90 anos, autónomo, recorreu ao serviço de urgência por dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna e tosse produtiva com expectoração sanguinolenta. Apresentava insuficiência respiratória com necessidade de ventilação não-invasiva. Ficou internado com o diagnóstico inicial de pneumonia. Durante o internamento desenvolveu lesão renal aguda rapidamente progressiva, anúrica, com acidemia metabólica, hipercalemia e hipervolemia refratária a medidas farmacológicas, necessitando de hemodiálise. Foi colocada a hipótese de síndrome pulmão-rim e, em reunião multidisciplinar com Nefrologia e Medicina Intensiva, decide-se não escalar medidas, privilegiando o conforto do doente, devido à baixa reserva fisiológica e mau prognóstico. Apesar da decisão, o doente manteve-se clínica e hemodinamicamente estável. Foi reavaliada a decisão inicial e optou-se por manter hemodiálise como ponte para diagnóstico e foi prosseguido o estudo. Dos resultados destaca-se ANCA-MPO positivos em título elevado. Neste contexto, realizou-se broncofibroscopia que excluiu sinais de hemorragia alveolar ativa e biópsia renal que confirmou achados compatíveis com vasculite ANCA-MPO+. Assim, foram realizados pulsos de Metilprednisolona 125mg e protocolo de rituximab. Foi realizado esquema de desmame rápido de CTT. O doente apresentou boa resposta e teve alta para o ambulatório.

Discussão e Conclusão: Este caso destaca a dificuldade na gestão dos doentes progressivamente mais envelhecidos e com múltiplas co-morbilidades e, no entanto, cada vez com maior grau de autonomia e bom estado geral até idades avançadas. Nestes doentes, é essencial repensar a sua gestão, no sentido de perceber o risco-benefício para doentes com esperança de vida reduzida, mas ainda com vários anos de boa qualidade de vida esperada.

POSA-055 - (2622) - A LONGA MARCHA DIAGNÓSTICA DE UM LINFOMA

Luís Miguel Pereira¹; Rita Tinoco¹; Soraia Mendes¹; Edgar Amaro¹; Natália Fernandes¹; António Carneiro¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais

Os linfomas de Hodgkins (LH) são neoplasias linfóides que se caracterizam pela presença de células de Hodgkin/Reed-Sternberg. A sua classificação está relacionada com a morfologia e imunofenótipo apresentado. Dividem-se em 2 grandes grupos: o LH Clássico, que engloba os sub-tipos esclero-nodular, predomínio linfocitário, celularidade mista e depleção linfocitária; e o LH nodular de predomínio linfocitário. A manifestação mais comum é a de adenopatias cervicais, axilares e por vezes inguinais, acompanhadas de sintomas B.

Reporta-se o caso de um homem de 30 anos, natural do Brasil, que recorreu ao Serviço de urgência por massa cervical dolorosa com 3 meses de evolução, febre, suores nocturnos e emagrecimento.

À avaliação inicial apresentava elevação de parâmetros inflamatórios. Estudo imagiológico por tomografia computadorizada revela a presença de múltiplas adenomegalias cervicais esquerdas, formando um conglomerado com 60 x 35 mm, supraclaviculares bilaterais, axilares esquerdas e mediastínicas supra e infracarinais, infradiafragmáticas, pericelíacas, portocava e lomboaórticas. Estudo revela também imagens nodulares hepáticas e possível lesão expansiva cerebral, que motivaram dúvidas diagnósticas.

Ressonância magnética descartou lesão cerebral. Biópsia hepática demonstrou hepatite granulomatosa de etiologia não determinável. Tomografia por Emissão de Positrões sugestiva de doença linfoproliferativa. Imunofenotipagem de sangue periférico sem alterações de relevo e imunofenotipagem de sangue medular a revelar discreta inversão da razão CD4/CD8 Linfócitos T e ausência de células com características de neoplasia linfóide B madura. Mielograma e biópsia óssea com quadro morfológico compatível com medula reactiva.

Desenrolou-se uma longa e exaustiva marcha diagnóstica, com exclusão de causas infecciosas, auto-imunes, neoplásicas e metabólicas.

1ª biópsia ganglionar demonstrou apenas gânglio reactivo. 2ª biópsia ganglionar inconclusiva para diagnóstico. 3ª biópsia ganglionar apresentava alterações compatíveis com LH. Revisão de amostra em centro oncológico confirmou diagnóstico de LH de subtipo esclero-nodular.

Este caso exemplifica a complexidade diagnóstica do Linfoma de Hodgkin, com as suas múltiplas apresentações clínicas e histológicas. A colaboração inter-especialidades e revisões histológicas foram essenciais para um diagnóstico preciso e tratamento adequado.

POSA-056 - (2623) - ANEMIA FALCIFORME AOS 38 ANOS

Carolina Gomes¹; João Barbosa Barroso¹; Desireé Farinha¹;
Daniela Barbosa Mateus¹; Ana Isabel Oliveira¹; Bruno Ferreira¹; Filomena Esteves¹

1 - Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: A anemia falciforme ou drepanocitose, é uma hemoglobinopatia hereditária, autossômica recessiva e mais comum na raça negra; caracterizada pela presença de hemoglobina mutada, denominada hemoglobina S. Esta apresenta menor capacidade de transportar oxigênio para os tecidos. Adicionalmente a aberrância do formato celular e a menor capacidade de deformação daí inerente, leva à oclusão de territórios vasculares com destruição eritrocitária prematura. Estes fenómenos fisiopatológicos cursam com anemia, icterícia e dor por diminuição de oxigenação tecidual, denominando-se crises drepanocíticas.

Caso clínico: Os autores reportam o caso de uma doente de 38 anos, caucasiana, autónoma e sem história médica de relevo. Admitida por quadro de dor abdominal, náuseas e vômitos com 1 semana de evolução. No exame objetivo destacava-se apenas icterícia das escleras. Analiticamente salientava-se: hemoglobina (Hb) 5.3g/dL, volume globular médio 82.5fL, hemoglobina globular média 25pg, bilirrubina total 1.33mg/dL com direta 0.33mg/dL, lactato desidrogenase 1222UI/L, teste de Coombs negativo, reticulócitos 6.4%, haptoglobina <0.06g/L, esfregaço de sangue periférico com anisocitose e policromatofilia. Realizou TC abdominopélvica que revelou trombo parcial da veia esplénica na região do hilo esplénico. Admitiu-se anemia hemolítica a esclarecer com trombose da veia esplénica, tendo iniciado anticoagulação com enoxaparina. Excluída inicialmente síndrome antifosfolípido e outras trombofilias (Ac. Anticardiolipina, anticoagulante lúpico negativos, proteína C e antitrombina III normais). Realizou posteriormente cromatografia das hemoglobinas que revelou HbA 71.7% e HbS 25.90%, confirmando-se o diagnóstico de anemia falciforme. Complementou estudo com ecodoppler abdominal com evidência de hepatomegalia moderada e esplenomegalia com trombose no segmento proximal da veia esplénica, não oclusiva, com outros ramos hilares aferentes à veia esplénica. Caso discutido com hematologia que sugeriu realização de ácido fólico e referenciação à consulta de hemoglobinopatias.

Discussão & Conclusão: Apesar da sua apresentação mais frequente na raça negra e diagnóstico aquando infância/ adolescência, a anemia falciforme não é uma doença exclusiva deste grupo populacional. Este caso pretende reforçar que esta doença deverá ser considerada no diagnóstico diferencial de anemia hemolítica, mesmo numa população com baixa incidência da mesma.

POSA-057 - (2629) - ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS PÓS-PCR – UM DIAGNÓSTICO POUCO LINEAR

Catarina Rodrigues Da Silva¹; Sofia Santos Pereira¹; Nídia Oliveira¹; Elisa Viegas¹; Henrique Elvas¹; Henrique Santos¹; Carla Santos¹; Ana Albuquerque¹

1 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: O presente caso clínico retrata alterações neurológicas de uma doente internada no serviço de Medicina Intensiva, que, apesar de diferentes diagnósticos diferenciais possíveis e fatores confundidores, acabou por resultar no diagnóstico com uma síndrome neurológica rara e pouco expectável.

Caso Clínico: Mulher de 35 anos, apresentou-se no pós-operatório de uma cesariana com laqueação tubária, com quadro de choque hemorrágico por laceração hepática com hemoperitoneu, com evolução para paragem cardiorrespiratória, revertida após quatro ciclos de suporte avançado de vida. Foi submetida a laparotomia exploradora de urgência, com terapêutica hemostática cirúrgica, e posteriormente admitida no serviço de Medicina Intensiva. Após desmame de sedação, apresentava-se com alucinações visuais, desvio conjugado do olhar para a esquerda, hemianópsia homónima direita, hemineglect direito, hemiplegia direita, plegia do membro inferior esquerdo e reflexo cutâneo-plantar extensor à esquerda. Na TC-CE com hipodensidades corticosubcorticais frontoparietais e parietoccipitais bilaterais e hemisfério cerebeloso esquerdo, que melhor caracterizada por RMN mostrou ser compatível com edema citotóxico, assim como lesões nos gânglios da base à esquerda, traduzindo enfarte subagudo. Admitindo-se uma leucoencefalopatia posterior reversível como patologia base para o quadro neurológico da doente, foi realizado tratamento de causas primárias reversíveis (pós-parto, choque com suporte aminérgico e hipoalbuminémia), verificando-se uma melhoria do quadro neurológico para mRS=2 sob reabilitação fisiátrica.

Discussão: A leucoencefalopatia posterior reversível retrata uma síndrome neurológica rara caracterizada por um quadro de cefaleia, convulsão, alterações cognitivas e visuais transitórias, associadas a edema vasogénico da substância branca dos lobos parietais e occipital, geralmente reversível após tratamento da causa primária. O diagnóstico fundamenta-se na RMN encefálica, sendo o principal diagnóstico diferencial a encefalopatia anóxico-isquémica, que neste caso clínico se assumiu ser o primeiro diagnóstico da doente, podendo, contudo, como nesta situação clínica se salienta, ambas as entidades clínicas coincidir.

Conclusão: Salienta-se no presente caso o diagnóstico pouco expectável, discutindo-se os diagnósticos diferenciais e a investigação diagnóstica levada a cabo.

POSA-058 - (2631) - SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO: UMA ENTIDADE A NÃO ESQUECER NO ESTUDO ETIOLÓGICO DE AVC NO ADULTO JOVEM

Patrícia Sobrosa¹; Maria Inês Risto¹; António Fernandes¹;
Maria Guilherme Muchata¹; José Diogo Martins¹; Joana Couto¹; Luciana Sousa¹;
Diana Guerra¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução

O síndrome antifosfolipídico (SAF) é uma doença autoimune sistémica, que afeta qualquer órgão ou sistema, caracterizada por uma associação de trombose arterial ou venosa recorrente e/ou complicações gestacionais na presença de anticorpos (Atc) antifosfolipídicos. Trata-se de uma síndrome que se manifesta mais comumente por trombose venosa profunda (TVP), contudo, as suas manifestações, não se limitam ao leito venoso, podendo também manifestar-se através de trombose arterial (com ou sem aterosclerose subjacente).

Caso Clínico

Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 56 anos observada em consulta de Medicina Interna após internamento por Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico lacunar. Apresentava como antecedentes familiares, história de AVC em idade jovem em 3 irmãos e o pai com enfarte agudo do miocárdio aos 30 anos. Destaca-se como antecedentes pessoais: 2 AVC isquémicos prévios (38 e 41anos) e história de 2 abortos espontâneos com 12 e 15 semanas de gestação (sem alterações morfológicas detetadas). Do estudo etiológico realizado, realça-se ANA positivo (1/160, especificidade para RNP), Atc anticardiolipina IgG (positivo, título 47) e Atc anti-B2 glicoproteína IgM (positivo, título 41). Repetiu estudo após 16 semanas, mantendo Atc anticardiolipina IgG e Atc anti-B2 glicoproteína IgM positivos em título moderado/alto. Após exclusão de causas secundárias de SAF, foi assumido diagnóstico de SAF primário, cumprindo 2 critérios clínicos (AVC e abortos espontâneos às 12 e 15 semanas) e 2 critérios laboratoriais (Atc IgG anti-cardiolipina e IgM anti-B2 glicoproteína positivos). Neste contexto foi iniciada hipocoagulação com varfarina com INR alvo 2-3, não apresentando novos eventos trombóticos.

Conclusão

O SAF apresenta-se como uma causa de trombozes venosas e/ou arteriais recorrentes, sendo o diagnóstico dependente do reconhecimento das manifestações clínicas trombóticas e/ou gestacionais. Seu diagnóstico depende do reconhecimento das manifestações clínicas trombóticas e/ou gestacionais, juntamente com a solicitação e interpretação adequada de testes laboratoriais para a síndrome.

Destaca-se o caso clínico pela relevância da pesquisa etiológica do AVC em adulto jovem, bem como pela abordagem terapêutica adequada e célere nestes doentes, de modo a evitar complicações trombóticas e maior morbidade.

POSA-059 - (2632) - SÍNDROME DE COMPARTIMENTO ABDOMINAL

Duarte Lima¹; Filipa Macieira¹; Ana Rita Sárrria¹; Teresa Soares Costa¹; Alberto Barbosa¹; Verónica Guiomar¹

1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução

O síndrome de compartimento abdominal (SCA) ocorre na presença de disfunção orgânica associada a hipertensão intra-abdominal, estando associado a elevada morbimortalidade.

Alguns dos mecanismos fisiopatológicos associados incluem depressão da função cardíaca, diminuição do retorno venoso, hipoxemia, lesão renal aguda e diminuição da perfusão intestinal.

Caso clínico

Mulher, 52 anos, obesa e com história de carcinoma seroso do ovário com carcinomatose peritoneal e ascite secundárias, recorre ao Serviço de Urgência por episódio de síncope. Ao exame objetivo, com crepitações bibasais à auscultação pulmonar, edema dos membros inferiores até à raiz da coxa e abdómen distendido, com dor difusa à palpação profunda e sinal da onda ascítica. Do estudo realizado a destacar documentação de tromboembolismo pulmonar bilateral de risco baixo-intermédio, de etiologia paraneoplásica.

No decurso do internamento, com dor abdominal de agravamento progressivo, mesmo após optimização da terapêutica analgésica, e distensão abdominal importante. A destacar o contributo de obstipação, sem resposta à terapêutica laxante, assim como ascite de moderado volume. Evolução com lesão renal aguda anúrica, razão pela qual se realizou imagem que excluiu causa obstrutiva e revelou ascite volumosa assim como dilatação marcada do cólon e sinais compatíveis com hipertensão intra-abdominal.

Assumido, assim, quadro de SCA com disfunção multiorgânica neste contexto, sem possibilidade de descompressão cirúrgica nem resposta a medidas de suporte, pelo que com desfecho desfavorável horas após.

Discussão e conclusão

O SCA é uma condição muitas vezes não reconhecida, visto afetar frequentemente doentes em estado crítico cuja disfunção de órgão pode ser atribuída à progressão da doença primária.

Ainda que o diagnóstico requeira a medição da pressão intra-abdominal, existem achados clínicos e imagiológicos que, no contexto clínico adequado, nos devem motivar a despistar esta entidade com vista à identificação e tratamento precoce destes quadros potencialmente fatais.

POSA-060 - (2640) - CALCIFICAÇÕES ABDOMINAIS - CISTICERCOSE OU HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO?

Beatriz Sá Pereira¹; Zsafia Santos¹; Teresa Costa Pereira¹; Maria Leonor Neves¹; Ana Luísa Lima¹

1 - ULS Amadora Sintra

Introdução: Hiperparatiroidismo primário resulta da secreção excessiva de hormona paratiroidea (PTH) devido a um distúrbio de uma ou mais glândulas paratiroideas, com repercussão no metabolismo do cálcio.

Caso clínico: Mulher de 55 anos, de raça negra, natural de São Tomé e Príncipe, com história médica de hipertensão, dislipidemia e neoplasia da mama operada em 2013. É referenciada à consulta de medicina interna por quadro com meses de evolução e agravamento progressivo de anorexia, cansaço, adinamia, sensação de distensão abdominal e enfartamento precoce, associado a perda ponderal significativa.

Por suspeita de neoplasia, realizou tomografia computadorizada (TC) toracoabdominal e pélvica, que revelou imagem hiperdensa entre ureter direito e veia cava inferior por eventual calcificação, assim como calcificações milimétricas na parede e musculatura abdominal sugestivas de cisticercose muscular. No entanto, a doente não tinha qualquer sintomatologia neurológica, e a TC e a ressonância magnética (RM) do crânio não evidenciaram alterações de relevo. Efetuou ainda exames endoscópicos, sem alterações.

Analiticamente a destacar hipercalcémia de 12.5 mg/dL, fosfatase alcalina de 160 U/L e PTH de 135 pg/mL, sem anemia, disfunção renal ou alteração da função tiróidea.

Realizou ainda ecografia da tiróide, que mostrou um aumento dimensional da glândula paratiroidea inferior direita, com valores de cálcio urinário de 700mg nas 24h. A densitometria óssea foi compatível com osteoporose. Assim, confirmou-se o diagnóstico de hiperparatiroidismo primário.

Discussão/Conclusão: Calcificações em tecidos moles podem ser observados em casos de hipercalcémia de longa data. No caso clínico descrito, as calcificações na parede abdominal observadas nas imagens de TC podem ser associadas ao aumento do cálcio secundário ao hiperparatiroidismo primário.

POSA-061 - (2645) - TUMOR DE CÉLULAS DENDRÍTICAS: A PROPÓSITO DE UM DIAGNÓSTICO RARO DE NEOPLASIA ESPLÉNICA

Rui Jorge Silva¹; Cláudia Coelho¹; Eulália Antunes¹; João Pedro Faria¹; Isabel Silva¹; Sofia Caridade¹

1 - Hospital de Braga

Existem diferentes tumores primários do baço descritos, benignos e malignos, nomeadamente vasculares, linfóides e não linfóides.

Mulher de 58 anos, autónoma, com antecedentes de fibromialgia e neoplasia da mama, tendo realizado quimioterapia, tumorectomia, radioterapia, e atualmente sob hormonoterapia com anastrozol. Encaminhada ao serviço de urgência pelo Médico de Família por anemia e trombocitopenia de novo. Apresentou rash petequial não pruriginoso com início nos membros inferiores e progressão caudal-cefálica, atingindo os membros superiores, dorso e face, mas tendo desaparecido na semana anterior. Associadamente apresentou episódios de epistáxis em diminuta quantidade, com resolução espontânea, e fezes de coloração mais escura, negando retorragias. Negava outros sintomas. Do estudo efetuado, evidenciou-se anemia normocítica e normocrómica ferropénica e por défice de folato, trombocitopenia com plaquetas inferiores a 10000/ μ L, CA 125 e CA 15.3 normais, infeção por *Helicobacter pylori* (que foi erradicada), endoscopias digestivas alta e baixa sem alterações de relevo e tomografia computadorizada abdominopélvica que revelou no baço “bosseladura na vertente medial suprahilar, condicionada por uma formação nodular, hipocaptante, heterogénea, com cerca de 55mm – lesão secundária?”. Tendo em conta quadro compatível com púrpura trombocitopénica imune, realizou terapêutica com dexametasona 40mg/dia por 4 dias, com recuperação do valor de plaquetas para 106000/ μ L. A tomografia por emissão de positrões revelou “hipercaptação de 18F-FDG em lesão nodular na dependência da vertente anterior, medial e superior do baço, levantando a suspeita de lesão neoplásica maligna de alto grau metabólico”. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar de Medicina Interna, Oncologia e Cirurgia Geral, tendo sido decidido realizar-se esplenectomia após vacinação adequada. O exame histológico revelou “tumor de células dendríticas”, sendo a doente posteriormente orientada por Hemato-Oncologia.

Os tumores de células dendríticas são neoplasias raras, que tipicamente ocorrem em nódulos linfóides mas também já foram descritos em locais como o fígado e o baço. O diagnóstico baseia-se na histologia e imunohistoquímica da peça após resseção cirúrgica. Apresentamos este caso pela raridade da situação clínica descrita.

POSA-062 - (2657) - SALMONELOSE: UM DIAGNÓSTICO POUCO FREQUENTE NA ATUALIDADE PORTUGUESA

Rui Jorge Silva¹; Cláudia Coelho¹; Eulália Antunes¹; João Pedro Faria¹; Isabel Silva¹; Sofia Caridade¹

1 - Hospital de Braga

A salmonelose é uma infecção bacteriana causada por diferentes espécies do género *Salmonella*, com vários tipos de manifestações clínicas possíveis. A transmissão ocorre principalmente pelo consumo de alimentos contaminados, como ovos, carne e leite, apesar de ter diminuído consideravelmente com a melhoria das condições sanitárias.

Mulher de 68 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2. Medicada com metformina, perindopril+indapamida, lercanidipina e atorvastatina. Trazida ao serviço de urgência com uma história de 3 dias de diarreia profusa associada a picos febris de 39°C e prostração, após ingestão de ovos caseiros. A gasimetria arterial revelou acidose metabólica com acidemia. O estudo analítico revelou leucocitose (11400/ μ L) com neutrofilia (9900/ μ L), lesão renal aguda com creatinina 9,9mg/dL e ureia 229mg/dL, proteína C reativa 177mg/L e citólise hepática, sem outras alterações de relevo, nomeadamente eletroforese e imunoeletroforese de proteínas sem picos monoclonais e pesquisa de VIH negativa. A tomografia computadorizada abdomino-pélvica revelou “espessamento da parede intestinal, mais evidente no íleo distal com engorgitamento vascular, a favor de íleocolite”. A pesquisa de vírus e Clostridioides nas fezes e os exames microbiológico e parasitológicos de fezes foram negativos, mas as hemoculturas foram positivas para *Salmonella enteritidis*, iniciando-se antibioterapia com ciprofloxacina. À data de alta, apresentava resolução de todos os sintomas e disfunções orgânicas e hemoculturas de controlo negativas.

A *Salmonella* não tifóide tipicamente causa gastroenterite aguda. Em menos de 5% dos casos pode provocar doença disseminada (bacteriémia ou doença extra-intestinal). Havendo bacteriémia, esta é tipicamente causada por *S. enteritidis* ou *S. thphimurium*, sendo fatores de risco a imunodepressão e os extremos de idade. A terapêutica consiste na antibioterapia dirigida (no caso da doença extra-intestinal durante 4-6 semanas) e medidas de suporte do doente. Apresentamos este caso como forma de exemplificar um diagnóstico cada vez menos frequente em Portugal, mas que pode cursar com morbimortalidade importante.

POSA-063 - (2666) - DOIS CASOS DE CARCINOMATOSE PERITONEAL: MAIORES AS SEMELHANÇAS QUE AS DIFERENÇAS

Rui Jorge Silva¹; Cláudia Coelho¹; Eulália Antunes¹; João Pedro Faria¹; Isabel Silva¹; Sofia Caridade¹

1 - Hospital de Braga

Os tumores com primário oculto são uma entidade que corresponde a cerca de 2% de todos os cancros invasivos. A carcinomatose peritoneal é uma das apresentações possíveis, correspondendo a maioria das vezes à metastização de tumores abdominais.

Mulher de 73 anos, autónoma, sem antecedentes e sem medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor abdominal com 4 meses de evolução, náuseas, anorexia, astenia e aumento gradual do perímetro abdominal. Tinha rastreios de cancro da mama, do colo do útero e colorretal atualizados, com endoscopias digestivas alta e baixa sem alterações. A tomografia computadorizada abdomino-pélvica (TC-AP) revelou ascite de pequeno volume e leve densificação mesentérica compatível com carcinomatose peritoneal. A tomografia de emissão de positrões (PET) mostrou achados compatíveis com envolvimento neoplásico maligno (carcinomatose peritoneal), mas sem sugestão de possível neoplasia primária. Realizou-se ecografia ginecológica transvaginal, sem achados de relevo. Foi efetuada paracentese diagnóstica, cujo resultado citológico permitiu o diagnóstico de adenocarcinoma da trompa de falópio.

Mulher de 73 anos, autónoma, com antecedentes de depressão, dislipidemia, obesidade e fibromioma uterino. Recorreu ao SU por dor abdominal difusa com 6 meses de evolução e sensação de aumento gradual do perímetro abdominal, sem outros sintomas. Apresentava rastreio do cancro colorretal atualizado. A TC-AP descreveu ascite de moderado volume e achados compatíveis com carcinomatose peritoneal. A paracentese diagnóstica revelou líquido ascítico com critérios de exsudado. A PET mostrou achados compatíveis com carcinomatose peritoneal e captação de radiofármaco na região anexial esquerda, mas a ecografia ginecológica transvaginal não apresentou lesões suspeitas. Foi realizada laparoscopia exploradora com biópsias de nódulos peritoneais, com diagnóstico de adenocarcinoma seroso do ovário.

Os adenocarcinomas correspondem a cerca de 70% dos tumores com primário oculto, sendo a sua origem possível nos mais diversos órgãos. A sua incidência aumenta com a idade e, regra geral, apresentam mau prognóstico, apesar de este depender do tipo de adenocarcinoma, dos locais das metástases e do estado geral do doente. Apresentamos estes casos pelas inúmeras semelhanças que apresentaram numa situação clínica que, infelizmente, não é infrequente para os Internistas.

POSA-064 - (2670) - TUMOR NEUROENDÓCRINO GÁSTRICO DO TIPO 1 - CASO CLÍNICO

Nadine Amaral¹; Sofia Miranda¹; Inês Moreira¹; Ana Beatriz Amaral¹; Paula Costa¹; Luís Dias¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Os tumores neuroendócrinos (TNEs) gástricos são um tipo raro de neoplasias gástricas bem diferenciadas, cuja incidência tem aumentado nos últimos anos. Os TNEs gástricos do tipo 1 correspondem ao tipo mais frequente, com bom prognóstico, normalmente associados a outras condições clínicas, como gastrite atrófica autoimune.

Homem de 58 anos, com antecedentes de psoríase e tabagismo ativo. Internado no Serviço de Medicina Interna por choque séptico com ponto de partida urinário. Durante o internamento, objetivada anemia com défice grave de vitamina B12 (<83 pg/mL), tendo iniciado suplementação. Do estudo dirigido ao défice de vitamina B12, identificados anticorpos anti-célula parietal positivos e anticorpo anti-fator intrínseco negativo, admitindo-se gastrite atrófica autoimune. A endoscopia digestiva alta (EDA) mostrou gastropatia eritematosa e pólipos gástricos, cuja biópsia revelou hiperplasia de células neuroendócrinas no corpo gástrico e neoplasia neuroendócrina de grau 1 na pequena curvatura e pólipo gástrico na grande curvatura. Do estudo neuroendócrino, destacava-se elevação de cromogranina A (197.1 ng/mL) e gastrina (3175 pg/mL). Realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, sem sinais de disseminação à distância, bem como tomografia por emissão de positrões (PET), com captação aumentada no corpo gástrico. O doente foi encaminhado à consulta de Gastroenterologia, onde mantém seguimento, para realização de EDA para polipectomia e mucosectomia.

Os TNEs gástricos requerem um elevado grau de suspeição para o seu diagnóstico, dada a sua clínica indolente, com expressão analítica limitada. A maioria dos TNEs gástricos são diagnosticados incidentalmente na investigação etiológica de anemia ou sintomas gastrointestinais inespecíficos, sendo a EDA um exame essencial não só para o diagnóstico definitivo, como também para o tratamento adequado.

POSA-065 - (2675) - TROMBOCITOPENIA IMUNE INDUZIDA POR CEFEPIME

Joelma Mendes¹; Liliia Savka¹; Maria José Pires¹; Catarina Lopes¹; Milton Rosa¹; Nuno Reis Carreira¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

Introdução: Cefepime é uma cefalosporina de 4ª geração, utilizada a nível hospitalar, particularmente em infeções graves a agentes multiresistentes. Apesar da sua boa tolerância clínica e perfil de segurança, estão documentados alguns efeitos adversos hematológicos, nomeadamente: combs direto positivo sem hemólise (16%), prolongamento dos tempos de coagulação (2-3%) e eosinofilia (2%). Apesar de ser uma complicação rara (<1%), a trombocitopenia imune (TI) está descrita como passível de ocorrer, especialmente em doentes em estado grave.

Caso Clínico: Homem de 56 anos, internado por fratura compressiva do corpo de L5. Antecedentes de Carcinoma da nasofaringe EBV positivo com metastização ganglionar e óssea múltipla, sob quimioterapia com Gemcitabina. Sob Rivaroxabano no domicílio por Tromboembolismo Pulmonar paraneoplásico, que suspendeu após intercorrência de Hematoma Subdural Agudo no 9º dia de internamento.

Durante o internamento, intercorreu também com diversos picos febris e elevação dos parâmetros inflamatórios, com isolamento em hemocultura de *Serratia marcescens*, tendo cumprido terapêutica dirigida com cefepime. Ao 7º dia de terapêutica com cefepime, identificou-se redução da contagem plaquetária - nadir 59000 vs. 144000 à entrada. Uma vez que se mantinha sem anticoagulação pelo risco hemorrágico, suspeitou-se de TI induzida pelo cefepime, pelo que se solicitou a pesquisa de anticorpos antiplaquetários, que se revelaram positivos por método direto. Assim, suspendeu o cefepime, e cumpriu 5 dias de imunoglobulina e 21 dias de metilprednisolona 1mg/kg/dia com melhoria da trombocitopenia (125000 plaquetas ao 25º dia após suspensão).

Discussão: Dado o aumento da mortalidade associada à TI induzida por fármacos, é importante que haja um forte suspeita clínica para esta entidade quando os doentes apresentam trombocitopenias de novo. Este caso demonstra que a pronta suspeição da entidade, a descontinuação do fármaco suspeito e a terapêutica com corticoterapia e/ou imunoglobulina, permitem reverter o quadro e reduzir os riscos associados a trombocitopenias graves.

POSA-066 - (2678) - ENDOCARDITE COMPLICADA

Filipa Macieira¹; Teresa Santos Costa¹; Constança Azeredo¹; Diana Leite Russo²; Inês Hilário Soldin²; Ivo Cunha¹

1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos; 2 - Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE

Endocardite infecciosa (EI) refere-se à infeção do endocárdio com habitual envolvimento de uma ou mais válvulas cardíacas e pode associar-se a um largo espectro de complicações pluriorgânicas, cujo desenvolvimento vai depender de variáveis como o próprio microorganismo, comorbilidades subjacentes ou tempo de evolução sem antibioterapia. Doença estrutural cardíaca é um reconhecido fator de risco para EI, nomeadamente, doença valvular como o prolapso da válvula mitral.

Homem de 29 anos, atleta federado, com antecedentes de prolapso de folheto anterior da válvula mitral sem impacto hemodinâmico, que recorre ao serviço de urgência por quadro de 1 semana de astenia, hipersudorese e mialgias. Submetido a procedimento dentário 1 mês antes com profilaxia antibiótica. Apresentava-se febril e hipotenso. Analiticamente, leucocitose e elevação de parâmetros inflamatórios. Colhe hemoculturas e inicia antibioterapia empírica com ceftriaxone. Por suspeita de endocardite realiza ecocardiograma transtorácico (ETT) que confirma vegetação na válvula mitral. Posteriormente, em ressonância cardíaca identificado ventrículo esquerdo dilatado com compromisso funcional ligeiro e prolapso severo de ambos os folhetos da válvula mitral. Isolamento de *Streptococcus mitis* e ajustada antibioterapia para penicilina e gentamicina. Evolução clínica favorável com reavaliação ecográfica a revelar menores dimensões da vegetação. Ao 20º dia de internamento identificado ritmo de fibrilhação auricular, sem instabilidade hemodinâmica. Iniciada perfusão de amiodarona com reversão a ritmo sinusal. Repetido ETT a revelar insuficiência valvular mitral de novo e em ecocardiograma transesofágico identifica-se perfuração do folheto posterior mitral. Discutido com cirurgia cardiotorácica, ficando programada intervenção cirúrgica, até à qual houve evolução clínica favorável.

Complicações cardíacas de EI são as mais frequentes, sobretudo insuficiência cardíaca por regurgitação decorrente de dano valvular e podem surgir em qualquer fase de tratamento, o que é evidente neste caso. Os autores pretendem alertar para a importância de baixo limiar de suspeição de EI quando há doença estrutural cardíaca conhecida, mesmo em jovens com ótimo status funcional e valvulopatia minor sem complicações até à data.

POSA-067 - (2686) - COMPLICAÇÃO RARA DE MONONUCLEOSE INFECCIOSA

Carolina Fernandes¹; Catarina Domingues¹; Ana Rodrigues¹; Paula Costa¹; Adriana Bandeira¹; Renato Saraiva¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

A mononucleose infecciosa (MI) resulta da infeção primária pelo vírus Epstein-Barr (EBV) e é caracterizada por febre, faringite e linfadenopatia cervical. É geralmente uma doença benigna e autolimitada, podendo, no entanto, originar diversas complicações que poderão ser fatais.

Descreve-se o caso de um jovem de 21 anos de idade que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por náuseas, anorexia e dor abdominal intensa. Referiu também sensação febril com calafrios apesar de não se objetivar febre. Ao exame objetivo adenopatia indolor submandibular direita e abdómen com dor à palpação profunda dos quadrantes superiores (sobretudo à esquerda). Analiticamente: linfocitose (linfócitos 21.000/ μ L), citólise hepática (alanina aminotransferase 539U/L, aspartato aminotransferase 527U/L), proteína C reativa 21.3mg/L. Tomografia computadorizada (TC) abdominal: hepatomegalia com hipertrofia do lobo esquerdo, volumosa esplenomegalia heterogénea e pequena quantidade de líquido ascítico nos recessos peritoneais inferiores. Excluída infeção pelos vírus da hepatite A, B e C. Confirmado diagnóstico de MI com anticorpos (imunoglobulinas M e G) positivos contra antígeno da cápside viral do EBV. O doente teve alta para o domicílio com indicação para cumprir repouso absoluto no leito. O doente foi reavaliado 4 dias depois e referiu odinofagia ligeira de novo, sem outras queixas. Reavaliação analítica com melhoria da linfocitose e manutenção da citólise hepática. Por manter estabilidade clínica regressou ao domicílio. O doente regressou ao SU treze dias após diagnóstico de MI por desvio da comissura labial para a direita e oclusão incompleta do olho esquerdo identificado ao acordar nesse dia. Ao exame objetivo paralisia do andar inferior e superior da hemiface esquerda com sinal de Bell positivo, sem outros défices neurológicos. Assumida paralisia facial periférica no contexto da mononucleose infecciosa. Prescrito esquema de prednisolona e dada indicação para oclusão regular do olho esquerdo e aplicação de lágrimas artificiais. O doente foi reavaliado em consulta cerca de um mês após início do quadro clínico e mantinha apenas paresia facial periférica, já a cumprir fisioterapia em ambulatório. Resolução dos restantes sintomas e melhoria significativa dos valores das transaminases.

As complicações neurológicas associadas à MI são raras e incluem a paresia facial que pode ser unilateral ou bilateral. Estas manifestações tendem a surgir duas a quatro semanas após início do quadro clínico.

POSA-068 - (2693) - A RARE DIAGNOSIS BEHIND DYSPNEA: THE FORGOTTEN RIGHT HEART

Matilde Vieira Ferreira¹; Gonçalo Bettencourt Abreu¹; Franciso Sousa¹; João Adriano Sousa¹; António Drumond¹

1 - Serviço de Cardiologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM EPERAM, Funchal, Portugal

Introduction: Pulmonary hypertension (PH) is divided into five groups based on causes and pathophysiology. Group IV, Chronic thromboembolic pulmonary hypertension-CTEPH, is a rare, serious condition characterized by persistent high blood pressure in the pulmonary arteries due to blood clots that increase pulmonary vascular resistance. It's estimated that 4% of acute PE develop CTEPH within 2 years.

Case Report: We present a 45-year-old male, smoker with history of deep vein thrombosis and several PE events. He was under anticoagulation and was undergoing follow-up in the thrombophilia appointment, with no known prothrombotic risk factor. He moaned from increased shortness of breath, fatigue with physical exertion and edema of the lower limbs. After assessment by family medicine, he was sent for a transthoracic echocardiogram-TTE, which revealed "severely dilated right cavities, D-shaping of the left ventricle. Depressed longitudinal and radial function of the right ventricle, main pulmonary artery-MPA dilated, and pulmonary artery systolic pressure (PASP) 88 mmHg. Dilated inferior vena cava with reduced collapse". Chest Computed Tomography Angiography revealed "thrombus in the posterior aspect of the left MPA occupying approximately 50% of the lumen. It caused complete obstruction of the arterial branches of the ipsilateral lower lobe. It was considered CTEPH and ventilation-perfusion scintigraphy-V/Q scan, revealed bilateral and extensive PE, compromising 47% of pulmonary perfusion. Right cath was used to measure invasive pressures across the pulmonary tree revealing a pre-capillary PH with findings of intermediate risk. He was started on riociguat and referred for pulmonary endarterectomy (PEA). After 5 months he showed signs of clinical, imagiological and hemodynamic improvement.

Discussion: In CTEPH the clots persist, leading to progressive narrowing of the pulmonary arteries. This results in symptoms such as shortness of breath, chest pain, fatigue and eventually right heart failure if left untreated. Diagnosis often involves multimodal imaging such as TTE, CT angiography and V/Q scan and treatment may include medical therapy, PEA or even lung transplantation.

Conclusion: Some acute PE may develop into chronic PH. The case illustrates the diagnostic challenge and the complexity behind the management of PH and its subgroups as CTEPH. Early detection and intervention are crucial to improve outcomes and quality of life for individuals affected by CTEPH.

POSA-069 - (2698) - COMPLICAÇÕES DA DOENÇA RENAL POLIQUÍSTICA

Carolina Fernandes¹; Cláudia Diogo¹; Ana Ponciano¹; Tiago Seco¹; Renato Saraiva¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

A doença renal poliquística autossómica dominante (DRPAD) é uma doença hereditária multissistémica e progressiva, caracterizada pela formação e crescimento de quistos renais e em outros órgãos (como o fígado, pâncreas). Esta doença causa perda progressiva da função renal, dor no flanco, infeção urinária, hipertensão arterial e alterações vasculares. Apesar de raro, o aneurisma intracraniano é uma manifestação extrarrenal possível e está presente em aproximadamente 5% dos doentes com DRPAD.

Descreve-se caso de homem de 52 anos de idade em seguimento por Nefrologia por DRPAD com doença renal crónica estágio 3b e hipertensão arterial de difícil controlo. Trazido ao Serviço de Urgência por hemiparesia direita e afasia de início súbito. Tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica a revelar hematoma intra-parenquimatoso agudo fronto-parietal esquerdo sem indicação para intervenção neurocirúrgica. O doente foi internado em unidade de cuidados intensivos por necessidade de entubação orotraqueal para proteção de via aérea associada a depressão do estado de consciência e por necessidade de controlo rigoroso de perfil tensional. Após estabilização clínica o doente foi transferido para a enfermaria para continuação de cuidados. À data da transferência o doente encontrava-se prostrado, com afasia global e hemiplegia direita. Feito estudo etiológico com estudo analítico sem alterações relevantes, TC abdominal a revelar fígado aumentado, heterogéneo com múltiplos nódulos hipodensos sugestivos de quistos e rins também de tamanho aumentado com inúmeros quistos bilaterais. Realizada angio-ressonância magnética de crânio dois meses após o evento onde é descrito hematoma fronto-parietal esquerdo em fase subaguda tardia e múltiplos focos infracentimétricos dispersos no parênquima encefálico com predomínio nas regiões núcleo basais e parietal direita traduzindo microhemorragias de provável etiologia hipertensiva, não foram identificadas áreas de irregularidade/estenose nem sinais sugestivos de dilatações aneurismáticas ou malformações vasculares. Assim, assumida hemorragia intra-parenquimatosa de etiologia hipertensiva em doente com DRPAD com hipertensão não controlada. O doente apresentou melhoria lenta mas significativa dos défices neurológicos descritos e foi referenciado para unidade de reabilitação.

A terapêutica da DRPAD está direcionada à redução da morbilidade e mortalidade resultantes de complicações da doença sendo essencial limitar que estas surjam.

POSA-070 - (2704) - UMA CAUSA RARA DE SÍNDROME DE SECREÇÃO INAPROPRIADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA, APESAR DE MUITO USADA NA PRÁTICA CLÍNICA

Natalia Buruian¹; Tiago Valente¹; Henrique Cerveira¹; Daniela Olívia Gomes¹; Marta Valentim¹; Maria Lume¹

1 - Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução:

A síndrome de secreção inapropriada da hormona antidiurética (SIADH), caracteriza-se pela secreção inapropriada da hormona antidiurético na presença da volémia normal, resultando num estado de hiponatremia euvolémica acompanhada pelo aumento da osmolaridade urinária. Existem várias causas de SIADH, uma delas o uso de antibióticos. A azitromicina é um antibiótico muito utilizado na prática clínica e descrito, apesar de muito raro, como uma causa de SIADH.

Caso Clínico:

Mulher de 64 anos, sem antecedentes relevantes e sem medicação habitual, que recorre ao serviço de urgência por dor abdominal, tremor de predomínio distal em repouso e intenção, tonturas e desequilíbrio na marcha sem lado preferencial com uma semana de evolução. Do estudo realizado: sódio (Na) sérico 118 mEq/L, osmolalidade sérica 251, Na urinário 107 mEq/L, osmolalidade urinária 471.0, razão Na/Creat 801; função tiroideia normal, cortisol manhã 24.0 µg/dL, ATCH manhã 21.3 ng/L. Admitida em unidade de intermédios para correção da hiponatremia aguda grave sintomática e vigilância do estado neurológico. Inicialmente assumida hiponatremia hipovolémica pelo que iniciou correção, mas por manutenção de hiponatremia após parar fluidoterapia, reavaliada a situação clínica e assumido SIADH. Realizado estudo alargado com tomografia axial computadorizada de corpo e RMN cerebral sem alterações.

Da anamnese salienta-se, quadro de infeção respiratória nos 15 dias antes tratado com azitromicina 500mg durante 5 dias. Assumido SIADH associado a toma de azitromicina, e mantida restrição hídrica.

Durante o internamento manteve evolução favorável com níveis de Na à data de alta de 132mEq/L, sem tremor e com marcha sem desequilíbrio.

Discussão/Conclusão:

A azitromicina é um antibiótico muito utilizado na prática clínica, raramente surge como causa de SIADH, mas efetivamente é um evento adverso descrito e já publicado em alguns artigos. Serve o presente caso clínico para nos recordar a importância, de uma correta anamnese e revisão constante da literatura científica, na abordagem do doente.

POSA-071 - (2736) - LINFOMA ANGIOIMUNOBLÁSTICO

Nuno Cerejeira¹; Ana Rita Gomes^{1,2}; Francisco Jorge Moreira¹; Alexandre Vasconcelos¹; Eduardo Eiras¹

1 - ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano; 2 - Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-Porto)

O Linfoma Angioblástico é um dos tipos mais comuns de Linfomas de Células T periféricos que surge por rearranjos genómicos de células TCD4+ foliculares do tipo helper. O diagnóstico é realizado a partir da biópsia de um gânglio linfático, cuja com imunohistoquímica normalmente encontra-se associada a positividade para CD4 e CD5.

Doente de 85 anos, sexo masculino, com vários internamentos por infeções respiratórias e neoplasia cólica removida cirurgicamente há mais de 15 anos, é trazido ao serviço de urgência em dezembro de 2023 por prostração, febre timpânica de 38.8° Celsius, agravamento de clínica respiratória e anúria de 48 horas.

Ao exame objetivo, identificavam-se múltiplas adenopatias nas regiões cervicais e axilares, bem como hepatoesplenomegalia, posteriormente identificadas na tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica. Do restante estudo efetuado, realçava-se elevação dos parâmetros inflamatórios, hiperuricemia, lactato desidrogenase elevada e agravamento da função renal. A biópsia do gânglio linfático demonstrou população linfóide de dimensões intermédias a grandes com citoplasma clarificado e o estudo imunohistoquímico foi positivo para CD3, CD4 e CD5, que permitiram estabelecer o diagnóstico de linfoma T, periférico, angiimmunoblástico.

Durante o internamento, o doente evoluiu rapidamente de forma desfavorável com pancitopenia grave, hemoptises com pneumonite de aspiração subsequente, culminando no seu falecimento.

O Linfoma Angioblástico é um dos tipos mais comuns de Linfomas de Células T periféricos que surge por rearranjos genómicos de células TCD4+ foliculares do tipo helper. O diagnóstico é realizado a partir da biópsia de um gânglio linfático, cuja imunohistoquímica normalmente encontra-se associada a positividade para CD4 e CD5. É uma neoplasia agressiva, com um prognóstico desfavorável, associada também ao diagnóstico tipicamente em estadios avançados. A sobrevida aos 5 anos é de 44%.

POSA-072 - (2751) - DENOSUMAB: ENTRE A PROMESSA TERAPÊUTICA E OS DESAFIOS DA HIPOCALCEMIA

Ruben Rego Salgueiro¹; Patricia Tenreiro¹; Pedro Ventura¹; Sónia Canadas¹

1 - ULS Guarda

Denosumab, é um anticorpo (IgG2) monoclonal utilizado no tratamento de segunda linha da Osteoporose. Este é amplamente usado pela sua eficácia e segurança, nomeadamente em doentes com doença renal crónica. O seu efeito reside na inibição da formação de Osteoclastos, diminuição da reabsorção óssea e consequentemente do risco de fratura. A hipocalcemia associada à sua toma, constitui um efeito secundário raro, principalmente em doentes sem insuficiência renal.

Mulher, 78 anos, autónoma, com história de várias fraturas patológicas, sem traumas associados. Como restantes antecedentes apresenta polimialgia reumática (2009) sob corticoterapia crónica, fratura colo fémur (2009), Fibrilação auricular (FA) anticoagulada com Ribaroxabano e Hipertensão arterial. Sem diagnóstico de Osteoporose ou suplementação associada. No mês de Janeiro, foi-lhe prescrita uma injeção semestral de Denosumab em contexto de reabilitação

Recorre ao SU no fim do mesmo mês por cefaleias, astenia, parestesias da face e membros, com sinal de Trousseau positivo. Hipotensa à admissão no SU. Iniciou quadro de febre 39°C associada a queixas de dor ao nível da região gemelar esquerda, onde apresentava um hematoma de novo

Analicamente revelou hemoglobina de 10,2 g/dL, INR de 16,33, hipocalcemia sérica de 0,64 mmol/L, função renal preservada com ureia de 46 mg/dL e creatinina de 1,04 mg/dL. PCR em aumento. Posterior doseamento de facto anti-Xa com 123,50 ng/mL. O ECG mostrou além da FA conhecida, um QRS de baixa voltagem nas derivações dos membros

A doente iniciou correção por hipocalcemia severa sintomática, sendo internada para vigilância clínica e continuação de tratamento

A hipocalcemia por Denosumab, é uma complicação rara, potencialmente grave, especialmente em pacientes com insuficiência renal grave. Os sintomas podem incluir manifestações neurológicas, distúrbios cardíacos, como arritmias e prolongamento do intervalo QT e alterações de coagulação. A elevação do INR pode não só ocorrer pela anticoagulação com Rivaroxabano, mas também pela perda de função de fatores de coagulação justificada pela hipocalcemia

O Denosumab é uma terapia eficaz para osteoporose, mas pode causar efeitos adversos graves, como hipocalcemia. Este caso ressalta a necessidade de monitorizar os níveis de cálcio durante o tratamento, mas também durante a avaliação inicial em doentes sob terapêutica com Denosumab. Suspeitar e agir rapidamente são cruciais para evitar complicações graves associadas a esses eventos

POSA-073 - (2757) - IATROGENIAS INESPERADAS

Margarida Ribeiro¹; Francisca Dâmaso¹; João Oliveira¹; Inês Medeiros¹; António Eliseu¹; Joana Duarte¹

1 - Hospital de São Francisco Xavier

INTRODUÇÃO

O baclofeno é um relaxante muscular de ação central usado no tratamento da espasticidade, espasmo ou dor muscular e soluços persistentes. Mais de 70% do fármaco é excretado na urina, sem metabolização prévia. Como tal, em doentes com lesão renal aguda (LRA) é necessário o ajuste à taxa de filtração glomerular (TFG). Alguns casos descrevem neurotoxicidade por acumulação do fármaco na LRA.

CASO CLÍNICO

Homem, 74 anos. Antecedentes de acidente vascular cerebral com hemiparesia esquerda sequelar em 2011 e espasticidade associada, motivo pelo qual estava medicado com baclofeno 10mg, 3 vezes ao dia.

Internado por pneumonia da comunidade a condicionar agudização de insuficiência cardíaca e posterior síndrome cardio-renal, atingindo um máximo de creatinina de 4.47mg (TFG <15 ml/min/1,73m²) no 5º dia de internamento. Paulatino afundamento do estado de consciência, apresentando, ao 6º dia de internamento, escala de coma de Glasgow de 8, midríase bilateral, reflexo fotomotor fraco e hipotonia generalizada. Realizada TC crânio-encefálica sem alterações de novo e iniciou levetiracetam, sem resposta. Inicialmente interpretado no contexto infeccioso, mas dada ausência de melhoria com a cura da infeção, colocou-se a possibilidade de se enquadrar em contexto iatrogénico, constatando-se que a posologia de baclofeno não teria sido ajustada à TFG.

Após suspensão do fármaco e acompanhando a melhoria da função renal, em cerca de 42 a 72h o doente apresentou melhoria do quadro, retomando um ECG de 14, sem défices neurológicos acrescidos ao basal.

DISCUSSÃO

A LRA é uma condição frequente na enfermaria de Medicina. A necessidade de ajuste de certos fármacos à TFG, como é o caso da antibioterapia, é amplamente conhecida, e assim a suspeição clínica de toxicidade a estes é frequente. A ausência de melhoria clínica com a melhoria da infeção, levantou a suspeita para adicionais causas de alteração do estado de consciência, uma destas a iatrogenia a outros fármacos, ainda que presentes na medicação habitual do doente. Apenas com este grau de suspeição foi possível constatar a necessidade de ajuste à TFG do fármaco e melhoria clínica.

CONCLUSÃO

O presente caso pretende realçar a importância da suspeição clínica de iatrogenia farmacológica em casos de intercorrências médicas. Não sendo possível conhecer a farmacocinética e reações adversas de todos os fármacos, a suspeita de toxicidade é essencial para a pesquisa sobre estas, e consequentemente o tratamento do doente.

POSA-074 - (2773) - UMA CONSTELAÇÃO DE ACHADOS QUE NÃO PODE PASSAR DESPERCEBIDA

Luís Neves Da Silva¹; Maria João Vilela¹; Patrícia Ferreira¹; Margarida Monteiro¹

1 - Serviço de Medicina Interna, ULS de Braga

Introdução: A Arterite de Células Gigantes (ACG) é a vasculite sistémica mais comum e atinge artérias de médio e grande calibre, tanto cranianas como extracranianas. Afeta, predominantemente, o sexo feminino e adultos com idade superior a 50 anos. É uma emergência por complicações como a perda de visão permanente e o acidente vascular cerebral.

Caso Clínico: Sexo feminino, 65 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial e mastectomia direita por carcinoma da mama, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por queixas, com uma semana de evolução, de astenia e cefaleia temporal esquerda sem cedência a paracetamol ou ibuprofeno. O exame físico não mostrou alterações de relevo. Do estudo feito, destacava-se PCR 178.8 mg/L, anemia (Hb 10.1 g/dL) normocítica, leucocitose (13000/ μ L) com neutrofilia (10600/ μ L) e TC crânio encefálico sem alterações. Teve alta com analgesia e indicação para repetir análises.

Na semana seguinte, descreveu o aparecimento de manchas escuras na visão do olho esquerdo, com duração de segundos, e claudicação mandibular esquerda. Realizou novas análises, que mostravam alterações similares às prévias e ferropenia inflamatória, bem como uma RMN-CE que não mostrou achados suspeitos. Três dias depois voltou ao SU por manter sintomas. Realizou TC toracoabdominopélvica que não mostrou alterações de relevo. Iniciou prednisolona 40mg/dia na suspeita de ACG. Uma semana depois estava menos sintomática e, analiticamente, com melhoria dos parâmetros inflamatórios e da anemia. Foi observada por Oftalmologia que objetivou, apenas, facoesclerose bilateral. Assumiu-se o diagnóstico de ACG após exclusão de causas infecciosas, neoplásicas e outras imunomediadas.

Encontra-se em desmame de corticoterapia há 33 meses, mantendo 5mg de prednisolona para controlo da doença.

Discussão e Conclusão: Este caso mostra vários aspetos típicos da ACG. Contudo, só foi levantada essa hipótese diagnóstica após vários dias, o que podia ter sido comprometedor, reforçando a importância do conhecimento desta entidade. Salienta-se que as recomendações atuais apontam para o uso de tocilizumab em 1ª linha com um esquema de redução rápida de corticoterapia porque, na ACG, o uso isolado de corticoides está associado a um desmame lento, e muitas vezes impossível de o fazer na totalidade, com toda a toxicidade de dose acumulada que implica. Neste caso, que já está há quase 3 anos em desmame de corticoterapia, percebe-se bem a importância da adição de outro imunossupressor.

POSA-075 - (2780) - UMA DECISÃO COMPLEXA

Francisco Nogueira Gonçalves¹; Mario Rui²; Andreia Matas²; Rita Raimundo²; Rafael Jesus²; Michel Mendes²; Ricardo Almendra²; Ana João Marques²; Sara Lima²; Irene Pinto²

1 - ULS Viseu Dão-Lafões; 2 - ULSTMAD

Introdução: A terapia antitrombótica, envolvendo o uso de agentes antiplaquetários ou anticoagulantes, é um pilar fundamental na prevenção secundária de acidente vascular cerebral (AVC) em pacientes com histórico de AVC isquémico ou acidente isquémico transitório (AIT).

Caso Clínico: Homem de 76 anos, com antecedentes de abuso de álcool, recorre ao serviço de urgência por queixas de afasia e hemiparesia direita. A avaliação inicial evidenciou fibrilação auricular no ECG. A tomografia computadorizada (TC) com contraste demonstrou AVC isquémico cortico-subcortical fronto-parieto-insular esquerdo. A angiografia por TC identificou uma oclusão proximal da artéria carótida comum esquerda desde o arco aórtico, um trombo no topo da artéria carótida interna esquerda e em M1 da artéria cerebral média esquerda. Sem indicação para fibrinólise face ao enfarte já estabelecido, nem para trombectomia por impossibilidade de abordagem. Durante o internamento, observou-se uma recuperação paulatina dos défices. A ecografia subsequente confirmou a recanalização parcial tanto do segmento apical da artéria carótida interna esquerda quanto da porção M1 da artéria cerebral média esquerda, embora persistisse a oclusão na porção proximal da artéria carótida comum, onde se observou a presença de um trombo móvel. Uma semana após o internamento, iniciou-se hipocoagulação. No dia seguinte ocorre reagravamento do quadro neurológico, indicativo de um novo AVC na artéria cerebral média esquerda, confirmado por nova formação de trombo em M1 esquerdo e com aparente recanalização parcial da artéria carótida comum esquerda em Angio-TC subsequente. O paciente foi transferido para tratamento endovascular, resultando em uma recanalização parcial sem melhoria dos défices neurológicos.

Discussão: A aterosclerose aórtica é um processo patológico difuso, caracterizado por uma ou mais placas, consideradas complexas quando apresentam espessura superior a 4 mm, ulceração ou mobilidade. Estas placas estão fortemente associadas ao risco de embolização. A literatura médica apresenta opiniões divididas quanto ao início da hipocoagulação em contextos de placas aórticas complexas: enquanto alguns estudos sugerem que a hipocoagulação pode desestabilizar a placa e favorecer a embolização, outros defendem que reduz significativamente o risco de eventos embólicos futuros. Este caso ilustra como a introdução da anticoagulação pode, de fato, desencadear a desestabilização da placa e subsequente embolização.

POSA-076 - (2794) - UMA APRESENTAÇÃO MENOS COMUM DE MACROADENOMA HIPOFISÁRIO

Joana Telhada¹; Fábio Dinis Alves¹; Ricardina Macedo¹; Rosa Ferreira¹; Margarida Monteiro¹; Olinda Caetano¹; Rosário Araújo¹

1 - Hospital de Braga

Os tumores hipofisários têm diferentes formas de apresentação clínica. Comumente, ocorre um efeito de massa, especialmente nos macroadenomas (tamanho superior a 1 cm), e os doentes apresentam cefaleias, défices visuais, parésia dos músculos extraoculares, entre outros. Estes tumores podem também causar distúrbios endocrinológicos, através do aumento da produção de hormonas hipofisárias (tumores secretores), ou através da diminuição da produção destas hormonas devido à destruição tecidular da glândula.

Apresentamos um homem de 80 anos, autónomo e cognitivamente íntegro, com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Foi trazido ao Serviço de Urgência por clínica de desorientação com 1 dia de evolução, sem outras alterações neurológicas ao exame objetivo. Analiticamente, apresentava uma hiponatremia grave (Na 119 mEq/L); a Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica relatava uma lesão ocupante de espaço selar/suprasselar. Do estudo realizado, com uma osmolaridade sérica baixa (247 mOsm/L); e, na urina de 24h, uma osmolaridade de 243 mOsm/L, e sódio alto (132 mEq/L), compatível com uma hiponatremia hiposmolar euvolémica, pelo que foi colocada a hipótese de Síndrome de Secreção Inadequada de Hormona Anti-diurética (SIADH). Para melhor caracterização da lesão foi realizada Ressonância Magnética Crânio-Encefálica, que confirmou uma volumosa lesão hipofisária, selar e suprasselar, com 21x27x34mm de maiores eixos, compatível com um macroadenoma hipofisário, a condicionar efeito de massa sobre a sela turca e compressão do quiasma ótico, com possível invasão do seio cavernoso. Com função tiroideia e o cortisol normais, bem como restante estudo hormonal hipofisário. Excluídas outras causas de SIADH.

Portanto, foi assumido o diagnóstico de hiponatremia por SIADH secundário a um macroadenoma hipofisário. Após uma correção lenta e difícil da natremia, o doente teve alta assintomático, a aguardar consulta de Neurocirurgia.

Apesar de se tratar de um macroadenoma com dimensões passíveis de um efeito de massa, a primeira manifestação clínica acabou por surgir no contexto de um distúrbio iónico. A hiponatremia é um distúrbio hidroeletrólítico bastante comum que pode ter inúmeras causas, o que, por vezes, dificulta a sua investigação etiológica. Com a apresentação deste caso, salientamos a importância de que, por vezes, é necessário equacionar hipóteses diagnósticas menos comuns, de forma a permitir diagnósticos e tratamentos adequados e atempados.

POSA-077 - (2815) - SÍNDROME DE REALIMENTAÇÃO – UMA ENTIDADE SUBDIAGNOSTICADA

Ivo Mendes¹; Rafael De Lima Terceiro¹; Andreia Viera Cravo¹;
Inês Evangelista¹; Ana A Albuquerque¹; Inês Pintassilgo¹

1 - Hospital Garcia de Orta

Introdução: A síndrome de realimentação (SR) é uma entidade potencialmente fatal, determinada por alterações hidro-eletrolíticas que ocorrem quando doentes malnutridos são realimentados (podendo ocorrer com nutrição oral, entérica ou parentérica). A identificação de doentes de alto risco e a adoção de medidas de prevenção são essenciais para evitar esta síndrome e as suas complicações.

Caso Clínico: Os autores descrevem o caso de um homem de 60 anos, trazido ao serviço de urgência por alteração do comportamento, tendo sido internado com o diagnóstico de síndrome confusional aguda no contexto de hiponatremia e cistite a *Proteus mirabilis*. De referir história de consumos alcoólicos excessivos, situação social precária e índice de massa corporal de 17.3 Kg/m². Iniciou antibioterapia dirigida e correção da hiponatremia, com resolução da síndrome confusional aguda. Ao 3º dia de internamento desenvolveu hipocaliemia (2.9 mmol/L), hipomagnesemia (1.5 mg/dL), hipofosfatemia (0.6 mg/dL) e edema ligeiro dos membros inferiores. Assumiu-se provável síndrome de realimentação, tendo iniciado suplementação eletrolítica e multivitamínica, assim como restrição do aporte calórico das refeições para um total de cerca de 50% das necessidades calóricas diárias. Constatou-se melhoria analítica e resolução do edema periférico progressivamente durante 1 semana, tendo posteriormente aumentado aporte calórico e diminuído a suplementação eletrolítica.

Discussão & Conclusão: A principal manifestação da SR é a hipofosfatemia, frequentemente associada a hipocaliemia e hipomagnesemia. O défice de tiamina e retenção hídrica são também comuns. As complicações possíveis desta depleção de eletrólitos e micronutrientes são diversas e incluem arritmias, convulsões, encefalopatia de Wernicke, retenção hídrica e insuficiência cardíaca descompensada. Apresentações ligeiras da SR são subdiagnosticadas na prática clínica. A sua prevenção passa pela identificação adequada dos doentes em risco, redução do suporte nutricional para 25-50% das necessidades energéticas, monitorização e suplementação eletrolítica e vitamínica.

POSA-078 - (2830) - TUBO DE GASTROSTOMIA INTRA-CÓLICO

Ivo Mendes¹; Rafael De Lima Terceiro¹; Inês Evangelista¹; Rúben Silva Costa¹; Ana A Albuquerque¹; Inês Pintassilgo¹

1 - Hospital Garcia de Orta

Introdução: A gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) é uma técnica segura, efetuada como acesso para nutrição entérica de longa duração. A maioria das complicações são ligeiras. A fístula gastrocolocutânea é uma complicação rara que resulta da transfixação cólica incidental durante a inserção do tubo primário, devido à interposição do cólon entre o estômago e a parede abdominal. Quando o tubo migra pela fístula para uma posição intra-cólica ou, mais frequentemente, quando o tubo primário é substituído por um tubo secundário, sintomas como diarreia e drenagem fecaloide pelo tubo podem ocorrer.

Caso Clínico: Os autores descrevem o caso de uma mulher de 83 anos, com demência vascular, dependente nas atividades de vida diárias. Neste contexto procedeu-se a PEG em 2019, tendo-se mantido sob nutrição entérica durante 4 anos e posteriormente recuperada via oral, optando-se por manter PEG para retomar nutrição entérica no caso de novo agravamento clínico. Recorreu ao serviço de urgência por febre, prostração e exsudado peri-estoma com drenagem de conteúdo escuro pelo tubo de gastrostomia sugestivo de conteúdo fecal. A última troca do tubo de gastrostomia tinha sido realizada cerca de 1 mês antes. Analiticamente apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizou TC abdomino-pélvica que revelou tubo de gastrostomia em posição intra-cólica na porção distal do cólon transversal, sem outras alterações relevantes. Tendo em conta via oral mantida optou-se pela remoção do tubo e aplicação de penso seco para cicatrização por segunda intenção. Cumpriu antibioterapia, com melhoria clínica e analítica.

Discussão & Conclusão: Apesar de rara, a fístula gastrocolocutânea é uma possível complicação após PEG. A maioria dos doentes acabam por ter uma boa evolução clínica com encerramento da fístula após remoção do tubo, sendo raramente necessária intervenção endoscópica e/ou cirúrgica.

POSA-079 - (2840) - A IMPORTÂNCIA DA REVISÃO TERAPÊUTICA

Diogo Múrias Gomes¹; Isabel Barahona¹; Sara Santos Gomes²

1 - Hospital Santa Luzia de Elvas - ULS Alto Alentejo; 2 - USF Amoreira - ULS Alto Alentejo

Introdução: A iatrogenia é uma causa de sintomatologia inespecífica e difícil de enquadrar em muitos casos. Neste caso abordamos como um simples colírio beta bloqueante (Timolol) é a causa de síncope de repetição numa doente com tendência a bradicardia.

Caso Clínico: Doente de 62 anos, género feminino que referenciada à consulta por síncope de repetição com 3 semanas de evolução. Sem antecedentes de relevo, sem alergias medicamentosas conhecidas. Refere apenas fazer um colírio oftálmico que não sabe especificar de medicação habitual. Afirmar manter uma alimentação cuidada, sem exercício físico. Inicia então estudo cardiovascular completo. É solicitado que forneça o nome do colírio na seguinte consulta. Analiticamente apresenta alterações apenas a nível de perfil lipídico (Total 246 mg/dl, LDL 171 mg/dl). ECG RS 50 bpm sem sinais de isquemia. RMN-CE sem alterações. Holter: RS FC min 37 bpm (bradicardia sinusal diurna), FC max 94 bpm e FC media 55 bpm. FC inferiores a 50 bpm em 5.5% dos registos. Sem outras alterações de relevo. MAPA sem alterações. Ecocardiograma: ectasia ligeira da aorta ascendente (39mm), AE ligeiramente dilatada. EEG sem alterações. Doppler Carotídeo com ligeiro espessamento das paredes arteriais dos eixos carotídeos, bilateralmente. Placa calcificada na bifurcação carotídea direita, homogénea e regular, de pequenas dimensões, não condicionando alterações hemodinâmicas. Foi encaminhada para a consulta de cardiologia com todos os exames realizados. Nessa consulta indicou que o colírio utilizado era o Timolol. Nesse sentido, uma vez que o estudo CV não referia alterações que justificassem a clínica apresentada, assumiu-se o diagnóstico de bradicardia sinusal iatrogénica ao Timolol e componente basal com tendência à bradicardia, pelo que foi alterado o colírio, não tendo registado novos episódios de síncope posteriormente.

Discussão: Com doentes cada vez mais pluripatológicos, consequentemente polimedicados, a iatrogenia ganha uma nova perspetiva na abordagem médica, inclusive como neste caso, em doentes que tomam pouca medicação, sendo o suficiente para provocar sintomatologia associada a sintomas de alarme CV.

Conclusão: A importância da revisão medicamentosa e enquadramento no doente é um passo muito importante para evitar sobrecarga de estudos com exames complementares de diagnóstico. A iatrogenia deve estar sempre na observação médica, uma vez que é uma das maiores causas de sintomatologia inespecífica nos doentes.

POSA-080 - (2856) - SÍNDROME NEFRÓTICO EM IDADE GERIÁTRICA

Fábio Dinis Alves¹; Ana Luís Vasconcelos¹; Luís Neves Da Silva¹; Patrícia Cláudio Ferreira¹; Rita Ribeiro Pinto¹; José Mário Bastos¹; Rosa Ferreira¹; Margarida Monteiro¹; Rosário Araújo¹

1 - ULS Braga

Introdução

O síndrome nefrótico caracteriza-se por proteinúria superior a 3,5 gr/24h, hipoalbuminemia e edema periférico. Pode ter diversas etiologias consoante a faixa etária: doença de lesões mínimas na infância, glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF) e nefropatia membranosa no adulto.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 89 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e neoplasia da próstata submetida a radioterapia e hormonoterapia 10 anos antes, atualmente considerado curado e em seguimento anual. Foi internado por edemas generalizados e agravamento da função renal, com aumento ponderal de 5,5 kgs em 5 dias. Ao exame físico, edema dos membros, ascite de pequeno volume e derrame pleural à direita. Do estudo realizado no serviço de urgência, refere-se pCr 3,2 mg/dL (basal de 1,13 mg/dL). Da investigação realizada durante internamento, destaca-se hipoalbuminemia grave (1,9 g/dL), perfil lipídico normal, serologias negativas (hepatite B e C, VIH e sífilis), eletroforese de proteínas séricas sem aparentes picos monoclonais, rácio de cadeias leves normal, PSA normal e hipogamaglobulinemia M. Estudo imune negativo, incluindo ANAs, FR, ANCA, anti-MBG e sem consumo de C3 e C4; Objetivada proteinúria 12,77 gr/24h e leucoeritrocitúria (5-10 células por campo), sem eritrócitos dismórficos. Realizada biópsia renal que revelou existência de esclerose de distribuição focal, não envolvendo todos os glomérulos, e em padrão segmentar, afetando apenas uma porção do glomérulo. Após exclusão de causas secundárias, estabelecido diagnóstico de síndrome nefrótico por GESF primária. Iniciou-se terapêutica diurética, IECA, hipocoagulação e prednisolona 0,5 mg/kg/dia, com melhoria clínica paulatina, perda de 9 kgs e melhoria da função renal. À data de alta com pCr 2.4 mg/dL. Mantém seguimento por Nefrologia, com IECA, terapêutica diurética e restrição salina. Salienta-se como intercorrência psicose por corticoterapia, pelo que foi necessário switch para ciclossporina.

Discussão

O síndrome nefrótico é um diagnóstico diferencial de anasarca, com marcha diagnóstica bem estabelecida sendo a biópsia renal o fator chave para estabelecimento da etiologia e definição da estratégia terapêutica. Enquanto que nas causas primárias o tratamento passa pela indução de imunossupressão, nas causas secundárias opta-se pela gestão do fator desencadeante. A GESF tem elevado risco de progressão para doença renal crónica, especialmente com elevada proteinúria e creatinina.

POSA-081 - (2862) - SÍNDROME DE SOBREPOSIÇÃO HEPATITE AUTO IMUNE E COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA

Mónica Spencer Pereira¹; Sandra Sepúlveda¹; Ana Rita Rocha¹; Domingas Pereira¹; Pedro Costa¹

1 - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: Colangite biliar primária é uma das doenças raras de colestase progressiva à cirrose, maior incidência mulheres dos 40-60 anos. Principal característica destruição dos ductos biliares de pequeno e médio calibre. Sintomas mais frequentes são fadiga e prurido, e apenas por alterações de enzimas de colestase. Anticorpos anti mitocondriais positivos têm maior especificidade. Hepatite auto imune doença inflamatória crónica de etiologia desconhecida com presença de auto anticorpos circulantes com alta concentração da imunoglobulina sérica. O diagnóstico de Síndrome de sobreposição é baseado nas características bioquímicas, serológicas e histológicas.

Descrição: Mulher de 48 anos, internada por um quadro de um mês de perda ponderal, dor abdominal, cansaço fácil e icterícia. Antecedentes Hipertensão arterial medicada com valsartan. Análises hemoglobina 12,1g/dL, aPTT 42", INR 1,3, ALT 1492U/L, AST 1969 U/L, GGT 226U/L, Fosfatase Alcalina 182, Bilirrubina total 6,17mg/dl, Alfa Fetoproteína 21,9; Ac anti mitocondrial M2, Ac Anti Músculo liso positivos, Imunoglobulina Ig G e IgM aumentados. Virologia, tóxicos ou outras patologias sem alterações. Ecografia abdominal hepatoesplenomegalia estrutura grosseira. Biópsia tecido hepático com distorção da arquitetura e áreas de fibrose, sugestiva de síndrome de sobreposição colangite biliar primária/hepatite autoimune. Iniciou-se terapêutica combinada com prednisolona, azatioprina e ácido ursodesoxicólico com melhoria. Manteve seguimento em consulta, por persistência enzimas hepáticas elevadas, posteriormente, segunda linha com Ácido Obeticólico com normalização enzimática. Elastografia em 2019 compatível com F2, reavaliação em 2022 em F4 com varizes esofágicas ao fim de 11 anos. Posterior suspensão da segunda linha devido aos novos estudos publicados e referenciada para consulta de transplantes.

Conclusão: É frequente a associação de colangite biliar primária e hepatite auto imune. A avaliação da eficácia da terapêutica e da evolução da doença deve ser monitorizada analiticamente, ecograficamente, elastografia e endoscopia digestiva alta. Apesar de evolução em termos da terapêutica e de diagnóstico precoce continua a evoluir sempre para cirrose.

POSA-082 - (2866) - LEUCEMIA AGUDA A PLASMÓCITOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sérgio Cabaço¹; Carolina Coelho¹; Ângela Ghiletschi¹; Inês Ferreira¹; Inês Fiuza¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

A leucemia aguda (LA) a plasmócitos é uma forma rara e agressiva de mieloma múltiplo (MM). Caracteriza-se por plasmócitos circulantes em sangue periférico igual ou superior a 5% do total de leucócitos identificado em esfregaço de sangue periférico (ESP). Pode ser uma forma primária ou secundária ao MM. Masculino, 74 anos, recorreu ao serviço de urgência por queda com traumatismo craniano e grelha costal esquerda. Relata quadro com dois meses de evolução de astenia, perda ponderal e dor lombar com irradiação inguinal esquerda. À admissão com palidez mucocutânea. Laboratorialmente bicitopenia com anemia (hemoglobina 8.4g/dL) macrocítica, trombocitopenia 140.000/L, leucocitose 25.910/L com monocitose 9.410/L, lesão renal aguda com taxa de filtração glomerular de 9mL/min/1.73m², hipercaliémia 5.5mEq/L, hipercalcémia 15.3mg/dL, hiperfosfatémia de 5.6mg/dL e hiperuricémia 11.3mg/dL. Realizou radiografia do tórax, bacia e tomografia computadorizada (TC) de crânio sem lesões líticas ou outras em contexto agudo. Internou-se para estudo tendo realizado TC toraco-abdomino-pélvica com lesões líticas no esqueleto axial, ossos íliaos e sexto arco costal à esquerda. Em ESP evidencia de 27% plasmócitos. Imunofixação sérica gamapatia monoclonal imunoglobulina G (IgG) 48.7g/L, cadeias leves kappa 6.42g/L, razão kappa/lambda 19.63. Em urina kappa 27.4 e lambda 7.82. Realizou-se mielograma (MG) e biópsia óssea com 75% plasmócitos em MG. Discussão com hematologia (à data imunofenotipagem em curso) e admitiu-se hipótese diagnóstica de LA a plasmócitos IgG kappa tendo iniciado quimioterapia com CyBorD (ciclofosfamida, bortezomib e dexametasona). Realizou ainda fluidoterapia com melhoria discreta da função renal mas sem critério para diálise, pamidronato e rasburicase com melhoria. Este caso destaca-se pela sua apresentação indolente com sintomas comuns, ressaltando a importância de uma investigação individualizada a cada doente perante uma anemia de novo de forma a excluir hipóteses de diagnóstico mesmo quando raras.

POSA-083 - (2873) - UM CASO COMPLEXO DE ENDOCARDITE BACTERIANA ASSOCIADA A DISPOSITIVO CARDÍACO COM EMBOLIZAÇÃO SÉPTICA PULMONAR

Miguel Fidalgo¹; Cátia Henriques¹; Gil Fontoura¹; Mónica Teixeira¹; Raquel Mota Garcia¹; Fátima Pais¹; Maria Olim¹

1 - Unidade Local de Saúde de Entre o Douro e Vouga

Introdução: O uso de dispositivos cardíacos eletrónicos implantáveis (DCEI) aumentou de forma exponencial nos últimos anos dado o avanço tecnológico, a expansão das indicações e à maior expectativa de vida. Concomitantemente tem-se verificado um número crescente de infeções associadas a dispositivos cardíacos. Contudo, a endocardite associada a DCEI é uma complicação rara e com elevado risco de mortalidade.

Caso Clínico: Homem de 81 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada e portador de pacemaker definitivo por bloqueio auriculo-ventricular completo há 10 anos. Admitido no serviço de Medicina Interna por sépsis filiada em pneumonia a Influenza A com sobreinfeção bacteriana. Colhido rastreio séptico e iniciou oseltamivir e antibioterapia empírica com amoxicilina + ácido clavulânico e azitromicina. Ao 4º dia de internamento com isolamento de *Staphylococcus aureus* (metecilina-sensível) em hemoculturas, tendo sido alterada antibioterapia para flucloxacilina. Ecocardiograma transesofágico mostrou estruturas filamentosas aderentes a eletrocateretes de pacemaker, ambas nos seus trajetos na aurícula direita, não se podendo excluir a hipótese de endocardite. Realizada PET-CT que foi inconclusiva e TC tórax que mostrou imagens sugestivas de embolização séptica pulmonar. Assumida endocardite associada a DCEI, referenciado para extração do mesmo e mantida a antibioterapia endovenosa dirigida.

Discussão: Este caso pretende ilustrar a complexidade do diagnóstico e abordagem da endocardite associada a DCEI. Atendendo a que a sua apresentação é inespecífica e pode surgir vários anos após a implantação do dispositivo exige uma elevada suspeição clínica. A presença de outros focos infecciosos mais comuns pode ocultar a existência desta patologia, relevando a importância das hemoculturas como base para o potencial diagnóstico. Por outro lado, o achado de pequenas massas aderentes aos elétrodos deve ser ponderado no diagnóstico, podendo corresponder apenas a tecido fibroso ou trombo e não vegetações. O tratamento pressupõe sempre remoção precoce do dispositivo, uma vez que a antibioterapia isolada condiciona reinfeção frequente e maior mortalidade. No caso das infeções tardias, o procedimento é mais difícil e com maior risco de complicações.

POSA-084 - (2876) - UM CASO RARO: FIBROSE RETROPERITONEAL

Nuno Faria¹; Ana Isabel Machado¹; Cátia Martins¹; Luisa Pinto¹; Paulo Gouveia¹

1 - Hospital de Braga

A fibrose retroperitoneal (FRP) corresponde à presença de inflamação e tecido fibroso no retroperitoneu. Frequentemente, pode envolver os ureteres e outros órgãos abdominais, podendo originar quadros de obstrução do trato urinário. É uma doença rara, por norma idiopática, podendo estar associada entre outras causas a infeções, neoplasias, trauma e procedimentos cirúrgicos. O seu diagnóstico pode ser realizado por Tomografia Computorizada (TC) com contraste ou por Ressonância Magnética (RM).

Apresenta-se o caso de um homem, 78 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, acidente isquémico transitório em pós-operatório de aneurisma da aorta abdominal em 2014, fibrilhação auricular hipocoagulada com varfarina e litíase vesicular. Apresentou um internamento anterior em Setembro/22 a cargo da urologia por lesão renal aguda oligúrica de causa obstrutiva, com necessidade de derivação urinária, ficando algaliado cronicamente e com cateter duplo J bilateralmente neste contexto. Realizou TC AbdominoPélvica sem contraste com “Densificação/área com densidade de tecidos moles envolvendo a aorta abdominal distal e a bifurcação aórtica, mais expressiva na sua vertente anterior” que levantou suspeita de FRP, pelo que à data de alta, foi referenciado à consulta externa (CE) de medicina interna. Na consulta completou o estudo, tendo realizado Ecografia AbdominoPélvica com achados semelhantes ao da TC prévia. Estudo imunológico sem alterações significativas. RM AbdominoPélvica com “... aspetos que favorecem o diagnóstico referido na informação clínica de fibrose retroperitoneal.” e tomografia por emissão de positrões que comprovou o diagnóstico provável e afastou a hipótese de lesões neoplásicas. Conseguiu-se assim confirmar o diagnóstico e excluir as principais causas secundárias de FRP. O doente manteve seguimento na CE de urologia e passou a ser seguido na CE de auto-ímmunes de Medicina Interna onde iniciou terapêutica com metotrexato com boa resposta clínica. Assim, e apesar do antecedente cirúrgico (correção de aneurisma da aorta), a evolução favorável deste doente sob imunossupressão parece apontar a causa idiopática como a mais provável.

A FRP é uma doença pouco frequente, mas que pode ter bastante impacto na qualidade de vida dos doentes. É importante não esquecer este diagnóstico perante quadros de obstrução urinária, excluir causas secundárias da doença e causas potencialmente reversíveis.

POSA-085 - (2882) - VARIANTE ALÉLICA HETEROZIGÓTICA PAI -1 (4G) NO JOVEM: UM CASO RARO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) BILATERAL.

Luzia Bismarck¹; Henrique Alves De Sousa¹; Beatriz Marquês¹; Grace Staring¹; Fátima Monteiro¹; Ana Costa¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste, EPE

Introdução: O TEP é uma das emergências mais subdiagnosticadas, uma importante causa de morte por evento cardiovascular. No jovem, sem fatores de risco, é importante a pesquisa de fatores genéticos predisponentes associados.

Caso Clínico: Masculino de 25 anos, sem antecedentes pessoais médico-cirúrgicos relevantes, tabagismo ativo, consumo de cocaína, canabinoides e bebidas alcoólicas esporadicamente. Admitido por dor torácica, tipo pleurítico, tosse com expectoração hemoptoica com 3 dias de evolução. À admissão a destacar: subfebril, FC 130 bpm, normotenso, à auscultação MV rude com apagamento nas bases, expansão torácica limitada por dor, SpO2 92%. Gasimetria com hipocapnia de 22 mmHg, PaO2 68%. Laboratorialmente com: D-Dímeros 11951 ng/mL, troponina I 202,3 ng/L, LDH 296 U/L; CK- MB 1,8 ng/mL, Leucocitose de 19000uL; Neutrofilia de 14520uL; Monocitose 2070uL; PCR 21 mg/dL; com PCT 0,06 ng/mL. Pela suspeita de TEP realizou angio TC de Tórax com evidência de sinais de TEP bilateral agudo central extenso envolvendo as artérias pulmonares principais; sinais de sobrecarga do ventrículo direito; densificações subpleurais bilaterais sugerindo enfarte e micronodulação centrilobular nos lobos superiores; calibre da artéria pulmonar: 31mm. ECG com sinais de sobrecarga do VD, inversão da onda T de V1-V4. Internou-se o doente com os diagnósticos de TEP bilateral. Solicitadas ecocardiografia com FE 59%, cavidades direitas muito dilatadas, sinal de D-Shape e de McConnel; HTP grave; tronco e ramos da artéria pulmonar dilatados com estrutura antes da bifurcação compatível com trombo. Ultrassonografia Doppler de membros inferiores dentro dos padrões de normalidade. Realizou fibrinólise com Ateplase. Realizado estudo laboratorial, com serologias negativas, estudo autoimune sem alterações. Pesquisa SARS CoV2, Influenza A e VSR negativos. Do estudo de trombofilias objetivou-se positividade para variante alélica PAI-1 heterozigótica, alelo 4G.

Discussão: No caso descrito de jovem com hábitos tabágicos ativos, sem outros fatores de risco major para TEP identificados, a positividade desta variante alélica não se pode dissociar da forte correlação com o evento trombótico.

Conclusão: A associação entre a presença da variante alélica PAI-1 (4G) e o aumento de risco de ocorrência de eventos trombóticos ainda não está totalmente esclarecida. Porém foi reportada uma aparente associação entre a presença desta variante e o aumento da prevalência de TEP como no caso descrito.

POSA-086 - (2889) - NEUROSSIFILIS – UMA CAUSA REVERSÍVEL DE DEMÊNCIA

Nuno Faria¹; Ana Isabel Machado¹; Isabel Fernandes²; Catia Martins¹; Helena Barroso¹; Margarida Araujo¹; Severina Lafuente¹; Francisco Nunes Gonçalves¹; Luisa Pinto¹; Paulo Gouveia¹

1 - Hospital de Braga; 2 - IPO Coimbra

A neurosífilis é uma infeção do sistema nervoso central causada pelo *Treponema pallidum* e pode ocorrer em qualquer fase da doença. Ocorre mais frequentemente em doentes imunodeprimidos com o vírus da imunodeficiência humana. Apresenta um largo espectro de manifestações desde a alterações de comportamento, a clínica compatível com meningite.

Apresenta-se o caso de uma mulher, 86 anos, descrita como autónoma para as atividades da vida diária e com períodos ocasionais de desorientação, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, depressão e doença pulmonar crónica não estratificada. É trazida ao serviço de urgência por alteração do comportamento com 3 meses de evolução. Ao exame neurológico sumário apresentava-se totalmente desorientada, com discurso confuso mas conseguindo nomear objetos, lentificada, com discreta ptose palpebral à esquerda e diminuição da força muscular dos membros inferiores à direita, reflexo cutâneo plantar em extensão à direita e sem alterações de sensibilidade. Analiticamente com anemia microcítica, ligeira leucocitose e lesão renal aguda. Tomografia Computorizada Cranio-Encefálica com suspeita de enfarte lacunar antigo, mas sem alterações agudas evidentes. Foi observada pela neurologia que enquadra contexto clínico num possível defeito cognitivo. No internamento decidiu-se excluir causas orgânicas de demência, tendo sido pedidas serologias infecciosas que mostraram positividade para VDRL. Realizou-se o teste treponémico que também foi positivo. Neste seguimento, fez punção lombar que confirmou o diagnóstico de neurosífilis. Iniciou esquema de 2 semanas de penicilina G cristalina com boa resposta terapêutica. Ao final do tratamento, doente apresentava-se com melhoria significativa do seu estado neurológico, orientada nos três domínios, com discurso coeso e percetível.

Quadros demenciais são bastante frequentes nos idosos e normalmente iniciam-se com alterações focais da cognição e do comportamento. As principais etiologias são distúrbios neurodegenerativos primários, que têm um curso progressivo e irreversível. Contudo, não nos podemos esquecer das causas reversíveis, que devem ser sempre excluídas em primeiro lugar.

POSA-087 - (2893) - DOENÇA RENAL CRÓNICA COM DUAS ETIOLOGIAS ONCOLÓGICAS DIVERSAS

André Couto Dias¹; José Fragoso Duro¹; Pedro Da Torre Pinto¹; Filipa Sousa Gonçalves¹; Patrício Aguiar¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE

Introdução: A Doença Renal Crónica (DRC) é uma causa muito frequente de morbimortalidade na população portuguesa. Num dado doente podem haver múltiplas causas concomitantes que importa investigar.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 76 anos, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por lombalgia mecânica grave com 2 dias de evolução, refratária à analgesia. Da avaliação complementar, salientavam-se anemia normocítica normocrómica (9,8g/dL), aumento dos parâmetros de retenção azotada (creatinina 5,97mg/dL, basal 0,87mg/dL; ureia 109mg/dL) e ecografia renal que revelou lesão nódular suspeita no polo superior do rim. Após adequado estadiamento, foi submetido a tumorectomia parcial do rim direito, com confirmação histopatológica de carcinoma renal de células claras (CCR) e melhoria da função renal (creatinina 2,5mg/dL). Após 1 mês, recorre novamente ao SU por progressiva astenia e anorexia, objetivando-se novo agravamento da função renal (creatinina 6.4mg/dL). Como antecedentes relevantes apresentava apenas hipertensão arterial bem controlada. No estudo etiológico, foi identificado componente monoclonal IgA lambda, com cadeias leves livres Lambda 9568 mg/dL, pico monoclonal 0.2g/dL, imunoparesia (IgG 246mg/dL, IgM 13,77mg/dL) com IgA mantida (175,9 mg/dL) e rácio cadeias leves livres kappa/lambda 0,0. Foi pedida revisão de peça operatória, onde se objetivou rim de mieloma. O estudo ósseo por TC revelou lesão lítica da 8ª costela direita e o mielograma efetuado revelou 11.3% de plasmócitos, confirmando-se o diagnóstico de mieloma múltiplo (MM), iniciando terapêutica urgente com esquema Vd (Bortezomib+Dexametasona).

