

17^o ENCONTRO DO NÚCLEO DE INTERNOS DE MEDICINA INTERNA

Everything, all at once! 2.0

**21-22
junho
2024**

Auditório
da Escola Superior
de Saúde do Politécnico
de Leiria



Imagem: Ad Médic



Programa

Comissão Organizadora

Presidente: Ricardo Ascenção (ULS da Região de Leiria)

Ana Rita Ramalho (ULS de Coimbra)

Beatriz Castro Silva (ULS de Loures-Odivelas)

Carlos Gonçalves (ULS do Alto Minho)

Filipa Rodrigues (ULS de Santo António Porto)

Filipe Alfaiate (ULS Alentejo Central)

Flávia Freitas (ULS de Barcelos/Esposende)

Comissão Científica

Presidente: Maria de Jesus Banza (ULS Região de Leiria)

Adélia Miragaia (ULS Região de Leiria)

Adriana Bandeira (ULS Região de Leiria)

Alcina Ponte (ULS Região de Leiria)

Amália Pereira (ULS Região de Leiria)

Ana Ponciano (ULS Região de Leiria)

Benham Moradi (ULS Região de Leiria)

Cátia Faria (ULS Região de Leiria)

Cláudia Antunes (ULS Região de Leiria)

Diana Fernandes (ULS Região de Leiria)

Joana Leite (ULS Região de Leiria)

Joana Monteiro (ULS Região de Leiria)

João Santos (ULS Região de Leiria)

Margarida Cerqueira (ULS Região de Leiria)

Miguel Pires (ULS Região de Leiria)

Patrícia Pereira (ULS Região de Leiria)

Pedro Tavares (ULS Região de Leiria)

Sónia Salgueiro (ULS Região de Leiria)

Tiago Seco (ULS Região de Leiria)

Vânia Rodrigues (ULS Região de Leiria)

Programa

Quinta-feira | 20 de junho 2024

Curso Pré-Encontro *Everything all at once: Insulinoterapia*

Sexta-feira | 21 de junho 2024

14:00h Abertura do Secretariado

14:30-15:00h **Apresentação de Posters 1**

E-Poster 1

POA 01 | POA 02 | POA 03 | POA 04 | POA 05

Moderador: Tiago Seco

E-Poster 2

POA 07 | POA 10 | POA 11 | POA 12 | POA 34 | POA 42

Moderadora: Margarida Cerqueira

15:00-16:00h **Sessão de Abertura**

16:00-17:30h **Sessão 1 Inteligência artificial ao serviço do internista**

Moderadora: Ana Ponciano (ULS Região de Leiria)

A inteligência artificial e a Medicina: Que oportunidades?

Bernardo Neves (Hospital da Luz de Lisboa)

Aplicações práticas da inteligência artificial ao serviço da Medicina Interna

Sandra Moreira (ULS Matosinhos)

Aplicabilidade clínica da inteligência artificial e outras ferramentas digitais na Medicina Interna

Andreia Carreira (TonicApp)

- 17:30-18:00h **Apresentação de Posters 2**
E-Poster 1
POA 13 | POA 14 | POA 16 | POA 17 | POA 18 | POA 19 | POA 20
Moderadora: Cátia Faria
E-Poster 2
POA 21 | POA 22 | POA 23 | POA 24 | POA 27 | POA 36 | POA 40
Moderadora: Adélia Miragaia
- 18:00h Fim das sessões do primeiro dia

Sábado | 22 de junho 2024

- 08:00h Abertura do Secretariado
- 08:30-09:00h **Apresentação de Posters 3**
E-Poster 1
POA 08 | POA 15 | POA 25 | POA 26 | POA 28
Moderadora: Joana Monteiro
E-Poster 2
POA 30 | POA 31 | POA 32 | POA 33 | POA 35
Moderadora: Vânia Rodrigues
- 09:00-10:30h **Sessão 2 A Nutrição e a Medicina Interna**
Moderador: João Santos (ULS Região de Leiria)
A perspetiva do nutricionista
Tiago Pina (ULS Região de Coimbra)
Quiz de casos clínicos
Patrícia Mendes (ULS Região de Coimbra)
Doente desnutrido no centro das decisões: Desafios e estratégias para uma intervenção nutricional eficaz
Mafalda Quelhas (Nestlé Health Science Portugal)

10:30-11:00h **Sessão 3 Novas tecnologias na abordagem da diabetes**
Joana Leite (ULS Região de Leiria)

11:00-11:30h Coffee break

11:30-13:00h **Sessão 4 O outro lado da imunidade**
Moderadora: Joana Monteiro (ULS Região de Leiria)

Síndromes autoinflamatórias

Raquel Faria (ULS Santo António)

Síndrome VEXAS simplificada

António Lamas (ULS Santo António)

Risco infeccioso e doença autoimune

Patrícia Pereira (ULS Região de Leiria)

13:00-14:30h Almoço

14:30-15:00h **Apresentação de Posters 4**

E-Poster 1

POA 37 | POA 38 | POA 39 | POA 41 | POA 43

Moderador: Benham Moradi

E-Poster 2

POA 45 | POA 46 | POA 47 | POA 48

Moderadora: Adriana Bandeira

15:00-16:30h **Sessão 5 Nódulos: E agora?**
Moderadora: Amália Pereira (ULS Região de Leiria)

Nódulos da tiroide

Nuno Bernardino Vieira (ULS do Algarve - Portimão)

Nódulos pulmonares

Ângela Cunha (ULS Região de Leiria)

Nódulos da suprarrenal

Inês Vieira (ULS Região de Coimbra)

16:30-16:45h Coffee break

16:45-17:45h **Sessão 6 Diabetes: Novas abordagens ao tratamento**

Moderadora: Diana Fernandes (ULS Região de Leiria)

Diabetes Mellitus, Insuficiência Cardíaca e Doença Renal Crónica

Pedro Tavares (ULS Região de Leiria)

Quiz de casos clínicos

Ricardo Louro (Grupo HPA Saúde)

17:45-18:15h **Sessão 7 Novas abordagens à obesidade e o papel do internista**

Joana Louro (ULS Oeste)

18:15-18:45h **Sessão de Encerramento**

Entrega de Prémios

Posters com Apresentação

POA 01

CÂNULA NASAL DE ALTO FLUXO COMO TERAPÊUTICA PALIATIVA NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA GRAVE.

Baltazar Oliveira; Daniel Veiga; Rita Calixto;
David Cunha Matias; Ana Rita Cardoso;
Maria Aurora Duarte
ULSMT

A Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF) é uma das ferramentas existentes de suporte respiratório não invasivo que pode administrar um débito elevado de oxigénio (até 60 L/minuto) com maior conforto para o doente devido à humidificação e aquecimento do ar corrente. É uma opção de tratamento indicada sobretudo para insuficiência respiratória tipo 1 (hipoxémica) mas também pode ser uma opção para doentes com insuficiência respiratória tipo 2 (hipercápnica).

Os autores apresentam o caso de um homem de 70 anos, autónomo, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica, síndrome de apneia obstrutiva do sono e obesidade. Foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) por pneumonia a SARS-CoV-2 grave a condicionar insuficiência respiratória tipo 1 grave com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Foi transferido à posteriori para a enfermaria de Medicina Interna com prognóstico infausto dependente de VNI 24h. Foi pedida colaboração à Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. Iniciado CNAF em enfermaria de Medicina Interna, fisioterapia respiratória, tendo sido possível descontinuar o VNI, permitindo maior colaboração do doente no processo de

fisioterapia sob CNAF, traduzindo-se em menor sofrimento físico e emocional referido pelo doente, com internamento longo, superior a 40 dias. À alta do Serviço de Medicina Interna apresentava capacidade funcional quase sobreponível à anterior ao internamento e sem necessidade de oxigénio suplementar. Este caso demonstra que a CNAF é uma mais-valia nas enfermarias de Medicina Interna, sendo uma ferramenta de suporte com ponte a cura ou suporte paliativo, proporcionando maior conforto ao doente. De salientar, que o seu uso em enfermaria de Medicina Interna permite diminuir o tempo de internamento em unidades de cuidados intermédios e intensivos, com os riscos inerentes aos mesmos.

POA 02

CORRELATION OF 2D SHEAR WAVE ELASTOGRAPHY AND TRANSIENT ELASTOGRAPHY: A HEAD-TO-HEAD COMPARISON

Filipa Macieira; Bruno Soares; Helena Greenfield;
Francisca Pinto Beires; Eduardo Eiras;
Verónica Guiomar; Filipe Andrade Teixeira
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Background: *Non-invasive tests are increasingly being used to improve the diagnosis and prognosis of chronic liver diseases across etiologies. Guidelines recommend elastography, but the correlation of transient elastography (TE) and two-dimensional shear wave elastography (2D SWE) is unknown.*

Aims: *The aim of this study is to evaluate the performance of 2D-SWE in patients with chronic liver disease and compare it to TE.*

Method: *This prospective cohort study included 191 consecutive patients. Trained clinicians performed 2D SWE (GE Logiq-E9) and TE (FibroScan 430 mini) on the same day under the same conditions, at a single hospital center in Portugal (Unidade Local de Saúde de Matosinhos) from December of 2022 until July of 2024.*

Results: *We analyzed 164 paired measurements. We excluded the patients whom at least one of the exams was invalid (IQR/med > 30%). Median age was 57 years (IQR 47-66). Median liver stiffness measurement (LSM) was 6.15 kPa (IQR 5-9) by TE and 7.00 kPa (IQR 6-9) by 2D SWE. There was weak correlation between the modalities ($r = 0.387$, $p < 0.01$).*

The area under the curve of 2D SWE for identifying of TE values below 10 was 0.84 (95% CI, 0.772-0.910) and for TE values above 15 kPa was 0.88 (95% CI, 0.802-0.956).

Conclusion: *Measurement of liver stiffness by TE or 2D SWE produces comparable results. 2D SWE accurately identifies patients with compensated advanced chronic liver disease (cACLD) according to the Baveno VI criteria based on TE cut-off values.*

POA 03

SÍNDROME DO DESAPARECIMENTO DO DUCTO BILIAR: RELATO DE CASO

Ana Filipa Martins; Rita Matos Sousa; Carla Ferreira; Cleide Oliveira; Inês Gonçalves; Rosa Carvalho; Joana Morais; Maria João Regadas; Carlos Capela
Hospital Braga

Introdução: Alterações na bioquímica e função hepática são frequentemente encontradas em doentes assintomáticos, tendo a sua análise um papel importante na deteção precoce de patologias hepáticas.

Caso clínico: Mulher de 66 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e asma alérgica, é encaminhada para consulta de medicina interna por padrão de colestase

hepática, com elevação sustentada da Gama GT (512U/L), acompanhada por ligeira elevação da fosfatase alcalina (184U/L). Refere ter suspenso totalmente o consumo de álcool e ter realizado temporariamente atorvastatina, com posterior indicação de suspensão pelo médico de família dadas alterações analíticas. Realizou ecocardiograma transtorácico e ecografia abdominal, ambos sem alterações. Optou-se por estudo analítico mais alargado, revelando hemograma normal, VS 35mm/h, função renal normal, elevação isolada da fosfatase alcalina e Gama GT, colesterol LDL 264mg/dl, triglicérides 175mg/dl, ANA positivo 1/80, ENA, AC anti músculo liso, AC antimitocondrial e AC anti LKM negativos, sorologias hepatite B, C, CMV, EBV negativas. Realizou ainda colangiRMN descrita como normal. Pela ausência de melhoria das alterações analíticas, realizou biópsia hepática que revelou ductopenia sem fibrose assinalável, sem evidência de colangite esclerosante. Perante estes resultados e evolução considerado o diagnóstico de provável Síndrome do desaparecimento do ducto biliar, idiopático ou possivelmente associado a fármacos (estatina).

Discussão: Estamos perante um padrão de colestase hepática com ANA positivos, tendo sido realizado estudo etiológico exaustivo e excluídas causas extra-hepáticas para estas alterações. A biópsia hepática revelou-se fundamental para o diagnóstico, uma vez que, até então, não foram observadas alterações nos exames de imagem devido à ausência de fibrose hepática. Após descartar outras causas de ductopenia, como patologias imunomediadas, infecciosas ou neoplásicas, só podemos associá-la ao início da terapia com estatina, podendo ter existido previamente lesão hepática assintomática.

Este caso destaca a importância de considerar esta causa rara e adquirida em doentes que apresentam colestase hepática persistente. Essa conscientização é fundamental

para garantir o diagnóstico precoce e a implementação de medidas terapêuticas adequadas, visando mitigar complicações futuras, como evolução para cirrose biliar.