Discussão e conclusão: Embora o envolvimento renal de mieloma e sequelas de cirurgia renal sejam causas relativamente frequentes de DRC agudizada, a coexistência de dois cancros é rara, ainda mais de um tumor sólido e hematológicos síncronos. A associação entre CCR e MM já tem sido reportada na literatura, havendo um risco relativo aumentado bidirecional entre as 2 patologias, presumivelmente devido à idade, fatores genéticos, epidemiológicos, imunológicos em comum e da terapêutica instituída. Face à evolução inesperada de uma dada patologia como a DRC agudizada, impõe-se a revisão dos achados prévios e exclusão de causas concomitantes para deterioração da função renal.

POSA-088 - (2897) - RABDOMIOSSARCOMA PLEOMÓRFICO EM ADULTO: RELATO DE CASO CLÍNICO.

Baltazar Gabriel Oliveira¹; Daniel Veiga¹; Rita Calixto¹; David Cunha Matias¹; Ana Rita Cardoso¹; Maria Aurora Duarte¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo - Unidade de Tomar

Os rabdomiossarcomas são neoplasias raras na população adulta. Estima-se que os sarcomas dos tecidos moles representem menos de 1% das neoplasias malignas encontradas nesta população, sendo que destes apenas 3% correspondem a rabdomiossarcomas. Dos vários subtipos de rabdomiossarcoma, o subtipo pleomórfico é mais comum na população adulta do que na pediátrica. Quando comparado com as crianças, estas neoplasias traduzem-se em pior prognóstico a longo prazo para a população adulta.

Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 46 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, fibrilação auricular, hipotireoidismo e história de histerectomia sem anexectomia. Foi encaminhada para a consulta de Medicina Interna por edema do membro inferior direito e tumefação da coxa direita com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo palpava-se tumefação com cerca de 7-8 cm diâmetro no terço proximal da face antero-interna da coxa direita e adenopatias inguinais ipsilaterais. Realizou Tomografia Computorizada (TC) e Ressonância Magnética que corroboram conglomerado adenopático da região inguinal à direita e massa volumosa na coxa ipsilateral de características inespecíficas a favor de doença linfoproliferativa. Foi realizada biópsia guiada por TC e posterior excisão de gânglio que revelou: “neoplasia maligna não epitelial, de células redondas. As características histomorfológicas associadas ao perfil imuno-histoquímico indicam tratar-se de neoplasia maligna mesenquimatosa (sarcoma) de alto grau. A forte imunorreatividade para Desmina e alguma imunomarcagem para os marcadores neuroendócrinos enquadram a neoplasia num rabdomiossarcoma pleomórfico.”

O caso clínico apresentado demonstra a manifestação de uma neoplasia muito rara na população adulta com opções de tratamento limitadas e muitas vezes estudadas para a população pediátrica. É necessária mais investigação nesta população específica de modo a proporcionar terapêuticas mais otimizadas, melhorar o prognóstico da doença e opções cirúrgicas menos mutilantes.

POSA-089 - (2900) - BACTÉRIA RARA INVADE TERRITÓRIO CARDÍACO

Alexandra Rodrigues¹; Dina Santos¹; Cátia Martins¹; José Luís Andrade¹; Luís Santos¹; João Adriano Sousa²; Brenda Nunes²; Maria Aguiar¹; Dinarte Abreu¹; Teresa Faria¹

1 - Hospital dos Marmeleiros, SESARAM, EPERAM; 2 - Hospital Central do Funchal, SESARAM, EPERAM

A Endocardite Infecciosa (EI) refere-se à infeção da superfície do endocárdio. A presença de material protésico, bacteriemia prolongada e o uso de drogas endovenosas aumentam o risco de EI. As complicações cardíacas e neurológicas são as mais frequentes. O diagnóstico obedece aos critérios de Duke, que compreende dados clínicos, resultado de hemoculturas (HC) e achados ecocardiográficos. Apresenta-se o caso de um homem de 74 anos, portador de pacemaker com antecedentes pessoais de fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca (IC), diabetes mellitus tipo 2, leucemia linfocítica crónica e úlceras venosas dos membros inferiores (Mis) com infeções recorrentes. O doente dirigiu-se ao serviço de urgência por agravamento do edema dos Mis, redução da diurese e cansaço para pequenos esforços com 1 semana de evolução. Referiu internamento na semana anterior por erisipela dos Mis e cumpriu antibioterapia dirigida. Apresentava hipotensão arterial, palidez mucocutânea, edemas até à raiz das coxas, ascite e fevres bibasais e, ao nível dos Mis, eritema com transudação serosa, flictenas e úlceras. Analiticamente a destacar: linfócitos 600/mL; hemoglobina 7.6 g/dL; VGM 92 fL; plaquetas 60000/mL; ureia 148 mg/dL; creatinina 2.58 mg/dL; sódio 128 mEq/L; potássio (K) 5.6 mEq/L; proteína C reativa (PCR) 247.43 mg/L; NT-pro-BNP 7975 pg/mL. Foram colhidas 2 HC. O doente foi internado com o diagnóstico de IC descompensada e lesão renal aguda em contexto de celulite dos Mis. Iniciou empiricamente piperacilina/tazobactam (piptazo). Ao 4º dia de internamento, por ausência de melhoria clínica e aumento dos parâmetros inflamatórios, foi associado linezolid. Ao 5º dia, perante isolamento de *Pseudomonas Mendocina* nas HC, foi ajustada antibioterapia, tendo cumprido 10 dias de piptazo. O doente permaneceu internado para reposição endovenosa de K, tendo apresentado 3 picos febris em dias consecutivos. Perante achado de sopro sistólico de novo, audível no foco aórtico e PCR de 222 mg/L, foi colocada a hipótese de EI. Foram colhidas novas HC e iniciado empiricamente piptazo e ciprofloxacina. No ecocardiograma transesofágico foi detetado uma vegetação aderente ao elétrodo do pacemaker. Este caso alerta para a importância de considerar a EI como hipótese diagnóstica perante bacteriemia prolongada com fatores de risco, tais como o nosso doente apresenta. São também extremamente raros os casos por *Pseudomonas Mendocina* descritos na literatura.

POSA-090 - (2904) - ISQUEMIA AGUDA DE MEMBRO COMO APRESENTAÇÃO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA

Daniela Barbosa¹; Francisco Belchior¹; Francsico Pombo¹; Nuno Magalhães¹; Lindora Pires¹

1 - ULSTS

Introdução:

A endocardite infecciosa (EI) é uma condição relativamente rara, com uma incidência anual estimada entre 3 e 7 casos por 100.000 pessoas. As suas complicações mais graves derivam principalmente da fragmentação e embolização das vegetações. Os agentes patogénicos mais frequentemente implicados incluem *Streptococcus*, *Staphylococcus* e *Enterococcus*. Indivíduos com válvulas cardíacas protésicas, dispositivos como pacemakers, imunossuprimidos ou que tenham passado por procedimentos odontológicos recentes apresentam maior suscetibilidade ao desenvolvimento de EI.

Caso Clínico:

Apresenta-se o caso de uma mulher de 79 anos, com múltiplas comorbidades, incluindo diabetes mellitus tipo 2 em tratamento com insulina, dislipidemia controlada com estatina de alta potência, obesidade grau 2, doença renal crónica estágio 3a, fibrilação auricular hipocoagulada com NOAC e portadora de pacemaker devido a bloqueio atrioventricular de 2º grau, além de uma válvula aórtica biológica implantada por TAVI. Recorreu à urgência por dispneia aguda, febre e dor súbita no membro inferior esquerdo (MIE). À admissão, apresentava-se hipotensa, taquicárdica, com insuficiência respiratória grave e extremidades frias e sudoréticas. Analiticamente com leucocitose por neutrofilia, proteína C reativa de 129mg/dL e creatinina de 2,14mg/dL. O MIE estava frio e cianótico até à raiz da coxa. A tomografia computadorizada (TAC) com angiografia confirmou a presença de isquemia aguda no MIE, levando à realização de trombectomia transfemoral esquerda de urgência. Hemoculturas revelaram a presença de *Enterococcus faecalis*. O ecocardiograma evidenciou massas móveis compatíveis com vegetações aderidas à prótese aórtica e na base do folheto anterior da válvula mitral, além de um trombo mural aórtico. O diagnóstico de endocardite infecciosa foi confirmado pelos critérios de Duke. Devido ao alto risco cirúrgico, optou-se por uma abordagem conservadora, iniciando-se antibioticoterapia com ceftriaxona e ampicilina conforme antibiograma, seguida por amoxicilina profilática por 6 semanas, com evolução favorável.

Discussão e Conclusão:

A endocardite infecciosa é uma condição complexa que requer uma abordagem multidisciplinar para sua gestão. Os sinais clínicos e sintomas podem variar consideravelmente, tornando o diagnóstico desafiador, especialmente devido à vasta gama de diagnósticos diferenciais a serem considerados. Um diagnóstico precoce é crucial para minimizar as complicações associadas à doença.

POSA-091 - (2920) - UMA TRÍADE RARA - CASO CLÍNICO

Ana Isabel Oliveira¹; Carolina Gomes¹; Tânia Mendes¹; Bruno Ferreira¹; Yahia Abuowda²

1 - HVFX; 2 - HDS

Introdução: A síndrome de Plummer-Vinson, também conhecida como síndrome de Paterson-Brown-Kelly, é uma doença rara caracterizada pela tríade de disfagia, anemia ferropénica e membranas esofágicas; que obstruem parcialmente o esófago. Esta síndrome afeta predominantemente mulheres de meia-idade. A causa exata é desconhecida, mas acredita-se que seja multifatorial, envolvendo deficiências nutricionais, predisposição genética e fatores ambientais.

Caso Clínico: Mulher de 41 anos, indiana, residente em Portugal há cerca de 2 anos. História médica conhecida de anemia microcítica, hipocrómica por deficiência de ferro e ácido fólico com um ano de evolução (sob suplementação de ácido fólico diário).

Recorreu ao serviço de urgência por cansaço a pequenos esforços, disfagia e perda ponderal (cerca de 10kg) com um ano de evolução. Na observação apenas se destacava pele e mucosas pálidas. Sem outros achados relevantes.

Analiticamente salientava-se anemia (Hb 6 g/dl) microcítica (56,1 fL) hipocrómica (25,2 g/dl), siderémia 13 pg/dl; transferrina 398 mg/dl; ferritina <1,98 ng/ml; capacidade total fixação do ferro 557ug/dl.

Iniciou suplementação de ferro e realizou endoscopia digestiva alta que revelou, na mucosa no terço superior, um anel estenótico inultrapassável com o endoscópio. Submetida posteriormente a endoscopia digestiva com dilatação, constatando-se, imediatamente abaixo do anel cricofaríngeo, duas estenoses condicionadas por membrana mucosa circunferencial, com cerca de 9 mm; tendo sido submetida a dilatação sem complicações. Sem evidência de atipias/lesões suspeitas. A doente iniciou dieta líquida horas após o procedimento com progressão gradual. Foi posteriormente avaliada em consulta, já sem queixas de disfagia e com melhoria analítica; admitindo-se assim síndrome de Plummer-Vinson.

Discussão/Conclusão: Esta síndrome, apesar de rara, deve ser considerada e reconhecida precocemente dada a sua associação com um risco aumentado de carcinoma de células escamosas do trato gastrointestinal superior, particularmente no esófago. A dilatação atempada, bem como a correção dos défices nutricionais, para além de cruciais no alívio de sintomas, tornam-se essenciais na prevenção de desenvolvimento de neoplasia.

POSA-092 - (2928) - VASCULITE - UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Filipa Macieira¹; Teresa Soares Costa¹; Marília Santos Silva¹; Ana Luísa Nunes¹

1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

As vasculites (VA) caracterizam-se por uma inflamação da parede dos vasos sanguíneos e são geralmente classificadas com base na dimensão dos mesmos. As VA de pequenos vasos condicionam um atingimento sistémico ou limitado a determinado órgão, podendo estar associadas a anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA). A doença Covid-19 pode provocar desregulação do sistema imunológico, podendo induzir ou exacerbar uma doença autoimune, como são exemplo as VA.

Mulher, 86 anos, com antecedentes de anemia normocítica em estudo, apresenta-se com odinofagia insidiosa há 1 semana e episódio súbito de hemoptises há 24 horas. Ao exame objetivo, com crepitações bilaterais. Gasimetricamente, com insuficiência respiratória hipoxémica. Analiticamente, com elevação de parâmetros inflamatórios. Positividade para SARS-CoV-2. Tomografia torácica sugestiva de pneumonia. Por infeção SARS-CoV-2 sintomática, internada sob remdesivir e corticoterapia sistémica. Verificada melhoria clínica e analítica iniciais, mas por recidiva das hemoptises com rebate na hemoglobina após término da terapêutica dirigida, efetuada broncofibroscopia, que documentou hemorragia ligeira e neutrofilia no lavado. Alargado estudo, que revelou velocidade de sedimentação >140mm/h e ANCA MPO positivo. Efetuado diagnóstico de VA, tendo-se observado resolução sintomática progressiva após reintrodução da corticoterapia (prednisolona 1mg/Kg/dia em esquema de desmame). Pela idade avançada e co-morbilidades prévias, optou-se por manter corticóide em monoterapia. Após 6 meses de follow-up mantém-se estável.

Perante o caso descrito, poderíamos ser desencorajados de perseguir o diagnóstico de VA, dada a idade avançada da doente, fora da faixa etária mais sugestiva. No entanto, hemoptises inexplicadas, inicialmente atribuídas à doença Covid-19, devem levantar a suspeita de hemorragia alveolar no contexto de VA. ANCA positivos, apesar de não fazerem o diagnóstico isoladamente, são altamente específicos (>95%) e, como tal, quando complementados com a suspeita clínica pré-teste, suportam o diagnóstico. Este caso permite realçar a importância do diagnóstico diferencial com VA, mesmo quando as características demográficas não são típicas e, sobretudo, quando existe outro diagnóstico concomitante, que não justifique o quadro na sua plenitude. Salienta-se ainda, como descrito na literatura, o contributo da infeção SARS-CoV-2 para o desenvolvimento de doenças imunomediadas.

POSA - (2929) - TOXICIDADE PULMONAR A EVEROLIMUS – EXPLORANDO UMA FEBRE SEM FOCO

Joana Basílio Leite¹; Teresa Soares Costa¹; Bárbara Barreto Laczkovits¹; Mariana Sousa¹; Joana Rodrigues Morais¹

1 - ULS Matosinhos

A imunossupressão com Everolimus, um inibidor da mTOR com propriedades anti-proliferativas e anti-angiogénicas, é um dos pilares nos doentes com transplante renal, com melhor perfil de nefrotoxicidade, sendo a toxicidade pulmonar um efeito secundário raro, mas dos mais preocupantes.

Homem de 72 anos, com doença renal crónica terminal de etiologia desconhecida, submetido a transplante renal em 2009. Imunossuprimido com everolimus até novembro de 2023, suspenso por disfunção crónica de enxerto, sob desmame de corticoterapia. Apresenta astenia, hipersudorese e tosse produtiva com várias semanas de evolução, e febre com início na semana precedente, tendo suspenso Everolimus há 1 mês. Analiticamente com elevação isolada de PCR. Tomografia computadorizada a revelar lesões nodulares no parênquima pulmonar em vidro despolido e captação de contraste no aloenxerto. Estudo microbiológico sem isolamento de agente no painel de vírus respiratórios alargado, em hemoculturas ou uroculturas; micobacteriológico negativo. Por sopro cardíaco de novo realizou ecocardiograma transtorácico que não revelou achados sugestivos de endocardite infecciosa. Dado tratar-se de doente imuno-deprimido com pressão antibiótica, decidido iniciar empiricamente piperacilina/tazobactam, na presunção de infeção respiratória, não tendo sido objetivada melhoria clínico-imagiológica, apesar de apirexia sustentada sob corticoterapia em dose superior à de ambulatório. Inicial suspeição de rejeição subaguda do enxerto, mas sem documentação de dor ou hematúria, estando já sob diálise. Realizado PET-CT que revelou alterações parenquimatosas pulmonares hipermetabólicas inespecíficas, sugestivas de alterações inflamatórias/infecciosas. Após tentativa de novo desmame de prednisolona, constatada recidiva de febre e recrudescimento de parâmetros inflamatórios, levantando-se como hipótese tratar-se de pneumonite associada a everolimus, aspeto reforçado pela documentação de alveolite linfocítica no lavado bronco-alveolar. Neste contexto aumentado dose de prednisolona para 0.5mg/kg/dia, com subsequente melhoria clínica e analítica.

Com este caso pretende-se salientar a importância da anamnese, incluindo tempo de exposição a everolimus, e da exclusão ativa de infeção, a permitir o diagnóstico de uma entidade incomum mas com importante morbilidade associada. A PET-CT e o lavado broncoalveolar surgem como relevantes exames auxiliares de diagnóstico neste contexto para sustentar a suspeita de toxicidade pulmonar.

POSA-093 - (2943) - HEMOPHAGOCYTIC LYMPHOHISTIOCYTOSIS SECONDARY TO ANTI-MI-2-BETA ANTIBODY-POSITIVE DERMATOMYOSITIS: A SECOND CASE REPORT, SUCCESSFULLY TREATED WITH COMBINED CONVENTIONAL IMMUNOSUPPRESSIVE AGENTS

Manuel Monteiro¹; Inês Correia²; Leonor Soares¹; Francisca Martins³; Stanislav Tsisar²; Mário Rodrigues²; João Oliveira³

1 - Unidade de Cuidados Intermédios, Unidade Funcional Medicina 1, Hospital de São José, CHULC; 2 - Unidade Funcional Medicina 1, Hospital de São José, CHULC; 3 - Unidade Funcional Medicina 2.3, Hospital de Santo António dos Capuchos, CHULC

Summary: hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) is a rare, life-threatening, hyper-inflammatory syndrome characterized by dysregulated activation of lymphocytes and macrophages. It may be classified as primary/familial, or as secondary to a wide variety of infectious, malignant and autoimmune disorders.

Case presentation: a 47-year-old woman was admitted with a 10-days history of fever, diarrhea, arthralgia, proximal girdle weakness, generalized desquamative rash including the upper eyelids, and altered mental status. Laboratory tests showed bicytopenia (hemoglobin 7,5g/dL and platelets $50.000 \times 10^9/L$), and elevated AST (672U/L), CK (2.426U/L), LDH (5.079U/L), C-reactive protein (284mg/L) and procalcitonin (84ng/mL). Cranial CT was normal, while body CT reported signs suggestive of gastroenteritis, and sepsis of abdominal origin was initially assumed. Despite a 10-days course of ceftriaxone (sterile cultures), fever, skin changes and laboratory abnormalities persisted, raising suspicion towards a non-infectious inflammatory disease. Further blood analysis revealed elevated triglycerides (356mg/dL) and ferritin (100.000ng/mL), with low fibrinogen (0,7g/L), totaling an initial HScore of 220 points (93-96% probability of HLH). Hemophagocytosis observed in bone marrow aspirate increased the probability of HLH to >99%. Elevated soluble CD25 (11.350pg/mL, cutoff 4.800pg/mL) helped determining the final diagnosis. Comprehensive laboratory and imaging investigation ruled out insidious infectious and malignant underlying disorders. Positive autoimmune studies for anti-Mi-2-beta antibodies and an inflammatory infiltrate observed in skin biopsy confirmed this specific dermatomyositis as the trigger for secondary HLH. Aggressive treatment with methylprednisolone pulses and intravenous immune globulin was started, followed by prednisolone 1mg/kg/day and weekly intramuscular methotrexate 15mg, leading to significant improvement of clinical and laboratory manifestations. She was discharged at D24, and after one month of follow-up corticosteroid tapering was initiated, with no side effects reported.

Discussion: extensive literature research identified only one letter to the editor describing a fatal case of HLH secondary to anti-Mi-2 dermatomyositis. Our report demonstrates that this rare association can be successfully treated with conventional immunosuppressive agents. A high suspicion is paramount, since early appropriate management may prevent catastrophic outcomes.

POSA-094 - (3956) - FEBRE EM TEMPO DE GRIPE, UM DILEMA DIAGNÓSTICO

Helena Temido¹; Ana Cristina Almeida¹; Marta Moitinho¹; Sérgio Dias Janeiro¹

1 - Hospital das Forças Armadas - pólo Lisboa

Introdução: Apesar de múltiplas directrizes, a febre de origem indeterminada continua a ser um desafio diagnóstico e motivo de preocupação para doentes e médicos. Os sintomas frustes ou aparentemente não relacionados dificultam o diagnóstico célere.

Caso clínico: Homem, 76 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu à urgência por astenia, anorexia, mialgias e lombalgia mecânica com irradiação simétrica para membros inferiores com 1 semana de evolução. Não apresentava alterações ao exame físico, para além de febre (38.5°C). Analiticamente com elevação marcada de parâmetros inflamatórios (leucócitos 14.3G/L, proteína C reativa 202mg/L, velocidade de sedimentação 113mm/1^h), ligeira citólise hepática, PSA normal, culturas negativas, zaragatoa para pesquisa de vírus respiratórios negativa, serologias para hepatites B, C e E, CMV, EBV, HSV, borrelia, brucela, leptospira, rickettsia negativas, proteinograma com padrão policlonal, hormonas da tiróide normais, painel autoimune negativo, tomografia computadorizada (TC) toracoabdominopélvica sem lesões agudas, angioTC sem espessamentos ou sinais de inflamação dos vasos, TC lombosagrada sem lesões infecciosas, expansivas ou proliferativas. Permaneceu febril (38°C) apesar de antibioterapia empírica e terapêutica antipirética fixa, negando sintomatologia acompanhante e sem novas alterações ao exame físico. Subitamente referiu trismos que impediam alimentação, fez ortopantomografia sem alterações, TC maxilofacial com fratura do 46° dente e discreto espessamento assimétrico da parótida direita. No mesmo dia em que se decide início de corticoterapia “empírica”, tem 2 episódios de amaurose fugaz. A observação do fundo do olho foi normal, sem alterações do disco óptico, retina ou vasos. Com a presunção clínica de artrite temporal e miosite temporal contigua à inflamação de vaso iniciou de imediato prednisolona 1mg/kg com cedência da febre e melhoria da abertura oral. Não apresentou novos episódios de amaurose. O doppler temporal (após 15 dias de corticoterapia) não mostrou sinal de halo arterial.

Discussão/Conclusão: A artrite temporal, apesar de rara (18/100.000), tem consequências graves, quando não tratada a tempo, nomeadamente a cegueira permanente. Apesar da inexistência de sintomas típicos confundir a marcha diagnóstica, mais quando o contexto é favorável a hipóteses mais frequentes, esta hipótese deve ser sempre mantida em mente, sobretudo considerando a sua gravidade e premência de tratamento.

POSA-095 - (3979) - PANCREATITE CRÓNICA: UM DOENTE, VÁRIAS ETIOLOGIAS

João Vieira Afonso¹; Mafalda Gomes Santos¹; Joana Castro Vieira¹; Mariana Simão Magalhães¹; Gonçalo Durão Carvalho¹; Rafael Oliveira¹; Ana Filipa Rodrigues¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste – Unidade Caldas da Rainha

A pancreatite é a inflamação aguda do pâncreas. A pancreatite crónica resulta de múltiplos episódios de pancreatite aguda. As pancreatites agudas e crónicas podem ser vistas com um espectro de doença em vez de duas entidades diferentes.

Homem, 44 anos, recorre ao SU por dor abdominal pós-prandial em cinturão, acompanhado por náuseas e vómitos. Refere perda de 15 kg em 6 meses. Nega febre e alterações de trânsito intestinal ou da consistência de fezes, melenas ou retorragias. Nega consumo de álcool desde o último internamento, mas mantém consumo tabágico, apesar de ter diminuído.

Antecedentes pessoais de Pancreatite aguda (3 episódios), Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica de etiologia tabágica, Gastrite Crónica e HTA.

À admissão, GCS 15, eupneico em ar ambiente, normotenso, normocárdico e apirético. Auscultação cardiopulmonar sem alterações. Sarcopénico com abdómen doloroso e com defesa à palpação em epigastro e flanco direito, com ruídos hidroaéreos inexistentes. Palpa-se tumefação de 3-4cm a nível do epigastro.

Analiticamente, tal como em internamento prévios, sem leucocitose, anemia, alterações de função renal e hepática, Amilase 1173U/L e Lipase 4363U/L. Triglicéridos 187mg/dL PCR negativa. Realizou TC Abdomino-pelvico com “Tumefação difusa do pâncreas nomeadamente na sua porção cefálica, heterogénea, com ectasia ductal e esboço de hipodensidade parenquimatosa, compatível com pancreatite aguda edematosa, não se podendo excluir pequeno foco de necrose Sem ectasia das vias biliares. Sem litíase vesicular mineralizada”.

Admitida Pancreatite aguda recorrente em doente com pancreatite crónica.

Para esclarecimento realizou RM que mostrou sinais de Pancreatite aguda, sem imagens de neoplasia de vias biliares ou pancreáticas.

Realizou Ecoendoscopia que demonstrou sinais de Pancreatite Crónica, tendo sido colhidas biópsias, que apenas mostraram infiltrado sugestivo de processo inflamatória sem sinais de malignidade.

Colhido IgG4, que se revelou negativo e testes genéticos PRSS1, SPINK1 e CFTR, sendo este último positivo. Durante a permanência hospitalar apesar da colaboração ativa com psicologia e psiquiatria não remitiu hábitos tabágicos.

A maioria das pancreatites crónicas apresenta mais de uma etiologia. O controlo da sintomatologia, especialmente da dor abdominal é um desafio para os clínicos, sendo muitas vezes necessário recorrer a consulta de dor crónica como o caso deste doente. A abstinência de álcool e tabaco é fundamental.

POSA-096 - (3986) - SARCOIDOSE EXTRA-PULMONAR: UMA APRESENTAÇÃO AUTO-IMUNE INCOMUM

Diogo Macedo¹; Ana Rita Antunes¹; Carlos Figueiredo¹; Sofia Cunha Teixeira¹; Joana Novo¹; Andreia Freitas¹

1 - Unidade Local de Saude Gaia e Espinho

Introdução: A sarcoidose é uma doença multissistémica com apresentação clínica e curso muito variáveis. Apesar de estar mais frequentemente associada a atingimento torácico, cerca de 8% dos doentes apresentam apenas envolvimento de outros órgãos, tornando o seu diagnóstico um verdadeiro desafio clínico.

Caso Clínico: Mulher de 58 anos, observada no Serviço de Urgência (SU) por quadro de dor abdominal no quadrante superior direito (QSD), náuseas e febre com 2 semanas de evolução. Referia também astenia e perda ponderal de 6kg em 6 meses. Ao exame objetivo apresentava dor à palpação do QSD e hepatomegalia. O estudo realizado no SU não identificou foco para as queixas apresentadas, tendo sido internada para estudo. Durante o internamento desenvolveu episódios de diminuição da acuidade visual, sem fadigabilidade ocular. Do extenso estudo etiológico realizado destaca-se anemia, citocolestase e velocidade sedimentação, enzima conversora da angiotensina e proteína C reativa elevadas. O estudo imunológico e microbiológico (sangue, urina e fezes) foi negativo. Imagiologicamente, sem alterações de relevo em Tomografia. A PET-FDG demonstrou captação heterogénea muito aumentada no fígado, sendo realizada biópsia hepática, que revelou numerosos granulomas não caseosos dispersos. Por agravamento franco da acuidade visual foi observada por Oftalmologia, tendo sido documentado edema bilateral do nervo ótico. A integração da clínica e resultados da doente culminou no diagnóstico de sarcoidose com envolvimento hepático e neurológico. A doente iniciou corticoterapia com melhoria da sintomatologia.

Discussão: A apresentação extrapulmonar da sarcoidose é rara. A afeção hepática é geralmente assintomática, sendo observada dor abdominal e hepatomegalia em aproximadamente 5-30% dos casos. O diagnóstico é desafiante e de exclusão. A abordagem diagnóstica envolve a correlação da clínica, alterações laboratoriais e histologia característica obtida por biópsia. Esta condição responde favoravelmente à CCT, como observado nesta doente, cujos sintomas permaneceram controlados após o início do tratamento.

Conclusão: Este caso clínico ilustra os desafios diagnósticos associados a um quadro clínico de febre sem foco objetivável pela necessidade de um estudo abrangente e minucioso envolvendo exclusão de diversas patologias e ainda a dificuldade de diagnóstico de sarcoidose exclusivamente extrapulmonar.

POSA-097 - (4007) - SÍNDROME DE BRASH, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Penaforte¹; Ana Catarina Garcia¹; Aurora Zanga¹; Margarida Brito Monteiro¹;
Fernando Aldomiro¹; Teresa Costa Pereira¹

1 - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução

A síndrome de BRASH é uma reação adversa subdiagnosticada secundária ao uso de certos fármacos. O acrónimo significa, simultaneamente, a existência de bradicardia, insuficiência renal, bloqueio atrioventricular (BAV), choque e hipercaliémia. A fisiopatologia desta síndrome é cíclica: a sinergia entre hipercalemia e bloqueadores do nó atrioventricular resultam em bradicardia que diminui o débito cardíaco, prejudica a perfusão renal e leva a insuficiência renal e hipercaliémia, por sua vez exacerbando a bradicardia e o BAV. Este mecanismo cíclico culmina em choque. O tratamento mais eficaz da síndrome é a identificação e descontinuação dos fármacos envolvidos. O seu reconhecimento imediato melhora o prognóstico e diminui a probabilidade de requerer medidas mais invasivas.

Caso clínico

Os autores descrevem o caso de um homem, 70 anos, com hipertensão arterial essencial, fibrilhação auricular paroxística, cardiopatia isquémica e valvular, diabetes mellitus tipo 2 não insulino-tratada, nefropatia diabética com doença renal crónica estadio IIIb e dislipidemia, medicado com antagonista dos recetores da aldosterona, antagonista dos receptores de angiotensina II e beta-bloqueante. Trazido ao serviço de urgência por agitação e dispneia com horas de evolução. À admissão, apresentava-se hipotenso (PAM 63 mmHg), com hipercaliémia (potássio sérico: 8.7 mmol/L) e lesão renal aguda AKIN III (creatinina sérica: 9.77 mg/dl) com acidémia metabólica (pH 7.28 e HCO₃ 11.2 mEq/L). Eletrocardiograficamente com BAV completo e frequência cardíaca de 48bpm. Após a suspensão dos fármacos, expoliação de potássio e período transitório de suporte aminérgico, evoluiu com normalização da frequência cardíaca, função renal e caliémia.

Discussão & Conclusão

Este caso clínico pretende reforçar a ideia de que a chave para o tratamento da síndrome de BRASH não é a abordagem individualizada de cada um dos sintomas, mas sim a sua abordagem simultânea. Para tal, a compreensão da fisiopatologia e o reconhecimento desta síndrome é fundamental.

POSA-098 - (4008) - A CURIOUS CASE OF TOXOPLASMOSIS

Mariana Gaspar¹; Rui Escaleira¹; Miguel Nunes¹; Mariana Silva¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

INTRODUCTION: In patients infected with human immunodeficiency virus (HIV) and CD4 count <100 cells/microL, toxoplasmic encephalitis is the most common central nervous system infection.

CASE DESCRIPTION: 42-year-old male with a previous diagnosis of type 1 HIV and cecal adenocarcinoma, both untreated, presented to the emergency room with left hemiplegia and transient language alteration. Brain computed tomography revealed multiple lesions with vasogenic edema and regional mass effect on right frontoparietal hemisphere leading to the diagnostic hypothesis of brain metastases. He was admitted for further investigation. Lumbar puncture revealed increased cerebrospinal fluid (CSF) protein, without pleocytosis; polymerase chain reaction (PCR) for JC virus, Epstein-Barr virus, Mycoplasma tuberculosis, Cryptococcus neoformans and Toxoplasma gondii were negative; blood cultures negative; serum T. gondii IgG positive, CD4+ 26,05 cells/uL, viral load of 38,600 copies/mL. Brain magnetic resonance (MRI): probable cerebral toxoplasmosis abscesses and vasogenic edema. Double therapy with pyrimethamine, clindamycin and calcium folinate was started, as well as antiretroviral therapy (ART). After 15 days, MRI reevaluation revealed marked improvement of the lesions. He was discharged, keeping follow-up in the infectiology department.

DISCUSSION AND LEARNING POINTS: Early diagnosis of cerebral toxoplasmosis is often presumptive, based on typical clinical and imagiologic findings and IgG positive T. gondii in patients with CD4+ <100 cells/microL. CSF PCR for T.gondii is positive only 44-65% of cases. The authors highlight this case and emphasize the importance of diagnostic suspicion even in the presence of negative PCR. The preferential treatment is the combination of sulfadiazine and pyrimethamine, as well as initiation of ART.

POSA-099 - (4013) - HIPOCOAGULAÇÃO OU NÃO, EIS A QUESTÃO

João Horta Antunes¹; Bárbara Picado¹; Célia Machado¹; Sara Frazão De Brito¹; Inês Pereira Lopes¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

INTRODUÇÃO: A interrupção da hipocoagulação em doentes com fibrilhação auricular (FA) está associada a maior risco de eventos isquémicos. Nos primeiros dias após um acidente vascular cerebral (AVC) isquémico pode ocorrer transformação hemorrágica com aumento da morbimortalidade.¹

CASO CLÍNICO: Sexo feminino, 82 anos, autónoma, destacando-se história de FA hipocoagulada com edoxabano. Recorre ao Serviço de Urgência por queda, com suspensão de hipocoagulação 3 dias antes para realizar extração dentária. Na admissão identificou-se hemianópsia homónima esquerda e diminuição da força muscular do membro inferior esquerdo. A angio-TC crânio-encefálica revelou enfarte isquémico têmporo-occipital e tálamo-capsular direito, com estenose focal do segmento P2 da artéria cerebral posterior direita. Sem critérios para tratamento de reperfusão, iniciou antiagregação simples, estatina e hipocoagulação profilática. Evolução favorável inicial com recuperação do défice motor, mantendo défice do campo visual, protelando-se início de hipocoagulação terapêutica por risco de transformação hemorrágica. Ao 12º dia de internamento, inicia cegueira cortical com agnosia visual, repetindo TC-CE que mostrou transformação hemorrágica do enfarte isquémico inicial e novo enfarte isquémico occipital e tálamo-capsular esquerdo, suspendendo antiagregação e mantendo hipocoagulação profilática. Ao 21º dia de internamento apresentou dor na região gemelar da perna direita e ausência de pulsos no membro inferior direito, documentando-se trombo na bifurcação femoral direita em eco-Doppler, tendo sido submetida a embolectomia.

DISCUSSÃO: Em doentes com FA e AVC isquémico, a hipocoagulação precoce previne o risco de recorrência de eventos isquémicos, com maior risco de transformação hemorrágica. Este caso demonstra o desafio de determinar o momento ideal para retomar hipocoagulação numa doente com transformação hemorrágica e elevado risco tromboembólico.

CONCLUSÃO: A decisão de retomar hipocoagulação em doentes com AVC isquémico com transformação hemorrágica deve ser individualizada, considerando o risco de hemorragia versus o risco tromboembólico.

1. Shu, L., Hwang, M. J., Indraswari, F., & Yaghi, S. (2023). Resumption of Anticoagulant Therapy Following Ischemic and Hemorrhagic Strokes: Indications and Timing. *Practical Neurology*, 44-48;58. <https://practicalneurology.com/articles/2023-jan-feb/resumption-of-anticoagulant-therapy-following-ischemic-and-hemorrhagic-strokes-indications-and-timing>

POSA-100 - (4026) - EMPIEMA BACTERIANO ESPONTÂNEO: UMA ABORDAGEM DESAFIANTE NA CIRROSE HEPÁTICA DESCOMPENSADA

Diogo Macedo¹; Sara Pereira Henriques¹; Rita Menezes Azevedo¹; Ana Rita Antunes¹; Rita Rei Neto¹; Andreia Freitas¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Introdução: A apresentação de empiema bacteriano espontâneo em doentes com cirrose hepática descompensada representa uma manifestação clínica incomum e desafiante, que adiciona complexidade ao quadro clínico de um doente hepático.

Caso clínico: Homem, 50 anos, antecedentes de cirrose hepática alcoólica com hipertensão portal, trombose da veia porta e hidrotórax crónico, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal, vômitos, dispneia e febre com 5 dias evolução. Ao exame físico encontrava-se prostrado e desorientado, polipneia com necessidade de oxigenoterapia suplementar, diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito e abdómen doloroso com ascite sem tensão. Analiticamente apresentava trombocitopenia e aumento da proteína C reativa. Após paracentese diagnóstica, identificou-se peritonite bacteriana espontânea (PBE), tendo sido iniciado ceftriaxone. No exame bacteriológico do líquido ascítico houve isolamento de estirpe de *Escherichia coli* multirresistente, sensível apenas a carbapenemas, com necessidade de ajuste da antibioterapia para ertapenem. Apesar da antibioterapia dirigida, manteve insuficiência respiratória e febre. Foi realizada toracocentese, revelando empiema bacteriano espontâneo com isolamento do mesmo agente etiológico da PBE. Com a continuidade da antibioterapia e drenagem do derrame pleural houve melhoria clínica, com apirexia sustentada, regressão dos parâmetros inflamatórios e diminuição do derrame pleural, a permitir alta para consulta externa após internamento

Discussão: O empiema bacteriano espontâneo é uma complicação rara, sendo que a maioria dos doentes apresenta hidrotórax prévio. A presença deste derrame intensifica a complexidade do quadro clínico, indicando a passagem de líquido ascítico para o espaço pleural principalmente por aberturas no diafragma. A PBE pode servir como precursor do empiema, como vemos neste caso em que foi identificado o mesmo agente etiológico. A sua abordagem requer antibioterapia e, na maioria dos casos, drenagem para controlo do foco, tal como relatado.

Conclusão: Este caso clínico destaca a importância do reconhecimento precoce e do tratamento adequado de complicações graves e menos comuns, como o empiema, em doentes com cirrose hepática descompensada, e enfatiza a necessidade de uma abordagem integrada e extensa de modo a otimizar o desfecho clínico do doente.

POSA-101 - (4037) - SÍNDROME DOS VÔMITOS CÍCLICOS: UMA CAUSA ESQUECIDA?

Diana Lopes¹; André Santa Cruz¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: A Síndrome dos vômitos cíclicos é uma doença gastrointestinal crónica caracterizada por episódios incapacitantes de náuseas, vômitos e dor abdominal. Resulta de uma combinação de fatores genéticos, ambientais, autonómicos e neuro-hormonais, com potencial para afetar crianças e adultos. É frequentemente associada a cefaleia e ansiedade, tendo grande impacto na qualidade de vida dos doentes.

Caso Clínico: Uma mulher de 22 anos, com antecedentes de ansiedade, sem consumos tóxicos ou história familiar de relevo, foi enviada à consulta de Medicina Interna para estudo complementar, após 8 episódios de recurso ao Serviço de Urgência (SU), por vômitos incoercíveis (cerca de 1x/mês, com duração de 24h). A doente tinha também já estado internada 3 meses antes, no Serviço de Cirurgia Geral, pelo mesmo motivo, tendo realizado tomografia abdomino-pélvica e endoscopia digestiva alta, com biópsias, que não revelaram alterações e excluíram infeção por *Helicobacter pylori*. Cumpriu pausa alimentar e recomeço progressivo da alimentação, sem comportamentos purgativos associados. Foi avaliada por Endocrinologia que também não objetivou alterações metabólicas que motivassem a sintomatologia. Teve alta sem diagnóstico, orientada para consulta de nutrição. Voltou várias vezes ao SU, pelo mesmo motivo, sempre sem alterações analíticas ou imagiológicas de relevo. Na urgência, foi avaliada por Neurologia e Psiquiatria, também sem propostas diagnósticas ou terapêuticas. Na consulta de medicina interna, apresentou-se emagrecida, com índice de massa corporal de 15.2 kg/m² (prévio de 19,4 kg/m²), sem outras alterações ao exame físico. Bastou a história clínica para se diagnosticar a síndrome dos vômitos cíclicos. Dado os sintomas psiquiátricos relevantes, potenciais desencadeantes, sugestivos de ansiedade não controlada com a medicação habitual, foi reforçado junto da doente a necessidade de nova avaliação psiquiátrica. Após ajustes na sua terapêutica a doente apresentou melhoria franca do quadro clínico com resolução total dos episódios de vômitos.

Discussão: Este caso mostra que existem diagnósticos de exclusão cujo elevado grau de suspeição se estabelece pela história clínica, e para os quais é necessária uma visão holística que integre e reconheça os problemas dos doentes, mesmo se já avaliados. Além disso, é um exemplo da necessidade de articulação com outras especialidades para a melhor gestão de alguns casos de elevado impacto na qualidade de vida dos doentes.

POSA-102 - (4039) - UM CASO DE PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA NUM JOVEM

Patricia Santos¹; Joana Varela¹; Ivo Mendes¹; Carlos Araújo¹; Bruno Sousa¹; Inês Pintassilgo¹

1 - Hospital Garcia de Orta

O Síndrome de Brugada (SB) é uma doença autossómica dominante rara que predispõe a arritmias malignas, sobretudo fibrilhação ventricular e morte súbita. É mais prevalente em jovens do sexo masculino, sendo um síndrome silencioso e assintomático. Caracteriza-se por alterações na repolarização das derivações pré-cordias direitas. Existem triggers, que podem dar origem a um evento arritmico nomeadamente a febre, certos fármacos, drogas ou distúrbios hidroeletrólitos.

Apresenta-se o caso de um jovem, do sexo masculino, de 27 anos, com diagnóstico prévio de síndrome de Brugada, identificado em eletrocardiograma (ECG) de rotina em 2017. Iniciou vigilância no médico de família, sem sintomas associados como síncope ou palpitações. A 02/05, apresenta episódio súbito de mioclonias com perda de consciência e incontinência de esfínteres, autolimitado e com recuperação, sem sintomas prévios e sem fator desencadeante. Foi contactada VMER que transportou até ao hospital, com nova crise convulsiva seguida de paragem cardio-respiratória, tendo sido iniciadas manobras de suporte avançado de vida e intubação oro-traqueal. Após 40 minutos, verifica-se recuperação de ritmo e pulso, com ECG com rr' V1-V2supra de ST e ondas T negativas nestas duas derivações - padrão de Brugada. Foi admitido na unidade de cuidados intensivos, sem novos episódios de disritmias, mas com sinais de encefalopatia hipóxico-isquémica, confirmada com ressonância magnética crânio-encefálica e eletroencefalograma. Transferido para unidade de intermédios da Medicina Interna, onde iniciou reabilitação motora. O internamento foi pautado por múltiplas intercorrências infecciosas nosocomiais, mas com boa resposta aos ciclos de antibioterapia. Teve alta encaminhado para o centro de reabilitação de Alcoitão. Perante melhoria do estado funcional, encaminhado para consulta de Cardiologia, tendo realizado estudo genético, que foi negativo, e colocado cardioversor-desfibrilhador implantável (CDI) para prevenção de novos eventos. Após reabilitação objetivou-se uma melhoria motora e cognitiva significativa.

Os autores realçam para a importância da estratificação do risco em doentes com padrão de Brugada, que incluem PCR, TV, síncope por arritmia ou história familiar prévia. Os doentes devem ser alertados para fatores desencadeantes a evitar, sendo que a implantação de CDI está recomendada em casos de morte súbita abortada ou arritmia ventricular. A orientação do rastreio familiar é também essencial.

POSA-103 - (4047) - RITUXIMAB COMO TRATAMENTO DO PÊNFIGO VULGAR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO.

Maria João Vilela¹; Diogo Lopes¹; Bárbara Fraga Campos¹; Ana Oliveira Sá¹; Vanessa Palha¹; Narciso Oliveira¹; Teresa Pimentel¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: O pênfigo vulgar é uma doença autoimune, causada pela produção de autoanticorpos, contra proteínas de adesão celular nas células epiteliais. Caracteriza-se pela formação de bolhas na pele e mucosas. O diagnóstico é confirmado por biópsia da pele ou mucosa e o tratamento consiste em terapêutica imunossupressora.

Caso clínico: Mulher de 35 anos com antecedentes de hipertensão arterial, medicada com Losartan. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por lesões na cavidade oral há 2 semanas e lesões cutâneas pruriginosas dispersas pelo tronco, abdómen e região genital com 3 dias de evolução. Havia sido previamente medicada com Fluconazol aquando do surgimento das lesões da cavidade oral e passado 1 semana Flucloxacilina pelas lesões da pele, apenas com discreta melhoria. Ao exame objetivo apresentava placas esbranquiçadas compatíveis com candidíase oral, edema, rubor, pústulas e crostas labiais. No abdómen e região inguinal apresentava vesículas, crostas e pápulas dispersas. Sem outras alterações ao exame objetivo, tendo ficado internada para estudo. Analiticamente com leucocitose e neutrofilia e discreta elevação de Proteína-C Reativa; função renal e tiroideia sem alterações; ANAs negativo; serologias viricas negativas; VDRL não reativo; Mycoplasma e Chlamydia thracomatis negativos; PCR MPOX negativo. Estudos endoscópicos e TAC-toracoabdominopélvica sem alterações. Realizou biópsia cutânea a demonstrar dermatose bolhosa intraepidérmica, sugerindo pênfigo vulgar. Iniciou tratamento com Prednisolona 1mg/kg/dia com ligeira melhoria das lesões, tendo alta com Prednisolona em esquema de desmame e betametasona tópica. Posteriormente com novo agravamento das lesões, com erosões cutâneas ovulares dispersas por todo o corpo, com crosta exuberante e algumas bolhas íntegras, incluindo no couro cabeludo e várias úlceras na mucosa oral e língua, pelo que aumentou dose de Prednisolona e iniciou ciclosporina 100mg/dia. Por manter lesões bolhosas, alterada imunossupressão para Rituximab com melhoria sustentada e cicatrização das lesões da cavidade oral e lesões cutâneas menos exsudativas, com áreas de reepitelização.

Discussão/Conclusão: O pênfigo vulgar é uma doença rara, debilitante e as consequências podem ser fatais. Dado o potencial de morbidade e mortalidade, é essencial um diagnóstico e tratamento céleres. Este caso clinico destaca o potencial do rituximab como uma opção terapêutica eficaz para estes doentes.

POSA-104 - (4054) - FEBRE DESCONHECIDA E VASCULITE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA

Inês Domingues¹; Patrícia Santos¹; Fábio Pé D'Arca Barbosa¹; Vanda Spencer¹

1 - Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO: Das várias etiologias do síndrome febril de origem indeterminada, cerca de 20-23% são reumatológicas, nomeadamente vasculites, definidas por inflamação e lesão das paredes dos vasos sanguíneos afetados. Destas, a vasculite associada ao anticorpo anticitoplasmático do neutrófilo (ANCA) é uma vasculite necrotizante de pequenos vasos não associada a depósitos de complexos imunes. Associa-se frequentemente a anticorpos específicos como mieloperoxidase (ANCA-MPO) ou proteínase 3 (PR3-ANCA).

CASO CLÍNICO: Mulher, 74 anos, autónoma. Antecedentes de hipotireoidismo medicada com levotiroxina, Hepatite C tratada e quistos hidáticos hepáticos. Apresentava desde há 1 mês picos febris vespertinos diários, acompanhados por sintomas constitucionais e mialgias com afeção preferencial das pernas. Posteriormente, iniciou alterações da sensibilidade dos membros superiores, assimétricas e de predomínio distal. Sem outras queixas ou alterações ao exame objetivo. Internada para estudo de síndrome febril indeterminado. No Internamento, iniciou agravamento progressivo das alterações sensitivas com hipostesia álgica, alteração da proprioceção e parésia assimétrica de novo com extensão aos membros inferiores. Fez eletromiograma que revelou mononeuropatia múltipla grave. Analiticamente, destacava-se um padrão inflamatório com anemia, trombocitose, elevação da Velocidade de Sedimentação, Proteína C Reativa e ferritina. O estudo complementar de diagnóstico foi negativo para causas infecciosas ou neoplásicas. Do estudo autoimune efetuado detetou-se positividade para o anticorpo ANCA MPO e Fator reumatoide em alto título, assumindo-se o diagnóstico de vasculite de pequenos vasos associada a ANCA MPO+ com envolvimento sistémico e neurológico rapidamente progressivo. Cumpriu 3 dias de pulsos de metilprednisolona com posterior transição para prednisolona oral e ciclofosfamida. Para proteção óssea, realizou ácido zoledrónico e suplementação com cálcio e vitamina D.

DISCUSSÃO: O diagnóstico e tratamento precoce das vasculites são fundamentais para o prognóstico, tendo forte impacto na sobrevivência. O seu envolvimento multissistémico e sintomas inespecíficos podem atrasar o diagnóstico. Assim, devem sempre ser consideradas na investigação etiológica de síndrome febril indeterminado.

POSA-105 - (4062) - DA OVA AO TAKOTSUBO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Adriana Henriques¹; Isabel Correia¹; Ana Isabel Rodrigues²; Ana Rita Ramalho¹; Ana Patrícia Coimbra¹; Jandira Lima¹; Cátia Pereira¹; Diana Ferreira¹; Regina Costa¹; David Sousa¹; João Pina Cabral¹; Lèlita Santos¹

1 - ULS Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: Síndrome Takotsubo, também conhecida como cardiomiopatia de stress, é caracterizada por disfunção sistólica transitória, principalmente do ventrículo esquerdo (VE), mimetizando enfarte do miocárdio, mas na ausência de evidência angiográfica de doença coronária. Ocorre mais em mulheres e em idades mais avançadas, frequentemente, após um intenso stress emocional ou físico.

Caso Clínico: Doente, 80 anos, sexo feminino, recorre ao serviço de urgência (SU) por cefaleia, agravamento do défice da acuidade visual e tremores. Internamento recente na Medicina Interna por suspeita de lesão ocupante de espaço sugestiva de metastização cerebral não confirmada após estudo complementar, pelo que teve alta para a consulta de Medicina a aguardar realização de tomografia emissora de protões. À admissão no SU, doente consciente, orientada e com lentificação no discurso. Restante exame físico normal. Apesar da ausência de alterações de novo em exames complementares de diagnóstico, é internada por sintomatologia mantida após a medicação prescrita e dúvidas quanto à compliance terapêutica. No primeiro dia de internamento ao realizar a broncodilatação habitual autonomamente, inicia quadro súbito de estridor. Realiza de imediato nasofibroscopia que identifica corpo estranho (tampa de broncodilatador) na glote, a condicionar obstrução da via aérea. Após sedação, é realizada a remoção mecânica, sem complicações imediatas. Posteriormente, apresenta deterioração do estado de consciência com dispneia e dessaturação súbita. Por supradesnivelamento do segmento ST durante a monitorização realiza electrocardiograma que confirma supradesnivelamento na parede anterior. Ecocardiograma com hipocinésia do ápex e generalidade dos segmentos apicais e médios do VE, sem outras alterações. Analiticamente com subida de troponina de alta sensibilidade (337 > 2451ng/L). Por suspeita de Síndrome Takotsubo realiza coronariografia que excluiu doença coronária e com ventriculografia sugestiva de miocardiopatia de Takotsubo, confirmando assim o diagnóstico despoletado pela aspiração do corpo estranho.

Conclusão: O diagnóstico de cardiomiopatia de stress deve ser sempre suspeitado em adultos que apresentam suspeita de síndrome coronário agudo. O tratamento conservador e a resolução do factor desencadeante de stress físico ou emocional são geralmente suficientes para controlo dos sintomas, contudo, o risco de complicações agudas é grave podendo levar à morte em 2 a 3% dos doentes hospitalizados.

POSA-106 - (4067) - TROMBOCITOSE ESSENCIAL – UMA CAUSA (NÃO TÃO) RARA DE TROMBOCITOSE

Catarina Maia Ferreira¹; Ana Ramôa²; Eduardo Macedo²; Bárbara Rocha³; Luís Reis⁴; Diana Silva Fernandes²; Ana Rita Marques²; Ilídio Brandão²

1 - Serviço de Oncologia Médica, Unidade Local de Saúde de Braga; 2 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Braga; 3 - Serviço de Cardiologia, Unidade Local de Saúde de Braga; 4 - Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: A trombocitose é um achado laboratorial frequente na prática clínica, podendo ser de etiologia primária ou reativa. A trombocitose essencial (TE) é uma síndrome mieloproliferativa crónica caracterizada pela produção aumentada de plaquetas ao nível da medula óssea, com risco aumentado de eventos trombóticos e hemorrágicos.

Caso Clínico: Mulher de 89 anos, parcialmente dependente nas atividades de vida diária, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, hiperuricemia, fibrilhação auricular, acidente vascular isquémico em 2020 e doença aterosclerótica carotídea bilateral, referenciada à consulta para estudo de trombocitose (valores de plaquetas entre 500-750.000/uL nos últimos 3 anos). Referido prurido generalizado, não aquagénico, associado a eritema facial. Negados sintomas constitucionais, perdas hemáticas, alterações visuais, cefaleia, toracalgia, tonturas, síncope, artralguas ou outras alterações cutâneas. Sem história pessoal de neoplasias, abortos ou esplenectomia. Sem antecedentes familiares conhecidos. Do estudo realizado: agravamento da trombocitose (plaquetas 762.000/uL); sem anemia ou alterações no leucograma; sem ferropenia ou défices vitamínicos; eletroforese de proteínas séricas sem picos monoclonais; serologias infecciosas negativas; pesquisa de *H. pylori* nas fezes negativa; painel de autoimunidade negativo; velocidade de sedimentação de 37 mm/h e proteína C reativa negativa. Sem alterações na tomografia computadorizada toracoabdominopélvica. Pesquisa de mutação no gene JAK2 617F positiva, negativa nos genes CALR e MPL. Perante o diagnóstico provável de TE, foi orientada para Hemato-Oncologia, tendo iniciado terapêutica com hidroxureia 500mg/dia, com boa resposta (último doseamento de plaquetas: 446.000/uL) e sem novos eventos tromboembólicos.

Discussão/Conclusão: A avaliação inicial de trombocitose incide na distinção entre causas primárias e secundárias. A positividade da mutação JAK2 V617F, presente em 50-65% dos casos de TE, associada a uma idade superior a 60 anos e história de eventos tromboembólicos, confere maior risco trombótico. O tratamento baseia-se em agentes citorredutores, como a hidroxureia, e antiagregação com ácido acetilsalicílico. Apesar do prognóstico habitualmente favorável, a idade avançada e história de eventos trombóticos podem reduzir a sobrevida.

POSA-107 - (4073) - FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA – DESCONFIAR SEMPRE

Cláudio Coelho¹; Sara Silva Pereira¹; Marta Matos Pereira¹

1 - Hospital Conde de Bertiandos - ULSAM

Introdução: A febre de origem determinada têm diversas etiologias, desde infecções virais, bacterianas, parasitárias, fúngicas, a doenças inflamatórias ou neoplásicas. Torna-se pertinente o esclarecimento da sua etiologia, sobretudo em doentes com alteração da imunidade.

Caso clínico: Homem de 38 anos, esplenectomizado. Fumador (20UMA) e consumo etílico de 9 doses padrão/dia. Trabalhador na construção civil em Espanha perto de um matadouro de porcos. Admitido no serviço de urgência (SU) por febre com duração de cerca de 1 mês, que cedia ao antipirético, associada a mialgias dos grandes grupos musculares e edema bímaleolar. Sem contexto epidemiológico de relevo. Ao exame físico apresentava-se subfebril (37,4°C), com edema ligeiro bímaleolar e sem adenopatias palpáveis. Trouxe estudo realizado no médico assistente que apresentava trombocitose e elevação dos parâmetros de citocolestase, serologias víricas negativas e reação de Paul Bunnell positiva, sem outras alterações no estudo realizado no SU. Foi internado para estudo, que revelou PCR e VS elevadas, anemia ligeira, leucocitose com neutrofilia e trombocitose. Hemoculturas e uroculturas negativas. PCR Rickettsia, Borrelia, Bartonella, Brucella e Leptospira negativas. Repetida reação Paul-bunnell que foi negativa, bem como as de Widal, Wright e Weil-Felix. Autoimunidade negativa. Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica com evidência de adenopatias abdominais inespecíficas e hepatomegalia. PET-scan e ecocardiograma sem alterações. Dados os antecedentes de esplenectomia, decidido alargar estudo com agente menos comuns, com serologias Parvovirus B19 IgM indeterminado e IgG negativo, compatível com infeção subaguda. Durante o internamento com resolução do síndrome febril com terapêutica sintomática, tendo alta ao 7º dia orientado para consulta. Reavaliado um mês depois sem recrudescência da febre. Repetiu serologia do parvovirus com IgM negativa e IgG positiva, tendo alta.

Discussão: O diagnóstico diferencial do Parvovirus B19 é crucial para identificar e tratar complicações graves como anemia aplástica transitória, artrite e miocardite. Na maioria dos casos, a infeção cursa com sintomatologia ligeira e sem gravidade, não sendo necessário tratamento específico. Neste caso o estudo realizado e o quadro autolimitado apoiam o diagnóstico de infeção por Parvovirus B19, especialmente num doente esplenectomizado.

POSA-108 - (4093) - DESAFIOS CLÍNICOS NUMA ANOREXIA NERVOSA NÃO TRATADA

Ana Mafalda Abrantes¹; Inês Parreira¹; Sara Salema Travassos¹;
Carolina António Santos¹; António Pais De Lacerda¹; António Martins Baptista¹;
Ana Alves Cardoso¹

1 - Serviço de Medicina Interna - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital Santa Maria

Introdução:

A anorexia nervosa é uma perturbação do comportamento alimentar. Além da típica perda de peso e malnutrição, pode levar a múltiplas complicações médicas. Estas são responsáveis por metade das mortes associadas a esta condição.

Caso clínico:

Mulher, 62 anos, antecedentes pessoais de anorexia nervosa crónica tipo restritivo com décadas de evolução (índice de massa corporal 12Kg/m², peso 34kg) e síndrome depressivo, seguimento errático. Internamento recente por pericardite medicada com colchicina e ibuprofeno. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia para pequenos esforços, desorientação e lentificação psicomotora de agravamento progressivo. Refere perda ponderal 10kg desde há 6 meses. À admissão sonolenta mas facilmente despertável, períodos de mutismo, sem outras alterações. Análises laboratoriais com Hb 11.8g/dL, glicémia 49mg/dL, troponina T 150ng/L. Eletrocardiograma com supra-ST nas derivações V1 a V6, DII, DIII e aVF. Estudo etiológico de pericardite com serologias infecciosas e auto-imunidade negativas. Ecocardiograma e angio-TC coronária sem alterações. Não foi possível realizar RM cardíaca. Assumida lesão miocárdica em contexto de desnutrição e hipoglicémias frequentes. Durante o internamento, objetivos episódios de crises tónico-clónicas generalizadas. TC-CE mostrou sequelas isquémicas e traumáticas, hematomas subdurais crónicos em relação com quedas no domicílio por hipoglicémia. EEG seriados relatavam baixo limiar epileptogénico, sem atividade epilética evidente. Medicada com levetiracetam 2g/dia e valproato de sódio 1g/dia sem recorrência de crises. Avaliação neuropsicológica com disfunção executiva, alterações nas capacidades mnésicas, atenção, visuo-constructiva e visuo-espacial, linguagem e raciocínio verbal. Otimizado aporte calórico-proteico e terapêutica psicofarmacológica, com melhoria clínica e ganho ponderal.

Conclusão:

As alterações descritas neste caso resultam de uma condição clínica de longa duração não abordada precocemente. O derrame pericárdico é uma complicação descrita, resolvendo habitualmente com o ganho ponderal. Contudo, as alterações neurológicas ilustradas são maioritariamente irreversíveis. O presente caso ilustra a complexidade desta patologia e alerta para a necessidade de intervenção precoce. A anorexia é uma das patologias psiquiátricas com maior mortalidade descrita.

POSA-109 - (4095) - UMA CAUSA RARA DE OFTALMOPARESIA

Sara Remelhe Sá¹; Ana Raquel Figueiredo¹; Rita Pera¹; João Lagarteira¹; Cristiana Batouxas¹; Eugénia Madureira¹

1 - Unidade Local de Saúde do Nordeste

INTRODUÇÃO: A obesidade é uma doença crónica, com elevada prevalência em todo o mundo e grande impacto na qualidade de vida. A eficácia limitada dos tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos, tem levado a um aumento do recuso á cirurgia bariátrica (CB), em situações clinicamente justificadas. As complicações da CB dividem-se em precoces ou tardias, sendo que as deficiências nutricionais por má absorção e as complicações neurológicas, quer a nível do sistema nervoso central ou sistema nervoso periférico, se incluem neste último grupo. O défice de vitamina B1 (tiamina) é um dos mais frequentes e pode manifestar-se até 15 semanas após a cirurgia.

CASO CLÍNICO: Feminino de 23 anos, submetida a CB em setembro 2023 por obesidade grau. Medicada com multivitamínico Bariatric Plus®, Colecalciferol 0,5mg/ml e Lansoprazol 30mg desde há 2 meses, após CB.

Recorreu ao serviço de urgência por quadro de diplopia e tonturas com 5 dias de evolução. Sem qualquer outra sintomatologia associada, sem história de traumatismo ou infeção recentes. Rastreo de conviventes negativo para a mesma sintomatologia.

Ao exame objetivo apresentava diplopia binocular, limitação na abdução no olho direito (OD), compatível com paresia do VI par craniano. Sem outros défices neurológicos.

Realizou angio-TC cerebral que excluiu evento isquémico/hemorrágico, alteração vascular e efeito de massa. RMN cerebral sem alterações sugestivas de esclerose múltipla (EM).

Analiticamente sem alterações de relevo á admissão. Realizou punção lombar, tendo sido excluída infeção do sistema nervoso central.

Após exclusão das causas mais frequentes, já no internamento e tendo em conta os antecedentes cirúrgicos, colheu estudo analítico alargado a salientar défice grave de ácido fólico 1,7ng/mL e vitamina B1 20ng/mL.

Iniciou suplementação com ácido fólico 5mg+cianocobalamina 1mg e tiamina 200mg/dia, com melhoria dos défices. Á data de alta com resolução do quadro neurológico.

Reavaliada após 1 mês em consulta de Medicina Interna e Neurologia totalmente assintomática e sem défices vitamínicos.

CONCLUSÃO: Este caso realça a necessidade de um alto grau de suspeição, bem como a importância do diagnóstico diferencial para uma correta e célere atitude terapêutica. Salientamos ainda a importância de manifestações, ainda que raras, devendo estas ser pesquisadas ativamente de forma a prevenir défices limitativos, principalmente em doentes jovens.

POSA-110 - (4096) - INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL (VRS) EN PACIENTE ADULTO MAYOR CON ASMA GRAVE: LA IMPORTANCIA DE LA SENSIBILIZACIÓN FÚNGICA.

Ana Rita Ramalho¹; Á Rodríguez-Díaz-Pavón²; Ana López-Iglesias²; Aj Garza-Martínez²; B Montero-Errasquín²; Cc Marroquín-Castillo²; J Corcuera-Catalá²; V Lavilla-García²; Aj Cruz-Jentoft²

1 - ULS Coimbra; 2 - Hospital Ramón y Cajal

Introducción:

Las exacerbaciones de asma grave siguen siendo un desafío clínico y pueden ser desencadenadas por diversas causas. La sensibilización a los hongos está presente entre 15 y 48% de los pacientes asmáticos que reciben atención hospitalaria, asociándose con peor control del asma, presencia de bronquiectasias, obstrucción al flujo aéreo, independientemente de la presencia de aspergilosis alérgica broncopulmonar.

Caso clínico:

Mujer de 93 años con hipertensión arterial, dislipemia, osteoporosis y asma grave con oxígeno crónico domiciliario. Parcialmente dependiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sin historia de deterioro cognitivo. Acude a Servicio de Urgencias (SU) por clínica de 72 horas de evolución de astenia, disnea, fiebre, tos, expectoración blanquecina y dolor torácico de tipo pleurítico. A la exploración física presenta taquipnea, roncus y sibilancias espiratorias. Analíticamente destacaba elevación de reactantes de fase aguda con infiltrado pulmonar en lóbulo medio derecho en radiografía de tórax y PCR de virus respiratorios positiva para VRS. Ingresó en planta por neumonía adquirida en la comunidad, infección por VSR e insuficiencia respiratoria global. Desde SU se intensifica tratamiento broncodilatador, corticoide sistémico y antibioterapia empírica con piperacilina/tazobactam. A pesar de experimentar mejoría clínica y analítica persiste la insuficiencia respiratoria y taquipnea, por lo que se realiza tomografía computerizada (TC) que descarta tromboembolismo pulmonar y un cultivo de esputo donde se aísla *Aspergillus fumigatus* complex. Se diagnostica de asma grave con sensibilización a los hongos y a pesar del tratamiento específico optimizado, incluido voriconazol, finalmente la paciente fallece.

Discusión y Conclusiones:

La coinfección de VRS y sensibilidad fúngica en pacientes adultos mayores con asma puede desencadenar exacerbaciones graves y complicar el manejo clínico. Este caso resalta la importancia de considerar múltiples factores desencadenantes en la exacerbación. La inmunización, el tratamiento oportuno, adecuado y precoz puede mejorar los resultados clínicos y reducir la morbimortalidad.

POSA-111 - (4114) - ARTRITE REATIVA A CHLAMYDIA TRACHOMATIS: PENSAR DENTRO DA CAIXA

Francisco Guimarães¹; Cláudia Martins²; Nataliya Polishchuk¹

1 - Hospital CUF Descobertas; 2 - USF Albassaúde

A artrite reativa trata-se de uma resposta inflamatória à infeção por variados agentes microbiológicos, desde *Yersinia* ao *Campylobacter*. Porém a *Chlamydia* trata-se do agente mais comum, sendo responsável por 1-3% dos casos no mundo desenvolvido. A sua replicação obrigatória intracelular leva a que por vezes seja difícil de erradicar. Daí ser importante pensar neste agente como causa de inflamação articular.

Os autores trazem um caso de um doente de 31 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais de doenças sexualmente transmissíveis ou contactos de risco, em relação monógama há 2 anos.

Apresentava gonalgia esquerda com evolução para a tibiotalársica homolateral e joelho contralateral.

Ao exame objetivo apresentava rubor e edema do joelho e tornozelo esquerdo.

Analicamente com leucocitose (16200×10^3 com 79% neutrofilia), PCR 11.74 mg/dL, velocidade de sedimentação de 42 segundos.

Em internamento realizou ecografia articular joelho direito que revelou moderado derrame articular com hiperémia sinovial. Foi realizada artrocentese evacuadora cujo exame microscópico revelou 31710 células nucleadas, predomínio de polimorfonucleares.

Fez exsudado uretral PCR que veio positivo a *Chlamydia trachomatis*. Excluiu-se outras causas de artrite reativa, nomeadamente *Coxiella burnetti*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Rickettsia*, *Brucella*. HIV negativo.

Realizou no total 21 dias de Ceftriaxone, com necessidade de artroscopia bilateral ao 10º dia por ausência de melhorias significativas, acabando-se por introduzir corticoterapia sistémica após reunião multidisciplinar.

Após resolução do quadro doente teve alta referenciado às consultas de Medicina Interna e Ortopedia

Este caso serve para recordar a importância da pesquisa de causas que por vezes excluimos pela história (doente em relação monógama sem comportamentos de risco) pois estas são as mais comuns por uma razão.

POSA-112 - (4131) - AVC POR FORAMEN OVAL PATENTE: NUNCA É TARDE PARA SE DESCOBRIR.

Francisco Guimarães¹; Nataliya Polishchuk¹; Cláudia Martins²

1 - Hospital CUF Descobertas; 2 - USF Albassaúde

Quadros de foramen oval patente são relativamente comuns, com estudos a colocar a percentagem de pessoas na ordem dos 30%, porém nestes casos são maioritariamente assintomáticos, acabando por passar despercebidos. Em casos mais raros podem ser causa de certos eventos cardiovasculares, devendo por isso sempre ser ponderados, pois com a sua resolução impedir-se-à novos eventos com graves consequências.

Os autores trazem um caso de um doente de 64 anos, com antecedentes de tabagismo, hipertensão arterial, hiperplasia benigna da próstata.

Dá entrada na consulta para continuação de seguimento após regresso do estrangeiro, onde apresentou quadro de parésia facial direita, tendo realizado TC-CE sem sinais de isquémia aguda, tendo sido diagnosticado com parésia de Todd. Realizou RM-CE que descreveu enfarte agudos na base do sulco frontal esquerdo com hipercaptação dispersa bihemisférica. Realizou avaliação analítica que revelou Hb 20 g/dL, VGM 88, plaquetas 573mil. Foi encaminhado para consulta de Hematologia que fez pesquisa de JAK2 que veio positivo, diagnosticando policitemia vera.

Pelas alterações descritas realizou ecocardiograma que descreveu sob soro agitado foramen oval patente com septo interatrial presente.

Fez doppler transcraniano com soro agitado que descreveu espontaneamente a presença de múltiplos sinais micro embólicos (em “padrão de chuveiro”). Após a realização da Manobra de Valsalva estes sinais aumentam a sua intensidade e frequência, permanecendo no tempo (em “padrão de cortina”). Estes achados, são sugestivos de exuberante shunt cardíaco direito-esquerdo. Foi encaminhado para Cardiologia para encerramento percutâneo de foramen oval, sem intercorrências.

Mantém seguimento em Medicina Interna, Hematologia a realizar flebotomias e Cardiologia.

Este caso serve para demonstrar a importância de nos recordarmos de alterações congénitas, pois a sua presença embora benigna em muitos, noutros pode significar o diagnóstico da causa subjacente do problema.

POSA-113 - (4132) - DESMISTIFICANDO ADENOPATIAS, PARA ALÉM DO ÓBVIO

Ana Rita Antunes¹; Diogo Macedo¹; Sara Pereira Henriques¹;
Rita Menezes Azevedo¹; Inês Amaral Pinto¹; Bárbara Silva Soeiro¹

1 - CHVNGE - Hospital Centre of Vila Nova de Gaia e Espinho, R. Conceição Fernandes - Vila Nova de Gaia, Portugal

Introdução: A investigação etiológica de adenopatias configura um dos principais motivos de referenciação à consulta de medicina interna, constituindo um desafio diagnóstico que nem sempre se revela simples.

Caso Clínico: Sexo feminino, 31 anos, saudável, sem história epidemiológica relevante. É encaminhada para a consulta de medicina interna por adenopatias cervical e axilar, associadas a hipersudorese noturna e astenia generalizada, com cerca de 2 meses de evolução. Ao exame objetivo com adenopatia cervical esquerda com 3 centímetros (cm) e axilar direita com 2cm, móveis, elásticas e pouco dolorosas, confirmadas ecograficamente. Analiticamente: leucocitose com predomínio de linfocitose, sem outras alterações de relevo. O exame citológico de biópsia aspirativa foi compatível com linfadenite reativa de carácter inespecífico. Após extenso estudo de causas infecciosas, auto-imunes, neoplasias e doenças hematológicas não foi estabelecida uma etiologia. A febre e hipersudorese tiveram resolução espontânea em algumas semanas. As adenopatias tiveram regressão progressiva ao longo do seguimento em consulta, com resolução completa pelo que não efetuou biópsia excisional. A doente acaba por confessar consumo de um suplemento para emagrecer que tinha ocultado durante a investigação: “Li Da - Daidaihua”, no mês prévio ao início do quadro. Sabe-se ser composto por várias substâncias como sibutramina, fenolftaleína e outras não-identificadas e variáveis consoante o produtor. Este composto é ilegal e reportado pelo Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento e The Food and Drug Administration devido a problemas de segurança. A melhoria clínica progressiva sucedeu a suspensão do fármaco. Não estão reportados casos com apresentação clínica semelhante, mas pouco sabemos formalmente sobre os efeitos laterais do composto.

Apesar de não ser possível provar uma relação causal e, de qual a substância específica do composto que poderá ter provocado a reação inflamatória, a relação temporal de instalação e resolução alertam-nos para uma possível relação causal importante de relatar.

Discussão & Conclusão: As adenopatias, principalmente quando associadas a hipersudorese noturna e astenia obrigam a uma investigação cuidada. Este caso pretende não só alertar para os desafios de uma anamnese meticulosa, bem como para a presença de um composto ilegal e com efeitos laterais pouco bem sistematizados em circulação no nosso país.

POSA-114 - (4137) - ANXIETY AND DEPRESSION IN A HEART FAILURE POPULATION – IS THERE ANY GENDER DIFFERENCES?

Rafael Viana¹; Marta Figueiredo¹; Ana Tenreiro¹; Miguel Carias¹; João Figueira¹; Bruno Piçarra¹

1 - Hospital do Espírito Santo de Évora

Introduction: Heart failure (HF) is linked to reduced functioning and health-related quality of life, frequent hospitalizations, and substantial healthcare costs, posing a significant burden on both patients and the healthcare system. Despite advancements in treatment, mortality rates remain high, with approximately 50% of HF patients dying within 5 years of diagnosis. In individuals with HF, psychiatric disorders are widespread, and previous research indicates that these conditions contribute to adverse health and cardiovascular outcomes. The most prevalent psychiatric issues in HF patients include depression and anxiety disorders, with prevalence rates significantly higher than those in the general population. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) is a widely used self-report questionnaire designed to assess levels of anxiety and depression, which has been particularly valuable in various medical settings, including cardiology, where it helps healthcare professionals to identify and monitor symptoms of anxiety and depression in patients.

Objectives: In the general population, both anxiety and depression are more prevalent in women. We aim to assess the existence of gender differences concerning anxiety and depression in our population with HF.

Materials and Methods: We retrospectively analyzed patients with HF from our HF daily care unit.

Results: A total of 170 patients were included with a mean age of 68 ± 15 years, with 70% being male. The mean ejection fraction was 34.3%. 31.4% presented with NYHA I, 30.3% with NYHA II, 32.4% with NYHA III, and 5.9% with NYHA IV. Regarding cardiovascular risk factors, 65% had hypertension, 55% had dyslipidemia, 38% had diabetes mellitus, and 38% had a history of myocardial infarction (MI). In our population, 14% had HADS scores over 7 for depression, and 11.2% had HADS scores over 7 for anxiety.

Comparing both groups and taking cardiovascular risk factors into consideration, we found that male patients had a higher percentage of active or former smokers (57% vs. 5%, $p < 0.001$). No other differences were found regarding comorbidities. Our study showed that female patients suffer more from anxiety (33% vs. 6%, $p < 0.001$) and depression (30% vs. 12%, $p = 0.009$) according to the HADS scale.

Discussion and Conclusion(s): Anxiety and depression frequently coexist in individuals with heart failure, significantly impacting their quality of life and overall well-being. As evidenced by our study, more than 10% suffer from at least one of these diseases. According to our findings, women appear to be more susceptible to these psychiatric disorders. Therefore, it is crucial to take this into consideration and maintain a lower threshold for suspecting the presence of such disorders.

POSA-115 - (4163) - QUISTO HEPÁTICO INFETADO – DA CLÍNICA AO DIAGNÓSTICO

Adriana Dias¹; Tatiana Cardoso¹; Hugo Ventura¹; Ricardo Veiga¹; Vitor Oliveira¹; Carolina Anjo¹; Joana Marques¹; José Pedro Fonseca¹; Edite Nascimento¹

1 - Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões

Introdução: A Doença Renal Poliquística Autossómica Dominante (DRPAD) é uma doença multissistémica caracterizada por quistos renais bilaterais, múltiplos, associando-se a quistos noutras localizações. É uma doença genética, com uma expressão variável com diferentes manifestações, sendo a manifestação extrarrenal mais frequente a Doença Hepática Poliquística (DHP).

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher, de 65 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Litíase renal bilateral e Doença Renal Crónica terminal a realizar hemodíalise por fístula, secundária a DRPAD, também com envolvimento hepático.

Recorreu ao Serviço de Urgência por febre com dois dias de evolução, hipotensão e diarreia, com um dia de evolução. Sem contexto epidemiológico. Ao exame objetivo, de destacar apenas febre, hipotensão e epigastralgia. Analiticamente com elevação da PCR (29 mg/dL), Procalcitonina (39 mg/dL) e hemocultura positiva a bacilo gram negativo.

Admitiu-se em internamento por bacteriémia, de foco não esclarecido, iniciou antibioterapia empírica com vancomicina e ceftazidima. Hemocultura positivou posteriormente para E. Coli multissensível, descalando-se antibioterapia para Amoxicilina-ácido clavulânico. Ao 6º dia de internamento por pico febril de novo, agravamento clínico, ausência de melhoria analítica, e, por suspeita de patologia infecciosa das vias biliares, escalou-se antibioterapia para Piperacilina/tazobactam. Realizou nova ecografia abdominal que demonstrou quisto hepático com conteúdo ecogénico, tomografia computadorizada toracoabdominopélvica sem alterações de novo, e ecocardiograma transtorácico sem alterações de relevo. Contactou-se a radiologia de intervenção que optou por não realizar punção diagnóstica do quisto.

Tratando-se de um quadro clínico de febre sem outro foco, epigastralgia, aumento dos parâmetros inflamatórios, bacteriémia a um gram negativo e ecografia com quisto com conteúdo ecogénico, admitiu-se como hipótese de diagnóstico mais provável a de quisto hepático infetado, pelo que iniciou antibioterapia com Levofloxacina, que cumpriu durante 6 dias em internamento, com boa evolução clínica e analítica. Teve alta com a indicação de manter a antibioterapia por mais 4 semanas, e, a ser reavaliada em consulta.

Conclusão: A DHP, habitualmente assintomática, pode cursar com complicações, como a infeção dos quistos. Torna-se assim relevante a suspeição desta complicação de modo a implementar estratégias terapêuticas adequadas.

POSA-116 - (4164) - MENINGITE E RADICULONEVRITE POR VÍRUS HERPES SIMPLEX 2 EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Patrícia Sobrosa¹; Mariana Azevedo²; Emanuel Matias²; Filipa Ceia²; Lurdes Santos²

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 2 - Serviço de Doenças Infecciosas - Unidade Local de Saúde São João

Introdução

Os vírus são as principais causas de infeções do sistema nervoso central. Relativamente à meningoencefalite, o vírus herpes simplex 1 (VHS1) é responsável por 90% dos casos de meningoencefalite herpética em adultos e crianças com idade superior a 2anos. Os restantes casos estão associados a infeção pelo vírus herpes simplex 2 (VHS2), sendo este mais prevalente em doentes imunodeprimidos ou recém-nascidos.

Caso Clínico

Apresenta-se o caso de uma doente de 40anos, sem antecedentes pessoais, admitida no serviço de urgência (SU) por queixas de úlceras e desconforto genital com 5dias de evolução. Após avaliação por Ginecologia e realização de biópsia com PCR da lesão ulcerada, foi diagnosticada com VHS2 genital e medicada com valaciclovir 1gr bid durante 7dias. Após 2dias, por parestesias e disestesias dos membros inferiores de carácter progressivo, dificuldade na deambulação e cefaleia occipital e vômitos regressou ao SU. À avaliação, objetivada sonolência, lentificação psicomotora, paraparésia simétrica grau 3-4/5 dos membros inferiores, rigidez da nuca na flexão cervical com dor associada e temp. 38.5°C. Realizou TC CE sem alterações. Foi submetida a punção lombar: pleocitose (689/uL) com predomínio de mononucleares (60%), proteínas 3.1g/L e glicose 39mg/dL. A PCR VHS2 no liquido cefalorraquidiano foi positiva, com restante estudo serológico e bacteriológico negativo. Estudo de imunossupressão foi negativo, a destacar IgG VHS2 positivo, em doente com análises prévias com IgG negativo. Assumida meningite e radiculonevrite/plexopatia lombosagrada por VHS2 por primoinfeção, em doente imunocompetente. Esteve medicada com aciclovir endovenoso 10mg/kg de 8/8horas durante 5dias, com resolução de sintomatologia, tendo cumprido restante tratamento com valaciclovir 1gr 8/8horas até 14dias. Reavaliada em consulta após 4 semanas, estando assintomática.

Conclusão

A meningite por HSV deve ser diagnosticada e o tratamento iniciado precocemente devido a elevada morbidade e mortalidade da infeção.

A avaliação clínica inicial, e o diagnóstico prévio de HVS2 foram essenciais para a suspeita diagnóstica, tendo contribuído para melhor guia de orientação de tratamento inicial. Destaca-se a importância de mesmo com tratamento instituído, as complicações inerentes a infeções víricas podem existir e contribuir para a morbidade elevada. Assim, apresenta-se o caso clínico devido à sua raridade em doentes imunocompetentes sob terapêutica oral.

POSA-117 - (4168) - CUIDADO COM AS VIAGENS: UM CASO CLÍNICO

Mafalda Maria Gomes Dos Santos¹; João Vieira Afonso¹; Joana Castro Vieira¹; Mariana Simão Magalhães¹; Daniela Diniz¹; Rafael Oliveira¹; Ana Filipa Rodrigues¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste – Unidade Caldas da Rainha

A história clínica, nomeadamente a anamnese, é uma ferramenta essencial do internista na orientação diagnóstica, inclusivamente no serviço de urgência, pesando porém a ausência de condições e tempo nessas circunstâncias.

Homem, 49 anos, recorre ao SU por confusão, icterícia, febre com cerca de 7 dias de evolução. Família referia que doente “não era a mesma pessoa desde que havia retornado de Angola na semana anterior”, onde havia sido diagnosticado de Influenza, medicado com Oseltamivir e Paracetamol. Nega alterações urinárias ou gastrointestinais, dispneia e dor abdominal.

Antecedente pessoal de alcoolismo(200g/dia). Nega medicação habitual.

À admissão, GCS 14, pelo discurso confuso, pele e mucosas ictéricas, 39°C, 115 bpm, 85/40mmHg, saturação 94% em ar ambiente. Da auscultação cardiopulmonar a destacar roncocos dispersos bilateralmente. Abdómen mole e indolor. Exame neurológico sem disartria, sem afasia, força e sensibilidade preservadas nos membros. Sem sinais meníngeos.

Gasimetria com pH 7.50 pCo₂ 21 pO₂ 70 Lactato 6.6 HCO₃ 16.4.

Análiticamente sem leucocitose, Hemoglobina 9,5g/dL VGM 87,7fL, Plaquetas 12x10³/μL(sem microagregados), Ureia 132mg/dL, Creatinina 2,61mg/dL, Albumina 2,7g/dL, Bilirrubina 9,5mg/dL (Direta 5,5mg/dL, Indireta 3,9mg/dL), AST 154U/L, ALT 75U/L, Fosfatase Alcalina 68U/L, Gama GT 56U/L, LDH 1204U/L, PCR 31mg/dL, Procalcitonina 47,36ng/mL, INR 1.1, glicemia 169mg/dL.

Radiografia Tórax sem condensações. TC abdómino-pélvico com contraste: “leve hepatomegalia com estrutura homogénea sem nódulos, nem dilatações da vias biliares. Acentuada esplenomegalia”.

Pedida pesquisa Plasmodium que se revelou positiva para Plasmodium Falciparum com parasitemia 3%.

Colheu hemoculturas, urocultura e serologias HIV, Hepatites, Citomegalovirus e Ebstein-Barr que foram negativas.

Assumida Malária Grave, com disfunção neurológica, cardiovascular, renal, hepática, e hematológica. Iniciada fluidoterapia, mantendo hipotensão, sendo necessário suporte Vasopressor, acabando transferido para Unidade de Cuidados Intensivos.

A malária grave define-se pela presença de Plasmodium Falciparum e por 1 ou mais das seguintes: alteração do estado de consciência, prostração, convulsão, acidose, hipoglicemia, anemia severa, lesão renal, icterícia, edema pulmonar, hemorragia e choque. O prognóstico é grave, devendo o tratamento ser iniciado o mais rápido possível.

POSA-118 - (4180) - COLITE CMV EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Daniela Costa¹; Daniel Botelho¹

1 - Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho

Introdução: A colite causada por Citomegalovirus (CMV) é geralmente assintomática e autolimitada, e a sua prevalência ronda os 21-34%. Ocorre mais frequente em doentes imunocomprometidos, nomeadamente doentes com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), transplantados, doença hematológica, sob quimioterapia ou sob corticóide. No entanto, também existem casos reportados em doentes sem história de imunossupressão. Alguns fatores de risco que podem contribuir são a hemodiálise, doentes com patologia neurológica, internamento em Unidade de Cuidados Intensivos, necessidade de antibioterapia, corticoterapia ou suporte transfusional. A idade média de apresentação ronda os 68 anos com sintomas inespecíficos como diarreia, dor abdominal, hematoquézias e febre.

Caso Clínico: Doente 87 anos sexo masculino, previamente dependente, com antecedentes de Doença de Alzheimer avançada. Levado ao Serviço de Urgência por quadro de hematoquézias com cerca de 3 dias de evolução com instabilidade hemodinâmica, tendo ficado internado. Em internamento, houve necessidade de suporte transfusional. Foi submetido a colonoscopia que revelou múltiplas regiões ulceradas localizadas a nível do cólon ascendente e transição retossigmoideia onde foram efetuadas biópsias. O resultado anátomo-patológico revelou uma mucosa com intenso infiltrado inflamatório identificando-se infeção por CMV. No seguimento fez também estudo analítico que mostrou serologia IgM para CMV positiva e VIH I e II negativos. Cumpriu terapêutica endovenosa com Ganciclovir durante 7 dias e Valganciclovir oral 30 dias com boa resposta clínica, sem novas perdas hemáticas.

Discussão: A colite a CMV apresentava-se com sintomas muito inespecíficos, tornando-se por isso necessário um elevado grau de suspeição e investigação com recurso a meios complementares de diagnóstico que são essenciais para chegar ao diagnóstico. Apesar de ser mais frequente em doentes imunocomprometidos, também pode ocorrer em doentes sem qualquer imunossupressão. O doente deste caso clínico apresentava alguns fatores de risco nomeadamente patologia neurológica prévia, internamento prolongado e necessidade de transporte transfusional.

POSA-119 - (4186) - QUANDO A CAUSA DA ANEMIA MEGALOBLÁSTICA É FACILMENTE TRATADA

Daniela Pinheiro¹; Raquel Moniz¹; Monique Alves¹; Cristiana Sousa¹; Fernando Salvador¹

1 - Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e alto Douro

Introdução: A anemia megaloblástica é um tipo de anemia caracterizada por glóbulos vermelhos anormalmente grandes na medula óssea, geralmente causada por deficiência de vitamina B12 ou ácido fólico.

Caso Clínico: Sexo feminino, 88 anos, dependente parcialmente, com antecedentes de Síndrome demencial e Fibrilhação Auricular. Admitida no Serviço de urgência (SU) por clínica respiratória. Ao exame objetivo palidez mucocutânea, auscultação pulmonar com roncos e sibilos. Realizou estudo analítico com hemoglobina (Hb) 6.00 g/dL, Hematócrito de 20,9 %, Volume Corpuscular médio (MCV) 168,3 fl, Hemoglobina Corpuscular média (MCH) de 47,8 fl. Ficou internada por Traqueobronquite e estudo da anemia. Realizado estudo etiológico sem outros défices associados, além da vitamina B12 (50 pg/mL), Endoscopia Digestiva Alta (EDA) sem alterações de relevo. Doseamento de Anticorpos Anti-Fator Intrínseco e Anticorpos anti-célula parietais negativos. Iniciou tratamento com vitamina B12 e teve alta para a Consulta externa, onde se apresentou com evolução favorável, valores de hemoglobina a estabilizar, já sem macrocitose. Sexo feminino, 72 anos, autónoma, sem antecedentes de relevo, recorre ao SU por queixas de cansaço com cerca de 6 meses de evolução. Ao exame objetivo com palidez mucocutânea acentuada, sem outras alterações. Realizou estudo analítico com Hb 6.7 g/dL, Hematócrito de 19,7 %, MCV135,9 fl, MCH de 46,2 fl, vitamina B12 59 pg/mL, realizou transfusão de Concentrado eritrocitário e administração de vitamina B12, tendo alta com recomendação de realização de Endoscopia Digestiva alta e baixa (EDB). A salientar na EDA uma formação polipóide cujo exame anátomo patológico revelou um pólipó hiperplásico e na EDB um pólipó com 8 mm, cujo exame revelou um adenoma tubular de displasia de baixo grau. Doseamento de Anticorpos Anti-Fator Intrínseco e Anticorpos anti-célula parietais negativos. Teve alta na consulta de reavaliação, já com valores de vitamina B12 e hemograma normais.

Conclusão: Com estes dois casos clínicos, pretende-se alertar para o facto do défice de vitamina B12 se poder apresentar numa urgência com valores de hemoglobina muito baixos. É subdiagnosticada em muitos casos, sendo que o tratamento é relativamente de baixo custo, comparando com o tratamento que a deficiência pode causar. Embora geralmente assintomáticos, em certos casos pode ser prudente intervir com maior urgência devido ao risco de eventos adversos e irreversibilidade dos déficits neurológicos.

POSA-120 - (4207) - IMPACTO DO INTERNAMENTO NO NÍVEL DE AUTONOMIA DOS DOENTES

Tânia Faustino Mendes¹; Bárbara Ferreira Da Silva¹; Ana Isabel Oliveira¹; Jéssica Abreu¹; Nuno André De Sousa¹; Luís Cuña¹

1 - Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: A hospitalização per se tem demonstrado ter impacto no grau de autonomia dos doentes, com um declínio funcional associado.

Objetivo: Análise do impacto da hospitalização, ao nível da autonomia, nos doentes internados no serviço de Medicina Interna.

Métodos: Análise de doentes (n=260) internados num serviço de Medicina Interna, ao longo de um ano. Análise descritiva das características da amostra (sexo, idade, comorbilidades, tempo de internamento, infeção associada ou não), bem como do grau de autonomia à admissão e à data da alta hospitalar. Quanto às comorbilidades foram consideradas: obesidade, tabagismo, alcoolismo, DM, HTA, dislipidemia, insuficiência cardíaca, cardiopatia (isquémica, hipertensiva ou valvular), fibrilhação auricular, DPOC, asma, doença cerebrovascular, doença renal crónica, doença hepática crónica, hipo/hipertiroidismo, neoplasia ativa ou passada, demência.

Foram definidas 3 categorias: “Independente” – é autossuficiente na realização das suas atividades de vida diárias (AVD); “Parcialmente Dependente” - necessita de auxílio para satisfazer algumas das AVD; “Muito Dependente” - necessita de auxílio para a maioria das AVD; “Totalmente Dependente” - necessita de auxílio para todas as AVD.

Foi depois feita uma subanálise dos doentes Independentes à admissão, com distribuição em 2 grupos: I) Independentes à admissão e à data de alta (n=100); II) Independentes à admissão mas não à data da alta (n=37).

Resultados: Dos 260 doentes, a média de idade era de $75,1 \pm 15$ anos, 50,2% eram do sexo feminino, o tempo de internamento médio foi de $8,8 \pm 6,9$ dias. 25,8% dos doentes agravaram o estado funcional.

Na subanálise dos doentes independentes:

- Grupo I: média idade $64,1 \pm 16,7$ anos; tempo internamento médio $7,1 \pm 5$ dias; 29% tinham infeção associada; apresentavam em média $3,7 \pm 2,7$ comorbilidades.

- Grupo II: média idade $79,4 \pm 8,8$ anos; tempo internamento médio $15,2 \pm 10$ dias; 54% com infeção associada; apresentavam em média $4,3 \pm 2,35$ comorbilidades.

Discussão/Conclusões: Em 25% dos casos os doentes apresentaram agravamento do grau funcional com o internamento, o que é considerável tendo em conta o impacto que a perda de autonomia tem na vida do doente, dos familiares e da sociedade.

Foi realizada uma subanálise mais pormenorizada dos doentes previamente “Independentes”, considerando o impacto maior nestes doentes. Nesta subanálise destaca-se, relativamente ao grupo II (doentes independentes que tiveram perda funcional), uma idade mais avançada, um maior tempo de internamento, maior percentagem de doentes com infeção associada e um maior número de comorbilidades prévias, em média. Assim sendo, estes são fatores que potencialmente contribuem para perda de autonomia no doente hospitalizado, podendo-nos ajudar a prever este agravamento funcional.

Estes dados são a demonstração numa realidade portuguesa do que está descrito na literatura.

POSA-121 - (4241) - HEMORRAGIA DIGESTIVA DE CAUSA INCOMUM

Raquel Figueiredo¹; Paula Neves¹; Catarina Valente¹; Patricia Tenreiro¹; Carla Santos¹; Pedro Fialho¹

1 - ULS Guarda, HSM.

Introdução: As fístulas aorto-entéricas são doenças pouco frequentes, potencialmente fatais, e são definidas como uma ligação anormal entre a aorta e o trato gastrointestinal. Na maioria das vezes resultam da compressão de um aneurisma da aorta abdominal contra as estruturas gastrointestinais circundantes (primária) ou da erosão de um enxerto prostético aórtico contra as estruturas gastrointestinais (secundária).

Caso Clínico: Doente de 85 anos, residente em Lar, parcialmente dependente nas atividades da vida diária, com antecedentes pessoais de demência e aneurisma da aorta abdominal, avaliado por Cirurgia Vasculare, não tendo indicação para tratamento cirúrgico dada a idade e quadro de demência. O doente dá entrada no serviço de urgência por quadro de dor abdominal com irradiação para o dorso, tendo estado no dia anterior no serviço de urgência por quadro de vômitos com sangue vivo e melenas. Inicia após a entrada quadro de hematémeses abundantes pelo que é enviado para Gastroenterologia por hemorragia digestiva, realizando Endoscopia Digestiva Alta na qual se conclui uma provável fistula aorto-entérica ao nível duodenal, sem possibilidade de terapêutica endoscópica. Tendo em conta a decisão prévia de tratamento paliativo por parte de Cirurgia Vasculare, decide-se enviar doente para Unidade de Cuidados Paliativos.

Discussão: O aneurisma da aorta abdominal é o fator de risco mais comum para as fistulas aorto-entéricas, sendo que estas podem resultar da sua compressão, envolvendo, a grande maioria, o duodeno. Por outro lado, a hemorragia digestiva como consequência de rotura da aorta abdominal é a apresentação mais comum, sendo que as hematémeses e as melenas estão presentes numa grande percentagem de doentes, tal e como se verificou no caso apresentado.

Conclusão: Apresenta-se o caso de um doente com uma causa incomum de hemorragia digestiva, Salienta-se a importância da suspeição deste diagnóstico em doentes com história prévia de doença aneurismática dada a elevada mortalidade associada ao quadro clínico.

POSA-122 - (4243) - FECALOMA COMO CAUSA DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA RESISTENTE

Maria Eduarda Martins¹; Beatriz Passos¹; Mariana Maia¹; Filipa Azevedo¹; Raquel Moreira Cruz¹

1 - Unidade Local de Saúde Póvoa do Varzim/Vila do Conde

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) resistente consiste na pressão arterial elevada apesar da terapêutica com 3 anti-hipertensores, (incluindo diurético). Nestes casos pode existir etiologia secundária subjacente, sendo a apneia obstrutiva do sono, doença renal crónica (DRC), HTA renovascular e hiperaldosteronismo primário as mais frequentes. A nefropatia obstrutiva é normalmente aguda e sintomática. Se gradual, pode evoluir sem sintomas e não ser identificada ou, manifestar-se com HTA, edema periférico, diminuição do débito urinário e cursar com alterações analíticas (aumento do valor de creatinina sérica (Cr), hipercalémia e hematúria macroscópica). A sua resolução pode cursar com resolução da HTA.

Caso clínico: Homem de 69 anos, dependente por sequelas de AVC hemorrágico, com antecedentes de HTA, tabagismo e etilismo. Referenciado à consulta por DRC em agravamento (aumento da Cr de 1.7 para 2.0mg/dL) e por HTA resistente (sistólica entre os 150-220 mmHg e diastólica entre 70-110mmHg), já sob 3 anti-hipertensores (um diurético). Inicialmente assumida possível nefropatia hipertensiva. Realizado ajuste e introdução de novos anti-hipertensores, sem impacto no perfil tensional do doente. Do estudo, a salientar analiticamente Cr de 2.07mg/dL e ecografia renal com assimetria renal e ectasia pielocalicial à esquerda. Realizou tomografia computadorizada que mostrou ligeira hidronefrose bilateral em contexto de volumoso fecaloma (23.8mm x 8.1cm) rectosigmoideu, com efeito de massa anterior. Iniciou terapêutica laxante e enemas de limpeza e foi algaliado por retenção urinária crónica. Nove meses depois, apresentou retorno do valor de Cr para 1.77mg/d e melhor controle tensional, sendo possível a redução de 7 para 4 fármacos anti-hipertensores.

Discussão/Conclusão: Num doente com perfil tensional previamente controlado, com novo descontrole tensional, devem ser procuradas causas secundárias de HTA. Neste caso, uma obstrução urinária subtotal condicionou o agravamento da função renal e a HTA resistente. Com resolução da obstrução, foi possível normalização para o valor de Cr basal conhecido, assim como melhor controlo do perfil tensional do doente. A ocorrência de fecalomas é mais frequente em idosos institucionalizados, podendo atingir até metade destes doentes. A obstrução urinária total/subtotal, apesar de raras, são causa importante de complicações de fecalomas, sendo preveníveis com os cuidados adequados higieno-dietéticos ou laxantes quando necessário.

POSA-123 - (4258) - ESPONDILODISCITE: O QUE PODE ESCONDER UMA LOMBALGIA?

Maria Isabel Garcia¹

1 - Hospital Central do Funchal

Introdução: Apresenta-se o caso de um idoso diagnosticado com uma espondilodiscite ao 16º dia de internamento hospitalar.

Caso clínico: Homem de 90 anos, com antecedentes de fibrilhação auricular e Transcatheter Aortic Valve Implantation em 2020, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de febre, dispneia, tosse e lombalgia, tendo ficado internado no Serviço de Medicina Interna por insuficiência cardíaca descompensada em contexto de traqueobronquite aguda. Iniciou empiricamente amoxicilina e ácido clavulânico, que cumpriu durante 7 dias. Posteriormente, por infeção do trato urinário, cumpriu 7 dias de ciprofloxacina empírica. Ao 16º dia de internamento, por manter lombalgia persistente, de natureza inflamatória, foi pedida uma ressonância magnética (RMN) lombossagrada, que confirmou uma das hipóteses diagnósticas colocadas, uma espondilodiscite, a nível de L3 e L4. Seguidamente, foram colhidas hemoculturas e urocultura, e introduzida antibioterapia empírica com ceftriaxone. Após isolamento de *Streptococcus sanguinis*, manteve-se a antibioterapia, de forma dirigida. Foi pedido um parecer à Neurocirurgia, que considerou não haver indicação para intervenção cirúrgica, e sugeriu tratamento conservador. Dado o microrganismo isolado e os antecedentes pessoais, foi feito um ecocardiograma transtorácico, que excluiu a hipótese de endocardite infecciosa. Durante o internamento, o utente cumpriu com antibioterapia, imobilização com lombostato, programa de reabilitação e controlo evolutivo com RMN, com boa evolução clínica e imagiológica. Após 12 semanas de antibioterapia, o utente teve alta clínica, assintomático, mantendo-se o seguimento em consulta.

Discussão: A espondilodiscite é uma causa rara de lombalgia, mas que deve ser equacionada por um internista. Neste âmbito, estamos perante um utente com fatores de risco para desenvolvimento da patologia: idade >65 anos, com infeção ativa e sob medicação endovenosa. O principal mecanismo de infeção é a disseminação hematogénica, por um foco infeccioso distante, por exemplo, no trato genitourinário. Neste caso, o microrganismo implicado predomina na cavidade oral, mais frequentemente associado a infeções dentárias e endocardite infecciosa, que foram excluídas.

Conclusão: A apresentação inespecífica e a evolução insidiosa da espondilodiscite, torna difícil o seu diagnóstico e pronto tratamento. Assim, o diagnóstico resulta de uma elevada suspeição clínica, mediante fatores de risco, sintomas e exames complementares.

POSA-124 - (4274) - NEUROSSÍFILIS: A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

Guilherme Miranda¹; Iuliana Cusnir¹; Diana Vital¹

1 - Hospital de Santarém

Introdução: A sífilis é uma doença infecciosa causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*. A neurosífilis refere-se ao envolvimento do sistema nervoso central e, ao contrário da sífilis primária, secundária e terciária, pode ocorrer em qualquer estágio da doença. Com o advento da penicilina houve uma redução e estabilização do número de casos até ao final do século 20, mas desde então o número de novas infeções tem aumentado. Apresentamos três casos de sífilis com apresentações clínicas distintas, enfatizando a importância da suspeita clínica precoce e do tratamento adequado.

Caso Clínico 1: Homem de 40 anos, saudável, recorreu ao serviço de urgência (SU) por exantema maculo-papular generalizado com atingimento plantar e palmar. Assumiu-se o diagnóstico de sífilis secundária, mais tarde confirmada laboratorialmente e o doente teve alta após tratamento. Cerca de 6 dias mais tarde, iniciou quadro de vertigens, cefaleia occipital e frontal, náuseas e vômitos. Realizou TC Crânio que revelou enfarte subagudo no território da artéria cerebelosa pósterio-inferior esquerda. Iniciou tratamento com melhoria progressiva.

Caso Clínico 2: Homem de 79 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial e fibrilhação auricular hipocoagulada, foi admitido por confusão e desorientação com cerca de 1 semana de evolução. Fez TC Crânio, sem achados patológicos significativos. Avaliação laboratorial revelou reaginas plasmáticas (RPR) e anticorpo anti-*Treponema pallidum* positivos, considerando-se neurosífilis a causa provável para o quadro. Iniciou tratamento com melhoria.

Caso Clínico 3: Homem de 53 anos, autónomo, saudável, recorreu ao SU por cefaleia tipo “moinha” holocraniana e diplopia binocular para as posições inferiores do olhar, agravado de sensação de hipostesia facial esquerda, com derrame involuntário de água da boca enquanto lavava os dentes. Durante o internamento foi detectado anticorpo anti-*Treponema pallidum* e RPR positivos. Realizou ressonância magnética que documentou realce do nervo trigémeo bilateralmente e possível realce do VI e do III pares, bilateralmente. Iniciou tratamento, com melhoria progressiva.

Discussão & Conclusão: Os casos descritos realçam a natureza variada da sífilis, sendo a neurosífilis uma complicação grave com potencial complicação de paralisia permanente, demência e morte. O sucesso da terapêutica está diretamente relacionado com o tratamento precoce da infeção.

POSA-125 - (4297) - PLÉTORA E EDEMA DA FACE? - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Teresa Costa Pereira¹; Beatriz Sá Pereira¹; Maria Leonor Neves¹; Zsófia Santos¹; Fernando Aldomiro¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: Cerca de 2-4% dos doentes com neoplasia do pulmão desenvolvem síndrome da veia cava superior (SVCS) em algum momento da doença. É habitualmente mais comum no carcinoma de pequenas células (CPC) do pulmão, podendo ocorrer em 10% dos casos na apresentação da doença.

Caso clínico: Mulher, 50 anos. Tabagismo activo com cerca de 34 unidades maço ano. Quadro de dor abdominal moderada nos quadrantes superiores, náuseas, mal-estar geral, dispneia e tosse seca raiada de sangue de predomínio noturno com 1 semana de evolução. Referência a perda ponderal de 20kg com 1 mês de evolução e sensação de edema da face. Destaca-se ainda episódio de tonturas com pródromos de síncope e paresia do membro superior esquerdo transitória com duração de 15 minutos. Radiografia torácica com condensação nodular ao nível da base direita, condensação nodular com sinal de silhueta ao nível do diafragma direito e ligeiro alargamento do mediastino superior. Tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica compatível com lesão neofomativa maligna de origem pulmonar, com invasão mediastínica com conglomerado adenopático, a condicionar síndrome da veia cava superior, obliteração parcial dos brônquios e consequente condensação do parênquima do lobo inferior do pulmão direito e do lobo médio. Ainda a destacar: volumosas adenomegalias axilares, supraclaviculares, infracarinais e retroperitoneais; derrame pericárdico e derrame pleural direito; nódulo no lobo inferior do pulmão direito; nódulos renais bilaterais e micronodularidade hepática e possíveis lesões secundárias ósseas. TC crânio-encefálica com múltiplas lesões focais hiperdensas dispersas pelos hemisférios cerebrais. Submetida a ecoendoscopia brônquica com realização de biópsia e resultado anátomo-patológico de carcinoma pequenas células do pulmão. Diagnóstico de CPC do pulmão estadio IV com síndrome da veia cava superior associada.

Discussão: No decorrer do internamento, evolução com aumento do edema do pescoço e da face com pletora associada e sensação de dispneia e disfagia. Assim, foi submetida a 5 sessões de radioterapia paliativa citorredutora sobre conglomerado mediastínico, com melhoria clínica marcada e resolução quase total dos sinais e sintomas, mantendo plétora da face e pescoço, mas com melhoria.

Conclusão: O objectivo principal do tratamento da SVCS maligna é o alívio dos sintomas. A esperança média de vida nestes doentes é de aproximadamente 6 meses.

POSA-126 - (4330) - INTOXICAÇÃO POR CARBAMAZEPINA: CAUSA E/OU CONSEQUÊNCIA.

Inês Pereira¹; Inês Marques Ferreira¹; Francisco Repas Barbosa¹; Diogo Pereira¹; Denis Fernandes Gabriel¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

INTRODUÇÃO

A carbamazepina é um fármaco frequentemente utilizado no tratamento da epilepsia focal e por vezes também na dor neuropática, esquizofrenia ou outras patologias psiquiátricas. Uma vez que a metabolização da carbamazepina ocorre através do citocromo P450, existe uma elevada probabilidade de interações medicamentosas e de variações nos níveis deste fármaco no sangue.

CASO CLÍNICO

Homem de 66 anos seguido em consulta de Neurologia e medicado com carbamazepina por epilepsia focal. Sem alterações recentes na posologia da medicação. Adicionalmente, risco vascular e fibrilhação auricular.

Admitido no Serviço de Urgência (SU) da ULSSA a 05/02 por quadro de vertigem e ataxia da marcha com um dia de evolução. Apresentava uma síndrome cerebelosa cinética bilateral caracterizado por nistagmo horizonte-rotatório gaze-evoked multidirecional e dismetria na prova dedo-nariz e calcanhar-jelho com discreto predomínio esquerdo. O quadro foi investigado como se de um acidente vascular cerebral se tratasse, com tomografia encefálica e angiotomografia dos troncos supraaórticos que não apresentaram alterações de relevo.

Revedo a anamnese identificou-se início de terapêutica de erradicação de *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) com esomeprazol, amoxicilina, claritromicina e metronidazol [DFG1], 4 dias antes da admissão. No SU foram doseados os níveis de carbamazepina que se encontravam aumentados (18 mg/L). Não apresentava outras alterações de relevo no estudo analítico.

Neste contexto foi assumida intoxicação por carbamazepina em relação com início recente de claritromicina, potente inibidor do citocromo P450 (incluindo o 3A4).

O doente permaneceu em vigilância com suspensão de carbamazepina. Após ter sido verificada melhoria clínica teve alta com ajuste da posologia da carbamazepina, e com alteração do esquema de erradicação de *H.pylori*.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Perante um quadro suspeito de acidente vascular cerebral, mas que a investigação seja normal, será pertinente rever de forma cuidada a anamnese, nomeadamente a medicação habitual e a introdução recente de suplementos/ alimentos.

Como a intoxicação por carbamazepina tem como principal etiologia a coadministração de outros fármacos, este diagnóstico é ainda mais frequente em doentes com pluripatologia e polifarmácia.

O doseamento de carbamazepina por si só não deve conduzir a uma alteração da posologia, apenas favorece a nossa suspeita clínica.

POSA-127 - (4350) - NEUTROPENIA IATROGÉNICA A PIPERACILINA/TAZOBACTAM

Mariana Simão De Magalhães¹; Joana Castro Vieira¹; Vânia Junqueira¹; Tânia Gaspar¹; Rosa Amorim¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste - Unidade Caldas da Rainha

Introdução: O uso de antibióticos, apesar dos claros benefícios, não está isento de efeitos adversos. A associação piperacilina - tazobactam apresenta um espectro de ação alargado, com cobertura de agentes Gram positivos e Gram negativos, incluindo anaeróbios, frequentemente utilizada na Hospitalização Domiciliária. A neutropenia é um efeito secundário pouco frequente (de 1/1000 a 1/100 doentes), tempo-dependente da exposição aos fármacos e pode acompanhar-se de febre (neutropenia febril). Segue a exposição de 2 casos clínicos em que surge neutropenia após tratamento prolongado.

Caso 1: Homem de 61 anos com febre e dor no hipocôndrio direito, sem outros sinais ou sintomas. Estudos complementares compatíveis com abscesso hepático, tendo iniciado antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam e metronidazol com franca melhoria clínica e analítica. Ao 18º dia de antibioterapia, doente refere sensação distérmica. Analiticamente neutropenia isolada, com 1270/ μ L neutrófilos, em agravamento progressivo até 350/ μ L em 24 horas. Por suspeita de neutropenia induzida pela piperacilina/tazobactam, realizado switch para ceftriaxone mantendo o metronidazol. Verificou-se melhoria em 48 horas, com resolução completa em 3 dias.

Caso 2: Homem de 30 anos com dor abdominal epigástrica pós-prandial com irradiação dorsal desde há 5 dias, associado a colúria e diarreia. Nega febre. Sem outros sinais ou sintomas. Avaliação complementar identificou pancreatite edematosa, tendo iniciado antibioterapia com piperacilina-Tazobactam que se prolongou por coleções peripancreáticas. Ao 19º dia de tratamento, apresenta febre com neutropenia, 1290/ μ L neutrofilos, em agravamento progressivo até 550/ μ L em 24 horas. A suspensão de piperacilina-tazobactam levou a uma melhoria analítica em 24 horas.

Conclusão/discussão: A associação de piperacilina-tazobactam é frequentemente utilizada no tratamento de infeções, nomeadamente intra-abdominais, podendo ocorrer neutropenia em tratamentos prolongados. Segundo a literatura, foram descritos casos de neutropenia após, pelo menos, 15 dias de exposição a esta combinação, resolvendo-se em 2 a 5 dias após a suspensão do fármaco. Desta forma, os casos clínicos apresentados reforçam a importância de elevada suspeição nestas situações, mesmo que a neutropenia seja associada a febre, dado que é uma situação facilmente reversível com a interrupção do fármaco e, se resolvida, não carecendo de maior investigação

POSA-128 - (4354) - HEPATITE AUTOIMUNE: CASO CLÍNICO NUM HOMEM IDOSO

Catarina Oliveira¹; Maria Freitas Vieira¹; Iara Ferreira¹; Joana Fontes¹; Micaela Manuel¹

1 - ULSEDV

A hepatite autoimune (HAI) é uma doença hepática crónica rara que incide preferencialmente em mulheres jovens e que se caracteriza por hipergamaglobulinemia, circulação de autoanticorpos, hepatite de interface e resposta favorável à imunossupressão. A maioria dos doentes apresenta um quadro insidioso.

Caso clínico: Homem de 71 anos, sem medicação crónica, recorreu ao SU por um quadro de icterícia com um mês de evolução associado a anorexia, astenia, náuseas, desconforto abdominal no hipocôndrio direito, colúria e acolia. Sem sintomas B. Sem consumo de hepatotóxicos ou contexto epidemiológico de relevo. O estudo inicial revelou hiperbilirrubinemia (BT 27.94 mg/dl) principalmente à custa da direita (BD 21.26 mg/dl) e aumento pronunciado dos parâmetros de citólise (AST 1625 U/L; ALT 662 U/L). A TC e RM abdominal mostraram sinais de hepatopatia crónica, sem lesões focais ou alteração das vias biliares. Investigação adicional indicou hiperIgG (4114 mg/dL) e anticorpo anti-músculo liso (ASMA) positivo, padrão actina. O doente foi submetido a realização de biópsia hepática que mostrou aspeto cirrótico micronodular com abundante infiltrado linfoplasmocítico difuso e atividade necro-inflamatória de interface em grau severo multifocal. O doente iniciou prednisolona (PDN) 60 mg/dia, com consequente diminuição progressiva dos parâmetros de citólise e hiperbilirrubinemia. 4 dias após início de PND, o doente evoluiu com choque hemorrágico no contexto de úlceras duodenais, tendo-se optado por associar Azatioprina 50mg e reduzir dose de PDN. O doente evoluiu com boa resposta clínica e bioquímica. 4 semanas após início de imunossupressão apresentava valor sérico de transaminases < 2x LSN.

Conclusão: Este caso clínico relata a apresentação clínica e analítica num doente do sexo masculino e em idade avançada, com HAI. Dado que esta é uma doença rara, particularmente atribuída a mulheres e em idades mais jovens, este caso pretende evidenciar a importância, independente do sexo e idade, da HAI ser um dos diagnósticos possíveis em casos de hepatopatia crónica, visto que, quando não é tratada atempadamente pode resultar em cirrose, insuficiência hepática e morte.

POSA - (4356) - ABCESSOS HEPÁTICOS PIOGÉNICOS: ANÁLISE MICROBIOLÓGICA E TERAPÊUTICA DE UM CENTRO PORTUGUÊS DURANTE 10 ANOS

Bruno Bonito¹; Madalena Teixeira²; Raquel Tavares³; Paulo Rodrigues³; Maria Do Rosário Ginga¹; Martinho Fernandes¹; Joana Ferreira¹

1 - Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho; 2 - Unidade Local de Saúde da Arrábida; 3 - Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas

Introdução: Os abcessos hepáticos piogénicos (AHP) desenvolvem-se, geralmente, como complicações de patologia biliar. A maioria dos AHP são polimicrobianos, com isolamento frequente de bacilos gram negativos e anaeróbios.

Objetivos: O objetivo deste estudo é analisar as características microbiológicas e opções terapêuticas numa população de doentes com AHP.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo, com uma amostra de 115 doentes com diagnóstico de AHP, entre 2012 e 2022.

Resultado: A maioria dos doentes era do sexo masculino e a idade média de diagnóstico foi de 66 ± 16 anos. Como fatores de risco, destaca-se a presença de litíase biliar sintomática e diabetes mellitus. Relativamente ao mecanismo de doença, cerca de 41,7% dos doentes tinha infeção da via biliar à data de diagnóstico e 32% foram diagnosticados até 30 dias após instrumentação da via biliar, endoscópica ou cirúrgica. A duração média de sintomas até hospitalização foi de 8 ± 10 dias e os sintomas mais frequentes foram febre e astenia. Cerca de 49,6% dos doentes foram submetidos a drenagem do abscesso, e houve isolamento microbiológico em 80% das amostras locais. A taxa de rendimento das hemoculturas foi de 45,2%. A duração média de hospitalização foi de 24 ± 15 dias e evidencia-se uma associação entre o tamanho do abscesso e a duração do internamento ($p < 0,001$). A mortalidade a 30 dias na população em estudo foi de 8,7%.

Discussão: Preconiza-se que o tratamento empírico de AHP seja eficaz contra streptococcus, bacilos gram negativos e anaeróbios e, até à exclusão de entamoeba histiolítica, o Metronidazol deve ser incluído no esquema de antibioticoterapia. Na população estudada o microrganismo mais isolado foi a Escherichia Coli seguido da Klebsiella Pneumoniae. A Piperacilina com Tazobactam foi iniciada em 54,8% dos casos, com eficácia na maioria dos casos.

Conclusões: Os abcessos hepáticos piogénicos associam-se a internamentos prolongados e uso frequente de antibioterapia de largo espectro. A cultura do líquido de drenado, quando possível, tem elevada rentabilidade diagnóstica, pois possibilita o isolamento microbiológico e consequente gestão terapêutica. Sempre que possível, de forma atempada, a antibioticoterapia deve ser ajustada consoante os resultados dos exames culturais.

POSA-129 - (4360) - SÍNDROME MALIGNA DOS NEUROLÉPTICOS-LIKE: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Patrícia Neves¹; Diogo Brandão Neves¹; Teresa Sequeira¹; Paulo Paiva¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução

Apresentamos o caso de uma mulher de 68 anos, com suspeita de atrofia de sistemas múltiplos do tipo Parkinsoniano (MSA-P), e fatores de risco cardiovasculares, internada por sépsis de ponto de partida urinário e respiratório. Desenvolveu hipertermia refratária, inicialmente considerada como parte do contexto séptico, mas posteriormente atribuída a uma possível síndrome maligna dos neurolépticos-like devido à interrupção inadvertida da terapia anti-parkinsoniana.

Caso Clínico

Após resposta inicial a antibioterapia e apirexia sustentada, a doente desenvolveu hipertermia persistente sem cedência a terapêutica antipirética e alteração do estado de consciência, reagindo apenas a estímulos dolorosos. Suspeitou-se de hipertermia central, devido à ausência de evidência de nova infeção e sinais de resolução da infeção inicial. A investigação revelou uma possível síndrome maligna dos neurolépticos-like, por incumprimento terapêutico devido à via oral flutuante a condicionar falha de tomas de medicação e diferença nas formulações do domicílio e internamento. Inicialmente colocada sonda nasogástrica para administração de bromocriptina que não foi eficaz por estase gástrica, pelo que se administrou dantroleno endovenoso, verificando-se melhoria clínica e retorno ao estado basal em menos de 24 horas.

Discussão e Conclusão

A síndrome maligna dos neurolépticos-like é uma complicação rara, mas potencialmente fatal, associada especialmente à interrupção da terapia dopaminérgica em doentes com distúrbios do movimento. Neste caso, a interrupção inadvertida da medicação e a mudança na formulação farmacêutica contribuíram para o quadro clínico. O reconhecimento precoce e o tratamento adequado foram fundamentais para a recuperação da doente.

Este caso destaca a importância da vigilância contínua e da gestão cuidadosa da medicação em doentes com distúrbios neurológicos complexos, como MSA-P. A síndrome maligna dos neurolépticos-like deve ser considerada em doentes com hipertermia refratária, após alterações na terapêutica dopaminérgica. A intervenção precoce é crucial para evitar complicações graves e garantir uma boa evolução clínica.

POSA-130 - (4381) - UM DESFECHO FAVORÁVEL DA DOENÇA DE WEIL

Ana Sofia Reis¹; Adriana Pereira Guedes¹; Miguel Ângelo Sousa¹; Catarina Antunes Salvado¹; Rui Salvador¹; Lúgia Rodrigues Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

A leptospirose é uma zoonose transmitida através do contacto com água e solo contaminados por urina de animais infetados. A transmissão a humanos ocorre através de perda de integridade cutânea, mucosas, conjuntiva ou através do consumo de alimentos contaminados. O quadro clínico tem um espectro de gravidade variável. A forma mais grave designa-se Doença de Weil, cursa com icterícia e disfunção renal, e pode estar associada a discrasia hemorrágica.

Homem de 62 anos, autónomo. Sem antecedentes de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 5 dias de evolução de febre (temperatura máxima 38.5°C), picos febris de 4 em 4 horas sob antipirético, mialgias e astenia em agravamento. Ao exame objetivo a destacar febre e hiperemia conjuntival. Analiticamente linfopenia 560/μL, trombocitopenia 33000/μL, lesão renal aguda (Creatinina/ureia 4.64/171mg/dL), bilirrubina total/direta 2.09/1.58mg/dL, creatinquinase total 1225U/L e proteína C reativa 19.26mg/dL. Sumário de urina, radiografia torácica e ecografia abdominal e renovesical sem alterações. Decidido internamento para estudo.

No primeiro dia, após revisão de contexto epidemiológico, referência a residência em meio rural com vários animais (galinhas, coelhos e gatos) e presença de roedores no terreno, tendo sido considerado o diagnóstico de zoonose, nomeadamente leptospirose, pelo que iniciou doxiciclina. Do estudo: serologias leptospira, rickettsia, borrelia, brucella, coxiella, toxoplasma negativas. Durante o internamento com agravamento da função renal até creatinina sérica máxima de 6mg/dL, sem alterações do débito urinário ou equilíbrio ácido base/alterações iónicas. Manteve terapêutica e reforço da fluidoterapia com posterior melhoria clínica e analítica - apirexia sustentada, normalização da função renal e do perfil hepático.

Repetição de serologias da leptospira após 7 dias, com presença de anticorpos IgG a confirmar o diagnóstico de leptospirose, e entretanto obtido resultado positivo de PCR de leptospira no sangue colhido à admissão.

Com este caso pretende-se salientar a importância de uma história clínica completa, incluindo o contexto epidemiológico, dado que a população se dispersa por zonas rurais e centros urbanos. A suspeita diagnóstica e tratamento precoce são fatores que têm impacto na Doença de Weil, o que contribuiu para um desfecho favorável sem complicações neste caso.

POSA-131 - (4389) - REATIVAÇÃO DA VARICELA NO ADULTO, PORQUE NÃO HÁ 1 SEM 2

Pedro Fialho¹; Pedro Ventura¹; Inês Melo¹; Raquel Figueiredo¹; Patrícia Tenreiro¹; Catarina Valente¹; Carla Santos¹

1 - ULS Guarda - Hospital Sousa Martins

Introdução:

O vírus da varicela-zoster (VVZ) é responsável pela varicela e pelo herpes zoster.

Apesar das crianças representarem a maioria da população afetada pela varicela, são os adultos os mais afetados por esta nas suas formas mais graves.

Caso clínico:

Mulher de 76 anos, caucasiana. Antecedentes pessoais de Leucemia Linfocítica Crónica (remissão parcial sob vigilância) submetida a quimioterapia em 2019, que suspendeu por múltiplas neutropenias, Insuficiência Cardíaca, Diabetes Mellitus tipo 2 mal controlada e Fibrilhação Auricular.

Recorre ao serviço de urgência por quadro clínico sub-agudo de astenia, picos de temperatura sub-febril, odinofagia, dor abdominal ligeira difusa e lesões cutâneas de aspeto maculo-papulo-vesicular de instalação nos últimos 2 dias. Ao exame objetivo destaque para temperatura 37.6°C, restantes sinais vitais normais, cavidade oral com placas brancas exuberantes a nível da língua e orofaringe, lesões cutâneas supra-citadas também presentes nas principais mucosas e observadas por dermatologia que prontamente levantou suspeitas de varicela.

Do estudo complementar preliminar, a destacar análises com linfo e trombocitopenia ligeiras e aumento ligeiro da PCR e discreta citocolestase com hiperbilirrubinémia conjugada. Principais serologias infecciosas negativas.

Perante a suspeita clínica de varicela, iniciou prontamente terapêutica com aciclovir e foi internada na Medicina Interna. Aqui, inicialmente, com evolução desfavorável com disfunção cardio-circulatória a exigir suporte aminérgico transitório. Realizado estudo diagnóstico suplementar que incluiu: múltiplas serologia infecciosas complementares (anti-VVZ IgG em zona cinzenta), hemoculturas (negativas) e TC-TAP (sem adenopatias/organomegalias/ outras alterações relevantes).

A partir do terceiro dia do internamento com evolução clínica rapidamente favorável: melhoria do mal estar generalizado e odinofagia, apirexia sustentada, remissão gradual das lesões cutâneas e normalização das alterações analíticas presentes à admissão.

Conclusão:

Esta doente afirma ter contraído varicela em criança, facto que não permite excluir uma reativação do VVZ na sua forma disseminada, sobretudo se considerarmos que a LLC e DM2 mal controlada condicionam-lhe possível quadro de imunossupressão.

Tal como descrito na literatura trata-se de um caso de varicela no adulto de maior gravidade (com critérios de sépsis) face à doença em criança, cujo desfecho foi favorável.

POSA-132 - (4401) - UNVEILING THE INTERPLAY: ISCHEMIC COLITIS AND PATENT FORAMEN OVALE IN A COMPLEX CLINICAL PRESENTATION

Vanessa Novais De Carvalho¹; Milda Saldanha²; Bruno Santos¹; Cátia Correia¹; David Campoamor¹; Jose Raposo¹

1 - Hospital da Luz Setubal; 2 - Hospital Luz Setubal

Ischemic colitis (IC) is a prevalent cause of lower gastrointestinal bleeding, attributed to inadequate blood supply to the colon often due to vascular insufficiency. While its etiology varies, IC frequently affects individuals with predisposing factors like atherosclerosis, hypertension, and cardiac disease. Notably, the association between IC and cardiac anomalies, particularly patent foramen ovale (PFO), is of interest due to its potential role in paradoxical embolism and mesenteric ischemia.

We present the case of a 51-year-old male with a medical history of obesity, hepatic steatosis, and hypertension. He presented with profuse rectal bleeding following recent NSAID use for lumbosciatalgia. On admission, he appeared normotensive with tenderness in the left flank. Initial investigations revealed hemoglobin of 13.7 g/dL, hematocrit 40.8%, leukocytes 9740/mm³, and a CRP level of 1.01 mg/dL. Rectosigmoidoscopy revealed friable, violaceous mucosa with bleeding, indicative of IC and Grade II hemorrhoids.

Admitted with a provisional diagnosis of IC, empirical treatment with ciprofloxacin and metronidazole was initiated pending blood culture results. Abdominal-pelvic CT angiography confirmed ischemic colitis affecting the descending and distal transverse colon without occlusion. The Transthoracic Echocardiogram evaluation revealed a hyperechoic image on the left coronary cusp, raising suspicion of endocarditis. Transesophageal echocardiography confirmed a PFO with right-to-left shunting, prompting initiation of apixaban and consideration for interatrial device closure, given the patient's family history of sudden death. Additional diagnostic modalities, including 24-hour Holter monitoring and Doppler ultrasound of the carotid and lower extremity arteries, ruled out other thrombotic phenomena.

This case underscores the importance of comprehensive evaluation in rectal bleeding cases, addressing both gastrointestinal and cardiovascular etiologies. Timely recognition and management of conditions like IC and PFO are vital for preventing complications. Collaboration among specialists facilitates a multidisciplinary approach, crucial for optimal patient care.

POSA-133 - (4410) - SÍNDROME DE DRESS NA DOENÇA RENAL CRÓNICA

Carolina Roias¹; Catarina La Cueva Couto²; Bruna Bolas Cardoso³; Vera Oom⁴; Ricardo Paquete Oliveira²

1 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; 2 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca; 3 - Hospital Garcia de Orta; 4 - Unidade Local de Saúde São José

Introdução: A síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) constitui uma reacção de hipersensibilidade associada a fármacos, rara e potencialmente fatal, estando associada frequentemente ao alopurinol. Clinicamente é caracterizada por erupção cutânea associada a eosinofilia, linfadenopatias e envolvimento de órgão. Relata-se um caso clínico de DRESS. **Caso clínico:** Homem de 47 anos, história de Diabetes mellitus tipo 1 com complicações micro e macrovasculares: retinopatia, doença arterial, nefropatia com doença renal crónica estadio 3 e cerebrovascular. Medicado há vários anos com alopurinol, tendo sido aumentada a dose do mesmo há cerca de 4 semanas. Iniciou quadro de vómitos e hiperglicémia associado a rash cutâneo generalizado e febre. Objectivou-se rash eritematoso macular e confluyente pruriginoso e áspero com extensão à quase totalidade do tegumento cutâneo, afectando a face e poupando palmas e plantas. Apresentou posteriormente fase descamativa. Palpavam-se adenopatias cervicais bilaterais, submandibulares, occipitais e inguinal. Analiticamente com leucocitose 26 100/uL e hipereosinofilia de 16 600/uL; agravamento da função renal com Cr 6.49 mg/dL (basal de 3.5 mg/dL) e Ureia 180 mg/dL e padrão de citocolestase sem hiperbilirrubinémia. Colocada hipótese de síndrome DRESS, pelo que iniciou corticoterapia e fluidoterapia e suspendeu alopurinol. Realizou biópsia cutânea que mostrou infiltrado inflamatório perivascular superficial rico em eosinófilos com componente de interface, vacuolização da basal e raros queratinócitos necrosados na derme; foco de paraqueratose, fibrina e dispersos neutrófilos e eosinófilos na epiderme. Apresentou melhoria clínica e analítica paulatinamente.

Discussão/conclusão: O diagnóstico desta síndrome pode ser difícil dado o tempo de latência entre o fármaco causal e o início da apresentação clínica que pode ser heterogénea. Alerta-se para a existência desta patologia, especialmente quando se prescrevem fármacos classicamente associados à mesma, como o alopurinol. Devido à elevada mortalidade associada a esta patologia, a prescrição do alopurinol deve ser feita de forma mais ponderada e apenas quando expressamente indicado, com ajuste adequado à função renal. Neste caso, a reacção despoletada deveu-se ao aumento de dose do alopurinol juntamente com o agravamento franco da função renal. Os autores pretendem realçar a importância da dose bem como da monitorização nos doentes com doença renal crónica.

POSA - (4421) - ARTRITE SECUNDÁRIA A LEPTOSPIROSE: UM CASO CLÍNICO

Bruno Bonito¹; Daniela Costa¹; Joana Cartucho¹; Andreia Meseiro¹; Carla Fernandes¹; Maria Do Rosário Ginga¹; Martinho Fernandes¹; Joana Ferreira¹

1 - Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Introdução: A Leptospirose é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Leptospira*, um microrganismo presente na urina ou fluídos de roedores e outros mamíferos infetados, tratando-se da zoonose mais frequente no mundo. As manifestações clínicas são variadas, com um espectro que pode variar entre sintomas ligeiros a doença grave e, inclusive, morte. Por estas razões, algumas apresentações e complicações incomuns e raras, devem, também, ser tidas em conta, sobretudo em cenários epidemiológicos relevantes. Os autores apresentam um caso de artrite reativa secundária à infeção por leptospira. A artrite reativa a Leptospirose é rara e resulta de uma ativação imunológica após a infeção.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, de 37 anos de idade, fumador ativo, sem outros antecedentes pessoais médicos ou cirúrgicos de relevo, admitido no serviço de urgência com quadro de febre, cefaleia, hiperemia ocular bilateral, icterícia e dor na articulação do ombro direito com cerca de 48 horas de evolução. Do contexto epidemiológico destacou-se atividade profissional em ambiente rural.

Discussão: O estudo complementar inicial foi compatível com citocolestase hepática, aumento de parâmetros inflamatórios de fase aguda e o estudo imagiológico com tomografia computadorizada do ombro direito revelou derrame articular purulento, submetido a artrocentese com contagem celular sem critérios de artrite séptica, com suspeita de artrite inflamatória reativa e exame cultural que se revelou negativo. Do estudo etiológico adicional a salientar pesquisa de ADN de *Leptospira* por polymerase chain reaction (PCR) com resultado positivo. O doente foi medicado com doxiciclina e corticoterapia, com resolução do quadro clínico.

Conclusão: Artrite reativa relacionada com infeção por leptospria é rara. No entanto, é uma hipótese a considerar, especialmente na Leptospirose que cursa com icterícia, que está, habitualmente, associada a doença grave. É importante manter nível de suspeição elevado no doente que se apresenta com febre de origem indeterminada, febre, icterícia e contexto epidemiológico relevante.

POSA-134 - (4423) - EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA: SÍNDROME DE LISE TUMORAL ESPONTÂNEA NO LINFOMA DE BURKITT

Paulo Simão¹; Céu Evangelista¹; Margarida Ascensão¹; Célia Tuna¹; Artur Costa¹; Fábio Santos¹; Rozeane Oliveira¹

1 - Unidade Local de Saúde Cova da Beira

Homem de 66 anos, reformado da construção civil, com diagnóstico em Janeiro de 2023 de linfoma não-hodgkin de alto grau, provavelmente de Burkitt (estudo molecular myc positivo, bcl6 e bcl2 negativos); na altura com sintomas B e volumosa massa retroperitoneal, e alterações analíticas importantes - LDH 9056 U/L, ácido úrico 12.4 mg/dL. A PET realizada em Fevereiro de 2023 identifica "doença ganglionar extensa (...), doença medular/óssea extensa; envolvimento peritoneal, pleural e pericárdico". Em seguimento em consulta de Hematologia, iniciou quimioterapia com esquema RCHOP/RDHAP desde 23/02/2023 e ainda beneficiou de quimioterapia programada intratecal. Obteve resposta parcial com PET de reavaliação após último ciclo de RDHAP com carga tumoral reduzida mas ainda elevada. Em agosto 2023, desenvolveu uma dor dorsal refratária a analgésicos e uma agudização da sua disfunção renal, com necessidade de internamento. Concomitantemente, desenvolveu insuficiência respiratória grave em contexto de infecção por SARS-CoV2. Na TAC realizada de forma urgente destaque para derrame pleural à esquerda de novo, consolidação pneumónica no lobo superior direito, hidronefrose importante no rim direito e uma diminuição significativa do volume da massa tumoral. Colocou nefrostomia percutânea à direita. A D9 de internamento e apesar da melhoria do quadro infeccioso, apresentou agravamento clínico importante com obnubilação e prostração, agravamento da função renal, desenvolvendo acidose metabólica com hipercalemiemia, hipermagnesémia, hiperfosfatémia, hipocalcémia, hiperuricémia e LDH superior a 15000 U/L, em suma quadro compatível com síndrome de lise tumoral (SLT) espontânea. Foi admitido em Unidade de Cuidados Intermédios mas após discussão com Hematologia, foi decidido que o doente não era candidato para tratamento curativo ou paliativo, pelo que regressou à enfermaria de Medicina onde acabou por falecer ao final de 11 dias de internamento. A SLT é mais frequente após tratamento antineoplásico e corresponde a uma emergência metabólica. A sua forma espontânea é mais frequente nas neoplasias hematológicas como o Linfoma de Burkitt. É necessário o reconhecimento precoce dos sinais analíticos para um tratamento mais rápido. Neste caso, alguns fatores confundidores como a pneumonia grave por SARS-CoV2 e a disfunção renal de causa obstrutiva, com necessidade de colocação de nefrostomia, dificultaram a interpretação diagnóstica de alguns resultados e a evolução dos mesmos.

POSA-135 - (4425) - VASCULITE DE PEQUENOS VASOS – UM CASO DE VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA MEDICAMENTOSA

Catarina Tavares Valente¹; Raquel Saraiva Figueiredo¹; Carla Sofia Santos¹; Fernando R. Gonçalves¹; Sónia Coelho¹; João Correia¹

1 - ULS Guarda - Hospital Sousa Martins

Introdução: A vasculite leucocitoclástica (VL) é uma vasculite de pequenos vasos caracterizada por inflamação causada pela desgranulação de neutrófilos com deposição dos fragmentos nucleares na parede dos pequenos vasos, visível na biópsia cutânea.

Caso Clínico: Mulher, 70 anos, portadora de prótese valvular mecânica, medicada com varfarina desde 2017. Foi ao Serviço de Urgência por lesões purpúricas dolorosas nos membros inferiores (MI) há 5 dias. Sem outras queixas e episódios prévios semelhantes. Há 14 dias cumpriu amoxicilina/ácido clavulânico (AAC) por gastroenterite aguda. Exame objetivo: púrpura palpável nos MI. Análises: neutrófilos $6.48 \times 10^3/\mu\text{L}$, INR 6.5, PCR 6.98 mg/dL, LDH 393 U/L. Pelas lesões cutâneas sugestivas de vasculite, iniciou metilprednisolona 40mg oral. Internada para estudo: VS 62 mm/h, autoimunidade, eletroforese de proteínas séricas, serologias, imunoglobulinas e exame sumário de urina negativos; TAC crânio-encefálica, torácica e dos seios perinasais e eletromiografia dos MI sem alterações. Realizou biópsia cutânea ao 6º dia de corticoterapia: escasso infiltrado dérmico superficial com neutrófilos, carioclasia e extravasamento de glóbulos vermelhos; espessamento da parede dos vasos capilares da derme superficial - VL em fase de resolução. Assumida VL de causa medicamentosa, secundária a AAC versus varfarina. Apresentou boa evolução das lesões cutâneas e melhoria dos parâmetros de fase aguda (VS 25 mm/h, PCR 1.11 mg/dL). Alta para consulta com esquema de corticoide em desmame e ponte de varfarina com enoxaparina por INR 1.0.

Discussão: Na sua maioria, a VL é idiopática, no entanto em até 24% dos casos está associada a medicação, com aparecimento de lesões cutâneas típicas frequentemente em 24h a um mês após o seu início. Pela introdução recente de AAC, comumente relacionada a VL, considerou-se ser a causa mais provável. No entanto, e apesar de rara, a VL induzida por varfarina pode ocorrer dias a anos após a exposição ao fármaco. Neste caso, após a reintrodução da varfarina, não houve recorrência das lesões vasculíticas, pelo que se considerou menos provável esta etiologia.

Conclusão: Na suspeita de VL é importante uma anamnese, exame objetivo e estudo complementar detalhados de forma a investigar um possível fator precipitante incluindo infeção, doença autoimune, neoplasia e exposição medicamentosa, sendo crucial a exclusão de envolvimento sistémico. Sempre que possível deverá ser realizada biópsia cutânea para confirmação de VL.

POSA-136 - (4432) - CARCINOMA OROFARÍNGEO: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR EM UM CASO COMPLEXO

Daniela Pinheiro¹; Raquel Moniz¹; Monique Alves¹; Maria Brage¹; Cristiana Sousa¹; Fernando Salvador¹

1 - Unidade Local de saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O carcinoma da orofaringe tem incidência crescente em vários continentes. Os fatores de risco incluem tabagismo, consumo de álcool, infecção pelo papilomavírus humano e infecção pelo vírus Epstein-Barr.

Caso clínico: Homem, 64 anos, autónomo. Reencaminhado à consulta devido a tumefação cervical lateral esquerda com 6 meses de evolução, com ecografia cervical que mostrava nódulo sólido de contornos irregulares. Fumador de 100 UMA. Consumo de álcool moderado. Exame objetivo sem alterações de relevo, exceto adenopatia 2 cmx2 cm indurada. Estudo analítico e tomografia computadorizada craneoencefálica sem alterações, do pescoço e da faringe que revelou alteração do contorno da parede esquerda da hipofaringe, com adenopatias adjacentes, suspeito de neoplasia. Observado em Otorrinolaringologia que documentou uma monocordite e ligeiro edema da comissura posterior, sem outras alterações. Realizou broncofibroscopia sem lesões de relevo, e aspirado brônquico, cujo exame bacteriológico e micobacteriológico foram negativos. Realizou Tomografia por emissão de positrões que identificou uma lesão na topografia do seio piriforme esquerdo, bem como adenopatias bilaterais. Efetuada citologia aspirativa que mostrou células com características de carcinoma, embora insuficientes para diagnóstico. Realizou laringoscopia, com múltiplas biópsias inconclusivas. Uma vez que não houve acuidade diagnóstica, o doente foi referenciado para outro centro hospitalar, onde realizou panendoscopia com biópsias múltiplas, tendo-se identificado uma neoformação na vertente posterior da úvula, com uma biópsia positiva para carcinoma espinocelular. Associadamente, a nível do seio piriforme bilateralmente, com biópsias positivas para displasia de alto grau versus “in situ”. Trata-se, portanto, de um carcinoma da úvula HPV negativo, T1 N3b M0 associado a lesões de displasia de alto grau do seio piriforme. sendo submetido a faringectomia parcial com esvaziamento cervical radical esquerdo e seletivo lateral direito, proposto para Radioterapia e Quimioterapia com intuito complementar. Como intercorrências teve lesão acentuada do nervo Espinal Acessório esquerdo, com atrofia do trapézio e limitação secundária da mobilidade articular do ombro esquerdo.

Conclusão: Este caso ressalta não apenas a importância do diagnóstico precoce e abordagem multidisciplinar no carcinoma orofaríngeo, bem como nos desafios associados ao diagnóstico, tratamento e gestão de complicações decorrentes.

POSA-137 - (4444) - DE CEGUEIRA AO DIAGNÓSTICO DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

Maria Ines Candeias¹; José Morgado Pereira¹; João Manuel Silva¹; Catarina Salvado¹; Pedro Duarte Mesquita¹; Diogo Ferreira Da Silva¹; Luís Vale¹; Íris Simões Galvão¹

1 - Hospital Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde São José

O adenocarcinoma do pulmão representa cerca de 40% dos tumores malignos do pulmão e é o subtipo mais comum diagnosticado em não fumadores. Estima-se que 40 a 60% dos doentes com adenocarcinoma do pulmão apresentem metástases à data do diagnóstico. Os locais mais comuns de metastização são o cérebro, pulmão, osso, fígado e glândulas suprarrenais. Os autores apresentam um caso com apresentação incomum, e investigação desafiante.

Homem de 61 anos, natural de Angola, não fumador, recorreu ao serviço de urgência do nosso centro hospitalar por um episódio de expetoração hemoptoica. Referia tosse seca com um mês de evolução, perda ponderal de 6kg em 6 meses, mas também perda progressiva da acuidade visual durante o último ano, já em investigação pela Oftalmologia por suspeita de melanoma da coróide. Negava qualquer outra queixa. Ao exame objetivo não apresentava alterações de relevo. Realizou Raio X tórax com aspeto sugestivo de padrão miliar. Procedeu-se à exclusão de tuberculose com 3 baciloscopias negativas e IGRA negativo e TC toraco-abdomino-pélvica que demonstrava lesão infiltrativa no lobo superior direito, com padrão “largada em balões” e provável envolvimento metastático em D12. Realizou RM cranioencefálica que demonstrava lesões ovaladas dispersas a condicionar efeito de massa. Biópsia de D12 revelou adenocarcinoma de origem pulmonar, concluindo-se ser essa a fonte metastática do tumor ocular.

As metástases coróideas de tumores pulmonares são raras, e embora muito sintomáticas, raramente são identificadas como tal antes do diagnóstico da neoplasia primária. Os autores chamam a atenção para uma apresentação incomum de adenocarcinoma do pulmão, com a sintomatologia relativa à metástase ocular a preceder por 6 meses qualquer outra manifestação.

POSA-138 - (4451) - A CRISE DAS BENZODIAZEPINAS

Sabina Belchior Azevedo¹; Sara Pereira¹; Rafael Freitas Lopes¹; Claudio Coelho¹; Tiago Mendes¹; Paula Cerqueira¹; Inês Ferreira¹

1 - ULSAM

Introdução: A introdução de benzodiazepinas (BZD) na medicação habitual da população em Portugal, tem aumentado nos últimos anos. Além dos riscos inerentes ao uso destes fármacos, também a sua redução ou suspensão pode ser fatal. As crises convulsivas estão documentadas e ocorrem sobretudo em pacientes expostos a altas doses de BZD por longos períodos com redução rápida ou suspensão abrupta das mesmas; sendo raras em casos de redução gradual.

Caso clínico: Um homem de 75 anos, autónomo com antecedentes de déficite cognitivo, dá entrada na sala de emergência (SE) por suspeita de crise convulsiva presenciada pela esposa. Nas semanas anteriores, devido à indisponibilidade de clonazepam, medicação habitual, na farmácia, o doente terá feito uma redução progressiva da dose diária, até à sua suspensão uma semana antes. Na admissão encontrava-se sonolento mas orientado, sem alterações ao exame objetivo e com amnésia para o sucedido, apenas com queixas de astenia e confusão nos dias anteriores. Realizou controlo analítico com alterações compatíveis com ocorrência de crise convulsiva, com elevação de mioglobina, creatinina cinase e desidrogenase láctica; e TC cerebral sem alterações agudas ou estruturais. Durante a noite, o doente teve nova crise convulsiva presenciada, tratada com diazepam 5mg, com recuperação total para estado habitual, após período pós-ictal. Após contacto com Neurologia, assumido o diagnóstico de crises sintomáticas agudas, no contexto de suspensão de BZD e reiniciada terapêutica com clonazepam sem introdução de antiepilético. Em consulta de reavaliação, aos seis meses, o doente apresentou-se assintomático, sem recorrência de eventos e com eletroencefalograma sem alterações.

Conclusão: A introdução de BZD, sobretudo em doente polimedicados ou idosos, deve ser criteriosa, uma vez que o seu uso e posterior suspensão não são isentos de riscos. O caso acima descrito, realça um dos muitos riscos associados à suspensão destes fármacos, mesmo quando se realiza um desmame gradual da dose previamente. Assim salienta-se a importância de não só ponderar os riscos/benefícios da introdução desta classe farmacológicas, mas também alertar os doentes e familiares para os potenciais riscos do seu uso, sobretudo no período de desmame ou suspensão dos mesmos, quando é crucial manter os doentes sob vigilância apertada.

POSA-139 - (4453) - ENDOCARDITE INFECIOSA E SUAS COMPLICAÇÕES - A PROPÓSITO DE UM MICROORGANISMO POUCO FREQUENTE

Ana Constante¹; Francisco Belchior¹; Ana Castelo Grande¹; Ana Silva Rocha¹; Liliana Torres¹; Lindora Pires¹

1 - Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO: A Endocardite Infeciosa (EI) define uma infecção microbiana que atinge a superfície valvular e o endocárdio, com uma incidência anual estimada de 13,8 casos por cada 100 mil habitantes. O seu perfil epidemiológico tem vindo a alterar-se, afetando cada vez mais doentes com válvulas nativas e sem fatores de risco, pelo que estratégias preventivas têm se tornado foco de investigação.

CASO CLÍNICO: Homem, 76 anos, antecedentes de obesidade e dislipidemia. Recorreu ao Serviço de Urgência por alteração do comportamento. Analiticamente sem alterações. Tomografia Computorizada (TC) do crânio com extenso enfarte isquémico cortico-subcortical temporo-insular e parietal direito. Internado para investigação. Em D1 inicia febre com evolução para disfunção multiorgânica (cardiovascular, renal, neurológica e hepática). Hemoculturas (HC) com isolamento de *klebsiella oxytoca*. Na TC toracoabdominopélvica documentado baço de dimensões discretamente aumentadas, identificando-se área de parênquima hipodensa na vertente anterior do seu terço inferior, de morfologia segmentar - "enfarte esplénico". Ecocardiograma (Eco) transtorácico sem alterações agudas. Eco transesofágico com evidência de trombo intra-apendicular na aurícula esquerda, com válvula mitral com folheto posterior calcificado mantendo alguma restrição de mobilidade e folheto anterior espessado, com sinais de valvulite e com pelo menos duas imagens filiformes, ecodensas, móveis, sugestivas de vegetações. Admitida EI com embolização cerebral e esplénica, tendo efetuado antibioterapia dirigida com ceftriaxone e ciprofloxacina durante 6 semanas com boa evolução. HC de controlo negativas. Eco transtorácico de controlo sem disfunção valvular.

DISCUSSÃO: Os autores deste caso pretendem destacar a complexidade da EI. A elevada suspeição clínica motivou uma abordagem mais aprofundada permitindo fazer um diagnóstico atempado. O isolamento deste microorganismo pouco frequente no início do quadro permitiu começar antibioterapia direcionada precocemente, contribuindo para o sucesso do tratamento. A ausência de complicações adicionais evidenciam a eficácia da terapêutica e da vigilância rigorosa durante todo o internamento.

CONCLUSÃO: A EI apresenta uma elevada taxa de mortalidade. É uma entidade que representa um desafio clínico que nunca deve ser esquecido, mesmo em doentes sem fatores de risco para esta entidade.

POSA-140 - (4463) - CARCINOMA HEPATOCELULAR NA AUSÊNCIA DE DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA: UM DIAGNÓSTICO RARO

Ana Luísa Maceda Rodrigues¹; Catarina Santos Reis¹; Ana Cristina Peixoto¹; Helena De Oliveira¹; Pedro Rodrigues¹; Jorge Almeida¹

1 - ULS São João

Introdução: O carcinoma hepatocelular (CHC) é um tumor agressivo que geralmente ocorre no contexto de doença hepática crônica, nomeadamente cirrose, hepatites víricas ou esteatohepatite não alcoólica (NASH).

Caso Clínico: Sexo masculino, 69 anos. Sem antecedentes pessoais de relevo. Sem hábitos tabágicos e etílicos no passado. Recorre ao serviço de urgência por dor lombar incapacitante com irradiação para o membro inferior esquerdo com 2 meses de evolução, com agravamento progressivo. Sem trauma. Exame neurológico sem alterações. Analiticamente com alfa-feto-proteína elevada (2305 ng/mL), sem outras alterações de relevo. Serologias víricas negativas. Realizou TC lombar com evidência de fratura recente em L1 e área hipodensa sugestiva de lesão secundária, confirmada posteriormente em ressonância magnética (RM). Para estudo complementar de neoplasia oculta realizou TC cervico-toraco-abdomino-pélvica que mostrou duas lesões nodulares hepáticas, uma no segmento VII de 3 cm e outra no segmento II de 5 cm. Para melhor caracterização das lesões hepáticas realizou RM abdominal que equaciona tratar-se de eventual carcinoma hepatocelular (CHC) ou colangiocarcinoma. Realizou biópsia de parênquima hepático e da lesão hepática no segmento VII. Anatomia patológica a revelar parênquima hepático com arquitetura trabecular preservada, sem evidência de esteatose ou cirrose; nódulo do segmento VII com características de CHC bem diferenciado, sem evidência de colangiocarcinoma. Estudo imuno-histoquímico positivo para células neoplásicas. Foi orientado para consulta de Oncologia e foi iniciada quimioterapia paliativa.

Discussão e Conclusão: O diagnóstico precoce do CHC é crucial para um prognóstico mais favorável. A vigilância regular, especialmente em populações de alto risco, e a realização de exames de imagem e marcadores tumorais são importantes para a detecção precoce. Este caso alerta-nos para a importância da histologia no diagnóstico, dada a raridade do CHC ocorrer num doente sem fatores de risco e sem cirrose objetivada.

POSA-141 - (4489) - TUMOR DE KRUKENBERG - CASO CLÍNICO

Carolina Anjo¹; Elisa Veigas¹; Ana Filipa Viegas¹; Gabriel Atanásio¹; Jorge Correia¹

1 - Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões

Introdução

O tumor de Krukenberg (TK) é uma neoplasia secundária do ovário com origem em neoplasias de diversos órgãos, mas mais comumente do trato gastrointestinal. Afeta, por norma, mulheres na 4ª e 5ª década de vida, com uma incidência em Portugal de 8,2-16,4 por 10 milhões de habitantes. O diagnóstico é frequentemente tardio, em estadios avançados da doença, e com consequente prognóstico desfavorável. O tratamento visa aumentar a esperança média de vida e melhorar a qualidade de vida, assentando na realização de cirurgia e quimioterapia adjuvante.

Caso Clínico

Mulher de 45 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, tromboembolia pulmonar e menometrorragias recentes resolvidas após início de progestativo. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor pleurítica no hemitórax direito com evolução de 1 semana, sem febre, tosse ou outra sintomatologia sistémica associada. Ao exame objetivo destacava-se palidez mucocutânea e diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito, sem outras alterações relevantes. Analiticamente com anemia (Hb 9,7 g/dL) microcítica e aumento de D-Dímeros (6113 ng/mL). Imagiologicamente com radiografia do tórax com hipotransparência compatível com derrame pleural direito e angio TAC do Tórax a evidenciar derrame pericárdico e pleural direito, com exclusão de embolia pulmonar. Admitida em internamento por polisserosite para estudo, tendo realizado toracocentese diagnóstica que revelou líquido pleural compatível com exsudato. Realizada TAC abdominopélvica que revelou lesão sólida anexial esquerda com 9x5cm, contudo o resultado histológico do líquido pleural foi compatível com neoplasia do trato gastrointestinal. Realizada endoscopia digestiva alta que revelou lesão gástrica suspeita, com biópsia a confirmar adenocarcinoma gástrico. Assim, considerou-se a lesão ovárica compatível com TK.

Discutido caso em reunião multidisciplinar, tendo iniciado quimioterapia paliativa.

Discussão

O TK é uma condição rara, habitualmente associada a uma grande mortalidade, dado o diagnóstico tardio da neoplasia primária.

Conclusão

Serve este caso para alertar quanto à existência desta entidade e à necessidade de excluir neoplasias de outros órgãos na presença de lesão ovárica suspeita em mulheres jovens, particularmente neoplasias do trato gastrointestinal.

POSA-142 - (4497) - UM ACHADO ACIDENTAL DE UMA DOENÇA POTENCIALMENTE FATAL

Mariana Matos¹; Claudemira Pinto¹; Maria Inês Matos¹; Helena Oliveira¹; Marta Patacho¹; Jorge Almeida¹

1 - ULS São João

Introdução: A hemocromatose hereditária, caracteriza-se pela acumulação excessiva de ferro, sendo a mutação mais comum a variante C828y do gene HFE. Nem todos os doentes com mutação apresentam acumulação de ferro, sendo esse risco superior em doentes com familiares diretos com excesso de ferro, sugerindo que outras condições genéticas ou ambientais possam contribuir para o fenótipo final. O diagnóstico e tratamento, se indicado, devem ser prontamente realizados para evitar disfunções de órgão associadas à acumulação excessiva de ferro, nomeadamente hepática e cardíaca.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 52 anos, encaminhado à consulta externa de Medicina Interna por achado acidental em RMN abdominal. Trata-se de doente com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, submetido a nefrectomia direita por tumor renal (oncocitoma renal). Para reavaliação imagiológica foi pedida RMN abdominal que mostrou sinais de sobrecarga hepática de ferro, tendo sido por esse motivo encaminhado para consulta de Medicina Interna. Na primeira consulta foi avaliada história familiar que era irrelevante, e pedidos exames auxiliares de diagnóstico e estudo genético de hemocromatose. O estudo analítico apresentava discreta elevação da ALT (53U/L), com restantes enzimas hepáticas bem, sem alterações da coagulação, saturação transferrina 93%, ferritina 1900ng/mL, com serologias viricas sem infeções ativas, com imunidade vacinal ao vírus hepatite B, e imunidade ao vírus da hepatite A. O estudo genético mostrou homozigotia para a mutação C282y do gene HFE. Nesta consulta o doente acabou por referir que após discussão com família, havia história familiar de hemocromatose em irmão e sobrinha (residentes na Bélgica). Programaram-se flebotomias, e foi aconselhado rastreio em familiares diretos. Encontra-se também a aguardar resultados de estudo de atingimento cardíaco.

Discussão e conclusão: Este caso pretende alertar para o facto de, por diversas vezes, se diagnosticarem patologias potencialmente debilitantes de forma acidental em exames realizados por outros motivos. Salienta também a importância do internista como especialista em diagnóstico.

POSA-143 - (4501) - MAIS DO QUE COMICHÃO – RELATO DE UM CASO DE VASCULITE URTICARIFORME

Catarina Antunes Salvado¹; Adriana Pereira Guedes¹; Ana Sofia Reis¹; Miguel Ângelo Sousa¹; Rui Salvador¹; Andreia Freitas¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho

A vasculite urticariforme (VU) é uma vasculite de pequenos vasos com envolvimento predominantemente cutâneo, mas que pode atingir qualquer órgão e sistema. Apesar de clinicamente sugestiva de quadro de urticária, as lesões têm uma duração superior (habitualmente >24h) e apresentam-se histologicamente como uma vasculite leucocitoclástica. É idiopática na maioria dos casos, pode surgir no contexto de doenças auto-imunes, reação a fármacos, quadros infecciosos ou como síndrome paraneoplásica.

Apresenta-se o caso de um homem de 82 anos, com antecedentes de Linfoma não Hodgkin marginal, sob vigilância clínica, que recorreu ao Serviço de Urgência por rash pruriginoso com início no couro cabeludo e progressão para o dorso e membros inferiores, com dois dias de evolução. Sem febre ou outra sintomatologia. Sem contexto epidemiológico de relevo, sem introdução de novos alimentos ou alteração dos produtos de higiene ou fómites. Objetivamente, destacava-se a existência de lesões urticariformes coalescentes dispersas por todo o corpo, mais exuberantes no dorso, assim como lesões petequiais nos membros inferiores. O estudo analítico revelou lesão renal aguda KDIGO1, sem sedimento urinário ativo. Não apresentava anemia ou trombocitopenia, nem elevação de marcadores inflamatórios. Colheu estudo imunológico que foi negativo e foi excluída infeção. Realizou TC toraco-abdomino-pélvico que excluiu adenopatias ou outra evidência de progressão da doença linfoproliferativa. Foi realizada biópsia cutânea, que evidenciou alterações sugestivas de vasculite urticariforme, e iniciou corticoterapia com prednisolona 40mg, com boa resposta.

O presente caso pretende salientar que a VU pode ser manifestação de doença sistémica e, como tal, a investigação das suas causas deve ser sempre alargada. Neste caso em particular, a prioridade foi excluir progressão da doença linfoproliferativa.

POSA - (4517) - LINFOMA ANAPLÁSICO DE GRANDES CÉLULAS DE ELEVADA AGRESSIVIDADE EM APRESENTAÇÃO RARA

Bruno Vendeira¹; Mariana Bettencourt¹; Joana Amado¹; Margarida Vaz Lopes¹; Milton Rosa¹; Ana Julia Pedro¹; Antonio Baptista¹; Antonio Pais Lacerda¹

1 - Unidade Local de Saude Santa Maria

Introdução: O Linfoma Anaplásico de Grandes Células (LAGC) é um subtipo raro de Linfoma não-Hodgkin (LNH) de células T periférico, correspondendo a 2% dos LNH no adulto. É uma variante agressiva de LNH de prognóstico reservado, mais comum em crianças e adultos jovens do sexo masculino. Pode ser classificado em Anaplastic Lymphoma Kinase (ALK) positivo ou ALK - e apresenta forte expressão do marcador CD30. A maioria dos doentes apresenta-se em estágio avançado, com doença extranodal.

Caso Clínico: Mulher de 67 anos, ECOG 0 até Julho/2023. Inicia, nessa altura, astenia, anorexia e perda ponderal progressiva não quantificada. Aparecimento semanas depois de um nódulo na mama direita de crescimento rápido e ulceração. O quadro acompanhou-se de aparecimento de um nódulo na região axilar direita indolor, sem sinais inflamatórios. A **ecografia desta região** revelou uma volumosa formação abcedada em drenagem espontânea. A **mamografia e ecografia mamária** revelaram uma formação nodular sólida, com 45x36 milímetros (mm), com área líquida central correspondendo provavelmente a necrose – BIRADS 0. **TAC tórax** revelou 15 nódulos em cada pulmão sugestivos de metástases, uma massa mamária direita de 85 mm de diâmetro com invasão cutânea, e uma massa em posição mais anterior com 52 mm de diâmetro, compatíveis com neoplasia mamária. Conglomerados adenopáticos axilares direitos. Na **TAC abdominal** volumosas adenopatias látero-aórticas, mesentéricas e no tronco celíaco. Volumosas massas/adenopatias que perdem o plano de clivagem com o pâncreas, a maior com 56 x 37 mm. Não se identificou metastização óssea osteoblástica na cintigrafia óssea, nem se evidenciou invasão do SNC. A **biopsia da lesão mamária** revelou “Linfoma de grandes células B ALK+”. Reclassificado para LAGC ALK + após avaliação imunohistoquímica. A doente foi transferida para o serviço de hematologia para início de quimioterapia (CHOP), com escassa resposta. Faleceu ao fim de 50 dias de internamento, por choque hemorrágico.

Conclusão: Apresentamos um caso de LAGC ALK+ por ser um subtipo raro de LNH, numa doente idosa, com uma forma de apresentação inicial muito incomum – massa mamária direita de 85 mm ulcerada, contrariando a epidemiologia. De facto, a prevalência de linfoma mamário encontra-se abaixo dos 2% de todos os casos de LNH, e representa menos de 1% das neoplasias da mama. Em geral a resposta à quimioterapia de primeira linha é razoável, pelo que o seu diagnóstico imunohistoquímico é imprescindível.

POSA-144 - (4518) - CASO DE PJ

Tatiana Cardoso¹; Filipa Reis¹; Beatriz Dias Silva¹; Andreia Lopes¹; Adriana Dias¹; Joana Marques¹; João Oliverio Ribeiro¹; Gabriel Atanásio¹; Nuno Monteiro¹; Edite Nascimento¹

1 - ULS Dão Lafões

INTRODUÇÃO: A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (PPJ), é uma infeção fúngica, mais comumente descrita como uma infeção oportunista, potencialmente fatal em pessoas com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). No entanto, devido ao aumento do uso de medicação imunossupressora, há um risco aumentado destas populações a desenvolverem PPJ.

CASO CLÍNICO: Apresentamos um caso de uma mulher de 79 anos, com antecedentes pessoais conhecidos de artrite reumatoide, medicada com metilprednisolona 16mg diariamente e metotrexato 25mg semanal. Esta apresentou-se no serviço de urgência com quadro de dispneia, com início no próprio dia. Após avaliação inicial da doente objetivou-se uma insuficiência respiratória hipoxémica pelo que realizou Angiotomografia Computadorizada Arterial de Tórax (AngioTC- Toráx) que revelou “focos de condensação em vidro despolido associados a espessamento intersticial dispersos em ambos os pulmões, mais extensos no lobo superior esquerdo”. Devido aos achados imagiológicos foi avaliada pela pneumologia e realizada broncofibroscopia (BFO) com lavado bronco-alveolar (LBA). Tendo em conta os antecedentes pessoais da doente e achados imagiológicos colocou-se a hipótese de infeção oportunista e, por esse motivo, foi internada medicada com cotrimoxazol 15mg/kg dividido em 3 doses diárias. Ao terceiro dia de internamento apresentou agravamento do ponto de vista respiratório com necessidade de iniciar ventilação mecânica não invasiva (VNI). No sétimo dia de internamento, obtivemos o resultado do LBA realizado que detetou DNA de *Pneumocystis jirovecii* (13912 cópias/mL), estabelecendo-se assim o diagnóstico de PPJ, prolongando-se antibioterapia para 21 dias. Ao décimo primeiro dia de internamento, após melhoria inicial com VNI, ocorreu novo agravamento e por esse motivo foi avaliada pela equipa da Unidade de Cuidados Intensivos que considerou que não haveria condições para iniciar ventilação mecânica invasiva, acabando por falecer.

CONCLUSÃO: A PPJ é cada vez mais fatal em indivíduos sem infeção HIV e o tempo até ao diagnóstico e consequentemente a instituição de terapêutica afeta a sobrevivência. Assim, perante um doente imunodeprimido deve-se manter um elevado índice de suspeição a PPJ caso o indivíduo se apresente com sinais ou sintomas de pneumonia.

POSA - (4526) - EFICÁCIA DE IMATINIB SOBRE TUMOR AGRESSIVO, METASTIZADO DO ESTROMA GASTROINTESTINAL

Bruno Vendeira¹; Mariana Bettencourt¹; Joana Amado¹; Margarida Vaz Lopes¹; Milton Rosa¹; Ana Julia Pedro¹; Antonio Baptista¹; Antonio Pais Lacerda¹

1 - Unidade Local de Saude Santa Maria

Introdução: Os Tumores do Estroma Gastrointestinal (GIST) são neoplasias raras (1-2%) do trato gastrointestinal. Surgem geralmente após os 50 anos, podendo no entanto manifestar-se em qualquer idade. A apresentação clínica é variada, desde assintomática até manifestações graves como hemorragia digestiva alta, baixa ou perfuração intestinal. O diagnóstico muitas vezes é incidental mas, quando sintomáticos, podem revelar-se como hemorragia oculta, saciedade precoce e dispepsia. Apenas 10-20% apresentam doença metastática à data do diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 63 anos, ECOG 0, com episódio de hematemese de grande volume associado a tonturas e lipotímia. Referia astenia de instalação progressiva com 1 mês de evolução com perda ponderal não quantificada, e melenas com 1 semana de evolução. Apresentava-se pálido e desidratado, realçando-se laboratorialmente anemia microcítica hipocrômica. A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) revelou lesão ulcerada, friável, vegetante, com 8 centímetros, com padrão irregular. A TAC cervicotoracoabdominopélvica identificou "lesão proliferativa endogástrica sem inequívoca extensão transmural. Secundarização hepática muito provável". Na **biópsia da lesão**, alterações compatíveis com **GIST** (DOG-1+, CD117+, CD34+, bcl-2+, AE1/AE3 -, actina do músculo liso -, desmina -, S100 -). O estudo genético revelou mutação do exão 11 c-Kit. Por novo episódio de melenas realizou radioterapia hemostática em 4 frações sobre a região gástrica, iniciando depois quimioterapia paliativa com Imatinib. A TAC toracoabdominopélvica de reavaliação mostrou redução dimensional do envolvimento tumoral da câmara gástrica e da metastização hepática. Mantém acompanhamento na consulta de oncologia com aparente redução ligeira, gradual, do volume da lesão gástrica e das metástases hepáticas.

Conclusão: Apresentamos um caso de GIST por ter uma apresentação inicial agressiva – hemorragia digestiva alta e baixa com necessidade de radioterapia hemostática. De facto, a maioria dos pacientes é assintomático ou apresenta-se com sintomas crónicos inespecíficos, sem doença metastática por ocasião do diagnóstico. O Imatinib constitui a terapêutica inicial nestes doentes com GIST com mutação no gene KIT, sendo altamente eficaz. Remissões completas são raras, e a maioria dos pacientes adquire novas mutações no gene KIT, conferindo resistência, o que até à data não se verificou neste caso, mantendo-se uma resposta favorável.

POSA-145 - (4539) - LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO VARIANTE ESCLEROSE NODULAR DE APRESENTAÇÃO INICIAL AGRESSIVA

Bruno Vendeira¹; Mariana Bettencourt¹; Joana Amado¹; Margarida Vaz Lopes¹; Milton Rosa¹; Ana Julia Pedro¹; Antonio Baptista¹; Antonio Pais Lacerda¹

1 - Unidade Local de Saude Santa Maria

Introdução: O **Linfoma de Hodgkin (LH)** é uma neoplasia caracterizada pela presença de células de Reed-Sternberg, correspondendo a 10% de todos os linfomas. O **LH clássico** corresponde a 90% dos LH. É mais comum em jovens adultos, entre os 20 e os 34 anos, apresentando-se, na generalidade, com linfadenopatia assintomática ou com uma massa mediastínica de crescimento lento, acompanhado (em 40% dos casos) de sintomas B.

Caso clínico: Mulher de 32 anos, ECOG 0. Internada por astenia, dispneia, ortopneia e tosse não produtiva com 1 mês de evolução. Referia 2 picos febris e sudorese noturna. Apresentava adenomegalias na região inguinal, submandibular e na cadeia cervical anterior, moles, indolores, não aderentes aos planos superficiais ou profundos. A TAC torácica exibiu uma lesão de grandes dimensões, com densidade de partes moles, a preencher o mediastino anterior, superior e na vertente lateral direita paracardíaca. Envolvimento ganglionar das regiões supraclavicular e axilar. Envolvimento circunferencial da veia cava superior, artéria pulmonar direita e veia pulmonar superior direita; derrame pericárdico (2 cm) e derrame pleural à direita. Líquido pericárdico com critérios de exsudado, sem células tumorais. A biopsia da massa mediastínica revelou "LH clássico subtipo esclerose nodular". Iniciou corticoterapia e foi transferida para o serviço de hematologia para início de quimioterapia (QT) - ABVD. Após 2 ciclos de QT a PET não revelou alterações inequívocas de doença proliferativa em atividade. Realizou 6 ciclos de QT com boa resposta, mas neutropenia. Marcada diminuição de volume da lesão mediastínica, persistindo densificação no mediastino superior e anterior com 7x4x1.5 cm na TAC pós-QT, revelando a PET, igualmente, "critérios formais de doença ativa mas sem benefício em irradiação mediastínica". Atualmente mantém vigilância.

Conclusão: Apresentamos um caso de LH clássico variante esclerose nodular com uma apresentação inicial incomum - massa mediastínica de grandes dimensões com derrame pericárdico e derrame pleural (comum apenas em massas destas dimensões), com sintomas B. Este crescimento indolente das massas mediastínicas leva, de facto, a que os sintomas surjam em fases avançadas. 80% dos doentes com LH clássico atingem a remissão completa após tratamento com ABVD, o que não se verificou no presente caso.

POSA-146 - (4544) - CONCENTRIC LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY AND AORTIC STENOSIS: HOW MUCH IS TOO MUCH?

Matilde Vieira Ferreira¹; João Adriano Sousa¹; Gonçalo Bettencourt Abreu¹; Francisco Sousa¹; A. Drumond¹

1 - Serviço de Cardiologia, Hospital Dr. Nélío Mendonça, SESARAM EPERAM, Funchal, Portugal

Introduction The coexistence of multiple structural cardiac pathologies poses significant challenges in diagnosis and management. Information specifically related to the complex combination of Bicuspid Aortic Valve(BAV) with severe stenosis and Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy(HOCM) remains limited.

Case Report We present the case of a 60-year-old male, with hypertension, controlled with daily medication, who practices daily physical activity and with a family history of sudden death of an older brother at age of 49, with no identified cause. After assessment by family medicine due to dyspnea for minor efforts, the patient was sent for a transthoracic echocardiogram(TTE), which revealed "BAV with severe aortic stenosis(AS), mild aortic regurgitation and slightly dilated ascending aorta; severe left ventricular hypertrophy with phenotype consistent with HOCM and various secondary signs: Systolic Anterior Movement(SAM) of the mitral valve(MV) and papillary muscle hypertrophy". Right away, the patient was referred for cardiac magnetic resonance imaging(MRI), which revealed "left ventricle not dilated with severe concentric hypertrophy of slight septal predominance (max. 19 mm) and preserved systolic function(SF). SAM of the MV apparatus promoting flow acceleration in the left ventricular outflow tract obstruction. BAV disease with severe AS-aortic valve area(AVA) 0.73cm²; peak transvalvular jet velocity of 5.04 m/s." A coronary angiography showed clear coronary arteries. The patient is currently awaiting a multidisciplinary meeting for therapeutic guidance.

Discussion Given the magnitude of the left ventricular hypertrophy, disproportionate to the AS, as well as the presence of morphological anomalies of the MV with SAM and hyperdynamic SF, the cardiac MRI findings are likely to represent a complex dual pathology, combining BAV disease with severe stenosis and HOCM phenotype. This highlights the necessity of comprehensive diagnostic approaches, such as cardiac MRI, to accurately identify, characterize the cardiac pathologies and elucidate the underlying pathophysiology.

Conclusion Detailed complementary diagnostic examinations aid in understanding the complexity of the condition. It also plays a crucial role in guiding effective clinical management and appropriate treatment strategies for patients, improving the outcomes. Further research is needed to better understand the prevalence, clinical features and management of this unique dual pathology.

POSA-147 - (4554) - ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE MISTA EM DOENTE COM PNEUMONIA BILATERAL GRAVE - UM CASO CLÍNICO

Rafael Pinheiro Ramos¹; Joana Melo¹; Cátia Henriques¹; Maria Luísa Olim¹; Joana Fontes¹; Rita Costa¹

1 - Unidade Local De Saúde Entre Douro E Vouga

INTRODUÇÃO: A anemia hemolítica autoimune (AHA) apresenta-se como primária ou secundária a patologia sistémica, frequentemente infecciosa, autoimune ou neoplásica. Subdivide-se conforme os autoanticorpos que a mediam, em anemia quente (mais comum), fria e, mais raramente, mista.

CASO CLÍNICO: Apresentamos o caso de uma mulher de 55 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia, tosse produtiva e dor pleurítica com 1 semana de evolução. Do estudo realizado, concluiu tratar-se de uma pneumonia bilateral complicada com empiema à direita, a condicionar insuficiência respiratória hipoxémica. Iniciou antibioterapia (ATB) empírica com amoxicilina/clavulanato (AM/CL) e azitromicina, porém, com evolução desfavorável, com falência à ventilação não-invasiva e necessidade de admissão em Unidade de Cuidados Intensivos.

Na 1ª semana, apresentou anemia normocítica de novo, agravada até Hb 6g/dL, com necessidade de suporte transfusional. Do estudo realizado, destaca-se cinética férrica compatível com estado inflamatório, reticulocitose, elevação da DHL e haptoglobina, sem hiperbilirrubinemia. O esfregaço de sangue periférico revelou aglutinação eritrocitária a 37°, com um teste de antiglobulina direto positivo (IgG 4+ IgM 4+ IgA 4+ C3d 4+ a 37°C), teste indireto positivo (panreativo) e crioaglutininas positivas.