POA 04

VÍRUS DA HEPATITE E – UM AGENTE A NÃO ESQUECER

Sara Silva Pereira; Paula Cerqueira; Sabina Azevedo; Carlos Gonçalves; André Calheiros; Marta Matos Pereira; Selmira Faraldo
ULSAM

Introdução: A infeção pelo vírus da hepatite E (VHE) é atualmente a principal causa de hepatite aguda de etiologia vírica a nível mundial. Apesar de classicamente associada a más condições de saneamento em países em desenvolvimento, tem sido registado um aumento da sua incidência em países desenvolvidos. **Caso clínico:** Homem de 48 anos, sem antecedentes médicos ou medicação habitual. Enviado à consulta de Medicina Interna pelos Cuidados de Saúde Primários, por hiperferritinemia. O doente encontrava-se assintomático e sem alterações ao exame físico. Era portador de resultados de estudo analítico (ferritina 809mg/dL, índice de saturação de transferrina 38%, e enzimas de biologia hepática normais) e ecografia abdominal (sem alterações). Foi pedido estudo analítico complementar para estudo de hiperferritinemia, colhido duas semanas após a consulta. Ao observar estes resultados analíticos, verificado aumento agudo marcado das aminotransferases e ferritina: AST 599U/L, ALT 1183U/L, Ferritina 7769mg/dL. As serologias de VIH/VHB/VHC/CMV/EBV foram negativas, assim como o estudo de autoimunidade. O estudo de mutações genéticas associadas à hemocromatose relevou uma heterozigotia do gene H63D, conferindo ao doente uma predisposição à sobrecarga secundária de ferro. Haviam passado duas semanas desde a data de colheita das análises. Por hepatite

aguda, o doente foi orientado para avaliação no Serviço de Urgência (SU). Negou qualquer sintoma, consumo de álcool ou outros hepatotóxicos, comportamentos sexuais de risco e consumo de águas não controladas. Não apresentava alterações ao exame físico. Repetiu estudo analítico, com franca melhoria das alterações (AST 58U/L, ALT 215U/L, Ferritina 1243mg/dL) e sem hiperbilirrubinemia ou coagulopatia. Realizou TC abdominal com angiografia (sem alterações) e serologias IgG e IgM do vírus da hepatite A (negativas). Teve alta do SU após recomendações gerais. Foi reavaliado uma semana mais tarde, e após colheita de uma história clínica mais detalhada, o doente referiu prática de caça ao javali selvagem e consumo da sua carne crua/mal cozida. Foram pedidas serologias de VHE, que foram positivas (IgG e IgM), assumindo-se o diagnóstico de hepatite E aguda. O restante estudo microbiológico (Toxoplasma, Leptospira, Rickettsia) foi negativo. O doente manteve-se assintomático e teve normalização das alterações das enzimas de biologia hepática, assim como melhoria progressiva da ferritinemia (752mg/dL na última avaliação).

Discussão: A infeção pelo VHE, contraída através do consumo de água ou carne de porco, javali ou veado contaminadas, apresenta incidência crescente nos países desenvolvidos. A hepatite pelo VHE é frequentemente assintomática e auto-limitada, mas em determinadas populações (grávidas, imunocomprometidos e doentes com doença hepática crónica) pode evoluir para falência hepática aguda ou hepatite crónica. O seu tratamento é de suporte, não havendo terapêuticas dirigidas aprovadas. Considerando a incidência atual da hepatite E em Portugal e o seu risco de evolução para doença grave, devemos manter um baixo limiar de suspeição diagnóstica e pesquisar precocemente a infeção por VHE, como parte do estudo de primeira linha, em todos os casos de hepatite aguda.

POA 05

FINDING DORY: UMA JORNADA DE AMNÉSIA À DESCOBERTA DA ENCEFALITE LÍMBICA NA SÍNDROME DE SJÖGREN

Mariana Leao; Manuel Xavier; Rafael Oliveira; Tânia Gaspar; Joana Louro; Rosa Amorim
Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Introdução: A encefalite límbica é uma manifestação rara da Síndrome de Sjögren primária (SSj) e suas características e prognóstico ainda são pouco conhecidos. Clinicamente, apresenta-se como uma disfunção neurológica debilitante, caracterizada por uma encefalopatia rapidamente progressiva causada pela inflamação do cérebro.

Caso clínico: Um paciente do sexo masculino, 51 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, com histórico de consumo moderado de álcool e uso ocasional de cocaína, foi admitido no serviço de urgência com um quadro confusional subagudo associado a amnésia anterógrada. Na anamnese, destacam-se queixas de xerofthalmia, sem outras alterações relevantes. Os exames revelaram uma punção lombar com estudo citoquímico dentro dos valores de referência, ressonância magnética que mostrou lesões bilaterais simétricas no sistema límbico e um eletroencefalograma com disfunção encefálica difusa. Causas infecciosas e paraneoplásicas foram excluídas em estudos complementares. O estudo imunológico revelou titulação de anticorpos antinucleares (ANA) de 1:620 com padrão mosqueado, anti-SSA de 240 IU/mL, anti-SSB de 188IU/mL e anticorpos antineuronais negativos. A cintigrafia das glândulas salivares demonstrou redução de captação de radiofármaco e um teste de Schirmer positivo no olho esquerdo. O paciente iniciou um ciclo de imunoglobulinas, seguido por um ciclo de corticoterapia, o que resultou na resolução do estado confusional e na melhoria das queixas mnésicas.

Discussão: A encefalite límbica é uma condição rara, porém importante, que deve ser investigada e diagnosticada precocemente, uma vez que sua progressão pode levar a incapacidade e sequelas irreversíveis. A SSj, apesar de ser uma causa pouco comum, deve ser considerada no estudo etiológico da encefalite límbica.

POA 07

COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA – DIAGNÓSTICO INESPERADO EM DOENTE COM ESCLEROSE SISTÊMICA

Marta Soares Moreira¹; Catarina Faisca Moreira²; Ana Luísa Nunes¹; Vasco Barreto¹
¹Hosp. Pedro Hispano; ²IPO Porto

Introdução: A esclerose sistémica (ES) é uma doença do tecido conjuntivo que se caracteriza por fibrose, vasculopatia e alterações imunológicas. Difere da esclerodermia, por atingimento adicional de outros órgãos, para além da pele. Classifica-se como localizada, difusa ou sistémica sem atingimento cutâneo. A ES pode estar associada a outras doenças autoimunes, destacando-se o hipertireoidismo autoimune e a colangite biliar primária. A associação com a colangite esclerosante primária (CEP) é rara e está escassamente descrita na literatura.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 72 anos, com antecedentes de doença do refluxo gastroesofágico e esófago de Barrett com mais de 10 anos de evolução, encaminhada para a consulta de Medicina Interna por fenómeno de Raynaud e úlceras digitais. Ao exame objetivo, com pitting scars digitais, puffy fingers e espessamento cutâneo do dorso das mãos e do dorso dos dedos das mãos (Rodnan score 6). Do estudo efetuado, com anticorpos antinucleares 1:640 (padrão centrómero) e anticorpo anticentrómero positivo (>240 U/mL). Capilaroscopia com padrão esclerodérmico. Os achados clínicos e analíticos permitiram o diagnóstico de esclerose sistémica. Iniciou nifedipina 30mg id e esomepra-

zol 40mg id, com controlo sintomático.

Salienta-se ainda, do estudo analítico efetuado inicialmente, alteração da enzimologia hepática (AST 64 U/L 2xLSN, ALT 39U/L, AST/ALT 1,64, GGT 1,6xLSN, com hiperbilirrubinémia mista associada), que se verificou estar presente, de forma flutuante, nos últimos 2 anos. Neste sentido, solicitados anticorpos de doença autoimune hepática, que foram negativos, bem como ecografia abdominal, que evidenciou fígado de contornos lobulados e heterogéneo mas sem alteração das vias biliares. Progredido estudo com colangiorensonância, que confirmou o diagnóstico de CEP, dada documentação de estenose luminal irregular das vias biliares intrahepáticas centrais. Instituído ácido ursodesoxicólico 15mg/kg/dia, com normalização das alterações hepáticas analíticas, após 2 meses de follow-up.

Discussão: A ES é uma doença crónica com atingimento de múltiplos órgãos e sistemas, na qual predominam alterações vasculares e fibrose, com conseqüente esclerose dos tecidos. A CEP, por outro lado, caracteriza-se por fibrose das vias biliares, intra e extrahepáticas, podendo resultar em estenose e obstrução dos ductos biliares. A associação entre estas duas entidades não está totalmente esclarecida. Alguns estudos apontam para alterações imunológicas, como por exemplo uma elevação da Il-8. Outros autores defendem a semelhança do tipo de complexo de histocompatibilidade major presente em ambas as doenças, especialmente no HLA DR3. Outra hipótese equacionada, relaciona a alteração do tecido conjuntivo na ES, como sendo um dos principais fatores para a deposição anormal de colágeno nas vias biliares, contraindo para a etiologia da CEP.

POA 08

DOENÇA ANTI-MEMBRANA BASAL GLOMERULAR – UM DIAGNÓSTICO RARO

Catarina Castelo Maia; João Paulo Rocha;
Henrique Ferreira Cardoso; Teresa Antunes;
Jorge Almeida

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A doença anti-membrana basal glomerular (anti-MBG) é uma vasculite de pequenos vasos que afeta os capilares glomerulares e/ou pulmonares, resultante da deposição de anticorpos anti-MBG na membrana basal. Esta agressão imunológica pode resultar em lesão renal rapidamente progressiva e/ou hemorragia alveolar. É uma entidade clínica rara, com uma incidência anual de 0.5-1 caso/1000000 pessoas, exigindo elevada suspeição clínica para o diagnóstico atempado e início precoce de tratamento.

Caso clínico: Mulher, 83 anos. Antecedentes de hipertensão arterial controlada com IECA, e doença renal crónica em estágio G4A2 (creatinina basal 1.4mg/dL). Admitida no serviço de urgência (SU) por melenas e oligúria nos últimos 3 dias. Desde há cerca de 1 mês, com astenia, anorexia, perda ponderal involuntária, edema bimaleolar e periorbitário, assim como câibras frequentes. No SU, hemodinamicamente estável, com melenas objetivadas. Analiticamente com anemia (Hb 6.6 g/dL), sem trombocitopenia, com agravamento da função renal (Cr 24 mg/dL, Ureia 483 mg/dL) e hipercalémia (K 8.7 mEq/L). Gassimetria arterial com acidemia metabólica (pH 7.13, pCO2 17 mmHg, pO2 119 mmHg, HCO3 5.7 mmol/L, lactato 0.4 mmol/L). Exame sumário de urina com leucocitúria e eritrocitúria, com razão albumina-creatinina 1.3g/g. Realizou angioTC abdomino-pélvico com exclusão de catástrofe vascular ou obstrução do trato urinário. Fez suporte transfusional e realizou endoscopia digestiva alta com documentação de úlceras duodenais Forrest IIc e

III. Iniciou terapêutica substitutiva da função renal (TSFR) no SU e foi internada para estudo adicional. Do estudo efetuado, a destacar ANA positivo (1/640 padrão nucleolar), dsDNA negativo, sem consumo de complemento, ANCA negativo e anticorpos anti-MBG elevados (333 U/mL). Realizou biópsia renal que descreveu glomerulonefrite crescêntica, compatível com doença anti-membrana basal com envolvimento renal. TC tórax sem evidência de atingimento pulmonar. Manteve-se sem recuperação da função renal no internamento, e face à apresentação com necessidade de indução dialítica e ausência de atingimento pulmonar, decidido não iniciar imunossupressão ou plasmáfese. Fez também colonoscopia, com evidência de angiectasias cólicas - prováveis episódios de hemorragia digestiva associados a coagulopatia urêmica. **Discussão:** Apesar de rara, a doença anti-MBG deve ser ativamente procurada em todos os doentes com síndrome nefrítico. O seu rápido diagnóstico é fundamental para o início precoce de tratamento, que é o principal determinante do prognóstico renal. No caso concreto de doentes que se apresentem com necessidade imediata de início de TSFR, raramente ocorre recuperação da função renal, pelo que na ausência de atingimento pulmonar o benefício da imunossupressão é baixo, o que também foi suportado pelos achados na biópsia renal.

POA 10

ENCEFALITE AUTOIMUNE – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Cecília Moreira; Isabel C. Graça; Carolina Cerqueira; Sara Duarte Ribeiro

Medicina - ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Introdução: A encefalite autoimune corresponde à inflamação progressiva do cérebro, com instalação de semanas a meses, associada a anticorpos contra proteínas de superfície celular/sinápticas neuronais ou proteínas neuronais intracelulares. A forma de apresen-

tação é variável e inclui sintomas como alterações cognitivas e comportamentais, crises epiléticas, sintomas extrapiramidais. É imperativo realizar rastreio de neoplasia oculta pela associação significativa com malignidade subjacente.