Perante o quadro clínico, com isolamento de *S. pyogenes* multissensível em hemoculturas, e após estudo sem evidência de doença autoimune ou neoplásica subjacente (sem evidência de gamapatia monoclonal; VIH/VHB/VHC e *M. pneumoniae* negativos; contacto prévio com EBV/CMV), admitiu-se AHA mista, secundária a este processo infeccioso.

Foi instituída corticoterapia (prednisolona 1mg/kg/dia) com melhoria progressiva da anemia, tendo a doente adicionalmente cumprido 4 semanas de ATB dirigida com AM/CL. Realizado desmame de corticoterapia em ambulatório, sem recidiva da anemia ou parâmetros de hemólise.

CONCLUSÃO: A AHA mista é um diagnóstico raro (<10% AHA). O tratamento de primeira linha é a corticoterapia, embora com evidência limitada, estando descritos casos de resposta insatisfatória, com melhoria após terapêutica com rituximab. No caso apresentado, a doente evoluiu favoravelmente sob corticoterapia e abordagem da infeção, encontrando-se em remissão sustentada.

POSA-148 - (4557) - COLITE MICROSCÓPICA: SOBRE OS DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

Carolina Marcos Queijo¹; Raquel Lourenço Martins¹; Daniela Augusto¹; Paulo Castro¹; Luís Azevedo¹; Andreia Rocha Costa¹; Fernando Salvador¹

1 - Unidade Local de Saude de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução:

A colite microscópica é uma doença inflamatória crónica do cólon, caracterizada por diarreia crónica com dejeções aquosas e abundantes. Afeta sobretudo doentes de meia-idade e do sexo feminino. Pode associar-se a outras patologias autoimunes. O diagnóstico é feito com biópsia da mucosa cólica que apresenta alterações histológicas características. Existem dois subtipos histológicos, colite linfocítica e colite colangênica.

Caso clínico:

Os autores retratam o caso de uma doente de 86 anos, com SAF primário e HTA, internada para estudo de diarreia com um mês de evolução, com distúrbios hidroeletrolíticos (hipocaliemia) associados. Do estudo realizado, clostridium difficile negativo, painel molecular de infeções gastrointestinais (bactérias, vírus e helmintas) negativo, função tiroideia normal; AntiASCA, Anti transglutaminase IgA e IgG e pesquisa de leucócitos nas fezes negativos. Calprotectina fecal aumentada (157.0 mg/kg). TC-AP sem alterações. Realizou colonoscopia, sem alterações nomeadamente sinais inflamatórios na mucosa intestinal, tendo, contudo, realizado biópsias que posteriormente revelaram alterações compatíveis com colite linfocítica. Iniciou budesonida oral 9 mg tendo cumprido, inicialmente, 8 semanas, com melhoria clínica. Agravamento da diarreia com o desmame para 6 mg, pelo que necessitou de aumentar novamente a dose para 9 mg com resolução da sintomatologia e sem recidiva da diarreia.

Discussão e Conclusão:

A colite microscópica é por si, um diagnóstico que carece de elevada suspeição clínica, motivado principalmente pela ausência de evidências macroscópicas na colonoscopia. Destacando-se assim, a importância da biópsia intestinal na confirmação do diagnóstico. Neste caso, o tratamento com budesonido proporcionou uma melhoria clínica e da qualidade de vida. A recorrência após o desmame realça os desafios encontrados, o que requer uma abordagem individualizada e com reavaliações periódicas. Em suma, com este caso pretende-se destacar a necessidade de considerar a colite microscópica na abordagem da diarreia crónica, quando a colonoscopia é relatada como não apresentando alterações, havendo sempre a necessidade de realizar biópsias da mucosa cólica para se alcançar o diagnóstico.

POSA-149 - (4574) - ENCEFALOPATIA POR DÉFICE VITAMÍNICO

Ana Cristina Peixoto¹; Clara Silva¹; Mariana Lobo¹; Ana Luisa Rodrigues¹; Luis Nogueira-Silva^{1,2}; Jorge Almeida¹

1 - ULS São João; 2 - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Universidade do Porto, Porto, Portugal

Introdução: A B12 e a tiamina são micronutrientes essenciais para o funcionamento celular. A sua carência pode resultar em disfunções hematológicas e neurológicas.

Caso clínico: Mulher de 49 anos, com antecedentes pessoais de cirurgia bariátrica (bypass gástrico) em 2021, após o qual teve perda de 70Kg, com escasso consumo de carne. Recorreu ao SU por desequilíbrio da marcha e discurso confuso com 15 dias de evolução. Associadamente referia náuseas, sem vômitos ou outras queixas.

Ao exame objetivo, tinha disartria e discurso incoerente, impossibilitando a colheita de história clínica. Apresentava ataxia da marcha, difícil de apurar se sensitiva ou cerebelosa por falta de colaboração da doente nas provas de propriocepção.

Analicamente tinha Hb 13.3g/dl, sem elevação dos parâmetros inflamatórios, sem citocolestase, vitamina B12 250pg/ml e ácido fólico 4.4ng/mL. Serologias víricas negativas. A TC-CE não mostrou alterações de relevo, nomeadamente lesões isquémicas de novo.

Revendo análises prévias e a história, a doente apresentava défice grave e prolongado de vitamina B12 (100 – 120pg/mL) por incumprimento terapêutico no último ano, sendo que tinha retomado a suplementação recentemente.

Foi internada por encefalopatia associada a défice prolongado de vitamina B12, embora não se possa excluir défice de tiamina.

Realizou-se RM cerebral, sem alterações de relevo e iniciou suplementação endovenosa com tiamina e vitamina B12, apresentando favorável evolução do estado cognitivo, equilíbrio em ortostatismo e no padrão da marcha. À data de alta encontrava-se no seu estado clínico habitual.

Discussão:

Existem várias causas para o défice de vitamina B12, entre os quais a cirurgia bariátrica, o que implica que estes doentes tenham de fazer suplementação indefinidamente. Esta também é uma causa frequente de défice de tiamina.

A encefalopatia e ataxia da marcha podem ocorrer em ambos os défices vitamínicos. No défice de vitamina B12 é frequente (mas não mandatório) ocorrer anemia macrocítica; no défice de tiamina é frequente verificar-se nistagmo. A confirmação laboratorial do défice de tiamina não está habitualmente disponível.

De forma a prevenir complicações irreversíveis, é importante fornecer aconselhamento nutricional aos doentes submetidos a cirurgia bariátrica e reforçar a necessidade de suplementação vitamínica correta.

POSA-150 - (4582) - A NAVALHA DE OCKHAM NA ABORDAGEM DO EXANTEMA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Jorge Bezerra¹; Alexandra Esteves¹; Diana Lopes Barros¹; Ana Frederica Parente¹; António Cardoso Fernandes¹; Maria Inês Risto¹; Patricia Sobrosa¹; Patricia Araújo¹; Carolina Marques Miranda¹; Carmélia Rodrigues¹; Diana Guerra¹

1 - Hospital de Santa Luzia - ULSAM

Introdução: A avaliação do doente com exantema súbito no SU constitui um desafio diagnóstico, sobretudo em doentes com múltiplas comorbilidades e terapêuticas que obrigam a uma extensa lista de diagnósticos diferenciais

Caso clínico: Mulher, 20 anos. Antecedentes pessoais de infeções odontológicas recorrentes e adenopatias cervicais em estudo pelo médico assistente há 6 meses. Recorreu ao Serviço de Urgência devido ao aparecimento de um exantema maculopapular coalescente e branqueável à digitopressão, pruriginoso e exuberante na face, com posterior progressão centrífuga e envolvimento de todo o tegumento, incluindo palmas e plantas. Este quadro surgiu cerca de 12 horas após o término de um ciclo de sete dias de amoxicilina/ácido clavulânico oral, prescrito para tratar uma amigdalite pustulosa diagnosticada pelo médico assistente. Ao exame objetivo, a paciente apresentava bom estado geral, afebril e com múltiplas adenopatias cervicais dolorosas, moles e móveis, sendo a maior submandibular esquerda com cerca de 2cm de maior diâmetro. O restante exame objetivo não revelou alterações. Analiticamente, sem alterações significativas. Considerando a estabilidade clínica e a elevada probabilidade diagnóstica, foi presumida mononucleose infecciosa e assumida atitude expectante, tendo alta sob vigilância e controle sintomático, com resolução do exantema ao 7º dia. Reavaliação precoce em consulta com resolução das queixas, do exantema e das adenopatias. Estudo analítico confirmou a hipótese diagnóstica com serologias positivas para anticorpos IgM e IgG anti-Epstein Barr (EBV) e IgM anti-Citomegalovirus (CMV), e negativas para IgG anti-antígeno nuclear do EBV, IgG anti-CMV.

Discussão: Em doentes com o aparecimento de exantema súbito após o início de novos fármacos a ponderação de possível reação alérgica como etiologia é essencial. No entanto, a abordagem sistemática e um raciocínio clínico que identifique padrões de doença e priorize hipóteses mais prováveis são o garante de que os doentes não sejam rotulados como alérgicos a terapêuticas tão ubíquas como as penicilinas. Neste caso, a serologia revela positividade tanto para o EBV como para o CMV, um fenómeno documentado na literatura, onde a positividade para o CMV ocorre devido a uma reação cruzada não devendo ser considerada uma coinfeção.

POSA-151 - (4594) - DE PTOSE PALPEBRAL A MACROADENOMA HIPOFISÁRIO: UM CASO CLÍNICO

João Maria Bento¹; Renato Gonçalves¹; João Corrêa¹; João Pereira¹; Joana Coelho¹; Miguel Gonçalves¹; Ana Silva¹; Maria Pacheco¹; Lúcia Jardim¹; Juliana Carneiro¹; Rita Oliveira Silva¹; José Proença¹; Helena Brito¹; Leopoldina Vicente¹

1 - ULS Cova da Beira

Introdução: Os adenomas hipofisários classificam-se de acordo com o tamanho (microadenomas <1cm, ou macroadenomas ≥1cm) e célula de origem (lactotrofo, gonadotrofo, somatotrofo, corticotrofo e tirotrofo). Podem ser adenomas funcionantes (65-70%) e resultar numa secreção aumentada de hormonas; ou adenomas não funcionantes (25-35%), com secreção hormonal diminuída.

Caso Clínico: Homem de 81 anos, autónomo. Dos antecedentes pessoais destaca-se: diminuição da acuidade visual à esquerda (acidente em criança); glaucoma; fibrilhação auricular. Medicado com: Atropina 10 mg/ml; Brinzolamida 10 mg/ml; Latanoprost, 0.05 mg/ml; Edoxabano 30 mg; Digoxina 0.125 mg; Bisoprolol, 2.5 mg. Recorreu ao serviço de urgência por cefaleia holocraneana com 2 dias de evolução, com pouco alívio com Paracetamol, e por queda palpebral esquerda. Ao exame objetivo destacava-se ptose palpebral esquerda, sem outras alterações. Em Tomografia Computorizada crânio-encefálica com “lesão expansiva, isodensa, centrada no interior da sela turca, com extensão à cisterna supraselar, onde estabelece pontos de contacto com o quiasma ótico”. Durante o internamento constatou-se clínica de parésia do III par com ptose da pálpebra esquerda, midríase pupilar esquerda e oftalmoplegia esquerda, com abdução do olho esquerdo. Analiticamente verificou-se insuficiência ante-hipofisária global. Realizou ressonância magnética (RM), que revelou: “Formação intra-selar com expressão na cisterna supra-selar (...) sugestivo de conteúdo hemático agudo (...) coleção hemática apresenta cerca de 17x14mm, onde contacta o segmento pré-quiasmático do nervo ótico esquerdo”. Foi submetido a dissecação e curetagem do adenoma, por abordagem trans-naso-septo esfenooidal. Anatomia patológica confirmou “adenoma hipofisário/tumor neuro endócrino pituitário (PitNET) com extensa necrose isquémica e hemorrágica, consistentes com apoplexia pituitária”. Doente tem alta com Levotiroxina e esquema de desmame de Hidrocortisona.

Discussão e Conclusão: Os macroadenomas fazem parte dos diagnósticos diferenciais de parésia do terceiro par craniano. Este diagnóstico acabou por surgir após a realização de exame de imagem para avaliar o risco de aneurisma intracraniano, uma das causas de parésia do terceiro par. O diagnóstico faz-se com RM e o tratamento com cirurgia transfenoidal, para melhoria rápida dos sintomas neurológicos.

POSA-152 - (4596) - À DESCOBERTA DA SAF EM HOMENS: UM CASO CLÍNICO

Nuno Amorim¹; Catarina Cabrita¹; Ana Simas¹; Ricardo Veloso¹; Mariela Rodrigues¹; Fátima Pinto¹

1 - Hospital da Horta

O termo Síndrome Antifosfolipídica (SAF) é usado para descrever uma doença autoimune rara, caracterizada por trombose arterial ou venosa e morbidade na gravidez, na presença persistente de anticorpos antifosfolipídicos (aPL) positivos. É uma condição complexa que tem recebido crescente atenção, especialmente em homens triplo positivos para aPL. Epidemiologicamente, a prevalência da SAF é menor em homens (rácio H/M 1:3,5), sendo por isso menos estudado, mas suas manifestações clínicas requerem uma análise mais aprofundada.

Descrevemos o caso de um homem de 57 anos, com antecedentes de epilepsia diagnosticada há 20 anos, controlada com carbamazepina, sem factores de risco vascular conhecidos, não fumador, que se apresenta no serviço de urgência por disartria, paresia facial central e défice motor à direita (NIHSS 4), com cerca de 1h de evolução. TC-CE da admissão sem lesões isquémicas ou hemorrágicas agudas e analiticamente sem alterações de relevo. Internamento por AVC isquémico (lacunar) para investigação, que decorreu sem intercorrências, tendo iniciado dupla anti-agregação plaquetária. Do estudo durante o internamento, Ecocardiograma transtorácico sem shunt intracardíaco, função biventricular preservada; Holter 24h sem disritmias; Doppler vasos pescoço sem estenoses significativas; analiticamente sem alterações à excepção de Anticorpo Anti-Beta2 Glicoproteína I IgM (anti-beta2GPI) francamente positivo 669 U/mL, Anticorpo anti-cardiolipina IgM (aCL) francamente 378 U/mL e presença moderada de Anticoagulante lúpico (LA) 1,88. Foi repetido estudo analítico às 12 semanas mantendo positividade de todos os anticorpos - anti-beta2GPI 681 U/mL, aCL 442 U/mL e AL 1.60 - que confirmou diagnóstico de SAF, tendo sido iniciada hipocoagulação neste contexto. Restante estudo auxiliar sem outras trombofilias.

A pesquisa activa de trombofilias nesta idade não é efectuada por rotina, mas tendo em conta o doente apresentado (não fumador, sem factores de risco prévios) e o facto de o diagnóstico ser feito tendencialmente mais tardiamente nos homens (55-59 anos), a investigação levou ao diagnóstico de SAF triplo positivo e do seu tratamento apropriado.

Em suma, a insuficiência de estudos abrangentes evidencia a imperatividade de uma investigação adicional sobre a SAF em homens, que enfrentam desafios clínicos complexos, como eventos trombóticos e até problemas de fertilidade.

POSA-153 - (4626) - O QUE SE ESCONDE POR TRÁS DO ERITEMA NODOSO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Teresa Costa Pereira¹; Beatriz Sá Pereira¹; Maria Leonor Neves¹; Catarina Melita¹; Zsófia Santos¹; Fernando Aldomiro¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: Sarcoidose é uma doença granulomatosa não caseosa multissistémica que afecta principalmente adultos jovens e de meia-idade, sendo mais comum no sexo feminino. A etiologia não está, aos dias de hoje, totalmente esclarecida.

Caso clínico: Homem de 29 anos, natural do Brasil, com antecedentes de esquizofrenia medicado com paliperidona. Referenciado à consulta de Medicina Interna por eritema nodoso de etiologia a esclarecer. Apurado quadro com 3 meses de evolução de sensação febril não quantificada, sudorese nocturna, tosse produtiva, astenia e perda ponderal não quantificada. Associadamente com poliartralgias migratórias envolvendo pulsos, cotovelos, ombros, metacarpofalângicas, interfalângicas proximais e joelhos bilateralmente com edema das mãos e das pernas e nódulos dolorosos no membro inferior direito compatível com eritema nodoso. Analiticamente com velocidade de sedimentação 72 ms, enzima conversora de angiotensina 93.37 U/L e proteína C reactiva 9 mg/dl. Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica com extenso envolvimento hilar por múltiplas e volumosas adenopatias mediastínicas e múltiplos infiltrados parenquimatosos micronodulares dispersos e bilaterais, predominantemente periféricos e sub-pleurais, com tendência à confluência e formação de extensas áreas de consolidação principalmente nos lobos inferiores. Realizada ecoendoscopia brônquica e efectuada biópsia ganglionar com evidência de agregados linfocitários, esboçando granulomas, a par de células epiteliais cilíndricas ciliadas e linfócitos dispersos, num fundo com sangue e pigmento de antracose enquadráveis em linfadenite granulomatosa não necrotizante. Lavado broncoalveolar com 20% linfócitos e contagem de CD4/CD8 15.74. Provas de função respiratória (PFR) com padrão restritivo ligeiro. Assim, diagnóstico final de sarcoidose pulmonar estadio II.

Discussão: Tendo em conta a idade e grau de afecção pulmonar, foi iniciada corticoterapia sistémica em dose moderada, tendo sido observada melhoria clínica significativa. Encontra-se actualmente em desmame lento de corticoide.

Conclusão: A sarcoidose pulmonar pode estar associada a remissão espontânea. No entanto, nestes casos, o início de corticoterapia é recomendado pelo risco de eventuais sequelas. Avaliações periódicas são necessárias para monitorização de sintomas, reavaliação imagiológica e repetição de PFR.

POSA-154 - (4633) - POLISSEROSITE COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ADENOCARCINOMA GASTROINTESTINAL

Miguel Ângelo Sousa¹; Ana Sofia Reis¹; Rui Salvador¹; Catarina Antunes Salvado¹; Adriana Pereira Guedes¹; Beatriz Frutuoso¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

INTRODUÇÃO: A principal via de metastização das neoplasias gastrointestinais é a hematogénea, sendo o fígado, o peritонеu, o pulmão e o osso os principais órgãos secundariamente afetados. A apresentação com derrames pericárdico e pleural é rara.

CASO CLÍNICO: Homem de 85 anos, autónomo. Sem antecedentes de relevo. Recorre ao Serviço de Urgência por dispneia de agravamento progressivo, ortopneia, dispneia paroxística noturna e a edemas nos membros inferiores, com semanas de evolução. Apresenta-se apirético, normotenso, taquicárdico, com turgescência venosa jugular patológica, polipneico, com SpO2 de 85% em ar ambiente. Os sons cardíacos são hipofonéticos e os sons respiratórios diminuídos na metade inferior do hemitórax esquerdo. Não são evidentes organomegalias, massas ou sinais de ascite no abdómen. Não se palpam adenomegalias. Apresenta edema Godet positivo simétrico até meio das pernas. A radiografia do tórax demonstra um índice cardiotorácico aumentado associado a derrame pleural de moderado volume à esquerda e de pequeno volume à direita. O Ecocardiograma sumário evidencia uma veia cava inferior dilatada e um derrame pericárdico de grande volume. Realiza Pericardiocentese diagnóstica e evacuadora, com saída de 1300cc de líquido hemático. Durante o internamento, realiza Tomografia computadorizada toracoabdominopélvica que demonstra um espessamento das paredes do antro gástrico, sugestivo de neoplasia, e múltiplas adenopatias suspeitas nos epíploons e no mediastino, sem metástases em órgãos sólidos. A Endoscopia digestiva alta evidencia uma mucosa irregular e proeminência das pregas com repuxamento no corpo e no antro gástricos, onde são realizadas biópsias. O exame anatomopatológico do líquido pericárdico é compatível com adenocarcinoma e a imunohistoquímica sugestiva de origem gastrointestinal. Não são encontradas alterações compatíveis com malignidade nas amostras de tecido gástrico. A pesquisa de *H. pylori* é negativa. A evolução clínica é desfavorável. Após discussão multidisciplinar, proposto a Cuidados Paliativos.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: Dada a ausência de envolvimento de órgãos viscerais, atribui-se a polisserosite a metastização linfática. A origem gástrica do adenocarcinoma parece a mais provável, questionando-se a representatividade das biópsias gástricas. A sua repetição, bem como outros exames complementares poderiam ter sido usados para esclarecimento do foco neoplásico primário.

POSA-155 - (4636) - LINFOMA MARGINAL: ESCONDIDO À VISTA DE TODOS

Filipe Da Cunha Pinto¹; Susana Teixeira¹; Sofia Carvalho¹; Francisco Belchior¹; Ana Areia Reis¹; Diana Anjos¹; Lindora Pires¹

1 - Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

Introdução

Os linfomas são neoplasias de linfócitos que classicamente se distinguem em Hodgkin e não-Hodgkin. A sua apresentação é variada, mas o diagnóstico atempado é fundamental no prognóstico do doente.

Caso Clínico

Mulher, 56 anos, admitida por síndrome constitucional com 1 mês de evolução, dispneia, tosse não produtiva e exsudado pleural. Analiticamente, sem alterações no hemograma ou elevação da proteína C-reativa.

Admitida no internamento, realizou tomografia computadorizada toracoabdominopélvica que revelou espessamento parietal difuso do bacinete e ureter esquerdos sugestivos de infiltração neoplásica, carcinomatose peritoneal e alterações sugestivas de processo metastático das vértebras D6 e L1, sem evidência de adenomegalias. A tomografia por emissão de positrões levantou suspeita de neoplasia maligna primitiva do fundo gástrico, não excluindo lesão primitiva genitourológica disseminada na cavidade abdominal. Realizou ressonância magnética abdominopélvica que corroborou os achados prévios, a endoscopia digestiva alta não revelou alterações relevantes e as biópsias gástricas revelaram infiltrado de células linfóides. Colhido líquido pleural em 4 toracocenteses que se demonstrou negativo para células malignas, e a biópsia pleural revelou um discreto infiltrado inflamatório. Realizou biópsia do espessamento do epíplon em 2 ocasiões que revelou infiltração extensa de células linfóides sugestiva de doença linfoproliferativa, não confirmada no estudo imunohistoquímico. A citologia urinária revelou-se negativa para células malignas e a biópsia de lesão vertebral demonstrou alterações inespecíficas de processo reativo ou doença linfoproliferativa. O proteinograma não revelou gamapatia monoclonal.

A doente teve alta para a consulta externa para continuação de estudo. Em colaboração com a Hematologia, realizou mielograma que evidenciou uma população B monoclonal em provável contexto de linfoma B marginal. Iniciou prednisolona enquanto aguarda resultado de biópsia de medula óssea.

Discussão

O linfoma B marginal é um subtipo incomum de linfoma não-Hodgkin, de crescimento lento. Neste caso, apesar de várias possibilidades de colheita e estudo, permanece uma entidade anatomopatologicamente difícil de confirmar.

POSA-156 - (4643) - MIOCARDIOPATIA AMILÓIDE POR TRANSTERRINA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Ana Sofia Ramôa¹; Catarina Maia Ferreira¹; Eduardo Azevedo¹; Luís Reis¹; Raquel Afonso¹; Bárbara Rocha¹; Marta Mendes¹

1 - Unidade Local de Saúde de Braga

A miocardiopatia amiloide por transtirretina é uma causa subdiagnosticada de insuficiência cardíaca, o que torna o seu diagnóstico precoce fundamental.

Descrevemos o caso de um homem de 69 anos, autónomo, que recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia para pequenos esforços, ortopneia e dispneia paroxística noturna. Internado para abordagem de insuficiência cardíaca não estratificada, descompensada. Após anamnese, verificada história de quedas frequentes e dificuldade na locomoção por fraqueza generalizada com meses de evolução. Ao exame físico constatada atrofia muscular considerável dos membros inferiores e hipotensão ortostática. No internamento, apresentou episódios de perda transitória de consciência com as dejeções, frequentemente líquidas. Do estudo etiológico realizado: ecocardiograma transtorácico que evidenciou aumento severo da espessura das paredes do ventrículo esquerdo, do ventrículo direito e do septo interauricular, com sparkling do miocárdio; ressonância magnética cardíaca que foi sugestiva de cardiomiopatia infiltrativa e biópsia das glândulas salivares com confirmação de amiloidose. Ainda neste contexto efetuada cintigrafia com TC DPD que sugeriu amiloidose cardíaca ATTR e eletromiografia dos membros que revelou neuropatia sensitiva e motora graves. O estudo genético detetou a variante patogénica no gene TTR que confirmou o diagnóstico de paramiloidose familiar. Iniciou terapêutica com tafamidis 61mg com evolução clínica favorável que condicionou após alguns meses de tratamento, melhoria da qualidade de vida.

Destacamos este caso, pela importância do internista, com a sua visão abrangente e investigação clínica sistematizada e pormenorizada, no diagnóstico de patologias menos comuns. Por fim, realça-se a necessidade de considerar este diagnóstico em doentes do género masculino com determinadas manifestações clínicas cardíacas e extracardíacas, uma vez que os doentes não tratados apresentam uma doença severa progressiva, com elevada mortalidade e hospitalizações frequentes.

POSA-157 - (4645) - “A NECESSIDADE DE UM OLHAR MAIS ATENTO”

Carlota Lalanda¹; Mafalda Leal¹; Maria Meneses Rebelo¹; Jorge Salsinha Frade¹; Maria Beatriz Sampaio¹; Beatriz Barata¹; Inês Urmal¹; Ana Rosa Bravo¹; Madalena Lisboa¹

1 - Hospital Santo António dos Capuchos, ULSSJ

A Infeção por Herpes Zoster consiste na reactivação do vírus Varicela-zoster latente no organismo e caracteriza-se por dor e erupção vesicular unilateral e limitada a 1 a 2 dermatómos. A sua incidência tem vindo a aumentar ao longo dos anos e apesar de ser fácil de diagnosticar, quando não reconhecida ou abordada atempadamente pode levar a complicações irreversíveis, como a dor neuropática crónica ou cegueira.

Apresentamos o caso de um homem de 69 anos, com história de mieloma múltiplo IgG submetido a autotransplante de medula óssea em 2019, actualmente sem tratamento imunossupressor. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor peri-orbitária à esquerda, com posterior aparecimento de vesículas que se estenderam progressivamente para a zona parietal ipsilateral, com 1 semana de evolução. Na altura teve alta medicado com valaciclovir e pregabalina. Cerca de uma semana depois, retornou ao SU após episódio de síncope com trauma cranioencefálico e com posterior desorientação e heteroagressividade. À admissão encontrava-se febril (TT 38.7°), com edema peri-orbitário e ptose palpebral à esquerda, com secreções purulentas, hiperemia ocular e múltiplas vesículas em território V1 com sinais de sobreinfeção. Realizou análises sem aumento dos parâmetros inflamatórios e tomografia computadorizada crânio encefálica sem alterações. Observado por Oftalmologia que descreveu lesões dendríticas em avaliação por fundoscopia, pelo que foi admitida infeção por herpes zoster com envolvimento oftálmico com sobreinfeção bacteriana. Sendo assim, iniciou terapêutica com aciclovir endovenoso, associado a aciclovir e cloranfenicol oftálmicos, mantendo pregabalina, e iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina-ácido clavulânico. Na reavaliação oftalmológica, após 1 semana de terapêutica, observou-se melhoria franca das lesões vesiculares e do edema peri-orbitário, bem como ausência de lesões dendríticas na fundoscopia. Neste contexto, foram suspensos os colírios, tendo cumprido 10 dias de aciclovir e 7 dias de antibioterapia com óptima evolução clínica, tendo alta referenciado à consulta de oftalmologia para reavaliação.

Este caso veio nos mostrar a importância do diagnóstico e tratamento precoces na infeção por Herpes Zoster, pois é uma condição cuja progressão pode levar a complicações irreversíveis, como a perda total da visão no olho afectado. Actualmente existe a vacina contra herpes-zoster que na população adequada previne uma infeção de grande gravidade.

POSA-158 - (4646) - A CLÍNICA NÃO ENGANA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Beatriz Figueira Faria¹

1 - SESARAM

Introdução: O Acidente Isquêmico Transitório (AIT) define-se como um sinal ou sintoma neurológico focal com duração inferior a 24 horas. É importante a avaliação do doente num serviço de urgência com colheita da história e execução de exame neurológico conciso, seguido de exames de imagem.

Caso Clínico: Homem, 52 anos. Antecedentes de insuficiência venosa crónica (submetido a cirurgia em 2022) medicado com diosmina 900mg, trombose venosa profunda (TVP) em 2023, dislipidemia medicado com atorvastatina 10mg, rinite alérgica medicado com ebastina 10mg. Nega hábitos tabágicos. Consumo esporádico de bebidas alcoólicas. Foi encaminhado ao SU hospitalar após ter recorrido, 2 horas e 30 minutos antes, ao Centro de Saúde de referência, por quadro de desequilíbrio, queda de objetos da mão direita e diplopia ao acordar. Objetivamente apresentava ataxia da marcha, com desequilíbrio evidente, ataxia à direita na prova dedonariz, anisocoria (E>D) e nistagmo vertical (mais exuberante à direita). Fez angiotomografia da circulação intracraniana, a destacar: "Discreta acentuação da hipodensidade relativa da substância branca cerebral, de provável natureza microvascular crónica. Origem de tipo fetal das ACP (variante da normalidade, sem significado patológico); calibre reduzido dos segmentos intracranianos das artérias vertebrais e basilar, sem irregularidades." Foi pedida avaliação pela Neurologia, que concordou com a impressão diagnóstica de um AIT do tronco cerebral. Ficou internado na Unidade de AVC para vigilância clínica, iniciou ácido acetilsalicílico 100mg, enoxaparina 40mg, e atorvastatina 40mg. Após 30h em observação, em que ocorreu remissão total dos sintomas, realizou ressonância magnética crânio-encefálica, que não evidenciou lesões isquémicas agudas. Foi assumido AIT vertebrobasilar.

Discussão e Conclusão: Perante um quadro sintomatológico típico de um evento isquémico do tronco cerebral, já estando ultrapassada a janela terapêutica de fase hiperaguda, o raciocínio clínico deverá sempre passar por excluir causas periféricas, e obter um exame de imagem o mais rapidamente possível. Perante um doente jovem, com fatores de risco como a dislipidemia e insuficiência venosa crónica, a clínica deverá ser sempre preponderante na assunção do diagnóstico.

Palavras-chave: AIT, doenças cerebrovasculares, fatores de risco

POSA-159 - (4647) - FEBRE EM DOENTE COM SÍNDROME DE MARFAN 6 MESES APÓS CIRURGIA A DISSEÇÃO AÓRTICA: UM DESAFIO IMAGIOLÓGICO

Catarina Aguiéiras¹; Mariana Antão¹; Teresa Abegão¹; Fátima Cereja¹; Carlos Cabrita¹; Catarina Mendonça¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é uma doença grave, com uma mortalidade intra hospitalar global entre 10 a 30%, mesmo com tratamento adequado. Alguns fatores de risco identificados para esta doença incluem o uso de drogas endovenosas, idade avançada, anomalias cardíacas congénitas e presença de válvulas protésicas. A EI em válvulas protésicas (cerca de 20% dos casos) constitui uma forma mais grave desta doença, podendo levar a disfunção valvular, insuficiência cardíaca aguda, fenómenos embólicos sépticos e morte.

Caso clínico: Mulher de 56 anos, com síndrome de Marfan, submetida a substituição valvular aórtica e colocação de conduto aórtico por disseção aórtica tipo A. Seis meses depois, trazida ao serviço de urgência por febre (40°C), vômitos e dispneia com dois dias de evolução. O exame objetivo na admissão não mostrava alterações de relevo, além daquelas relacionadas com a sua doença de base. Apresentava aumento da proteína C reativa (275 mg/L) e ligeira leucocitose (11.7×10^9). A radiografia torácica não mostrava alterações sugestivas de infeção. Foi decidido iniciar antibioterapia empírica, considerando a hipótese de EI em válvula protésica e/ou infeção do conduto aórtico. Realizado ajustamento após isolamento de *Enterococcus faecalis* em hemoculturas. Os ecocardiogramas transtorácicos e transesofágicos não mostraram vegetações. Onze dias após a admissão, teve alteração súbita do nível de consciência; a tomografia computadorizada crânio-encefálica mostrou hemorragia volumosa frontal direita com rutura ventricular, bem como outros focos hemorrágicos. Dado manter-se a suspeita inicial e para avaliar eventual embolização séptica, foi realizada uma PET-CT com 18F-FDG, que revelou uma elevada taxa metabólica na prótese da válvula aórtica e no conduto aórtico. Realizou 8 semanas de antibioterapia com ceftriaxone e ampicilina e teve alta medicada com amoxicilina 1g de 8 em 8 horas, durante mais 6 semanas.

Discussão e conclusão: Doentes com fatores de risco para EI ou infeção de próteses/conduitos, que se apresentem com febre, ainda que com sintomatologia inespecífica, devem ser sempre investigados para essas hipóteses. O diagnóstico e o tratamento precoces são fundamentais para melhorar o prognóstico do doente.

POSA-160 - (4653) - FIBROSE RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA

Sofia Miguelote¹; Marco Diogo¹

1 - Hospital Cuf Porto

A Fibrose Retroperitoneal Idiopática (FRI) é uma doença rara com 1.3/100.000, que envolve predominantemente tecido inflamatório/fibroso no retroperitoneu de predomínio na porção infra-renal, aorta abdominal, artérias ilíacas e ureteres. A prevalência é maior no género masculino 2-3/1.² Dois terços dos casos são de origem idiopática e 1/3 são secundárias.² Aneurismas ou arteriosclerose podem ser observados em aproximadamente 10–20% dos pacientes com FRI.⁴ Uma correlação entre FRI e doenças autoimunes (DAI) está descrito entre 10–20%. Um diagnóstico diferencial do grupo das doenças reumatológicas é a doença de Erdheim-Chester, uma forma rara de histiocitose de células não Langerhans.⁴ Em cerca de 48.5% dos doentes têm HLA DRB1*03 e 18% tem HLA B*08 nos seus sistemas imunológicos.

Doente de 36 anos, com dor no quadrante inferior esquerdo, Murphy renal negativo, com 2 semanas de evolução, anorexia e sem outras queixas. Com lesão renal aguda (LRA), velocidade de sedimentação aumentada e IgG4 de 3m/dL.TC-ABP: "uretero-hidronefrose esquerda (bacinete com 15mm) com densificação de partes moles envolvendo a bifurcação aórtica e ilíaca esquerda com extensão longitudinal 10mm levantando hipótese de FRI". Realiza PET: "com hipermetabolismo de 18F-FDG ao nível peri-aórtico e peri-ilíacas esquerda." Início de corticoterapia com 80mg com melhoria clínica e analítica em 2 meses.

As manifestações clínicas mais frequentes são: hidronefrose, dores lombares e LRA.¹ A compressão da veia cava inferior pode levar a edemas dos membros inferiores.¹ A peri-aortite e a periarterite relacionadas com IgG4 são as lesões mais comuns. Muitas vezes levam a aneurismas inflamatórios. Clinicamente, podem causar massa pulsátil, febre baixa, dor nas costas ou até rutura de aneurisma.¹ Outras manifestações não específicas de órgãos incluem mal-estar geral e perda de peso. A FPI relacionada à IgG4 raramente é acompanhada de febre ou dor nas articulações.¹

A associação entre FRI e DAI, nomeadamente vasculite de pequenos vasos, tiroidite e artrite reumatóide, sugere uma patogénese autoimune.³ A positividade do ANA foi detetada em 30% dos pacientes com FRI no início da doença e associada a risco de recaída.³ A prednisolona é a terapêutica de primeira linha começando com 10mg/kg e diminuindo gradualmente para 5–7,5mg/dia dentro de 6–9 meses. A remissão ocorre em 75-95% dos casos e os efeitos são observados nas primeiras semanas.³

POSA-161 - (4664) - MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS AGUDAS EM DOENTE COM TUBERCULOSE PLEURAL

António Cardoso Fernandes¹; Patrícia Sobrosa¹; Patrícia Araújo¹; Maria Inês Risto¹; Ana Frederica Parente¹; Jorge Bezerra¹; Diana Barros¹; Carolina Marques Miranda¹; Cátia Barreiros¹; Alexandra Caeiro¹; Carmélia Rodrigues¹

1 - Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A tuberculose (TB) continua a ser um diagnóstico diferencial desafiante, com manifestações clínicas sistémicas e inespecíficas dificultando um diagnóstico precoce. Adicionalmente, a TB extrapulmonar, pela diversidade de apresentação, constitui um desafio clínico considerável.

Caso Clínico: Homem, 58 anos, hipertenso, com atraso cognitivo, epilepsia mas sem crises desde os 11 anos, púrpura trombocitopénica imune e derrame pleural em estudo. Observado no serviço de urgência (SU) a 19/03 por crise convulsiva tónico-clónica generalizada. TC CE sem complicações agudas. Alta sob levetiracetam (LEV). Entretanto diagnóstico de TB pleural, iniciando HRZE a 24/03. A 27/03 nova crise convulsiva e objetivada parésia do membro superior direito (MSD). Alta do SU com ajuste do LEV. A 29/03 em consulta, pedido novo TC CE por persistência de hemiparésia direita que mostra lesão ocupante de espaço. Encaminhado para o SU. Tosse ligeira além dos sintomas já referidos. Negada febre. À admissão com disartria ligeira, paresia facial central (PFC) direita, plegia do MSD com mioclonias e hemiparesia do membro inferior direito. Punção lombar excluiu criptococose e sífilis. Exame bacteriológico e PCR de *Mycobacterium tuberculosis* do liquor negativos. ANA e ANCA negativos. HIV não reativo. Realizada RMN CE que sugere neoplasia. Iniciada Dexametasona face à presença de edema vasogénico e mantida terapêutica anti-bacilar. Repete RMN CE: alterações compatíveis com manifestações intra-cranianas de TB, com tuberculomas e lesão fronto-parietal esquerda, mais extensa, compatível com cerebrite focal tuberculosa. Durante o internamento melhora progressiva dos défices neurológicos, mantendo à data de alta, disartria e PFC direita, discretas, hemiparésia direita em melhoria. Do estudo em curso, pesquisa de micobactérias negativas no LCR (direto e cultural) e negativo para vírus JC ou toxoplasmose. Cultural de expectoração positivo para *M. tuberculosis*. Reavaliação imagiológica com regressão praticamente total das lesões.

Discussão: Trata-se de um caso de TB disseminada com envolvimento cerebral (tuberculomas e cerebrite), pleural e pulmonar, com epilepsia secundária. É importante suspeitar de TB do sistema nervoso central (SNC) em doentes com TB e manifestações neurológicas agudas, particularmente se um diagnóstico extra-SNC de TB já tiver sido estabelecido. Neste caso a localização atípica das lesões não colocou a tuberculose como primeira hipótese diagnóstica.

POSA-162 - (4666) - QUANDO A VASCULITE NÃO É O QUE PARECE.

Severina Lafuente¹; Rita Matos¹

1 - Unidade Local de Saude Braga

Introdução: A vasculopatia livedóide (VL) é uma dermatose trombo-oclusiva, de evolução crónica e recidivante, que se manifesta com lesões eritemato-purpúricas punctiformes e úlceras extremamente dolorosas.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher com 34 anos, com antecedentes de calcificações palidais bilaterais, enxaqueca e obesidade. Encontrava-se em acompanhamento em consulta de Medicina Interna com o diagnóstico de vasculite cutânea com atingimento de ambas as pernas (tinha realizado biópsia em 2012 compatível com vasculite leucocitoclástica com necrose fibrinóide). Já tinha realizado ciclos de corticoterapia, sem melhoria, e azatioprina, que a doente não tolerou. Ao exame físico, apresentava lesões ulcerosas com fundo branco, compatível com VL. Repetiu-se biópsia cutânea em 2023 que corroborou esse diagnóstico. Na investigação laboratorial não apresentava alterações analíticas de relevo, nomeadamente do estudo protrombótico e hematológico. Foi pesquisada a presença do inibidor do activador do plasminogénio 1 (PAI-1), tendo sido detectada a sua presença em heterozigotia. Realizou eco-doppler que também não demonstrou alterações. Iniciou ácido acetilsalicílico e pentoxifilina, com noção apenas de ligeira melhoria clínica. Entretanto, optou-se por suspender antiagregação e iniciar hipocoagulação, aguardando-se, actualmente, resposta clínica.

Discussão e conclusão: A VL é uma vasculopatia rara caracterizada pela formação de trombos na vasculatura capilar. Acredita-se que, na sua fisiopatologia, estão envolvidas actividades trombóticas aumentadas e fibrinolíticas diminuídas, associadas a dano endotelial. A participação do PAI-1 em heterozigotia na etiopatogenia desta doença não está completamente estabelecida. O tratamento passa por antiagregação seguida de hipocoagulação se não houver resposta clínica. Em caso de falência terapêutica, poder-se-ão realizar outros fármacos, nomeadamente imunoglobulina endovenosa.

POSA-163 - (4670) - NEOPLASIA DO CÓLON: UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM

Catarina Aguierras¹; Mariana Antão¹; Teresa Abegão¹; Carlos Cabrita¹; Catarina Mendonça¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

Introdução: As neoplasias colorretais podem ser detectadas por diversas formas: presença de sintomas e sinais suspeitos [alterações no trânsito gastrointestinal (GI), perda de peso, anemia por défice de ferro...], rastreio de indivíduos assintomáticos, e, menos frequentemente, apresentação aguda por oclusão intestinal, perfuração ou hemorragia GI. Ainda menos comum é a sua apresentação como síndrome febril.

Caso Clínico: Homem de 89 anos, autónomo, com bom estado geral, recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre de 8 em 8 horas, astenia e cansaço fácil, com 1 semana de evolução. Negava outras queixas de órgão ou sistema. Objetivamente, apresentava mucosas descoradas e dor à palpação do epigastro. Analiticamente, tinha anemia microcítica e hipocrómica (Hemoglobina 11.9 g/dL), leucocitose (14.8×10^9), aumento da proteína C reativa (93 mg/L) e colestase bioquímica (gama-GT 851 UI/L, fosfatase alcalina 318 UI/L). Na ecografia abdominal foi detetada uma massa no cólon transversal. A tomografia computadorizada abdomino-pélvica mostrou espessamento praticamente circunferencial no terço médio do cólon transversal, bem como densificação peri-cólica, sugerindo lesão neoplásica. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxona e metronidazol, tendo sido suspenso o último após isolamento de *Escherichia coli* multissensível nas hemoculturas. A biópsia realizada por colonoscopia confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma do cólon transversal. O doente foi submetido a ressecção segmentar do cólon transversal, tendo o relatório histológico evidenciado extensão do tumor à subserosa com perfuração focal, bem como alterações inflamatórias peri-tumorais com áreas abcedadas.

Discussão e conclusões: O caso clínico mostra uma manifestação pouco comum da neoplasia do cólon, apresentando-se com febre, por bacteriemia secundária à perfuração focal do tumor transmural.

POSA-164 - (4674) - INFECTIVE ENDOCARDITIS DUE TO PARVIMONAS MICRA: A CASE REPORT

Ana Margarida Fonseca¹; André Gomes²; Elika Pinho²; Maria Soares²; Paulo Mergulhão²

1 - Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 2 - Hospital Lusíadas Porto

Parvimonas micra (PVM) is a gram-positive anaerobic coccus. It's part of the commensal flora of oral cavity and gastrointestinal tract and is increasingly recognized as a relevant pathogen. Infective endocarditis (IE) due to PMV is rare, with only a handful of cases reported. A 70-year-old man with arterial hypertension and coronary arterial disease presented with one week of right inguinal pain and fever. He had undergone a dental procedure one month earlier. On admission, his blood pressure was 130/66 mmHg, respiratory rate was 14 cycles/minute, heart rate was 84 beats/minute and body temperature 37°C. Physical examination was unremarkable. He had hemoglobin 13.3 g/dL, total white blood cell count $11.88 \times 10^9/L$, platelets $341 \times 10^9/L$, urea 41 mg/dL, creatinine 1.09 mg/dL, and C-reactive protein 26.44 mg/dL. Abdominal ultrasonography was unremarkable, and computed tomography of the abdomen, pelvis, and hip revealed signs of effusion and synovial proliferation at the right iliofemoral joint and an inflammatory collection at the iliopsoas insertion at the smaller trochanter. Empirical ceftriaxone administration was initiated. Eco-guided puncture of the collection was performed. Blood cultures on admission were negative, but since the exudate collected was purulent, linezolid was added. Transthoracic echocardiogram showed no signs of vegetation nor severe valvular dysfunction. PVM was then isolated from a sample collected from the abscess. Switch to amoxicillin + clavulanate was made. Considering the microorganism isolated and lack of a clear entry site for the abscess, a transesophageal echocardiogram (TEE) was performed and revealed vegetation at the aortic valve, without signs of dysfunction. He remained stable without signs of heart failure, with sustained apyrexia and resolution of the pain ensued. He completed treatment and a TEE afterward revealed vestigial vegetation. PVM is notoriously difficult to cultivate, but recent developments in microbiology field have facilitated the isolation of these agents. IE due to Gram-positive anaerobes is uncommon and associated with high mortality; the few cases of IE due to PVM described in the literature follow this pattern, frequently requiring emergent surgical procedures. This patient had a much milder course. The combination of accurate microbiological diagnosis combined with high index of suspicion allowed us to establish the diagnosis at an earlier stage before more severe complications had developed.

POSA-165 - (4677) - ABCESSOS HEPÁTICOS - UM EXEMPLO PRÁTICO DA UTILIDADE DO POCUS

Ana Teresa Vieira¹; Beatriz Sampaio²; João Poejo Gomes³; Catarina Neves³; Sara Raquel Martins³

1 - Hospital do Espírito Santo de Évora; 2 - Hospital de São José; 3 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: Um abscesso hepático é uma massa de conteúdo purulento, secundária a lesão hepática, infecção biliar, ou infecção intra-abdominal disseminada através da circulação portal. A maioria é classificada como piogénica, embora uma minoria possa ser causada por parasitas ou fungos. A generalidade dos abscessos é polimicrobiana, sendo os agentes entéricos e as espécies anaeróbias os mais frequentes.

Caso-clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 63 anos que recorreu ao serviço de urgência por um quadro constitucional há 3 meses associado a febre, sem outra sintomatologia. Ao exame objetivo, febril (T 39°C) e palpação abdominal dolorosa a nível do epigastro, sem defesa. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia, PCR de 264,05 mg/L, aumento dos marcadores de colestase hepática sem hiperbilirrubinémia e DHL 269 U/L. Radiografia torácica sem alterações. Efectuado rastreio séptico à admissão. Decidido internamento para estudo etiológico e efectuou-se ecografia à cabeceira do doente que evidenciou múltiplas imagens nodulares hipoecoicas no parênquima hepático, sem dilatação da via biliar, confirmando-se com TAC abdominal tratar-se de abscessos hepáticos. Submetida a drenagem guiada por eco dos abscessos, com isolamento de *Streptococcus intermedius*, isolado também nas hemoculturas da admissão. Iniciou antibioterapia dirigida com melhoria clínica e analítica. Completou estudo para identificação de ponto de partida infeccioso e exclusão de doença disseminada, nomeadamente com ecocardiograma, TC crânio-encefálica, serologias virais e estudos endoscópicos sem alterações.

Discussão: O grupo *Streptococcus spp.* foi o mais comumente isolado numa série de casos associada a doença disseminada, particularmente do grupo *Streptococcus milleri* onde se inclui o *Streptococcus intermedius*. Este agente faz parte da flora comensal da cavidade oral, bem como dos tratos respiratório superior, urogenital feminino e gastrointestinal. É um agente frequentemente isolado em abscessos hepáticos, infecções do sistema nervoso central e endocardites. Pode haver uma associação com diabetes mal controlada, carcinoma de células escamosas e uso de drogas parentéricas, não tendo sido identificado nenhum factor na doente apresentada.

Conclusão: Com este caso pretendemos demonstrar a utilidade da ecografia à cabeceira do doente numa primeira abordagem, adicional do exame objetivo, tendo permitido determinar rapidamente o diagnóstico e dirigir o estudo complementar posterior.

POSA-166 - (4685) - IMPORTÂNCIA DA VALORIZAÇÃO CLÍNICA - UM CASO DE VARICELA COMPLICADA

Matilde Couto¹; Desirée Farinha¹; Mariana Marques¹

1 - Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução

Varicela é uma doença infecciosa causada pelo vírus varicela zoster (VVZ), tipicamente associada a febre e exantema vesicular, comum na infância com evolução benigna auto-limitada. No entanto, pode surgir também em adultos, geralmente imunodeprimidos. Complicações neurológicas podem ser encontradas, sendo o diagnóstico e tratamento precoces cruciais para redução da morbidade.

Caso clínico

Mulher, 36 anos, antecedentes pessoais irrelevantes. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por febre, astenia, mialgias e escassas lesões vesiculares pruriginosas no tronco. Analiticamente com neutropenia e linfopenia, teve alta medicada com anti-histamínico. Regressou dois dias depois por persistência dos sintomas e agravamento das lesões, agora com atingimento da face e mucosas, tendo tido alta medicada com valaciclovir assumindo-se varicela. Regressa novamente dois dias depois por persistência de sintomas, tendo alta com indicação para manter tratamento. Cinco dias depois, após cumprir terapêutica, volta por persistência de sintomas e dor cervical de novo, tendo alta com anti-inflamatório. Sete dias depois volta por cefaleia occipito-temporal, dor ocular e no trajeto do nervo trigémio, hiperemia conjuntival e visão turva à direita. Exsudado de vesícula com isolamento de VVZ. Vírus Herpes Simplex e HIV negativos, punção lombar sugestiva de meningite. Identificada úlcera e edema da córnea. Assumida varicela com atingimento do sistema nervoso central (SNC), ficou internada sete dias e realizou aciclovir endovenoso, corticoterapia, gabapentina e vitaminas complexo B. Conseguido controlo da dor, mas por persistência de úlcera e visão turva houve necessidade de manter terapêutica até às 6 semanas. Recuperação quase completa aos 2 meses, mantendo atualmente algum défice visual.

Discussão

Introduz-se um caso de varicela com atingimento do SNC em doente imunocompetente, com múltiplas idas ao SU por refratoriedade à terapêutica. Inicialmente medicada com valaciclovir via oral, com fraca resposta a motivar internamento para tratamento endovenoso e posterior manutenção até às 6 semanas, mantendo ainda assim défice visual no olho afetado.

Conclusão

Este caso, apesar de não ser atípico, deve alertar-nos para a importância da valorização das queixas descritas pelos doentes, tantas vezes por nós subvalorizadas, sendo essencial para um diagnóstico e tratamento precoces, evitando complicações potencialmente preveníveis.

POSA-167 - (4690) - UMA QUEDA PARA O DESCONHECIDO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Nuno Amorim¹; Catarina Cabrita¹; Ana Simas¹; Ricardo Veloso¹; Fátima Pinto¹

1 - Hospital da Horta

Os incidentalomas suprarrenais são massas suprarrenais descobertas incidentalmente em exames de imagem realizados para outra investigação. Com uma prevalência relatada entre 1% a 7%, estes achados são cada vez mais comuns, principalmente devido ao uso mais frequente de exames de imagem, bem como os seus avanços tecnológicos.

Descrevemos o caso de um homem de 72 anos, autónomo, com antecedentes de Fibrilhação auricular estando hipocoagulado e sob estratégia de controlo de frequência, Hipertensão arterial e Dislipidemia controlados, que, a 10/2023, teve um episódio de queda da própria altura, enquanto estava na passadeira rolante do aeroporto de Boston, EUA. Foi encaminhado para o serviço de urgência do hospital local, tendo feito estudo imagiológico (TC-corpo) em contexto de urgência que excluiu fracturas e hemorragias internas, mas evidenciou massas suprarrenais bilateralmente (a maior com dimensões >4cm à direita), tendo sido encaminhado para estudo no seu hospital da área de residência em Portugal. Do estudo efectuado (01/2024), novo TC-abdomino-pélvico que mostrou duas imagens nodulares sólidas da suprarrenal direita medindo 4,5 e 1,5 cm, bem como da suprarrenal esquerda (3,3 cm), todas com densidade próximas de 26 UH; analiticamente excluído feocromocitoma e hiperaldosteronismo, mas com alterações compatíveis com quadro de secreção autónoma de cortisol - Síndrome de Cushing ACTH-independente (cortisol sérico elevado 2.7ug/dL, após teste supressão com dexametasona 1mg e ACTH diminuída 5.3 ng/L). O doente manteve-se sem queixas abdominais, com comorbilidades potencialmente atribuíveis ao cortisol estáveis: perfil tensional controlado com um anti-hipertensor e LDL 57 mg/dL, sob estatina. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar (Cirurgia geral e Endocrinologia) e a decisão foi partilhada com o doente, que concordou com follow-up com reavaliação imagiológica para perceber evolução da lesão.

De facto, actualmente a abordagem cirúrgica já não depende do tamanho da lesão, mas sim principalmente da clínica do doente e controlo das comorbilidades, da hiperprodução hormonal, da evolução imagiológica e da unilateralidade das lesões (vs bilateral).

A queda para o (previamente) desconhecido mundo dos incidentalomas, leva a especialidade de Medicina Interna a aprofundar o estudo de hiperfunção adrenal (excluindo patologia grave), bem como a associação dos achados com as comorbilidades potencialmente associadas, como descrito neste caso clínico.

POSA-168 - (4691) - NEFROPATIA DE CILINDROS COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE MIELOMA MÚLTIPLO

Luís Couto¹; David Paiva¹; Glória Alves¹; Jorge Cotter¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Ave

Introdução: O Mieloma Múltiplo (MM) é a segunda neoplasia hematológica mais comum, tendo vindo a aumentar a sua prevalência em países desenvolvidos. Caracteriza-se pela produção de proteína monoclonal, mas só 15-20% dos casos secretam apenas cadeias leves (CL) livres.

Caso clínico: Mulher de 69 anos, autónoma, com antecedentes de dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência 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; β 2-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 & Conclusão: 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.

POSA-169 - (4696) - TIREOTOXICOSE: A TEMPESTADE PERFEITA

Ana Morgado¹; Paula Nogueira¹; Joana Lopo¹; Paulo Alano¹; Ignacio Moreno¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve

Introdução: A tiroide é uma glândula endócrina responsável pela produção das hormonas T4 (tiroxina) e T3 (tri-iodotironina) por estímulo da TSH. O hipertiroidismo resulta do excesso de produção ou libertação destas hormonas tiroideias e o excesso de hormonas circulante denomina-se tireotoxicose. Podem existir várias etiologias como doença de Graves, tiroidite, nódulo hiperfuncionante ou bocio multinodular tóxico (BMN), iatrogénica por indução de fármacos ou secreção inapropriada de TSH. Trata-se de uma patologia mais prevalente em mulheres e em fumadores.

Caso clínico: Mulher de 74 anos, autónoma, com antecedente de adenoma pleomórfico da parótida esquerda, que inicia um quadro confusional de instalação progressiva (2-3 semanas) com desorientação, discurso desadequado, heteroagressividade e alucinações auditivas e visuais, tremor postural, com diminuição do apetite e consequente perda ponderal significativa. Foi enviada ao serviço de urgência, e ao exame objetivo apresentava alternância entre períodos de agitação e bradipsiquia, discurso escasso, incapacidade de reconhecer familiares ou de dar respostas complexas, sem alterações da força ou sensibilidade ou sinais meníngeos, com sinais vitais inocentes. Realizou Tomografia computadorizada (TC) sem alterações relevantes, tendo ficado internada para estudo. No internamento destacam-se: ecografia à tiroide com estrutura heterogénea bilateralmente, com áreas quísticas milimétricas, com três formações sólidas nodulares hiperecogénicas (EU-TIRADS 3); analiticamente com elevação de T4L e hipercalcemia; electroencefalograma com abundantes lentificações difusas com aspectos sugestivos de etiologia metabólica; Ressonância magnética e líquido cefalorraquídeo sem alterações de relevo; Cintigrafia das paratiroides com achados de bocio multinodular com formações quentes. Ecocardiograma com FEVe moderadamente deprimida (36%), com alterações da motilidade segmentar e dessincronia. Estes achados são sugestivos de tireotoxicose por BMN e após estabilização, a doente acabou por ter alta medicada com metibazol com referência para consulta de cardiologia e endocrinologia.

Discussão / Conclusão: Este trabalho serve para lembrar os clínicos que os distúrbios metabólicos podem causar quadros complexos com manifestações iónicas, neurológicas, psiquiátricas e cardíacas, pelo que devem fazer parte do diagnóstico diferencial dado que mimetizam outras patologias mais frequentes em serviço de urgência.

POSA-170 - (4698) - HEMATOMA ABDOMINAL DE ETIOLOGIA A ESCLARECER

José Miguel Santos¹; José Gonzaga Duro¹; Inês Quinteiro¹; Beatriz Gonzaga¹; Nina Jancar¹; Filipa Gonçalves¹

1 - ULS Santa Maria - Hospital de Santa Maria

Introdução:

Hemofilia A adquirida é uma doença rara, caracterizada por diminuição da actividade do factor VIII, secundária a inibidores do factor VIII e condiciona risco hemorrágico elevado. É frequentemente associada a doenças neoplásicas, auto-ímmunes, gravidez e fármacos.

Caso clínico:

Doente do sexo masculino, 70 anos, com antecedentes patológicos relevantes de carcinoma de células renais, diagnosticado em 2021, com metastização pulmonar, ganglionar e metástase única no sistema nervoso central, sob terapêutica com nivolumab, doença renal crónica estágio 4, fibrilação auricular, anticoagulado com edoxabano, e prolongamento de tempo de tromboplastina parcial activado de etiologia a esclarecer. Internado com quadro hemorragia espontânea da língua, hematomas dispersos e dor abdominal generalizada, com instalação súbita. Ao exame objectivo encontrava-se hipotenso e taquicárdico e apresentava hematomas dispersos nos membros e tronco e massa pétreia abdominal, ocupando os quadrantes esquerdos desde o hipocôndrio esquerda à fossa ilíaca esquerda. Da avaliação complementar salientam-se anemia da doença crónica agudizada e prolongamento de tempo de tromboplastina parcial ativado. Realizada TC abdómino-pélvica, que revelou volumoso hematoma na dependência da parede abdominal anterior em localização paramediana esquerda, com extensão longitudinal desde o plano axial do 11º arco costal até à sínfise púbica, com componente hemorrágico agudo. Foi realizado estudo alargado da coagulação, do qual se salienta défice do factor VIII, diminuição da actividade de factor VIII e presença de inibidores específicos para o factor VIII. Foi suspensa a terapêutica com nivolumab e realizado suporte transfusional com 4 unidades de concentrado eritrocitário no total, concomitantemente com reposição com FVIII recombinante e corticoterapia sistémica com prednisolona na dose 1mg/kg/dia, com posterior melhoria clínica, verificando-se estabilização do valor de hemoglobina e resolução do hematoma, bem como normalização do factor VIII e negatização dos inibidores do factor VIII

Discussão e conclusão:

Hemofilia A adquirida pode ser associada não só a doenças neoplásicas mas também a fármacos, nomeadamente imunoterapia, cada vez mais utilizada no tratamento de doenças neoplásicas. O caso salienta a importância de suspeição clínica elevada, tratamento precoce e identificação de factores etiológicos modificáveis em doentes com hemofilia A adquirida.

POSA-171 - (4719) - ANEURISMA MICÓTICO - COMPLICAÇÃO INCOMUM MAS GRAVE DE ENDOCARDITE INFECCIOSA

Catarina Silva¹; Rita Seivas¹; Flávia Fundora Ramos¹; Gabriela Paulo¹; João Pedro Abreu¹; Carlos S. Oliveira¹

1 - Hospital de Santa Maria Maior

As complicações cerebrais decorrentes da Endocardite Infecciosa (EI) surgem em 10% dos casos, com os aneurismas micóticos cerebrais na ordem dos 2-3% dos casos. Esta incidência poderá ser ligeiramente superior tendo em conta o facto de muitas vezes não terem repercussão clínica e de resolução com terapêutica antibiótica. Em caso de rutura aneurismática o prognóstico é muito reservado com mortalidade entre 60-90%.

Sexo feminino, 80 anos, antecedentes de hipertensão arterial, fibrilhação auricular hipocoagulada e doença valvular sintomática em contexto de estenose aórtica grave submetida a bioprótese em 2020. A doente apresentou 2 idas ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de febre intermitente e tosse produtiva alta com Amoxicilina+Ácido Clavulânico. Numa segunda ida ao SU por persistência de febre de forma intermitente já com duas semanas de evolução optou-se por internamento para estudo. Do ponto de vista de investigação etiológica, analiticamente com anemia crónica estabilizada, sem leucocitose ou neutrofilia, com PCR 93.4 mg/dL. TAC-toraco-abdomino-pélvico e TC-Crânio simples sem alterações de relevo. Ecocardiograma transtorácico com prótese aórtica sem regurgitação e sem sinais inequívocos de endocardite infecciosa. Realizou ecocardiograma transesofágico com prótese biológica em posição aórtica com folhetos espessados (mais na base) mantendo razoável abertura e coaptação. Observavam-se duas massas apensas, com cerca de 5 mm outra de 7 mm, ambas móveis, compatíveis com vegetações. Assumiu-se diagnóstico de Endocardite Infecciosa aguda e iniciou Ceftriaxone, Ampicilina e Gentamicina. Contactada Cirurgia Cardiorádica sem indicação cirúrgica, nesta fase. Isolado *Enterococcus faecalis* em hemocultura, com manutenção de Ampicilina e Ceftriaxone. A doente evoluiu favoravelmente até ao 7º dia, momento em que é ativada emergência interna por alteração súbita de estado de consciência. Realizou TC-Crânio a revelar componente hemorrágico hemisférico à direita, com um volumoso hematoma de aparente origem extra-axial; angio-TC com ectasia aneurismática na transição M1/M2 à direita. Após discussão com Neurocirurgia e por agravamento clínico da doente, não candidata a cirurgia e com tratamento de suporte apenas com desfecho desfavorável 8h após início de sintomatologia aguda.

O aneurisma micótico intracraniano é uma complicação rara e fatal de endocardite infecciosa e por isso é importante pensarmos dele aquando de agravamento neurológico de doente com EI.

POSA-172 - (4720) - DESVENDAR A DIMENSÃO GENÉTICA DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

Cleide José Maria¹; Maria João Regadas¹; Joana Morais¹; Rosa Carvalho¹; Olga Pires¹; Rita Sousa¹; Ana Filipa Martins¹; Carla Ferreira¹; Inês Gonçalves¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: A mutação do gene MTHFR afeta o metabolismo do folato, conduzindo a níveis elevados de homocisteína e a um risco acrescido de trombose venosa profunda (TVP). O tratamento geralmente envolve a suplementação com ácido fólico para reduzir os níveis de homocisteína. No entanto, é necessária mais investigação para compreender totalmente o papel desta mutação no desenvolvimento da TVP e para otimizar as abordagens terapêuticas. Aqui, apresentamos um caso de uma jovem com TVP e uma mutação do gene MTHFR.

Relato de caso: Uma mulher de 26 anos apresentou-se no serviço de urgência com dor e edema na perna esquerda. De antecedentes pessoais a realçar obesidade (IMC 30 Kg/m²) e hábito tabágico de 1.5 UMA; história familiar de salientar mãe com histórico de TVP e 1 aborto espontâneo. Após doppler venoso confirmado o diagnóstico de TVP e iniciada terapêutica com rivaroxabano durante 3 meses. A doente foi encaminhada para a consulta externa de Medicina Interna para avaliação complementar. Dos exames laboratoriais a destacar estudo autoimune negativo, estudo de trombofilia e genético a revelar mutação homozigótica no gene MTHFR, evidenciando uma potencial predisposição genética para a TVP. Após a confirmação do diagnóstico, o caso foi discutido com a Imuno-hemoterapia para explorar estratégias de gestão adicionais e optou-se por iniciar suplementação com ácido fólico. Sem novos episódios de trombose desde então.

Discussão: Fatores genéticos e adquiridos contribuem para a TVP. As mutações do gene MTHFR elevam a homocisteína, aumentando o risco trombótico. Os fatores relacionados com o estilo de vida agravam este risco. A nossa doente apresentava fatores de risco para além da mutação MTHFR, tais como obesidade e hábitos tabágicos, enfatizando o sinergismo entre a influência genética e o estilo de vida.

Conclusões: Os fatores genéticos, como a mutação homozigótica da MTHFR, desempenham um papel importante no desenvolvimento da TVP. Intervenções personalizadas tendo em conta as predisposições genéticas são vitais para gerir eficazmente os riscos trombóticos. Este caso sublinha a importância do reconhecimento de predisposições genéticas em eventos trombóticos, particularmente em indivíduos jovens sem grandes fatores de risco aparentes.

POSA-173 - (4735) - DOENÇA DOS LEGIONÁRIOS - UM CASO DE PNEUMONIA ATÍPICA

Lúcia Jardim¹; Nuno Delgado¹; Miguel Gonçalves¹; Pedro Carlos¹; Patrícia Gomes¹; Carla Gonçalves¹; Ana Rita Elvas¹

1 - ULS Cova da Beira

Introdução: A Doença dos Legionários é provocada pela inalação de aerossóis de água contaminada por *Legionella pneumophila*, presente em ambientes aquáticos naturais, como rios e lagos, mas também sistemas de água artificiais, como redes de abastecimento ou de refrigeração.

Tem um período de incubação de 2 a 10 dias, iniciando-se um quadro de infeção respiratória, e uma mortalidade de 10%.

Pessoas com > 50 anos, imunocomprometidas, com hábitos tabágicos/alcoólicos, ou com doença cardíaca ou pulmonar crónica têm maior risco para esta infeção. Dever-se-á também ter em atenção a exposição a ambientes aquáticos.

Caso clínico: Homem de 69 anos, serralheiro de barcos, recorreu ao serviço de urgência por quadro de dispneia, febre e tosse com expectoração mucosa há 3 dias, que associou, no início, à toma de vacina contra Covid-19. Antecedentes de neoplasia do cólon, tratada e seguida em consulta. Apresentava-se hipotenso e com dessaturação periférica, auscultando-se ferveores em todo o hemitórax direito. Nos exames realizados, destacava-se: hipotransparência direita extensa no Rx tórax, insuficiência respiratória tipo 1, elevação dos parâmetros inflamatórios e lesão renal aguda AKIN I, com vírus respiratórios negativos. Iniciou amoxicilina-ácido clavulânico e oxigenoterapia, tendo sido assumido diagnóstico de pneumonia da comunidade.

Já no internamento, realizou colheita de antigenúrias, rastreio de atípicos, ambos positivos para *Legionella*, com posterior colheita de hemoculturas e cultura de expectoração (colhidas após 3 dias de antibiótico), estas últimas negativas. Assim, optou-se por alterar a antibioterapia para levofloxacina e realizou TC tórax que mostrava extensas áreas de consolidação nos lobos superior e inferior direitos.

O doente teve alta 11 dias depois, com melhoria clínica e imagiológica, tendo cumprido um total de 15 dias de antibiótico. As amostras de secreções, enviadas para o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, apresentavam *L. pneumophila* serogrupo 1 no exame cultural e pesquisa de DNA.

Discussão e Conclusão: Relatou-se um caso de uma pneumonia unilateral severa, num doente com mais de 50 anos e com exposição laboral relacionável com infeção por *L. Pneumophila*, sendo de destacar a importância da história clínica. Pretende-se assim alertar para esta patologia de notificação obrigatória, que exige a realização de estudo e vigilância epidemiológicos na tentativa de identificação do foco de origem e possível prevenção de propagação.

POSA-174 - (4736) - LINITE PLÁSTICA – UMA ETIOLOGIA OCULTA DE ASCITE

Rita Vilar Da Mota¹; Ana Rita De Oliveira¹; Daniela Salgueiro¹;
Marta Batoca Sousa¹; Ângela Paredes Ferreira¹; Nuno Pardal¹; Ana Rita Cambão¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO: A ascite resulta da acumulação de líquido livre na cavidade abdominal, constituindo um fenómeno presente em múltiplas patologias. O sucesso do tratamento da mesma depende de um diagnóstico preciso da sua causa.

CASO CLÍNICO: Mulher de 62 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e de adenomiose e leiomioma uterino.

Admitida no Serviço de Urgência por noção de aumento do volume abdominal com um mês de evolução. Referia ainda vómitos alimentares e perda ponderal, mas sem anorexia, febre ou outras alterações gastrointestinais. Negados consumos alcoólicos. Sem alterações analíticas de relevo. Realizada TC abdominopelvica, verificando-se fígado heterogéneo de contornos regulares, ascite de grande volume e densificação heterogénea ao nível do grande omento. Foi realizada paracentese e a análise do líquido ascítico permitiu o cálculo de um gradiente albumina soro-líquido de 0.9. O exame bacteriológico e micobacteriológico foram negativos e, em duas colheitas realizadas para exame citológico, foi excluída malignidade.

Durante o internamento no Serviço de Medicina, realizada endoscopia digestiva alta, tendo sido identificada deformação antro-pilórica, cujo exame histológico foi compatível com gastrite crónica moderada, com metaplasia intestinal incompleta.

Realizada RM abdominal para esclarecimento, cujas alterações eram compatíveis com linite plástica e, ainda, marcada alteração do epíploon, compatível com carcinomatose peritoneal.

Pela elevada suspeita, doente submetida a laparotomia exploradora. Deste modo, foi possível o diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso de origem gastrointestinal, em estadio IV, por metastização peritoneal.

CONCLUSÃO: Ascite relacionada a malignidade pode ser observada em vários tumores e, quando surge, está habitualmente associada a estádios mais avançados. Pretende-se assim alertar para o elevado grau de suspeição necessário, uma vez que é fundamental a instituição da terapêutica adequada, o mais precocemente possível.

POSA-175 - (4748) - A GESTÃO DO RISCO-BENEFÍCIO: COMPLICAÇÕES DA SUSPENSÃO DA HIPOCOAGULAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS ELETIVOS

António Cardoso Fernandes¹; Patrícia Sobrosa¹; Patrícia Araújo¹; Maria Inês Risto¹; Ana Frederica Parente¹; Jorge Bezerra¹; Diana Barros¹; Carolina Marques Miranda¹; Cátia Barreiros¹; António Ferreira¹; Maria Vilela¹; Carmélia Rodrigues¹

1 - Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A necessidade de hipocoagulação é uma realidade frequente, especialmente no contexto de prevenção primária de eventos tromboembólicos, mas a suspensão (adequada ou inadequada) desta terapia pode levar a complicações graves.

Caso Clínico 1: Homem, 76 anos. Antecedentes de hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dislipidemia (DL) e fibrilhação auricular (FA), hipocoagulado com rivaroxabano. Suspendeu a toma deste fármaco a 25/01, para realização de estudo endoscópico (agendado para a manhã de 27/01). Visto bem a última vez após jantar de 26/01. À meia-noite encontrado com disartria, parésia facial central (PFC) direita, e diminuição da força do membro superior direito. Admitido no Serviço de Urgência (SU), realiza TC cranioencefálico (CE) com angiografia: Imagem de trombo em M2 à esquerda e discreta hipodensidade insular esquerda sugestiva de lesão isquémica em evolução. Transferido para centro de Neuroradiologia para realização de trombectomia. Durante o transporte com melhoria dos défices sendo que foi visualizada re-permeabilização de M2 esquerda, com migração distal do trombo para ramo occipito-parietal (divisão M4). Retomou hipocoagulação tendo alta apenas com PFC direita ligeira.

Caso Clínico 2: Homem, 67 anos. Antecedentes de HTA, DM2, DL, FA e portador de prótese valvular aórtica mecânica. Hipocoagulado com varfarina e nos últimos dias, hipocoagulado com enoxaparina como preparação para intervenção dentária. Episódio de diminuição da força no membro inferior esquerdo, disartria e PFC esquerda, com recuperação total dos défices em cerca de 45 minutos. À admissão hospitalar no seu estado habitual. TC-CE com Angiografia sem lesão isquémica, com oclusão crónica da carótida direita e trombo em M2/M3 sem indicação para intervenção. Internado, retomou hipocoagulação e manteve-se sem défices à data de alta.

Discussão: Uma interrupção da hipocoagulação, mesmo que breve, condiciona um aumento do risco tromboembólico, mesmo quando efetuada ponte farmacológica adequada como no segundo caso apresentado. Situações clínicas como próteses valvulares mecânicas ou fibrilhação auricular (especialmente com CHA2DS2-VASc elevados), constituem situações que conferem ao doente risco tromboembólico elevado.

POSA-176 - (4760) - LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Margarida Miguel Paraíso¹; Maria João Oura²; Mariana Lobo¹; Ana Catarina Alves¹; Paulo Almeida¹; Jorge Almeida¹

1 - Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 - Serviço de Oncologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

INTRODUÇÃO: Os linfomas são tumores malignos não epiteliais comuns na região da cabeça e pescoço e o linfoma difuso de grandes células B (DGCB) é o subtipo histológico mais comum de linfoma não-Hodgkin (LNH). Tipicamente, apresenta-se com o aparecimento de uma massa cervical ou abdominal, associada a um síndrome constitucional com febre, perda de peso e hipersudorese noturna. Os linfomas dos seios paranasais são raros, com um quadro clínico inespecífico que constituem um desafio diagnóstico com impacto no prognóstico.

CASO CLÍNICO: Mulher, 73 anos sem antecedentes de relevo, recorreu à urgência por cefaleia localizada na região temporoparietal esquerda associada a ptose palpebral e parestesias na mesma área com 3 dias de evolução. Negava alterações da visão, diplopia, fotofobia ou outra sintomatologia. Objetivamente a destacar ptose palpebral esquerda, sem outros défices neurológicos focais. Realizou tomografia computadorizada (TC) cerebral que revelou obliteração subtotal do seio frontal esquerdo com tecidos moles, com ávida captação de contraste e importante carácter destrutivo, a condicionar erosão do teto da órbita com invasão intra-orbitária, tendo sido internada para estudo etiológico. Durante o internamento realizou abordagem externa do seio frontal esquerdo para biópsia de neoformação que revelou envolvimento do seio frontal por linfoma B periférico com características de linfoma DGCB. A TC toraco-abdomino-pélvica revelou um nódulo com os contornos irregulares no lobo pulmonar superior direito e a tomografia por emissão de positrões um espessamento hipermetabólico no seio frontal compatível com linfoma DGCB conhecido, sem outras alterações. Iniciou quimioterapia com R-CHOP após discussão em reunião de grupo oncológico, com melhoria das queixas algícas e das parestesias, tendo sido orientada para consulta de Hematologia clínica.

DISCUSSÃO: A cefaleia é um motivo frequente de observação na urgência e a presença de sinais de alarme devem motivar estudo complementar para estudo etiológico. Cerca de um terço dos LNH de células B têm apresentação extranodal, sendo que destes, 9 a 13% têm atingimento dos seios paranasais, devendo fazer parte do diagnóstico diferencial de massa tumoral dos seios paranasais. Os sintomas, em geral, são inespecíficos, podendo apresentar rinossinusites de repetição, obstrução nasal, dor e edema de face, sendo o diagnóstico definitivo essencial para o tratamento precoce e melhor prognóstico dos LNH.

POSA-177 - (4763) - HIPERTENSÃO ARTERIAL ENDÓCRINA - UM CASO CLÍNICO

Vânia Rodrigues Pereira¹; Daniel Castanheira¹; Beatriz Castro E Silva¹; Gabriel Carvalho Ferreira¹; Marta Sanches¹; Raquel Almeida¹

1 - ULS Loures - Odivelas

A doença de Cushing é uma doença rara caracterizada pela produção excessiva de cortisol. Apresenta-se com uma miríade de manifestações clínicas, incluindo hipertensão arterial, alterações metabólicas e características físicas diferenciadoras.

Apresento o caso de uma mulher de 44 anos, com antecedentes de hipertensão arterial com anos de evolução, de difícil controlo e obesidade grau III, encontrando-se medicada com alzilsartan, clortalidona e furosemida. Recorreu ao Serviço de Urgência por edema generalizado, fadiga e insônia. Ao exame objetivo apresentava-se hipertensa (TA 184/106mmHg), com edema não depressível dos membros inferiores e a destacar face em lua cheia, acantose nas pregas do pescoço e estrias brancas abdominais. A avaliação laboratorial demonstrou hipocalcemia grave (K^+ 2,9mmol/L) e alcalose metabólica. A hipótese de uma hipertensão secundária a uma alteração dos mineralocorticoides foi ponderada.

As análises dos eixos hipofisários evidenciaram aldosterona e renina dentro dos valores da normalidade, hipotireoidismo secundário e hipercortisolismo secundário (cortisol sérico 56,48ug/dL, ACTH 142,3pg/dL e excreção urinária de cortisol em 24 horas 5027,1ug). Nos estudos de imagem foram detetados um adenoma supra-renal bilateral em TC e um macroadenoma pituitário em RM. Um teste de supressão com dexametasona evidenciou a origem central do hipercortisolismo, sem uma supressão significativa (pré: ACTH 121.8ng/mL, Cortisol 47.16ug/dL; pós Cortisol 45.10ug/dL). A doente foi encaminhada para a consulta de neuro-endocrinologia do hospital de referência para tratamento cirúrgico.

Este caso mostra uma forma rara de hipertensão secundária apresentando-se como um aparente excesso de mineralocorticoides que na realidade se deve ao excesso de cortisola e à incapacidade na sua total metabolização. A gestão destes doentes mostra-se desafiante, quer pela hipertensão arterial mas principalmente pelas alterações iónicas adjacentes.

POSA-178 - (4776) - ENTERITE A SALMONELLA NÃO PARATHYPHI

Fabíola Figueiredo¹; Carla Lima¹; Inês Albergaria¹; Sónia Santos¹; Rachel Silvério¹; Joana Capelo¹; Edite Nascimento¹; Ana Nunes²; Catarina Veiga²; Marta Fernandes²; Jorge Miguel Sequeira²; Pedro Crespo²

1 - Centro Hospitalar Tondela Viseu; 2 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Doente do sexo masculino, 67 anos, caucasiano. Como antecedentes pessoais destacam-se Hipertensão Arterial, Dislipidémia, Diabetes Mellitus Tipo 2, Obesidade e internamento em Janeiro 2023 por Cólica Biliar. Encontrava-se medicado com anti-hipertensor, beta-bloqueante, anti-diabético oral e estatina. Recorreu a um Serviço de Urgência de um Hospital central em Março 2023, por diarreia profusa com 5 dias de evolução e anorexia. Negava náuseas, vômitos, dor abdominal, noção de febre, toma de suplementos, viagens recentes e contexto epidemiológico de Gastroenterite Aguda e assinalou que a sua alimentação era confeccionada em casa e consumia de água de rede. Plano vacinal actualizado. Admitido na área de Medicina Interna, com lesão renal aguda objectivada, caracterizada após avaliação por Nefrologia como KDIGO 3 oligoanúrica (creatinina 11.5mg/dL) de causa não obstrutiva e em presumível contexto pré-renal em doente medicado com anti-diabético oral e inibidor da enzima conversora de angiotensina. Apresentava igualmente hemograma normal, hiponatrémia, hipocaliémia, rbdomiólise e proteína C reactiva 10.23 mg/dL e gasimetrias arteriais seriadas objectivando acidose metabólica. Internado ao cuidado da Medicina interna em Sala do Observações, tendo apresentado flutuação de estado de consciência e iniciada empiricamente Ceftriaxona e tratamento dirigido às depleções. Após três dias, com parca resposta clínic a par de dor abdominal difusa (com ecografia abominal sem alterações), e após avaliação por Doenças Infecciosas, foi colhido coprocultura e hemoculturas, sendo que coprocultura foi positiva para Salmomela não Paratyphi. Hemoculturas revelaram-se negativas. Assumiu-se Enterite a Salmonela não Paratyphi. Suspensa antibioterapia e reforçada analgesia. Normalizado estado de consciência e parâmetros analíticos e regularização do trânsito intestinal. Efectuado registo SINAVE e ingresso em regime de Hospitalização Domiciliária. Serviço de Saúde Pública que efectuou rastreio de infecção, que apontou para fontanário público com água não tratada, algo que o doente negou inicialmente, mas que a família posteriormente revelou ter existido consumo esporádico cerca de 2 semanas antes do acontecimento. Conclui-se que, uma abordagem multidisciplinar e acurada do doente com lesões de etiologia infecciosa inicialmente indeterminada, nomeadamente e como no quadro clínico apresentado, apresenta-se como fundamental no sucesso do diagnóstico e posterior orientação do doente.

POSA-179 - (4778) - PSEUDO-RESISTANCE TO STATINS: A CASE HIGHLIGHTING THE IMPORTANCE OF ADHERENCE

Ana Margarida Fonseca¹; Carlos Grijó¹; Jorge Almeida¹; Luis Flores¹

1 - Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto

Statins are the cornerstone of therapy for lowering lipid levels, with benefits in preventing and regressing atherosclerosis, stabilizing plaque, and reducing thrombogenicity. While cases of genetic statin resistance exist, nonadherence remains the primary culprit behind insufficient reductions in low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) following statin therapy. We present the case of a 61-year-old woman with obesity, arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus (for 16 years), and peripheral arterial disease, putting her at very high cardiovascular risk. Lipid profile revealed total cholesterol (TC) 246mg/dL, high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) 55mg/dL, triglycerides (TGs) 117mg/dL, calculated LDL-C (cLDL-C) 168mg/dL, apolipoprotein B (apoB) 150mg/dL, despite receiving rosuvastatin 20mg and ezetimibe 10mg daily. Subsequent uptitration of rosuvastatin to 40mg made minimal improvement to her lipid profile (3 months later): TC 241mg/dL, HDL-C 52mg/dL, TGs 130mg/dL, cLDL-C 163mg/dL, apoB 157mg/dL. Given her suboptimal LDL-C response (and better lipid profile years before), compliance to treatment was questioned. The apoB profile indicated no issues with LDL-C calculation. Additionally, she reported no medication side effects and no other modifiable secondary causes were identified. To assess adherence, we temporarily suspended statin and ezetimibe therapy, to evaluate the impact on her lipid profile. After three months, her lipid profile remained largely unchanged. During this period, she was hospitalized due to uncontrolled hypertension, which became controllable in the hospital setting with the less medications. In addition to genetic factors, several environmental factors, including smoking, hypertension, hypothyroidism, and inflammation, particularly observed in obese patients, can influence the LDL-C response to statins. Addressing these factors is crucial alongside statin therapy. While poorly understood resistance mechanisms exist, nonadherence remains the most prevalent contributor due to the challenges of motivating asymptomatic patients to adhere to daily medication regimens. While various factors can contribute, nonadherence is often the most significant barrier to preventing cardiovascular events. Implementing strategies that address potential side effects, emphasize long-term health risks, and enhance medication adherence are critical steps towards optimizing patient outcomes.

POSA-180 - (4781) - AVC HEMORRÁGICO E SÍNDROME DE PLATIPNEIA ORTODEOXIA: O DESAFIO NO TRATAMENTO

Inês Pinheiro¹; Paula Matias²; Rita Gouveia²; Ana Toste²; Sandra Sousa³; Joana Alves Pereira²; Ana Faceira²; Luís Flores²; Vitor Braz⁴; Fernando Friões²

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro; 2 - Unidade Local de Saúde São João; 3 - Unidade Local de Saúde do Nordeste; 4 - Unidade de Local de Saúde São João

Introdução: O síndrome platipneia-ortodeoxia (SPO) é uma condição rara que se manifesta por dispneia e hipoxemia posicionais. O Foramen Ovale Patente (FOP) é uma das causas, por condicionar shunt bidirecional. Nestas situações, existe indicação para o seu encerramento, após o qual está recomendada terapêutica anti-trombótica durante, pelo menos, 6 meses.

Caso Clínico: Mulher, 79 anos, admitida no Serviço de Urgência por discurso impercetível e défice motor direito com 2 horas de evolução. Ao exame objetivo, com parésia facial direita, disartria moderada, hemiparesia e hemipostesia direitas (NIHSS 4). Realizou angio-TC-CE que não mostrou alterações sugestivas de lesão vascular aguda. Estudo analítico e eletrocardiograma sem alterações de relevo. Admitida na Unidade de AVC para vigilância. Cerca de 12 horas depois, evoluiu com agravamento de défices (NIHSS 10), pelo que repetiu TC-CE a evidenciar hemorragia lobar parietal esquerda. Colocada como hipótese mais provável angiopatia amilóide. Durante o internamento, apresentou períodos de dessaturação, interpretados como fenómenos de microaspiração (após exclusão de infeção ou tromboembolia em TC-tórax). Agravamento gradual da insuficiência respiratória, tendo sido admitida em unidade de cuidados intermédios para oxigenoterapia de alto fluxo. Repetido estudo imagiológico, que voltou a excluir alterações estruturais ou fenómenos embólicos. Por se associar os episódios de dessaturação a alterações posicionais, realizou doppler transcraniano com teste de soro agitado para pesquisa de shunt direito-esquerdo, com resultado positivo e, posteriormente, ecocardiograma transesofágico a corroborar a presença de FOP amplo e de grandes dimensões.

Dada indicação para encerramento do FOP com documentação de shunt direito-esquerdo e SPO, tentativa de encerramento do FOP por via percutânea, mas sem sucesso. Discutida estratégia terapêutica, dado hemorragia maior recente e necessidade de heparinização sistémica na abordagem cirúrgica. Decidido adiamento do procedimento até 4 semanas, ponderando o risco benefício.

Discussão e Conclusão: O caso apresentado destaca a dificuldade na gestão da estratégia terapêutica do doente com AVC hemorrágico e concomitante indicação para encerramento de FOP. De facto, a necessidade de heparinização sistémica durante o procedimento e a terapêutica antiagregante após o encerramento são fatores que a serem considerados, pelo risco de agravamento da hemorragia recente.

POSA-181 - (4791) - ALÉM DO EMAGRECIMENTO: UM CASO INTRIGANTE DE MENINGIOMA CEREBRAL

Carolina Nogueira¹; Filipa Iglésias¹; Maria Vilela¹; Sara Marques¹

1 - Hospital de Braga

A síndrome constitucional é um termo clínico que descreve um conjunto de sinais e sintomas que refletem uma condição subjacente, geralmente uma doença grave.