Caso clínico: Homem de 93 anos, previamente autónomo, portador de pacemaker (PM) por BAV, sem outros antecedentes de relevo, apresenta quadro de delírio persecutório em agravamento progressivo há 6 meses, com heteroagressividade. Na semana que antecede a admissão com flutuação do estado de consciência. Sem história de infeção recente ou febre. Ao exame neurológico com episódios paroxísticos, estereotipados de perturbação da consciência, automatismos orais e manuais. TC CE mostrou lesão vascular sequelar estriatocapsular anterior esquerda. Sem possibilidade de realizar RM-CE por incompatibilidade do PM. Punção lombar com 0 células, sem consumo de glicose e sem elevação das proteínas. EEG com lentificação focal temporal bilateral e atividade paroxística temporal esquerda. Estudo analítico sistémico (incluindo autoimune) negativo; anticorpo anti-GAD65 ligeiramente positivo no soro, por técnica de imunoblotting, não confirmado por imunofluorescência indireta. Tendo em conta as manifestações clínicas e exclusão de outras entidades, foi assumido quadro encefalite autoimune. Para exclusão de neoplasia oculta realizou TC TAP e PET que não mostraram alterações significativas. PSA normal. Para gestão de crises epiléticas iniciou terapêutica com múltiplos fármacos, com resposta subótima: levetiracetam, valproato de sódio, lacosamida e clobazam. Paralelamente iniciou pulsos de metilprednisolona (1gr/dia) e imunoglobulina humana (2gr/Kg). Melhoria não sustentada, com persistência de crises de natureza epilética a condicionar importantes flutuações da vigília. Escalada terapêutica para rituximab (1000mg), com resposta inicial favo-

rável, seguida de declínio clínico posterior, que culminou em óbito 3 meses após o diagnóstico. **Conclusão:** Pela pluralidade de manifestações, a encefalite autoimune representa um desafio diagnóstico, particularmente quando não é possível a execução de todos os exames disponíveis como a RM CE e quando o estudo de anticorpos associados não é conclusivo. Assim, é imperativa uma suspeição diagnóstica baseada na clínica e na devida exclusão de diagnósticos diferenciais já que a instituição precoce de tratamento se associa a um melhor prognóstico. O atraso no diagnóstico e tratamento pode conduzir a estado de mal epilético, sequelas cognitivas, comportamentais e epilepsia autoimune. A terapêutica de primeira linha inclui corticosteroides, imunoglobulinas e plasmaférese. Em caso de refratariedade, deve ser considerado tratamento com rituximab e ciclofosfamida.

POA 11

SÍNDROME DE ANTON: O CEGO QUE AFIRMA VER

Inês Araújo Ferreira; Nereida Monteiro; Rafael Freitas; Sara Pereira; Sabina Belchior; Paula Cerqueira; Raquel Costa; Amanda Rey; Paula Brandão
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital Conde de Bertandos

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 apresentava hemianopsia bilateral completa, reflexo fotomotor presente, ausência de reflexo ocular à ameaça bilateral, sem limitação da oculomotricidade e sem outros défices objetivados. 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 angiopatia 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 de Medicina Interna, na qual, 4 meses depois, se verificou recuperação parcial da visão. **Discussão:** 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. 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.

PANCREATITE AGUDA A HIPERTRIGLICERIDEMIA

Ana Santos Costa; Alice Figueiredo; Joana Simões;
Pedro Freitas; Pedro Carreira; Eugénio Dias;
Susana Marques; Ermelinda Pedroso
Centro Hospitalar de Setúbal

A pancreatite aguda (PA) de etiologia por hipertrigliceridemia é rara. O seu diagnóstico tem de ter 2 dos seguintes critérios: Lipase/Amilase > 3 vezes o valor referência, história sugestiva, alterações imagiológicas sugestivas; associados a triglicérides > 500-1000mg/dl e ausência de outras causas. Na fase aguda o tratamento passa por terapêutica de suporte e perfusão de insulina regular e/ou plasmafereze, sendo o objetivo o valor de triglicérides < 500mg/dl. O prognóstico é variável sendo a aplicação dos scores de gravidade fundamentais na tomada de decisões quanto ao tratamento. Apresentamos de seguida 2 casos clínicos de doentes que estiveram internados na Unidade de Cuidados Intermediários (UCIM) do Serviço de Medicina Interna. Homem, 57 anos, autónomo, com hábitos de ingestão diária de 84 gramas de álcool, negando outros antecedentes e medicação habitual. Dirigiu-se ao serviço de urgência por dor abdominal em cinturão com 3 dias de evolução, sem outros sinais/sintomas associados. Ao exame objetivo abdómen doloroso à palpação superficial dos quadrantes abdominais superiores; analiticamente destacamos amilase 588 U/L e lipase 979 U/L, GGT 330 U/L, não se conseguiu dosear o AST (soro lipémico), colesterol total 343 mg/dl, triglicérides 1264 mg/dl, glicémia 433 mg/dl; na ecografia abdominal com hepatomegalia com provável esteatose hepática, sem evidência de litíase vesicular. Assumiu-se o diagnóstico de PA ligeira com 2 critérios de Ranson (idade + hiperglicémia). Foi transferido para a UCIM e iniciou insulina regular endovenosa. Mante-

ve-se sempre clínica e hemodinamicamente estável, atingindo triglicérides < 500 mg/dl ao fim de 4 dias de perfusão.

Mulher de 36 anos, autónoma, com antecedentes de asma controlada, com medicação inalatória em SOS. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal epigástrica com 4 dias de evolução, negando hábitos alcoólicos. Ao exame objetivo abdómen com dor no flanco esquerdo, sem dor à descompressão; analiticamente Leucocitose 16600/uL com neutrofilia; amilase e lipase dentro dos valores de referência, coagulação não doseável por hiperlipidémia, colesterol total 414 mg/dl, triglicérides 2554 mg/dl, LDL 99 U/L; na tomografia computadorizada abdominal hepatomegalia, lâmina de densificação de gordura na cauda e corpo (distal) do pâncreas e raiz mesentérica com pequenos elementos ganglionares locais, sugestivos de inflamação. Assumiu-se o diagnóstico de PA ligeira com 1 critério de Ranson (Leucocitose), de etiologia hipertrigliceridémica. Foi transferida para a UCIM e iniciou insulina regular endovenosa. Manteve-se sempre clínica e hemodinamicamente estável, atingindo triglicérides < 500 mg/dl ao fim de 3 dias de perfusão.

Ambos os doentes progrediram na dieta com tolerância; e iniciaram terapêutica com estatina e fenofibrato. Posteriormente foram transferidos para a enfermaria do Serviço de Gastrenterologia, de onde tiveram alta referenciados à consulta externa.

A mortalidade global por PA tem diminuído significativamente nas últimas décadas, embora, nos casos severos/críticos se tenha mantido elevada. A hipertrigliceridémia é a causa menos frequente de PA, no entanto deve sempre suspeitar-se e iniciar terapêutica precoce, para que o prognóstico seja mais favorável. Após um episódio os doentes devem adotar medidas preventivas com dieta hipolipídica e abstenção de álcool, e medicação com estatinas e fenofibrato.

POA 13

INSUFICIÊNCIA ADRENAL ASSOCIADA AO PEMBROLIZUMAB – UM EFEITO RARO

Ana Sofia Tavares, Mónica Teixeira, Anabela Giestas, Heloísa Ribeiro

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga (CHEDV)

Introdução: Pembrolizumab é um anticorpo monoclonal aprovado para o tratamento de várias doenças malignas e que se associa a diversos efeitos colaterais, entre os quais insuficiência adrenal (IA) primária ou secundária por hipofisite, que ocorrerá em menos de 1% dos doentes. Apresenta-se o caso clínico de uma doente com adenocarcinoma do endométrio em tratamento paliativo com pembrolizumab, que desenvolveu IA secundária.

Caso clínico: Mulher de 67 anos com atrofia muscular espinhal/neuropatia motora hereditária distal, síndrome depressiva, hipertensão arterial, dislipidemia e adenocarcinoma do endométrio diagnosticado em 2017 e medicado desde 10/2022 com pembrolizumab. Foi diagnosticada em 01/2023 com hipotireoidismo secundário a este fármaco. Da medicação habitual destaca-se candesartan 8 mg e levotiroxina 0.1 mg. Trata-se de uma doente com vindas ao SU por episódios de hipoglicemia, que deu novamente entrada por desorientação e agitação. Foi documentada hipoglicemia (45 mg/dL), que se corrigiu com normalização do comportamento. Referia agravamento do estado geral a condicionar aletuamento com incapacidade para se alimentar sozinha nas últimas 3 semanas, anorexia, náuseas e vômitos. Ainda no SU, sob fluidoterapia com glucose evoluiu com novo episódio de hipoglicemia e hipotensão (PA 60/35 mmHg), que normalizou com reforço de fluidoterapia. Analiticamente, na admissão, salienta-se Na 131 mmol/L, K+ 4.7 mmol/L, TSH 17.94 µUI/mL, T4L 12.8 pmol/L, sem outras alterações de relevo. Realizou TC cerebral e abdominal com descarte de lesões secundárias. Levan-

tada hipótese de IA, foi internada sob corticoterapia. Do estudo complementar efetuado reporta-se: renina, atividade plasmática da renina e aldosterona normais; cortisol manhã baixo <27.6 nmol/L com ACTH baixo 1.85 pg/mL; prolactina ligeiramente aumentada 32.14 ng/mL, hormona de crescimento normal, LH e FSH compatíveis com menopausa. Considerado sem benefício em realizar RMN cerebral dada a ausência de impacto na estratégia para a doente e TC normal. Atendendo aos resultados concluiu-se por IA secundária a hipofisite associada ao pembrolizumab.

A doente evoluiu com normalização do perfil glicémico, do perfil tensional e recuperação do seu estado basal com independência para as atividades diárias, encontrando-se à data de alta sob corticoterapia oral, em redução de dose. Foi optado por suspender pembrolizumab por efeito adverso grave.

Discussão: Este caso clínico destaca a importância da vigilância ativa nos doentes a realizar pembrolizumab. A apresentação clínica desta complicação pode ser variada e incluir sintomas inespecíficos, pelo que o seu reconhecimento e tratamento precoce com glicocorticoides é muito importante para evitar a precipitação de crise adrenal, que pode causar hipotensão grave e levar à morte se não for reconhecida.

POA 14

QUANDO A DIARREIA É UMA DOENÇA DA CABEÇA – PROLACTINOMA ASSOCIADO A SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL

Henrique Cerveira; Daniela Olívia Gomes; Tiago Ventura; Natalia Buruian; Jorge Almeida; Marta Valentim
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A prolactina (PRL) é uma hormona hipofisária associada maioritariamente à lactação e reprodução, podendo surgir aumentada como consequência do crescimento tumoral da hipófise. Os prolactinomas representam 60% dos tumores pituitários primários

com relevância clínica, sendo o diagnóstico geralmente obtido pela combinação da clínica (tipicamente marcada por redução da libido, disfunção erétil, galactorreia, desregulação menstrual e infertilidade) com a evidência de níveis aumentados de PRL e confirmação imagiológica por ressonância magnética (RM) da hipófise. Estudos recentes sugerem um papel indireto da PRL na regulação intestinal por interação com neuropéptidos, sugerindo associação da hiperprolactinemia à síndrome do intestino irritável (SII) através de mecanismos ainda mal compreendidos.

Caso clínico: Mulher, 32 anos, com diagnóstico de SII desde há 12 anos, tendo realizado múltiplos estudos endoscópicos sem achados de relevo e com biópsias negativas. Surge em consulta de Medicina Interna por persistência de diarreia 2 a 3 vezes/mês apesar das medidas dietéticas instituídas, apurando-se ainda história de cefaleia hemicraniana episódica com fotofobia e lacrimejo em tratamento com naproxeno. Alargou-se o estudo de diarreia além do estudo endoscópico já realizado, com parâmetros analíticos sem alterações, painel de autoimunidade, endócrino, exame bacteriológico e parasitológico das fezes negativos e calprotectina fecal normal. Contudo, com aumento dos níveis de prolactina sérica (60.3 ng/mL) sem alteração dos restantes eixos hipofisários. Excluíram-se: gravidez, toma de fármacos antagonistas de dopamina e insuficiências renal ou hepática como potenciais causas de hiperprolactinemia. Avançou-se no estudo com RM da região hipofisária, observando-se sela turca ampla e com infradesniveamento do seu pavimento à direita, ocupada por lesão com 7.5 mm de altura máxima, com hipersinal em T2, sinal heterogénio em T1 e hipocaptação do produto de contraste, compatível com microadenoma hipofisário. Assim, por suspeita de quadro de diarreia secundário a microprolactinoma em doente sem hipogonadismo e sem galactorreia, foi

encaminhada para consulta de Endocrinologia para orientação terapêutica.