Doente de 72 anos, do sexo masculino. Referenciado pela consulta de infeciologia à consulta de medicina interna por quadro de emagrecimento e caquexia filiado inicialmente em micobacteriose atípica disseminada, mas com progressão apesar de tratamento dirigido e eficaz da infeção. Apresentava disfagia de agravamento progressivo que impossibilitava o correto aporte nutricional. Como outro antecedente, o doente possuía uma lesão ocupante de espaço (LOE), um meningioma, no 4º ventrículo cerebral em seguimento por neurocirurgia e com estabilidade nos controlos de imagem. Atendendo à possibilidade de etiologia neurológica central para a disfagia, antecipou-se ressonância magnética crânio-encefálica (RMN-CE) que demonstrou progressão da lesão conhecida com sinais de compressão do tronco cerebral e edema dessa região. Foi submetido a cirurgia com ressecção da totalidade da lesão, no entanto, manteve disfunção do tronco com compromisso da função neurológica dos pares cranianos baixos, necessitando de construção de traqueostomia e gastrostomia percutânea.

A síndrome constitucional coloca por diversas vezes os profissionais de saúde num dilema diagnóstico dada a sua associação com a variada possibilidade de patologias. Embora esteja frequentemente associado a doenças sistémicas ou neoplásicas consumptivas, pode ser o prelúdio de diagnósticos menos habituais na prática da Medicina Interna, exigindo uma abordagem diagnóstica meticulosa e abrangente.

POSA-182 - (4797) - SÍNDROME TORÁCICA AGUDA NA ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES – UMA ENTIDADE A TER SEMPRE EM MENTE

Jéssica Vasconcelos¹; Diana Palácios¹; Joana Barbosa Rodrigues¹; Glória Nunes Da Silva¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

Introdução: A anemia de células falciformes (ACF) caracteriza-se pela presença de hemoglobina (Hb) anormal – HbS (genótipo HbSS). Em condições de stress ocorre polimerização da HbS e falciformização dos eritrócitos, e complicações como crise vaso-oclusiva e síndrome torácica aguda (STA). A STA define-se por infiltrados pulmonares de novo, sintomas/sinais respiratórios, febre e/ou leucocitose, e é a principal causa de morte nestes doentes.

Caso Clínico: Homem de 21 anos, melanodérmico, com ACF e sob hidroxiureia 1000mg. Recorreu ao SU por coxalgia e gonalgia bilaterais e omalgia direita com 1 dia de evolução. Ao exame objetivo normotenso, taquicárdico e febril; sem sinais de dificuldade respiratória; SpO₂ 93% em ar ambiente; auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo, sem ruídos adventícios. Apresentava anemia – Hb 11.3g/dL (o seu basal); HbS 87.7%; leucocitose e neutrofilia; PCR 14.3mg/dL. TC tórax com consolidação periférica no lobo inferior (LI) esquerdo. Iniciou fluidoterapia ev, analgesia, oxigenioterapia e antibioterapia com amoxicilina/ác. clavulânico e azitromicina, após colheita de exames microbiológicos (resultados negativos). Foi admitido o diagnóstico de STA, e o doente internado no S. de Medicina Interna (SMI). Por dor não controlada foi intensificada a analgesia, e realizadas exsanguino-transfusões (ET). No período de 48h, apesar de conseguido controlo algico e apirexia, houve deterioração clínica, com surgimento de tosse seca, dor pleurítica no hemitórax direito, cansaço e dispneia, e agravamento de insuficiência respiratória (IR) parcial (PaO₂/FiO₂ 205mmHg). Análises com Hb 10.7g/dL; HbS 53.2%; redução da leucocitose, neutrofilia e da PCR. TC de tórax com extensas consolidações nos LI; sem sinais de tromboembolismo pulmonar. Ecocardiograma TT sem alterações. Admitido agravamento clínico decorrente da STA, tendo o doente sido admitido em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Foi mantida a estratégia terapêutica e realizada 1 ET, com melhoria clínica, gasimétrica e radiológica. Foi readmitido no SMI após 48h, onde manteve evolução favorável, com posterior alta.

Discussão e Conclusão: A STA pode, em 24h, progredir para IR grave, e a hipoxia grave é um preditor de mau prognóstico. É fundamental a vigilância apertada destes doentes para um precoce reconhecimento de deterioração clínica e referência a UCI, de modo a prevenir a progressão da STA e a necessidade de ventilação mecânica invasiva.

POSA-183 - (4832) - UM CASO RARO DE TUBERCULOSE SACROLOMBAR COM EXTENSO ABCESSO BILATERAL DO PSOAS-ILÍACO COM EXTENSÃO À REGIÃO NADEGUEIRA E COXAS

Teresa Pires¹; João Ferreira Sousa¹; João Francisco Magro¹; Antónia Sá Gomes¹; Ana Paula Proença¹

1 - USL Algarve - Hospital Faro

A Tuberculose constitui mundialmente um importante problema de saúde pública. Com incidência decrescente na Europa, devemos considerar a importância de fluxos migratórios, apresentando o nosso país um crescente número de emigrantes provenientes de países com alta incidência de infeção, como é o caso da Índia.

Apresentamos um caso de um jovem de 25 anos, natural da Índia, em Portugal há 5 meses. Sem antecedentes pessoais relevantes.

Inicia, três meses antes, um quadro de dor articular, coxofemural bilateral, medicado inicialmente com anti-inflamatório. Posteriormente descreve sudorese noturna, febre e história de uma infeção cutânea com lesões postulares.

No mês anterior ao internamento mantinha dor, com perda ponderal de 6Kg, e nos quatro dias que antecederam o internamento, fezes escuras, líquidas.

Por acentuada diminuição da força foi conduzido ao Centro de Saúde, apresentava anemia e por suspeita de hemorragia digestiva alta foi encaminhado para o serviço de urgência. À admissão apresentava uma hemoglobina de 5.9 g/dL, com leucocitose de 14.600/mm³ e PCR de 75 mg/L.

Radiografia de tórax, abdominal e coluna lombar, e endoscopia alta sem alterações relevantes.

Realizou tomografia pélvica que descreve grandes locas abcedadas, intercomunicantes, adjacentes aos corpos vertebrais lombares e sacro, com extensão lateral aos músculos psoas-ilíacos e à região nadegueira e trocantérica bilateralmente. Evidenciava ainda erosões ósseas no sacro. Imagens que apontam como hipóteses diagnósticas tuberculose sagrada ou abscesso piogénico.

Iniciou antibioterapia empírica com Ceftriaxone.

Apresentava prova de tuberculina, com induração de 20 mm e IGRA positivo.

Realizou ressonância magnética lombossagrada que descreve coleção abcedada do espaço epidural anterior sagrado e áreas líticas ósseas em S2 e S3, compatível com osteomielite.

Associou-se terapêutica antibacilar de 1ª linha.

Exame cultural de drenagem de abscesso positivo para *M. tuberculosis*, com sensibilidade a todos os antibacilares.

Assistiu-se a franca recuperação do doente. Teve alta ao 51º dia, tendo completado 6 semanas de antibioterapia com Ceftriaxone e sob terapêutica antibacilar. Manteve tratamento e seguimento em consulta externa.

Concluimos com o reforço da importância de manter elevado grau de suspeição e considerar manifestações mais indolentes da doença nas formas não pulmonares, em especial na população proveniente de país com alta taxa de infeção.

POSA-184 - (4840) - A IMPORTÂNCIA DA COBERTURA ANTIBIÓTICA E DO SINERGISMO

Ana Sofia Ramôa¹; Catarina Maia Ferreira¹; Eduardo Macedo¹; Bárbara Rocha¹; Luis Reis¹; Ana Rita Marques¹; Raquel Afonso¹

1 - Unidade Local de Saúde de Braga

A *Listeria monocytogenes* é uma bactéria intracelular, gram-positiva, oportunista, que causa doença invasiva grave, principalmente em grávidas e doente imunodeprimidos. Apesar da predileção pelo sistema nervoso central (SNC), esta geralmente causa meningite e meningoencefalite, sendo muito incomuns os abscessos cerebrais.

Descrevemos o caso de um homem de 67 anos, autónomo, com antecedentes de psoríase cutânea e oligoartrite em remissão sob terapêutica com metotrexato em dose máxima. Admitido no serviço de urgência (SU) como via verde de AVC por episódio de cefaleia intensa, disartria e alteração do comportamento. Ao exame físico hemodinamicamente estável, com disfasia de predomínio motor e desorientação temporoespacial. A tomografia computadorizada (TC) cerebral mostrou uma lesão ocupante de espaço a envolver o lobo temporal esquerdo e a região do hemisfério profundo ipsilateral. Admitido em internamento, tendo desenvolvido quadro clínico de febre e múltiplas crises epiléticas sem recuperação do estado de consciência entre os episódios. Do estudo etiológico: RNM cerebral com lesão frontotemporal e dos núcleos da base à esquerda com componente abcedado e hemoculturas de sangue periférico com isolamento de *Listeria monocytogenes*. Diagnosticado com infeção do SNC por *Listeria monocytogenes*, iniciou tratamento com ampicilina, contudo sem melhoria clínica e imagiológica, após 6 semanas de tratamento. Decidido associar ao esquema antibiótico gentamicina, com evidência de diminuição das dimensões do abscesso e recuperação do estado neurológico, após duas semanas de tratamento. Manteve esquema de tratamento tendo recuperado progressivamente o nível de consciência, apresentando capacidade para cumprir algumas ordens simples, porém manteve hemiplegia direita. Neste sentido iniciou programa de reabilitação motora, com razoável colaboração e evolução gradual favorável.

Destacamos o caso pelo facto de se tratar de uma manifestação pouco comum da infeção por *Listeria monocytogenes*, bem como a importância do efeito bactericida sinérgico dos antibióticos para o sucesso terapêutico.

POSA-185 - (4843) - DERRAME PLEURAL – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA OU COMPLICAÇÃO ABDOMINAL?

Ana Frederica Parente¹; José Diogo Martins¹; Margarida Peixoto¹; Patrícia Tinoco Araújo¹; António Cardoso Fernandes¹; Maria Inês Risto¹; Luís Pontes Dos Santos¹; António Ferreira¹; Manuel Ferreira¹; Diana Guerra¹; Carmélia Rodrigues¹

1 - ULSAM

Introdução: Os derrames pleurais compostos por bÍlis (biliotórax) são uma complicação rara das doenças biliares e hepáticas, podendo ocorrer de forma espontânea ou secundária a trauma, cirurgia abdominal e patologias ou manipulações das vias biliares.

Caso Clínico: Homem, 88 anos, sem antecedentes conhecidos, recorreu ao Serviço de Urgência em jan/24 por dor abdominal epigástrica. Ao exame objetivo apresentava desconforto no hipocôndrio direito e palpação de uma massa epigástrica. Analiticamente com bilirrubina total 2.75mg/dL e direta 0.9mg/dL. Na ecografia abdominal visualizou-se vesícula biliar distendida, com 10.5cm de maior eixo longitudinal, lama e litíase biliar; espessamento da parede, sugerindo colecistite aguda. Admitido por Cirurgia Geral, realizada colecistostomia percutânea (CP) e iniciada antibioterapia com piperacilina/tazobactam. No 2º dia pós-CP realizou abcessograma com lavagem por Tomografia Computorizada: dreno de colecistostomia percutânea bem posicionado, com opacificação parcial do conteúdo vesicular, vias biliares permeáveis, sem sinais de extravasamento peritoneal da substância de contraste. No 5º dia pós-CP, agravamento clínico, com dessaturação em ar ambiente (aa) até SpO2 88%. Gasimetria em aa: pH 7.38, pCO2 47mmHg, pO2 59mmHg, SpO2 90%, Lactatos 0.6mmoL. Colaboração de Medicina Interna por suspeita de insuficiência cardíaca. Radiografia de tórax revela derrame pleural direito de grande volume. Realizada toracocentese diagnóstica e evacuadora, com saída de 2200ml de líquido pleural (LP) de coloração acastanhada, com características de exsudado e análise bioquímica compatível com biliotórax (bilirrubina total LP 19mg/dl, proteínas 2.7g/dL, LDH 1126UI/L, predomínio de neutrófilos; bilirrubina sérica de 1.16mg/dL). Concluiu-se por biliotórax. Doente atualmente com dreno torácico, a aguardar colangiopancreatografia retrógrada endoscópica e eventual colecistectomia.

Discussão: Apesar da raridade, o biliotórax deve ser considerado no diagnóstico diferencial do derrame pleural após a realização de procedimentos invasivos transhepáticos realizados mediante abordagem percutânea. É necessário um reconhecimento precoce e tratamento adequado, já que o seu desfecho pode ser fatal, pelo risco de progressão para empiema ou Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda.

POSA-186 - (4883) - HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA SULCAL SECUNDÁRIA A OCLUSÃO DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA IPSILATERAL

Carolina Guimarães¹; Helena Hipólito Reis¹; Francisca Correia¹; Mariana Cabral¹; Ana Pastor¹; Mariana Pintalhão¹

1 - CHUSJ

INTRODUÇÃO: Na oclusão carotídea crónica ocorrem diversos mecanismos de compensação para manter a perfusão cerebral. Um destes mecanismos é o desenvolvimento de circulação colateral que, embora funcione como mecanismo protetor contra a isquemia, cursa com a formação de novos vasos que são mais propensos a lesão/hemorragia.

CASO CLÍNICO: Relatamos o caso de uma mulher de 66 anos, com hipertensão, diabetes mel-litus tipo 2, dislipidemia e antecedentes de AVC isquémico em território da artéria carótida interna (ACI) esquerda (enfarte parietal esquerdo) aos 36 anos durante a gravidez. Do estudo realizado na altura documentada oclusão da ACI esquerda, bem como heterozigotia para o fator V de Leiden e para a mutação da MTHFR, ficando com hemiparesia e hipostesia direitas sequelares. Nos últimos meses, iniciou quadro de tosse crónica de etiologia em estudo. Recorre ao SU por episódios recorrentes com frequência crescente na última semana de movimentos involuntários do membro superior direito (MSD), parestesias ascendentes do MSD e hemiface direita com 5 minutos de duração, seguidos de agravamento transitório dos défices sequelares. Associadamente, referia cefaleia fronto-parietal bilateral. O quadro coincidiu com o agravamento dos acessos de tosse, atualmente muito frequentes e intensos. Ao exame neurológico da admissão apresentava hemiparesia e hipostesia direitas (NIHSS de 6). Realizou TC cerebral + angioTC, que evidenciou hemorragia subaracnoideia (HSA) no sulco central esquerdo, sem evidência de trombose venosa cerebral (TVC), irregularidades vasculares ou malformações vasculares. Foi internada na Unidade de AVC e iniciou anti-epilético, sem recorrência das crises. Do estudo realizado, documentada oclusão proximal da ACI esquerda (já conhecida) com boa colateralização intracraniana para o território carotídeo esquerdo, sem achados sugestivos de TVC, malformação vascular, alterações parenquimatosas, angiopatia amiloide, padrão de Moyamoya ou vasospasmo em exames seriados. Assumiu-se a possibilidade de os acessos de tosse intensos poderem ter um papel etiológico em doente com oclusão carotídea crónica ipsilateral.

CONCLUSÃO: A HSA sulcal espontânea não aneurismática representa um desafio diagnóstico. Nesta doente, completado o work-up diagnóstico que excluiu as etiologias mais frequentes, considerou-se como causa mais provável a oclusão carotídea crónica, levantando-se a possibilidade de os acessos de tosse intensos poderem ter tido um papel como precipitante.

POSA-187 - (4893) - DA DISPNEIA À AMILOIDOSE CARDÍACA

Monique Alves¹; Raquel Moniz¹; Daniela Pinheiro¹; Catia Cunha Ribeiro¹;
Diana Mimoso¹; Tiago Silveira Rosa¹; Cristiana Sousa¹; Fernando Salvador¹

1 - CHTMAD

Introdução: A amiloidose é uma doença sistémica, causada pela deposição extracelular de fibrilhas de proteínas de baixo peso molecular de conformação heterogénea, depositando-se sobre a forma de amiloide nos vários órgãos. A heterogeneidade na sua estrutura e função é uma realidade. A apresentação clínica é variável e relaciona-se com o tipo de órgão envolvido e o grau de disfunção associado.

Caso clínico: Mulher de 84 anos de idade, com antecedentes de Hipertensão essencial, neoplasia uterina tratada e síndrome de túnel cárpico (intervencionado por duas vezes). Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia, astenia e cansaço para pequenos esforços em agravamento progressivo nos últimos 2 meses, com vindas prévias ao SU pelo mesmo motivo e ainda em estratificação em hospital de dia. O estudo complementar realizado documentou: NT- Pro-BNP 3535 pg/ml, radiografia do tórax a revelar cardiomegalia, eletrocardiograma mostrava ritmo sinusal. Holter a revelar fibrilação auricular de novo e ecocardiograma transtorácico a documentar estenose aórtica ligeira, gradiente máximo de 30 mmHg, Hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVE) severa, fração de ejeção de 63%, disfunção diastólica grau III e balonização do septo interauricular com desvio da aurícula direita sem shunt evidente. Ressonância magnética cardíaca confirma HVE concêntrica grave (espessura máxima de 17 mm), depressão ligeira da função sistólica global, fração ejeção de 49 %; hipertrofia e realce do ventrículo direito, achados sugestivos de amiloidose cardíaca. Eletroforese das proteínas séricas sem picos monoclonais. Internada no terceiro episódio de descompensação por insuficiência cardíaca (IC) aguda classe de NYHA III. Da anamnese apuravam-se queixas de dispneia progressiva para pequenos esforços, ortopneia e dispneia paroxística noturna com intensificada nas últimas duas semanas. Edemas periféricos ao exame objetivo. Eletroforese das proteínas séricas sem picos monoclonais. Cadeias leves livres Kappa 3.54 mg/dl, cadeias leves livres lambda normal e razão kappa/lambda 1.80 (N 0.26-1.65). Cintigrafia a confirmar achados sugestivos de amiloidose cardíaca por deposição de transtirretina. Ajustada terapêutica.

Conclusão: O diagnóstico de amiloidose cardíaca exige um elevado índice de suspeição com base na clínica e nos achados dos exames complementares de diagnóstico. O tratamento é dirigido à doença subjacente e ao alívio dos sintomas. O diagnóstico célere tem impacto no prognóstico destes doentes.

POSA-188 - (4903) - SARCOIDOSE A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA PARA UM DIAGNÓSTICO PRECOCE

Carolina Marcos Queijo¹; Raquel Lourenço Martins¹; Paulo Castro¹; Daniela Augusto¹; Mariana Esteves¹; Andreia Rocha Costa¹; Fernando Salvador¹

1 - Unidade Local de Saúde Trás os Montes e Alto Douro

Introdução: A sarcoidose consiste numa doença inflamatória de envolvimento sistémico. Caracteriza-se pela formação de granulomas não-caseosos nos órgãos envolvidos. Afeta tipicamente adultos jovens do sexo feminino. O envolvimento pulmonar é o preferencial, contudo pode surgir em qualquer órgão/sistema, influenciando deste modo a sintomatologia. A fisiopatologia ainda que desconhecida, parece assentar em tendências genéticas adquiridas para o desenvolvimento de resposta imunológica aquando de exposição a determinadas partículas, contribuindo para a lesão orgânica. O tratamento da sarcoidose assenta na prevenção e controlo da lesão orgânica, no alívio sintomático e na melhoria da qualidade de vida.

Caso Clínico: Os autores retratam o caso de um doente, 46 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual. Encaminhado à consulta externa por sintomas constitucionais (perda ponderal, cansaço fácil, hipersudorese noturna) e tosse seca com um mês de evolução. Objetivamente, com lesões cutâneas, sugestivas de eritema nodoso, ao nível dos membros inferiores. Realizou estudo analítico sem alterações de relevo exceto VS 59 mm/h, PCR 2,4 mg/dL, IgG 2049 µmol/L, e IgA 377 µmol/L, ECA aumentada 113 U/L, IGRA negativo. Serologias víricas (VHB, VIH, VHC) negativas e estudo imunológico (rastreamento ANA, ANAs e ANCA, FR e Anti-CCP) negativo. Realizou TC-TÓRAX que revelou “vários adenopatias mediastínicas e hilares” e broncofibroscopia com lavado broncovascular (LBA) com linfocitose com ratio CD4/CD8 32,3. PCR mycobacterium tuberculosis negativo no LBA. Provas de Função Respiratória sem alterações. Iniciada imunossupressão com prednisolona na dose de 0.3 mg/kg/dia com evolução clínica e imagiológica favorável. Atualmente assintomático, mantendo seguimento, sob prednisolona em desmame.

Discussão e Conclusão: A sintomatologia comum e a maior incidência desta doença no sexo feminino, levam a que este diagnóstico passe despercebido, principalmente em doentes do sexo masculino. O que contribui, para uma apresentação mais severa e a necessitar de medidas terapêuticas. No caso, a apresentação aguda/sub-aguda e uma alta suspeição clínica, permitiu que se atingisse um rápido controlo da doença. O encaminhamento precoce, uma marcha diagnóstica célere e a instituição de terapêutica auxiliaram esse objetivo contribuindo-se assim para a melhoria da qualidade de vida.

POSA-189 - (4916) - NEOPLASIA DO PULMÃO COMO APRESENTAÇÃO DE TUMOR OCULTO – RELATO DE 3 CASOS CLÍNICOS

Daniel Veiga¹; Ana Rita Cardoso¹; Baltazar Oliveira¹; David Matias¹; Rita Calixto¹; Maria Aurora Duarte¹

1 - ULSMT

Neoplasia oculta é um diagnóstico cada vez mais frequente nas enfermarias de Medicina Interna e de difícil abordagem, desejando-se, que a localização da lesão primária seja célere para uma abordagem terapêutica eficaz, independentemente da presença de metastização.

Os autores apresentam três casos clínicos internados para pesquisa de tumor oculto com três apresentações distintas de neoplasia pulmonar, sem sintomatologia respiratória associada ou alterações do parênquima pulmonar evidentes na abordagem inicial.

O primeiro caso é de um homem de 72 anos, fumador, referenciado por dor abdominal nos quadrantes inferiores e perda de 12% da massa corporal em dois meses. A tomografia computadorizada revelou carcinomatose peritoneal e espessamento pleural. A biópsia pleural confirmou adenocarcinoma pulmonar com carcinomatose abdominal.

O segundo caso clínico é de um homem de 47 anos, fumador, com queixas de parestesias dos membros superiores, desequilíbrio da marcha e tonturas com duas semanas de evolução. Realizou ressonância magnética crânio-encefálica e da coluna cervical que revelou múltiplas lesões infra e supratentoriais, com sinais de hiper celularidade, compatível com metastização. A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica apenas evidenciava pequenos gânglios com 10 mm, inespecíficos, em topografia paratraqueal direita, subcarinal e hilar direita, sem outros achados relevantes. Foi realizada biópsia transbrônquica guiada por ecografia dos gânglios para-hilar direito que confirmou adenocarcinoma pulmonar, tendo iniciado quimioterapia e imunoterapia.

O terceiro caso é de um homem de 65 anos, fumador, referenciado por tremores generalizados e hiponatremia crónica de causa não esclarecida. O estudo analítico e evolução clínica foi a favor de síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética. No estudo de imagem com tomografia computadorizada apresentava nódulo pulmonar apical esquerdo justa-brônquico (27x22x12mm). Realizou broncofibroscopia com biópsia que confirmou o diagnóstico de carcinoma pulmonar de pequenas células.

Os três casos clínicos ilustram exemplos de diferentes formas de apresentação do carcinoma pulmonar com diagnóstico desafiante. A propósito destes casos discute-se a dificuldade na abordagem diagnóstica dos casos de neoplasia oculta, relacionada não só com as particularidades inerentes a cada doente, mas também com a multiplicidade de formas de apresentação e dificuldades na interpretação dos exames auxiliares de diagnóstico.

POSA-190 - (4933) - QUANDO A INFEÇÃO ATINGE PROPORÇÕES MAIORES: UM CASO DE TEMPESTADE TIROIDEIA

Daniela Augusto¹; Mariana Jeremias Macedo¹; Elisa Macedo Brás¹; Elisa Serradeiro¹; Telmo Borges Coelho¹; Romeu Pires¹; Joana Calvão¹

1 - ULSTMAD

A tempestade tiroideia, condição rara e life-threatening, caracteriza-se por manifestações graves de tireotoxicose, nomeadamente, febre, taquicardia, insuficiência cardíaca, diarreia, ansiedade, agitação, estupor ou coma. Pode ser precipitada pela interrupção abrupta de anti-tiroideos ou por um evento agudo, como cirurgia, trauma ou infeção. Desta forma, além da terapêutica dirigida e de suporte de órgão, o reconhecimento e tratamento precoce do fator precipitante é essencial.

Homem de 51 anos, encaminhado ao serviço de urgência por tosse seca, disfonia e odinofagia, associada a palpitações, febre vespertina, hipersudorese, astenia, perda ponderal de 10% e diarreia com 3 semanas de evolução. Sem antecedentes pessoais de patologia tiroideia ou outros de relevo. Ao exame objetivo, salienta-se taquicardia e palpação tiroideia dolorosa. Analiticamente, com elevação dos parâmetros inflamatórios – leucocitose ($14,5 \times 10^3/uL$) e PCR de 14,52 mg/dL – e hipertiroidismo (TSH 0,01 mIU/l, T4 livre 45,4 pmol/l, T3 livre 7,1 pmol/l), sem outras alterações de relevo, sobretudo iónicas ou provas de função hepática. Calculado score de Burch Wartofsky (50 pontos) e realizada tomografia computadorizada de tórax e pescoço que revelou tiroide difusamente heterogénea. Assumida tireotoxicose e iniciada terapêutica com propiltiouracilo, soluto de lugol, propranolol, hidrocortisona, antipiréticos e fluidoterapia. Admitido a internamento em unidade nível II, para monitorização contínua e estudo etiológico. Completado estudo analítico, com anticorpos anti-receptor TSH, anti-tiroglobulina e anti-tiroide peroxidase, negativos. Realizada ecografia da tiroide com evidência de aumento de tamanho glandular e parênquima heterogéneo, com áreas hipocogénicas e padrão estrutural pseudo-nodular, achados sugestivos de tiroidite. Cintigrafia com captação de radiofármaco globalmente deficiente, na dependência de realização de TC recente com contraste vs contexto de tiroidite aguda. Evolução clínica e analítica favorável, com resolução de clínica descrita à admissão e descida progressiva de T3, a permitir switch para tiamazol e alta para domicílio, com reavaliação em consulta de Medicina.

Com o presente caso pretendemos alertar para uma manifestação rara de hipertiroidismo que, pela sua magnitude, exige identificação e tratamento de forma atempada, sendo crucial elevada suspeição clínica, mesmo em doentes sem patologia tiroideia de base, sobretudo quando presentes fatores precipitantes, como infeção.

POSA-191 - (4938) - COLECISTITE AGUDA ALITIÁSICA SECUNDÁRIA A LEPTOSPIROSE

Inês Gouveia Bonito¹; Inês P. Carvalho¹; Bruna Barbosa¹; Alexandra Coimbra¹; Ana Paula Pona¹; Martinho Fernandes¹; Joana Ferreira¹

1 - Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução: A colecistite aguda alitiásica representa 5 a 10% dos casos de colecistite aguda e, embora seja classicamente descrita como ocorrendo em doentes críticos hospitalizados, no contexto de falência multiorgânica, algumas causas menos frequentes podem ser infecciosas, sendo as bactérias mais frequentemente responsáveis a *Salmonella* spp., *Rickettsia* spp, *Leptospira* spp. e *Coxiella burnettii*. A leptospirose constitui uma doença zoonótica importante, cujo principal reservatório natural são os ratos, com transmissão possível por via direta ou exposição a ambientes contaminados. A maioria dos doentes são assintomáticos ou com doença ligeira mas, em casos graves, pode cursar com disfunção multiorgânica e/ou complicações hemorrágicas.

Caso clínico: Homem de 34 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais relevantes, com diagnóstico presuntivo de leptospirose e medicado em ambulatório com doxiciclina 100mg 12/12h, recorre ao Serviço de Urgência dois dias após o diagnóstico por manutenção de febre de 39,5°C sem cedência aos antipiréticos, cefaleias, mialgias, toracalgia pleurítica e dispneia. Realizou avaliação analítica que mostrou agravamentos dos parâmetros inflamatórios, e avaliação imagiológica que revelou hepatoesplenomegalia, com exuberante espessamento da parede vesicular, sem litíase, e focos infecciosos nos lobos inferiores pulmonares. Iniciou piperacilina + tazobactam e manteve doxiciclina, com melhoria rápida dos sintomas e posteriormente com confirmação do diagnóstico de leptospirose por pesquisa de DNA de leptospira no sangue periférico.

Discussão e conclusão: A fisiopatologia responsável pela colecistite aguda alitiásica secundária a leptospirose prende-se, provavelmente, com uma resposta imunológica contra a infiltração de leptospira na parede vesicular. A instituição de antibioterapia atempada é na maioria das vezes suficiente para o tratamento, não sendo geralmente necessária abordagem invasiva com colecistectomia. O envolvimento pulmonar na leptospirose ocorre em 20-70% dos doentes e os sintomas começam geralmente entre o 4º e o 6º dia de doença. A hemorragia intra-alveolar e ARDS podem acontecer em última instância, contudo neste doente a doença respiratória foi ligeira. Pela variabilidade dos seus sintomas, a leptospirose é conhecida como a grande imitadora, sendo necessária uma história clínica e social cuidada e detalhada, carecendo de elevada suspeição para o seu diagnóstico.

POSA-192 - (4960) - PNEUMONIA NECROSANTE POR PARVIMONAS MICRA: DESAFIO DIAGNÓSTICO

Juliana Andrade¹; Diana Lopes¹; Francisco De Oliveira Simões¹; Ana Filipa Martins¹; Alexandre Carvalho¹; Cristina Ângela¹

1 - Hospital de Braga

A *Parvimonas micra* é uma bactéria anaeróbia, Gram-positiva, amplamente distribuído na cavidade oral com potencial patogênico. Mulher, 48 anos de idade, sem antecedentes patológicos de relevo, recorreu ao Serviço de Urgência por agravamento de síndrome gripal, com 1 semana de evolução, associado a dor torácica pleurítica, tosse produtiva com expectoração purulenta, dispneia e febre. À admissão com insuficiência respiratória (IR) hipoxémica, anemia ferropénica (Hb 10.1 g/dL), carência de ácido fólico, aumento de parâmetros inflamatórios (23 400 Neutrófilos/uL, PCR 119 mg/L). Apresentava telerradiografia de tórax com hipotransparência na base direita e imagem sugestiva de cavitação ipsilateral. Tomografia computadorizada de tórax a revelar área hipodensa com cerca de 5,8 cm de diâmetro transversal com um nível hidroaéreo, compatível com um abscesso. Pesquisa de vírus e antigenúrias para *Pneumococcus* e *Legionella* negativas. Colheu hemoculturas, expectoração para exame microbiológico, baciloscopias. Iniciou-se, empiricamente, Meropenem e foi internada na Medicina Interna. Ao 2^a dia, manteve febre, com dessaturação e Raio X de tórax a revelar agravamento da imagem pulmonar com aparente condensação quase total do pulmão direito. Foi transferida para o Serviço de Medicina Intensiva (SMI), onde iniciou ceftriaxona e Clindamicina. Fez ecoscopia (sem vegetações e sem disfunção ventrículo/valvular de relevo) e broncofibroscopia. Permaneceu por 4 dias no SMI, sem necessidade de suporte vasopressor e melhora progressiva da IR e da febre, após 48 horas de novo esquema de antibioterapia. Foi identificada uma *Parvimonas micra* no aspirado brônquico e reajustou-se antibioterapia para amoxicilina/clavulanato, segundo antibiograma, que cumpriu por 2 dias, mas posteriormente alterado para Clindamicina por reação alérgica cutânea. Por suspeita de possível foco em cáries dentárias, foi avaliada por Estomatologia que extraiu 3 dentes. Ao 16^a dia, teve alta. Ao fim de 5 semanas, estava assintomática, sem anemia, sem aumento de parâmetros inflamatórios e Raio X de tórax revelava resolução do abscesso. Este caso ilustra a complexidade diagnóstica e terapêutica de uma pneumonia necrosante complicada, associada a agentes incomum. Uma abordagem integrada, envolvendo avaliação clínica detalhada, investigação microbiológica abrangente e intervenção multidisciplinar é essencial para a gestão eficaz desses doentes.

POSA-194 - (4967) - PNEUMONITE EOSINOFÍLICA SECUNDÁRIA À AMIODARONA: UM ALERTA SOBRE EFEITOS ADVERSOS FARMACOLÓGICOS

Ricardo Miguel Ferreira Da Costa¹; Cristiana Lopes¹; Diana Ferreira Lopes¹; Patricia Vaz Conde¹; José Miguel Pereira¹; Joana Sotto Mayor¹; Marta Ferreira Da Costa¹; Cindy Tribuna¹

1 - Hospital de Braga

As pneumonias são das patologias mais frequentes na enfermaria da Medicina Interna. Na sua maioria são causadas por infeções, não se podendo menosprezar as causas menos comuns, como a patologia intersticial.

A amiodarona é um fármaco amplamente utilizado no tratamento de arritmias cardíacas, mas está associada a uma série de efeitos adversos, incluindo pneumonite intersticial, especialmente em pessoas mais idosas.

Trata-se de uma mulher de 78 anos, autónoma, com antecedentes de dislipidemia e patologia cardíaca não esclarecida, em seguimento em consulta particular de Cardiologia, medicada habitualmente com amiodarona, nebivolol, clonazepam e rosuvastatina.

Recorreu ao SU por tosse e dispneia com um mês de evolução, com agravamento franco na semana prévia, associada a toracalgia de características pleuríticas, astenia e anorexia. No SU com PCR de 122 mg/L, sem leucocitose, e tem tomografia computadorizada torácica com múltiplas áreas de densificação em vidro despolido bilaterais com algumas áreas de consolidação no seu interior. Antígenos urinários para pneumococo e legionella, e teste rápido de antígeno para SARS CoV 2 negativos. Assumiu-se sobreinfeção bacteriana em doente com patologia pulmonar intersticial provável, até então desconhecida, pelo que cumpriu 7 dias de ceftriaxona e 5 dias de claritromicina, com boa evolução clínica e analítica. Serologias víricas e marcadores de doença auto-imune sem alterações relevantes. Realizou broncofibroscopia e colheu lavado broncoalveolar que revelou eosinofilia marcada (46%). Assim, assumiu-se pneumonite eosinofílica secundária à amiodarona, tendo suspenso a mesma e iniciado corticoterapia na dose de 1mg/Kg/dia, com boa resposta clínica. Manteve seguimento em consulta externa, encontrando-se atualmente assintomática e a aguardar reavaliação imagiológica.

Curiosamente nesta doente, a intercorrência infecciosa proporcionou a deteção precoce desta patologia, promovendo uma rápida atuação terapêutica e por conseguinte melhor prognóstico.

O autor ressalva a pertinência da análise cuidadosa dos efeitos colaterais dos fármacos, sobretudo na população idosa, tendencialmente polimedicada, especialmente quando se prevê o seu uso prolongado. Exemplo disso, é o presente caso, que expõe a toxicidade da amiodarona a nível pulmonar, sendo também descrita a toxicidade a nível da tiróide e disritmias, entre outros.

POSA-195 - (4987) - AR NA BEXIGA, O QUE É?

Rita Penaforte¹; Teresa Pereira¹; Leonor Neves¹; Margarida Mourato¹; Beatriz Pereira¹; Miguel Acheva¹; Fernando Aldomiro¹

1 - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução

A cistite enfisematosa é um tipo raro de infeção do trato urinário (ITU) aguda complicada caracterizada pela formação de gás na parede e no lúmen da bexiga. A apresentação clínica é variável. Apresenta-se tipicamente com dor abdominal. Sintomas clássicos de cistite ocorrem em apenas cerca de 50% dos doentes. O diagnóstico é feito em doentes com ITU que apresentam ar na parede da bexiga, com ou sem ar intraluminal, na imagiologia abdominal. O tratamento é feito através de antibioterapia.

Caso Clínico

Os autores descrevem o caso de uma mulher de 67 anos com antecedentes de hipertensão arterial, artrite reumatoide e tabagismo que recorreu ao serviço de urgência por astenia e cansaço com cerca de 1 mês de evolução, bem como disúria e hematúria com o mesmo tempo de evolução, não tendo procurado assistência médica, com agravamento nos últimos dias. Adicionalmente referia poliúria. À admissão, apresentava hiperglicemia (glicémia 576mg/dL) e dor à palpação profunda do hipogastro. Sem outras alterações ao exame objetivo. Analiticamente, com agravamento dos parâmetros inflamatórios de fase aguda. Realizada tomografia computadorizada abdomino pélvica para exclusão de complicações que revelou sinais sugestivos de pielonefrite e cistite enfisematosa tais como: “Proeminência pielocalicinal discreta, coexistindo densificação dos planos perirrenais” e “Bexiga pouco repleta, com sinais fortemente sugestivos de enfisema parietal relevante. Deste modo, a doente ficou internada assumindo-se pielonefrite aguda e cistite enfisematosa em doente com diagnóstico inaugural de diabetes mellitus. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e foi algaliada após discussão com a Urologia.

Discussão & Conclusão

Este caso ilustra e resume o que é a cistite enfisematosa, um tipo raro de infeção urinária complicada.

POSA-196 - (4995) - SUBSTITUIÇÃO DE SISTEMAS DE PERFUSÃO DE INSULINA SIMPLES PARA SISTEMAS CLOSED-LOOP: QUE GANHOS GLICÉMICOS IMEDIATOS?

Inês Ferreira Maia¹; Mónica Silva¹; Bruno Bonito¹; Anneke Joosten¹; Ana Carolina Andrade¹; Rúben Reis¹; Martinho Fernandes¹

1 - Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho - Hospital do Barreiro

Introdução: Os sistemas de perfusão contínua de insulina (SPCI) mais recentes permitem a correção de insulina basal e bólus de forma automatizada com atuação em closed-loop, utilizando a monitorização contínua de glicose. O sistema MiniMed™ 780g apata o ritmo de infusão de insulina basal e administra bólus de autocorreção de forma a atingir o alvo glicémico definido para cada utilizador. Estudos recentes têm demonstrado que estes sistemas são uma estratégia segura e eficaz na gestão da insulinoaterapia das pessoas com diabetes mellitus tipo 1 (DMT1).

Objetivos: Este estudo prospectivo tem como objetivo principal a avaliação de marcadores de controlo glicémico (HbA1c, Variabilidade e Tempo no alvo) nas pessoas com DMT1 previamente com SPCI em modo manual que trocaram para o novo sistema em closed-loop com a MiniMed™ 780g, atualmente na fase inicial de utilização no nosso centro. Como objetivos secundários pretendemos a avaliação de outros indicadores como a dose diária de insulina basal, o tempo em hipoglicémia e em hiperglicemia.

Material e Métodos: Foram colhidos, com o consentimento dos doentes, dados demográficos, marcadores de controlo glicémico e indicadores definidos como objetivos secundários à data da troca de SPCI para o sistema MiniMed™ 780g, referentes ao período de utilização dos SPCI prévios, e após três meses de utilização do novo sistema. Foram incluídos nesta fase do estudo 14 doentes, idade média $36,4 \pm 12,9$ anos, 64,3% do sexo feminino.

Resultados: Os valores médios basais previamente à troca de SPCI para a MiniMed™ 780g eram os seguintes: HbA1c $6,9 \pm 0,6\%$, tempo no alvo $65 \pm 6\%$ e variabilidade $35,5 \pm 5,2\%$. Três meses após a troca do sistema verificou-se: HbA1c $6,5 \pm 1\%$, tempo no alvo $85 \pm 6\%$ e variabilidade $28,1 \pm 4\%$.

Discussão e Conclusão: Ainda que estes sejam resultados precoces num grupo reduzido de doentes, observamos que neste grupo de doentes a troca de sistema de perfusão para o sistema automatizado em closed-loop permitiu a melhoria rápida do controlo glicémico nos casos avaliados a 3 meses. De notar que este estudo se encontra em fase inicial e vai permitir a inclusão de mais doentes (que ainda não atingiram os 3 meses de utilização do novo sistema), assim como a avaliação dos resultados em períodos mais prolongados, nomeadamente a 6 e 12 meses.

POSA-197 - (5004) - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEUROLÚPUS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Gonçalves Pinto¹; Marta Braga¹; Pedro Mesquita¹; Juliana Andrade¹; Gonçalo Torrinha¹; Filipe Vilela¹; Vânia Gomes¹; Céu Rodrigues¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença imunomediada crónica multissistémica, que afeta cerca de 0.07% dos portugueses. A sua apresentação inicial é muito variável e, em apenas casos raros, o acidente vascular cerebral (AVC) é a primeira manifestação de LES. As manifestações neurológicas podem resultar de diferentes mecanismos, como inflamação, trombose e vasculopatia.

Caso clínico: Mulher de 64 anos com antecedentes de AVC isquémico e carcinoma papilar da tireoide. Desde março de 2023, a doente foi múltiplas vezes ao Serviço de Urgência por astenia generalizada, alternando com períodos de agitação noturna. Em maio de 2023, foi internada para estudo de um quadro constitucional e febre. Deste estudo destaca-se TC tórax com focos de densificação irregulares dispersos, sendo colocada a hipótese de etiologia inflamatória/infeciosa; baciloscopias negativas; TC-CE com múltiplas áreas de enfarte subagudas; líquido cefalorraquidiano sem alterações; angioRM-CE, com múltiplas lesões agudas, sugestivas de lesões embólicas. Colocadas como hipóteses mais prováveis a endocardite infecciosa e uma vasculite com envolvimento do SNC. Assim, realizou um ecocardiograma transesofágico, que excluiu endocardite bacteriana, e biópsia de uma das lesões pulmonares. Foi feito estudo de autoimunidade, apresentando consumo de C3 e C4 e anticorpos ANCA MPO+. Foi assumido o diagnóstico de vasculite ANCA com envolvimento pulmonar, renal e do SNC e iniciados pulsos de metilprednisolona. Posteriormente transferida para o nosso hospital, para início de “terapia de indução”, fazendo uma toma de rituximab. É repetido o estudo da autoimunidade, com anticorpos anti-Smith positivo e ANCA MPO+. É conhecido o resultado da histologia da biópsia pulmonar, demonstrando uma vasculite e um padrão NSIP. Por envolvimento renal com proteinúria nefrótica, foi realizada biópsia renal. Revendo o processo clínico da doente e, atendendo aos novos dados dos exames complementares, é colocada como hipótese diagnóstica o LES. Foi iniciada hidroxicloroquina e ciclofosfamida. Posteriormente, a histologia da biópsia renal veio a corroborar esta hipótese diagnóstica.

Conclusão: O caso apresentado demonstra que o diagnóstico de LES é desafiante, devido a uma constelação de sinais e sintomas diferente de doente para doente, sendo necessária uma elevada suspeição clínica. Por vezes, também é necessário visitar a hipótese diagnóstica inicial, já que esta patologia apresenta inúmeros mimetizadores.

POSA-198 - (5005) - QUANDO A VARICELA NÃO VEM SÓ...

Mariana Santos Silva¹; Inês Ferreira¹; Marta Dalila Martins¹; Lindora Pires¹

1 - Unidade Local de Saude do Tâmega e Sousa

O Tromboembolismo Pulmonar (TEP) é uma forma de Tromboembolismo venoso (TEV) comum na população adulta, mas a sua evidência e diagnóstico durante a infância é rara (0.14 a 0.21 por 10,000 crianças por ano).

CASO CLÍNICO: Homem, 17 anos, com asma alérgica. Diagnóstico de varicela zoster, medicado com valaciclovir há três semanas. Recorre ao SU por quadro com 6 dias de evolução de dor na região dorsal superior direita com irradiação para a região torácica inferior ipsilateral associada a dificuldade respiratória, tosse seca e episódios de síncope (em contexto de dor intensa que não cedia a analgesia).

Do estudo realizado na admissão a destacar gasometria de sangue arterial sem insuficiência respiratória, troponina e mioglobina negativas, d-dímeros elevados (1787 ng/ml). AngioTC-Tórax a documentar pequenos trombos em ramos segmentares de ambas as artérias lobares inferiores, pequenos focos de densificação em ambas as bases pulmonares, de maiores dimensões à direita, compatíveis com pequenos enfartes e derrame pleural direito.

Internado para estudo de TEP com baixo risco de mortalidade ESC e enfarte pulmonar com necessidade de controlo algico. Admitido inicialmente no serviço de Pediatria, tendo sido transferido para o serviço de Medicina Interna quando completou 18 anos. Do estudo destaca-se marcadores inflamatórios sistémicos negativos, estudo imunológico negativo, anticoagulante lúpico negativo, serologias HIV, HCV e HBV negativas; ecocardiograma sem disfunção de ventrículo direito. Estudo das trombofilias genéticas em curso.

Iniciou hipocoagulação com enoxaparina, com posterior transição para apixabano. Evolução clínica favorável após 4 meses de DOAC, sem dispneia para grandes esforços ou novos episódios de síncope.

CONCLUSÃO: As complicações trombóticas secundárias à infeção pelo Varicela-Zoster são muito pouco frequentes. Habitualmente estão associadas a outros fatores de risco como vasculite, dano endotelial direto e deficiência de proteína S adquirida secundária a mimetismo molecular. O prognóstico da trombose pós varicela é bom, mas o estudo das trombofilias após recuperação deve ser realizado. Os autores destacam este caso pela associação rara das patologias.

POSA-199 - (5007) - AVC ISQUÊMICO: UMA MANIFESTAÇÃO INICIAL DE TUMOR CARDÍACO

A. Beatriz Ferreira¹; Rita Sárria¹; Cláudia Agostinho¹; Inês Rangel¹; Nídia Pereira¹

1 - ULS Matosinhos

Introdução: A maioria dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) de etiologia cardioembólica ocorrem por fenómenos de fibrilhação auricular. Os tumores cardíacos surgem como uma causa rara de AVC de etiologia cardioembólica, podendo o evento isquémico ser a manifestação inicial. O fibroelastoma é um tumor raro, de origem primária cardíaca que apresenta uma disposição pedunculada e móvel, facilitando a ocorrência de eventos embólicos.

Caso clínico: Mulher, 66 anos, cognitivamente íntegra e previamente autónoma. Com antecedentes de HTA, dislipidemia, diabetes e asma. Admitida por quadro vertiginoso com 1 mês de evolução. Doente com episódio de vertigem súbita seguida de síncope, com evolução para desequilíbrio da marcha, acufenos e hipoacusia direita nos dias subsequentes. Recorreu ao serviço de urgência por 3 vezes, sem determinação da etiologia, acaba internada para estudo do quadro prolongado.

À admissão: apirética, lentificada, com assimetria do sulco nasolabial e prova calcanhar joelho imperfeita bilateralmente. TC CE com angioTC cerebral e dos vasos do pescoço sem lesão isquémica aguda e sem evidência de trombos. Analiticamente, leucocitose ligeira, proteína C reativa normal e d-dímeros aumentados de 512ng/mL. Punção lombar com celularidade aumentada (18 células, 90% monócitos), proteinorráquia, sem consumo de glicose. Por suspeita de romboencefalite, iniciou antibioterapia empírica com ampicilina e ceftriaxone em doses meníngeas.

Do estudo do líquido: PCR enterovírus, VVZ, HSV 1 e 2, Listeria monocytogenes negativos; bacteriológico com cultural negativo. Serologias negativas para Toxoplasma, CMV, Treponema pallidum e VIH. Estudo autoimune negativo.

RMN CE com lesões isquémicas em fase subaguda na região cortico-subcorticais cerebelosas esquerdas, a sugerir evento cardioembólico. Neste contexto, realizou EcoTT que mostrou massa heterogénea, intracardíaca ao nível da aurícula esquerda (22x24mm), friável e móvel, confirmada com EcoTE.

Foi submetida a cirurgia cardíaca, com exame patológico a revelar lesão compatível com fibroelastoma papilar. Teve alta com plano de fisioterapia, com melhoria clínica e sem recidiva de doença.

Conclusão: O subdiagnóstico de tumores cardíacos por levar a eventos isquémicos recidivantes e a manifestações cardíacas. O diagnóstico e tratamento precoce desta patologia permitiu alterar o percurso previsível da doença, evitando novos eventos com importante morbimortalidade.

POSA-200 - (5010) - SAÚDE E SUPORTE SOCIAL: UMA ANÁLISE INTEGRADA DE DOENTES HOSPITALARES

Luísa Pina Marques¹; Alice Cambra¹; António Pinho¹; Madalena Pinho¹; Gonçalo Sarmiento¹; Ana Raquel Freitas¹

1 - Unidade de Saúde Local De Entre Douro e Vouga

INTRODUÇÃO: O aumento da população em idade geriátrica impõe desafios na gestão dos cuidados de saúde. Os internamentos sociais e a perda funcional destes doentes acarreta interações complexas entre saúde, bem-estar social e capacidade de oferta de cuidados integrados e adequados.

OBJETIVOS: Caracterização dos doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna, após a alta clínica da condição que motivou a admissão hospitalar.

MATERIAL E MÉTODOS: Análise estatística, descritiva, retrospectiva e unicêntrica dos processos clínicos dos doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna, após obtenção de alta clínica da condição que motivou a admissão hospitalar, durante o ano de 2022. Foram colhidos dados relativos às características demográficas, sociais, motivo de internamento, grau de autonomia, comorbilidades, tempo de internamento, intercorrências e destino à data de alta hospitalar. A análise estatística foi realizada em SPSS.

RESULTADOS: Foram analisados 179 doentes, dos quais 51% (n=91) do sexo masculino; a idade média foi de 79 anos e 40% (n=71) eram casados. No que respeita ao estado funcional, 52,5% (n=94) eram parcialmente dependentes e 29,61% (n=53) tinham total dependência nas Atividades de Vida Diária (AVD) à data da admissão hospitalar. A média do Índice de Comorbilidade de Charlson ajustado à idade foi de 6,1. O principal motivo de internamento foi infeção respiratória (30,2%; n=54). Mais de metade dos doentes (64,25%; n=115) permaneceram internados a aguardar vaga na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e 35,75% (n=64) por motivos sociais; ainda, 13,91% (n=16) dos doentes inicialmente referenciados para RNCCI, acabaram por ser integrados em Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI). Neste período, 62,01% (n=111) dos doentes tiveram pelo menos uma infeção nosocomial, a maioria respiratória (65,77%; n=73). A taxa de mortalidade foi de 23,5%. O tempo médio decorrido entre a alta clínica e a alta institucional foi de 149 dias, consideravelmente mais longo nos doentes orientados para ERPI (193 dias vs 64 dias nos doentes orientados para a RNCCI). Os doentes integrados em ERPI tiveram um destino mais próximo da sua área de residência (em média 48 Km) comparativamente da RNCCI (em média 137 km). Verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa (p=0,042) entre a ausência de retaguarda familiar e os doentes internados por motivos sociais.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: A população estudada era predominantemente idosa, com elevado grau de dependência; a taxa de mortalidade corrobora a sua elevada vulnerabilidade, ocorrendo o óbito muitas vezes antes da alta institucional. A elevada demora média de internamento motivada pela condição social e necessidade de integração na RNCCI impõe enorme pressão nas instituições hospitalares sobrelotadas. Os resultados sustentam a necessidade de políticas de saúde e assistência social que reconheçam as intersecções entre saúde física, dependência, e suporte social.

POSA-201 - (5018) - TAMPONAMENTO CARDÍACO: UMA EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA

Sofia Rodrigues De Carvalho¹; Francisco Belchior¹; Diana Pereira Anjos¹; Diana Cruz¹; Lindora Pires¹

1 - Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

Derrame pericárdico é uma entidade com diversas etiologias e está muitas vezes associada a neoplasias extra-cardíacas, embora raramente como manifestação inicial. Na sua forma mais grave, pode resultar em tamponamento cardíaco, tratando-se de uma emergência oncológica.

Mulher de 49 anos, sem antecedentes de relevo e não fumadora admitida no Serviço de Urgência em choque obstrutivo por tamponamento cardíaco. Realizada pericardiocentese emergente com drenagem de 750 mL de líquido hemático com predomínio mononuclear. Durante investigação, realizada tomografia computacional toracoabdominopelvica com evidência de derrame pleural bilateral de moderado volume e ascite de pequeno volume. Após drenagem eletiva de derrame pleural, repetida imagem torácica a mostrar múltiplos nódulos pulmonares nos lobos médio e inferior do pulmão direito com adenopatias hilares e subcarinais. Excluídas causas infecciosas e inflamatórias. Realizada biópsia transtorácica de nódulo pulmonar. Exame anatomopatológico do líquido pericárdico e nódulo pulmonar compatível com carcinoma não pequenas células com perfil morfológico e imunocitoquímico de adenocarcinoma de origem pulmonar com PDL-1 positivo. Biologia molecular revelava gene de fusão EML4(6)-ALK(20) com ganho de função. Sem evidência de outra metastização. Orientada para Consulta Externa de Oncologia em centro de referência, onde foi proposta para terapêutica com alectinib.

Estes quadros apresentam um curso, geralmente, insidioso com parca sintomatologia associada. Contudo, a manifestação inicial em tamponamento cardíaco é rara e ameaçadora da vida. A neoplasia do pulmão é a principal causa de derrame pericárdico maligno. Perante a presenta desta mutação, a possibilidade de instituir terapêutica dirigida melhora o prognóstico da doença.

POSA-202 - (5038) - PARAGANGLIONOMA JUGULAR UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL DE DEGLUTIR.

Guilherme Salavisa¹; Soria Proença E Silva¹; Eufémia Calmeiro¹; Paulina Mariano¹; Maria Eugénia André¹

1 - ULS Castelo Branco

Introdução: O paraganglioma jugular (PJ) é um tumor neuroendócrino raro, 1 caso por 1,3 milhões de pessoas, de comportamento tendencialmente benigno, que surge no tecido paragangliomar do bulbo jugular. No entanto 1 a 5% podem ser malignos. Apresenta desafio diagnóstico devido aos seus sintomas inespecíficos e crescimento lento.

É 3 a 6 vezes mais comum em mulheres entre os 40 e 70 anos.

Caso Clínico: Apresenta-se uma mulher, 63 anos, enviada à consulta de Medicina Interna por pancitopenia, entretanto já debelada, após diverticulite complicada com peritonite. Na altura referia disfonia e disfagia progressiva, com 4 anos de evolução, associada a perda ponderal e massa cervical direita indolor, mas de aumento progressivo.

Exibia desvio conjugado da língua para a direita sem alteração da sensibilidade. Referia episódios de vertigem, ligeiramente melhorada sob terapêutica sintomática.

Apresentava um assimetria cervical, palpando-se uma massa firme, aderente aos planos profundos no triângulo anterior cervical direito, sem contornos bem definidos, estendendo-se até ao ângulo da mandíbula.

A laringoscopia mostrou paralisia da corda vocal direita, sem desvio da úvula.

Notória atrofia da língua no lado direito, alterações sugestivas de possível envolvimento do nervo glossofaríngeo.

RMN CE e Pescoço: lesão expansiva de 20x22mm na fossa jugular direita, com morfologia poliglobulada que remodela as paredes da fossa jugular com intenso realce após gadolínio, compatíveis com estruturas vasculares. Esta lesão determina efeito de massa sobre a carótida interna cervical distal, sem evidente extensão à caixa timpânica, documenta-se contudo obliteração do canal do hipoglosso direito. Achados imagiológicos sugestivos de PJ.

Eletromiografia: lesão crônica do nervo hipoglosso direito. Enviada para Consulta de Neurocirurgia e terapia da fala.

Discussão: O PJ é um tumor neuroendócrino raro, que pode apresentar sintomas inespecíficos como hipoacusia, otorreia, acufeno pulsátil ou massa cervical. Até 10% revela neuropatia dos nervos cranianos, neste caso específico do XII par.

Conclusão: O diagnóstico e o tratamento atempados requerem um elevado índice de suspeita, uma avaliação clínica completa e estudos de imagiologia multimodais. A ressecção cirúrgica é a base do tratamento, visando a excisão completa tentando preservar a função neurológica. Uma abordagem multidisciplinar envolvendo várias especialidades é essencial para otimizar os resultados em pacientes com PJ.

POSA-203 - (5043) - EDEMA EXUBERANTE COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE HIPERTIROIDISMO SEVERO

Rita Gonçalves Pinto¹; Marta Braga¹; Juliana Andrade¹; Pedro Mesquita¹; Filipe Vilela¹; Luís Dias¹; Céu Rodrigues¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: O hipertiroidismo tem uma prevalência de 2% no sexo feminino. Pode ter várias etiologias, destacando-se a doença de Graves, a mais frequente, seguida do Bócio Multinodular Tóxico e dos adenomas tóxicos. Geralmente, surge uma constelação de sintomas exuberantes pelo aumento da hormona tiroideia em circulação. No entanto, o edema encontra-se apenas em formas graves da doença.

Caso Clínico: Mulher, 25 anos, referenciada em 2017 para consulta de Endocrinologia por suspeita de hipoglicemias, excluída após realização de prova de refeição mista. Do estudo realizado, destaca-se T4 livre 1.04 ng/dL, TSH 1.360 uUI/mL e anti-TPO 217 UI/mL, sem achados ecográficos. Assim estas alterações foram enquadradas numa tiroidite autoimune eutiroideia, com indicação para vigilância anual. Manteve-se estável ao longo dos 5 anos seguintes. Em 2022, a doente é avaliada em consulta de Medicina Interna por exuberante edema periorbitário e dos membros inferiores, com transudação. Estava medicada com diurético de ansa. Referia queixas de palpitações, perda de 25% do peso corporal em 12 meses e Hipertensão arterial, que se confirmou. Excluiu-se síndrome nefrótica por proteinúria apenas residual. Contudo, verificou-se TSH 0.008 uUI/mL e T4 livre de 6.01 ng/dL, compatível com hipertiroidismo severo, contextualizando-se o edema nesta entidade.

Conclusão: Perante um doente com edema exuberante, é necessário que as hipóteses de diagnóstico colocadas sejam enquadradas na idade e comorbilidades do doente. Neste caso, tratando-se de uma jovem com patologia tiroideia, é necessário excluir à priori o síndrome nefrótico, pela sua elevada prevalência, e é fundamental a avaliação da função tiroideia, já que os edemas estão associados a formas graves de hipertiroidismo. Desta forma, é possível iniciar o tratamento urgente da patologia, minimizando os efeitos deletérios desta para o doente, e evitando terapêuticas desnecessárias.

POSA-204 - (5057) - BROWN TUMORS

Victor Marquez¹; João Gomes¹; Filipe Araújo¹; Mariana Amaral Oliveira¹; Carina Andrade¹; José Ricardo Brandão¹

1 - ULS Santo António

Brown-Tumors são uma possíveis manifestações óssea terminais de qualquer forma de hipoparatiroidismo(HPT), comumente identificado em doentes renais crónicos como forma extrema de osteodistrofia. Esta designação deriva da sua histologia, com substituição de tecido ósseo por fibrovascular e células gigantes com depósitos de hemossiderina. O diagnóstico baseia-se num conjunto de achados clínicos, imagiológicos, laboratoriais e histológicos. Apresentamos um caso de um homem de 85 anos, autónomo, com importantes antecedentes nefro-urológicos, com doença renal crónica(DRC) estadio 5 em pré-diálise com fístula úmero-basílica, HPT, litíase renal, rim único à esquerda por agenesia, estenose uretral, status pós-prostatectomia por adenocarcinoma e bócio multinodular(BMN). Apresenta-se com clínica com 7 meses de evolução de queixas álgicas mecânicas do membro inferior esquerdo(MIE) deterioração da marcha e quedas frequentes. Admitido na sequência de queda com estiramento do MIE. Radiograficamente com lesões de características líticas no ílaco e diáfise do fémur. Internamento para estudo etiológico, com realização de PET que revelou a existência de múltiplas lesões osteolíticas e hipermetabólicas dispersas pelo esqueleto e lesão no lobo direito da tiroide suspeita de malignidade. Foi submetido a biópsia do nódulo com documentação de neoplasia folicular oncótica. Analiticamente com elevação marcada da PTH, com fósforo e tireoglobulina normais. Efetuada biópsia de lesão do fémur esquerdo, cuja histologia revelou tumor rico em células gigantes, com aspetos sugestivos de brown-tumor. Realizou cintigrafia das paratiroides, com captação aumentada na formação nodular em situação posterior da hemitiróide direita, de natureza suspeita, tendo sido submetido a tireoidectomia e paratiroidectomia. Histologia da tiroide demonstrou a existência de BMN e da paratiroide hiperplasia benigna. No pós-operatório realizou suplementação de cálcio de acordo com o protocolo em DRC, foi ajustada dose de suplementação oral de cálcio e iniciou suplementação com levotiroxina. O interesse desta caso prende-se no subdiagnóstico desta patologia e pelo mimetismo de neoplasias ósseas que estas lesões líticas demonstram. Tem particular relevância em doentes com DRC, cuja sobrevida tem aumentado graças às terapêuticas de substituição renal. Apesar de não ser potencialmente fatal per si, acarreta morbidade importante para o doente e pode, se adequadamente tratado, com controlo do HPT, ser reversível.

POSA-205 - (5069) - ESCALA HOSPITAL SIMPLIFICADA NA PREVISÃO DE REHOSPITALIZAÇÃO AOS 30 DIAS APÓS A ALTA

Agnieszka Czajkowska¹; Francisca Malheiro Reymão¹; Marcel Guerreiro¹; Claudia Mihon¹; Heidi Gruner¹

1 - Hospital Curry Cabral - ULS São José

Introdução: A rehospitalização 30 dias após alta é um desafio para os cuidados de saúde, que reflete a qualidade e influencia os custos (1, 3). A complexidade da rehospitalização é atribuída a fatores como a gravidade da doença, comorbilidades e planos de alta (1). A escala HOSPITAL simplificada identifica doentes em risco de rehospitalização evitável, incorporando: valor de hemoglobina (Hb) e de sódio (Na) à data de alta; presença de doença oncológica ativa; proveniência do Serviço de Urgência (SU); e internamento no ano prévio; e classifica os doentes em baixo ou alto risco para rehospitalização (2).

Objetivo: avaliar e caracterizar o impacto da rehospitalização em doentes internados num Serviço de Medicina Interna.

Materiais e Métodos: Estudo retrospectivo observacional de 100 doentes internados num Serviço de Medicina de um Hospital Central, entre janeiro e abril de 2023. Foram excluídos os doentes com morte durante o internamento e os transferidos para outro serviço hospitalar. Através da consulta do processo clínico eletrónico foi feita uma caracterização demográfica dos doentes e calculada a escala HOSPITAL simplificada. Os doentes foram divididos, de acordo com a pontuação: baixo (score entre 0-4) e alto (score ≥ 5) de rehospitalização aos 30 dias após alta.

Resultados: Após aplicação dos critérios de exclusão, dos 90 doentes analisados, 29 (32,22%) eram do sexo feminino e 61 (67,78%) do sexo masculino, com uma idade média de 75,01 anos. A demora média no internamento foi 5,50 dias ($\pm 11,87$ dias). Dos doentes analisados, 57 (63,33%) tinham baixo risco de rehospitalização aos 30 dias, e 33 (36,67%) tinham alto risco de rehospitalização aos 30 dias, de acordo com a escala HOSPITAL simplificada. Dos 57 doentes com baixo risco, 7 (12,28%) tiveram pelo menos um episódio de rehospitalização nos 30 dias após a alta. Destes 7 doentes, 2 (28,57%) tinham Hb < 12 g/dL à data de alta; 2 (28,57%) tinham Na < 135 mEq/L à data de alta; 4 (57,14%) tinham proveniência do SU; 4 (57,14%) tinham um internamento prévio no último ano; e nenhum tinha diagnóstico de neoplasia ativa. Dos 33 doentes com alto risco, 7 (21,21%) tiveram pelo menos um episódio de rehospitalização nos 30 dias após a alta. Destes, 4 (57,14%) tinham Hb < 12 g/dL à data de alta; 1 (14,29%) tinham Na < 135 mEq/L à data de alta; 7 (100%) tinham proveniência do SU; 2 (28,57%) tinham um internamento prévio no último ano; 5 (71,43%) tinham um diagnóstico de neoplasia ativa.

Discussão e Conclusão: A rehospitalização é um problema crescente, apesar de prevenível, tanto na realidade mundial como nacional. É desafiante prever quais os fatores com maior impacto na rehospitalização de um doente. Neste sentido, torna-se importante utilizar escalas preditoras do risco de rehospitalização dos doentes à admissão, com vista a otimizar os cuidados e melhor preparar a alta. Eventualmente, poderá ser pertinente reajustar as escalas existentes, mediante a realidade de cada local.

POSA-206 - (5071) - NON CIRRHOTIC PORTAL HYPERTENSION DUE TO OXALIPLATIN LIVER INJURY

Ana Margarida Fonseca¹; Jorge Almeida¹; Sofia Pereira¹

1 - Centro hospitalar Universitário de São João, Porto

Oxaliplatin is widely used as part of chemotherapy regimens for some gastrointestinal cancers. In gastric cancer, as adjuvant therapy, it has shown to improve rates of disease-free survival. Despite being associated with various adverse reactions, some of them, as non-cirrhotic portal hypertension, are less recognized. We herein report a case of oxaliplatin-related portal hypertension. A 61-year-old patient with history of gastric adenocarcinoma treated with partial gastrectomy with Billroth II reconstruction and adjuvant chemotherapy with CAPOX/FOLFOX regimens (total of three courses of CAPOX plus one of FOLFOX) was referred to the emergency department with abdominal pain and clinical signs of ascites. There was also a history of dyslipidemia with no history of heavy alcohol drinking or diabetes mellitus. Abdominal ultrasonography revealed large-volume ascites and a globular liver with hyperechoic and markedly heterogeneous parenchyma. Blood analysis showed hypoalbuminemia 25 mg/dL (reference interval [RI] 38-51), aspartate aminotransferase 86 U/L [RI 10-31], alanine aminotransferase 62 U/L [RI 10-31], alkaline phosphatase 187 U/L [RI 30-120] and gamma-glutamyl transpeptidase 70 U/L [RI 7-32] without hyperbilirubinemia. B-type natriuretic peptide - 61.9 pg/mL. There was no thrombocytopenia or coagulation abnormalities. Diagnosis paracentesis revealed a serum-to-ascites albumin gradient of 2.3g/dL and there were no malignant cells. She was then admitted to hospitalization and started the diagnosis work-up of portal hypertension. Heart failure symptoms/signs and ventricular dysfunction were excluded. Abdominal tomography excluded portal vein thrombosis and hepatic metastases and showed permeability of both hepatic veins and inferior vena cava; the spleen was normal. Liver histology excluded cirrhosis and revealed nonspecific morphologic changes including portal fibrosis and steatosis. Other causes of chronic liver disease were excluded. Hence, the presumptive diagnosis of oxaliplatin liver injury was established. Portal hypertension in the absence of cirrhosis or other known causes of liver disease and venous thrombosis is rare. The etiological factors proposed in literature are infection, immune disorders, predisposition to thrombosis, genetic factors, and a history of exposure to drugs or toxins. This case highlights the importance of being aware of the possible complications arising from oxaliplatin use, particularly when liver injury is present.

POSA-207 - (5075) - UM CASO DE LÚPUS

Fernando Salvador¹; Mariana Moreira Azevedo¹; Cristiana Dias Pinto¹;
Ricardo Manuel Pereira¹

1 - ULSTMAD

INTRODUÇÃO

O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune multisistémica com apresentação clínica e severidade muito variável. O envolvimento pleural é bastante frequente, sendo o restante acometimento pulmonar incomum. Nefrite lúpica está presente em 50% dos casos associando-se a maior morbimortalidade.

CASO CLÍNICO

Mulher de 48 anos, fumadora de 30 UMA, com história de dor torácica de características pleuríticas com seis meses de evolução e tosse hemoptoica. Associadamente astenia, perda de peso, hipersudorese noturna e cefaleias. Por manter sintomas recorreu ao serviço de urgência onde Rx tórax revelou derrame pleural de pequeno volume. No seguimento do estudo realizou TC toraco-abdomino-pélvico que evidenciou nódulos pulmonares bilaterais (1cm) e hepatoesplenomegalia. Analiticamente com anemia de doença crónica, leucopenia, lesão renal aguda não oligúrica AKIN 3 e aumento da VS e PCR. Dado atingimento pulmonar, renal e hematológico foi internada para estudo. Destaca-se consumo de complemento, ANAs positivos (>1: 1280 padrão homogéneo), anticorpos anti-dsDNA, p-ANCA, Anti-MPO, anti-Ro 52, anti-nucleossomas, anti-Jo1 positivos, proteinúria (1.7 g/dia) e eosinofilia (4%). Ecografia renal sem alterações parênquima renal ou hidronefrose. Com a exclusão de outros possíveis diagnósticos assumiu-se LES segundo os critérios de classificação da EULAR/ACR 2019 (24 pontos). Escala SLEDAI pontuava 25, definindo elevada actividade da doença. Dado atingimento renal iniciou bólus metilprednisolona 750mg/dia durante 3 dias e posteriormente prednisolona 1mg/Kg/dia e hidroxiquina 400mg/dia. Pela persistência de cefaleia apesar de analgesia realizou RM cerebral que não revelou alterações. Após discussão com nefrologia e dado boa resposta clínica e analítica à terapêutica foi protelada biópsia. Uma semana após, novo agravamento da função renal, sendo internada para realização de biópsia. Resultado compatível com nefrite lúpica classe IV. Iniciou ciclofosfamida segundo protocolo Euro-Lupus com boa resposta.

CONCLUSÃO

A dor torácica de características pleuríticas, a expectoração hemoptoica, o tabagismo, a presença de derrame pleural e nódulos pulmonares levantaram, inicialmente, a suspeita de neoplasia e infeção. No entanto, a expressão analítica, sobretudo imunológica, aliado ao envolvimento renal com proteinúria afastaram essas hipóteses. Este caso levanta a questão sobre o timing da biópsia renal atrasando assim o tratamento adequado.

POSA-208 - (5084) - EVIDÊNCIA CLÍNICA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE

Mariana Simão De Magalhães¹; Joana Castro Vieira¹; Mafalda Maria Santos¹; João Vieira Afonso¹; Joana Frutuoso¹; Ana Filipa Rodrigues¹; Tânia Gaspar¹; Rosa Amorim¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste - Unidade Caldas da Rainha

Introdução: A anemia hemolítica autoimune (AHA) é caracterizada pela destruição precoce de eritrócitos por autoanticorpos. Está relatada em cerca de 10% dos casos de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), uma doença autoimune sistêmica com um largo espectro de apresentação clínica. Apresentamos um caso clínico que demonstra esta associação.

Caso clínico: Mulher de 52 anos, com alopecia areata de diagnóstico recente em tratamento tópico, apresenta-se com febre, dor abdominal, astenia e colúria com 4 dias de evolução. Esta clínica foi precedida por um quadro gripal recente, e não foram reportadas perdas hemáticas. Ao exame objetivo, destaca-se pele e escleras ictéricas, sem hepatoesplenomegalia. Do estudo complementar, a realçar hemoglobina 5.4 g/dl, leucócitos 1330 /uL, neutrófilos 69.9%, reticulócitos 14%, bilirrubina total 6.41 mg/dL (bilirrubina indireta 5.82 mg/dL), LDH 523 U/L, proteína C reactiva 1.2 mg/dL, haptoglobina <8 mg/dL. Vírus Epstein-Barr positivo. Teste antiglobulina direto IgG e C3d e anticorpos AGH positivos. Sem alterações na ecografia abdominal. Admitiu-se anemia hemolítica autoimune após infeção por Epstein-Barr, sendo instituída terapêutica com prednisolona 1 mg/kg/dia com melhoria clínica e analítica. Posteriormente ao estudo realizado, comprova-se a positividade de ANA (1:160) e anticorpos anticardiolipina IgM, assim como consumo de complemento (C3 71 mg/dL e C4 <3 mg/dL). Admite-se o diagnóstico de LES e a doente iniciou hidroxycloquina.

Discussão/ conclusão: O caso clínico apresentado reforça a associação entre AHA e LES, enfatizando a necessidade de não descurar a realização de estudo autoimune nos doentes com elevada suspeição clínica. O diagnóstico precoce de LES é crucial para reduzir a morbilidade e garantir uma abordagem terapêutica eficaz.

IMI-001 - (1022) - PNEUMONIA REDONDA – UMA IMAGEM RARA

Ana Sofia Silva¹; Maria João Oliveira¹; Rita Menezes Azevedo¹; Bárbara Soeiro¹

1 - ULS Gaia e Espinho

Introdução: A pneumonia redonda é uma apresentação imagiológica rara de pneumonia em adultos, tratando-se de um achado precoce no curso da doença.

Caso Clínico: Sexo feminino, 69 anos. Dor na grade costal esquerda, na região inferior, de intensidade moderada, características pleuríticas e com melhoria ligeira com analgésico. Associadamente, tosse com expectoração mucosa. Sem febre, dispneia ou outras queixas. À auscultação pulmonar, crepitações bolhosas na base esquerda. Analiticamente, leucocitose com neutrofilia e elevação da PCR. Radiografia torácica com hipotransparência redonda na base esquerda, compatível com a zona da dor. Tomografia computadorizada torácica a confirmar lesão de 69mm de diâmetro sugestiva de processo infeccioso.

IMI-002 - (2049) - O QUE DIZEM OS TEUS OLHOS?

Sérgio Costa Monteiro¹; Raquel Vieira¹; Sara Bravo¹; Daniela Alves¹;
Jorge Henriques¹

1 - ULS Região de Aveiro

Os xantelasmas são achados característicos dos doentes com colangite biliar primária (CBP) sendo que estão presentes em até 10% dos doentes. Correspondem à hiperlipemia associada à colestase e, geralmente, traduz estádios avançados da doença.

Os autores apresentam o caso de um homem de 65 A, autónomo, fumador, e sem diagnósticos médicos prévios conhecidos, internado em contexto de icterícia “de novo”, prurido e síndrome constitucional com 2 meses de evolução. Ao exame objetivo a destacar marcados xantelasmas, lesões de coceira e ascite de moderado volume. Após estudo analítico e imagiológico exaustivo confirmado o diagnóstico de CBP. A semiologia continua a ser um pilar essencial na clínica, fornecendo pistas essenciais para o diagnóstico.

IMI-003 - (2053) - MENINGIOMA INTRAVENTRICULAR – UMA LOCALIZAÇÃO INCOMUM

Bárbara Lemos¹; Mauro Gomes Marques¹; Soraia Pinho Duarte¹;
Bruno Sequeira Campos¹; Patrícia Gomes Pereira¹; Rita Lizardo Grácio¹;
Renato Saraiva¹

1 - Centro Hospitalar de Leiria

Os meningiomas são bastante comuns, constituindo 37% de todos os tumores primários do SNC. Destes, apenas 5% apresentam uma localização intraventricular.

São frequentemente encontrados ocasionalmente, ou quando se tornam clinicamente relevantes por obstrução do trajeto do LCR e conseqüente hidrocefalia. Podem também associar-se a cefaleia, alterações visuais, de memória ou déficit cognitivo.

Há uma maior prevalência em mulheres e nos casos de carcinoma da mama.

Neste caso, uma doente de 86 anos, com antecedentes de neoplasia da mama, mastectomizada, é observada por uma queda. A TC mostrou uma lesão ocupante de espaço no ventrículo esquerdo e fez-se RMN cujas características sugeriam tratar-se de um meningioma benigno intraventricular.

IMI-004 - (2054) - QUISTO BRONCOGÉNICO - A IMPORTÂNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DE MASSA PULMONAR

Catarina Santos Reis¹; João Da Silva Gomes¹; Ana Luísa Maceda Rodrigues¹;
Maria João Oura¹; Isabel Camões¹; Jorge Almeida¹

1 - Centro Hospitalar Universitário de São João

Homem de 50 anos, fumador 60 UMAs, sem medicação habitual. Recurso ao Serviço de Urgência por quadro de tosse seca, toracalgia com características pleuríticas com 1 semana de evolução. Associadamente, anorexia e perda ponderal de 5Kg em 1 mês. GSA sem insuficiência respiratória. ECG sem alterações do segmento ST/T. D-dímeros aumentados, sem outras alterações analíticas. Angio-TC Tórax a revelar massa pulmonar (57x81x42mm) no LIE com calcificações grosseiras estruturais. Captação heterogénea em PET. Submetido a resseção cirúrgica da massa, revelando trata-se se um quisto broncogénico.

Os quistos broncogénicos constituem malformações congénitas raras da árvore brônquica, cujo diagnóstico deve ser equacionado perante uma massa pulmonar.

IMI-005 - (2058) - PERICARDITE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA DO MEDIASTINO

Rita Novera De Sousa¹; Andreia Mandim²; Inês Soldin¹; Mário Bibi¹; Tânia Maia¹;
João Caiano Gil¹

1 - ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano; 2 - ULS Póvoa de Varzim / Vila do Conde - Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde

A pericardite habitualmente resulta de infeções, metastização, alterações metabólicas, pós-enfarte ou associada a doença sistémica/fármacos. Expomos um caso raro secundário a irritação extrínseca por massa mediastínica.

Homem 35 anos, saudável, com dor opressiva retrosternal, agravada pela respiração e decúbito dorsal, sem relação com esforço. ECG mostrou supra-ST de concavidade superior em V1-V6, DI, DII, aVF; radiografia torácica com alargamento do mediastino superior revista em TC: extensa massa lobulada no mediastino anterior e superior, contornos mal definidos, envolvendo estruturas vasculares e extensa área de contato com pericárdio e derrame pericárdico mínimo. Biópsia a revelar linfoma T linfoblástico e orientado para quimioterapia.

IMI-006 - (2060) - IMPACTO CUTÂNEO DO CETUXIMAB

João Lança Pereira¹; Sofia Santos Pereira¹; Eurico Oliveira¹; Edite Nascimento¹

1 - ULS Viseu Dão-Lafões

Introdução: Introdução: O cetuximab é um anticorpo monoclonal que demonstrou aumentar a sobrevivência dos doentes com cancro colorretal irressecável. A toxicidade cutânea é um efeito adverso que pode levar à suspensão do tratamento em casos graves.

Caso clínico: Homem de 70 anos com diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso T3N2aM1 que recorreu ao serviço de urgência (SU) por lesões cutâneas. Iniciou quimioterapia paliativa com FOLFIRI e cetuximab 10 dias antes. Ao exame objetivo destaca-se um exantema pápulo-pustuloso de predomínio abdominal. Com a substituição do cetuximab por bevacizumab verificou-se uma resolução gradual das alterações cutâneas. As reações medicamentosas adversas representam um número importante de idas ao SU.

IMI-007 - (2061) - COLELITÍASE À PELE - UM CASO PECULIAR

João Lança Pereira¹; Andreia Lopes¹; Eurico Oliveira¹; Edite Nascimento¹

1 - ULS Viseu Dão-Lafões

Introdução: As fístulas colecistocutâneas são complicações raras podem surgir de forma espontânea, pós-operatória, pós-traumática ou iatrogénica. A retenção de cálculos após cirurgia contribui para o desenvolvimento de fístulas.

Caso clínico: Homem de 90 anos com antecedentes de litíase vesicular e colecistostomia por vesícula hidrópica encaminhado ao serviço de urgência por lesão purulenta e “massa endurecida” no hipocôndrio direito. Os exames de imagem confirmaram a suspeita de fistula colecistocutânea e a presença de um “corpo estranho” no trajeto fistuloso que após extração manual se revelou ser um cálculo. Tendo em conta a ausência de sinais alarme e as comorbilidades do doente optou-se por tratamento conservador.

IMI-008 - (2067) - A DOENÇA QUE ESCAPA AO OLHAR DESATENTO: ESCABIOSE CROSTOSA/ NORUEGUESA

Pedro Teixeira Vaz¹; Margarida Real Cruz¹; Margarida Gonçalves Vaquina¹; Ruth Feio¹

1 - Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho (CHBM) - Serviço de Medicina Interna

A Escabiose Crostosa/ Norueguesa é uma infeção parasitária que ocorre principalmente em doentes com compromisso da imunidade. Tem uma manifestação por placas escamosas, com ou sem prurido, que podem sobreinfetar. O tratamento assenta em acaricidas oral e tópico, cuja duração depende da gravidade.

Mulher de 78 anos, com antecedentes de Esclerose Sistémica Cutânea Limitada e Imunossupressão, recorreu ao Serviço de Urgência por confusão e prurido. Observado eritema generalizado e crostas dispersas no dorso, couro cabeludo e pregas cutâneas, com mau odor. Avaliada por Dermatologia, teve o diagnóstico de Escabiose Crostosa. Realizou ivermectina oral e aplicação tópica de enxofre segundo o esquema, com melhoria clínica.

IMI-009 - (2070) - SINAL DE MCCONNEL - A PROPÓSITO DE UM CASO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Mariana Laranjeira¹; Marta Almeida¹; Renata Monteiro¹; Filipe Breda¹;
Ricardo Fontes Carvalho¹; Joana Pimenta¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia Espinho

Introdução: O sinal ecocardiográfico mais específico de tromboembolismo pulmonar é o sinal de McConnel - hipocinésia da parede livre do ventrículo direito e contratilidade apical normal.

Caso clínico: Mulher de 53 anos, encaminhada a partir da consulta de Oncologia Médica (glioblastoma multiforme) por dispneia para esforços mínimos com 15 dias de evolução, sem toracalgia, ortopneia ou dispneia paroxística noturna.

Ao exame objetivo: hemodinamicamente estável, com taquicardia sinusal, polipneica.

Gasimetria arterial com normoxemia, hipocapnia, sem hiperlactacidemia.

Ecoscopia cardíaca com dilatação do ventrículo direito, com D-shape sistólico, sinal de McConnel.

AngioTC com TEP bilateral.

Iniciou hipocoagulação terapêutica.

IMI-010 - (2073) - METÁSTASE ÓSSEA - PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR

Ana Lourenço Jardim¹; Isabel Marques Correia¹; Tomás Carlos¹; Beatriz Ferreira¹; Patrícia Alves¹; Isabel Fonseca¹; Lèlita Santos¹

1 - CHUC

O carcinoma hepatocelular é a neoplasia mais comum do fígado e das mais letais. Frequentemente diagnosticada em estadios avançados, 1/3 dos doentes apresenta metastização óssea, mas raramente como manifestação inicial.

Caso clínico de homem, 59 anos, consumo diário de 48g de álcool. Lombalgia direita com 7 meses de evolução com irradiação para o membro inferior homolateral, associada a parestesias e emagrecimento. Investigação etiológica diagnosticou volumosa lesão expansiva osteolítica a envolver porção direita do sacro, primeiras vértebras sagradas (com compressão radicular endocanal) e ílaco direito. Realizadas biópsias da lesão sagrada e nódulo hepático, identificando neoplasia epitelial com origem em carcinoma hepatocelular.

IMI-011 - (2096) - SÍNDROME DO DEDO AZUL

Maria Margarida Rosado¹; Tiago Alexandre¹; Mikael Xufre¹; Marta Mugeiro²;
Nuno Bernardino Vieira¹; Luísa Arez¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Portimão; 2 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

Introdução: A síndrome de embolização de colesterol (SEC) é uma doença sistémica causada pela libertação de cristais de colesterol de placas ateroscleróticas da aorta e seus ramos, tipicamente após um procedimento vascular invasivo, causando lesão isquémica e inflamatória de órgão alvo.

Caso clínico: Homem, 71 anos, com aterosclerose da aorta torácica, submetido a cirurgia de triplo bypass coronário e substituição valvular aórtica, desenvolveu cianose do primeiro dedo do pé direito com evolução para lesão purpúrica (Fig. 1) após o procedimento, analiticamente com eosinofilia e lesão renal aguda. Admitiu-se o diagnóstico de SEC, condicionando síndrome do dedo azul e doença renal ateroembólica.

IMI-012 - (2100) - LESÕES UMBILICADAS NA ÉPOCA DE MONKEYPOX

Beatriz Castro Silva¹; Maria Ana Flores²; Gonçalo Jantarada Domingos²; Sérgio Paulo²; Carla Mimoso Santos²; Robert Badura²

1 - Hospital Beatriz Ângelo; 2 - Centro Hospitalar Lisboa Norte

Mulher, 25 anos, caucasiana, com Lúpus eritematoso sistémico sob micofenolato. Admitida por máculas umbilicadas pruriginosas na face e tronco, epigastralgias, vômitos incoercíveis e sensação febril há 5 dias. Análises sem parâmetros inflamatórios. Internada por ausência de via oral e infeção provável a Monkeypox ou herpética. Iniciou aciclovir. Zaragatoa para monkeypox negativa e biópsia cutânea que revelou varicella zoster. EDA revelou úlceras gástricas, compatíveis com lesões herpéticas, não abrangidas em biópsia.

A reativação de varicella zoster ocorre sobretudo em idosos¹ e imunossuprimidos, cuja apresentação é mais grave². Na imunossupressão farmacológica é recomendada antes do seu início a vacinação para maiores de 18 anos^{3,4}.

IMI-013 - (2114) - PROPTOSE INCIDENTAL

Guilherme Camões¹; Maria Dias Lopes¹; André Abreu¹; Diana M. Ferreira¹;
Lèlita Santos¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O linfoma orbitário é raro e compreende 1% dos linfomas não Hodgkin. Manifesta-se com proptose, diplopia ou edema/massa palpebral.

Caso clínico: Mulher de 72 anos seguida em consulta por Lúpus Eritematoso Sistémico. Desenvolveu proptose do olho direito. Não apresentava outras alterações ao exame físico e estava assintomática. TC das órbitas mostrava “lesão envolvendo a glândula lacrimal, desviada anteriormente, o complexo muscular superior posteriormente, anteriormente contata a esclera desviando inferiormente o globo ocular com proptose e inferomedialmente desvia o musculo reto lateral e o nervo ótico, admitindo-se como mais provável a hipótese de linfoma”. A biópsia confirmou Linfoma B zona marginal.