Conclusão: Apresenta-se um caso de microprolactinoma a condicionar quadro atípico de diarreia crónica recorrente em doente sem outras manifestações comuns de hiperprolactinemia como galactorreia e desregulação menstrual, pelo que o quadro foi interpretado como parte do SII até se alargar o estudo, com identificação do adenoma hipofisário. Pretende-se alertar para a possível associação entre a hiperprolactinemia e o SII, de forma a motivar a exclusão deste diagnóstico em casos de diarreia crónica refratária às medidas convencionais, para melhor orientação de forma atempada.

POA 15

UM CASO HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO COMPLICADO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E LITÍASE RENAL OBSTRUTIVA

Catarina Moreira¹; Ana Costa²; Vasco Barreto²; Cláudia Nogueira²; Daniela Macedo Alves²; André Cardoso²

¹Instituto Português de Oncologia do Porto; ²ULS Matosinhos-Hospital Pedro Hispano

Introdução: O hiperparatiroidismo é uma doença endócrina que se caracteriza pela produção elevada da paratormona (PTH) que é produzida nas glândulas paratiroideias. Este pode ser primário, secundário ou terciário. No caso do hiperparatiroidismo primário (HPTP) ocorre aumento da produção da PTH por alteração da glândula em si, como por exemplo por adenoma (o mais frequente), hiperplasia ou carcinoma.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 54 anos, com antecedentes de hipertensão arterial (HTA), bloqueio AV de 1º grau, hipovitaminose D e bacteriúria assintomática por E.coli, foi enviada à consulta de Medicina Interna, em 06/2023, por astenia com 6 meses de evolução, TA sistólica de 150mmHg, elevação da PTH (165.5pg/mL) e hipercalcémia (11.1mg/dL). Colocou-se a hipótese de hiper-

paratiroidismo primário e iniciou estudo, confirmando-se aumento de PTH e evidência de calciúria (594mg/24h). Realizou ecografia renal com presença de litíase renal (cálculo de 11mm de diâmetro à esquerda, semi-obstrutivo) e densitometria óssea que demonstrou osteopenia do antebraço esquerdo (Z score -0.2), sem história de fraturas. Após confirmação do diagnóstico e evidência de complicações, realizou como exames de localização ecografia cervical que revelou, na vertente posterior do polo superior do lobo esquerdo, formação nodular hipoecogénica de contornos lobulados sugestiva de adenoma da paratiroide, e cintigrafia com ^{99m}Tc-Sestamibi com localização concordante. Foi encaminhada para consulta de Endocrinologia, discutido o caso em consulta Multidisciplinar de Hiperparatiroidismo e consulta de Urologia. Foi decidido tratamento cirúrgico e avaliada em consulta de Cirurgia Endócrina. Antes de ser intervencionada teve uma intercorrência hospitalar a 18/12/2023 por cólica renal, tratada com medidas sintomáticas nesse momento. Submetida a paratiroidectomia uniglandular esquerda, com critérios de cura segundo os critérios de Miami (PTH na indução 88.6pg/mL, 22.8pg/mL aos 10 minutos e 15.8pg/mL aos 20 minutos pós-paratiroidectomia), sem intercorrências no pós-operatório. Um mês após a cirurgia apresentava valores de PTH e cálcio sérico normais. Do ponto de vista urológico, foi proposta para realização de fragmentação a laser de cálculo renal por cirurgia intra-renal retrógrada, que aguarda.

Discussão: O HPTP manifesta-se muitas vezes de forma silenciosa, sendo identificado através de alterações analíticas em estudos de rotina, como hipercalcemia e aumento da PTH, ou aquando do estudo de diminuição de massa óssea. Ao contrário do mais frequente, neste caso clínico o hiperparatiroidismo apresenta-se com manifestações clínicas significativas, nomeadamente astenia, HTA e

cólica renal por cálculos obstrutivos significativos (apenas em 15-20%), alterações estas que antevêm a necessidade de intervenção cirúrgica, motivo pelo qual é importante estarmos alerta para esta entidade, sendo fundamental a multidisciplinaridade no estudo e tratamento destes doentes.

POA 16

INSUFICIÊNCIA PRIMÁRIA DA SUPRA-RENAL: A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Catarina Alves; Nuno Melo; Jorge Almeida;
Mariana Lobo; Tiago Valente
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A insuficiência da supra-renal caracteriza-se por uma deficiência absoluta ou relativa da produção de cortisol. Os sintomas são inespecíficos o que pode dificultar o diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 63 anos com história de diabetes mellitus tipo 2 insulinotratada e com mau controlo com atingimento microvascular (polineuropatia) e história de epilepsia parcial criptogénica. Trazida ao serviço de Urgência (SU) por astenia, perda de apetite e cefaleia frontal/parietal com vários dias de evolução. No exame objetivo da admissão hipotensa (90/58mmHg), normocardia (90bpm), apirética e com boas saturações periféricas em ar ambiente (97%). Do estudo no SU apresentava acidose metabólica sem acidemia na gasimetria e analiticamente elevação de marcadores inflamatórios (PCR 153 mg/L), disfunção renal aguda (ureia 87 mg/dL; creatinina 1,55 mg/dL), hiponatremia e hipercalemia (Na⁺ 125mmol/L K⁺ 6.6mmol/L) associada a ondas T apiculadas no eletrocardiograma. Efetuou correcção de hipercalemia. Internada na enfermaria de Medicina Interna. Admitida lesão renal aguda pré-renal (baixo aporte nos dias anteriores) e face à desproporção de distúrbios iónicos face a grau de disfunção renal e história de diabetes de longa data, suspeita inicial de hipoaldosteronismo hiporreninémico.

co. Apesar de correção de lesão renal aguda, manteve hiponatremia ligeira e hipercalemia de difícil controlo, a que se associava perfil tensional baixo e glicemias bem controladas com 6 unidades (U) de insulina numa doente que previamente fazia 50+50 U; constatado ainda hiperpigmentação cutânea que a doente dizia ser de aparecimento recente e internamento prévio 5 meses antes com os mesmos sintomas e distúrbios iónicos. Pedido doseamento de cortisol e hormona adrenocorticotrófica (ACTH) pela possibilidade de insuficiência da supra-renal: ACTH francamente elevada e cortisol sérico matinal no limite inferior do normal sendo a aldosterona baixa. Estabelecido o diagnóstico de insuficiência da supra-renal primária e iniciou hidrocortisona. Quanto à etiologia - tomografia computadorizada abdominal com calcificação da suprarrenal esquerda, sem alterações na direita e estudo autoimune negativo. Evoluiu com melhoria das queixas, normalização do perfil tensional e distúrbios iónicos.

Discussão: A insuficiência da supra-renal não tratada pode potencialmente ser fatal pelo que é um diagnóstico diferencial a ter em conta em doentes com queixas inespecíficas, hipotensão e hiponatremia com ou sem hipercalemia.

POA 17

ACIDOSE LÁCTICA ASSOCIADA À METFORMINA – PARTICULARIDADES DA GESTÃO DE UMA ENTIDADE RARA

Catarina Reis; João Gomes; Paula Ferraz; Ana Lopes; Ana Luísa Rodrigues; Maria João Oura; Carlos Grijó; Isabel Camões; Jorge Almeida
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A acidose láctica associada à metformina (MALA) constitui um efeito adverso raro, com elevada taxa de mortalidade e que requer alto índice de suspeição. Ocorre em doentes com disfunção renal, funcionando como precipitante de lesão renal aguda e sobredosagem acidental. O diagnóstico e

instituição de terapêutica precoces em casos de MALA são essenciais para uma evolução clínica favorável.

Caso clínico: Homem de 73 anos, antecedentes relevantes de diabetes mellitus tipo 2 sob metformina 1000mg bid, dislipidemia, hipertensão arterial e DRC estadio G3aA2. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de dor abdominal, vômitos e prostração com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo, TA 104/62 mmHg, FC 120 bpm, apirético, prostrado, mucosas descoradas e desidratadas. Gasimetria arterial com acidemia metabólica com gap aniónico e lactatos aumentados (pH 6.8, pCO₂ 10 mmol/L, HCO₃⁻ 3 mmol/L, lactatos 18.9 mmol/L). Analiticamente com anemia microcítica e hipocrômica, agravamento da função renal (Cr 11,6 mg/dL), hipercalemia (7,8 mEq/L). Assumido quadro de MALA tendo sido admitido na Unidade de Cuidados Intensivos. Necessidade de intubação orotraqueal, ressuscitação volêmica, suporte aminérgico e hemodiafiltração veno-venosa contínua por 72 horas. Evolução clínica e analítica favorável com as medidas instituídas – correção do desequilíbrio ácido-base, com recuperação de diurese espontânea e dos valores de função renal para o seu basal.

Conclusão: Destacam-se as técnicas de substituição da função renal que podem eficazmente remover o fármaco e melhorar o prognóstico. Ainda de salientar a necessidade de revisão adequada das contraindicações para o uso de um dos fármacos mais comumente utilizados em doentes diabéticos, bem como a necessidade da sua suspensão em contexto de intercorrência aguda.

POA 18

HIPERTENSÃO ARTERIAL SECUNDÁRIA A CONTRACETIVOS ORAIS COMBINADOS: IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Bárbara Cristina Paracana de Oliveira; Jéssica Krowicki;
Alexandre Castro Lopes; Mariana Sousa
*Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante
D. Pedro, EPE*

A hipertensão arterial (HTA) induzida por fármacos é uma causa pouco reconhecida de HTA secundária. Define-se por um aumento do perfil tensional, condicionado por um efeito secundário não intencional da toma de um medicamento. Pode ocorrer por vários mecanismos de ação, sendo os mais relevantes o aumento de volume plasmático, o efeito simpático-mimético e vasoconstritor. Ainda que menos comum, pode mesmo haver um efeito antagonista de fármacos anti-hipertensores instituídos previamente. Desconhece-se a sua incidência e a resposta entre indivíduos varia significativamente, mas a sua influência é clinicamente relevante, considerando que pequenas variações na pressão arterial afetam significativamente o risco cardiovascular e a sua morbimortalidade. A suspensão ou redução da dose do fármaco desencadeante geralmente reverte o efeito hipertensivo.

Entre os vários medicamentos implicados na HTA induzida por fármacos, destacam-se os contraceptivos hormonais combinados (CHC) com estrogénio, em mulheres jovens. Cerca de 5% das mulheres que usam CHC podem apresentar um aumento mínimo da pressão arterial, sendo que, em casos raros, podem desenvolver HTA grave ou até mesmo maligna. O risco de HTA tem relação com o tempo de uso do CHC, e aumenta após dois anos. O risco diminui rapidamente após a suspensão deste fármaco, geralmente após as 4 semanas. Não há evidência da associação entre HTA e os progestativos.

Mulher de 33 anos, sem antecedentes pes-

soais relevantes mas com antecedentes familiares, da parte da mãe que, com 45 anos desenvolveu uma displasia fibromuscular das artérias renais que condicionou HTA renovascular maligna e doença renal crónica estágio V sob técnica de substituição renal. Foi, entretanto, transplantada. A jovem foi enviada para a consulta de Medicina Interna por um perfil tensional elevado (pressões sistólicas > 180mmHg e diastólicas > 95mmHg) detetado uma semana antes, numa avaliação rotineira, sendo que se encontrava normotensa cerca de seis semanas antes. Encontrava-se completamente assintomática. Da medicação habitual constava um CHC desde os 18 anos, que foi suspenso na primeira consulta. Ficou medicada com nifedipina 30mg duas vezes por dia. O estudo extensivo de hipertensão secundária foi negativo. Após 3-4 semanas do início da toma do antihipertensor, verificou-se a necessidade de diminuição da dose de nifedipina, por perfil tensional tendencialmente baixo. Por fim, ao final de seis semanas de toma da medicação, esta acabou por ser suspensa por hipotensão. A jovem iniciou anticonceção oral com um progestativo, sem intercorrências e, durante o ano seguinte de seguimento, não voltou a apresentar aumento do perfil tensional.

Em síntese, no estudo de HTA secundária, a HTA induzida por fármacos, como no caso exposto, os contraceptivos orais combinados, deve constar na nossa lista de diagnósticos diferenciais, mesmo nos doentes mais jovens e menos polimedicados.