IMI-014 - (2118) - CALCINOSE PSEUDOTUMORAL

Matilde Gonçalves¹; Ana Catarina Águas¹; Ana Sara Monteiro¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

Calcinose pseudotumoral (CP) é uma entidade clínica rara, benigna, caracterizada por lesões de tecidos moles periarticulares, indolores. Pode ocorrer secundária a doença renal crónica com perturbação do metabolismo cálcio-fosfato (como o caso apresentado), associada a síndromes familiares ou de forma esporádica. Na radiografia, a CP apresenta-se como uma ou várias massas multilobuladas, amorfas, calcificadas (*), em topografia peri-articular, tipicamente sem reação óssea associada. A CP envolve frequentemente a articulação do ombro e anca. Os sintomas decorrem da compressão de estruturas adjacentes, podendo ocorrer fistulização cutânea das lesões, com drenagem de líquido leitoso. O tratamento cirúrgico está indicado nos casos sintomáticos.

IMI-015 - (2141) - FOCO IMPROVÁVEL DE BACTERIÉMIA A MRSA

Jéssica Oliveira¹; Martim Bastos¹; Mariana Costa¹; Duarte Ceia¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

O aneurisma micótico da aorta é uma entidade rara, e de elevada morbimortalidade. É causado pela infiltração bacteriana ou fúngica, do tecido endotelial da aorta, em doentes com sépsis grave.

Apresenta-se o caso de um homem de 73 anos, hemodialisado, internado por sépsis com bacteriémia a *Staphilococos aureus* metilino-resistente de ponto de partida numa flebite na fístula da hemodiálise, com recidiva da febre ao 5º dia de antibioterapia dirigida com vancomicina. Foi realizada Tomografia computadorizada (TC) de abdómen com contraste, que revelou volumoso aneurisma sacular da aorta abdominal, com possível rutura iminente, ausente na TC da admissão. Salientam-se as imagens pela sua raridade e importância de reconhecimento célere.

IMI-016 - (2142) - UMA CAUSA RARA DE DERMATOSE FEBRIL

Jéssica Oliveira¹; Mariana Costa¹; Martim Bastos¹; Duarte Ceia¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

A Síndrome de Sweet é uma dermatose neutrofilica. Associa-se, em 50% dos casos, a outras patologias como doenças infecciosas, inflamatórias, auto-imunes e, sobretudo, neoplásicas.

Apresenta-se o caso de um homem com 55 anos, que exibiu um quadro de febre alta com uma semana de evolução, associada a dermatose disseminada com atingimento da face, tronco, membros superiores e inferiores, caracterizada por dolorosas pápulas e placas eritematosas túmidas com pseudovesiculação.

Colheu biópsias e iniciou tratamento com prednisolona oral, com regressão completa das lesões. As biópsias confirmaram o diagnóstico de síndrome de Sweet. Destaco as imagens pela importância em reconhecer esta entidade e em excluir patologias associadas.

IMI-017 - (2154) - CAVITAÇÃO PULMONAR SECUNDÁRIA A EMBOLIZAÇÃO COM PONTO DE PARTIDA EM ENDOCARDITE

Soraia G. Araujo¹; Martinha Vale¹; Inês Araújo¹; Inês Silveira¹; Raquel Azevedo¹; Sofia Esperança¹

1 - Unidade Local de Saúde de Braga

A endocardite infecciosa está entre as complicações médicas mais comuns associadas aos utilizadores de drogas intravenosas (IV). Doente de 33 anos, utilizador de drogas IV, recorre ao SU por febre, tosse produtiva, hemoptises e toracalgia com 2 semanas de evolução. Associadamente com dor e edema do antebraço direito. Realizou TC de tórax que identificou áreas cavitadas bilateralmente. Identificada bacteriemia a *Staphylococcus aureus* multissensível. Ecocardiograma transtorácico sugere a presença de uma vegetação apensa ao folheto anterior da válvula tricúspide. Assumindo-se assim o diagnóstico de endocardite a condicionar embolização pulmonar, com ponto de partida provável em celulite do antebraço direito (por injeção de drogas IV).

IMI-018 - (2155) - QUISTO PLEURO-PERICÁRDICO A CONDICIONAR DOR RETROESTERNAL

Soraia G. Araujo¹; Martinha Vale¹; Inês Araújo¹; Inês Silveira¹; Raquel Azevedo¹; Sofia Esperança¹

1 - Unidade Local de Saúde de Braga

Os quistos pleuro-pericárdicos representam 5 a 10% de todos os tumores do mediastino e afetam 1 a cada 100.000 pessoas. Habitualmente são assintomáticos, todavia podem manifestar sintomas que resultam da compressão de estruturas adjacentes. Relata-se o caso de uma doente de 85 anos que recorreu ao SU por dor retroesternal, náuseas e diaforese. Hemodinamicamente estável, apirética e eupneica em ar ambiente. Eletrocardiograma e estudo analítico sem alterações de relevo. TC de tórax revelou massa no ângulo cardiocrênico direito, hipocaptante, limites bem definidos, com cerca de 108 mm de maior eixo, compatível com quisto pleuro-pericárdico. Reviu-se o histórico e constatou-se que a lesão já era evidente em radiografia torácica de 2012.

IMI-019 - (2157) - VOLUMOSA BOLHA PULMONAR

Luís Miguel Coelho¹; Maria Rebelo¹; Mafalda Leal¹; Beatriz Sampaio¹;
Beatriz Barata¹; Catarina Costa¹; Madalena Lisboa¹

1 - Unidade Local de Saúde São José

Os autores destacam uma imagem de perda de volume pulmonar numa doente de 73 anos internada por infeção respiratória sem isolamento de agente.

A doente tem história progressiva de tuberculose pulmonar (TP) e asma. A tomografia computadorizada (TC) do tórax, realizada para esclarecimento de imagem aérea no lobo superior esquerdo na radiografia de tórax, evidenciou importante perda de volume pulmonar, com a metade superior do campo pulmonar ocupada por uma volumosa cavidade bolhosa de parede fina com 13cm de maior diâmetro, associado a extensa destruição do pulmão.

As cavidades de paredes finas são imagens sugestivas de sequelas de TP, tendo a TC-tórax um importante papel no diagnóstico diferencial destas imagens.

IMI-020 - (2186) - ARTROPATIA DE JACCOUD

Francisco Laranjeira¹; Nuno Neves¹; Marco Correia¹; Rita Ribeiro¹;
Anabela Raimundo¹

1 - Hospital da Luz Lisboa

Artropatia de Jaccoud (AJ) é uma manifestação associada frequentemente ao lúpus eritematoso sistémico (LES), semelhante artrite reumatoide (AR), mas não erosiva e, portanto, redutível na manipulação física.

Mulher, 52 anos, com história de AR deformante, internada por anemia hemolítica. Do estudo efetuado: teste de Coombs direto positivo, leucopenia, hipocomplementemia, ANA 1:160 de padrão fino granular, Ac anti-CCP e Ac Anti-ENA Ro52 positivos. Comparando com exames prévios **(1)**, a radiografia das mãos **(2)** mostrou material de osteossíntese dos polegares, metacarpofalângicas sem erosões e com desvio cubital corrigido à mobilização passiva, compatível com AJ. Tendo em conta os resultados, assumida mais provavelmente sobreposição de AR e LES.

IMI-021 - (2188) - SINAL DE WESTERMARK EM DOENTE COM TROMBOEMBOLISMO BILATERAL

Beatriz Sá Pereira¹; Zsofia Santos¹; Teresa Costa Pereira¹; Maria Leonor Neves¹; Aurora Zanga¹

1 - ULS Amadora Sintra

Introdução: O sinal de Westermark é um achado radiológico que corresponde a uma área de hipoperfusão pulmonar com consequente diminuição da trama vascular. Está presente em menos de 10% dos casos de tromboembolismo pulmonar.

Caso clínico: Homem de 70 anos, autónomo, com diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia, recorre ao serviço de urgência por cansaço com 1 semana de evolução e dor torácica de início no próprio dia. Nega dispneia, palpitações, tosse, ortopneia ou febre.

À admissão com taquicardia sinusal e insuficiência respiratória com hipocapnia. Realizou raio-X do tórax que demonstra sinal de Westermark. Por elevada suspeita, realizou Angio-TC de tórax que confirmou o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar bilateral de alto risco.

IMI-022 - (2193) - SINCOPE DE DEGLUTIÇÃO

Catia Correia¹; Vanessa Carvalho¹; David Campoamor¹; Milda Saldanha¹;
Jose Nuno Raposo¹; Ana Catarina Emidio¹; Bruno Aparício Santos¹

1 - Hospital da Luz Setubal

Desde 1793 estão descritos 117 casos de síncope associada a deglutição. Trata-se de uma patologia rara subdiagnosticada. Apresentamos o caso de mulher de 73 anos com síncope transitórias com perda de continência de esfíncteres. Sem outros sintomas. Sem déficits neurológicos. Análises laboratoriais sem alterações. Angiotomografia computadorizada crânio e torácica a salientar dilatação esofágica com banda gástrica. Realizou holter e ecocardiograma que não mostraram alterações. A endoscopia revelou exuberante estase esofágica. Sem novos episódios durante internamento. Colocada hipótese de síncope associada à estimulação nervo vago por dilatação esofágica.

IMI-023 - (2204) - ONDE A FRONTEIRA SE DESFAZ: HÉRNIA DO HIATO VOLUMOSA DESAFIANDO OS LIMITES ANATÓMICOS

Mónica Côrte-Real¹; Margarida Bento¹; Ricardo Pereira¹; Aissato Cassama¹; Francisco Morgado¹; Joana Carreira¹; Hugo Casimiro¹; Ermelinda Pedroso¹

1 - Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E.

Introdução

A hérnia do hiato (HH) consiste na protrusão de estruturas abdominais através do hiato esofágico para a cavidade torácica. Há dois tipos principais: a HH por deslizamento, mais comum, em que a junção esófago-gástrica e parte do estômago se projetam acima do diafragma; e a HH paraesofágica, em que o estômago se encontra ao lado do esófago. A idade avançada, a obesidade e o aumento da pressão intra-abdominal são fatores de risco. O diagnóstico requer exames como a radiografia, podendo ser incidental.

Caso clínico

Doente do sexo feminino, 85 anos, obesa, internada por traqueobronquite. O estudo etiológico incluiu radiografia torácica, resultando no diagnóstico incidental de volumosa HH visível em tomografia computadorizada do tórax.

IMI-024 - (2215) - SEMIOLOGY OF CARDIAC TAMPONADE: JUGULAR VEIN DISTENTION

Pedro Fernandes Moura¹; Fernando Mané²; Pedro Neves¹

1 - Unidade Local Saúde Médio Ave; 2 - Hospital de Braga

Cardiac tamponade, marked by impaired cardiac filling from increased diastolic pressure, manifests with hypotension, muffled heart sounds, and jugular venous distension (JVD), composing the Beck triad. A case of a 51-year-old male with advanced lung cancer presented with dyspnea and thoracalgia. Patient exhibited the Beck triad, including marked JVD (Image 1A). Swift echocardiography confirmed pericardial effusion and compressed cardiac chambers during diastole (Image 2). Pericardiocentesis drained 700cc of fluid, improving hemodynamics. Illustrating key findings, JVD indicates diastolic dysfunction, and echocardiography confirmed pericardial effusion and right ventricle collapsibility during diastole, confirming the cardiac tamponade.

IMI-025 - (2232) - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÃO SARCOMATÓIDE

Carolina Brandão Monteiro¹; Liliia Savka¹; Ana Maria Baltazar¹;
Raquel Mendes Boto²; Joelma Mendes¹; Alexandra Wahnon¹; Maria José Pires¹;
Ana Catarina Lopes¹; Liliana Ribeiro Santos¹; Nuno Reis Carreira¹;
Marisa Teixeira Silva¹; António Pais De Lacerda¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria; 2 - Unidade Local de Saúde São José

Introdução: Os sarcomas são tumores raros com uma incidência de 4-5/100000 indivíduos na Europa.

Caso clínico: Mulher de 37 anos com febre (40°C) e aumento do volume abdominal. Laboratorialmente com hemoglobina de 8.2 g/dL e proteína C reativa 19 mg/dL. Em tomografia abdomino-pélvica identificada volumosa massa com características sarcomatóides. O estudo adicional com ressonância magnética pélvica mostra útero com 24,5 cm de eixo crânio-caudal e miométrio totalmente substituído por miomas. Foi tentada miomectomia para preservação da fertilidade, mas por perdas hemáticas com repercussão hemodinâmica convertida a histerec-tomia e salpingectomia bilateral. A análise anatomo-patológica revelou leiomiomas uterinos, o maior com áreas de apoplexia.

IMI-026 - (2245) - IATROGENIA POR TENTATIVA DE COLOCAÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA EM PESSOA COM DEMÊNCIA AVANÇADA: UM CASO CLÍNICO ILUSTRADO

Manuel G. Costa¹; Joana Rodrigues Dos Santos¹

1 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

A alimentação forçada em pessoas com demência avançada não está indicada.

Mulher, 92 anos, Alzheimer e dependência grave (índice Barthel 5). Progressiva diminuição da ingesta por recusa. A fim de garantir aporte nutricional foram feitas tentativas de colocação de sonda nasogástrica (SNG), sem sucesso. Admitida na urgência por dispneia. Objetivaram-se sinais de dificuldade respiratória e estridor. A exploração videolaringoscópica não mostrou corpos estranhos e mostrou edema da hipofaringe e laringe. Não houve resposta à administração de adrenalina, clemastina ou corticoide. O radiograma de tórax mostra estreitamento da coluna aérea ao nível da laringe por edema secundário ao traumatismo com SNG. A doente acabou por falecer em horas.

IMI-027 - (2248) - UMA CAUSA DE DOR ABDOMINAL ATÍPICA

Mariana Matos¹; Maria Inês Matos¹; Helena Oliveira¹; Marta Patacho¹; Jorge Almeida¹

1 - ULS São João

Introdução: A dor abdominal é uma causa comum de recorrência aos cuidados de saúde, e cujas causas são inúmeras. A manutenção de queixas após terapêutica deve alertar para uma causa menos frequente.

Caso Clínico: Mulher, 55 anos, com lúpus eritematoso sistémico e doença renal crónica em hemodiálise. Admitida por dor abdominal, náuseas e vômitos. Ao exame objetivo apenas apresentava dor abdominal difusa à palpação. Estudo analítico e radiografia abdominal sem alterações. Realizou TC abdominal: ascite de moderado volume, pneumoperitoneu, perfuração do colon esquerdo com extravasamento de conteúdo fecal e lesão extra-luminal de aspeto enovelado, sugestiva bezoar. Foi submetida a cirurgia abdominal e admitida em unidade de cuidados intensivos.

IMI-028 - (2255) - NEUROIMAGEM EM DIAGNÓSTICO DE PARALISIA SUPRANUCLEAR PROGRESSIVA

Constantin Sitari¹; Paulo Alano¹; Rosario Blanco Sáez¹; Alexandra Martins¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve, Hospital de Faro

Introdução: Paralisia supranuclear progressiva é a forma mais comum de parkinsonismo atípico, caracterizada por oftalmoplegia, alterações da marcha, instabilidade postural, disartria, disfagia, rigidez e distúrbios cognitivos. O diagnóstico é clínico, apoiado pela neuroimagem (sinal radiológico do colibri). Não há terapia modificadora e a progressão é rápida.

Caso clínico: Mulher, 74 anos, com hepatite autoimune, diabetes e hipertensão arterial. Apresenta alterações visuais, disartria, disfagia e instabilidade na marcha. Exame neurológico revela parésia no olhar, "square wave jerks", disartrodifonia leve, rigidez axial. Realizou RMN evidenciando o sinal de colibri e o sinal de morning glory que apoiaram o diagnóstico.

IMI-029 - (2271) - UMA ÁGUA TÓNICA? NÃO, OBRIGADO!

Daniela Barbosa Mateus¹; Marta Almeida²; Carolina Gomes¹;
João Barbosa Barroso¹; Jéssica Abreu¹; Joana Tavares Pereira¹;
Sofia Guerreiro Cruz¹; Joana Milho¹

1 - Hospital Vila Franca de Xira; 2 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz

Introdução: A quinina é um alcaloide extraído da casca da planta Cinchona e, para além do seu uso na Medicina, também é um ingrediente da água tónica.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 86 anos, com múltiplas comorbilidades. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia, febre e rash eritematodescamativo generalizado, pruriginoso, que desaparecia à digitopressão e poupava palmas/plantas/mucosas, com 1 hora de evolução; sem introdução de novos fármacos ou contactos de relevo. Apurou-se ingestão de água tónica seguida de exposição solar horas antes. Assumido quadro toxicidade cutânea e sistémica induzida por quinina. Iniciou corticoterapia tópica e anti-histamínico com melhoria. Foram excluídas outras causas.

IMI-030 - (2278) - LITÍASE VESICAL – UMA CAUSA DE LESÃO PÓS RENAL A NÃO ESQUECER

Marta Barrigas¹; Catarina Coelho¹; Daniela Pinheiro¹; André Ribeiro¹

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

A litíase vesical acontece por esvaziamento incompleto da urina, por etiologias que causem refluxo vesical ou obstruções à saída do trato ureteral. Um homem de 77 anos, com antecedentes de hiperplasia benigna da próstata e diabetes mellitus tipo 2, recorre ao serviço de urgência por dor abdominal, polaquiúria e hematuria desde há 3 meses. Estudo analítico com agravamento da função renal (Creatinina $0.8 > 1,20$ mg/dl). Realizou tomografia computadorizada abdominal que revelou múltiplos cálculos vesicais entre 8mm-12mm. Foi algaliado e medicado farmacologicamente com ácido cítrico 145mg/g, Citrato de potássio 463mg/g, Citrato de sódio 390 mg/g (2+2+2), com reavaliação em ambulatório por urologia para avaliar necessidade de intervenção cirúrgica.

IMI-031 - (2301) - TUMOR INFLAMATÓRIO MIOFIBROBLÁSTICO DO FÍGADO VS TUMOR SOLITÁRIO DO FÍGADO - DUAS ENTIDADES RARAS E DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DIFÍCIL

André Carmo¹; Guilherme Nogueira Fontinha²; Lurdes Correia¹; Maria Augusta Cipriano²; Adélia Simão¹; Lélita Santos¹

1 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Coimbra; 2 - Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: O tumor inflamatório miofibroblástico do fígado (TIMF) e o tumor fibroso solitário do fígado (TFSF) são 2 entidades extremamente raras (<1% das neoplasias hepáticas) com características histológicas muito semelhantes. O diagnóstico clínico é dificultado pelos sintomas inespecíficos dependendo a sua diferenciação do estudo imunohistoquímico e molecular. O tratamento é a ressecção cirúrgica.

Caso Clínico: Homem de 84 anos admitido por distensão abdominal, anorexia e astenia com 6 meses de evolução. Ao exame evidente distensão abdominal e hepatomegalia. Realizou tomografia computadorizada que identificou massa hepática com 21cm, cuja biópsia apresentou marcadores de TIMF e de TFSF. Recusou cirurgia, mantendo tratamento paliativo.

IMI-032 - (2304) - UM CASO RARO DE SÍNDROME MÃO-PÉ-BOCA NO IDOSO

Joana Martins Cabral¹; Beatriz Belo¹; Sofia Peixoto¹; Sofia Pereira¹

1 - Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

O síndrome mão-pé-boca (SMPB) é uma doença infecciosa comum provocada pelo vírus Cocksackie, que ocorre em crianças, sendo rara em adultos. Caracteriza-se por pápulas nas mãos, pés e cavidade oral, que evoluem para vesículas. O tratamento é sintomático.

Descreve-se o caso de mulher de 75 anos internada por infeção periprotésica pós artroplastia do ombro esquerdo com prótese sob Ceftriaxone e Vancomicina empíricos. Ao 12º dia de internamento desenvolveu exantema vesicular nas mãos, pés e mucosa oral. Sem contacto com crianças. Pela localização e apresentação típicas do exantema em doente imunodeprimida em contexto infeccioso e ausência de outros sinais sugestivos de reação adversa a antibioterapia, assumido SMPB. Resolução espontânea em 7 dias.

IMI-033 - (2305) - ALMOFADA MALIGNA

Fábia Cerqueira¹; Valentim Rodrigues¹; Ana Cardoso¹; Sara Sarmento¹;
Joana C. F. Lima¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

90% dos tumores cefálicos são carcinomas de células escamosas; na maioria, remanescentes de adenocarcinomas, sarcomas e linfomas. A sua incidência em jovens, relaciona-se com a infeção pelo papilomavírus humano (HPV) e o seu prognóstico varia consoante o tamanho, local primário, etiologia e presença de metástases. Homem, 20 anos, sem antecedentes, recorre à urgência por tumefação occipital ulcerada, com exsudação purulenta. Realiza TC-CE a revelar volumosa massa epicraniana frontoparietal esquerda e fronto-occipital bilateral com limite em C6, irregular, de 24x9,7x29cm, com focos gasosos, vascularização e áreas necróticas, associada a rarefação óssea da calote occipital e envolvimento intracraniano (coleção epidural postero-mediana).

IMI-034 - (2316) - QUANDO UM QUISTO ABRE CAMINHO

Fábia Cerqueira¹; Ana Melício¹; Hélder Gonçalves¹; Valentim Rodrigues¹; Joana C. F. Lima¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

Os quistos hidáticos advêm da infeção por *Echinococcus granulosus*, formando-se maioritariamente no fígado (~70%). Os sintomas resultam do seu crescimento ou rutura, resultando em cólica biliar, íterícia obstrutiva e colangite.

Mulher, 82 anos, colecistectomizada, recorre à urgência por vómitos e dor abdominal. Objetivada dor à palpação do hipocôndrio direito, de alívio na descompressão, associada a ALT 550U/L; AST 1239U/L; GGT 579U/L e Bilirrubina total 1,61mg/dL. Realiza AngioTC-AP que revela dilatação e espessamento das vias biliares principal e intra-hepáticas e imagem nodular (40mm) no segmento IV hepático, com calcificações lineares e parietais, sugestiva de quisto hidático, confirmando-se a sua fistulização por CPRE.

IMI-035 - (2317) - SCHWANNOMA CERVICAL GIGANTE - UMA IMAGEM EM MEDICINA

Mafalda Leal¹; Beatriz Sampaio¹; Beatriz Barata¹; Ana Catarina Pina Pereira¹; Maria Rebelo¹; Jorge Frade¹; Sofia Salvo¹; Felisbela Gomes¹; Madalena Lisboa¹

1 - ULS de São José - Hospital Santo António dos Capuchos

Os schwannomas cervicais são tumores neurogénicos, benignos e raros. Inicialmente assintomáticos, podendo o seu crescimento provocar dor local ou limitar a mobilidade, sendo o tratamento cirúrgico.

Mulher, 85 anos, com neurinoma cervical diagnosticado em 2000, vem ao serviço de urgência por dor e diminuição da mobilidade cervical. À observação com volumosa massa cervical esquerda (10.2cm), dura, e pouco móvel. A ressonância magnética revelou volumosa lesão ocupante de espaço intracanal epidural esquerda e foramina de C4 e C5, confirmando provável Schwannoma. Após discussão foi encaminhada para o IPO, onde foi operada sem intercorrências, com confirmação do diagnóstico na peça operatória.

IMI-036 - (2323) - SÍNDROME DO ROUBO DA SUBCLÁVIA

Gabriela Costeira Paulo¹; Dany Cruz¹; Catarina Pinto Silva¹; Rita Seivas¹; Carolina Veiga¹; Ilda Coelho¹

1 - Unidade Local de Saúde Barcelos/Esposende

A síndrome de roubo da subclávia ocorre por estenose/oclusão proximal da artéria subclávia.

Mulher, 64 anos, fumadora, com clínica de tonturas. Sem traumatismo craniano, perda de consciência, cefaleia, diplopia, perda de força e/ou sensibilidade. Verificado diferencial de pressão arterial superior a 15mmHg nos membros superiores, atraso do pulso radial esquerdo, sopro carotídeo esquerdo, sem alterações ao exame neurológico. Tomografia computadorizada(TC) de crânio sem lesões isquémicas agudas, angioTC com possível estenose carotídea esquerda de cerca de 60%. AngioTC tórax mostrou “estenose significativa da artéria subclávia esquerda proximal-síndrome de roubo da subclávia”. Iniciada aspirina e orientada para consulta de Cirurgia Vascular.

IMI-037 - (2332) - SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL (PRES) – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE AVC

Andreia Meseiro¹; Cláudia Ribeiro¹; Bruna Barbosa¹; Ana Ruivo¹; Inês Bonito¹; Alexandra Roque¹; Bruno Bonito¹; João Caixinha¹; Rosário Ginga¹; Martinho Fernandes¹

1 - Centro Hospitalar Barreiro Montijo - Hospital Nossa Senhora do Rosário

Homem, 82 anos, autónomo. Antecedentes de HTA, doença renal e amaurose bilateral desde há 3 meses. Polimedicado, a destacar prednisolona 20mg e ác. acetilsalicílico.

Ida ao SU por prostração, cefaleia e parestesias dos membros inferiores desde há 2 dias. EO a destacar: TA 180/92 mmHg. GCS 13. ENS com redução da força muscular nos membros superiores e inferiores bilateral, discurso lentificado.

TAC-CE: “Hipodensidades cortico-subcorticais temporo-occipitais e cerebelosas bilaterais com apagamento sulcal. PRES?”

PRES trata-se de um síndrome clínico-radiológico caracterizado por cefaleia, convulsão e redução do estado de consciência, associado a encefalopatia hipertensiva e uso de imunossuppressores, que faz diagnóstico diferencial com AVC.

IMI-038 - (2353) - CAMINHO ALTERNATIVO: UM CASO DE FÍSTULA ESÓFAGOPLEURAL

Beatriz Marquês¹; Dulce Bonifácio¹; Pedro Dinis Avelar¹; Jorge Governá¹;
Henrique Alves Sousa¹; Luzia Bismarck¹; Manuel Ribeiro¹; Filipe Damião²;
Liliana Simões¹; Fátima Monteiro¹; Ana M. Costa¹; Rosa Amorim²

1 - Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras; 2 - Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Caldas da Rainha

A fístula esófagopleural é uma situação rara associada a elevada morbimortalidade.

Mulher, 85 anos admitida no SU por prostração e dispneia Com GCS 8. Internada por sépsis com ponto de partida pulmonar com derrame pleural direito. TC Tórax com volumoso derrame pleural direito, aspetos de cavitação e empiema por fistulização esófagobrônquica. Iniciou anti-bioterapia de largo espectro empiricamente e realizou drenagem de empiema com isolamento de *Citrobacter koseri*. Endoscopia confirmou fístula e foi colocada prótese. Em TC Tórax de controlo posterior confirmou-se migração da prótese para lúmen gástrico e manutenção de fístula definida como esófagopleural. Foi recolocada prótese com clips. Faleceu 8 dias depois.

IMI-039 - (2375) - CALCINOSE CUTÂNEA

Severina Lafuente¹; Nuno Faria¹; Ana Rita Matos¹

1 - Unidade Local Saude Braga

Introdução: A calcinose cutânea distrófica corresponde à deposição de sais de cálcio insolúveis na pele e tecido subcutâneo. Pode ocorrer em associação com doenças do tecido conjuntivo, particularmente a esclerose sistémica e a dermatomiosite. Caso clínico: Mulher de 57 anos com antecedentes de hipertensão arterial, esteatose hepática e asma. Seguida em consulta por calcinose exuberante, provavelmente associada a esclerose sistémica limitada. Diagnóstico realizado há mais de 30 anos, tendo já sido submetida a extracção de massas cálcicas pela Cirurgia Plástica. Metabolismo fosfocálcico sem alterações. Sob tratamento dirigido para a calcinose com hidroxicloroquina, colchicina e diltiazem.

IMI-040 - (2379) - PSEUDOANEURISMA DA ARTÉRIA RENAL PÓS-TRAUMÁTICO: A RARIDADE EXISTE

Rodolfo Almeida¹; João Brilhante¹; Paulo Cardoso¹; Pedro Alves¹; Ana Domingos¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve

Introdução: O trauma renal é uma comorbilidade importante na abordagem do trauma. O pseudoaneurisma da artéria renal (PAR), que normalmente surge em contexto iatrogénico a procedimentos renais, pode em casos raros, ocorrer como complicação de um trauma abdominal fechado.

Caso Clínico: Homem, 59 anos, politraumatizado grave no contexto de acidente de viação. Realizou tomografia computadorizada (TC) com achados sugestivos de quisto renal com hemorragia recente. Posteriormente, por alteração da função renal, efetuou ecografia renal que revelou PAR parcialmente trombosado no terço médio do rim esquerdo. Angio-TC posterior revelou lesão estável. Pelo risco de rutura e mortalidade associada, são habitualmente referenciados para angioembolização.

IMI-041 - (2380) - EMBOLIA PULMONAR POR CIMENTO ÓSSEO

Joana Freitas Ribeiro¹; Beatriz Luís Lopes¹; Ana Luísa Matos¹; Maria João Canotilho¹; Volodymyr Nagirnyak¹; Isabel Martins¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Introdução: A vertebroplastia consiste na injeção de cimento de polimetilmetacrilato no corpo vertebral. A embolia pulmonar é uma complicação, tendo incidência controversa. É frequentemente assintomática, mas há eventos fatais descritos. Não há uma estratégia terapêutica ideal, numa revisão sistemática concluiu-se que deve ser feita anticoagulação durante 6 meses.

Caso clínico: Mulher, 61 anos, antecedentes de vertebroplastia há 6 anos. Recorreu à urgência por cansaço fácil para esforços moderados, diagnosticada com infeção respiratória. Na tomografia computadorizada identificado material metálico na artéria pulmonar e transição para ramos lobares direitos, em provável relação com embolia de material cimentado ocorrido após a vertebroplastia.

IMI-042 - (2382) - ABCESSO DENTÁRIO COMPLICADO

Joana Freitas Ribeiro¹; Baltazar Oliveira¹; Ana Luísa Matos¹; David Matias¹; Isabel Martins¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Introdução: As infeções dentárias têm origem no dente ou nas suas estruturas de suporte e podem propagar-se aos tecidos circundantes. O prognóstico das não complicadas é bom, quando se propagam para as estruturas mais profundas do pescoço têm pior prognóstico e uma maior taxa de mortalidade.

Caso clínico: Homem de 55 anos, fumador ativo. Recorreu à urgência por dor maxilar, edema da face e drenagem peridentária purulenta. À observação febril, drenagem purulenta na orofaringe, tumefação dura no mento e edema cervical. Analiticamente com elevação significativa de parâmetros inflamatórios. Tomografia computadorizada a mostrar enfisema e lesão de tecidos moles na região bucal, abscesso na fossa amigdalina e edema do pescoço.

IMI-043 - (2388) - METASTIZAÇÃO PULMONAR EM PADRÃO DE LARGADA DE BALÕES

João Pedro Santos¹; Ricardo Ferreira¹; Isabel Ribeiro Ferreira¹; Anna Sukhoviya¹; Clara Matos¹; Tiago Tomás¹

1 - ULSAS - Hosp. Prof. Dr. Fernando da Fonseca

Introdução: A neoplasia do testículo representa o tumor sólido maligno mais frequente em homens na faixa etária entre os 15-35 anos de idade, condicionando elevada morbimortalidade.

Caso Clínico: Homem de 29 anos de idade, sem antecedentes pessoais relevantes, diagnosticado com neoplasia germinativa do testículo esquerdo, Não-Seminoma em estadio III, com metastização ganglionar e metastização pulmonar, submetido a orquidectomia. Internado por quadro respiratório compatível com progressão de doença pulmonar e infeção respiratória sobreposta. Nas imagens apresentadas, observamos o extenso e exuberante padrão de metastização pulmonar em largada de balões. Iniciou quimioterapia com bleomicina, etoposido e cisplatina em internamento.

IMI-044 - (2390) - OLHAR PARA ALÉM DA DEPENDÊNCIA

Rita Matos Sousa¹; Francisco Pinheiro¹; Cleide José Maria¹; Ana Filipa Martins¹; Carlos Capela¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: A deterioração súbita da capacidade funcional associados a sintomas neurológicos, devem levantar a suspeita mesmo em doentes idosos.

Caso Clínico: Mulher, 81 anos, autónoma, inicia quadro de quedas frequentes e progressivamente menor capacidade para deambulação, acabando por perder completamente a marcha em 4 meses. Associadamente, inicia disfagia progressiva com progressão até disfagia total em cerca de 1 mês. A doente apresenta um episódio de engasgamento com resolução parcial e início de dispneia, recorrendo ao serviço de urgência onde foi identificada uma pneumonia de aspiração e um volumoso meningioma paraclinoideu paramediano esquerdo com efeito compressivo sobre o tronco cerebral na tomografia computadorizada de crânio.

IMI-045 - (2402) - COMPRESSÃO MEDULAR POR METÁSTASE DE TUMOR DO TESTÍCULO

Rita Tinoco Magalhães¹; Soraia Mendes¹; Edgar Amaro¹; Luís Miguel Pereira¹; Rita Valadas¹; Maria Margarida Andrade¹; Patrícia Cipriano¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: As metástases ósseas de tumores testiculares são raras, mais ainda como manifestação inicial. Habitualmente, precedem-se de metastização ganglionar retroperitoneal.

Caso clínico: Homem de 59 anos com diminuição da força muscular (FM) dos membros inferiores (MI) e dorsalgia intensa. Apresentava FM grau 4 no MI direito e 2 no esquerdo, bem como hipostesia tátil e termoálgica a nível de D9. A TC da coluna mostrou lesão lítica em D9, sem menção a adenopatias retroperitoneais. A RM confirmou invasão do canal medular e compressão da medula espinhal. Posteriormente, foi objetivada massa pétreo testicular. O doente foi submetido a intervenção neurocirúrgica e a histologia confirmou tratar-se de metástase óssea de tumor testicular.

IMI-046 - (2414) - DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DO PULMÃO METASTIZADO APÓS QUEDA COM TRAUMA TORÁCICO

Helena De Oliveira¹; Inês Leite Teixeira²; Diogo Gonçalves Santos²; Marta Almada³; Maria João Dantas²; Jorge Almeida²

1 - Centro Hospitalar e Universitário de São João; 2 - CHUSJ; 3 - leninhabarrosooliveira@gmail.com

Homem de 47 anos, fumador ativo (CT 50 UMA), admitido no SU por queda com trauma torácico tendo realizado radiografia torácica com alargamento mediastínico. Tosse produtiva com expectoração hemoptóica com 2 meses de evolução, sem sintomas constitucionais. AngioTC torácico com massa sólida heterogénea hilar direita, com obliteração do brônquio no LSD, conglomerados adenopáticos hilares, mediastínicos e supraclaviculares e nódulos pulmonares bilaterais. Internado para estudo sendo realizada biópsia de gânglio supraclavicular com histologia compatível com carcinoma epidermóide - PD-L1 positivo. PET-scan com metastização pulmonar, ganglionar, suprarrenal e medular. RMN cerebral sem metastização. Proposto para QT sistémica e IT.

IMI-047 - (2421) - BÓCIO MERGULHANTE COMO CAUSA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

Rafaela Lopes Freitas¹; Margarida Carvalho Vieira¹; Lilian Farias¹; Catarina Quintela¹; Adelina Pereira¹

1 - Hospital Pedro Hispano - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

O bócio multinodular (BMN) caracteriza-se pelo aumento da glândula tiróide por múltiplos nódulos. Quando se estende para o mediastino designa-se de mergulhante (1% dos bócios cervicais).

Apresentamos uma mulher de 59 anos que recorre à urgência por dispneia súbita e tosse. À admissão com edema da face, pescoço proeminente, polipneica com SatO₂ (aa) 89%. Do estudo, gasimetria com insuficiência respiratória hipoxémica, ECG com taquicardia sinusal e análises sem alterações.

AngioTC cervico-torácico a evidenciar volumoso BMN com componente mergulhante no mediastino superior a condicionar desvio direito da traqueia, colapso do esófago e desvio externo do compartimento carotídeo em particular da veia jugular. Proposta para tratamento cirúrgico.

IMI-048 - (2436) - CARCINOMA SEBÁCEO – UM CASO RARO EXTRAOCULAR

Rita Gano¹; Isabel Cruz Carvalho¹; Miguel Ardérius¹; Nayive Gómez¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital Pulido Valente, Serviço de Medicina

O carcinoma sebáceo trata-se de uma neoplasia rara e agressiva, correspondendo a menos de 1% de todos os tumores cutâneos malignos, ainda mais rara quando em localização extraocular (25% dos casos), existindo apresentação em locais distantes como a região axilar, parede torácica, membros superiores ou coxa. Quando identificada atempadamente pode ser tratada cirurgicamente.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 88 anos, com tumefação na face posterior da perna direita com 6 meses de evolução e dor intensa, causando hemorragia. A biópsia revelou carcinoma primário cutâneo de células claras, assumindo-se carcinoma sebáceo extraocular. Realizada excisão da lesão nodular de 7,3x5,6x3cm e enxerto.

IMI-049 - (2454) - PANCREATITE AGUDA ALITIÁSICA POR HIPERTRIGLICERIDÉMIA: DO LABORATÓRIO À CLÍNICA

Juliana V. Nogueira¹; Christian Fernandes Neves¹; Daniela Ribeiro Alves¹; Paula Mesquita¹; Sérgio Monteiro¹; Raquel M. Vieira¹; Sara P. Bravo¹; Filipa Coroado Ferreira¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Hipertrigliceridemia é uma etiologia incomum, mas bem estabelecida de pancreatite aguda.

Homem, 33 anos. Admitido por vômitos e dor abdominal nos quadrantes superiores, em barra. Estudo analítico com soro muito lipémico, sem possibilidade de determinar triglicédeos ou amílase; Lipase de 313 U/L; Proteína C reativa 9,45 mg/dL. Na ecografia, pâncreas heterogéneo, mais hipoecogénico que o habitual, podendo traduzir alterações de pancreatite. Ficou em dieta zero, com fluidoterapia e analgesia. 48 horas após a admissão, triglicédeos 3569 mg/dL, Colesterol total 750 mg/dL. Evoluiu com disfunção multiorgânica e cetoacidose, pelo que foi admitido no serviço de Medicina Intensiva.

Tubo A – soro lipémico do doente; tubo B – soro controlo normal

IMI-050 - (2456) - UM RARO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOMBALGIA: UM CASO DE CORDOMA LOMBO-SAGRADO

Ana Catarina Pina Pereira¹; Francisca Ribeira Soares¹; Luís Gaião Santos¹; Mafalda Leal¹; Maria Rebelo¹; Carlota Lalanda¹; Jorge Salsinha Frade¹; Beatriz Sampaio¹; Beatriz Barata¹; Inês Urmal¹; Ana Bravo¹; Sofia Salvo¹; Madalena Lisboa¹

1 - Hospital de Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: Os cordomas são tumores ósseos extradurais, malignos, raros, localmente invasivos e recorrentes, tendo 15% localização cervical, torácica e lombar.

Caso clínico: Homem de 75 anos, história de hiperplasia benigna da próstata. Internado por quadro de lombalgia, paraparesia dos membros inferiores, com predomínio à direita, a condicionar instabilidade da marcha. Na marcha diagnóstica realizou tomografia computadorizada e ressonância magnética lombo-sagradas que revelaram uma volumosa massa mediana pré-sagrada e pélvica direita com calcificações dispersas, lesões líticas e infiltração sagrada, compatível com o diagnóstico de cordoma. Pretende-se alertar para uma entidade rara no diagnóstico diferencial de um sintoma frequente.

IMI-051 - (2469) - HÉRNIA DO HIATO: UM OBSTÁCULO À RESPIRAÇÃO

Maria Inês Risto¹; Luciana Sousa¹; Patrícia Sobrosa¹; João Coutinho De Sousa²;
Maria Guilherme Muchata¹; José Diogo Martins¹; Diana Guerra¹; Manuel Ferreira¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital de Santa Luzia; 2 - Serviço de Segurança e Saúde no trabalho, ARS Norte IP

Mulher de 93 anos, parcialmente dependente. Trazida ao Serviço de Urgência por dispneia súbita e sangue tipo borra de café na cavidade oral desde essa manhã. Antecedentes pessoais de relevo para o caso, politrauma há cerca de 2-3 meses com traumatismo craneoencefálico e trauma torácico. Ao exame físico estava polipneica, com tiragem intercostal e baixa expansibilidade torácica. Na auscultação pulmonar com murmúrio vesicular abolido na base direita.

Neste contexto, realizada tomografia computadorizada do tórax que documentou hérnia do hiato esofágico por deslizamento, com distensão hidroaérea do fundo gástrico acima do diafragma, exercendo compressão extrínseca sobre o hilo pulmonar direito.

IMI-052 - (2471) - ALÉM DO DERRAME: NEOPLASIA METASTIZADA

Maria Inês Risto¹; Luciana Sousa¹; Patrícia Sobrosa¹; Duarte Silva¹;
António Cardoso Fernandes¹; Ana Frederica Parente¹; Carmélia Rodrigues¹;
Diana Guerra¹; Patrícia Araújo¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital de Santa Luzia

Mulher de 81 anos, cognitivamente íntegra e autónoma. Antecedentes pessoais de Insuficiência Cardíaca (IC) de etiologia valvular a aguardar substituição desta. Diagnosticada há 2 meses com carcinoma ductal invasor da mama direita com metastização ganglionar. Internada por IC descompensada. Apresentou difícil gestão da terapêutica diurética com persistência de derrame pleural bilateral, o que motivou toracocentese diagnóstica que revelou quilotórax. Evolução desfavorável com falecimento da doente.

IMI-053 - (2497) - ESÓFAGO NEGRO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Joana Reis Aguiar¹; Rafaela Ribeiro¹; Carolina Lemos¹; Gonçalo Fonseca¹; Luís Magalhães¹; Alfredo Martins¹; António Carneiro¹

1 - Hospital da Luz - Arrábida

A Necrose Esofágica Aguda (NEA), também designada “esófago negro”, é uma entidade rara com etiologia não conhecida.

Homem de 86 anos, antecedentes de diabetes mellitus e fibrilhação auricular não hipocoagulado. Hematemeses e dor abdominal com um dia de evolução, hipotensão e queda de hemoglobina. Endoscopia digestiva alta mostrou “esófago distal e médio com aspeto ulcerado e áreas extensas acastanhadas (Figura 1 e 2)”. Evolução favorável com pausa alimentar e inibidor da bomba de prótons.

Os achados característicos da NEA são a pigmentação escura, circunferencial e difusa da mucosa esofágica observada na endoscopia digestiva alta. Afeta preferencialmente o esófago distal – área hipovascular em comparação com os restantes segmentos.

IMI-054 - (2502) - QUEBRA-CABEÇAS PULMONAR – UMA IMAGEM

Carolina Almeida Robalo¹; Ana Teixeira Reis¹; David Sousa Pires²; Margarida Neto¹;
Patrícia Carneiro¹; Pedro Carreira¹; Ermelinda Pedroso¹

1 - Hospital de São Bernardo; 2 - Hospital de Santa Maria

Apresentamos uma mulher de 74 anos, com história recente de anorexia e perda ponderal, foi admitida no SU por tosse e febre, tendo sido colocada a hipótese diagnóstica de traqueobronquite aguda.

Durante o internamento em enfermaria de Medicina Interna, foi revista a radiografia de tórax identificando-se uma imagem ovalada no lobo inferior direito. Por suspeita de etiologia neoplásica foi pedida TC torácica. A TC evidenciou no entanto tromboembolismo pulmonar com lesão de enfarte pulmonar abcedado concomitante. Durante o internamento foram descartadas as hipóteses de tuberculose pulmonar e embolização séptica. Iniciou anticoagulação e prolongado curso de antibioterapia com melhoria clínica.

IMI-055 - (2508) - EVENTRAÇÃO E OBSTIPAÇÃO: A COMBINAÇÃO PARA A ACIDÉMIA RESPIRATÓRIA

Daniela Diniz²; Pedro Agostinho¹; Inês Felizardo Lopes²; Rosa Amorim²

1 - Serviço de Medicina Interna, Unidade de Saúde Local do Oeste, EPE - Torres Vedras; 2 - Serviço de Medicina Interna, Unidade de Saúde Local do Oeste, EPE - Caldas da Rainha

A eventração do diafragma é caracterizada pela elevação da hemicúpula diafragmática. É habitualmente assintomática, mas pode condicionar queixas gastrointestinais e respiratórias.

Apresentamos uma mulher de 66 anos, com história de doença pulmonar obstrutiva crónica que recorreu ao serviço de urgência por dispneia agravada e obstipação. Apresentava-se polipneica, murmúrio vesicular reduzido na base direita, abdómen distendido e timpanizado. Gasimetricamente a referir acidémia respiratória (pH 7.34, pCO₂ 98) e radiologicamente, elevação relevante da cúpula diafragmática direita a condicionar franca redução do volume pulmonar direito. Iniciou ventilação não invasiva e medidas de limpeza intestinal após os quais apresentou melhoria clínica.

IMI-056 - (2531) - SITUS INVERSUS TOTALIS: UM ACHADO IMAGIOLÓGICO

Flávia Fundora Ramos¹; Catarina Pinto Silva¹; Rita Seivas¹; Dany Cruz¹;
Pilar Barbeito¹

1 - Hospital Santa Maria Maior

Introdução: Situs inversus totalis (SIT) é uma alteração congénita rara, caracterizada pela localização das vísceras no lado oposto da topografia habitual; pode ser sintomática se associada a discinesia ciliar primária (DCP), manifestando-se maioritariamente com infeções do trato respiratório. Quando a DCP causa sinusite, bronquiectasia e se associa a SIT, forma a tríade denominada Síndrome Kartagener (SK).

Caso Clínico: Homem, 41 anos, antecedentes de microlitíase renal e fumador de 10UMA. Quadro de tosse, dor torácica pleurítica e hemoptises. RaioX e TC tórax com SIT e alterações inespecíficas a poder traduzir processo pneumónico ou hemorragia alveolar. Foi levantada suspeita de SK/DCP, não se verificando, contudo, o enquadramento típico.

IMI-057 - (2532) - UMA RARA COMPLICAÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÓNICA

Fábia Cerqueira¹; Filipe Marques¹; Cristina Outerelo¹; Cristina Resina¹; José António Lopes¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

O hiperparatiroidismo é uma complicação da Doença Renal Crónica (DRC), sendo o tumor castanho uma das suas manifestações tardias. Esta lesão óssea benigna, resulta da rápida renovação osteoclástica, sendo a medula, substituída por tecido fibroso.

Mulher, 33 anos, antecedentes de DRC hipertensiva KDIGO 5. Recorre à urgência por dispneia, dificuldade na deglutição, diminuição da acuidade visual e tumefação da hemiface esquerda com 3 anos. Associa-se PTH 3462pg/mL; Ca 9,2mg/dL e P 4,1mg/dL. Realiza TC-MF que revela volumosa lesão expansiva das partes moles do maxilar esquerdo, com extensão às raízes dentárias, fossa nasal e ossos próprios do nariz, medindo 78,3x60x63mm, com áreas calcificadas, escleróticas e líticas, sugerindo tumor castanho.

IMI-058 - (2533) - PÊNFIGO: UMA ENTIDADE RARA A TER EM CONTA

Daniela Nascimento Silva¹; Mariana Bessa Quelhas¹; Diogo Múrias Gomes¹; Aida Cordero Botejara¹; Jose Del Águila De Los Ríos¹

1 - Hospital Santa Luzia de Elvas, ULSSALE, E.P.E.

O pênfigo foliáceo é uma variante do pênfigo, com lesões cutâneas que podem permanecer localizadas ou fundir-se, podendo progredir e envolver toda a superfície da pele (eritrodermia esfoliativa).

Homem, 80 anos, sem antecedentes. Sem introdução recente de fármacos ou alergias conhecidas. Recorreu ao serviço de urgência por lesões cutâneas com evolução para exantema generalizado (região torácica, abdominal e dorsolombar), com três semanas de evolução, exsudativas, dolorosas e pruriginosas, sem evolução positiva com tratamentos tópicos. Resultados negativos para causa infecciosa ou autoimune. Resultado histológico de biópsia cutânea: pênfigo foliáceo. Boa evolução com corticoterapia sistémica, anti-histamínico e tratamento tópico hidratante.

IMI-059 - (2546) - UMA CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

Patrícia Ferreira¹; Marta Carinhas¹; Inês Carvalho¹; Daniela Rodrigues¹; Catarina Carvalho¹; Alexandra Albuquerque¹; Martinho Fernandes¹

1 - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

O laringocelo é uma dilatação anormal do sáculo do ventrículo de Morgani da laringe e é uma causa rara de obstrução da via aérea. Um homem de 63 anos, fumador, recorre ao serviço de urgência (SU) por dificuldade respiratória. À admissão com disfonia e estridor. A tomografia computadorizada cervical revelou lesão hipodensa subcortical na laringe, supraglótica esquerda, sugestiva de mucolaringocelo a condicionar marcado estreitamento da via aérea. Ainda durante a permanência no SU após acesso de tosse expeliu rolhão de muco, com melhoria clínica do estridor. Observado pela otorrinolaringologia com diagnóstico de supraglotite, teve alta medicado com antibioterapia, encaminhado para consulta para excisão cirúrgica do laringocelo.

IMI-060 - (2554) - AMOR À FLOR DA PELE

Carolina Câmara¹; António Fontes¹; Johana Martins¹; Inês Moreira¹;
Miguel Oliveira¹; Ricardo Raposo¹; Rita Albergaria¹; Margarida Moura¹; Luís Dias¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Homem de 68 anos. Antecedentes de implantação de dispositivo de ressincronização cardíaca (CRT-D) em 2022 por Miocardiopatia dilatada de etiologia não esclarecida.

Recorreu ao Serviço de Urgência por exteriorização do gerador de CRT-D aquando do banho (Figura 1). Sem queixas algicas, sinais inflamatórios locais ou outra sintomatologia. Analiticamente, leucocitose 12760/uL com neutrofilia 10300/uL, proteína C reativa <0.05mg/dL e procalcitonina <0.03ng/mL. Foi internado a cuidado da Cardiologia. Cumpriu ciclo de Vancomicina, mantendo-se assintomático e estável. Efetuada substituição de anterior sistema com implantação de novo CRT-D sem intercorrências. Hemoculturas, pontas de elétrodos e colheita da loca negativos.

IMI-061 - (2556) - PARÉSIA UNILATERAL DO DIAFRAGMA SECUNDÁRIA A POLIOMIELITE, DOLICOCÓLON E ESCOLIOSE DORSOLOMBAR

Catarina Távora¹; Joana Rodrigues Dos Santos¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais

Doente de 74 anos com antecedentes de poliomielite na infância com paraparésia dos membros inferiores sequelar e incontinência urinária, dolicomegacólon e escoliose grave. Realizou radiografia de tórax que revelou elevação da hemicúpula diafragmática direita. A TC de tórax mostrou provável paralisia unilateral do diafragma à esquerda e escoliose dorsolombar importante.

Atualmente, devido à vacinação, é rara a presença de doentes com sequelas de poliomielite. A poliomielite pode condicionar envolvimento do nervo frénico com paralisia diafragmática unilateral sequelar.

IMI-062 - (2557) - UM CASO DE FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA

Maria Carolina Silva¹; Isabel Ribeiro Ferreira¹; Rodrigo Neves Brandão¹; Ana Rita Tomás¹; Miguel Monteiro¹; Teresa Branco¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A fibroelastose pleuroparenquimatosa (FEPP) é uma doença pulmonar rara, podendo ser idiopática ou associada a diversas condições.

Caso: Homem de 57 anos com história médica conhecida de patologia pulmonar estrutural sequelar a tuberculose pulmonar recorre ao serviço de urgência por dispneia, tosse seca de agravamento progressivo e perda ponderal de 10kg. Realizou tomografia computadorizada torácica que revelou um padrão de fibrose, extensas bronquiectasias e uma volumosa bolha pulmonar à direita de cerca de 18cm sugerindo o diagnóstico de FEPP e pneumonia intersticial usual. No internamento evoluiu desfavoravelmente com intercorrência infecciosa e insuficiência respiratória grave acabando por falecer ao 14º dia de internamento.

IMI-063 - (2574) - UMA VEGETAÇÃO EM FORMA DE CORDA TENDINOSA?

Laura Baptista¹; Gisela Gonçalves¹; Carlos Costa¹; Bárbara Paracana¹; Ana Oliveira¹; Jesus Viana¹; Ana Briosas¹

1 - ULSRA - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

A endocardite infecciosa é um diagnóstico diferencial importante no estudo de síndrome constitucional, ainda que a clínica com que se apresente nem sempre seja óbvia.

Homem de 52 anos, venezuelano, residente em Portugal há 2 meses, que recorre ao SU por perda de peso involuntária, edema dos MIs e ortopneia há 3 meses. À admissão, clínica de IC descompensada. Ecografia revelou insuficiência aórtica grave e 3 vegetações nas cúspides aórticas (válv. bicúspide), muito finas e compridas (3.5mm), em forma de corda, e com movimento livre, prolapsando para o lúmen da raiz da aorta em sístole e regressando à câmara de saída do VE em diástole. Foi internado com diagnóstico de endocardite infecciosa, e será proposto para substituição valvular.

IMI-064 - (2578) - MIELOMA NO ÚMERO

Emanuel Fernandes¹; Nelson Cardoso²; Bruno Mesquita²; Patrícia Ferraz²; Manuel Cunha²

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo - Hospital Dr José Maria Grande; 2 - Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

O mieloma múltiplo (MM) representa cerca de 1-2% de todas as neoplasias. Com maior incidência no sexo masculino a apresentação clássica cursa com lesões ósseas mais frequentemente no esqueleto axial.

Mulher de 89 anos, autónoma, que recorre à urgência por omalgia direita à mobilização. 6 semanas antes, pelas mesmas queixas foi à urgência onde realizou Rx (fig.1) sem alterações significativas, foi medicada com analgésicos. Recorreu mais 2 vezes e na última repetiu RX observando-se lesão lítica da metáfise proximal do úmero (fig.2). Do estudo conduzido fez-se diagnóstico de MM. As imagens demonstram a evolução rápida que as lesões ósseas por MM podem ter, assim como a sua ocorrência fora do esqueleto axial.

IMI-065 - (2580) - ISQUEMIA DIGITAL: SERÁ A NECROSE IRREVERSÍVEL?

Mauro Moreira¹; Ricardo Meireles¹

1 - Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

Introdução: A isquemia digital das mãos é um fenómeno raro e que resulta geralmente de doença dos pequenos vasos.

Caso clínico: Homem, 52 anos, com debilidade intelectual e psicose afetiva. História de exposição ao frio por situação de sem-abrigo. Fenómeno de Raynaud e eritema pernio em invernos prévios. Apresenta necrose das extremidades dos 3º-5º dedos da mão direita e eritema pernio adjacente, o qual também estava presente nos 4º e 5º dedos da mão esquerda. Do estudo realizado, destaca-se gamapatia monoclonal IgG/kappa (0.97 g/dL). Sem marcadores imunológicos de vasculite ou esclerose sistémica. Houve melhoria progressiva sob anti-agregação plaquetária, estatina de alta potência e vasodilatadores periféricos (imagem ao 13º dia).

IMI-066 - (2581) - SÍNDROME DE CHILAITIDI: UMA MIMETIZANTE A VALORIZAR.

Rita Relvas¹; Cassiana Vasconcelos¹; Nuno Ferreira Monteiro¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais - Dr. José de Almeida

Introdução: A síndrome de Chilaiditi, geralmente benigna, pode mimetizar condições graves e de abordagem emergente, como pneumoperitoneu.

Caso Clínico: Homem, 80 anos, portador de pacemaker. Recorre ao Serviço de Urgência por vômitos e dor abdominal desde há 1 dia. Objetivamente com dor à palpação dos quadrantes abdominais superiores, sem defesa. Analiticamente com disfunção renal por desidratação. Radiologicamente com interposição de segmento intestinal entre o fígado e diafragma, com elevação diafragmática. O achado, compatível com sinal de Chilaiditi, e sintomatologia, permitiram o diagnóstico da síndrome homónima. Após terapêutica laxante e fluidoterapia, o doente teve alta com melhoria clínica, analítica e radiológica.

IMI-067 - (2582) - PARAGANGLIOMA - UMA HISTÓRIA FAMILIAR

Soraia Mendes¹; Edgar Amaro¹; Rita Tinoco¹; Luís Miguel Pereira¹; Isa Silva¹;
Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

O paraganglioma, raro tumor neuroendócrino de origem extra-adrenal, pode apresentar-se de forma esporádica ou associado a síndromes hereditárias.

Trata-se de homem de 24 anos com história familiar de irmã com paraganglioma previamente submetida a radioterapia e cirurgia. Admitido por dor na região da articulação temporo-mandibular (ATM) esquerda, com palpação dolorosa, abaulamento da parede lateral da orofaringe esquerda para a linha média, paresia do nervo hipoglosso esquerdo e gânglio submandibular justacentimétrico, móvel e elástico. Realizou angiotomografia do pescoço com “Lesão expansiva captante centrada no espaço carotídeo” sugestiva de paraganglioma e confirmada por RMN (identificada na imagem por seta branca).

IMI-068 - (2589) - ENDOCARDITE DE VÁLVULA NATIVA TRICÚSPIDE COM EMBOLIZAÇÕES SÉPTICAS PULMONARES

Miguel Oliveira¹; Ricardo Raposo¹; Carolina Roias¹; Carolina Câmara¹; Inês Moreira¹; Patrícia Aranha¹; Bianca Ascensão¹; Luís Dias¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

As endocardites das válvulas direitas representam somente 5-10% dos casos de endocardite, sendo mais comuns em doentes com consumo de drogas injetáveis.

Doente do sexo masculino, com 35 anos. Com hábitos toxicófilos com drogas injetáveis. Internado duas vezes em 6 meses, por endocardite da válvula tricúspide com embolizações sépticas pulmonares, dos quais teve alta contra parecer médico, sem completar curso de antibioterapia. Recorre ao Serviço de Urgência, onde se apresenta com quadro de choque séptico e insuficiência respiratória grave, mantendo foco infeccioso supradescrito e novo foco em abscesso supraclavicular após injeção autoinfligida na veia jugular direita. Radiograficamente, com múltiplas imagens nodulares bilaterais com cavitação.

IMI-069 - (2603) - O ESTRANHO CASO DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Marta Baião¹; Francisca Sá Couto¹; Inês Nogueira Da Fonseca¹; António Carneiro¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais

Homem com 22 anos, natural da Guiné-Bissau, com documentação de massa torácica, durante o estudo de perda ponderal, sudorese noturna em 2022. Terá sido biopsada em Abril de 2023 (resultado indisponível), com difícil cicatrização do local de punção. Admitido no serviço de urgência em Novembro e o estudo imagiológico evidenciou uma massa no hemitórax direito, 65x41mm. Foi feita biópsia guiada por ecografia, colheu material para exames culturais e pesquisa de DNA de micobactérias na amostra, que foi positiva para Mycobacterium tuberculosis. Iniciou antibacilares e foi referenciado ao Centro de Diagnóstico Pneumológico para seguimento. Deste caso, destaca-se a exuberância da apresentação clínica e a importância da recolha de material biológico.

IMI-070 - (2621) - ABCESSO HEPÁTICO PIOGÉNICO

João Corrêa¹; Maria De Sá Pacheco¹; João Pereira¹; Ana Patrícia Silva¹;
Joana Coelho¹; Juliana Carneiro¹; Renato Gonçalves¹; Dália Estevão¹;
Leopoldina Vicente¹

1 - Unidade Local de Saúde da Cova da Beira

INTRODUÇÃO: Os abscessos hepáticos são os abscessos viscerais mais comuns (incidência de 2.3 casos por 100,000 habitantes). Os principais fatores de risco são Diabetes, Doença Hepatobiliar ou Pancreática, Transplante e uso de IBPs.

CASO CLÍNICO: Homem, de 62 anos, recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre, mal-estar, arrepios, cefaleia e anorexia, apresentando elevação dos parâmetros inflamatórios e de citólise hepática. Realizou ecografia abdominal com presença de esteatose (não conhecida) e de coleção inflamatória confirmada em tomografia computadorizada. Realizou drenagem da coleção, com conteúdo purulento, e antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol com boa resposta. Os estudos microbiológicos e serológicos foram negativos.

IMI-071 - (2655) - LESÃO OCUPANTE DE ESPAÇO COMO APRESENTAÇÃO PRIMORDIAL DE NEOPLASIA OCULTA

Beatriz Sá Pereira¹; Zsofia Santos¹; Teresa Costa Pereira¹; Maria Leonor Neves¹; Aurora Zanga¹

1 - ULS Amadora Sintra

Introdução: 10 a 30% dos doentes com neoplasia têm metástases cerebrais. No entanto, a inespecificidade das queixas atrasa por vezes o diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 78 anos, autónoma, recorre ao serviço de urgência por astenia e discurso confuso. Ao exame objetivo identifica-se uma adenopatia cervical direita, pouco móvel, indolor, com 2,5cm de diâmetro. Pedida TC crânio. Ficou internada por lesão ocupante de espaço occipital direita com edema vasogénico para estudo. Iniciou dexametasona.

Após estudos adicionais, concluiu tratar-se de um adenocarcinoma do pulmão com extensa metastização ganglionar, mediastínica, hepática e óssea. O diagnóstico histológico foi confirmado através de biópsia de metástase ganglionar cervical.

IMI-072 - (2667) - INVERSÃO DA ONDA T - SINAL DE ALARME?

Patrícia Ferreira¹; Marta Carinhas¹; Inês Carvalho¹; Daniela Rodrigues¹; Catarina Carvalho¹; Alexandra Albuquerque¹; Martinho Fernandes¹

1 - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

Mulher de 47 anos, fumadora, recorreu ao serviço de urgência por dor precordial, tipo peso, com irradiação para o membro superior esquerdo com 1 hora de evolução. Na última semana teve episódios de dor precordial sem irradiação, não associada a esforço. O electrocardiograma mostrava inversão das ondas T de V2 a V4, segmento ST isoeléctrico. Troponina I 45 pg/ml, sem cinética ascendente. Fez coronariografia com identificação de lesão suboclusiva da artéria descendente anterior esquerda (DAE). A síndrome de Wellens (padrão de inversão da onda T associado a um quadro de angina instável) deve ser precocemente reconhecida - sugere uma lesão crítica da DAE, risco iminente de enfarte da parede anterior e consequente risco de morte súbita.

IMI-073 - (2668) - UMA CAUSA INCOMUM DE SÍNCOPE

Luís Miguel Pereira¹; Rita Tinoco¹; Soraia Mendes¹; Edgar Amaro¹; Natália Fernandes¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais

A dissecção aórtica é um evento incomum que pode ter uma apresentação atípica. Identificação e correcção atempada melhora hipóteses de sobrevivência.

Homem de 34 anos sem antecedentes médicos relevantes. Recorreu por síncope minutos após toma recreativa de sildenafil 25mg. Avaliação e exames complementares à admissão sem alterações, tendo-se assumindo hipotensão e iniciado hidratação. Manteve-se em observação, constatando-se sonolência e episódio de vómitos. Observação cuidada permitiu identificar alteração no valor de pressão arterial entre os dois membros superiores de 30mmHg. Tomografia computadorizada com contraste confirmou diagnóstico de dissecção da Aorta DeBakey I Stanford A com envolvimento do tronco braquiocefálico direito.

IMI-074 - (2674) - PORFIRIA CUTÂNEA TARDA- UMA ENTIDADE INCOMUM

Rui Salvador¹; Filipa Borges Santos¹; Catarina Antunes Salvado¹; Ana Sofia Reis¹;
Miguel Ângelo Sousa¹; Adriana Pereira Guedes¹

1 - ULSGE

A porfiria cutânea tarda é uma manifestação cutânea da infeção pelo vírus da hepatite C (VHC) com lesões típicas em áreas fotoexpostas. Homem, 46 anos, ex-toxicodependente com VHC tratada com interferão, enviado a consulta de Medicina por lesões na face e dorso das mãos- imagem 1. Analiticamente com citólise hepática e carga viral (CV) de VHC 3300000UI/mL. Iniciou glecaprevir/pibrentasvir. Estudo adicional com ferritina normal, protoporfirina sérica e ácido delta-aminolevolínico urinária normais. Urina de 24 horas não processada por erro de envio. Concluiu tratamento com CV não detetada e resolução de citólise. Foi pedida consulta de Dermatologia por manter lesões apos tratamento, não agendada por resolução total em 2 meses- imagem 2.

IMI-075 - (2688) - UMA MELANCIA ANÉMICA - UM CASO DE ANGIECTASIAS LINEARES

Luís Miguel Pereira¹; Rita Tinoco¹; Soraia Mendes¹; Edgar Amaro¹;
Natália Fernandes¹; Diogo Cruz¹

1 - Hospital de Cascais

A anemia ferropénica pode ter origem em défices de ingestão, de absorção ou por perdas hemáticas crónicas. Abordagem dos doentes envolve exclusão de perdas hemáticas.

Mulher de 75 anos em estudo por anemia microcítica hipocrómica com ferropénia grave e necessidade de múltiplas transfusões de concentrado eritrocitário. Antecedentes de neoplasia do cólon operada, hipertensão arterial e bronquite. Estudo endoscópico revelou angiectasias lineares do antro gástrico, tipo estômago de melancia. Biópsias confirmaram a presença de *Helicobacter pylori*. Após terapêutica com árgon e terapêutica dirigida a *H. Pylori*, iniciou suplementação de ferro com conseqüente melhoria dos valores de hemoglobina e das queixas de cansaço.

IMI-076 - (2697) - NEOPLASIAS SÍNCRONAS E METASTASE INTRACARDÍACA

Joana Pereira¹; Carolina Fernandes¹; Mónica Amado¹; Lueji Gumbe¹; Ana Ponciano¹; Tiago Seco¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

Achados imagiológicos de massas com várias localizações levantam diferentes hipóteses diagnósticas. Homem de 68 anos, antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, tabagismo e alcoolismo, e uma massa na cavidade oral em estudo foi admitido por Acidente Vascular Cerebral isquémico. Biópsia da massa referida revelou carcinoma pavimento-celular invasivo. A tomografia computadorizada mostrou áreas nodulares suspeitas no fígado e uma massa intravascular da aurícula direita, veia cava inferior à veia hepática média. Ressonância magnética confirmou achados consistentes com carcinoma hepatocelular multifocal. Realizou ecocardiograma e concluiu-se provável diagnóstico de metástase intracardíaca com extensão vascular.

IMI-077 - (2711) - ANEURISMA DA AORTA TORÁCICA DE ALTO RISCO, UMA IMAGEM INCOMUM NO SERVIÇO DE MEDICINA

Carlota Carvalho Da Silva¹; Sofia Moura De Azevedo¹; Isabel Fonseca Silva¹; Margarida França¹

1 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saude de Santo António, Porto, Portugal

O aneurisma da aorta torácica (AAT), concomitante a valvulopatia, é um desafio clínico e cirúrgico.

Mulher, 86 anos, antecedentes de cardiopatia hipertensiva e valvular de fração ejeção preservada, e AAT ascendente de alto risco, de risco cirúrgico proibitivo. Admitida por insuficiência cardíaca descompensada por infeção a Influenza A, com insuficiência respiratória persistente. Realizada tomografia computadorizada torácica para exclusão de complicações, que evidenciou aumento do AAT ascendente. Ecocardiograma com progressão de doença valvular, com insuficiência aórtica, jato largo e profundo, de grau severo e aneurisma pós junção sino-tubular com porção tubular de 88mm. Recomendada limitação do esforço físico e controlo tensional rigoroso.

IMI-078 - (2731) - PARALISIA DE RAMSAY-HUNT

Rui Salvador¹; Manuel Coelho Barbosa¹; Catarina Antunes Salvado¹;
Ana Sofia Reis¹; Miguel Ângelo Sousa¹; Adriana Pereira Guedes¹

1 - ULSGE

O síndrome de Ramsay Hunt é composto pela tríade de parésia facial, otalgia e vesículas de zona ipsilaterais. O seu reconhecimento é imperativo para evitar lesões irreversíveis a nível ocular e motor. Mulher, 78 anos, antecedentes de depressão e psicose afetiva. Trazida à urgência por prostração. À admissão desorientada, com discurso confuso, desidratada, hemodinamicamente estável, normocárdica, apirética. Ao exame objetivo, com ptose esquerda, lesões vesiculares em cicatrização no canal auditivo externo e região malar. Analiticamente sem alterações. Tomografia computadorizada de crânio sem eventos agudas. Resolução de prostração após fluidoterapia. Na consulta do processo, com vinda à urgência há 3 dias por otalgia com diagnóstico de zona.

IMI-079 - (2735) - COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO USO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO

Joelma Mendes¹; Liliia Savka¹; Maria José Pires¹; Alexandra Wahnou¹; Marisa Teixeira Silva¹; Nuno Reis Carreira¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

Introdução: O Cateter Totalmente Implantado (CTI) é um dispositivo amplamente utilizado em oncologia por permitir a injeção permanente ou repetida, por acesso intravenoso, de agentes antineoplásicos, quimioterapia, fluidos e outras terapêuticas. Embora seguro, o CTI tem como potenciais complicações a embolia gasosa, infeção, tromboflebite e, menos frequentemente, trombose.

Caso clínico: Mulher, 68 anos. Antecedentes de neoplasia do reto submetida a cirurgia com terapêutica neoadjuvante. Internada por Síndrome da Veia Cava Superior (VCS) por trombo organizado endoluminal e parietal da VCS com estenose grave (90%) do lúmen venoso distal à ponta de cateter, identificável em Angio-TC Tórax. Melhoria clínica após retirada do CTI e anticoagulação.

IMI-080 - (2738) - FUNDO FALSO

Nuno Pardal¹; Ana Rita Oliveira¹; Ângela Paredes Ferreira¹;
Daniela Penteadó Salgueiro¹; José Diogo Martins¹; Marta Batoca Sousa¹;
Rita Vilar Da Mota¹; Luís Pontes Santos¹

1 - ULSAM

INTRODUÇÃO: O divertículo gástrico é um achado raro (0.01-0.11% de TC abdominal), geralmente assintomático e detetado de forma acidental em estudo imagiológico.

CASO CLÍNICO: Mulher de 88 anos admitida por intoxicação por pesticida não-organofosforado em contexto de síndrome confusional aguda. Clinicamente com vômitos incoercíveis. Por apresentar de novo dor abdominal, febre e aumento de PCR, realizou TC abdominal com achado de divertículo de 46 mm na face posterior do fundo gástrico sem sinais inflamatórios (1). Concluída febre não infecciosa com procalcitonina baixa em contexto inflamatório pelo pesticida que viria a resolver com tratamento sintomático, mantendo-se o divertículo gástrico assintomático.

IMI-081 - (2758) - PNEUMONIA DE ASPIRAÇÃO DE UM GRÃO-DE-BICO

Luísa Sousa¹; Ricardo Pereira¹; Nuno Cerejeira¹

1 - ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

A broncoaspiração alimentar é um dos principais motivos de ida à urgência em idosos frágeis. Pode originar pneumonite química, infeção bacteriana e obstrução mecânica. Mulher, 78 anos, dependente e cognitivamente deteriorada, é trazida ao serviço de urgência por engasgamento enquanto comia salada de grão-de-bico, seguida de tosse e dispneia. O exame objetivo e a radiografia torácica não tinham alterações de relevo. A tomografia computadorizada torácica descreveu corpo estranho em posição endoluminal no brônquio esquerdo a condicionar atelectasia obstrutiva, sendo visíveis outros corpos semelhantes no estômago. O corpo estranho não foi visualizado na broncofibroscopia rígida, assumindo-se provável exteriorização através por tosse eficaz.

IMI-082 - (2770) - O SINAL DE WESTERMARK NA TROMBOEMBOLIA PULMONAR

Bárbara Paracana¹; Mariana Sousa¹

1 - Unidade de Saúde da Região de Aveiro - Centro Hospitalar do Baixo Vouga

A radiografia torácica (RT) continua a ser uma ferramenta crucial na avaliação diagnóstica, podendo revelar achados raros como o sinal de Westermark (oligoémia), sugestivo de trombo-embolia pulmonar (TEP). Apesar de uma baixa sensibilidade tem uma elevada especificidade que lhe confere relevância clínica. Homem de 81 anos, admitido no serviço de urgência, com insuficiência respiratória grave e aumento de parâmetros inflamatórios. Uma análise mais detalhada da RT revelou alterações compatíveis com oligoémia bilateral, mais bem delimitada à esquerda. A tomografia computadorizada confirmou a TEP bilateral maciça, sem vascularização nos ramos segmentares do lobo superior esquerdo. Foram instituídas as medidas necessárias com resolução do quadro.

IMI-083 - (2777) - MONOARTRITE RECIDIVANTE DO JOELHO DIREITO

Laura Ramos¹; Luísa Veiga Sousa²; P Ricardo Pereira²

1 - Serviço de Oncologia Médica, IPO-Porto; 2 - Serviço de Medicina Interna, ULSM-HPH

Os quistos gangliónicos surgem da herniação de tecido conjuntivo periarticular, frequentemente na mão ou punho. Apresentamos o caso de homem de 63 anos caucasiano com gonartrite direita recidivante de etiologia em estudo. Descreve edema e rubor do joelho e perna direitos com uma semana de evolução e febre, à admissão VS 52mm/h e PCR 106mg/L. Excluída trombose venosa profunda, artrocentese com predomínio ligeiro de mononucleares, sem isolamento microbiológico ou cristais. Em RM descrito volumoso quisto gangliónico multiseptado (10x4x2cm) localizado no músculo gastrocnémio medial direito com origem no quisto de Baker. Assumida agudização de osteoartrose, a originar quisto contínuo com cavidade articular, em localização menos habitual.

IMI-084 - (2781) - MACROADENOMA HIPOFISÁRIO COMO CAUSA DE HIPONATRÉMIA POR SIADH

Joana Telhada¹; Fábio Dinis Alves¹; Ricardina Macedo¹; Rosa Ferreira¹;
Margarida Monteiro¹; Olinda Caetano¹; Rosário Araújo¹

1 - Hospital de Braga

Os tumores hipofisários podem ter diferentes formas de apresentação clínica, decorrentes do efeito de massa da lesão e/ou da alteração de produção de hormonas hipofisárias.

Apresentamos o caso de um homem autónomo de 80 anos, com clínica de desorientação de novo. Analiticamente, com uma hiponatremia grave euvolemica (Na 119 mEq/L), com estudo compatível com Síndrome da Secreção Inadequada de Hormona Antidiurética. Realizou Ressonância Magnética Crânio-Encefálica que constatou a presença de uma volumosa lesão hipofisária, selar e suprasselar, com 21x27x34mm, compatível com um macroadenoma hipofisário, a condicionar efeito de massa sobre a sela turca e compressão do quiasma ótico, com possível invasão do seio cavernoso.

IMI-085 - (2783) - SÍNDROME DA ALGÁLIA ROXA: A PROPÓSITO DUM CASO CLÍNICO

João Francisco Abrantes¹; Ana Rita M. Figueiredo¹; Inês S.F. Da Silva¹; Diogo Rosa Ferreira¹; Ryan Costa Silva^{1,2}; Lígia Peixoto^{1,2}

1 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria; 2 - Clínica Universitária de Medicina I, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: A síndrome de algália roxa é rara, estando mais associada a mulheres cronicamente algaliadas com infeções do trato urinário. A cor roxa deve-se à precipitação e reação de indigo e indirrubina com os materiais sintéticos do saco da algália, aquando da presença de bactérias que produzam a enzima indoxil-fosfatase.

Caso clínico: Mulher, 44 anos, com drepanocitose heterozigótica (asplénica), internada no Serviço de Medicina Intensiva por síndrome torácico agudo com progressão para choque cardiogénico, sendo algaliada à admissão. Na enfermaria, evidência de urina roxa no saco de algália associada a polaquiúria e disúria, admitiu-se o diagnóstico de cistite. Urocultura com *Enterobacter bugandensis*, tratada com fosfomicina.

IMI-086 - (2793) - CAUSA IMPROVÁVEL DE IMPACTO ALIMENTAR

Beatriz Tallon¹; Margarida Proenca¹; Miguel Abecassis¹; Augusto Gaspar¹; Tiago Neto Goncalves¹; Luis Landeiro¹; Natalia Marto¹

1 - Hospital da Luz Lisboa

Introdução

Os lipomas intracardíacos são raros e a maioria são assintomáticos. Quando sintomáticos, apresentam-se habitualmente com dispneia, palpitações ou dor torácica.

Caso clínico Homem, 75 anos, internado para investigação de sensação de impactação alimentar e regurgitação de líquidos. A radiografia de tórax mostrou alargamento do mediastino; fez TC tórax que revelou massa de densidade de gordura comprimindo a aurícula esquerda e condicionando compressão extrínseca do esófago favorecendo o diagnóstico de lipoma cardíaco. A RM caracterizou a lesão localizou-a no epicárdio do ventrículo esquerdo e mostrou critérios de benignidade. Foi submetido a resseção do tumor epicárdico/ventrículo esquerdo

IMI-087 - (2796) - PNEUMOCEFALIA- AR QUE NÃO DEVIA ALI ESTAR

Madalena Costa Santos¹; Alba Acabado¹; Joana Gouveia¹; Miguel Carrilho¹;
Mariana Nobre¹; André Cachopo¹

1 - ULS, Hospital Santa Maria

Mulher, 73 anos, internada por hipercalcemia maligna secundária a carcinoma papilar do ovário estadio III, desenvolveu quadro de ptose palpebral à direita, diplopia com paresia da adução do olho direito e midríase com ausência de reflexo fotomotor à direita.

A TC-CE com contraste excluiu eventos trombóticos, revelando achados de pneumocefalia na vertente direita do seio cavernoso, a condicionar parésia do III par. Após exclusão de fraturas dos ossos longos, intervenções cirúrgicas e causa infecciosa central, confirmou-se tratar-se de um caso de pneumocefalia iatrogénica no contexto de provável embolia gasosa de acesso venoso periférico. Realizada oxigenoterapia durante 5 dias, com resolução dos focos gasosos confirmada por RM-CE.

IMI-088 - (2797) - “HINTS” PARA UM DIAGNÓSTICO CORRETO!

Leonor Neves¹; Francisco Barreto²; Carolina Henriques²; Carolina Barros²; Tiago Freitas²; Pedro Freitas²; João Patrício Freitas²; Olga Capontes³

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca; 2 - Hospital Doutor Nélio Mendonça; 3 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Introdução

A síndrome de Ramsay-Hunt (SRH) é uma forma infrequente de reativação do vírus Varicella zoster no VII par craniano.

Caso Clínico

Relata-se o caso de uma mulher de 71 anos, imunocompetente, internada para estudo de quadro agudo de disartria, parésia facial dos 2 andares da hemiface direita, vertigem e desequilíbrio ipsilateral na marcha – assumido como AVC isquémico sem tradução radiológica. Observada pela Unidade AVC, constatou-se nistagmo horizonto-rotatório e head impulse test anormal. Fez ressonância magnética crânio-encefálica que excluiu lesões isquémicas e documentou hipersinal do VII e VIII pares cranianos à direita, e audiograma que documentou surdez neurosensorial grave à direita. Confirmou-se o diagnóstico de SRH.

IMI-089 - (2810) - ACHADOS IMAGIOLÓGICOS DE LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO

Rita Albergaria¹; Helena Antunes¹; Carolina Câmara¹; Ricardo Raposo¹; Sandra Gouveia¹; Luís Dias¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Introdução: O LHC (Linfoma de Hodgkin clássico) deve ser suspeito em doentes com linfadenopatia, massa torácica e sintomas sugestivos. Os exames de imagem podem auxiliar no diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 38 anos, antecedentes de espondiloartrite. Admitido por febre, sudorese profusa, astenia e aumento do volume cervical com 15 dias de evolução. Radiologicamente, com alargamento do mediastino. Realizou TC cervicotoracoabdominopélvico que evidenciou “conglomerados adenopáticos/adenopatias envolvendo as cadeias ganglionares cervicais bilaterais, mediastínicas e axilares, suspeito de doença linfoproliferativa”. Fez biópsia cervical direita, que confirmou diagnóstico de LHC, variante esclerose nodular. Mantém seguimento pela Hematologia.

IMI-090 - (2814) - NECROSE DIGITAL COMO APRESENTAÇÃO DE LES E SAF

Ruben Rego Salgueiro¹; Javier Balaguer²; Cristiana Sieiro Santos²

1 - ULS Guarda; 2 - Complejo Asistencial Universitario de León

Síndrome antifosfolípídico (SAF) é uma doença autoimune caracterizada por complicações trombóticas, obstétricas e valvulares, além da presença de anticorpos antifosfolípidos. Mulher de 77 anos com lupus cutâneo em tratamento com Hidroxicloroquina apresentou necrose digital severa. No internamento, após a exclusão de causas neoplásicas/infecciosas, e realização de biópsia de pele, esta revelou sinais de vasculopatia trombótica. Solicitou-se anticoagulante lúlico que foi positivo (repetido às 12 semanas) confirmando o diagnóstico de SAF. O tratamento incluiu terapia antiplaquetária, anticoagulação, Hidroxicloroquina, prostaglandinas IV, antagonista de receptores de endotelina, prednisolona e primeira dose de Rituximab.

IMI-091 - (2825) - ABCESSO HEPÁTICO – UM CASO DE HIDATIDOSE

Joana Crisóstomo¹; Joana Moniz¹; Soraia Pinho Duarte¹; Bruna S. Cordeiro¹;
Adriana Bandeira¹; Renato Saraiva¹

1 - Centro Hospitalar de Leiria

A hidatidose é uma doença parasitária zoonótica rara, de notificação obrigatória, causada pelo *Echinococcus granulosus*. Entre 1997-2020 na Europa houve uma incidência média de 0,64 casos/100.000 pessoas.

Mulher de 65 anos, natural de cabo verde, recentemente em Portugal. Recorreu à Urgência por uma dor abdominal peri-umbilical. Internada por uma lesão hepática com suspeita de neoplasia/ abscesso hepático. Dos exames salientamos: RM abdominal (lesões nodulares multifocais e confluentes), serologias com IgG reativo e biópsia hepática a confirmar parasitose hepática. Realizou antibioterapia com abendazol, metronidazol e ciprofloxacina, com melhoria. Com esta imagem apresentamos um caso clínico atípico e a importância de uma abordagem precoce.

IMI-092 - (2837) - O TUMOR DO INTERNISTA

André Abreu¹; Filipa Canhão André¹; Daniela Soares Santos¹; Diana Ferreira¹; Arsénio Santos¹; Lèlita Santos¹

1 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Coimbra

As neoplasias renais são de difícil diagnóstico, porque a tríade clássica (hematúria, dor e massa abdominal) raramente está presente e um terço dos doentes são assintomáticos.

Homem, 89 anos, recorreu à urgência por diarreia e diminuição do débito urinário. Por lesão renal aguda, realizou ecografia que mostrou dilatação pielocalicial à direita com conteúdo ecogénico no interior e espessamento do ureter, sendo colocada nefrostomia percutânea. A tomografia computadorizada identificou uma massa a envolver o rim direito com 118x86x152mm, trombose parcial da veia renal esquerda e da cava inferior e múltiplas metástases. A tomografia por emissão de positrões confirmou tratar-se de lesão intensamente hipermetabólica sugestiva de neoplasia maligna.

IMI-093 - (2870) - METÁSTASES HEPÁTICAS DE NEOPLASIA DO PULMÃO

Mónica Spencer Pereira¹; Sandra Sepúlveda¹; Ana Rita Rocha¹; Domingas Pereira¹; Pedro Costa¹

1 - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Homem de 68 anos com antecedentes de hipertensão arterial sistémica e doença hepática crónica etanólica. Recorreu à urgência por dor abdominal, astenia, anorexia com cerca de dois meses de evolução. Exames complementares GGT 729 U/L, restantes enzimas hepáticas sem alterações, Velocidade sedimentação 72mm/1h, tomografia tóraco abdomino pélvica com múltiplas metástases hepáticas e uma lesão heterogénea no segmento ápico-segmentar do lobo superior esquerdo. Internado para investigação, Endoscopia digestiva alta e colonoscopia total sem alterações, broncofibroscopia confirma lesão. O quadro evoluiu desfavoravelmente terminando em óbito. Apresentamos este caso pela evolução indolente de algumas neoplasias com metastização hepática.

IMI-094 - (2880) - O INIMIGO DE UM PEDREIRO

Pedro Pires Mesquita¹; Marta Braga Martins¹; Rita Gonçalves Pinto¹;
Juliana Andrade¹; Filipe Vilela¹; Gonçalo Torrinha¹; Vânia Gomes¹; Céu Rodrigues¹;
Marina Alves¹; Paulo Gouveia¹

1 - Hospital de Braga

A exposição à sílica aumenta o risco de tuberculose.

Homem, 62 anos, pedreiro, recorre à urgência por astenia, febre, hipersudorese, perda ponderal e lombalgia. A TC lombar e torácica mostram espondilodiscite infecciosa em T12-L1 e silicose com massas fibróticas com alterações consolidativas na base esquerda, pelo que foi iniciado Ceftriaxone e Vancomicina. Apesar da antibioterapia, com febre persistente e agravamento clínico respiratório a necessitar de ventilação não invasiva por hipoxemia grave e radiologicamente com padrão intersticial reticulo-nodular difuso sugestivo de Tuberculose Miliar*. Realizadas baciloscopias e exame cultural que confirmam infeção por *Mycobacterium tuberculosis*. Melhoria clínica após início de antibacilares

IMI-095 - (2899) - PNEUMONIA NECROTIZANTE, UMA COMPLICAÇÃO RARA E APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Daniel Veiga¹; Baltazar Oliveira¹; Ana Rita Cardoso¹; David Matias¹; Ana Rita Calixto¹; Sónia Patrícia Almeida¹

1 - ULSMT

A pneumonia necrotizante é uma complicação rara da pneumonia adquirida na comunidade. Alguns fatores de risco incluem o tabagismo, alcoolismo, diabetes mellitus, doença pulmonar crónica e idade avançada. Os agentes causais mais frequentes são *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Nocardia*, *Klebsiella pneumoniae* e *Streptococcus pneumoniae*.

Os autores apresentam o caso clínico de pneumonia necrotizante por *Staphylococcus aureus* com apresentação indolente, cujo único fator de risco é a idade (82 anos). Na admissão apresentava astenia e dor torácica apical direita com irradiação ao ombro ipsilateral, sem tosse, expectoração ou febre. A tomografia computadorizada evidenciou consolidação do lobo superior direito com cavitação associada.