POA 19

DE UMA QUEDA A UM QUEBRA-CABEÇAS ÓSSEO – UM RELATO DE CASO DE MIELOMA MÚLTIPLO

Joana Pereira Moniz; Bárbara Lemos;
Joana Crisóstomo; Mauro Gomes Marques;
Soraia Pinho Duarte; Pedro Neves Tavares;
Rita Lizardo Grácio; Renato Saraiva
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, 71 anos, parcialmente dependente nas atividades de vida diárias. Recorreu ao serviço de urgência por queda com traumatismo craniano. Realizou tomografia cerebral com identificação de “volumosa lesão lítica da calote parietoccipital direita com erosão focal das corticais ósseas associada a lesão tecidual de 41 x 42 mm (...) múltiplas lesões líticas arredondadas a envolver a calote craniana”, pelo que foi internada para estudo.

Para melhor caracterização das lesões, foi realizada ressonância magnética cerebral, que destacou “múltiplas lesões ósseas na calote fronto-parietal destacando-se lesão de grandes dimensões, destruindo a calote parietal à direita, com centro necrótico-quístico”; e para averiguar envolvimento ósseo noutras localizações, realizou radiografia dos ossos longos com evidência de múltiplas lesões e fraturas. Neste contexto, realizado estudo etiológico, a destacar: ionograma, hormona paratiroideia, vitamina D, fosfatase alcalina sanguínea e óssea normais; eletroforese de proteínas e imunofixação sérica com identificação de perfil monoclonal IgG Lambda (29.4%, 23.4g/L) e doseamento de Beta 2 microglobulina de 6.70 mg/L [1.10-2.40]. Medulograma com presença de 14% plasmócitos e imunofenotipagem do sangue medular compatível com diagnóstico de Mieloma Múltiplo (MM). Foi colocada a hipótese de plasmocitoma, tendo em conta as características da lesão tecidual, mas foi tida como menos provável, dado o envolvimento medular, lesões líticas múltiplas (PET-CT com

envolvimento de omoplatas, grelha costal, esterno, ilíaco, vértebras, fémur, tíbias, etc) e biópsia da lesão inconclusiva.

Assim, assumido diagnóstico de MM estadio III, orientada para consulta de Hematologia, tendo iniciado terapêutica com Dara-Rd (daratumumab, lenalidomida, dexametasona).

O MM é caracterizado pela proliferação neoplásica de plasmócitos na medula óssea, podendo resultar em extensa destruição do esqueleto, com lesões osteolíticas e/ou fraturas patológicas, como observado nesta doente. É a segunda neoplasia hematológica mais frequente em Portugal, com cerca de 544 novos casos/ano, e caracteriza-se por sintomas inespecíficos, muitas vezes desvalorizados, sendo fundamental um diagnóstico precoce para a instituição atempada de terapêutica.

POA 20

SÍNDROME DE POEMS: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE.

Baltazar Oliveira; Luís Pereira; Maria Helena Silva;
Rita Calixto; Maria Aurora Duarte
ULSMT

A Síndrome de POEMS é um processo paraneoplásico de etiologia desconhecida caracterizado classicamente como: Polineuropatia desmielinizante, Organomegalia, Endocrinopatia, Gamapatia monoclonal e alterações da pele. Esta síndrome está associada a uma morbidade elevada, reduzindo a qualidade de vida dos doentes. É uma doença crónica rara de difícil diagnóstico devido à sua apresentação semelhante a várias doenças, nomeadamente polineuropatia inflamatória desmielinizante crónica, mieloma múltiplo, gamapatia de significado indeterminado, entre outras. O tratamento preconizado para esta síndrome quando existe infiltração plasmocitária na medula óssea é um esquema de quimioterapia e corticoide sistémico em alta dose, podendo ser feito transplante autólogo de medula óssea.

Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 62 anos, com antecedentes de polineuropatia inflamatória desmielinizante crônica diagnosticada, gamapatia monoclonal IgG e IgA, hipotireoidismo, poliglobulia e doença osteoarticular degenerativa. A doente, proveniente de outra unidade hospitalar, foi transferida para o Serviço de Medicina Interna para controlo de dor e reabilitação motora em doente com fratura de D8 submetida a vertebroplastia transpedicular percutânea com biópsia da lesão. À admissão, a doente apresentava-se acamada, com hipotensão que agravava com ortostatismo, hiperpigmentação cutânea, edema dos lábios e da língua, edema dos membros inferiores, parestesias dos membros superiores e inferiores e diminuição da força muscular generalizada dos membros inferiores. Do estudo analítico realizado destaca-se eletroforese de proteínas com picos alfa 1 e gama, imunofixação sérica com banda monoclonal em IgG/Lambda, IgG elevada de 9,43 g/L, TSH elevada de 31,988 UI/mL, ACTH elevada de 97,3 pg/mL, cortisol sérico diminuído de 63 nmol/L e VEGF elevada de 125 pg/mL. De salientar, realizou AngioTC de Tórax que revelou derrame pleural bilateral ligeiro, derrame pericárdico e esplenomegalia ligeira. Através do estudo efetuado, foi possível a confirmação do diagnóstico de Síndrome de POEMS, sendo referenciada para a especialidade de Hematologia. Durante o internamento a doente cumpriu corticoterapia sistémica e aumento de dose de levotiroxina com melhoria do perfil tensional e dos edemas, imunoglobulina humana com melhoria dos défices neurológicos, reabilitação motora com recuperação da marcha e ciclofosfamida como tratamento inicial da síndrome de POEMS proposto pela Hematologia. A doente teve alta com indicação para iniciar ciclo de lenalidomida associada a corticoterapia sistémica como ponte a transplante autólogo de medula óssea.

O caso apresentado é exemplificativo da complexidade diagnóstica desta síndrome. Visto ser uma entidade rara com apresentação heterogênea, cujo diagnóstico pode passar despercebido numa fase inicial. O diagnóstico precoce da Síndrome de POEMS é crucial para um tratamento otimizado e assim melhorar a qualidade de vida destes doentes.

POA 21

MANIFESTAÇÃO CUTÂNEA DE LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA

Duarte Lima; Filipe M. Craveiro; Mariana Gradim; Tânia Maia; Cristina Rodrigues
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A Leucemia Mielóide Aguda (LMA) trata-se de uma neoplasia hematológica que tem origem nas células precursoras da linhagem mielóide, sendo o prognóstico e plano terapêutico orientados por alterações genéticas. Frequentemente manifesta-se por sintomas relacionados com a pancitopenia que a mesma provoca, podendo, raramente, apresentar-se com infiltração cutânea (leucemia cutis).

Caso clínico: Mulher, 70 anos, recorre ao Serviço de Urgência por quadro de febre de predomínio vespertino, mal estar generalizado, gengivorragias e hipersudorese noturna com duas semanas de evolução. Do estudo realizado, foi documentada anemia e trombocitopenia graves de novo, leucocitose com monocitose, bem como presença de 36% de blastos. Elevação marcada da lactato desidrogenase e dos parâmetros inflamatórios, sem alterações da coagulação. Realizada imagem que denotou esplenomegalia. Estudo imune e microbiológico sem achados. Pelo diagnóstico provável de LMA foi realizado estudo medular com colheitas para cariótipo e biologia molecular. No internamento, ocorreu desenvolvimento rápido de 3 placas cutâneas eritematosas, dolorosas, quentes e não pruriginosas ao nível do antebraço direito, tendo-se

levantado hipótese de infiltração leucêmica versus Síndrome de Sweet.

Os resultados do estudo, permitiram estabelecer diagnóstico de LMA com cariótipo clássico normal, tendo a biópsia de lesão cutânea confirmado envolvimento leucêmico. Decidiu transferir a doente para o Instituto Português de Oncologia do Porto para início de tratamento intensivo.

Discussão e conclusão: Ainda que infrequente, a LMA pode apresentar-se com infiltração cutânea, cujas lesões são, por vezes, de difícil diferenciação face às lesões associadas ao Síndrome de Sweet. Nestas situações, a biópsia é essencial para o diagnóstico diferencial. Apesar de rara, a LMA progride rapidamente, sendo vital o início precoce de tratamento

POA 22

ROMBOENCEFALITE POR LISTERIA

Cecília Moreira¹; Diana Rocha¹; Filipa David¹; Rute Cruz¹; Ana Teresa Vieira²; Cláudia Agostinho³; Lia Bastos⁴; Filipa Maldonado¹; Catarina Guimarães¹; Elena Molinos¹

¹Medicina - ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano; ²Hospital de Évora; ³IPO Porto; ⁴Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / 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 cultura 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

SÍNDROME DA PELE ESCALDADA NO IDOSO

Sofia Moreira; Nídia Oliveira; Francisco Santos; Beatriz Silva; Hugo Ventura; Catarina Oliveira; Margarida Rato; Rita Cabral; Edite Nascimento
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A pele escaudada estafilocócica é uma entidade que se caracteriza por descamação da pele, causada pela produção de exotoxinas produzidas pela espécie *Staphylococcus*, habitualmente com “porta de entrada” distante. Esta entidade é rara em idades superiores a 6 anos, no entanto pode surgir em adultos imunocomprometidos ou com doença renal crónica.

Esta patologia caracteriza-se por descamação da pele seguida de celulite. A sua apresentação pode ir desde pequenas áreas, a descamação sistémica, sendo importante uma atuação precoce, com terapêutica anti-biótica, prevenção de hipotermia e de instabilidade hemodinâmica.

Caso clínico: Mulher de 85 anos, admitida no SU por febre e astenia com 2 dias de evolução. Recentemente medicada com ceftriaxone (2 tomas) e anti-inflamatório, por infeção urinária de presunção, em clínica particular. Posteriormente, com noção de diminuição do débito urinário, disúria, poliúria e aparecimento de lesões avermelhadas no pescoço. De antecedentes pessoais a destacar, DM2 insulino-tratada, ITUs de repetição, obesidade, HTA e hipotireoidismo. Alérgica à amoxicilina.

Ao exame objetivo, apresentava-se hemodinamicamente estável, mas febril (38,4°C). Apresentava ainda rash cutâneo mais exacerbado no pescoço, mas generalizado por todo o corpo. Analiticamente com leucocitose e neutrofilia, LRA KDIGO 2 e elevação da PCR. Apresentava combur com marcada presença de eritrócitos, nitritos e leucócitos, mas sem alterações à ecografia renovesical e nos ou-

tros exames realizados. Colheu rastreio sético, e foi admitida em internamento sob antibioterapia empírica com ciprofloxacina. A UC isolou uma *E. coli* MR ESBL (sensível a ertapenem, gentamicina e nitrofurantoina). As hemoculturas revelaram-se posteriormente negativas. Nesse contexto foi alterada antibioterapia para Ertapenem, que cumpriu durante 7 dias.

Ainda no primeiro dia de internamento, apresentou exantema disperso pelo corpo, com zonas de descamação da derme na região peri-oral, peri-orbitária e pescoço, com sinal de Nikolsky na região cervical. Observada por dermatologia que colocou a possibilidade de Síndrome de Pele Escaldada Estafilocócica. Assim, foi transferida para um quarto de isolamento, com intuito protetor e algaliada para evitar contaminação. Associada Vancomicina que manteve durante 10 dias. Realizou zangarato da pele que isolou um *Enterococcus faecalis* MS e *Escherichia coli* MR (sensível a gentamicina e Ceftolozane/Tazobactam). Realizou ainda biópsia da pele, cujo resultado revelou: “corresponder a doença acantolítica intraepitelial” compatível com Síndrome Pele Escaldada Estafilocócica, não excluído o seu diagnóstico diferencial, Síndrome Stevens-Johnson. No entanto, dada a ótima evolução clínica, sem recurso a corticoterapia, o primeiro diagnóstico é o mais adequado.

Pela presença de lesões peri-orbitárias, foi também avaliada por oftalmologia, com acréscimo de lágrimas artificiais e antibiótico tópico, não estando presente atingimento da mucosa, o que mais uma vez corrobora o diagnóstico.

Com todas estas medidas verificou-se resolução total do quadro, com melhoria clínica e analítica, e integridade total da pele à data da alta.

Discussão: O caso clínico supracitado pretende demonstrar a importância do diagnóstico clínico das patologias que afetam a pele, no caso do Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica, a mortalidade no adulto poderá atingir os 60%, se não tratada precocemente.

POA 24

UM CASO DE NEUROSSÍFILIS MASCARADO

Daniel Veiga¹; Marisa Roldão²; Inês Duarte²;
Rui Duarte²; Cátia Figueiredo²; Ivan Luz¹;
Rachele Escolí²; Paulo Santos²

¹CHMT Hospital de Tomar; ²Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas

Introdução: A sífilis pode ter diversas formas de apresentação e ser um desafio diagnóstico. As manifestações clínicas em doentes com envolvimento neurológico são muitas vezes frustradas numa fase inicial, podendo, todavia, condicionar elevada morbidade e mortalidade na ausência de tratamento adequado.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 61 anos com antecedentes de mieloma múltiplo IgG/lambda, com resposta hematológica parcial após 9 ciclos de quimioterapia com ciclofosfamida, bortezomib e dexametasona, psoríase sob tratamento com anti-TNF, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada e doença renal crónica (DRC) de etiologia indeterminada (creatinina basal 2mg/dL), referenciado à consulta externa de Nefrologia. Ao exame objetivo destacava-se significativa lentificação psicomotora e redução marcada da acuidade visual bilateralmente. O estudo complementar revelou testes sífilíticos, treponémicos e não treponémicos, positivos e TC CE com múltiplas lesões vasculares sequelares. O doente foi submetido a punção lombar, que revelou proteinorráquia bem como VDRL positivo, e foi observado por Oftalmologia que diagnosticou vitrite e membrana epirretiniana, compatível com envolvimento ocular pela sífilis. Do ponto de vista renal, o doente foi submetido a biópsia renal, que apenas identificou necrose tubular aguda. Quer os achados da biópsia renal, quer o ecocardiograma foram não sugestivos de amiloidose AL. Os restantes marcadores virais foram negativos. Tendo em conta os

achados descritos foi assumido o diagnóstico de neurosífilis e o doente cumpriu penicilina sódica alternada com potássica 2M endovenosa de 4/4h durante 3 semanas, apresentando significativa melhoria clínica, com resolução completa do quadro neurológico.

Conclusão: O quadro clínico destaca a importância de considerar a sífilis como diagnóstico diferencial em doentes com síndrome demencial de etiologia não esclarecida, particularmente em idades mais jovens e exposição prévia a fármacos imunossupressores. Na verdade, é fundamental a sua exclusão antes do início da imunossupressão, de modo a que possa ser cabalmente tratada.

POA 25

OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA NA MONONUCLEOSE: DESAFIOS NA DOENÇA DO BEIJO

Cláudia Sofia Ribeiro; Andreia Meseiro;
Bruna Barbosa; Ana Catarina Ruivo;
Francelino José Ferreira; Ana Paula Pona;
Martinho Fernandes

Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: A mononucleose infecciosa (MI), também conhecida como “doença do beijo”, é uma doença causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV).

O pico de incidência da doença sintomática é entre os 15 e 24 anos.

Os achados clínicos incluem febre, faringite, amigdalite, adenopatias e esplenomegalia. Pode levar a complicações graves como obstrução da via aérea.

Caso clínico: Mulher de 22 anos, sem antecedentes relevantes. Nega consumo de álcool, drogas ou suplementos e relações sexuais de risco. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre (38.2°C) e adenopatias cervicais dolorosas com 2 dias de evolução, sem outros sintomas. À observação, apresentava pele e conjuntivas ictéricas e adenopatia submandi-

bular esquerda dolorosa. Orofaringe hiperemiada, sem edema amigdalino ou exsudados. As análises mostraram linfocitose $4.6 \times 10^9/L$, neutropenia ligeira $1.8 \times 10^9/L$, trombocitopenia $91 \times 10^9/L$ e padrão de citocolestase hepática BilT 5.80 mg/dl Bil D 4.30 mg/dl GGT 103 UI/L FA 208 UI/L.

Apresentava ainda no esfregaço sanguíneo linfocitose atípica. A maioria dos linfócitos reativos em doentes com MI são células T citotóxicas CD8+, que no caso da doente correspondiam a 78% dos linfócitos totais e apresentava na imunofixação do sangue periférico um Ratio CD4+/CD8+ de 0.2.

A TC do pescoço revelou adenopatias latero-cervicais em topografia jugulodigastrica (maiores com 21 mm) e ecografia abdominal mostrou esplenomegalia (14,903 cm) e ligeira ascite subhepática. O monoteste foi negativo e as serologias para EBV (IgM) foram positivas; as serologias para Hepatite B e C, Citomegalovirus e Toxoplasmose foram negativas. A doente foi internada para vigilância e tratamento sintomático, evoluindo com aparecimento de lesões maculo-papulosas avermelhadas e pruriginosas. Após 7 dias foi transferida para hospitalização domiciliária por estabilidade clínica. Foi readmitida devido á persistência de febre e odinofagia, com quase perda da via oral, apresentando orofaringe com edema das amígdalas e úvula. Verificou-se aparecimento de 3 adenopatias palpáveis de novo, com menos de 24 horas de evolução. Restante exame objetivo sem alterações de novo. Cumpru 7 dias de corticoterapia (metilprednisolona 80mg/dia IM). Após 16 dias de internamento, teve alta clinicamente melhorada e com resolução quase total das adenopatias.

Discussão: Este é um caso de um adulto jovem com sintomas típicos de MI como febre e adenopatias das cadeias ganglionares posteriores que são as mais comumente afetadas nesta doença. O monoteste é um teste de aglutinação rápida para pesquisar anticorpos heterófilos. Se

positivo num doente com sintomas de MI, faz o diagnóstico. No entanto, pode haver falsos negativos, principalmente no início dos sintomas (25% na primeira semana, 5 a 10% na segunda semana e 5% na terceira semana). Neste caso, o monoteste foi negativo. Todavia, pela forte suspeita de MI, os anticorpos específicos de EBV foram doseados estando positivos (Epstein-Barr IgM 38.7 UI/ml, IgG 0.3 UI/ml).

A obstrução da via aérea superior, uma complicação rara e potencialmente fatal da MI, deve-se à hiperplasia linfoide e edema da mucosa. A corticoterapia diminui o edema faríngeo. Se a obstrução for severa, pode ser necessário traqueotomia ou entubação endotraqueal.

Assim deve-se ter em atenção que complicações como obstrução da via aérea devem ser consideradas em doentes com MI.

POA 26

O INSUSPEITO DO COSTUME – UM CASO DE MIOPERICARDITE NA DOENÇA DE LYME

Sandra Oliveira Mendes; José Coelho Ribeiro; Henrique Varejão; Rute Brás Cruz

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

A doença de Lyme pode envolver virtualmente qualquer sistema ou órgão. Apesar de ser uma doença tratável, os sinais e sintomas iniciais frequentemente passam despercebidos, já que, excluindo o eritema migratório, podem ser altamente inespecíficos. Para além disso, manifestações cardiovasculares podem acontecer semanas ou meses após a infeção. Mulher de 46 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, com história familiar de patologias oncológica e cardíaca isquémica. Residente em zona rural, próximo de várias vacarias.

Admitida por quadro de toracalgia esquerda de características pleuríticas, com instalação súbita, a que se associou febre de predomínio vespertino. Referido contacto com marido com infeção das vias aéreas superiores recente. Apresentou-se taquicárdica, com tur-

gescência venosa jugular aumentada. Do estudo complementar, salientou-se leucocitose neutrofílica ligeira, trombocitose, elevação de parâmetros inflamatórios, sem elevação dos marcadores de necrose miocárdica, padrão de colestase hepática e elevação de LDH. Eletrocardiograma com elevação do segmento ST em múltiplas derivações. TC torácica evidenciou derrame pericárdio e discreto derrame / espessamento pleural, sobretudo à esquerda, e ecocardiograma confirmou derrame pericárdico de pequeno volume, associado a espessamento dos folhetos pericárdicos com fisiologia constrictiva.

Assumida pericardite aguda, tendo iniciado terapêutica anti-inflamatória standard, com melhorias clínica, analítica, eletrocardiográfica e ecocardiográfica. Ressonância magnética cardíaca (RMc) mostrou pericárdio difusamente espessado, com sinais imagiológicos sugestivos de fisiologia constrictiva incipiente e hiper-realce tardio difuso do pericárdio - achados compatíveis com pericardite aguda com sinais sugestivos de fisiologia constrictiva incipiente.

Orientada para consulta para investigação etiológica adicional e reavaliação por RMc 6 meses após término do tratamento, que excluiu achados compatíveis com pericardite crônica/constrictiva, no entanto, com a redução do processo inflamatório do pericárdico, foi possível visualizar ligeira fibrose subepicárdica, em relação com envolvimento miocárdico na dependência do evento descrito. Foram ativamente excluídas etiologias vírica, isquémica, autoimune e neoplásica; ainda do ponto de vista infeccioso, identificada inicialmente serologia de *Borrelia* spp equívoca. Documentada positividade, com confirmação por Western-Blot, tendo cumprido tratamento com doxiciclina.

O diagnóstico de mio-pericardite por *Borrelia burgdorferi* foi estabelecido. O atingimento miocárdico na doença de Lyme aconteceu

numa pequena percentagem dos doentes, manifestando-se principalmente como distúrbios da condução aurículo-ventricular, sendo raras as apresentações como mio-pericardite ou insuficiência cardíaca.

O grau de suspeição para infeção por *Borrelia* spp deve ser elevado e uma história clínica completa e cuidada é essencial para orientar correctamente a marcha diagnóstica.

POA 27

ENDOCARDITE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS COM PONTO DE PARTIDA EM GASTROENTERITE

Teresa Soares Costa; Filipa Macieira; Duarte Lima; Carolina Lopes; Ivo Cunha; Joana Rodrigues Morais
ULSM - Hospital Pedro Hispano

A ileíte terminal é uma condição inflamatória do íleo distal, para a qual existem múltiplas etiologias, sendo a doença inflamatória intestinal a mais frequente. Há, no entanto, outras etiologias como é o caso das infeções gastrointestinais. A doença estafilocócica de origem alimentar é uma das doenças alimentares mais comuns no mundo, resultante da contaminação de alimentos por enterotoxinas pré-formadas de *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), podendo cursar com ileíte terminal.

Mulher de 91 anos com quadro de vômitos e diarreia com 1 dia de evolução, que associava à ingestão de refeição pré-cozinhada com polvo. Ao exame objetivo com sopro sistólico mitral não descrito previamente e abdómen distendido e doloroso. Apresentava leucocitose neutrofílica, proteína-C reativa 193 mg/L, tomografia abdominal com ileíte terminal e 2 sets de hemoculturas com *S. aureus*. Face à bacteriemia a *S. aureus* e sopro cardíaco de novo, realizou ecocardiograma que documentou diminutas estruturas filiformes apenas ao anel mitral, sem disfunção valvular grave, abscesso ou perfuração associada. A doente não apresentava outra possível porta de entrada, nem fatores de risco para o desenvol-

vimento de endocardite infecciosa (EI). Deste modo, assumida EI a *S. aureus* secundária à gastroenterite. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia dirigida (4 semanas endovenoso intra-hospitalar e 2 semanas per os em ambulatório), com boa evolução clínica e sem complicações.

Bacteriemia e EI são importantes causas de mortalidade associadas a infecções por *S. aureus*. A crescente exposição a cuidados de saúde, procedimentos invasivos e próteses valvulares tem sido associada à maior incidência de bacteriemia por *S. aureus*. Neste caso, não havia qualquer fator de risco justificativo. Tendo em conta que a doença estafilocócica de origem alimentar é uma das causas de gastroenterite e ileíte terminal, foi assumido face à clínica e achados imagiológicos nesta doente que o sistema gastrointestinal foi a porta de entrada.

Neste caso, face ao destaque das queixas gastrointestinais, seria facilmente atribuível a causa da bacteriemia à gastroenterite apenas, ainda que esteja recomendada a exclusão de EI. Pretendemos destacar o valor do exame objetivo, neste caso o sopro cardíaco de novo, bem como da possibilidade pouco descrita na literatura de EI após gastroenterite a *S. aureus*.

POA 28

UM RARO CASO DE ENDOCARDITE POR *KLEBSIELLA OXYTOCA*

Joana Isabel Neto Gomes; M. Carolina Seabra; Sara Durães; Daniela Barbosa; Ana Silva Rocha; Vitor Fagundes; Lindora Pires
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) por *Klebsiella* sp. é rara, tendo uma prevalência de aproximadamente 1,2% - 4,1% em doentes com válvulas nativas ou protésicas, nomeadamente, sendo a maioria causada por *K. pneumoniae*. *K. oxytoca* está associado a um número mínimo de casos de endocardite,

sendo mais comuns em idosos e em contexto nosocomial, associada a pior prognóstico.