IMI-096 - (2915) - TROMBOSE PARANEOPLÁSICA EXTENSA E NÓDULO RENAL

Inês Parreira¹; Carolina António Santos²; Ana Mafalda Abrantes²; Sara Salema Travassos³; António Pais De Lacerda²; António Martins Baptista²; Ana Alves Cardoso²

1 - minesparreira@gmail.com; 2 - Medicina Interna - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 3 - Serviço de Medicina Intensiva - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Homem, 50 anos, ex-fumador, lombalgia com semanas de evolução. TC-abdomino-pélvica com contraste com rim direito com nódulo sólido com realce heterogéneo, gânglios retroperitoneais e sinais de trombose da veia renal direita que se estende à veia cava inferior com sinais de extensa trombose do seu segmento infra-hepático e extensão às veias ilíacas primitivas também trombosadas.

O carcinoma de células renais (CCR) faz parte de um subconjunto de neoplasias associadas à formação de trombo neoplásico, que corresponde à extensão do tumor para uma estrutura vascular. Estima-se que há data do diagnóstico aproximadamente 4% a 10% dos pacientes com CCR terão algum grau de trombose neoplásica que se estende para a veia renal ou veia cava inferior.

IMI-097 - (2916) - VENCENDO OBSTÁCULOS RESPIRATÓRIOS: OCLUSÃO EM PRÓTESE TRAQUEOBRÔNQUICA

Beatriz Barata¹; Inês Urmal¹; Carlota Lalanda¹; Jorge Salsinha Frade¹; Ana Bravo¹; Elisabete Margarido¹

1 - Unidade Funcional de Medicina 2.1, Hospital de Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde de São José

Uma grande proporção de doentes com neoplasia pulmonar avançada irá desenvolver obstrução das vias aéreas principais. A colocação de prótese é uma atitude paliativa que contribui para a melhoria significativa da qualidade de vida.

Homem de 68 anos com carcinoma do pulmão de pequenas células, portador de prótese traqueo-brônquica, recorre ao serviço de urgência por dispneia súbita; à observação com hipoxemia e murmúrio vesicular abolido à direita. A radiografia mostrou hemitórax direito globalmente hipotransparente e TC-tórax revelou oclusão total da prótese no brônquio principal direito. Foi submetido a broncofibroscopia rígida com remoção de secreções espessas e coágulos, com re-expansão pulmonar e resolução da insuficiência respiratória.

IMI-098 - (2924) - TUDO COMEÇOU NA PELE

Madalena Costa Santos¹; Joana Frade¹; Guilherme Sapinho¹; Miguel Carrilho¹; Alba Acabado¹; Joana Martins¹

1 - ULS, Hospital Santa Maria

Mulher, 62 anos, internada para estudo de lesões na coxa direita sugestivas de pioderma gangrenosum e bicitopenia. Apresentava exame de imagem que excluía coleções, sinais de osteomielite ou fascíte.

Da investigação etiológica realizada foi identificada síndrome mielodisplásica com excesso de blastos tipo 1 como causa do pioderma gangrenosum. Iniciou oxigenoterapia hiperbárica com melhoria inicial, no entanto posteriormente, houve agravamento das lesões cutâneas, coincidente com transformação da doença hematológica para leucemia mielóide aguda (LMA), sendo iniciada terapêutica com azacitidina e venetoclax.

As imagens revelam pioderma gangrenosum paraneoplásico secundário a síndrome mielodisplásica que, posteriormente, evoluiu para LMA.

IMI-099 - (2938) - PULMÃO DE PEDRA

Cláudia Coelho¹; João Pedro Faria¹; Eulália Antunes¹; Rui Jorge Silva¹; Isabel Silva¹; Sofia Caridade¹

1 - Hospital de Braga

A Silicose Crónica é uma doença causada pela inalação de poeira de sílica, manifestando-se cerca de 10-30 anos após a primeira exposição.

Apresenta-se caso de um homem, 58 anos, pedreiro. Por tosse e dispneia arrastadas e insuficiência respiratória tipo 1, realizado TC de Tórax de Alta Resolução a demonstrar silicose “pseudotumoral”, com múltiplas consolidações densas dispersas, parcialmente calcificadas, bem como múltiplos gânglios calcificados mediastínicos e hilares, aspetos compatíveis com Silicose Crónica complicada, com Fibrose Maciça Progressiva, condição que apenas ocorre numa minoria dos casos. Instituída corticoterapia e confirmado diagnóstico com PET e biópsia transtorácica, tendo o doente sido proposto para transplante pulmonar.

IMI-100 - (2941) - BOLA DE FUNGOS – UM CASO DE ASPERGILOMA A COMPLICAR PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÓNICA

Alexandre Castro Lopes¹; Rita Figueira¹; Joana Melo¹; Bárbara Paracana¹; Mariana Sousa¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Introdução: A aspergilose pulmonar é uma infeção grave mesmo em indivíduos imunocompetentes, associada a doença pulmonar estrutural, com formação frequente de aspergiloma e risco de hemoptises fatais.

Caso Clínico: Doente de 75 anos, enviada à consulta por tosse agravada com expectoração escura, dor pleurítica e perda de peso (7kg / 2 meses). História prévia de Pneumonia Eosinofílica Crónica e embolização brônquica por hemoptises. TC torácica mostrou “bronquiectasias dispersas e uma imagem quística com conteúdo arredondado (16mm)”. Broncofibroscopia e lavado broncoalveolar positivo para *Aspergillus fumigatus*, confirmando diagnóstico de aspergiloma. Antes do tratamento, sofreu paragem cardio-respiratória após ativação do INEM por dor dorsal.

IMI-101 - (2944) - UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EM DOENTES COM HÉRNIA DO HIATO

Mariana Silva De Sousa¹; João Pedro Antunes¹; Carolina Pureza¹; Tiago Sepúlveda Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital de Santa Maria, Serviço de Medicina Interna

As úlceras de Cameron representam uma importante, mas rara causa de hemorragia digestiva alta oculta em indivíduos com hérnia do hiato, sendo caracteristicamente lineares ou erosões nas pregas mucosas na impressão diafragmática.

Mulher de 79 anos, com hipertensão arterial e insuficiência venosa crónica, com quadro de tosse produtiva e vômitos com sangue vivo com cerca de 4 dias de evolução. Clinicamente sem repercussão hemodinâmica ou laboratorial (Hb 11.4g/dL), no entanto com elevação dos parâmetros de fase aguda e gasimetria com insuficiência respiratória parcial, tendo sido assumida traqueobronquite aguda, tratada com antibioterapia empírica. Endoscopia digestiva alta com hérnia do hiato e úlceras de Cameron.

IMI-102 - (2945) - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UMA GRAVE COMPLICAÇÃO DA DIABETES

Mariana Silva De Sousa¹; Francisco Silva-Ribeiro¹; Tiago Sepúlveda Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital de Santa Maria, Serviço de Medicina Interna

A mionecrose diabética é uma complicação rara mas potencialmente fatal da diabetes mellitus, sendo um desafio diagnóstico atendendo às semelhanças com a infecção de tecidos moles.

Mulher de 63 anos com hipertensão, diabetes tipo 2, insuficiência venosa dos membros inferiores e neoplasia da mama esquerda sob quimioterapia, com quadro de náuseas, vômitos e dor súbita do membro inferior esquerdo com horas de evolução. Apresentava-se hipotensa, com dor à palpação da coxa esquerda, edema, empastamento e alteração da coloração da pele. Laboratorialmente com acidémia metabólica láctica, elevação de parâmetros inflamatórios e rabdomiólise. TC com exuberante quantidade de gás no plano muscular da anca e coxa esquerda, compatível com mionecrose.

IMI-103 - (2946) - METASTIZAÇÃO PULMONAR COMPLICADA

Mariana Silva De Sousa¹; Sofia Romão¹; Tiago Sepúlveda Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital de Santa Maria, Serviço de Medicina Interna

O pulmão encarcerado refere-se à condição na qual o pulmão não se expande totalmente após drenagem de derrame pleural. Ocorre em cerca de 30% dos doentes com derrame pleural maligno devido ao espessamento da pleura visceral ou à obstrução por tumor endobrônquico.

Apresenta-se o caso de um homem de 63 anos com adenocarcinoma do cólon direito estadio IV (metastização hepática, pulmonar e pleural) com quadro de dispneia a condicionar insuficiência respiratória parcial. Radiografia de tórax com derrame pleural direito a condicionar pulmão branco. Colocada drenagem torácica funcionante. Na imagem apresenta-se a radiografia de tórax pós procedimento com evidência de ausência de reexpansão pulmonar, assumindo-se encarceramento do pulmão direito.

IMI-104 - (2947) - TROMBOFLEBITE SÉPTICA DA VEIA JUGULAR INTERNA

Mariana Silva De Sousa¹; Diogo Dos Santos Rodrigues¹; Francisco Nobre Botelho¹; Tiago Sepúlveda Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital de Santa Maria, Serviço de Medicina Interna

A síndrome de Lemierre é caracterizada por tromboflebite séptica da veia jugular interna (VJI), secundária a infecção da região da cabeça e pescoço. Em 75% dos casos há embolização séptica. O *Fusobacterium necrophorum* é o agente mais comum. Apesar de rara, está associada a uma importante morbimortalidade.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 47 anos, com antecedentes de doença mista do tecido conjuntivo, com tumefacção cervical esquerda mole e dolorosa, febre, cefaleia e disfonia há 2 dias. Extração dentária há 3 semanas com múltiplos focos sépticos odontogénicos. Parâmetros inflamatórios e velocidade de sedimentação elevados. TC com trombose aguda da VJI esquerda e tronco braquiocefálico venoso homolateral e cervicomedíastinite.

IMI-105 - (2949) - ENVOLVIMENTO PULMONAR AGRESSIVO DE LINFOMA NÃO HODGKIN

Mariana Silva De Sousa¹; João Pedro Antunes¹; Carolina Pureza¹; Tiago Sepúlveda Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital de Santa Maria, Serviço de Medicina Interna

O Linfoma Double-Hit (DHL) é um tipo agressivo de Linfoma não Hodgkin (LNH) de células B caracterizado por rearranjos em dois genes específicos. O envolvimento pulmonar ocorre em 24% dos LNH.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 61 anos com Linfoma tipo B double hit estadio IV (envolvimento pulmonar, traqueal, abdominal, sistema nervoso central, RPI3, CNS-IP13). Internada no Serviço de Medicina Interna por dispneia de agravamento progressivo em contexto de progressão pulmonar da doença com múltiplas massas pulmonares bilaterais com compressão extrínseca e estenose do brônquio principal esquerdo e brônquio intermédio e lobar inferior direito. Neste contexto iniciada quimioterapia urgente com protocolo MATRIX.

IMI-106 - (2952) - METASTIZAÇÃO ATÍPICA DE NEOPLASIA DO CÓLON

Mariana Silva De Sousa¹; João Patrocínio²; Catarina Abreu³; Tiago Sepúlveda Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital de Santa Maria, Serviço de Medicina Interna; 2 - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital de Santa Maria, Serviço de Dermatologia; 3 - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital de Santa Maria, Serviço de Oncologia Médica

A metastização cutânea do adenocarcinoma (ADC) do colon é rara (presente em menos de 5% dos casos). Homem de 57 anos, com ADC do cólon esquerdo estadio IV (metastização óssea, pulmonar e ganglionar), submetido a hemicolectomia direita por oclusão intestinal. Internado por pancitopénia e linfangiose carcinomatosa pulmonar. Objectivadas pápulas esbranquiçadas, homogéneas, duras, não foliculocêntricas, sem sinais inflamatórios, no tronco, membros superiores, região cervical, couro cabeludo e face. As biópsias revelaram infiltração nodular na derme profunda por células epitelióides, pleomorfismo celular e nuclear e numerosas mitoses, extensa necrose central - metástase cutânea de carcinoma pouco diferenciado (imunofenótipo: origem colo-rectal).

IMI-108 - (3947) - PELIOSE HEPÁTICA: UM ACHADO INCOMUM E EQUÍVOCO

Sofia Miranda¹; Nadine Amaral¹; Miguel Oliveira¹; Ricardo Raposo¹; Inês Moreira¹; Daniel Calado¹; Carolina Róias¹; Paula Costa¹; Luís Dias¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo

A peliose hepática é uma doença vascular benigna, tipicamente assintomática. A sua etiologia permanece pouco clara e a ausência de achados imagiológicos específicos dificulta o seu diagnóstico diferencial.

Mulher de 41 anos, com antecedentes de colecistectomia em contexto de pólipos de colesterol. Desenvolve diarreia crónica, tendo o estudo etiológico incluído tomografia computadorizada abdominal, que revelou área pseudonodular interpretada como hemangioma. É enviada para seguimento em Consulta de Medicina Interna, onde ressonância magnética abdominal identifica 2 formações modulares com aumento de sinal em T2, com realce central na fase arterial e preenchimento centrífugo, que se torna homogéneo nas fases subsequentes, sugerindo peliose.

IMI-109 - (3952) - SÍFILIS ORAL – UMA APRESENTAÇÃO RARA

Maria Dias Lopes¹; Tatiana Gonçalves^{1,2}; Arsénio Santos^{1,2}; Lèlita Santos^{1,2}

1 - Serviço de Medicina Interna - CHUC; 2 - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: A sífilis é uma infeção causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Maioria dos casos ocorre por transmissão sexual e as suas manifestações dependem do estágio da doença.

Caso Clínico: Sexo feminino, 65 anos. Seguida em Consulta de Medicina Interna por esteatose hepática. À data da consulta, trazia carta do médico assistente que referia o aparecimento de 3 lesões de aspeto ulcerativo, sem hemorragia ativa, de limites bem definidos e indolores, de aparecimento insidioso com crescimento gradual. Fez tratamento local com corticoesteróide sem melhoria. Por suspeita de lesão sífilítica, fez teste serológico não treponémico e biópsia que confirmaram o diagnóstico. Fez tratamento dirigido com resolução completa das lesões.

IMI-110 - (3957) - DA TROMBOSE VENOSA AO OSTEOSSARCOMA

Andreia Meseiro¹; Inês Bonito¹; Cláudia Ribeiro¹; Ana Ruivo¹; Alexandra Roque¹; Bruna Barbosa¹; Bruno Bonito¹; João Caixinha¹; Rosário Ginga¹; Martinho Fernandes¹

1 - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo - Hospital Nossa Senhora do Rosário

Homem, 57 anos, grande fumador (45UMA), sem antecedentes conhecidos.

Queixas de dor gemelar direita há 1 semana, em agravamento progressivo, associado a edema. Nega trauma, febre ou queixas respiratórias. Sinal de Homans positivo. Análises com d-dímeros elevados (4587), sem elevação de parâmetros inflamatórios. Assumida trombose venosa profunda, sem confirmação por eco-doppler por indisponibilidade, foi medicado com enoxaparina e encaminhado ao médico assistente para estudo.

Após 3 semanas sem melhoria realizou TAC que foi compatível lesão expansiva osteo-muscular difusa envolvendo a metade proximal da perna direita, com principal incidência tibial e fratura patológica. Biópsia compatível com osteossarcoma invasivo, submetido a amputação.

IMI-111 - (3959) - GANGRENA DE FOURNIER: DESPINDO O DOENTE

Maria Inês Risto¹; Luciana Sousa¹; Patrícia Sobrosa¹; Diana Guerra¹; Carmélia Rodrigues¹; Frederica Parente¹; António Cardoso Fernandes¹; Patrícia Araújo¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho-Hospital de Santa Luzia

Doente do sexo masculino, 82 anos, dependente no contexto demencial. Trazido ao Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência. Antecedentes de Diabetes Mellitus e obesidade. Sem referência a dor, negado trauma. Ao exame físico, objetiva-se edema do pénis e escroto. Analiticamente, com aumento dos parâmetros inflamatórios. Doente internado ao cuidado da Medicina Interna, por Insuficiência Cardíaca Aguda e celulite escrotal. Rápida evolução da infeção perineal, como evidenciam as imagens anexadas, sendo que, apenas um dia as separa. Realizada Tomografia Computorizada que corroborou o diagnóstico de Gangrena de Fournier. Submetido a exploração cirúrgica. Atualmente, ainda sob antibioterapia e desbridamentos.

IMI-112 - (3960) - UTILIZAÇÃO DE 18F-FDG-PET/CT NA INFEÇÃO METASTÁTICA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Rita Novera De Sousa¹; Rita Amorim E Costa²; Sara Vale Araújo¹; Fernando Azevedo Silva³; Frederico Duarte¹; Cristina Rosário¹

1 - ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano; 2 - Instituto Português de Oncologia - Porto; 3 - Atrys Portugal
Medicina Molecular Porto

A doença invasiva estafilocócica (DISa) pode complicar com infeção metastática, mas a utilização rotineira de Imagiologia além de ecocardiograma é controversa. A 18F-FDG-PET/CT permite a identificação de focos não detetados por investigações prévias, levando a procedimentos adicionais de controlo local, menor recidiva e mortalidade.

Doente com DISa (bacteriemia, osteomielite, abscesso cervical drenado) para a qual cumpriu antibioterapia adequada e resolução. Readmitido aos 3 meses por espondilodiscite D2-D3 por MSSA. Pela recorrência, pesquisados santuários por PET a assinalar área cervico-torácica esquerda (primoinfeção não resolvida), abordada por Radiologia. Resolução da coleção e redução das imagens dorsais às 6 semanas de tratamento.

IMI-113 - (3964) - SINAL DE MONOD – A RELEVÂNCIA DE UMA IMAGEM PATOGNOMÓNICA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Raquel Flores¹; João Borrvalho¹; Constança Arimateia Antunes¹; Marta Teixeira De Almeida¹; Sofia Gomes Rocha¹; Carolina Inácio Santos¹; Pedro Moules²; André Torcato Cartaxo¹; Filipa Macieira³; João Pedro Domingos¹; Ana Cláudia Miranda¹; Kamal Mansinho¹

1 - Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental; 2 - Unidade de Saúde Loures e Odivelas; 3 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Homem de 49 anos com infeção crónica por VIH-1 estágio C2 e tuberculose disseminada (pulmonar, hepática e esplénica), com boa adesão terapêutica.

Um ano após o diagnóstico de tuberculose apresentou evolução imagiológica desfavorável, consolidação com broncograma aéreo, imagens nodulares mal definidas no lobo superior esquerdo com atenuação em vidro despolido e persistência da lesão cavitada com sinal de Monod. O lavado broncoalveolar revelou galactomanano positivo e o exame micológico isolou *Aspergillus fumigatus*. Admitido o diagnóstico de aspergiloma e aspergilose broncopulmonar invasiva, foi internado e iniciou tratamento com voriconazol. Teve alta ao 20º dia clinicamente estável e a aguardar avaliação pela cirurgia cardiorácica.

IMI-114 - (3974) - UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Beatriz Gomes Rosa¹; Catarina Pinto Silva¹; Daniel Rodrigues¹; Marinha Silva¹; Carlos Oliveira¹

1 - Hospital Santa Maria Maior - Barcelos

Introdução: Cerca de 15% dos tumores do ovário são tumores borderline. Caracterizam-se por um crescimento lento, sem invasão estromal e ocorrem principalmente em mulheres em idade reprodutiva. A cirurgia é o tratamento gold-standard.

Caso clínico: Mulher de 47 anos, referenciada para a consulta por desconforto abdominal, anemia normocítica normocrômica e trombocitose. Ao exame objetivo, tinha o abdómen distendido, sob tensão, notando-se massa palpável até à grade costal. Realizou tomografia computadorizada abdomino-pélvica que revelou massa quística multisseptada com origem no ovário esquerdo com 40 cm. Fez anexectomia esquerda, seguida de histerectomia e anexectomia direita, cujo resultado foi compatível com tumor borderline mucinoso.

IMI-115 - (3987) - PIELONEFRITE ENFISEMATOSA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Vikesch Samji¹; Sofia Rocha²; Rui Gomes⁴; Miguel Golão⁴;
Carolina Antunes¹; Daniela Baptista¹; Joana Monteiro¹; Pedro Reisenberger³;
Pedro Figueiredo²; Vanisa Rosário²

1 - Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; 2 - Hospital de S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; 3 - Hospital São José, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE; 4 - Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

A pielonefrite enfisematosa é infecção aguda necrotizante do rim, com presença de gás no parênquima renal e tecidos perirrenais, sendo a diabetes mellitus o factor de risco principal.

Mulher, de 88 anos, com história de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e doença renal crónica. Admitida na Urgência por febre, dor no flanco direito, náuseas e vômitos com 24 horas de evolução. A TAC abdominopélvica revelou dilatação pielocalicial direita, com alargamento do seio renal e marcada redução da espessura parenquimatosa, e ainda imagens gasosas no sistema coletor renal à direita, sugestiva de pielonefrite enfisematosa. Internada na Urologia, submetida a nefrostomia percutânea direita e antibioterapia, com melhoria clínica.

IMI-116 - (4014) - HIDRONEFROSE GIGANTE POR LITÍASE OBSTRUTIVA COM COMPRESSÃO VISCERAL

Jorge Governá¹; Beatriz Marquês¹; Pedro Avelar¹; Liliana Simões¹; Sérgio Borges¹; Ana Costa¹; Rosa Amorim¹

1 - Centro Hospitalar do Oeste - Torres Vedras

Introdução: Na hidronefrose gigante há acumulação de ≥ 1000 mL de líquido no sistema pielo-calicial. A principal causa é litiásica, tumoral ou estenose congénita. Apresenta-se com dor abdominal e massa palpável.

Caso Clínico: Homem de 91 anos com hipertensão arterial. Admitido no Serviço de Urgência por dor e distensão abdominal. Apresentava anquilose generalizada, hipotensão e abdómen distendido. Em TC Abdómen/Pélvis volumosa formação polilobulada retroperitoneal esquerda com 24 x 23 cm, calcificação central de 6 cm, correspondendo a rim com dilatação do bacinete e cavidades pielo-caliciais, com importante compressão gástrica. Proposta drenagem percutânea que não se realizou por evolução desfavorável e falecimento ao 6º dia de internamento.

IMI-117 - (4019) - SÍNAL RADIOLÓGICO “LARGADA DE BALÕES” EVIDENCIADO NO RX TÓRAX

Tetiana Baiherych¹; Viktor Baiherych¹; Carlos Nancassa¹; Claudia Abranches Belo²; Bernardo Silva¹; Sandra António¹

1 - Hospital Distrital de Santarém; 2 - ACES Lezíria

Doente de 27 anos, sexo masculino recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal e na região inguinal à esquerda associado ao aumento de volume do testículo esquerdo, com um mês de evolução. A ecografia testicular mostrou: “(...)Volumosa formação nodular heterogénea (4,2 x 4,2 cm) de provável natureza neoformativa.” Por apresentar ainda tosse e dispneia foi realizado Rx torax que revelou imagens nodulares com aspeto em “largada de balões”. Foi pedida TC do corpo de estadiamento, que confirmou múltiplas formações micronodulares e nodulares dispersas e ambos os campos pulmonares não poupando qualquer segmento em relação provável com metástases, com padrão de realce idêntico ao da neoformação testicular.”

IMI-118 - (4023) - UM STAPHYLOCOCCUS COAGULASE NEGATIVO NÃO TÃO INOCENTE

Ana Sofia Reis¹; Margarida Choupina¹; Adriana Pereira Guedes¹; Catarina Antunes Salvado¹; Lúgia Rodrigues Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

A endocardite a *Staphylococcus ludgunensis* (SL) associa-se a elevada morbimortalidade, contrastando com os restantes *S. coagulase* negativo.

Mulher, 78 anos, artrite reumatóide sob imunossupressão. Prostração, febre e sopro sistólico de novo. Tomografia computadorizada crânio com isquemia em território da cerebral média e aumento de marcadores inflamatórios. Hemoculturas com SL. Ecocardiograma transesofágico: vegetação de 15mm na válvula mitral, insuficiência mitral grave e rotura de cordas tendinosas.

Assim, endocardite de válvula mitral nativa a SL com embolização cerebral e posterior transformação hemorrágica. Cumpriu antibioterapia dirigida e após 1 mês realizada cirurgia de substituição valvular, no entanto, com desfecho desfavorável.

IMI-119 - (4027) - EXPRESSÃO CARDÍACA DA POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR

Diogo Macedo¹; Mafalda Pais¹; Rita Menezes Azevedo¹; Sara Pereira Henriques¹; Inês Amaral Pinto¹; Rute Caçola¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

A polineuropatia amiloidótica familiar (PAF) é uma doença hereditária rara com afeção multissistémica. O atingimento cardíaco normalmente é tardio.

Homem, 75 anos, com antecedentes de PAF confirmada geneticamente com afeção neurológica e história familiar. Recorreu à urgência por dispneia e parestesias dos membros inferiores. Apresentava hiponatremia e NT-pro-BNP elevado. O Ecocardiograma revelou hipocinesia da parede inferior e da parede anterior, grave hipertrofia ventricular esquerda com espessamento da parede e depressão da função sistólica ventricular esquerda e direita. Realizou cintigrafia que demonstrou deposição de ATTR cardíaca sendo decidido não realizar tafamidis pela evolução grave e predominância da sintomatologia neurológica.

IMI-120 - (4030) - SDRIFE - UMA REAÇÃO ATÍPICA A ANTIBIOTERAPIA

Inês De Albuquerque Monteiro¹; Margarida Arantes Silva¹; Sara Silva¹; Bernardo Silvério¹; Ana Rita Alves Lopes¹; Olinda Lima Miranda¹; Mário Esteves¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Ave

O exantema intertriginoso e flexural simétrico relacionado a medicamentos (SDRIFE) trata-se de um exantema maculopapular eritematoso simétrico, nas flexuras e intertrigo, após exposição a fármacos sistémicos. Doente 88 anos, com antecedentes de fatores de risco vascular, DPOC GOLD E e demência, admitida no serviço de urgência por um quadro de pneumonia com insuficiência respiratória tipo 2, acidemia e necessidade de ventilação não invasiva. Analiticamente: leucocitose 22000/uL; neutrofilia 85%; Proteína C Reativa 35.12mg/dL tendo iniciado Piperacilina Tazobactam 4.5mg 3id por elevada carga antibiótica prévia. Em dia 3 de antibioterapia desenvolveu quadro compatível com SDRIFE tendo suspenso antibiótico, com posterior resolução do quadro.

IMI-121 - (4058) - “PASITO A PASITO” ATÉ À OCLUSÃO

Eulália Antunes¹; Joana Lopes¹; Rui Jorge Silva¹; Cláudia Coelho¹; João Pedro Faria¹; Sofia Caridade¹; Isabel Silva¹

1 - Hospital de Braga

Apenas 10% das trombozes venosas profundas (TVP) envolvem o membro superior (MS). Neoplasia, radioterapia (RT) e quimioterapia (QT) são fatores de risco para esta patologia. Mulher 83 anos, antecedentes de neoplasia da mama direita submetida a mastectomia, RT e QT, internada por lesão lítica. Ao 6º dia de internamento, apresenta eritema no MS direito, com desaparecimento à digitopressão. Pulso presente e amplo, sem outras alterações. Sem manipulação recente do membro. AngioTC mostrou preenchimento filiforme da veia subclávia com permeabilidade mantida. O membro evoluiu para coloração vinhosa, tendo realizado ecodoppler que mostrou TVP recente e oclusiva da veia subclávia. Iniciada hipocoagulação com normalização progressiva das alterações.

IMI-122 - (4060) - O QUE DIZEM OS TEUS OLHOS?

Eulália Antunes¹; Joana Lopes¹; Rui Jorge Silva¹; Cláudia Coelho¹; João Pedro Faria¹; Sofia Caridade¹; Isabel Silva¹

1 - Hospital de Braga

A descompensação da insuficiência cardíaca pode ocorrer por diversos fatores, tais como a não adesão terapêutica, infeções ou secundariamente à descompensação de outras condições médicas.

Mulher de 82 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, cardiopatia hipertensiva, hipertiroidismo e doença vascular cerebral, internada no serviço de Medicina Interna por insuficiência cardíaca sem aparente fator descompensador à admissão. Ao exame físico apresentava exoftalmia exuberante e hiperemia conjuntival. Perante estes achados, pedida função tiroideia que revelou TSH diminuída (0.011 uUI/ml) e T4 livre aumentada (1.83 ng/dL). Iniciada terapia com metabisol e reforçada terapêutica diurética com resolução clínica.

IMI-123 - (4063) - PNEUMONIA NECROTIZANTE MULTIFOCAL

Marta Pinheiro¹; Sofia Mahomed Mateus¹; Helena Brazão¹; Catarina Salgado¹

1 - ULS São José

Homem de 67 anos, com hábitos tabágicos, recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia à direita e dificuldade respiratória de agravamento progressivo. Assumida pneumonia adquirida na comunidade com necessidade de ventilação invasiva. Por ausência de resposta à antibioterapia, repetiu TC-tórax que revelou pneumonia necrotizante, com antígenúrias negativas, mas com isolamento de *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* nas hemoculturas e de *Staphylococcus aureus* sensível a metilina no lavado bronco-alveolar.

A Pneumonia Necrotizante é uma complicação rara da pneumonia adquirida na comunidade caracterizada por destruição do tecido pulmonar e aparecimento de focos de necrose em áreas de consolidação parenquimatosas.

IMI-124 - (4066) - UMA IMAGEM FASCINANTE DE ENFISEMA PULMONAR BOLHOSO

Ana Rita Sárria¹; A. Beatriz Ferreira¹; Cláudia Paiva Agostinho²;
Sara Neves Carvalho²; Rita Amorim E Costa²; Nidia Pereira¹; Filipa F. Guimaraes¹

1 - Hospital Pedro Hispano; 2 - Instituto Português de Oncologia do Porto

O enfisema pulmonar, caracterizado pela dilatação e destruição alveolar, tem como principais etiologias o tabagismo e o défice de alfa 1 antitripsina (A1AT). Apresentamos um homem imunocompetente, 49 anos, com baixa carga tabágica prévia (15 UMA), admitido no Serviço de Medicina Intensiva com diagnóstico inaugural de enfisema bolhoso complicado com pneumonia bilateral sem agente identificado. Dada a exuberância do enfisema, a abordagem da insuficiência respiratória grave foi desafiante. Outras etiologias foram excluídas (défice de A1AT; drogas; doenças do tecido conjuntivo, auto-imunes e císticas raras). Melhoria franca com antibioterapia e programa de reabilitação respiratória, agora em vigilância para avaliar necessidade de bolhectomia.

IMI-125 - (4079) - DESAFIOS CLÍNICOS: PNEUMOTÓRAX EM PACIENTE COM LINFANGIOLEIOMIOMATOSE

Catarina Águas¹; Teresa Abegão¹; Cláudia Guerreiro¹; Vanda Areias¹;
Carlos Cabrita¹; Rute Martins¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve

Introdução: A linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença multissistémica rara que afeta sobretudo mulheres em idade fértil. Caracteriza-se por múltiplo quistos pulmonares, resultantes de proliferação de músculo liso na vascularização pulmonar, vasos linfáticos e alvéolos. O seu diagnóstico é desafiante, já que a sintomatologia é insidiosa e pode ser semelhante à da asma e/ou bronquite. A suspeição clínica deve surgir perante quadro de dor torácica aguda e dispneia, secundárias a pneumotórax.

Caso Clínico: Mulher de 38 anos, não fumadora, com pneumotórax espontâneo recidivante. Realizou biópsia pulmonar com confirmação histológica de LAM. Submetida a pleurodese, complementada por cinesoterapia, sem recorrência dos sintomas.

IMI-126 - (4081) - RECIDIVA DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) SOB FORMA DE LÚPUS DISCÓIDE

Catarina Moreira¹; Bárbara Laczkovits²; Ana Costa²

1 - Instituto Português de Oncologia do Porto; 2 - Serviço de Medicina Interna, ULSM-HPH

Mulher de 51 anos, diagnosticada com LES em 2002 sob forma de polisserosite com boa resposta à corticoterapia (CCT), atualmente em vigilância regular e sob prednisolona (PDN) 2.5mg/dia, sem recidivas até então. Apresenta-se agora com lesões cutâneas eritematoescamosas a nível do tronco, dorso, na região do pescoço e ombros, algumas com características anulares policíclicas, com 3 meses de evolução, sugestivas de lúpus discóide. Realizou clobetasol, betametasona e tacrólimus tópicos sem melhoria. Analiticamente sem alterações de relevo, com anticorpo anti-dsDNA 118UI/mL. A biópsia demonstrou alterações inflamatórias de tipo liquenóide compatíveis com lúpus discóide. Iniciou PDN 40 mg/dia com desmame gradual, com resolução de lesões em 1 mês.

IMI-127 - (4090) - SILICOSE PSEUDOTUMORAL, APRESENTAÇÃO RARA DE PNEUMOCONIOSE FREQUENTE

Ana Toste¹; Carolina Guimarães¹; Inês Albuquerque¹; Jorge Almeida¹

1 - Unidade Local de Saúde de São João

Homem de 66 anos, ex-mineiro, antecedentes de tabagismo, DPOC e silicose pseudotumoral. A radiografia (A) e angio-TC (B e C) torácica do doente apresentam características clássicas de silicose complicada, observando-se opacidades/massas de tecidos moles com margens irregulares e mal definidas predominantemente na periferia com padrão de migração para os hilos e que poupam os lobos inferiores, com áreas de calcificação e fibrose maciça. Observa-se também derrame pleural de pequeno volume à esquerda, achado que ocorre em cerca de 11% dos doentes. A silicose é a pneumoconiose mais frequente, mas a forma pseudotumoral é rara, progressiva, aumenta o risco de neoplasia e infeção por tuberculose e acarreta elevada morbimortalidade.

IMI-128 - (4102) - SEQUELAS DE ASBESTOSE COMO FATOR CONFUNDIDOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Nuno Cerejeira¹; Natacha Medeiros^{1,2}; Joana Ricardo Pires¹; Filipe Andrade¹

1 - ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano; 2 - Hospital do divino espírito Santo de ponta delgada EPER

O amianto é um material utilizado na construção e isolamento de edifícios, rico em fibras de silicatos de magnésio. A consequência da inalação destas fibras é chamada de asbestose, provocando alterações difusas no parênquima pulmonar e na pleura. Apresenta-se o caso de um homem de 85 anos, com antecedentes de tabagismo, neoplasia pulmonar (bilobectomizado à direita) e doença pulmonar obstrutiva crónica. Internado múltiplas vezes por pneumonias bacterianas com insuficiência respiratória grave. Na radiografia de tórax e tomografia computadorizada torácica destacavam-se exuberantes placas pleurais calcificadas em provável relação com pneumoconiose e condicionando maior predisposição infecciosa.

IMI-129 - (4104) - À MELHOR DE TRÊS

Rosa Sá¹; Hugo Gonçalves¹; Francisco Simões¹; Ana Sá¹; Teresa Pimentel¹; Narciso Oliveira¹

1 - Unidade local de saúde de Braga - hospital de Braga

Os Linfomas Não-Hodgkin (LNH) enquadram um grupo heterogéneo de neoplasias malignas linfoproliferativas, com elevada mortalidade associada.

Homem, 73 anos, com antecedentes de adenocarcinoma do pulmão, LNH da zona marginal e adenocarcinoma da próstata, recorre ao Serviço de Urgência por dispneia e tosse com uma semana de evolução, sendo-lhe diagnosticada Pneumonia da Comunidade. Por manter hipoxemia após ciclo completo de antibioterapia, realizou TC torácica que revelou massa paraesternal esquerda e outras duas massas adjacentes ao pericárdio e aos sexto e sétimo arcos costais anteriores esquerdos. Para esclarecimento etiológico das lesões, procedeu-se a biópsia da lesão esternal, que confirmou diagnóstico de Linfoma tipo B de alto grau.

IMI-130 - (4105) - SINAL DE PEMBERTON, UMA COMPLICAÇÃO DO CATÉTER

Ana Rita Antunes¹; Mariana Teixeira¹; Margarida Choupina¹; Sofia Peixoto¹;
Beatriz Belo¹; Filipe Breda¹

1 - CHVNGE - Hospital Centre of Vila Nova de Gaia e Espinho, R. Conceição Fernandes - Vila Nova de Gaia, Portugal

Introdução: Os síndromes da veia cava superior (VCS) são comumente associados a neoplasias malignas mediastínicas, porém causas benignas de obstrução têm relevância pelo uso crescente de dispositivos médicos.

Caso Clínico: Homem, 58 anos, hipocoagulado, com pacemaker, recorre ao serviço de urgência por tonturas, rubor e edema facial e cervical desde há 7 meses, agravado com elevação dos membros superiores. Objetivamente com plétora facial, edema cervical, engurgitamento venoso e sinal de Pemberton. Imagiologicamente com defeito de preenchimento da veia braquiocéfálica direita e veia cava superior adjacente ao cateter, sugestivo de trombo. Estudo de trombofilias negativo. Alta com varfarina, orientado para consulta de medicina interna.

IMI-131 - (4109) - QUILOPERICÁRDIO - UM DERRAME PERICÁRDICO INCOMUM

Laura Baptista¹; Rita Sevivas²; Inês Bertão³; Catarina Vale⁴; Ana Neves⁴; Pedro Simões⁵; Fernando Friões⁴

1 - ULSRA - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro; 2 - Hospital Santa Maria Maior; 3 - Hospital Distrital Figueira da Foz; 4 - CHUSJ - Centro Hospitalar Universitário São João; 5 - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

O derrame pericárdico pode ter apresentações distintas, conforme o volume, tempo de instalação e natureza do líquido. Apresentamos o caso de uma mulher de 75 anos, com diagnóstico recente de Linfoma Folicular após internamento para estudo de derrame pleural. Dá entrada no SU 2 meses depois da alta, com clínica de IC descompensada por FA com RV rápida de difícil controlo. Ecoscopia à cabeceira revelou derrame pericárdico de grandes dimensões, já com compromisso hemodinâmico, pelo que foi submetida a pericardiocentese com saída de líquido espesso, leitoso, e com triglicérideos 827mg/dL. Diagnosticado quilopericárdio em provável contexto de invasão do ducto torácico por linfoma de base, com aspecto muito característico do conteúdo drenado.

IMI-132 - (4116) - ABCESSO PRÉ-VERTEBRAL COM EXTENSÃO AO ESPAÇO EPIDURAL: UMA IMAGEM REVELADORA DE UMA COMPLICAÇÃO GRAVE

Sérgio Azevedo¹; Daniel Veiga¹; Beatriz Lopes¹; Samba Baldé¹; Isabel Martins¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

A disseminação hematogénica de infeções leva, por vezes, ao desenvolvimento de abscessos em localizações que podem colocar a vida dos doentes em risco. Apresenta-se o caso de um doente de 49 anos, com vasculite leucocitoclástica cutânea e asma, que se apresentou com quadro progressivo de dor cervical, odinofagia, disfagia para sólidos e febre com 3 dias. Identificada bacteriemia por *Staphylococcus aureus*, iniciado antibioterapia dirigida. Evoluiu com tetraparésia progressiva. A ressonância magnética cervical revelou um abscesso do espaço retrofaríngeo e pré-vertebral com extensão ao espaço epidural pelos canais de conjugação, com compressão medular ao nível de C4-C5. Foi intervencionado de urgência, sem resolução de tetraparésia.

IMI-133 - (4120) - SINAL DE HAMPTON – NÃO TÃO ESOTÉRICO QUANTO PARECE

Ana Rita Ribeiro¹; Daniela Fernandes¹; Tânia Torres¹; Inês Belchior¹;
Maria José Grade¹; Luísa Arez¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve, Unidade Hospitalar de Portimão

O sinal de Hampton é um achado imagiológico raro. Caracteriza-se por uma opacidade justapleural em cunha que traduz enfarte pulmonar.

Homem de 46 anos com queixas de dispneia e toracalgia pleurítica. A radiografia torácica demonstrava uma hipotransparência no terço inferior direito. A angiotomografia computadorizada torácica confirmou tromboembolismo pulmonar bilateral.

Este caso pretende demonstrar um sinal radiográfico que sendo raro pode estar presente numa patologia comum. Pretende alertar para a avaliação detalhada da radiografia, um dos exames mais frequentemente solicitados. A resolução radiológica é um processo moroso podendo evoluir para processos fibrocatriciais.

Imagem 1- Radiografia à entrada (A) e duas semanas após o evento (B)

IMI-134 - (4125) - ENFARTES ESPLÉNICOS: A PROPÓSITO DE UM CASO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA

Dany Cruz¹; Daniel Rodrigues¹; Gabriela Paulo¹; Rita Sevivas¹; Carolina Veiga¹;
Francisca M. Pereira¹

1 - Hospital Santa Maria Maior

Introdução: A principal causa de enfartes esplênicos são os processos embólicos, nomeadamente a embolização de vegetações sépticas.

Caso Clínico: Sexo masculino, 55 anos. Antecedentes de substituição da válvula aórtica por válvula biológica com 4 anos. Recorreu ao Serviço de Urgência por sudorese, febre e perda ponderal, com quatro semanas de evolução. Analiticamente com marcadores inflamatórios elevados. A TC abdomino-pélvica revelou várias áreas de enfarte esplênico e o TC crânio excluiu embolização cerebral. As hemoculturas isolaram *Streptococcus sanguinis* multissensível e no ecocardiograma eram visíveis vegetações na válvula aórtica e um abscesso do anel aórtico. Cumpriu esquema de antibioterapia e foi orientado para Cirurgia Cardíaca.

IMI-135 - (4142) - SOB PRESSÃO: QUANDO O CÓLON NÃO DEIXA ESPAÇO PARA OS PULMÕES

Ana Tenreiro¹; Inês Silva¹; João Figueira¹; Sofia Calaça¹; Susana De Carvalho¹

1 - Hospital do Espírito Santo de Évora

O dolicomegacólon é uma variante anatómica da normalidade que se caracteriza pelo aumento do comprimento e diâmetro do cólon, associando-se a sintomas como obstipação crónica e distensão abdominal.

A imagem apresentada revela claramente os sinais radiográficos distintivos do dolicomegacólon: uma dilatação expansiva do cólon tão marcada que provoca a elevação da cúpula diafragmática, contribuindo para uma diminuição da dimensão dos pulmões por compressão.

O caso exibido trata-se de um homem de 56 anos com antecedentes pessoais de consumo etanólico, que apresentava queixas de obstipação crónica medicado com múltipla terapêutica laxante. À data de diagnóstico, com trânsito intestinal mantido e regular.

IMI-136 - (4143) - SISTER MARY JOSEPH NODULE – A WARNING SIGN

Sofia Andraz¹; Mariana Antão¹; Cláudia Fitas¹; Teresa Abegão¹; Catarina Águas¹; Margarida Portugal¹; Fátima Cereja¹; Ramiro Sá Lopes¹; Mariana Figueiras¹; Carlos Cabrita¹; Ana Ribeiro¹

1 - ULS Algarve - Hospital de Faro

An 80-year-old man presented to the emergency department with a year-long history of anorexia, weight loss, an umbilical lesion and increasing abdominal tenderness. He was emaciated, jaundiced, with a pronounced abdominal distension, positive fluid wave test and collateral venous circulation (A). An irregular, hyperemic, painless and stony umbilical nodule with skin necrosis was compatible with a Sister Mary Joseph (SMJ) nodule (B). Computed tomography revealed a 40mm solid lesion (C) in the pancreas tail, nodular liver lesions (D), ascites, and peritoneal thickening. The SMJ nodule is a rare cutaneous metastatic lesion. Its detection warrants a comprehensive assessment to explore the primary lesion and other potential metastatic sites.

IMI-137 - (4145) - MÚLTIPLOS FENÓMENOS EMBÓLICOS DE ETIOLOGIA SÉPTICA

Maria Meneses Rebelo¹; Maria João Barbosa¹; Ana Raquel Barreira¹; Jorge Frade¹; Sara Dias¹; Sofia Mateus¹; Catarina Costa¹

1 - ULS São José - Serviço de Urgência Geral

Apresenta-se em imagem de TC, opacidades nodulares com cavitação/componente gasoso central e morfologia em cunha típicas de embolia séptica pulmonar.

A respeito de um doente de 40anos, admitido por alteração do estado de consciência com estigmas de HT. À admissão GCS 7, apirético, hipoglicémia 13mg/dL e má perfusão periférica. Gasimetria arterial pH e bicarbonato indoseável, bem oxigenado, Lactato 20mmol/L. Análises com elevação de parâmetros inflamatórios, disfunção hepato-renal. TAC mostra TEP segmentar, embolia séptica pulmonar e hepática, assim como TVP femoral direita. EcoTE com endocardite da válvula aórtica. HC posterior com *S.pyogenes*. Evolução em choque séptico com falência multiorgânica, desfecho fatal.

IMI-138 - (4149) - ALTERAÇÕES IMAGIOLÓGICAS NA ENCEFALOPATIA DE WERNICKE

Miguel Ângelo Sousa¹; Isa Duarte Barbosa¹; Adriana Pereira Guedes¹; Ana Sofia Reis¹; Catarina Antunes Salvado¹; Rui Salvador¹; Beatriz Frutuoso¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

INTRODUÇÃO: A Encefalopatia de Wernicke (EW) está associada ao défice de tiamina. O diagnóstico é muitas vezes de suspeição pela presença incompleta da tríade clínica clássica. O tratamento evita a progressão para Síndrome de Korsakoff. A RMN-CE pode identificar lesões típicas e auxiliar no diagnóstico.

CASO CLÍNICO: Homem de 41 anos. Antecedentes de Disfagia sequelar e Perturbação de Uso do Álcool. Trazido ao SU por alteração do comportamento. Ao exame objetivo, com discurso confuso, parésia bilateral do 6.º par e marcha atáxica. Iniciou tiamina EV. RMN realizada em internamento com hiperintensidade em T2/FLAIR na região periventricular do 3.º ventrículo, nos corpos mamilares e na placa tectal, enquadráveis na suspeita clínica de EW.

IMI-139 - (4170) - DEGENERESCÊNCIA HEPATOCEREBRAL ADQUIRIDA – UMA DEMÊNCIA NEGLIGENCIADA

Sara Pereira Henriques¹; Diogo Baptista Macedo¹; Ana Rita Antunes¹; Rita Azevedo Menezes¹; Pedro Filipe Mesquita²; Inês Rueff Rato¹

1 - Serviço de Medicina Interna - Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho; 2 - Serviço de Gastroenterologia - Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho

Introdução: A degenerescência hepatocerebral adquirida (DHA) é uma doença neurodegenerativa rara e geralmente irreversível caracterizada por sinais extrapiramidais e alterações neuropsiquiátricas em doentes com cirrose hepática avançada.

Caso Clínico: Mulher de 69 anos com cirrose hepática Child B de etiologia alcoólica, portadora de shunts esplenorreais espontâneos. Encefalopatia hepática recorrente no último ano e quadro de ataxia, disartria e tremor das mãos com 3 anos de evolução. Ressonância magnética cranioencefálica a evidenciar hipersinal em T1 a nível do globo pálido (Fig.1) e substância nigra (Fig.2), compatível com o diagnóstico de DHA. Destaca-se esta entidade como uma possível causa de declínio cognitivo no doente cirrótico.

IMI-140 - (4179) - CELULITE COMPLICADA ASSOCIADA A DISPOSITIVO DE MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA DE GLUCOSE EM DOENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 1

Fátima Cereja¹; Mariana Antão¹; Catarina Agueiras¹; Joana Rodrigues Coelho¹; Cláudia Fitas¹; Joana Lopo¹; Mariana Figueiras¹; Catarina Mendonça¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

Introdução: Os dispositivos de monitorização contínua da glucose (DMCG) são frequentemente utilizados nos doentes com diabetes mellitus tipo 1 (DMT1). As infeções da pele associadas a DMCG são uma complicação rara.

Caso-clínico: Sexo feminino, 20 anos, com antecedentes de DMT1 com mau controlo metabólico, recorre ao serviço de urgência por úlceras no braço e ombro esquerdos com um mês de evolução sem melhoria após três ciclos de antibioterapia oral. A doente era utilizadora de DMCG. Por celulite complicada do membro superior esquerdo, com úlceras com necrose central e fistulização no membro superior esquerdo realizou 14 dias de ertapenem e desbridamento cirúrgico. Teve alta ao 20º dia de internamento mantendo seguimento em consulta.

IMI-141 - (4193) - TUMOR DE CÉLULAS DE HURTHLE

Ana Patrícia Coelho¹; Margarida Peixoto¹; Mafalda Machado De Gouveia¹; Patrícia Sobrosa¹; José Diogo Martins¹; Fabiana Muñoz²; Gilberto Taketani²; Manuel Veiga³; Anabela Brito¹; Diana Guerra¹

1 - ULSAM Departamento de Medicina; 2 - ULSAM Departamento de Radiologia; 3 - ULSAM Departamento de Anatomia Patológica

INTRODUÇÃO: O Tumor de Células de Hurthle (TCH) da tireóide, com diagnóstico e tratamento desafiantes, é considerado adenoma ou carcinoma com base na ausência ou presença de invasão capsular do nódulo e/ou vascular do parênquima da tireóide adjacente avaliado em exame histológico de lobectomia ou tireoidectomia total.

CASO CLÍNICO: Mulher de 38 anos, sem clínica sugestiva de patologia tiroideia, realiza tomografia computadorizada de tórax que revela nódulo hipodenso de 16 mm na hemitireóide direita. Para complementar o estudo realiza ecografia tiroideia que mostra nódulo sólido com 18 mm de diâmetro máximo (EU-TI-RADS 4). Exame citológico de biópsia aspirativa do nódulo compatível com TCH, sendo candidata a lobectomia direita para diagnóstico.

IMI-142 - (4195) - DOENÇA RARA... MANIFESTAÇÕES TÍPICAS

Mariana Belo Nobre¹; Miguel Carrilho¹; Joana Rosa Martins¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Norte

A Neurofibromatose (NF) tipo 1 caracteriza-se por manchas café com leite e neurofibromas cutâneos e plexiformes, tumores benignos que podem condicionar sintomas neurológicos e transformação maligna. Pode considerar-se a remoção cirúrgica apesar do alto risco de recidiva e/ou a utilização de selumetinib na presença de neurofibromas plexiformes inoperáveis.

Homem, 28 anos, observado por manchas café com leite e múltiplos nódulos cutâneos, dispersos, de dimensões variadas e em número crescente nos últimos 15 anos. Assumida NF tipo 1, confirmada por estudo genético. Realizada excisão cirúrgica de neurofibromas por preocupações estéticas. Por apresentar um neurofibroma plexiforme recidivante, considera-se eventual terapêutica com selumetinib.

IMI-143 - (4205) - TROMBOSE DA ARTÉRIA RENAL

Ana Patrícia Coelho¹; Margarida Peixoto¹; Mafalda Machado De Gouveia¹;
Maria Guilherme Muchata¹; Maria Inês Risto¹; Patrícia Sobrosa¹;
José Diogo Martins¹; Pedro Silva²; Carolina Terra²; Anabela Brito¹; Diana Guerra¹

1 - ULSAM Departamento de Medicina; 2 - ULSAM Departamento de Radiologia

INTRODUÇÃO: A trombose da artéria renal (AR), entidade rara com incidência sobretudo aos 30-50 anos, é causa de enfarte renal (ER). A sua apresentação pode simular patologias comuns como nefrolitíase ou pielonefrite, o que requer um elevado índice de suspeição.

CASO CLÍNICO: Homem, 43 anos, ex-fumador, admitido por dor no flanco esquerdo de início súbito 4 dias antes, com diagnóstico de nefrolitíase 2 dias antes. Análises de sangue com elevação da proteína C reativa e desidrogenase láctica. Estudo sumário de urina sem alterações. Tomografia computadorizada abdomino-pélvica contrastada mostrou trombo em ramo da AR esquerda e áreas de ER ipsilateral. Pelo tempo de evolução, sem indicação para revascularização. Iniciada hipocoagulação.

IMI-144 - (4206) - TOFOS GOTOSOS - UM TEMA AINDA ATUAL

Ana Patrícia Coelho¹; Margarida Peixoto¹; Mafalda Machado De Gouveia¹;
Maria Guilherme Muchata¹; Maria Inês Risto¹; Patrícia Sobrosa¹;
José Diogo Martins¹; Anabela Brito¹; Diana Guerra¹

1 - ULSAM Departamento de Medicina

INTRODUÇÃO: A gota, caracterizada pelo depósito de cristais de urato monossódico nos tecidos moles intra e extra-articulares e nos ossos decorrentes da hiperuricemia, é a artropatia cristalina mais comum. Quando não tratada progride com alterações inflamatórias crónicas e destrutivas, formando tofos gotosos (TG).

CASO CLÍNICO: Homem, 61 anos, com consumo moderado de álcool e história de várias crises de podagra nos últimos 30 anos com envolvimento das articulações dos joelhos e cotovelos. Mais recentemente com TG na superfície extensora das mãos com incapacidade para realizar atividades de vida diária. Reforçados os cuidados dietéticos e iniciada terapêutica com febuxostate, com melhoria sintomática, redução da uricemia e do volume dos TG.

IMI-145 - (4212) - ABCESSO PULMONAR COM EXTENSA LESÃO CAVITADA

Dinarte Abreu¹; Sofia Gonçalves¹; Teresa Faria¹; Alexandra Rodrigues¹; Maria Aguiar¹; Cátia Martins¹

1 - Hospital Central do Funchal

Introdução: O abcesso pulmonar é uma área circunscrita de pus ou necrose no parênquima pulmonar causada por infeção microbiana.

Caso Clínico: Homem, 39 anos, com história de pneumonia, doença psiquiátrica e asma brônquica desde a infância. Trazido à urgência por tosse produtiva com 2 dias de evolução. À observação estava pálido, febril, taquicárdico, murmúrio vesicular rude, diminuído nas bases com sibilos dispersos. Analiticamente uma anemia normocítica, linfopenia e elevação de parâmetros inflamatórios, radiografia de tórax a evidenciar extensa lesão cavitada com nível hidroaéreo na base direita sugestiva de abcesso pulmonar. Efetuadas culturas e iniciada antibioticoterapia empírica. Orientado para Pneumologia para drenagem e seguimento.

IMI-146 - (4214) - SÍNDROME DE SWEET - A PORTA PARA UMA DOENÇA OCULTA

Tânia Faustino Mendes¹; Bárbara Ferreira Da Silva¹; Jéssica Araci Abreu¹; Ana Isabel Oliveira¹; Nuno André De Sousa¹; Luís Cuña¹

1 - Hospital Vila Franca de Xira

A síndrome de Sweet é uma patologia inflamatória rara. Pode ser idiopática ou estar relacionada com múltiplas condições clínicas.

Mulher, 48 anos, sem antecedentes relevantes nem introdução recente de medicação. Vai ao serviço de urgência por aparecimento súbito de placas dolorosas e edemaciadas, bilateralmente na face, com pseudovesículas e bolhas periféricas, com 2 semanas de evolução. Associou-se febre e mal-estar generalizado. Analiticamente com leucocitose e neutrofilia.

Colocada a hipótese de síndrome de Sweet, foi medicada com corticoide oral e tópico com excelente resposta. A biópsia incisional foi compatível. Do estudo etiológico realizado é identificada paraproteinemia IgG/kappa, com encaminhamento urgente para Hematologia.

IMI-147 - (4217) - PNEUMONITE INDUZIDA POR IMUNOTERAPIA

Tânia Faustino Mendes¹; Bárbara Ferreira Da Silva¹; Ana Isabel Oliveira¹; Jéssica Araci Abreu¹; Nuno André De Sousa¹; Luís Cuña¹

1 - Hospital Vila Franca de Xira

A pneumonite induzida pela imunoterapia pode ter uma apresentação catastrófica.. Apresenta-se um caso secundário a pneumonite a Nivolumab, com envolvimento pulmonar extenso, onde o rápido reconhecimento permitiu obter um outcome favorável.

Homem de 70 anos, história de carcinoma papilar do rim recidivado, sob Nivolumab há 3 meses. Vai ao serviço de urgência por dispneia de agravamento progressivo. Evoluiu com hipoxemia grave. A tomografia computadorizada de tórax revelou extensas áreas de consolidação bilaterais.

Foi colocada a hipótese de pneumonite induzida pela imunoterapia, tendo iniciado corticoide em alta dose. Foi necessária ventilação invasiva inicial, no entanto, sob tratamento dirigido houve evolução muito favorável.

IMI-148 - (4222) - ABCESSO PIOGÉNICO DISSEMINADO EM TRABALHADOR DE AVIÁRIO

Matilde Couto¹; Desirée Farinha¹; Mariana Marques¹

1 - Hospital de Vila Franca de Xira

Zoonoses ocupacionais são cada vez menos frequentes, no entanto é um diagnóstico a ter em consideração, especialmente em doentes vindos de outros países.

Homem, 54 anos, a trabalhar Angola num aviário. Avaliado em Luanda por tosse seca com dor pleurítica, sudorese noturna, perda ponderal e astenia. TC tórax com empiema pleural multiloculado, derrame pleural e adenomegalias. Iniciou antibiótico. Evolução para hemiparésia com desvio da comissura labial, realizou RM-CE sugestiva de abscesso piogénico por disseminação hematogénea. Associou corticoterapia e foi transferido para Portugal, onde apenas se destaca citologia de empiema, sem isolamentos. Manteve antibiooterapia empírica prolongada com resolução do quadro ao fim de 6 meses.

IMI-149 - (4233) - LESÕES LÍTICAS DA CALOTE CRANIANA - DESAFIO DIAGNÓSTICO

Filipa Duarte-Ribeiro¹; Catarina Salvado¹; Sara Pereira Henriques¹; Raquel Barreira¹; Carina Silva¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Introdução: O angiossarcoma ósseo é um tumor raro (<1% tumores ósseos primários), podendo atingir qualquer osso e simular mieloma múltiplo, sarcoma osteogénico ou metástases.

Caso clínico: Mulher, 61 anos, saudável. Cefaleia e crescimento de massa frontal esquerda há 2 meses (**Figura 1**). Sem outras queixas. Tomografia computadorizada de crânio com lesão óssea frontolateral esquerda de tecidos moles, lesões líticas intra/extracranianas sólidas e heterogéneas (**Figura 2.1 e 2.2**). Tomografia emissão positrões: lesões osteolíticas hipermetabólicas no crânio. Estudo analítico sem alterações. Biópsia: angiossarcoma. Orientada para centro de referência para tratamento.

IMI-150 - (4239) - O QUE ESCONDE UM SUPRA ST

Daniela Da Costa Duarte¹; Luís Costeira Pereira³; Rui Files Flores²; Pedro Azevedo²; António Gaspar²; Alexandra Vaz¹

1 - Hospital de Viseu - Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões; 2 - Hospital de Braga - Unidade Local de Saúde de Braga; 3 - Hospital de Santa Luzia - Unidade Local Saúde Alto Minho

A miocardite aguda é um processo inflamatório do miocárdio que afeta sobretudo homens jovens. Os sintomas são muito variáveis, o que torna o diagnóstico desafiante. Homem, 18 anos. Recorre à Urgência por dor torácica opressiva desde há 2 dias, sem irradiação, sem agravamento com os movimentos respiratórios. Sem febre. Análises com aumento dos marcadores de necrose miocárdica, PCR 23,5mg/L. ECG ritmo sinusal, supradesnivelamento do segmento ST em DI, DII, aVL e V2-V6, com concavidade superior. Ecocardiograma com fração de ejeção do ventrículo esquerdo 50% e hipocinésia inferoposterior. Dado ser um doente jovem e sem fatores de risco cardiovasculares avançou-se para ressonância magnética cardíaca que confirmou o diagnóstico de miocardite.

IMI-151 - (4245) - TAMPONAMENTO CARDÍACO: A ECOGRAFIA POINT-OF-CARE COMO ALIADO DO INTERNISTA

Sofia De Azevedo¹; Carlota Carvalho Da Silva¹; Tiago Miguel Peixoto¹; Ana Pais Monteiro¹; Isabel Fonseca Silva¹; André Alexandre¹; Margarida França¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

Um derrame pericárdico pode ter várias causas e os sintomas variar grandemente, dependendo da taxa de acumulação de líquido. A Ecografia Point-Of-Care destaca-se em contexto de urgência, permitindo o diagnóstico precoce de situações de risco de vida, como o tamponamento cardíaco. Mulher de 88 anos, autónoma, com cardiopatia valvular, admitida por insuficiência cardíaca congestiva, turgescência venosa jugular, e estabilidade hemodinâmica. Radiografia com índice cardiorácico aumentado. Estratégia inicial de diurético com evolução com hipotensão, e ecografia à cabeceira mostrou derrame pericárdico de grande volume. Cardiologia confirmou e objetivou sinais ecocardiográficos compatíveis com tamponamento, e realizou pericardiocentese emergente.

IMI-152 - (4246) - AVIUM COMPLEXO

Ana Rita Ambrósio¹; Filipa De Oliveira Nunes¹; Salomão Fernandes¹;
Raquel Tavares¹; Paulo Rodrigues¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

Mulher de 81 anos. História de linfoma MALT gástrico, diabetes tipo 2 e hipertensão arterial. Em 2016 diagnóstico de infecção pulmonar por Mycobacterium avium complex, cumprindo um ano de terapêutica com rifabutina, etambutol e azitromicina. Reativação em 2020, reintroduzido o mesmo esquema terapêutico, suspenso após 3 meses por toxicidade hepática. Internada em Outubro de 2022 por síndrome constitucional e insuficiência respiratória. A TC-tórax evidenciou vários focos consolidativos, áreas de densificação em vidro despolido e áreas de discreta nodularidade dispersas bilateralmente. Isolado M. avium-intracellulare no exame cultural micobacteriológico do lavado broncoalveolar. Manteve agravamento global, acabando por falecer no internamento.

IMI-153 - (4249) - QUANDO O TEMPO É INIMIGO

Beatriz Teixeira Lima¹; Eduarda Jordão¹; Ivo Barreiro¹; Susana Magalhães¹; Abílio Gonçalves¹

1 - ULS Baixo Mondego - Hospital Distrital da Figueira da Foz

O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o linfoma não Hodgkin mais comum. O comportamento é heterogéneo, apresenta-se tipicamente com uma massa rapidamente progressiva, 60% em estadio III ou IV. Pode surgir em tecidos extranodais. Expõe-se uma apresentação atípica e rapidamente progressiva.

Mulher, 81 anos. Internamento 15 dias antes para biópsia de adenopatia retroperitoneal por suspeita de linfoma, com conglomerados acima e abaixo do diafragma. Recorre por dor generalizada. À admissão, exofalmia e volumosa massa pétreia eritematosa no flanco, ausentes anteriormente. A anatomopatologia da biópsia do gânglio revelou LDGCB. As alterações refletiram exuberante infiltração linfomatosa, traduzindo estadio IV com evolução desfavorável.

IMI-154 - (4250) - SEVERE CHRONIC LYMPHEDEMA

Ana Luísa Cadilhe¹; Catarina Moreira²; Cristina Rosário¹

1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos; 2 - Instituto Português de Oncologia do Porto

Chronic lymphedema occurs due to the impairment of the lymphatic system.

47 year-old female patient presents to the Emergency Department due to severe left leg pain and aggravated edema with purulent exudate, associated with a 2 day fever.

Past medical history included Morbid Obesity, Sickle cell anemia and Chronic bilateral lymphedema.

Physical examination showed a disfigured limb, with prominent hyperkeratosis and purulent discharge. Blood tests revealed elevated leukocytosis and C reactive protein.

Computerized tomography showed diffuse densification of the soft tissues of the lower leg suggesting acute cellulitis and excluded local complications.

Clinical improvement was seen after a 18 day course of ceftriaxone and clindamycin.

IMI-155 - (4261) - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POR COMPRESSÃO DO CORAÇÃO

Cátia Da Cruz Correia¹; Milda Saldanha¹; Bruno Santos¹; Vanessa Carvalho¹; David Campoamor¹

1 - Hospital da Luz de Setúbal

O derrame pericárdico pode levar a disfunção cardíaca, como no caso apresentado. Homem de 73 anos, com história prévia de prótese valvular aórtica biológica e COVID-19 com cansaço crónico, recorre ao atendimento urgente por agravamento de edemas periféricos, dispneia e cansaço nas últimas duas semanas. Objetiva-se ingurgitamento jugular, edemas dos tornozelos, aumento de NT-proBNP e ecocardiograficamente imagem paracardíaca posterior com compromisso hemodinâmico do ventrículo esquerdo. A tomografia computadorizada torácica confirma coleção paracardíaca esquerda com 11x9x3cm com moldagem e restrição do ventrículo esquerdo. Admitida insuficiência cardíaca neste contexto. Após uma semana de terapêutica diurética melhoria progressiva de derrame.

IMI-156 - (4278) - PADRÃO MILIAR NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE

Carolina Rostas¹; Daniel Calado¹; Sofia Miranda¹; Mariano Pacheco¹; Luís Dias¹

1 - Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

A tuberculose miliar é uma manifestação pulmonar incomum da tuberculose. Relata-se o caso clínico de uma mulher com 74 anos com história de hepatite auto-imune medicada com azatioprina e prednisolona. Iniciou quadro com 3 semanas de evolução caracterizado por febre vespertina, astenia e dispneia. Ao exame objectivo com oximetria periférica de 83% e apresentava-se febril. Realizou radiografia de tórax que mostrou infiltrado micronodular disperso e ainda TC de tórax que confirmou os achados radiológicos, estando dispersos por todos os segmentos pulmonares em relação com padrão miliar. Levantada suspeita de tuberculose miliar, havendo confirmação diagnóstica após colheita de exames culturais com baciloscopia directa e biologia molecular.

IMI-157 - (4281) - EXTENSA CAVITAÇÃO PULMONAR

José Miguel Martins¹; Catarina Forra²; Valter Duarte¹; Ana Rita Barbosa¹

1 - ULSRA; 2 - ULSCB

Jovem de 25 anos, indiano, sem antecedentes de relevo.

Recorreu à urgência por tosse seca, hipersudorese noturna, astenia, anorexia com um mês de evolução. Negou febre, hemoptises ou queixas gastrointestinais.

À admissão apresentou-se febril T-39,0 °C e com um sopro anfórico no ápice pulmonar esquerdo à auscultação pulmonar.

A Tomografia Computorizada Torácica detetou múltiplas cavitações, a maior de 16 x 8 cm no lobo superior esquerdo, com múltiplas septações no interior.

A colheita de expectoração confirmou o diagnóstico de tuberculose pulmonar e iniciou terapêutica antibacilar com melhoria sintomática progressiva.

As cavitações apicais são típicas na tuberculose pulmonar, mas este caso destaca-se pela extensão das mesmas.

IMI-158 - (4296) - HÉRNIA DO HIATO ESOFÁGICO COM TRANSLOCAÇÃO TOTAL DO ESTÔMAGO PARA A CAVIDADE TORÁCICA

Ricardo Mortágua Velho¹; Ana Margarida Sobral¹; Patrícia Albuquerque¹; Diogo Regateiro¹; Ana Sofia Teixeira¹; Lèlita Santos¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Unidade Local de Saúde de Coimbra

INTRODUÇÃO

A hérnia do hiato esofágico é uma protusão anormal de uma parte do estômago pelo diafragma e que é habitualmente um achado acidental.

CASO CLÍNICO

Mulher, 54 anos, com antecedentes de hérnia do hiato esofágico diagnosticada 2 anos antes. Recorreu ao Serviço de Urgência por epigastria pós-prandial, sem outras queixas. O exame objectivo era normal. A radiografia torácica mostrou uma massa com nível hidro-aéreo na base pulmonar direita. A tomografia computadorizada mostrou uma volumosa hérnia do hiato esofágico com translocação da totalidade do estômago para a cavidade torácica, a condicionar atelectasia parcial do lobo inferior direito. Fez cirurgia correctora, com melhoria clínica.

IMI-159 - (4312) - LEIOMIOSSARCOMA NO PULMÃO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Daniela Salgueiro¹; Ana Rita Oliveira¹; Rita Vilar Mota¹; Nuno Pardal¹; Ana Sofia Matos¹; Diana Guerra¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Mulher, 89 anos, com antecedentes de leiomiossarcoma do membro inferior esquerdo, submetida a excisão cirúrgica há cerca de 15 anos. Recorreu ao serviço de urgência por 2 episódios de perda de consciência em repouso, sem pródromos. Tomografia axial computadorizada (TC) com lesões nodulares bilaterais, uma das quais com envolvimento endoluminal de brônquio segmentar do lobo inferior esquerdo, suspeitas de lesões secundárias. Para melhor esclarecimento etiológico, realizada broncofibroscopia com lesão redonda, transparente, pouco vascularizada e com aparente conteúdo líquido a ocupar completamente o brônquio. Realizada biópsia transtorácica guiada por TC cuja histologia foi compatível com diagnóstico de lesões secundárias de leiomiossarcoma.

IMI-160 - (4315) - FÍSTULAS ARTERIO- ARTERIAIS COMO CAUSA DE HEMOPTISES

Daniela Salgueiro¹; Rita Vilar Mota¹; Ana Rita Oliveira¹; Nuno Pardal¹;
Ana Sofia Matos¹; Diana Guerra¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A fistulização arterio-arterial representa uma causa incomum de hemoptises.

Homem, 69 anos, ex-fumador e com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica e neoplasia da laringe, submetido a radioterapia e quimioterapia há cerca de 10 anos. Acresce ainda história de consumos prévios de marijuana e heroína. Recorre ao serviço de urgência por hemoptises com 10 dias de evolução. Realizada angiografia das artérias pulmonares que excluiu sinais de tromboembolismo ou hemorragia ativa mas objetivou múltiplas fístulas arterio-arteriais sistémico-pulmonares. Realizou embolização das artérias pulmonares, no entanto, apesar do procedimento, apresentou repermeabilização de áreas de fistulização, mantendo episódios esporádicos de tosse hemoptoica.

IMI-161 - (4339) - NEUROFIBROMA ABDOMINAL ESPORÁDICO COM UMA PROGRESSÃO SILENCIOSAMENTE FATAL

Bárbara Paracana¹; Sérgio Monteiro¹; Alexandre Castro Lopes¹; Mariana Sousa¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Os neurofibromas abdominais esporádicos, não associados à neurofibromatose, manifestam-se com sintomas como dor abdominal e complicações decorrentes de compressão, variando em intensidade conforme a localização e dimensão. Mulher de 53 anos, com história de neurofibroma ressecado aos 9 anos, sem acompanhamento subsequente. Ao ser admitida, apresentava uma síndrome constitucional marcada com caquexia, sarcopenia e uma massa abdominal palpável. Exames de imagem revelaram um tumor retroperitoneal com 400x300x350mm de tamanho, já com sinais de necrose, assumindo-se o diagnóstico de neurofibroma com 40 anos de evolução. Atendendo ao estado basal, não reunia condições para intervenção cirúrgica, acabando por falecer da evolução natural da doença.

IMI-162 - (4342) - CALCINOSE CUTÂNEA GENERALIZADA - UMA IMAGEM RARA NA DERMATOMIOSITE EM ADULTOS

Matilde Monteiro¹; Clara Coelho¹

1 - Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

A calcinose cutânea consiste na acumulação de cálcio na pele e pode ocorrer no contexto de dermatomiosite, sendo pouco frequente na forma adulta da doença. A abordagem passa pelo controlo sintomático e da doença de base. Mulher de 63 anos, com dermatomiosite diagnosticada há 9 anos, apresentou-se na consulta com vários nódulos dolorosos nos braços, nádegas e coxas, com 3 meses de evolução. À palpação, a consistência dos nódulos era pétreo. Realizadas radiografias que evidenciaram calcificação difusa do tecido subcutâneo dos braços, bacia e coxas (calcinose cutânea generalizada). A ecografia de partes moles da coxa corroborou o diagnóstico. Pela sua extensão e características radiográficas, apresenta-se as imagens da bacia da doente.

IMI-163 - (4347) - S1Q3T...TEP?

Joana Pereira Moniz¹; André Manuel Martins¹; Bárbara Lemos¹; Joana Crisóstomo¹; Marta Magno¹; Mauro Gomes Marques¹; Miguel Gonzalez Santos¹; Soraia Pinho Duarte¹; Pedro Neves Tavares¹; Rita Lizardo Grácio¹; Renato Saraiva¹

1 - Unidade Local de Saúde - Região de Leiria

O tromboembolismo pulmonar (TEP) consiste na obstrução de uma artéria pulmonar, sendo uma patologia com 17% de mortalidade hospitalar. As alterações no eletrocardiograma (ECG) são inespecíficas, sendo o padrão S1Q3T3 (S em DI, onda Q e inversão onda T em DIII) observado em <10% dos casos. Apresentamos um caso clínico típico de TEP: da clínica ao próprio ECG. Mulher, 48 anos, antecedentes de obesidade e interrupção recente de gravidez, sob contraceção oral combinada. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia e síncope, apresentando-se polipneica e taquicárdica. Gasimetria arterial com alcalose respiratória, hipoxemia e hipocapnia. Realizado ECG e angioTC (imagens acima descritas) e efetuado o diagnóstico de TEP de risco intermédio-alto.

IMI-164 - (4353) - UM CASO DE ASCITE QUILOSA

Miguel Gonçalves¹; Carla Gonçalves¹; Rita Elvas¹; Dália Estevão¹; Joana Coelho¹; Lucia Jardim¹; João Corrêa¹; João Pereira¹; Ana Patricia Silva¹; Juliana Carneiro¹; Renato Gonçalves¹

1 - ULS Cova da Beira

Introdução: Ascite quilosa define-se como a presença de líquido peritoneal de aspecto leitoso, rico em triglicérides, caracterizado pela presença de linfa torácica ou intestinal na cavidade abdominal. Algumas das causas fisiopatológicas são neoplasias como linfoma ou cirrose hepática.

Caso Clínico: Homem de 70 anos com antecedentes de relevo Linfoma Não-Hodgkin-B tipo folicular, cirrose hepática de etiologia desconhecida desde os 26 anos e hérnia incisional volumosa, dirigiu-se ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal causado por ascite sob tensão. Realizada paracentese evacuadora com drenagem de 6 L de líquido ascítico quiloso. Enviado para análise: negativo para células neoplásicas, triglicéridos >2868.

IMI-165 - (4368) - DESCOBERTA DE DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA NA SEQUÊNCIA DE IDENTIFICAÇÃO DE DEPÓSITOS DE MANGANÉSIO EM RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CRÂNIO-ENCEFÁLICA

Susana Baptista Pereira¹; Daniela Alves Berhanu¹; João Velho Correia¹; Ricardo Alberto¹; Ana Isabel Bravo¹; Ana Beatriz Barata¹; Rita Marques²; Madalena Lisboa¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital Santo António dos Capuchos; 2 - Centro hospitalar Lisboa Central - Hospital São José

O manganésio é um nutriente obtido principalmente pela alimentação, envolvido na formação óssea e na glicogénese. Tem excreção hepática, pelo que a hepatopatia pode levar à sua acumulação. A nível cerebral, estes depósitos podem provocar sinais neurológicos parkinson-like e ser identificados em Ressonância Magnética (RM).

Homem de 75 anos, sem história prévia de hepatopatia, internado por acidente vascular cerebral, realiza uma RM com achado de “Hipersinal T1 dos globos pálidos, regiões subtalâmicas e substância nigra”, sugestivos de depósitos de manganésio. Assim, foi pedida ecografia abdominal, que revelou alterações compatíveis com doença hepática cirrótica. À data da alta, o doente não apresentava sinais de encefalopatia hepática.

IMI-166 - (4373) - LEUCEMIA CUTIS - UMA MANIFESTAÇÃO EXTRAMEDULAR DE LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA

Filipa Rodrigues Dos Reis¹; Vítor Oliveira¹; Giovana Ennis¹; Nuno Monteiro¹

1 - ULS Viseu Dão Lafões

Leucemia cutis é a infiltração de leucócitos neoplásicos na pele e diagnostica-se com base na clínica e histologia. Mulher, 47 anos, autónoma, sem antecedentes patológicos ou medicação habitual. Recorre à urgência por astenia há 2 semanas, hemorragia gengival, menorragia abundante e epistáxis; estava hemodinamicamente estável, pálida, com vestígios hemáticos na mucosa oral e, nas pernas e glúteos, observavam-se lesões nodulares eritematosas com crosta central, petéquias e hematomas. Analiticamente com leucocitose, anemia e trombocitopenia severas. Por suspeita de leucemia aguda a doente foi transferida para outra instituição e biópsias da medula óssea e pele confirmaram o diagnóstico de leucemia mielóide aguda com envolvimento cutâneo.

IMI-167 - (4378) - DOENÇA POLIQUÍSTICA COM ENVOLVIMENTO HEPÁTICO

Rafael Freitas¹; Ana Maria Carvalho²; Núria Condé Pinto⁴; Raquel Dias Moura⁵; Ana Neves³; Inês Pinho²; Paulo Carrola²; José Presa Ramos²

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 2 - Unidade Local Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro; 3 - Unidade Local de Saúde de São João; 4 - Unidade Local de Saúde do Médio Ave; 5 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Sexo feminino, 32 anos. Recorre ao serviço de urgência por dor no hipocôndrio direito associado a enfartamento pós-prandial com três semanas de evolução. Objetivada hepatomegalia e dor à palpação do hipocôndrio direito. A TC abdomino-pélvica demonstrou hepatomegalia (25cm de maior diâmetro), com inúmeros quistos, o maior de 12 cm com septação e conteúdo ecogénico; quistos esplénicos e quistos renais. Evoluiu com febre e dor de difícil controlo, tendo sido drenado o maior quisto e cumpriu antibioterapia com ciprofloxacina. Iniciou posteriormente lanreótido com vista à redução do volume dos quistos hepáticos. Mantém-se em seguimento em consulta de hepatologia, tendo sido já sinalizada a centro de transplantação hepática.

IMI-168 - (4379) - NEM TODO O DESEQUILÍBRIO É VERTIGEM

Fábia Cerqueira¹; Ana Melício¹; Hélder Gonçalves¹; Valentim Rodrigues¹; Joana C.F. Lima¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

10-20% dos casos de vertigem são centrais, tendo como causa principal a isquemia. Porém, 10-30% das neoplasias sólidas apresentam metástases cerebrais, comumente localizadas à fossa posterior. Homem, 80 anos, antecedentes de síndrome vertiginosa; adenocarcinoma do cólon e nódulo pulmonar. Recorre à urgência por tonturas, náuseas e desequilíbrio na marcha há 7 dias. Faz TC-CE que revela edema do hemisférico cerebelar esquerdo, sendo internado por suspeita de AVC isquémico. Realiza RM-CE que documenta volumosa lesão exofítica intra e extra-axial ponto-cerebelosa esquerda (35x40x31mm), com áreas necrótico-quísticas, implantação dural e edema com efeito de massa, sugerindo metastização de carcinoma do cólon ou de pequenas células do pulmão.

IMI-169 - (4385) - UM CASO DE TOSSE CRÓNICA

João Pereira¹; Carla Gonçalves¹; Renato Gonçalves¹; Juliana Carneiro¹;
Miguel Gonçalves¹; Lúcia Jardim¹; Rita Elvas¹; Joana Coelho¹; Patricia Silva¹;
João Côrrea¹; Maria Pacheco¹; João Bento¹

1 - ULS Cova da Beira

A tuberculose permanece uma doença endémica em Portugal com uma prevalência importante. Pelo seu carácter insidioso e indolenta trata-se de uma doença cujo diagnóstico muito vezes se ocorre numa fase mais tardia da doença, já com presença de alterações em radiografia e em fase de transmissibilidade

Mulher de 21 anos. Recorre ao serviço de urgência (SU) por quadro de tosse mucopurulenta com 2 meses de evolução. Refere ainda perda ponderal, não quantificada, anorexia, sudorese noturna, cansaço generalizado e febre. Aquando avaliação, hemodinamicamente estável, sem de dificuldade respiratória gasimétrica ou clínica e com a radiografia em anexo. Colocada a hipótese de tuberculose pulmonar. Doente internada em isolamento para tratamento.

IMI-170 - (4394) - 'ÉTAT CRIBLÉ': UMA RARA MANIFESTAÇÃO RADIOLÓGICA

Sérgio Azevedo¹; Ana Rita Portugal¹; Maria Helena Silva¹; Volodymyr Nagirnyak¹; Beatriz Lopes¹; David Furtado¹; Isabel Martins¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

'État criblé' é um termo que descreve o alargamento difuso dos espaços perivasculares (Virchow-Robin) nos gânglios da base, observado por ressonância magnética (RMN). Este achado pode estar associado a diversas patologias tais como angiopatia amiloide cerebral, encefalopatia hipertensiva, doença de Parkinson, Lúpus eritematoso sistémico, entre outros. Apresenta-se o caso de um homem do sexo masculino de 69 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e etilismo crónico, que recorreu ao serviço de urgência por desequilíbrio na marcha, lentificação motora e diplopia esporádica. Realizado diagnóstico de Encefalopatia de Wernicke com melhoria após suplementação de tiamina. Como achado, a RMN revelou a presença de 'état criblé'.

IMI-171 - (4395) - MAL DE POTT -

Mariana Estrela Santos¹; Raquel Dias Moura¹; Jorge Reis¹; João Miranda¹; Francisca Carmo¹; Rui Salvador¹; Miguel Ângelo Sousa¹; Francisca Nunes¹; Janine Resende¹; Elena Suarez¹

1 - ULSGE

A tuberculose adstrita à coluna lombar, Mal de Pott, é uma patologia com progressão lenta e insidiosa.

Sexo masculino, 61 anos, autónomo. Sem antecedentes patológicos de relevo.

Quadro de lombalgia com 7 meses de evolução. Sem défices motores ou sensitivos. Tomografia computadorizada dorso-lombar com colapso do espaço intersomático D7-D8 e existência de componente volumoso paravertebral e intracanal ar a condicionar fratura patológica. Internado para estudo.

Realizou ressonância magnética dorsolombar, figura 1 e 2. Por défices neurológicos de novo, submetido a cirurgia descompressiva e isolado Mycobacterium tuberculosis complex no material colhido. Assumido diagnóstico de Mal de Pott. Iniciou terapêutica dirigida com boa evolução clínica.

IMI-172 - (4396) - VASCULITE LEUCOCITOCCLÁSTICA APÓS VACINAÇÃO PARA A GRIPE SAZONAL 2023

Filipa Rodrigues Dos Reis¹; Vítor Oliveira¹; Giovana Ennis¹; Nuno Monteiro¹; Edite Nascimento¹

1 - ULS Viseu Dão Lafões

A vasculite leucocitoclástica consiste na inflamação de pequenos vasos. Pode ser multifatorial e há descrição de casos associados a vacinação. Homem, 70 anos, autónomo. Recorreu à urgência por alterações cutâneas nos membros inferiores. Ao exame objetivo constataram-se várias lesões purpúricas palpáveis nas pernas e no tronco. Tinha tido febre (38,1°C) e mialgias. Sem queixas respiratórias, genitourinárias ou gastrointestinais. Negava alteração na medicação habitual, tendo sido vacinado com a vacina da gripe sazonal cerca de 15 dias antes do início dos sintomas. Estudo realizado incompatível com infeção, doença autoimune ou neoplásica. Biópsia cutânea sugestiva de vasculite leucocitoclástica em relação com a vacinação para influenza.

IMI-173 - (4403) - DESVENDANDO A RARIDADE: PADRÃO S1Q3T3 COMO CHAVE NO DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Joana Castro Vieira¹; Mafalda Maria Santos¹; Mariana Simão Magalhães¹;
João Vieira Afonso¹; Ana Filipa Rodrigues¹; Ana Cristina Teotónio¹

1 - Unidade Local de Saúde do Oeste - Hospital Caldas da Rainha

Senhora de 58 anos, com parkinsonismo, foi encaminhada ao Serviço de Urgência por desconforto torácico e dispneia com dois dias de evolução. Ao exame objetivo, apresentava estabilidade hemodinâmica, sinal de Homans positivo à direita, alcalemia metabólica, hipocapnia e hipoxemia na gasimetria; além de um padrão S1Q3T3 no ECG. A Escala de Wells indicava uma probabilidade intermédia para TEP. Perante os achados, foi realizada uma angiotomografia computadorizada do tórax, que confirmou TEP maciço bilateral e cardiomegalia com predomínio das cavidades direitas. Salienta-se a importância da avaliação clínica na deteção precoce de TEP, com o ECG a desempenhar um papel crucial

IMI-174 - (4413) - SERÁ UM AVC? – ABORDAGEM DE UM TUMOR DE COMPORTAMENTO INCERTO

Ana Paiva Santos¹; João Faia¹; Clara Pinto¹; Guilherme Violante Cunha¹; Pedro Lopes¹

1 - ULS Região de Aveiro

INTRODUÇÃO: O diagnóstico diferencial de uma massa cerebral inclui, não só, condições neoplásicas, bem como patologia vascular, infeções e causa inflamatórias.

CASO CLÍNICO: Mulher de 76 anos, previamente autónoma. Recorre ao SU por hemiparesia direita associada a incontinência do esfíncter urinário desde o dia anterior. Realizada TC-CE, com evidência de lesão arredondada corticossubcortical frontal parassagital alta esquerda, com cerca de 2,3cm, revelando densidade heterogénia. A doente foi internada para estudo. Foram excluídas causas infecciosas e neoplasias e a RMN-CE a favorecer um quadro de angiopatia amilóide com hemorragia lobar esquerda.

IMI-175 - (4415) - A CIMENTAR CONHECIMENTO

David Campoamor Durán¹; Rui Lemos¹; Bruno Santos¹; Catia Correia¹;
Vanessa Novais De Carvalho¹; Milda Saldanha¹; José Nuno Raposo¹

1 - Hospital da Luz de Setúbal

A embolia para a circulação pulmonar de material de cimentação, utilizado durante os procedimentos de vertebroplastia, é uma complicação frequente mas na maioria dos casos assintomática. Apresenta-se o caso de uma doente de 71 anos, observada no serviço de urgência por dor na grelha costal em contexto de queda. Negava dispneia ou outros sintomas. Realizou-se tomografia axial computadorizada da região torácica onde são visíveis imagens de elevada densidade acompanhando o trajeto das artérias pulmonares no lobo superior direito, visualizando-se igualmente preenchimento endoluminal hiperdenso do sistema azigos. 5 meses antes, tinha sido submetida a vertebroplastia com cimentação da vertebra dorsal D12 por fratura traumática da mesma.