Caso clínico: Doente de 77 anos com antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão arterial, fibrilhação auricular (hipocoagulado) e adenocarcinoma prostático, trazido ao serviço de urgência por lentificação psicomotora e afasia global. Do estudo inicial a salientar um extenso enfarte isquémico agudo cortico-subcortical temporo-insular e parietal direito. No primeiro dia de internamento inicia quadro de agitação e febre sem foco identificado, tendo evoluído para um quadro de sépsis com disfunção cardiovascular (hipotensão PAM <60mmHg), renal (creatinina 2,20 mg/dL), hematológica com trombocitopenia (80 000 plaquetas) e neurológica (agitação psicomotora). Ao exame objetivo apresentava disartria ligeira, hemianopsia homónima esquerda e parésia facial central esquerda; sopro sistólico grau II/VI panfocal; sem cáries dentárias. No decorrer do estudo realizado analiticamente apresentava trombocitopenia em agravamento e subida dos parâmetros inflamatórios. Na tomografia toracoabdominopélvia identificou-se enfarte esplénico. Nas hemoculturas foi isolada *Klebsiella oxytoca* (4/4) e na urocultura isolado *enterococcus faecalis*. O ecocardiograma transtorácico não apresentava alterações valvulares, mas após confirmação com método transesofágico verificou-se alterações valvulares sugestivos de vegetações e valvulite da válvula mitral e aórtica - critérios de Duke: EI definitiva (1 major e 3 minor). Iniciou terapêutica com ceftriaxona e ciprofloxacina. Foi reiniciada a hipocoagulação ao décimo dia de internamento dada presença de componente hemático petequial corticogirial temperoparietal em tomografia cerebral de reavaliação.

Dada boa evolução clínica com antibioterapia instituída e ausência de disfunção valvular sem indicação para intervenção cirúrgica.

Discussão e conclusão: Endocardite em vál-

vulas nativas por gram-negativos são pouco frequentes dada a baixa capacidade de aderência valvular, no entanto quando estão presentes estes organismos é maior a probabilidade de complicações e mortalidade associada. Caso de um doente com apresentação de acidente vascular cerebral e enfarte esplênico por provável endocardite infecciosa. Apesar de não ter sido isolado o mesmo agente na urocultura a presença de patologia do trato urinário é fator de risco para bacteriemia por gram negativos.

POA 30

NEOPLASIA EPITELIAL MUCINOSA DO APÊNDICE – UM DIAGNÓSTICO RARO E ATÍPICO

Inês Barbosa Leão; João Pedro Moreira; Cristiana Maia; Helena Santos Gonçalves; Filipa Rebelo; Tiago Monteiro; Sílvia Rodrigues; Patrícia Magalhães
Hospital Vila Real

Introdução: As neoplasias epiteliais mucinosas do apêndice são um grupo de neoplasias raras e heterogêneas, que representam cerca de 1% de todas as neoplasias. São classificadas tendo em conta as diferentes características histológicas e podem manifestar-se com clínicas inespecíficas, que podem atrasar o diagnóstico. Habitualmente, cursa com apendicite aguda, devido à acumulação de mucina e distensão do apêndice.

História clínica: Homem, 92 anos, Katz 3 pontos, com antecedentes de doença ulcerosa péptica e refluxo gastroesofágico, hipertensão arterial, recorre ao serviço de urgência por episódio de lipotimia, com queda da própria altura. Recuperação espontânea e imediata com noção do sucedido. Associadamente, apresentava diarreia com 1 mês de evolução (8 dejeções/dia), com muco e sem sangue. Encontrava-se sob dieta pastosa. Sem contexto epidemiológico no lar que residia. Negou dor abdominal e febre associada. Negou perda de consciência, náuseas e

vômitos, queixas urinárias, palpitações, dor torácica, tosse ou dor pleurítica.

Ao exame físico, sem alterações relevantes. No estudo inicial, não apresentou aumento dos parâmetros inflamatórios, nem painel molecular de infeções gastrointestinais, parasitológicas ou coproculturas positivas. Função tiroideia normal. E valores de vitamina B12, parâmetros de ferro e ácido fólico normais. Num estudo mais alargado, foram descartadas doenças autoimunes, doença celíaca, tuberculose e doenças infecciosas como HIV, sífilis e hepatites. Analiticamente, apenas é de salientar a ADA (Adenosinadeaminase) de 18.6, ceruloplasmina 12.6 (reduzida) e calprotectina fecal 70.0.

Tendo em conta o quadro inespecífico, o doente realizou TC abdominal que demonstrou “pâncreas com algum grau de heterogeneidade com proeminência do Wirsung. Algum espessamento da parede do cego e do cólon descendente a justificar estudo dirigido colonoscópico (...)”. Realizou colonoscopia com os seguintes achados “cólon com edemas das paredes, com predomínio no ascendente, válvula ileocecal e cólon sigmoideu. Protuberância luminal na área apendicular, dura ao toque, sugestiva de lesão apendicular (...)”.

Após reavaliação das imagens com a imagiologia e discussão multidisciplinar com gastroenterologia e cirurgia geral, admitiu-se provável neoplasia apendicular, com ascite mucinosa, tendo sido proposto para laparoscopia exploradora. A sintomatologia do doente foi controlada com loperamida duas vezes por dia, tendo reduzido significativamente a diarreia e tido alta para o domicílio. O doente recorreu, um mês depois, ao serviço de urgência com um quadro séptico com ponto de partida urinário, tendo iniciado antibioterapia. Contudo, faleceu neste internamento.

Discussão: Destacamos este caso clínico pela importância do despiste deste tumor raro em doentes com uma clínica de diarreia persis-

tente, em particular atenção para a imagem. Neste caso, a deteção do tumor ocorreu após revisão da imagem e, por evidência de compressão intestinal observada na endoscopia digestiva baixa.

POA 31

A SINDEMIA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÓNICA / DOENÇA RENAL CRÓNICA: UM ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO

José Coelho Ribeiro; Líliliana Carneiro; Sandra Mendes; Dina Neto; Rafaela Lopes Freitas; Ricardo Jorge Sousa; Tiago Castro Pinto
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A associação entre insuficiência cardíaca (IC) e doença renal, apesar de amplamente reconhecida no contexto de IC descompensada, carece de uma caracterização robusta no contexto da fase crónica da IC. Doentes com doença renal crónica (DRC) avançada e IC crónica foram tradicionalmente excluídos dos ensaios clínicos randomizados, fazendo com que se conheçam pouco as suas características e as especificidades da sua gestão farmacológica.

Objetivo: Caracterizar uma população de doentes com IC crónica e realizar uma análise comparativa entre os subgrupos com DRC e sem DRC relativamente às características demográficas, da IC, das comorbilidades, das admissões por IC bem como da mortalidade global aos 12 meses.

Material e métodos: Corte retrospectivo de doentes seguidos em consulta de Medicina Interna de um hospital de nível II português entre 01/01 e 30/04/2020 que cumpriam critérios de diagnóstico de IC da ESC com ou sem diagnóstico de DRC definido com base na taxa de filtração glomerular. Colheita de dados a partir do processo clínico. Realizado um seguimento dos doentes durante um período de 12 meses após a consulta para descrever a mortalidade global e identificar

admissões no serviço de urgência e/ou internamento por IC descompensada.

Resultados: Incluídos 47 doentes com IC crónica, idade mediana de 76 anos (mínimo 21, máximo 91), 51,1% do sexo masculino. Cerca de 61,7% apresentavam IC com fração de ejeção (FE) preservada e 59,6% encontrava-se em classe funcional II da NYHA. As duas principais etiologias de IC foram a hipertensiva e a multifatorial (25,5%, ex aequo).

Dezassete doentes (36,2%) cumpriam critérios de DRC, 76,5% dos quais em estadios IIIa ou IIIb. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre os subgrupos com DRC e sem DRC relativamente às características demográficas, FE, classe funcional e etiologia de IC. Em relação às comorbilidades, o subgrupo com DRC apresentava uma tendência estatisticamente significativa para maior prevalência de anemia (41,2% vs 10,0%; $p=0,023$) e menor prevalência de fibrilhação auricular (23,5% vs 53,3%; $p=0,047$).

Verificou-se uma tendência não estatisticamente significativa para uma menor prescrição de terapêutica modificadora de prognóstico (TMP) dos doentes com IC FE reduzida e DRC em relação aos doentes com IC FE reduzida sem DRC, à custa da subprescrição de beta-bloqueador e sacubitril-valsartan. Os doentes com DRC apresentaram uma dose média de equivalentes de furosemida diária tendencialmente superior, ainda que sem significado estatístico (56,5mg 85,5 vs 42,0mg 40,5). Não se registaram diferenças entre os grupos em relação à necessidade de associar diuréticos de outra classe.

O subgrupo com DRC apresentou uma taxa de mortalidade global aos 12 meses superior (23,5% vs 0%; $p=0,015$) e uma tendência para uma maior taxa de admissão por IC descompensada aos 12 meses (23,5% vs 17,2%; $p=0,604$).

Conclusões: Este estudo documenta uma elevada prevalência de DRC na IC crónica. A DRC

parece complicar a gestão farmacológica dos doentes com IC, na medida em que tendem a atingir menores taxas de prescrição de TMP e a necessitar de doses mais elevadas de diurético. Por outro lado, a DRC parece atuar como uma comorbilidade multiplicadora do risco de morbimortalidade nos doentes com IC.

Estudos com maior tamanho amostral e que avaliem outras variáveis clínicas como a congestão poderão acrescentar valor aos dados apresentados e permitir aprofundar o conhecimento sobre os doentes com IC e DRC.

POA 32

LESÃO RENAL RAPIDAMENTE PROGRESSIVA – UM CASO DE MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA

Catarina Sottomayor; Rita Pratas; Alice Fontoura Alves; Joana Andrade Lopes; Diana Ferrão; Jorge Almeida
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A doença renal crónica associa-se a elevada morbilidade, com poucas opções terapêuticas além da terapêutica de substituição da função renal. Pela sua prevalência, são etiologias a considerar a diabetes e a hipertensão arterial (HTA). Existem outras causas mais raras, com uma marcha diagnóstica complexa, frequentemente dependente da biópsia renal.

Caso clínico: Mulher de 62 anos, com antecedentes conhecidos de neoplasia do ovário estadio 4 com metastização pulmonar e óssea, estável sob anastrozol, em seguimento em consulta de Nefrologia por doença renal crónica (DRC) G3b, de provável etiologia hipertensiva. Analiticamente, com função renal estável entre 2010 e 2022 (valores de creatinina entre 0.7-0.8 mg/dL), altura em que teve diagnóstico inaugural de HTA, com ligeira elevação dos níveis de creatinina (0.9-1.1mg/dL). Desde maio de 2023 a abril de 2024, com agravamento dos valores de creatinina (1.36 a 2.96 mg/dL) e proteinúria não nefrótica (0.79g/24h). Do estudo imuno-

lógico, com diminuição da IgM, sem consumo de complemento, cadeias leves livres séricas normais e proteína amiloide A negativa. Ainda de realçar exclusão de estenose das artérias renais e hidronefrose. Em abril de 2024, a doente recorre ao serviço de urgência por agravamento da dispneia, astenia e edema dos membros inferiores bilateralmente, bem como noção de diminuição do débito urinário, com 1 mês de evolução. Analiticamente, com agravamento da função renal com creatinina de 3.25mg/dL, ureia de 165mg/dL e hiponatremia hipervolémica (sódio de 129mEq/L). Assim, optou-se por internar para otimização da terapêutica diurética e continuação do estudo etiológico da DRC agudizada. O estudo em internamento documentou ANA 1/160 com padrão nucleolar, antidsDNA, ANCA, anti-MBG e ENAs negativos. Por persistir dúvida na etiologia da lesão renal realizou-se biópsia renal que mostrou sinais de microangiopatia trombótica (MAT) crónica. Analiticamente, sem trombocitopenia, com anemia da doença crónica sem sinais de hemólise, sem outras alterações sugestivas de microangiopatia sistémica. Assim, pela presença de sinais de cronicidade e por MAT limitada ao rim, optou-se por não prosseguir para tratamento com eculizumab. A doente manteve creatinina sérica entre 3.5 4.0mg/dL, apesar de débito urinário de cerca de 1500mL diariamente sob furosemida 100mg endovenosa, 3 vezes por dia. Foi feita uma tentativa de substituição por furosemida oral em dose máxima e metolazona sem sucesso, com redução de débito urinário e agravamento da creatinina. Por início de sintomas urémicos (náuseas e vômitos) e hiponatremia em agravamento, refratária à terapêutica médica, iniciou-se hemodiálise.

Discussão: A MAT é uma causa pouco frequente de lesão renal. Este caso revela a complexidade do diagnóstico e da decisão terapêutica, na dependência do tempo de evolução da doença e grau de extensão sistémica.

POA 33

DA INFEÇÃO LOCAL À SISTÊMICA: DE ADENOPATIAS SUBMANDIBULARES À SARCOIDOSE

Inês Araújo Ferreira; Sara Pereira; Sabina Belchior; Paula Cerqueira; Rafael Freitas; Nereida Monteiro; Elsa Araújo; Amanda Rey; Paula Brandão
Unidade Local de Saúde do Alto Minho / Hospital Conde de Bertandos

Introdução: A hipercalcemia é uma condição relativamente comum com múltiplas etiologias: malignidades, hiperparatiroidismo e doenças granulomatosas. A sarcoidose, uma doença granulomatosa sistêmica de etiologia desconhecida, é uma causa rara, mas importante, de hipercalcemia. Este caso clínico descreve um doente internado devido a adenopatias submandibulares e hipercalcemia e que foi subsequentemente diagnosticado com sarcoidose.