IMI-176 - (4416) - PSORÍASE PALMO-PLANTAR PUSTULOSA COMO EFEITO SECUNDÁRIO DO INFlixIMAB

Paulo Simão¹; Céu Evangelista¹; Margarida Ascensão¹; Artur Costa¹; Célia Tuna¹; Fábio Santos¹; Rozeane Oliveira¹

1 - Unidade Local de Saúde Cova da Beira

Jovem homem de 26 anos, sem antecedentes de relevo e saudável até 2016 quando pela primeira vez desenvolveu fístula perianal complicada. Após seguimento em consulta de Gastroenterologia, foi diagnosticado com Doença de Crohn e medicado com infliximab desde 2022. No final de 2023 apresentou quadro dermatológico: placas pruriginosas hiperqueratósicas de bordos bem delimitados, com descamação numa base eritematosa, nas palmas das mãos e plantas dos pés. Notam-se também lesões do tipo pústulas. Assumiu-se o diagnóstico de psoríase palmo-plantar pustulosa, não tendo sido executada biópsia. Iniciou terapêutica com emolientes e corticóide tópico, apresentando melhoria do quadro clínico, sem necessidade de suspensão do tratamento.

IMI-177 - (4418) - FRATURA PATOLÓGICA – FOI SORTE?

Ana Paiva Santos¹; Inês Pintor¹; Margarida Midões¹; Ana Corte-Real¹; Pedro Lopes¹

1 - ULS Região de Aveiro

INTRODUÇÃO: As fraturas patológicas ocorrem após trauma mínimo e, habitualmente, é um sinal de apresentação de malignidade, apesar de existirem causas benignas.

CASO CLÍNICO: Mulher de 75 anos, autónoma. Recorre ao SU por dor intensa no membro superior esquerdo após embate no guarda-chuva, com impotência funcional e cansaço para pequenos esforços, sem outros sintomas B. Na radiografia do braço esquerdo, presença de fratura da diáfise proximal do úmero. Analiticamente, sem anemia, lesão renal aguda ou hipercalcemia. Presença de pico monoclonal IgG. Realizado medulograma - de 3,3% de plasmócitos, sem excesso de blastos. Biópsia de lesão com evidência de mieloma múltiplo. Iniciou terapêutica com bortezomib, ciclofosfamida e dexametasona.

IMI-178 - (4419) - LESÕES TÍPICAS A RECONHECER NO MIELOMA MÚLTIPLO

Ana Luísa Maceda Rodrigues¹; Ana F Lopes¹; Sara Helena Amaro Lopes¹; Marta Soares Carreira¹; Paulo Almeida¹; Jorge Almeida¹

1 - ULS São João

O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia caracterizada pela proliferação desregulada de plasmócitos na medula óssea.

Sexo feminino, 71 anos. Sem antecedentes de relevo. Observada no serviço de urgência por síncope e dor no membro inferior direito. Apresentava-se pálida e hipotensa. Do estudo realizado, a destacar anemia normocítica normocrômica (hemoglobina 5.5 g/dL) e lesão renal aguda (creatinina 6.94 mg/dL), sem hipercalcemia. Radiografia do esqueleto com lesões líticas no fémur direito, ramo isquiopúbico esquerdo e calote craniana, com padrão típico em “sal e pimenta”, sugestivo de MM. Realizou biópsia medular, que confirmou o diagnóstico.

A imagem apresenta um padrão típico que nos deve alertar para a identificação desta patologia.

IMI-179 - (4420) - APRESENTAÇÃO RARA DE PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO COM PNEUMORRAQUIS

Beatriz Passos¹; Eduarda Martins¹; Mariana Maia¹; Raquel Oliveira¹; Raquel Cruz¹; Florisa Gonzalez¹; Joana Rigor¹

1 - Unidade Local de Saude - Povoá de Varzim/Vila do Conde

O pneumomediastino espontâneo é a presença de ar ou outro gás no mediastino sem aparente trauma associado. Raramente, este ar pode atravessar para o canal vertebral, denominando-se pneumorraquis.

Homem de 19 anos, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica retroesternal de características pleuríticas e agravamento com decúbito, que surgiu após duas horas de esforço intenso. Sem outros sintomas acompanhantes. Ao exame objetivo, apenas enfisema subcutâneo na região axilar à direita. Radiografia torácica a evidenciar pneumotórax, tomografia (TC) torácica a realçar pneumomediastino com pneumorraquis. Internado com repouso no leito e oxigenoterapia suplementar, reabsorção total em TC de reavaliação aos 7 dias.

IMI-180 - (4424) - SÍNDROME DO QUEBRA NOZES COMO ACHADO INCIDENTAL ATÍPICO

Ana Sofia Reis¹; Catarina Antunes Salvado¹; Adriana Pereira Guedes¹; Rui Salvador¹; Miguel Ângelo Sousa¹; Lúgia Rodrigues Santos¹

1 - Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

A Síndrome de Quebra-Nozes deve-se à compressão da veia renal esquerda (VRE) pelas artérias mesentérica superior e aorta abdominal. Habitualmente cursa com lombalgia esquerda e dor abdominal, com ou sem hematúria.

Doente admitida por sépsis com ponto de partida duvidoso. Assumiu-se como mais provável urinário: lesão renal aguda, oligoanúria, leucocitúria. No internamento com vômito fecalóide e dor abdominal difusa. TAC abdominal: oclusão intestinal do delgado por bridas, síndrome de quebra-nozes e trombose da VRE. Este foi um achado incidental, dado que não se associou a sintomas da síndrome.

Pretende-se reforçar a importância de uma avaliação cuidada dos exames solicitados, pois na presença de sintomas pode ter indicação para intervenção.

IMI-181 - (4427) - FRAGILIDADE ALVEOLAR: O RISCO DO ONAF

Raquel Dias Moura¹; Jorge Reis¹; Sara Henriques¹; Fábio Murteira¹; Manuel Barbosa¹; Beatriz Frutuoso¹; João Gomes¹; Marta Bastos¹; Luísa Magalhães¹; Janine Resende¹; João Valente¹

1 - ULSGE

Mulher, 83 anos, internada por pneumonia intersticial bilateral com insuficiência respiratória, sob oxigenoterapia nasal de alto fluxo (ONAF). Ainda em desmame de ONAF quando foi detetado enfisema subcutâneo. Realizou tomografia computadorizada (TC) que mostrou enfisema subcutâneo e um pneumomediastino, sobretudo pré-vascular, envolvendo os grandes vasos e área cardíaca, com desvio posterior dos mesmos; observada também lâmina gasosa entre a pleura e tecidos moles, sem pneumotórax. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA), sem alterações.

Dada a ausência de descontinuidade do trato respiratório superior na TC e EDA normal, o pneumomediastino explica-se pelo fenómeno de Macklin, neste caso provavelmente relacionado com a fragilidade alveolar.

IMI-182 - (4429) - CEFALEIA E ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO – ALERTA VERMELHO!

Tiago Silveira Rosa¹; Filipa C. Santos¹; Gil Magalhães¹; Monique Alves¹; Raquel Moniz¹; Beatriz Exposito¹; Fernanda Linhares¹; Marta Lisboa¹; Fernando Salvador¹

1 - ULS Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A cefaleia é um motivo de recurso à urgência frequente, devendo ser investigada na coexistência de sinais de alarme, como défices neurológicos e comportamentais, progressividade, antecedentes oncológicos ou idade superior a 50 anos.

Caso clínico: Mulher de 66 anos com cefaleias intensas e progressivas há um mês, refratárias à analgesia e associadas a tonturas, confusão mental, comportamento bizarro e perda de autonomia.

O estudo etiológico revelou uma lesão ocupante de espaço frontal direita com halo de edema extenso, áreas necróticas e desvio da linha média, compatível com glioblastoma. Apesar de ser o tumor cerebral primário mais comum nos adultos, a sua deteção precoce é rara e o prognóstico muito reservado.

IMI-183 - (4434) - MEGACOLON IDIOPÁTICO

Joana Lopo¹; Paulo Alano¹; Ana Morgado¹; Fátima Cereja¹; Rita Domingos¹;
Jose Moreno¹

1 - CHUA Faro

O megacólon idiopático caracteriza-se pela dilatação anormal do cólon sem uma causa orgânica detectável. A sua etiologia é desconhecida e o diagnóstico é feito por exclusão. Homem, 72 anos. Recorre por agudização da dor e distensão abdominal com anos de evolução, associada a obstipação crónica. Ao exame objetivo apresentava um abdómen globoso, desconfortável a palpação nas sem reação de defesa. Por suspeita de oclusão realizou TAC abdominal que excluiu patologia. A colonoscopia não mostrou alterações de relevo e as biopsia apenas mostraram alterações inflamatórias inespecíficas. Assumiu-se um megacólon idiopático e após descompressão mecânica e optimização dos laxantes apresentou uma melhoria relativa da distensão.

IMI-184 - (4437) - UM PULMÃO RENDILHADO TORNOU-SE BRANCO.

Francisca Ferraz De Liz¹; Raquel Borrego¹; Bruno Freitas¹; Marta Anastacio¹;
Jose Guia¹; Candida Fonseca¹

1 - ULSLO

INTRODUÇÃO:

Bronquiectasias consistem na dilatação e destruição brônquios por infecção e inflamação. Estas alterações estruturais condicionam risco infeccioso acrescido nestes doentes.

CASO CLÍNICO

Mulher de 84 anos com exuberantes bronquiectasias unilaterais (fig1). Vem ao SU por agravamento da tosse, dor pleurítica e febre, apresentando aumento de parâmetros inflamatórios. TC toráx (fig2): preenchimento das bronquiectasias e condensação do pulmão esquerdo com broncograma aéreo agravado face ao basal. Na expetoração isolou-se H. influenza, com resolução do quadro após antibioterapia dirigida. Esta imagem evidencia a exuberância das complicações infecciosas das bronquiectasias e importância da identificação e tratamento precoce.

IMI-185 - (4446) - NEOPLASIA DO PULMÃO - QUANDO UM DIAGNÓSTICO NÃO VEM SÓ

Ana Constante¹; Francisco Belchior¹; Rodolfo Silva¹; Catarina Lencastre¹; Liliana Torres¹; Lindora Pires¹

1 - Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO: O Cancro do Pulmão é uma das neoplasias com maior incidência em Portugal.

CASO CLÍNICO: Homem, 41 anos, fumador. Alteração súbita do comportamento. Analiticamente com anemia, aumento dos parâmetros inflamatórios, procalcitonina negativa. TC do crânio com enfarte isquémico em território da Artéria Cerebral Posterior e Média. TC toracoabdominopélvico com lesão suspeita no pulmão direito e focos hipocaptantes nos rins e baço, sugestivos de isquemia. Biópsia pulmonar revelou Carcinoma de Não Pequenas Células. Hemoculturas negativas e Ecocardiograma Transtorácico com vegetação valvular mitral, sugerindo Endocardite Marântica. Esta entidade associada à neoplasia pulmonar avançada resulta num prognóstico desfavorável para o doente.

IMI-186 - (4448) - LESÕES HEPÁTICAS MÚLTIPLAS VOLUMOSAS EM ADULTO JOVEM

Ana Rodrigo Costa¹; Catarina Lencastre¹; Francisco Belchior¹;
Rui Duarte De Azevedo¹; Ana João Sá¹; Lindora Pires¹

1 - Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, EPE

Homem, de 49 anos, recorreu ao serviço de urgência por febre persistente com 3 semanas de evolução, sem melhoria após 3 ciclos de antibioterapia (ATB) em ambulatório. Analiticamente com leucocitose e PCR de 397 mg/L. Realizou TC-TAP onde se objetivaram múltiplas lesões hepáticas ocupantes de espaço. Face ao quadro, foi admitido sob piperacilina/tazobactam até esclarecimento do quadro, com regressão dos parâmetros inflamatórios e melhoria do perfil térmico. A ColangioRM mostrou imagens sugestivas de lesões secundárias com necrose (imagem 1 e imagem 2), em crescimento em relação à TC inicial, sob ATB. Efetuou estudo complementar excluindo neoplasia oculta. A biópsia de lesão hepática revelou tratar-se de um pseudotumor inflamatório.

IMI-187 - (4449) - UM CASO DE TOXIDERMIA AO IMATINIB

Catarina Tavares Valente¹; Patrícia Tenreiro¹; Raquel Saraiva Figueiredo¹; Pedro Fialho¹; Sónia Coelho¹; João Barradas¹

1 - ULS Guarda - Hospital Sousa Martins

Introdução: O imatinib é tratamento de primeira linha na leucemia mieloide crónica (LMC). Até 5.4% dos doentes apresenta reações adversas, motivando descontinuação. **Caso clínico:** Mulher, 76 anos, leucocitose e sintomas constitucionais há 5 meses. Estudo medular compatível com LMC; transcrito BCR-ABL1 positivo; iniciou imatinib 400mg e alopurinol 300mg. Um mês e meio depois iniciou lesões eritemato-papulosas pruriginosas e dolorosas nos membros, tórax e abdómen e edema da face. Suspendeu alopurinol. Por ausência de melhoria, após 13 dias, descontinuou imatinib. Fez corticoterapia, com efeito. Retomou imatinib, 200mg, com reação urticariforme nos membros superiores e edema da face. Confirmada toxidermia ao imatinib, alterado para busotinib.

IMI-188 - (4461) - CAPNOCYTOPHAGA CANIMORSUS

João Reis Sabido¹; Ivo Alexandre Pina²; Margarida Guiomar¹; Federica Parlato¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria; 2 - Unidade Local de Saúde São José

Capnocytophaga canimorsus é um agente raro responsável por infecções potencialmente fatais no humano. Associa-se à mordedura de cão e à imunodepressão.

Mulher de 67 anos, com diabetes mellitus tipo 2, encaminhada à urgência por cefaleias, febre e múltiplas manchas eritemato-rosadas anulares e arredondadas, a maior com cerca de 10cm de diâmetro, algumas confluentes, dispersas nos membros e tronco, poupando palmas e plantas, com 4 dias de evolução. Referia contacto com meio rural e negava história de mordedura de animal. Por suspeita de zoonose, iniciou antibioterapia empírica com doxiciclina, alterada para amoxicilina-ácido clavulânico após isolamento, em hemocultura, de *C. canimorsus*.

IMI-189 - (4469) - INFEÇÃO DE QUISTOS HEPÁTICOS NA DOENÇA RENAL POLIQUÍSTICA

Pedro Mateus¹; Ana Carmo¹; Bebiana Gonçalves¹; Sérgio Baptista¹; Alexandra Horta¹

1 - Hospital da Luz

A doença renal poliquística causa substituição do parênquima renal por formações quísticas, afetando outros órgãos, nomeadamente o fígado.

Doente de 77 anos, internado por dor no hipocôndrio direito, náuseas e febre após queda com traumatismo abdominal. Foi diagnosticado com infeção de quistos hepáticos, possivelmente secundária a hemorragia dos mesmos, com bacteriémia a *Klebsiella oxytoca*. Foi medicado com ceftriaxone tendo boa evolução clínica e imagiológica e sem necessidade de drenagem cirúrgica. As imagens mostram substituição do parênquima renal e hepático por incontáveis quistos, com sinais de sobreinfeção. A *Klebsiella oxytoca* é um microorganismo comensal, mas com importância emergente e associado a infeções potencialmente graves.

IMI-190 - (4474) - DISSECÇÃO DA AORTA: UMA LUTA CONTRA O TEMPO

Carlos Rego Gonçalves¹; Ana Sofia C. Ferreira²; André Calheiros¹;
Alexandra Esteves¹; José Carlos Veloso¹; Paula Brandão¹

1 - ULSAM; 2 - ULSM

Homem, 66 anos, antecedentes de aneurisma de 3 cm da aorta infrarrenal. Recorre ao SU por dor súbita, intensa no mesogastro, com irradiação lombar e membros inferiores com 30 minutos de evolução. À observação, agitado, sudorético, hemodinamicamente estável, massa pulsátil palpável no mesogastro, pulsos palpáveis e simétricos. Realizou TC TAP que demonstrou dissecção aórtica tipo A, iniciando-se na aorta ascendente proximal, estendendo-se pela aorta descendente até às artérias ilíacas comuns, igualmente à porção proximal da subclávia esquerda e com lúmen útil de 21mm a nível da crossa da aorta. Transferido para cirurgia cardiotorácica e submetido a cirurgia de correção com sucesso, 50 minutos após a admissão.

IMI-191 - (4477) - QUANDO SE FAZ SENTIR, PODE SER DEMASIADO TARDE

Manuel Ribeiro¹; Pedro Avelar¹; Beatriz Marquês¹; Luzia Bismarck¹;
Henrique Sousa¹; Sérgio Borges¹; Ana Costa¹

1 - ULS Oeste - Unidade de Torres Vedras

As neoplasias do rim frequentemente são assintomáticas até uma fase muito avançada da doença. Homem de 71 anos, com antecedentes de tabagismo activo, recorreu ao Serviço de Urgência por lombalgia com impotência funcional com 1 semana de evolução. Realizou TAC da coluna lombar que evidenciou lesões osteolíticas dispersas pelas vertebrae lombares e colapso fracturário de L2, sugestivo de secundarismo. Foi também pedida TAC abdominal, onde se relatou uma formação renal à esquerda com componente exófitico, de dimensões aproximadas 10x10x13cm. Foi internado para completar o estudo inicial deste tumor renal, com evidência de metastização ganglionar, óssea, pulmonar e hepática. Faleceu em internamento, dada a extensão da doença neoplásica.

IMI-192 - (4484) - MONONUCLEOSE: UMA COMPLICAÇÃO RARA

Inês Matias Lopes¹; Margarida Guiomar¹; Henrique Atalaia Barbacena¹;
Catarina Reis Barão¹; Fábica Cerqueira¹; Raquel Soares¹; Patrícia Howell Monteiro¹

1 - Hospital de Santa Maria

A Mononucleose infecciosa, patologia benigna, cursando tipicamente com cansaço, febre, amigdalite e adenopatias. Pode causar esplenomegalia, raramente complicada de hemorragia espontânea. Homem, 28 anos, com quadro de amigdalite, cansaço e dor intensa no flanco esquerdo. Tomografia computadorizada com contraste mostrando múltiplas adenopatias cervicais, proeminência difusa do tecido linfóide do anel de Waldeyer e moderada esplenomegalia com área líquida coletada subcapsular (imagem apresentada) sem hemorragia ativa. Serologia vírus Epstein-Barr compatível com infecção aguda. Drenada coleção com conteúdo hemático. Admitida hemorragia espontânea do baço em contexto de mononucleose verificando-se evolução clínica e imagiológica favorável.

IMI-193 - (4485) - ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL: UMA AMEAÇA IMINENTE

Cláudia Marques¹; Bernardo Baptista¹; Sérgio Baptista¹; Alexandra Horta¹; Pedro Mateus¹; Ana Carmo¹

1 - Hospital da Luz

Aneurisma da aorta abdominal (AAA) define-se por um diâmetro aórtico superior a 3cm ou 1,5 vezes superior ao vaso adjacente. Acima de 5cm são considerados de grandes dimensões, sendo o risco de rotura diretamente proporcional ao diâmetro do aneurisma.

Homem, 88 anos, com antecedentes de AAA, recorre à urgência por dor abdominal e sudorese, desde há 6 horas, hipotenso e bradicárdico à admissão. Para exclusão de rotura do AAA foi realizada TC abdominal. Nesta TC aprecia-se AAA de grandes dimensões (7,5cm diâmetro), sem aparentes complicações agudas e com calcificação parietal. O risco de rotura neste caso é de 20-40%, com mortalidade associada de 90%. Concomitantemente observa-se volumoso quisto renal com 13,6cm de maior diâmetro.

IMI-194 - (4492) - O PODER DE UMA IMAGEM NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diane Pimenta¹; Luís Couto¹; Marta Cunha¹; Isabel Trindade¹; Helena Sarmento¹; Jorge Cotter¹

1 - Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

INTRODUÇÃO: Homem de 52 anos, autónomo. Ex-fumador, sem outros antecedentes de relevo.

CASO CLINICO: Recorreu ao Serviço de Urgência por vários episódios de síncope com 1 mês de evolução. Realizado TAC Tórax que mostrava uma volumosa massa no mediastino anterior, medindo 120x95x85 mm, de contornos lobulados e contendo calcificações no interior, e que embañhava os grandes vasos supra-aórticos com oclusão parcial da veia cava superior. Submetido a biópsia dirigida que permitiu o diagnóstico de fibrossarcoma epitelióide esclerosante (confirmado com perfil imunocitoquímico com rearranjo de EWSR1-CREB3L1). Atualmente sob ciclo de radioterapia para redução da massa, com o objetivo de uma cirurgia curativa a posteriori.

IMI-195 - (4500) - APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE INFEÇÃO POR HERPES SIMPLEX

Ana Filipa Martins¹; Carla Ferreira¹; Rita Sousa¹; Inês Brito Gonçalves¹; Cleide Oliveira¹; Olga Pires¹; Joana Sousa Morais¹; Rosa Carvalho¹; Maria João Regadas¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: As alterações dermatológicas são desafiantes, requerendo uma anamnese e análise detalhada da evolução das lesões.

Caso Clínico: Mulher de 24 anos relata o surgimento de lesões eritematosas no couro cabeludo há uma semana, com progressão para pústulas, estendendo-se de forma cefalocaudal, acompanhadas de febre persistente. Ao exame objetivo eram visíveis pústulas em fundo eritematoso, agrupadas e confluentes, dispersas pelo couro cabeludo, pavilhões auriculares, regiões cervical, torácica e genital. Durante o estudo, a pesquisa de DNA de Herpes Simplex 1 nas lesões foi positiva, revelando uma apresentação incomum de reativação de herpes, sob a forma de erupção pustulosa disseminada, numa doente sem evidência de imunossupressão.

IMI-196 - (4502) - A RARE MANIFESTATION OF GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS

Isabel Fonseca Silva¹; Cristina Freitas²; Tomás Fonseca^{3,4}

1 - Internal Medicine Department, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal; 2 - Nephrology Department, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal; 3 - Clinical Immunology Unity, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal; 4 - Unit for Multidisciplinary Research in Biomedicine, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Orbital masses are a rare, refractory and potentially severe manifestation of granulomatosis with polyangiitis (GPA).

A 53-year-old female with PR3-positive GPA presented with a left upper eyelid swelling, proptosis, retro-orbital and eye movement pain. She had severe disease activity and kidney transplant in the past, controlled under immunosuppression. Orbital imaging showed an expansive mass on the extraconal orbital space infiltrating the extraorbital muscles. With no signs of systemic activity, a biopsy was performed - areas of leukocytoclastic vasculitis, fibrinoid necrosis, inflammatory infiltrate and an epithelioid granuloma. A GPA-pseudotumor was assumed, treatment with steroids and rituximab was initiated with clinical benefit.

IMI-197 - (4511) - BAROTRAUMA ASSOCIADO A ONAF

Mariana S. R. Costa¹; Daniela Filipe Peixoto¹; João Neves¹; Rosa Castro Ribeiro¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

O pneumomediastino é uma condição rara geralmente causada por aumento súbito da pressão intratorácica e que se associa frequentemente a barotrauma em doentes com patologia pulmonar. Apresentamos um ex-fumador com doença pulmonar intersticial, admitido por COVID grave com necessidade de oxigénio nasal de alto fluxo (ONAF) por 14 dias. Evolução com dor pleurítica e enfisema subcutâneo. Na tomografia axial, verifica-se pneumomediastino de grande volume, pequeno pneumotórax bilateral e extenso enfisema subcutâneo na parede do tórax e base do pescoço. O ONAF, apesar de menos agressivo do que a ventilação mecânica, gera pressão positiva que pode levar a barotrauma em doentes predispostos e a complicações similares, ainda que menos frequentes.

IMI-198 - (4523) - HIDRADENITE SUPURATIVA - CONTROLO ÁLGICO NUM DOENTE COM LESÕES REFRAATÁRIAS

Francisca Malheiro Reymão¹; Agnieszka Czajkowska¹; Ana Rita Gomes¹; Claudia Mihon¹; Leonor Saldanha¹

1 - Hospital Curry Cabral - ULS São José

Introdução: A hidradenite supurativa (HS) é a dermatose inflamatória, crónica e recorrente, com maior impacto na qualidade de vida. É rara (incidência de 1% na Europa) e caracteriza-se por nódulos e fístulas dolorosas, tipicamente na região axilar, inguinal e anogenital.

Caso clínico: Homem, 51 anos, distribuidor de peças industriais, autónomo, com HS diagnosticada há 7 anos, refratária a adalimumab, com múltiplos episódios de sobreinfecção de nódulos glúteos, sem indicação cirúrgica dada a extensão (Figura 1 e 2). Internado pela Consulta de Medicina Paliativa para controlo álgico (dor 8/10 com redução da autonomia e sofrimento reativo), conseguido com morfina 10mg bid, gabapentina 100mg bid, amitriptilina 10mg id e prednisolona 30mg id.

IMI-199 - (4535) - MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA - UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Leonor Saldanha¹; Heidi Gruner¹; Claudia Mihon¹; Mariana Popovici¹;
Marcel Guerreiro¹; Agnieszka Czajkowska¹; Francisca Malheiro Reymão¹;
Catarina De Jesus¹; Marlene Cabral¹

1 - Medicina 7.2, Hospital Curry Cabral, Unidade Local de Saúde São José

As malformações arteriovenosas cerebrais são lesões congénitas, importantes causas de morbimortalidade.

Um homem de 60 anos recorre à Urgência por a crises convulsivas tónico-clónicas focais ao membro superior esquerdo com generalização, sem cefaleias, febre, náuseas ou vômitos. Refere episódios semelhantes desde os 38 anos, nunca investigados ou medicados, e história de hábitos toxicofílicos. Sem alterações ao exame objetivo, incluindo neurológico. Avaliação analítica, incluindo pesquisa de tóxicos, sem alterações. Na tomografia computadorizada cranioencefálica, lesão frontal direita. Na ressonância e angio-ressonância magnética, malformação arteriovenosa, com nidus vascular e veias ectasiadas. Submetido a embolização por angiografia.

IMI-200 - (4537) - PARA ALÉM DA SUPERFÍCIE: MELANOMA METASTIZADO

Carlos Rego Gonçalves¹; Ana Sofia C. Ferreira²; André Calheiros¹;
Ana Garrido Gomes¹; José Carlos Veloso¹; Paula Brandão¹

1 - ULSAM; 2 - ULSM

Mulher, 68 anos, residente em Inglaterra, com antecedentes de carcinoma do ovário há 30 anos, submetida a histerectomia, sem tratamento adjuvante e melanoma olho direito em 2013, com enucleação, sem outro tratamento. Previamente à admissão no SU, clínica com 4 meses de evolução de dor lombar com irradiação nadegueira esquerdas. Observada durante esse período em ambulatório e medicada com analgesia, mas no último mês com agravamento da dor, associada a diminuição da força no membro inferior esquerdo e perda ponderal de 2 Kg. Do estudo realizado com evidência de melanoma com metastização pulmonar, hepática, óssea L4 e eventualmente pancreática e fratura patológica de L4. Referenciada à consulta de Oncologia do IPO Porto.

IMI-201 - (4545) - A PAROTIDITE TAMBÉM ENVELHECE

Jorge Salsinha Frade¹; Beatriz Sampaio¹; Inês Urmal¹; Maria Meneses Rebelo¹;
João Teixeira¹; Catarina Costa¹; Felisbela Gomes¹; Sofia Salvo¹; Madalena Lisboa¹

1 - Hospital de Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde São José

Introdução: A Parotidite, cuja apresentação consiste normalmente num síndrome gripal autolimitado, acomete sobretudo crianças e jovens adultos, tendo a sua prevalência diminuído significativamente com a introdução de eficazes esquemas de imunização. **Caso Clínico:** Mulher, 83 anos. Recorreu ao Serviço de Urgência por prostração e astenia. À observação, febril (temperatura 38°C), e taquicárdica, com tumefação e sinais inflamatórios da glândula submandibular esquerda, empastamento parotídeo bilateral e eritema do orifício do canal de Wharton esquerdo. Dos exames complementares: elevação de parâmetros inflamatórios e TC de partes moles da cabeça e pescoço a confirmar exuberante Parotidite esquerda, com alterações inflamatórias bilaterais.

IMI-202 - (4549) - ÁCIDO-BASE: A PROPÓSITO DE UM CASO DE INGESTÃO INVOLUNTÁRIA DE AGENTES CÁUSTICOS

Vikesch Samji¹; Teresa Almeida¹; Martim Henriques¹; Miguel Golão²;
Daniela Baptista¹; Ana Rita Barradas¹; Margarida Fonseca¹; Isabel Madruga¹

1 - Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; 2 - Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

A ingestão de agentes cáusticos pode causar lesões graves nas vias aéreas, no esófago e no estômago.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 50 anos, sem antecedentes de relevo, admitida na Unidade de Cuidados Intermédios por ingestão involuntária de produto de limpeza, compostos por hidróxido de sódio e ácido etidróico. A endoscopia revelou: edema e eritema da base da língua, hipofaringe, epiglote e aritenoides; úlcera profunda com fundo necrótico no cárdia, e ainda úlceras superficiais alguns focos de necrose no corpo gástrico. Admitido esofagite cáustica Zargar 3A.

Manteve inibidor da bomba de prótons, antibioterapia, corticoterapia, verificando-se uma evolução favorável, tendo tido alta para consulta de Gastroenterologia.

IMI-203 - (4561) - DOENÇAS CRÓNICAS IMPLICAM CUMPRIMENTO ADEQUADO DA TERAPÊUTICA

Manuel Ribeiro¹; Pedro Avelar¹; Beatriz Marquês¹; Luzia Bismarck¹; Henrique Sousa¹; Sérgio Borges¹; Ana Costa¹

1 - ULS Oeste: Unidade de Torres Vedras

A hiperuricemia afecta 1 em cada 5 homens em Portugal, no entanto são actualmente raras as complicações crónicas desta doença, desde que haja cumprimento de medidas dietéticas e farmacológicas.

Homem de 74 anos, incumpridor de terapêutica crónica, com antecedentes de hiperuricemia e hipertensão arterial, recorreu ao Serviço de Urgência por dor articular da mão esquerda com 2 dias de evolução. Objectivou-se volumosa tumefacção da articulação metacarpo-falângica do 2º dedo da mão esquerda, compatível com diagnóstico de Gota Tofácea, com incapacidade de flexão do mesmo dedo. Foi optimizada terapêutica analgésica e foi incentivado o cumprimento de terapêutico de Alopurinol.

IMI-204 - (4565) - EMBOLIZAÇÃO ATEROTROMBÓTICA APÓS IMPLANTAÇÃO DA VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATETER (TAVI) - BLUE TOE E LESÃO RENAL AGUDA

Leonor Magalhães¹; Francisco Cardoso¹; Ana Raquel Soares¹; Joana Cardoso²;
Carolina Nunes¹; Raquel Gonçalves¹; Marta Orantos¹; Valentina Tosatto¹;
Paula Nascimento¹; A Mário Santos¹

1 - Unidade Funcional 4 do Serviço de Medicina Interna, Hospital Santa Marta, ULS S. José, CCAL; 2 - Serviço Cirurgia Vasculard, Hospital Santa Marta, ULS S. José, CCAL

Homem, 89 anos, autónomo, estenose aórtica grave submetido a TAVI em Janeiro 2024; aneurisma da aorta abdominal infrarrenal trombosado (55mm) com extensão à bifurcação das artérias ilíacas. Duas semanas pós-TAVI, desenvolve isquémia com necrose do 5º dedo do pé esquerdo. Internado, após reavaliação em consulta por isquemia agravada aos 4 e 5º dedos do pé direito, com cianose objetivável, mantendo massa pulsátil com cerca de 10cm longitudinalmente e lesão renal aguda AKIN 3 (creat 6.6mg/dl). Colocada a hipótese de embolização aterotrombótica renal e dos membros inferiores, posteriormente confirmada radiologicamente, constituindo um verdadeiro desafio clínico na gestão clínica.

IMI-205 - (4569) - EXUBERANTE ENFISEMA SUBCUTÂNEO E NEOPLASIA DO PULMÃO

Ana Rita Oliveira¹; Miguel Reis Costa¹; Rita Vilar Mota¹; Patrícia Sôra Sobrosa¹; Nuno Pardal¹; Daniela Penteado Salgueiro¹; António Cardoso Fernandes¹; Maria Inês Risto¹; Irene Medeiros¹; Luís Santos¹; João Pedro Pais¹; Ana Rita Cambão¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital Santa Luzia

A presença de fístula pleural é uma complicação rara de neoplasia do pulmão e está frequentemente associada a biópsia ou radioterapia, em raros casos desenvolve-se por extensão direta tumoral.

Mulher de 58 anos, internada com diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão estadio IV (metastização pericárdica, ganglionar, hepática, renal e óssea). Evoluiu subitamente para insuficiência respiratória tipo 1 grave, com presença de enfisema subcutâneo torácico de novo. Radiografia e TC tórax confirmando a presença de volumoso enfisema subcutâneo com extensão tórácica, cervical, abdominal. Tendo em conta doença oncológica, prognóstico e extensão de enfisema decidido tratamento conservador, verificando-se o óbito.

IMI-206 - (4577) - PSEUDOANEURISMA DA ARTÉRIA ESPLÉNICA: UMA EMERGÊNCIA NA PANCREATITE

Teresa Abegão¹; Luís Relvas¹; Catarina Cunha¹; Liliana Domingos¹; Bruno Peixe¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

O pseudoaneurisma da artéria esplénica (PAE) é uma complicação rara da pancreatite. O risco de rotura pode atingir 80% e a taxa de mortalidade 90%, sendo essencial o diagnóstico e tratamento precoces. A abordagem standard é endovascular por via percutânea, podendo haver indicação para intervenção cirúrgica conforme a apresentação clínica e/ou insucesso da técnica índex.

Mulher de 46 anos internada por agudização de pancreatite crónica. Às 72 horas de internamento inicia hemorragia digestiva sob a forma de melenas. A angioTC revelou PAE admitindo-se a sua rotura para o sistema ductal pancreático (hemossucus pancreaticus). Procedeu-se a embolização com hidrocoils com recuperação plena, havendo oclusão arterial completa na angioTC de controlo.

IMI-207 - (4588) - TUMOR CASTANHO/BROWN TUMOR

Sara Tereso¹; Cristina Resina²

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria; 2 - Unidade Local de Saude Santa Maria

Mulher 31 anos, natural de Angola, doença renal crônica de etiologia desconhecida sob hemodiálise desde 2015, veio por meios próprios para Portugal, recorrendo ao SU para esclarecimento de massa naso-palatina anterior medial de crescimento progressivo deformante, referindo dificuldade na deglutição e limitação da visão do olho esquerdo. Analiticamente serologias infecciosas negativas, PTH 3462pg/ml, fosfato 4.1mg/dl, ca 9,2 g/dl. TC maxilo-facial evidencia massa 78x60x63mm na vertente anterior esquerda da maxila com alteração da densidade ossea difusa em contexto de distúrbio do metabolismo fosfoálcico - tumor castanho/Brown tumor. Lesão ossificante em contexto de hiperparatireoidismo secundário, realizando paratireoidectomia, com PTH 348pg/ml pós ressecção.

IMI-208 - (4607) - METÁSTASE CARDÍACA ISOLADA – ATÉ ONDE O ADENOCARCINOMA DO PULMÃO PODE EXPANDIR

Cecília Moreira¹; Mariana Lobo¹; Bárbara Laczkovits¹; Daniel Seabra¹; Joana Morais¹

1 - Hospital Pedro Hispano

As metástases cardíacas têm uma incidência de 10%, decorrendo de invasão direta ou disseminação hematogênea de tumores sólidos ou hematológicos. Os sintomas dependem da localização da lesão.

Homem de 45 anos com adenocarcinoma do pulmão estadiado IV, admitido por derrame pleural e pericárdico com tamponamento cardíaco. Ecocardiograma transtorácico a revelar massa vascularizada no ápex do ventrículo esquerdo sugestiva de metástase. Realizada pericardiocentese e iniciada imunoterapia, mas evolução desfavorável dada progressão da doença. As metástases cardíacas devem ser consideradas sempre que um doente com neoplasia conhecida surja com derrame pericárdico, sendo raramente a primeira manifestação da neoplasia. O tratamento é o do tumor primário

IMI-209 - (4610) - ENFISEMA SUBCUTÂNEO PÓS-SÍNCOPE: UM DESAFIO CLÍNICO APÓS TRAUMA DA GRELHA COSTAL

Manuel Ribeiro¹; Pedro Avelar¹; Beatriz Marquês¹; Luzia Bismarck¹;
Henrique Sousa¹; Sérgio Borges¹; Ana Costa¹

1 - ULS Oeste: Unidade de Torres Vedras

O enfisema subcutâneo (ES) complica aproximadamente 1 em cada 4 casos de pneumotórax, sendo mais frequente em doente crítico. Homem de 82 anos, sem antecedentes médicos de relevo, foi levado ao Serviço de Urgência (SU) após síncope no domicílio, com traumatismo costal esquerdo e do membro superior esquerdo em mobiliário. Observava-se evidente hematoma na região anterior do tórax, com crepitação à palpação. Realizou raio-x de tórax que evidenciou fractura de 2 arcos costais à esquerda e pneumotórax de pequenas dimensões. Ao longo da permanência em SU desenvolveu exuberante ES do tórax, abdómen, pescoço e face. Apesar desta apresentação, manteve estabilidade hemodinâmica e ventilatória, tendo o quadro resolvido após drenagem de pneumotórax.

IMI-210 - (4624) - COMPLICAÇÕES DE UMA ENDOCARDITE

Catarina Reis Barão¹; Inês Matias Lopes¹; Margarida Guiomar¹; João Reis Sabido¹; Margarida Vaz Lopes¹; Miguel Martins¹; Patrícia Howell Monteiro¹; João Freitas¹

1 - Unidade Local De Saúde Santa Maria

Endocardite infecciosa é uma patologia com múltiplas comorbilidades, com afeção neurológica em 20-40% dos casos.

Mulher 85 anos, admitida por dor lombar e prostração com 3 semanas de evolução. À observação: sonolência marcada. Analiticamente: subida de parâmetros inflamatórios e urina II patológica. Assumida cistite, iniciada antibioterapia com boa resposta. Por manutenção de sonolência realizou Tomografia computadorizada crâneo-encefálica (CE): focos isquémicos em múltiplos territórios vasculares; Ecocardiograma transtorácico: vegetação na válvula mitral de 22 mm. Apesar de otimizada antibioterapia evolução súbita para estado comatoso com Ressonância magnética CE a documentar novos e extensos eventos isquémicos bihemisféricos.

IMI-211 - (4641) - PHLEGMASIA CERULEA DOLENS - UMA COMPLICAÇÃO RARA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

Mariana Antão¹; Teresa Abegão¹; Catarina Agueiras¹; Fátima Cereja¹; Claudia Fitas¹; Margarida Portugal¹; Mariana Figueiras¹; Carlos Cabrita¹; Catarina Mendonça¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

A Phlegmasia cerulea dolens é uma complicação rara, potencialmente grave da trombose venosa profunda (TVP), caracterizada por uma obstrução venosa aguda. Os sinais incluem descoloração, edema exuberante, empastamento, dor intensa e síndrome compartimental, se não tratada a tempo. Mulher, 77 anos, com carcinoma da mama esquerda metastizado, internada por TVP da veia iliofemoral-poplíteia esquerda. Ao 4º dia de internamento com agravamento da sintomatologia: dor intensa, edema marcado, empastamento e descoloração até à coxa, característico de phlegmasia cerulea dolens. Como complicação a referir tromboembolismo pulmonar. Houve melhoria clínica com a terapêutica anticoagulante, com enoxaparina em dose terapêutica.

IMI-212 - (4654) - NÃO É APENAS UMA AMIGDALITE: UM CASO CLÍNICO DE AMIGDALITE COMPLICADA COM ABCESSO RETROFARÍNGEO

Marta Carinhas¹; Patrícia Ferreira¹; Inês Carvalho¹; Daniela Rodrigues¹; Rodrigo Rufino¹; António Cardoso¹; Alexandra Albuquerque¹; Martinho Fernandes¹

1 - Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho

A amigdalite aguda é uma condição benigna e autolimitada na maioria dos casos. Contudo, se não tratada corretamente, pode evoluir com complicações potencialmente fatais.

Um homem de 31 anos recorreu ao serviço de urgência por odinofagia e febre com 10 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava orofaringe hiperemiada e voz hot potato. Na avaliação analítica destacava-se 15600 leucócitos por microlitro e PCR de 531 mg/L. A TC documentou hipertrofia amigdalina, abcesso periamigdalino e extenso abcesso retrofaríngeo de conteúdo líquido e gasoso com extensão até ao mediastino superior. Perante estes achados e por risco elevado de obstrução da via aérea, o doente foi transferido para o centro de referência de Otorrinolaringologia.

IMI-213 - (4657) - BLOQUEIO FASCICULAR POSTERIOR ESQUERDO - O IRMÃO ESQUECIDO

Sabina Belchior Azevedo¹; Sara Pereira¹; Paula Cerqueira¹; Rafael Lopes Freitas¹; Líliana Costa¹; Claudio Coelho¹

1 - ULSAM

O bloqueio fascicular posterior (BFPE) esquerdo é uma alteração na condução elétrica do ramo esquerdo do feixe de His. Caracteriza-se por desvio direito do eixo (DDE) com padrão rS em DI e aVL e padrão qR em DIII e aVF. Ocorre maioritariamente associado a bloqueio ramo direito (BRD) e raramente isolado. Apresenta-se o eletrocardiograma de um jovem sem antecedentes ou medicação habitual, com queixas de dor torácica. Diagnosticou-se bloqueio bi-fascicular, após excluídas outras etiologias para o DDE: hipertrofia ventricular direita, tromboembolismo pulmonar ou enfarte agudo miocárdio. Assim, é importante reconhecer este padrão, não só pelo diagnóstico, mas a necessidade que o mesmo impõe da exclusão de patologias potencialmente fatais.

IMI-214 - (4665) - UM TUMOR MASCARADO

Luís Couto¹; Letícia Leite¹; Emília Lopes¹; Jorge Cotter¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Ave

Mulher de 26 anos. Recorreu ao serviço de urgência por toracalgia esquerda.

Realizou TC (1), com suspeita inicial de abscesso pulmonar, iniciando piperacilina/tazobactam. Sem melhoria clínica após 4 semanas, realizou RMN torácica (2) que revelou lesão mediastínica pré-vascular e paracardíaca esquerda com 85x77x67 mm, compatível com tumor de células germinativas – hipótese suportada em PET-CT com 18F-FDG. Realizou biópsia aspirativa: inconclusiva. Evoluiu com derrame pleural de grande volume, exsudativo, infeccioso, tendo iniciado meropenem e vancomicina, sem isolamentos. Transferida para Cirurgia Torácica do CHSJ para excisão de massa mediastínica por esternotomia mediana; exame histológico de tecido confirmou diagnóstico de teratoma maduro.

IMI-215 - (4669) - CALCIFILAXIA: UMA CAUSA RARA DE ULCERAÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES

João Carvalho¹; André Resendes Sousa¹; Maria Eduarda Comenda¹; Rui Osório Valente¹

1 - Hospital Lusíadas Lisboa

Introdução

A calcifilaxia é uma condição rara, potencialmente fatal, que se apresenta com necrose cutânea caracterizada histologicamente pela calcificação das arteríolas e capilares da derme e tecido adiposo subcutâneo, sendo a corticoterapia um dos fatores de risco associados ao seu desenvolvimento.

Caso Clínico

Mulher de 68 anos com antecedentes de polimialgia reumática sob terapêutica com leflunomida e prednisolona internada por úlceras profundas na perna direita e dorso do pé, com dois meses de evolução. A biópsia cutânea revelou ulceração focal da epiderme, fibrose, infiltrado inflamatório misto na derme e no panículo adiposo e presença de calcificação na parede de vaso de médio calibre, compatível com diagnóstico de Calcifilaxia

IMI-216 - (4673) - UMA IMAGEM SURPREENDENTEMENTE REVELADORA: UM CASO DE DOENÇA RENAL POLIQUÍSTICA AUTOSSÓMICA DOMINANTE

Ana Catarina Pina Pereira¹; Mafalda Leal¹; Maria Rebelo¹; Carlota Lalanda¹; Jorge Salsinha Frade¹; Beatriz Sampaio¹; Beatriz Barata¹; Inês Urmal¹; Ana Bravo¹; Sofia Salvo¹; Madalena Lisboa¹

1 - Hospital de Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: A doença renal poliquística autossómica dominante (ADPKD) caracteriza-se pela presença de quistos renais, por vezes hepáticos, diagnosticando-se geralmente aquando da investigação de quadros não relacionados, sendo muitas vezes subdiagnosticada. Associa-se a hipertensão arterial (HTA) e doença renal crónica, sendo fulcral o rastreio familiar.

Caso clínico: Mulher, 64 anos, história de HTA, sem patologia renal ou familiar, que inicia quadro de lombalgia. Do estudo, com disfunção renal e diagnóstico imagiológico inequívoco de ADPKD (renal e hepática). Pretende-se alertar para uma entidade hereditária subdiagnosticada, cujo diagnóstico é essencial para rastreio familiar com o objetivo de identificar e tratar eventuais complicações.

IMI-217 - (4676) - SÍNDROME DE WUNDERLICH - A RARIDADE E GRAVIDADE DE MÃOS DADAS NUM CASO CLÍNICO

Guilherme Jesus¹; Inês Soares¹; Sofia Silva¹; Ana Tojal¹; Inês Pereira¹; Raquel Barreira¹; José Miguel Maia¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Homem de 79 anos com hipertrofia benigna da próstata, admitido na Urgência por lombalgia intensa, não traumática, de início súbito associado a calafrios, náuseas e hipersudorese. Sem febre ou queixas urinárias. À observação encontrava-se hemodinamicamente estável e com dor intensa à palpação da região lombar esquerda. Analiticamente com anemia microcítica de novo, lesão renal aguda e aumento franco dos marcadores inflamatórios. Ecografia e TAC Abdominal identificaram hematoma espontâneo confinado ao espaço subcapsular e perirrenal esquerdo, sem hemorragia ativa, compatível com Síndrome de Wunderlich. Uma síndrome rara e potencialmente fatal associada a diversas causas como o Carcinoma de Células Renais, a etiologia identificada neste caso.

IMI-218 - (4686) - DE ESTÔMAGO CHEIO

Nadine Almeida¹; João Macedo¹; Catarina Almeida¹; Andreia Teixeira¹;
Yolanda Martins¹

1 - Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga

Introdução: A síndrome de Coffin Lowry, caracterizada por um atraso psicomotor e alterações anatómicas, sendo a estenose do piloro uma dessas alterações.

Caso clínico: Homem de 26 anos com síndrome de Coffin Lowry com estenose do piloro conhecida, recorreu ao Serviço de Urgência por recusa alimentar, eructação frequente, hipersalivação, história de obstipação e síncope após alimentação. Sem alterações no exame objetivo, analiticamente com aumento D-Dímeros, pelo que realizou Tomografia Axial Computorizada com contraste. A imagem revelou distensão esofágica e exuberante distensão gástrica, preenchido com conteúdo, com ponto de transição no piloro, com estenose significativa.

IMI-219 - (4689) - ROTURA DE ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL: UMA IMAGEM VALE MAIS DO QUE MIL PALAVRAS

Marta Carinhas¹; Patrícia Ferreira¹; Inês Carvalho¹; Daniela Rodrigues¹; Rodrigo Rufino¹; António Cardoso¹; Alexandra Albuquerque¹; Martinho Fernandes¹

1 - Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho

A rotura de aneurisma da aorta abdominal é uma situação potencialmente fatal, pelo que requer uma abordagem médica e cirúrgica emergente.

Um homem de 77 anos foi admitido no serviço de urgência por síncope após dor abdominal súbita nos quadrantes direitos e que agravava com o decúbito dorsal. Ao exame objetivo apresentava hipotensão, bradicardia e palpação do flanco e fossa ilíaca direita dolorosa com defesa. Analiticamente sem alterações de relevo. A TC evidenciou rotura de volumoso aneurisma da aorta abdominal infrarrenal com hemorragia ativa intra-abdominal extensa, visualizando-se um exuberante hematoma retroperitoneal. Perante estes achados, o doente foi transferido para o centro de referência de Cirurgia Vasculuar.

IMI-220 - (4715) - UMA PNEUMONIA ATÍPICA

Luís Couto¹; Pedro Miranda¹; Magda Fernandes¹; Emília Lopes¹; Jorge Cotter¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Alve

Homem de 43 anos, imunocompetente.

Nunca teria tido varicela; filha de 5 anos com varicela, não complicada, 12 dias antes.

Recorreu ao SU com clínica de 5 dias de erupções cutâneas: máculas, vesículas, pústulas, crostas, úlceras orais; e toracalgia de características pleuríticas. Tinha insuficiência respiratória ligeira. Realizou TC torácico (1 e 2) que revelou consolidação segmentar dos lobos inferiores com extenso padrão nodular centrilobular bilateral. Iniciou aciclovir intravenoso (cumpriu 10 dias), e ceftriaxone e azitromicina por suspeita de sobreinfecção bacteriana. Com serologias positivas para varicela-zoster (IgM e IgG); e ainda *Mycoplasma pneumoniae* (IgM) –também positivo em PCR de expetoração.

Com evolução favorável até à alta.

IMI-221 - (4717) - DEFORMIDADE EM BALÃO DE ERLENMEYER - ASPECTO RADIOLÓGICO DA DOENÇA DE GAUCHER

Teresa Abegão¹; Mariana Antão¹; Catarina Aguietas¹; Cláudia Fitas¹; Margarida Portugal¹; Catarina Águas¹; Carlos Cabrita¹; Catarina Mendonça¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

A Doença de Gaucher (DG), causada por mutações no gene GBA1, leva à deficiência da enzima beta-glucocerebrosidase e acumulação de glucocerebrosídeo nas células. O tratamento é reposição enzimática ou redução de substrato. Pode ter complicações ósseas, sendo a deformidade óssea em forma de balão Erlenmeyer característica do fémur distal. Resulta de modelagem óssea defeituosa na dimetáfise com espessura cortical reduzida e ausência de curvatura côncava.

Mulher de 41 anos com DG tipo 1. Durante estudo para alteração terapêutica para redutor de substrato, para melhor controlo clínico e conveniência da doente (por ser per os), foi realizada radiografia dos membros inferiores. Constatada deformidade bilateral em balão de Erlenmeyer nos fémures.

IMI-222 - (4727) - OSTEONECROSE TIBIAL EM DOENTE COM ANEMIA FALCIFORME

Beatriz Sampaio¹; Jorge Salsinha Frade¹; Mafalda Leal¹; Inês Matos Ferreira¹; Felisbela Gomes¹; Catarina Costa¹

1 - Unidade Local de Saúde São José

A dor óssea na anemia falciforme (AF) é uma manifestação comum, muito debilitante, sendo o seu diagnóstico e tratamento um desafio. A osteonecrose é uma complicação relativamente comum (3.2-26.7%), mas muitas vezes difícil de diferenciar da crise vaso-oclusiva apenas pela clínica e radiografia (RX) óssea.

Mulher de 52 anos, com AF apenas sob programa de transfusão-permuta por úlcera crónica do pé. Admitida por quadro com 48h de edema e dor intensa do joelho e região proximal da perna esquerda. RX do membro não apresentou alterações. Tomografia computadorizada mostrou múltiplos focos de osteocondensação na diáfise proximal tibial esquerda, compatível com necrose avascular. Assistiu-se a melhoria progressiva com tratamento conservador.

IMI-223 - (4738) - DOENÇA DE FORESTIER, UMA CAUSA DE DISFAGIA A SER LEMBRADA

Sara Durães¹; Joana Neto Gomes¹; Salomé Marques¹; Luís Nogueira¹; Lindora Pires¹

1 - Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO: A Doença de Forestier é mais frequente em homens em idade avançada, caracterizando-se pela calcificação dos ligamentos da coluna vertebral, entesite dos membros e crescimento de osteófitos.

CASO CLÍNICO: Homem, 84 anos. Dependente (Katz 4). Disfagia com 5 anos de evolução. Trazido à Urgência por agravamento progressivo da disfagia nos últimos meses, de sólidos para líquidos, dor com a deglutição e perda de 4kg em 1 mês. TAC pescoço a revelar osteofitose somática anterior em C3-C4 e C4-C5, moldando a parede posterior da hipofaringe, e em D1-D2, comprimindo a parede posterior do esófago cervical. Endoscopia Digestiva Alta a confirmar compressão extrínseca do esófago proximal. Submetido a cirurgia para exérese dos osteófitos.

IMI-224 - (4740) - A DANÇA DAS BOLHAS

Ana Mafalda Abrantes¹; Sara Salema Travassos¹; Inês Parreira¹;
Carolina António Santos¹; António Pais Lacerda¹; António Martins Baptista¹;
Ana Alves Cardoso¹

1 - Serviço de Medicina Interna - Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital Santa Maria

Mulher, 87 anos, admitida por queda com traumatismo crânio-encefálico. Laboratorialmente, d-dímeros 2.46. Gasimetria arterial com acidémia respiratória. TC-CE não revelou alterações. Angio-TC tórax mostrou gás no tronco e ramos principais da artéria pulmonar, tronco venoso braquiocefálico esquerdo e veia cava superior. Na ausência de outra etiologia, foi assumida natureza iatrogénica por manipulação de acessos venosos periféricos. Adotada elevação da cabeceira, decúbito lateral esquerdo e iniciada ventilação não-invasiva com melhoria clínica. Reavaliação por angio-TC tórax com melhoria dos achados. Esta entidade mimetiza achados clínico-laboratoriais de tromboembolismo pulmonar, sendo essencial a sua distinção com vista a correta abordagem.

IMI-225 - (4745) - SEQUELAS DE ESPONDILITE TUBERCULOSA

Inês Duro¹; Isabel Fonseca Silva¹; Patrícia Neves¹; Ana Luísa Marçal¹; Daniela Barroso¹; Luísa Serpa Pinto¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução:

A espondilite tuberculosa (TB), ou Mal de Pott, é a forma mais comum de TB musculoesquelética, e caracteriza-se pelo atingimento preferencial da coluna toracolombar. Quando tardiamente diagnosticada e tratada, pode levar a sequelas com elevada morbidade, sendo estas atualmente cada vez mais raras.

Caso Clínico:

Mulher, 88 anos, história de espondilite TB aos 38 anos, submetida a terapêutica antibacilar e abordagem cirúrgica. Cifose grave, com tomografia computadorizada a revelar acentuada gibba lombar em L1-L2 com angulação anterior e fusão dos corpos vertebrais, no entanto sem limitação neurológica, mantendo autonomia.

Nestes casos, sublinha-se a importância da avaliação do impacto funcional e a morbidade.

IMI-226 - (4768) - ONDE ESTÁ O PULMÃO DIREITO?

Joana Carvalho De Sousa¹; Salomé Marques¹; Carolina Marini¹;
Catarina Lencastre¹; Alice Castro¹; Lindora Pires¹

1 - Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa

Mulher de 22 anos admitida por tosse, febre e edema supraclavicular, cervical e facial com 3 semanas de evolução. Objetivamente apenas com taquicardia. Analiticamente com anemia de estados inflamatórios, trombocitose, elevação dos parâmetros inflamatórios e DHL. Angio-TC com volumosa massa no mediastino anterior e superior com 142x104x145mm, homogénea, com sinais de compressão da veia cava superior, aurícula direita, artéria pulmonar e veias pulmonares direitas. PET com volumosa massa no mediastino e duas adenopatias adjacentes, com avidéz muito intensa para F18-FDG, sugestivas de infiltração maligna. Biópsia da massa revelou doença linfoproliferativa, com características sugestivas de linfoma de Hodgkin.

IMI-227 - (4769) - NAVEGANDO PELAS VARIANTES ANATÓMICAS: RISCOS INESPERADOS

Francisca Sá Couto¹; Maria Margarida Andrade¹; Carolina Fabião Sequeira¹; Sara Freire¹; Inês Nogueira Da Fonseca¹; Diogo Cruz^{1,2}

1 - Serviço de Medicina Interna, Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: O esterno é alvo de variações anatómicas, como é o caso do foramen sternum, presente em 2-13% da população, resultante da fusão incompleta na fase neonatal.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso clínico de uma mulher, 68 anos, seguida em consulta por anemia macrocítica. Do estudo etiológico, destaca-se: anisocitose e anisocromia, reticulócitos >2%, sem alterações do ferro, folatos ou cianocobalamina; aguardava mielograma. Contudo, por pneumonia, realizou tomografia computadorizada torácica que identificou foramen sternum. Estas imagens alertam-nos para as complicações não previstas aquando da realização de procedimentos, à custa de variantes anatómicas. Neste caso, a realização de mielograma esternal estaria contraindicada.

IMI-228 - (4788) - OLHAR PARA ALÉM DO ABCESSO PULMONAR

Tânia Lopes¹; Marta Vaz De Matos¹; João Matos¹

1 - Unidade Local de Saúde de Santo António

A maioria dos abcessos pulmonares resulta de fenómenos de aspiração, mas podem dever-se a infecção por bactérias piogénicas ou de cavitações pré-existentes, obstrução brônquica, embolização séptica ou extensão direta de infeções locais. É importante identificar a etiologia para orientar o tratamento. Homem de 60 anos, ex-fumador de 40 UMA. Desde há um mês com dor dorsal esquerda, dispneia para esforços e tosse com expectoração hemoptoica. Radiografia tórax com abcesso pulmonar. Tomografia computadorizada compatível com lesão neoplásica cavitada com redução do calibre do brônquio lobar inferior esquerdo e erosão do 6º e 7º arcos costais. Histologia compatível com carcinoma epidermoide, tendo falecido antes de completar ciclo de antibioterapia.

IMI-229 - (4793) - HAMARTOMAS BILIARES MÚLTIPLOS: IMAGEM EM MEDICINA.

Baltazar Gabriel Oliveira¹; Daniel Veiga¹; David Matias¹; Rita Calixto¹; Ana Rita Cardoso¹; Maria Aurora Duarte¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo - Unidade de Tomar

Os hamartomas biliares múltiplos, também conhecidos como complexos de von Meyenburg, são tumores benignos raros que na maioria são assintomáticos e diagnosticados incidentalmente. Também se pode manifestar por sintomas ligeiros do foro abdominal e elevação das enzimas hepáticas. Numa minoria de casos, podem ter transformação maligna para colangiocarcinoma intra-hepático ou carcinoma hepatocelular.

Os autores apresentam um homem de 56 anos que recorre à Consulta de Medicina Interna por múltiplos nódulos hepáticos de etiologia a esclarecer após realização de exames complementares no exterior. Realizou ressonância magnética abdominal que revelou “múltiplas formações quísticas de aspetos radiológicos sugestivos de hamartomas biliares”.

IMI-230 - (4803) - ASPERGILOMA

António Cardoso Fernandes¹; Patrícia Sobrosa¹; Patrícia Araújo¹; Maria Inês Risto¹; Ana Frederica Parente¹; Jorge Bezerra¹; Diana Barros¹; Carolina Marques Miranda¹; Cátia Barreiros¹; Carmélia Rodrigues¹

1 - Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Masculino, 67 anos. DPOC e tuberculose pulmonar cavitada, em tratamento durante 1 ano até 08/2023. Tosse produtiva, hemoptise, polidipsia e emagrecimento. Admitido a 21/10 por prostração e internado por cetoacidose diabética em contexto de infeção em Unidade de Cuidados Intermédios. Inicialmente sob antibioterapia, mas com agravamento progressivo. TC Tórax com cavidades com conteúdo sólido, com aspectos sugestivos de aspergiloma (imagem 1). Pouco provável a hipótese de reativação de tuberculose face ao estudo realizado. Melhoria após ter iniciado voriconazol. Lavado brônquico positivo para *Aspergillus*. Mantém atualmente terapêutica com voriconazol, com melhoria imagiológica ao fim de 3 meses de tratamento (imagem 2).

IMI-231 - (4818) - UM CASO GRAVE DE MIELOPATIA CERVICAL: A IMPORTÂNCIA DE UMA CORRETA ANAMNESE

Patrícia Cláudio Ferreira¹; Rita Ribeiro¹; Margarida Monteiro¹; Olinda Caetano¹; Rosa Ferreira¹; Rosário Araújo¹

1 - ULS Braga

Sexo masculino, 77 anos, com antecedentes de afasia motora e hemiparesia esquerda sequelares a meningite na infância. Anamnese no serviço de urgência dificultado pela afasia, onde recorreu por múltiplas quedas no domicílio com 1 semana de evolução. Diagnosticado com tromboembolismo pulmonar agudo pelo que é internado no serviço de Medicina Interna. No internamento detetada tetraparésia, inicia dexametasona e realiza ressonância cervical e dorsal com evidência de mielopatia cervical com compressão grave medular em C3-C4. Observado por Neurocirurgia que considerando antecedentes pessoais, tempo de evolução de semanas, défice de motor apresentado e TEP não é um candidato cirúrgico. O doente acaba por falecer no próprio dia.

IMI-232 - (4819) - PADRÃO DE ONDAS T ISQUÉMICAS - PRENÚNCIO DE ENFARTE AGUDO DE MIOCÁRDIO

Artur Costa¹; Célia Tuna¹; Paulo Simão¹; Céu Evangelista¹; Margarida Ascensão¹

1 - Unidade Local de Saúde Cova da Beira

As inversões das ondas T, não sendo específicas, podem sugerir alterações isquémicas agudas ou crónicas.

Homem, 72 anos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia, recorreu ao serviço de urgência por dor retroesternal em aperto e irradiação ao ombro esquerdo. Na admissão, doente sem dor e sem alteração ao exame físico. No eletrocardiograma destacava-se inversão das ondas T de V4 a V6 e ondas T bifásicas em V2 e V3. Analiticamente sem alterações, inclusive valores normais de troponina I. O diagnóstico de síndrome de Wellens tipo A foi estabelecido. Na síndrome de Wellens, subtipos A e B, existe lesão da artéria coronária descendente anterior esquerda. A sua não deteção, acarreta risco de enfarte agudo do miocárdio.

IMI-233 - (4850) - MORFEIA - A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO E TERAPÊUTICA ADEQUADA

Carolina Martins¹; Rui Miguel Gomes¹; Joana Morais¹; Ana Lynce¹; Cândida Fonseca¹

1 - Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: A morfeia é um tipo localizado de Esclerodermia, uma doença autoimune que cursa com alteração da regulação da produção de colagénio nos tecidos. Afeta desproporcionalmente as mulheres (4:1) e manifesta-se com lesões cutâneas em placa.

Caso clínico: Homem de 49 anos, sem antecedentes relevantes, refere aparecimento de zona endurecida com edema no braço, antebraço, punho e dorso da mão direita após exposição solar, negando outras queixas. À observação, destacava-se placa atrófica linear, lisa, endurecida, bordo ligeiramente eritematoso e perda de pilosidade (imagem 1). Biópsia cutânea com histologia compatível com Morfeia. Iniciou Metotrexato oral e Clobetasol tópico com melhoria clínica (imagem 2).

IMI-234 - (4856) - PSEUDOANEURISMA DA SUBCLÁVIA APÓS AMPUTAÇÃO TRANSUMERAL ESQUERDA

Susana Tânger Correia¹; Paulo Ávila¹; Maria Beatriz Santos¹

1 - Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Pseudoaneurismas são uma dilatação arterial anormal delimitada somente pela túnica externa, característica que os distingue dos aneurismas verdadeiros. Ao contrário dos pseudoaneurismas mais distais, o pseudoaneurisma da subclávia é raro. Apresentamos o caso de uma doente de 68 anos com história pessoal de amputação transumeral esquerda em contexto de isquémia aguda do membro superior esquerdo. Dois meses depois, evolui com quadro de tosse seca e dispnéia, com hipotensão na admissão na unidade de saúde e hipotransparência no terço superior do hemitórax esquerdo. Inicialmente realizou tomografia computadorizada de tórax que revelou volumoso pseudoaneurisma da artéria subclávia esquerda, sendo encaminhada para Cirurgia Vasculiar para tratamento.

IMI-235 - (4857) - UMA CAUSA POUCO FREQUENTE DE CRISE CONVULSIVA

Matilde Couto¹; Desirée Farinha¹; Mariana Marques¹

1 - Hospital de Vila Franca de Xira

Quisto dermoide é um tipo de tumor benigno, geralmente assintomático e encontrado em exame de imagem por outro motivo. Menos frequentemente está associado a sintomas neurológicos pelo efeito de massa, obrigando a intervenção cirúrgica para tratamento definitivo.

Mulher, 55 anos. Internada por episódio de convulsão e parestesias hemicorpo direito desde há um mês, adinamia e desequilíbrio. Apresentava nistagmo vertical “upbeat” e RM-CE com lesão quística uniloculada no tronco cerebral sugestiva de quisto dermoide. Ficou medicada com levetiracetam e foi submetida a tratamento cirúrgico, complicado com fistulização e necessidade de derivação ventrículo-peritoneal, mas com desfecho favorável. Mantém sequelas de hemiparesia direita grau III.

IMI-236 - (4858) - SINAL DE FRANK: APANHADO POR UMA ORELHA

André S. Carvalho¹; Sara Joana Faria¹; Abílio Gonçalves¹

1 - Hospital Distrital da Figueira da Foz

Introdução:

A prega diagonal do lóbulo auricular, conhecida por sinal de Frank, é um preditor independente de doença aterosclerótica. Por ser comum no processo de envelhecimento, este sinal é particularmente informativo em adultos com menos de 60 anos, associando-se a risco aumentado de doença coronária grave.

Caso Clínico:

Homem de 54 anos, admitido na urgência por dor retrosternal intensa tipo aperto com 2h de evolução. Apresentava idade aparente superior à real e sinal de Frank bilateral. TA 150/80mmHg, FC 65bpm e SatO₂ 99%. Auscultação cardiopulmonar sem alterações. Por elevação de ST de V1 a V4 no ECG realizou coronariografia urgente, que evidenciou oclusão total do segmento proximal da descendente anterior, tratada com stents.

IMI-237 - (4862) - ANEURISMA DE RASMUSSEN EM DOENTE COM HEMOPTISES

João Morais Lopes¹; Cristiana Ferreira Teles¹; Ana Raquel Figueiredo¹; Rodrigo Andrade¹; Teresa Guimarães Rocha¹; Micaela Nunes Sousa¹; Helena Maurício¹; Eugénia Madureira¹

1 - Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE - Hospital de Bragança

Introdução: Os aneurismas de Rasmussen, uma vascularização anormal das paredes da cavidade tuberculosa (associação a tuberculose pulmonar), são muito raros e maioritariamente fatais.

Caso Clínico: Homem, 56 anos, autónomo. Admitido com febre e tosse hemoptóica há 2 dias. Análises inocentes sem alterações. TC tórax com áreas cavitadas. Internado para estudo: tuberculose pulmonar VS neoplasia. Apesar de BK e BAAR negativos, assumida tuberculose provável e iniciados tuberculostáticos. Novas hemoptises com necessidade de abordagem por radiologia de intervenção. Em novo TC identificado aneurisma de Rasmussen associado à lesão cavitada. Realizada embolização, com sucesso. Foi internado nos cuidados intensivos, assinando alta contra parecer.

IMI-238 - (4870) - DUPLICAÇÃO DA VEIA RENAL ESQUERDA COMO ACHADO INCIDENTAL: UMA OPORTUNIDADE PARA APRENDIZAGEM DE NOVAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

Sérgio Azevedo¹; Beatriz Lopes¹; David Furtado¹; Isabel Martins¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Sexo feminino de 39 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial, litíase vesicular e obesidade. Admitida por dor abdominal na região do hipocôndrio direito. A tomografia computadorizada de abdómen revelou duplicação da veia renal esquerda, uma variante anatómica. A doente foi diagnosticada com pneumonia bilateral, não parecendo haver sintomatologia associada à variante anatómica identificada. A duplicação da veia renal esquerda, geralmente assintomática, pode, em casos raros, originar dor abdominal – Síndrome de Nutcracker. Esta síndrome ocorre quando há aumento da pressão na veia renal esquerda. A identificação desta variante permite-nos reconhecer novas condições clínicas e enriquecer o nosso conhecimento como internistas.

IMI-239 - (4889) - HEMORRAGIAS PETEQUIAIS CÓRTICO-SUBCORTICAIS – UMA ANGIOPATIA AMILÓIDE CEREBRAL EM DOENTE COM VASCULITE ANCA MPO

Rui Duarte De Azevedo¹; Ana Constante¹; Ana Rodrigo Costa¹;
Francisco Belchior¹; Ines Ferreira¹; Lindora Pires¹

1 - ULSTS

As imagens apresentadas representam o caso de uma mulher de 66 anos com vasculite ANCA MPO positiva, com atingimento renal, pulmonar e intestinal, admitida por síncope e pico hipertensivo. A TC mostrou múltiplas lesões cerebrais para esclarecimento e a RMN evidenciou lesões isquémicas e lesões hemorrágicas múltiplas, suspeitas de angiopatia amilóide. O diagnóstico diferencial de lesões vasculares ou atingimento neurológico vasculítico constituiu um desafio diagnóstico, concluindo-se por a etiologia de AAC.

IMI-240 - (4890) - QUANDO O ASSUSTADOR É ACESSÓRIO.

Soraia Duarte¹; Joana Moniz¹; Bárbara Lemos¹; Joana Crisóstomo¹; Rui Dias¹; Diana Fernandes¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Leiria - Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: Os casos de baço acessório são comuns. Apresenta-se seguidamente um caso com uma localização menos frequente de um baço acessório.

Caso Clínico: Homem, 72 anos, autónomo, com antecedentes de polimialgia reumática, dá entrada no Serviço de Urgência com dor abdominal no hipocôndrio esquerdo. É realizado TC de abdómen com identificação de “formação nodular com cerca de 23mm na cauda do pâncreas, muito similar a parênquima esplénico – baço acessório intra pancreático?” O doente realizou RM abdominal, com identificação de baço acessório em sede intrapancreática na cauda do pâncreas. Realizou também eco endoscopia, confirmando a presença de um baço intra pancreático acessório com indicação para vigilância e que se tem mantido estável.

IMI-241 - (4906) - UMAS PERNAS DE TIRAR A VIDA

Alexandra Rodrigues¹; Dina Santos¹; Cátia Martins¹; Joana Jacinto¹;
Rodolfo Gomes¹; Maria Aguiar¹; Dinarte Abreu¹; Teresa Faria¹

1 - Hospital dos Marmeleiros, SESARAM, EPERAM

A fascíte necrotizante (FN) é uma infeção grave dos tecidos moles que resulta na destruição progressiva da fáscia muscular e da gordura subcutânea envolvente.

Doente do sexo masculino, 49 anos, com antecedentes pessoais de esquizofrenia e elefantíase. Internado com o diagnóstico de erisipela dos membros inferiores (MIs). Durante o internamento teve agravamento clínico e analítico progressivo, desenvolvendo um quadro de sépsis. Ao exame objetivo foram observados edema e eritema de ambos os MIs, a salientar enfisema subcutâneo e flutuação na face posterior do 1/3 superior da perna esquerda com pus visível. Foi realizada incisão com drenagem abundante de conteúdo purulento (figura 1). O exame de imagem revelou FN da perna esquerda (figura 2).

IMI-242 - (4915) - SARCOMA DE KAPOSI DA MUCOSA ORAL

Pedro Reboredo¹; Nathalie Guerrero¹; Paula Nogueira¹; Ana Sara Monteiro¹; Joana Lopo¹; Cristina Sousa¹; José Ferreira¹; Rita Domingos¹

1 - Hospital de Faro

O Sarcoma de Kaposi (SK) é uma neoplasia angioproliferativa, rara. As lesões orais ocorrem mais frequentemente no contexto de infeção vírus imunodeficiência humana adquirida (VIH). Apresentamos o caso de um homem 38 anos, cuja apresentação inicial VIH SIDA se manifestou através de Sarcoma de Kaposi da cavidade oral. Recorreu à Urgência por lesão oral que interferia com mastigação. Exame objetivo: lesão primária ulcerada palato duro, bordos irregulares, indolor, 5cm maior eixo (figura1). Ortopantomografia e tomografia computadorizada da face: exclusão extensão óssea. Estudo etiológico: VIH + Carga viral (CV) $232981 \times 10^3 \text{c/mL}$ (Log₁₀ 5,37) CD3/CD4+: 428cel/uL. A 2º mês de terapêutica, CV indetectável e regressão da lesão do palato duro (figura2).

IMI-243 - (4922) - DA QUEDA AO DIAGNÓSTICO DE LITÍASE BILIAR: UMA IMAGEM ESCLARECEDORA

Sérgio Azevedo¹; David Furtado¹; Anna Knoch¹; Beatriz Lopes¹; Isabel Martins¹

1 - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Doente do sexo feminino com 80 anos de idade, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia. Trazida ao serviço de urgência após queda da própria altura no seu domicílio. Realizada radiografia de toráx que evidenciou a presença de exuberantes cálculos biliares. Uma imagem interessante, e pouco frequente, que pode antecipar complicações futuras associadas, nomeadamente colecistite aguda, colangite aguda ou pancreatite. Um achado com potencial benefício futuro na prestação de cuidados a esta utente.

IMI-244 - (4927) - APRESENTAÇÃO DE VOLVO GÁSTRICO

Ana Sofia Ramôa¹; Catarina Maia Ferreira¹; Eduardo Azevedo¹; Bárbara Rocha¹; Luis Reis¹

1 - Unidade Local de Saúde de Braga

O Volvo Gástrico é uma causa rara de oclusão gástrica. Pode apresentar-se de uma forma aguda ou crónica.

Mulher de 91 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu ao serviço de urgência por episódio de náuseas, hipersudorese, dor torácica anterior esquerda e epigastralgia. Na radiografia torácica constatado alargamento do mediastino. Neste contexto realizou tomografia computadorizada de tórax que descreveu exuberante eventração da hemicúpula diafragmática esquerda, com acentuada elevação da mesma, havendo acentuada distensão do estômago, que se encontrava totalmente no seu interior. Realizou endoscopia que evidenciou lúmen tortuoso, sugestivo de torção gástrica. A doente foi tratada cirurgicamente, com redução e reversão da torção.

IMI-245 - (4930) - UM AVC CARDIOEMBÓLICO APESAR DO DOAC

Raquel Dias Moura¹; João Miranda¹; Mariana Rocha¹; Pedro Barros¹;
Tiago Gregório¹; Henrique Costa¹; Ludovina Paredes¹; Miguel Veloso¹

1 - ULSGE

Sexo masculino, 54 anos, internado por acidente vascular cerebral (AVC) isquémico, com oclusão da artéria cerebral posterior (segmento P2-P3). Tinha história de enfarte agudo do miocárdio no ano anterior e de um trombo no ventrículo esquerdo, com resolução do mesmo objetivado em ecocardiograma prévio, ficando hipocoagulado com apixabano. À admissão com níveis terapêuticos do fármaco.

Durante a permanência na Unidade de AVC, realizado ecocardiograma que mostrou um volumoso trombo nas paredes do ventrículo esquerdo a atapetar todo o ápex (4.1 cm x1.8 cm; 7.6 cm²), com fração de ejeção de 41%.

Dada a falência do DOAC, foi introduzido um antagonista da vitamina K, com redução progressiva do tamanho do trombo.

IMI-246 - (4955) - PITIRÍASE RUBRA PILAR - UMA CASA RARA DE EXANTEMA GENERALIZADO

Andreia Ferreira Moreira Lopes¹; João Pedro Tavares¹; Margarida Rato¹; Sónia Coelho¹; João Pedro Lança¹; Elisa Veigas¹

1 - Centro Hospitalar Tondela Viseu

A Pitiríase Rubra Pilar (PRP) é uma dermatose papulodescamativa rara, crónica e de etiologia desconhecida.

Homem, 84 anos, sem antecedentes relevantes. Apresentou-se com quadro de 3 meses de evolução, caracterizado por exantema de progressão cefalo-caudal, eritematoso, descamativo, não pruriginoso, generalizado, com atingimento palmo-plantar e acompanhado de ectrópion bilateral. História de exposição a tintas/diluentes e à vacina mRNA da COVID-19 no mês anterior ao início dos sintomas. Biópsia cutânea compatível com PRP. Inicialmente com resposta insuficiente à corticoterapia e metotrexato, foi medicado com adalimumab com uma excelente evolução.

IMI-247 - (4957) - UMA CAUSA RARA DE DISFAGIA

Rui Pedro Ribeiro¹; Carolina Guimarães¹; Filipa Oliveira¹; Margarida Silva¹;
Jorge Almeida¹

1 - Centro Hospitalar Universitário de São João

A disfagia é um sintoma raro de doença cardiovascular que pode decorrer da compressão extrínseca do esófago. Mulher, 77 anos, portadora de prótese biológica mitral (há 10 anos). Recorre ao Serviço de Urgência por vômitos de conteúdo alimentar e disfagia para líquidos e sólidos com mais de um mês de evolução. Realizada endoscopia digestiva alta que mostrou presença de impactação alimentar ao longo de todo o esófago (removido) e compressão extrínseca aos 44cm dos incisivos; TC torácico mostrou dilatação da aurícula com efeito compressivo sobre a metade distal do esófago; ecocardiograma transtorácico com fístula periprotésica. Sem indicação e condições cirúrgicas para colocação de prótese esofágica e correção cirúrgica, respetivamente.

IMI-248 - (4982) - AORTITE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO PARA O INTERNISTA

Isabel Monteiro¹; Cristina Silva²

1 - Hospital Pedro Hispano; 2 - Hospital de Guimarães

A clínica inespecífica e as múltiplas possíveis etiologias de aortite tornam este diagnóstico desafiante. Está associada a vasculite de grandes vasos, pode também surgir em contexto infeccioso, paraneoplásico, associada outras doenças imunomediadas ou de forma isolada idiopática.

Homem de 56 anos, sem antecedentes de relevo, iniciou quadro de dor abdominal com irradiação lombar e testicular com um mês de evolução. Diagnóstico de aneurisma da aorta abdominal de características inflamatórias com melhoria clínica e imagiológica sob corticoterapia (CCT). Após um ano, foi enviado à consulta de Medicina Interna após duas tentativas de suspensão de terapêutica falidas. Etiologia por esclarecer dado estudo inicial parco e atual limitado por CCT.

IMI-249 - (5012) - ESTUDO DE LESÕES DE ÓRGÃO-ALVO: UM ACHADO INESPERADO

Daniela Augusto¹; Mariana Jeremias Macedo¹; Inês Barbosa Leão¹; Telmo Borges Coelho¹

1 - ULSTMAD

A disseção aórtica define-se como a criação de um falso lúmen na parede da aorta, por rutura da íntima, com possível propagação distal e/ou proximal.

Homem de 47 anos, referenciado a consulta por HTA grau 3 em idade jovem, não controlada. Durante investigação de causas secundárias fez ecocardiograma que levantou a hipótese de disseção aórtica. Realizada tomografia computadorizada com diagnóstico incidental de disseção aórtica tipo B sem sinais de isquemia de vasos mesentéricos, com origem do verdadeiro lúmen. Após estabilização em internamento, mantém-se sob tratamento médico otimizado com valores tensionais controlados. Quando questionado, relembra episódio auto-limitado de dor lombar há 6 meses, na altura atribuído a cólica renal.

IMI-250 - (5020) - STRIDOR: AN UNUSUAL PRESENTATION

Mariana Silva¹; Francisca Sarmento²; Sara Sarmento²

1 - Hospital Santa Maria, ULSSM; 2 - Hospital Pulido Valente, ULSSM

A 78-year-old woman presents to the emergency department with severe respiratory distress and stridor after dinner. She had no improvement after nebulized adrenaline and videolaryngoscopy evaluation showed normal appearances of the larynx and vocal cords. She reported progressive dysphagia, postprandial fullness and sialorrhoea for the last few weeks. Computed tomography revealed exuberant esophageal dilatation, with markedly heterogeneous content and a bird-beak narrowing of the esophagogastric junction, leading to a significant reduction in the caliber of the middle third of the trachea. A diagnosis of achalasia was assumed, presenting with respiratory distress and stridor caused by trachea constriction secondary to extrinsic compression.

IMI-251 - (5039) - SEMIOLOGIA DA COR

Inês Ferreira Maia¹; Bruno Bonito¹; Anneke Joosten¹; Martinho Fernandes¹

1 - Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho - Hospital do Barreiro

O síndrome do saco coletor de urina roxo é uma entidade rara que ocorre predominantemente em mulheres cronicamente algaliadas e com infeção bacteriana do trato urinário por bactérias que produzem sulfatase ou fosfatase. Ocorre devido à presença de pigmentos de indigo e indirubina que precipitam e reagem com os materiais sintéticos da algália e do saco coletor. Apresentamos o caso de uma mulher de 85 anos, algaliada cronicamente que iniciou quando caracterizado por febre e confusão mental, tendo sido denotada a alteração da coloração da urina presente no saco coletor, com cor roxa. A urocultura que foi positiva para *Escherichia coli* e *Proteus mirabilis*. A coloração da urina normalizou após antibioterapia dirigida com Cotrimoxazol.

IMI-252 - (5041) - NA ROTA DOS QUISTOS: UM CASO DE NEUROCISTICERCOSE

Gonçalo Peres¹; Cláudia Andrade¹; Mariana Lessa Simões¹

1 - ULS Santa Maria

A Neurocisticercose é uma infecção do sistema nervoso central causada pela *Taenia solium*, manifestando-se sob as formas intra e extra-parenquimatosas. Desenvolve-se em 4 fases evolutivas, fase inicial (assintomática), fase inflamatória inicial, fase degenerativa e fase não-viável (lesões calcificadas).

Caso Clínico

Homem de 45 anos, natural de Angola, diagnosticado previamente com neurocisticercose parenquimatosa, admitido por crise convulsiva tónico-clónica generalizada secundária a lesões cerebrais em fase vesicular e lesões sequelares calcificadas visualizadas na TC e RM crânio-encefálica. Foi instituída corticoterapia, terapêutica antiparasitária com albendazol durante 14 dias e terapêutica anticomial, com subsequente melhoria.

IMI-253 - (5061) - SÍNDROME DE OGILVIE REFRATÁRIO

José Martins Dos Santos¹; Inês Quinteiro¹; Nina Jancar¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria

Introdução:

O síndrome de Ogilvie é uma condição rara caracterizada por distensão aguda do cólon, sem evidência de obstrução mecânica. Afeta principalmente doentes idosos e está associado a várias condições médicas e cirúrgicas.

Caso Clínico:

Homem, 81 anos, antecedentes de hipertensão, diabetes e demência vascular. Admitido por alteração do estado de consciência e dor abdominal. Ao exame objetivo com distensão abdominal e ruídos hidroaéreos metálicos. Analiticamente salientava-se subida dos parâmetros inflamatórios e hipocaliemia grave. Radiografia de abdómen e TC abdómino-pélvica documentaram distensão cólica, sem pontos de transição abrupta de calibre que sugerissem obstrução mecânica, sem melhoria após a correção da hipocaliemia.

IMI-254 - (5083) - VOLVO GASTRICO TORÁCICO

Fabio Pe D Arca Barbosa¹; Leticia Santos¹; Ana Patricia Pereira¹; Ines Domingues¹; Patricia Ramos Dos Santos¹; Vanda Spencer¹

1 - Hospital Garcia de Orta

Introdução: A hernia do hiato é uma patologia com uma que pode chegar aos 80%. Normalmente assintomáticas ou associadas a sintomas de refluxo gastro-esofagico, podem em casos raros estar associados a complicações como volvo gastrico, hemorragia ou dispneia.

Caso clínico: Mulher de 85 anos admitida por quadro de insuficiencia respiratória global e hiperlactacidemia a condicionar acidemia mista e necessidade de conexão a ventilador. Investigação etiológica demonstrou a presença de hernia gastrica trans-hiatal com volvo, a condicionar moldagem das estruturas mediastinicas e acentuada compressão auricular esquerda. A doente ficou internada não tendo sido possível reunir condições operatória favoráveis, culminando na morte.

IMI-255 - (5094) - CHAMEM O EXTERMINADOR, HÁ AQUI UMA INFESTAÇÃO!

Elisabete Dulce Mendes²; Rita Diz¹; João Morais Lopes¹; Micaela Sousa¹;
Helena Maurício¹

1 - ULS Nordeste; 2 - ULS Norte Alentejano

Apresentamos as imagens de um homem de 78 anos, com antecedentes de dislipidemia e hiperuricemia, que recorreu ao serviço de urgência por dispneia ligeira e cansaço agravado com 3 dias de evolução. Ao realizar radiografia torácica, foram encontrados sinais de cisticercose disseminada em toda a extensão corporal, tendo após anamnese mais dirigida lembrado que tinha feito tratamento para isso “há uns 20 anos”.

IMI-256 - (5096) - FENÔMENO DE RAYNAUD SECUNDÁRIO: MANIFESTAÇÃO PARANEOPLÁSICA INCOMUM: A PROPÓSITO DUM CASO CLÍNICO

Carlos Morido Nancassa¹; Adelaide Figueiredo¹; Tetiana Baiherych¹; Viktor Baiherych¹

1 - Hospital Distrital De Santarem

Introdução: O fenômeno de Raynaud (FR) é comum e afeta entre 3 e 5% da população, sendo mais frequente em mulheres. O diagnóstico é clínico.

Caso Clínico. Mulher, 52 anos, com antecedentes pessoais de linfoma difuso de grandes células B, tratada 1ª linha com R-CHOP. Recorreu ao Hospital Dia por dor intensa tipo queimadura nas mãos com área demarcada de palidez e acrocianose há 3 dias. Teve alta medicada com bloqueador de canal de cálcio e varfarina. Regressou 1 semana após alta com úlceras digitais grave e ficou internada para tratamento endovenoso com prostaciclina. O objetivo deste trabalho visa destacar atenção para FR secundário que podem cursar com complicações incluindo isquemia digital grave, gangrena, úlceras digitais e infeções.

PATROCÍNIOS

OURO



PRATA



BRONZE



OUTROS APOIOS



PATROCÍNIO CIENTÍFICO



ORDEM
DOS MÉDICOS