Caso clínico: Sexo masculino, 51 anos, carpinteiro, sem outros antecedentes de relevo. Dirigiu-se ao Serviço de Urgência por aumento ganglionar submandibular progressivo, sem disfagia, com 1 mês de evolução. Associadamente com queixas de perda ponderal (26 quilogramas em 10 meses) e anorexia com 5 meses de evolução. À admissão, objetivada tumefação bilateral submandibular com 3 centímetros de diâmetro, dura, móvel, sem adesão a nível profundo, sem outras adenomegalias palpáveis. Internado na enfermaria de Medicina Interna para estudo. Analiticamente com hipercalcemia grave assintomática com valores de cálcio sérico 13.1 mg/dl. Do estudo, hormona paratiroideia (PTH) suprimida (5.2 g/dL), níveis de 25-hidroxi-vitamina D normais (15.1 ng/mL), 1,25-dihidroxi-vitamina D aumentados (156 pg/mL) e PTH-related protein (PTHrp) normal (1.10 pmol/L). Objetivada também lesão renal aguda (LRA) com creatinina de 2.8 mg/dL com proteinúria e hipercalciúria. Do estudo, serologias víricas negativas, IGRA negativo, estudo imunológico

sem alterações e enzima conversora de angiotensina aumentada (147.3 UI/L). Realizou tomografia computadorizada pulmonar onde se destacou padrão em vidro despolido envolvendo sobretudo os lobos inferiores, topografia subpleural com algum grau de confluência, envolvimento entre 60% a 70% da superfície pulmonar e múltiplas adenopatias mediastínicas. Dado os achados - PTH suprimida, 1,25-dihidroxi-vitamina D aumentada, PTHrp normal, LRA, infiltrado intersticial pulmonar e adenopatias mediastínicas - colocada a hipótese de doença granulomatosa ou hematológica. Caso discutido com Pneumologia e realizado lavado brônquico que foi negativo para células malignas, microbiológico negativo e realizou espirometria com diminuição da capacidade de transferência alvéolo-capilar para o monóxido de carbono. Realizou biópsia de adenopatia mediastínica com resultado de processo inflamatório granulomatoso não necrotizante. Caso discutido com Nefrologia e realizado biópsia renal com nefrite tubulointersticial compatível com envolvimento renal por sarcoidose. Após discussão multidisciplinar, assumido o diagnóstico de sarcoidose com atingimento ganglionar, pulmonar e renal. Iniciou corticoterapia sistêmica com Prednisolona 40mg com melhoria sintomática. Mantém seguimento em Consulta de Medicina Interna, Nefrologia e Pneumologia.

Discussão: Este caso ilustra a importância de considerar sarcoidose no diagnóstico diferencial de hipercalcemia com PTH suprimida. A linfadenopatia hilar e mediastinal são características da sarcoidose e a biópsia é essencial para confirmação de diagnóstico. O tratamento com corticosteroides é eficaz para controlar tanto a hipercalcemia quanto a atividade da doença.

POA 34

PNEUMONIA ORGANIZATIVA SECUNDÁRIA AO USO DE QUININO

Filipa Alvim Norton Macieira; Nuno Gonçalves; Mariana Lobo; Rita Novera Sousa; Andreia Lima; Verónica Guiomar

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

O quinino é um agente antimalárico de uso comum, a ototoxicidade e o edema pulmonar são os efeitos secundários mais bem documentados. Pelo contrário, com apenas alguns relatos de caso, há escassas descrições de pneumonias organizativas secundárias ao uso de quinino.

O caso descreve uma doente do sexo feminino de 59 anos, residente em Luanda, sem antecedentes de relevo. Internada por malária a Plasmodium ovale, apenas com trombocitopenia moderada (58000/uL) e elevação ligeira das enzimas hepáticas (AST 50 U/L, ALT 68 U/L, GGT 423 U/L) à admissão. Iniciou terapêutica com quinino endovenoso, por ausência de via oral segura por vômitos, com melhoria clínica inicial. No 3º dia de terapêutica verifica-se hipoacusia neurossensorial bilateral de novo, interpretada como ototoxicidade ao quinino. Ao 4º dia de terapêutica a doente desenvolve insuficiência respiratória tipo 1 de gravidade moderada com necessidade de ventilação invasiva em poucas horas após ausência de resposta a ventilação não invasiva. Levantada inicialmente suspeita de síndrome da dificuldade respiratória aguda (ARDS) secundária a malária. Realizada tomografia torácica que revelou extensas consolidações pulmonares bilaterais e opacificações em vidro despolido, associadas a atelectasias peribroncovasculares, a favorecer o diagnóstico de pneumonia organizativa. Decidiu-se suspender quinino e iniciar corticoterapia, com melhoria clínica após 48 horas, a possibilitar extubação. Evolução clínica favorável de forma sustentada, com resolução da insuficiên-

cia respiratória e melhoria imagiológica. A doente teve alta com esquema de desmame de corticoterapia e foi reavaliada em consulta externa, havendo resolução completa das alterações imagiológicas, sem recidiva após suspensão de corticóide.

Existem quadros de ARDS associados à malária, menos frequente neste subtipo de Plasmodium, porém apresentam-se tipicamente com envolvimento multissistémico, nomeadamente com insuficiência renal e coagulação intravascular disseminada, ausentes neste caso. Para além disso, considerou-se ser mais provável apresentação em contexto de toxicidade farmacológica, dada existência de ototoxicidade concomitante e correlação temporal de agravamento e melhoria clínica no início e suspensão de terapêutica, respetivamente. Os autores pretendem alertar a comunidade científica para a possibilidade de toxicidade pulmonar associada ao quinino, sobretudo para apresentações menos documentadas na literatura.

POA 35

DISFAGIA ENIGMÁTICA – DA SUSPEITA DE MONONEUROPATIA MÚLTIPLA A UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Carolina Morgado

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A disfagia define-se como um atraso anormal na passagem do bolo alimentar da faringe ao estômago. Apesar de comum acima dos 60 anos, não deve ser atribuída apenas ao envelhecimento e a sua etiologia deve ser sempre investigada. Algumas das causas mais comuns de disfagia incluem acidentes vasculares cerebrais, demência e esclerose sistémica.

Caso clínico: Mulher de 56 anos, com antecedentes de asma e hipertensão arterial, enviada a consulta de Medicina Interna por suspeita de mononeuropatia múltipla. Apre-

sentava disфония e disfagia orofaríngea, associada a regurgitação e tosse com 3 meses de evolução. Associadamente, com parestesias da mão direita e hipostesia cubital esquerda. Negou anorexia, perda ponderal, dispneia ou pirose. Negou contacto habitual com animais, nomeadamente aves.

Ao exame objetivo, constatada disфония e hipostesia no 4º e 5º dedos da mão direita, sem outras alterações.

Analicamente, Hb 14.1 g/dL, VS 8 mm/h, eletroforese de proteínas sem alterações, ANA, anti-Sc170, anti-RNA polimerase negativos. Realizou laringoscopia rígida, com observação diminuição da mobilidade hemilaringea esquerda.

Realizou, também, endoscopia digestiva alta, com observação de úlcera pré-pilórica; na tomografia computadorizada (TC) torácica e cranioencefálica, sem evidência de compressão do nervo laríngeo recorrente esquerdo e sem sinais de lesões expansivas ou vasculares, respectivamente.

A eletromiografia dos membros superiores revelou compressão do nervo mediano esquerdo a nível do túnel cárpico de intensidade ligeira e neuropatia desmielinizante ligeira do nervo cubital direito no cotovelo/canal cubital. Para melhor esclarecimento da etiologia da disфония e disfagia, realizou ressonância magnética nuclear (RMN) crânio-encefálica e cervical - edema intersomático anterior e osteofitose em C5-C6, com proclivência discal difusa que moldava espaço subaracnoideu adjacente e proclivência foraminal, com estenose relativa bilateral.

A par da investigação etiológica, iniciou fisioterapia e terapia da fala, com melhoria clínica gradual.

Conclusão: Embora seja uma causa menos comum, a presença de osteófitos na coluna cervical pode ser sede de queixas de disfagia, principalmente associada a líquidos. O nível mais relacionado a esta queixa é C5-C6, segui-

do de C4-C5, sendo o menos comum C2-C3. Assim sendo, neste caso concreto, a hipótese mais provável para a sintomatologia apresentada, seria as alterações observadas em C5-C6, pelo que a doente foi encaminhada para consulta de neurocirurgia, após discussão do caso.

POA 36

ANTIBIOTERAPIA NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO.

Maria Luísa Olim; Mário Gil Fontoura; Cátia Henriques; Joana Ferreira Melo; Mariana Sant'ana; Sara Isabel Vasconcelos; Filipa Martins Duarte; Joana S. F. Rodrigues
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução: As Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD) foram concebidas como um modelo alternativo de assistência hospitalar praticado no domicílio do doente. As patologias infecciosas que requerem administração de terapêutica antibiótica são elegíveis para internamento nestas unidades, sendo que os estudos internacionais demonstram eficácia comparável ao internamento convencional. Apesar de existirem em Portugal desde 2015, não existem estudos nacionais que incidam sobre o uso de antibióticos em UHD.

Objetivos: Descrever a experiência com antimicrobianos numa UHD ao longo de um ano, no que diz respeito à sua tolerabilidade e eficácia.

Material e métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo, com colheita de dados relativos a episódios de internamento de janeiro a dezembro de 2023 numa UHD, que cumpriram antibiótico. Foram recolhidos dados demográficos e definidos os tipos de infeção, antibióticos utilizados, modo de administração e duração terapêutica. Para análise do perfil de segurança, verificou-se a prevalência de efeitos adversos. Por outro lado, para análise da eficácia terapêutica, verificou-se a prevalência de episódios de falência antibiótica (com e sem readmissão em internamento

convencional) e dos episódios em que se atingiu cura (definida como término do antibiótico e/ou alteração para via oral, com ausência sintomática).

Resultados: Foram identificados 326 internamentos em que se recorreu a antibioterapia. Os pacientes apresentavam uma mediana de idade de 72 (mínimo 19, máximo 100), sendo 53.7% do sexo masculino. As infeções respiratórias foram as mais prevalentes (45.9%, n=147), seguidas das infeções urinárias (29.1%, n=95). Nos casos em que foi possível isolamento microbiológico (n=133), foram identificadas estirpes resistentes e/ou produtoras de beta-lactamases de espectro alargado em 37.6% (n=50). O grupo de antibióticos mais utilizado foram os beta-lactâmicos, com destaque para o Ceftriaxone (n=129) e a Piperacilina/Tazobactam (n=84). A duração média de antibioterapia no global, foi de 8 dias. A maioria das complicações relacionaram-se com o acesso endovenoso (8.0%, n=26). Não foram descritas reações de hipersensibilidade. Apenas foram descritos efeitos adversos major relacionados com antibioterapia em 3 episódios (toxicidade hepática = 2, toxicidade renal=1). A necessidade de retorno a internamento convencional verificou-se em 6.4% dos casos (n=21), sendo que apenas 7, foram admitidos por falência terapêutica. Adicionalmente, durante internamento na UHD, foi necessária troca de antibiótico por falência em 13 casos (sem retorno a internamento convencional). Atingiu-se cura em 91.7% dos episódios (n=299). Por fim, a mortalidade foi de 1.8% (n=6).

Discussão e conclusão: Este estudo permite inferir que a administração de antibióticos em UHD é uma prática segura e eficaz, como é possível comprovar pela baixa prevalência de efeitos adversos e a elevada prevalência de casos em que se atingiu cura.

POA 37

AFTAS ORAIS RECORRENTES: QUANDO A CAUSA NÃO É O QUE PARECE

José Coelho Ribeiro; Mariana Lobo; Artur Oliveira; Pedro Andrade; Joana Rocha; Sara Camões
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A estomatite aftosa recorrente é uma condição muito comum e com etiologia diversificada, onde se incluem infeções víricas, distúrbios do sistema imunológico e exposição a produtos abrasivos e alimentos ácidos em doentes com predisposição genética. Pela possibilidade de associação a doença auto-imune, é habitualmente um motivo de referenciação a consulta de Medicina Interna (MI).
Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 71 anos, diabético, hipertenso, dislipidémico e com antecedentes de enfarte agudo do miocárdio, enviado à consulta de MI por úlceras orais recorrentes, associadas a lesões cutâneas bolhosas pruriginosas sobretudo na região interna das coxas, antebraço e axilas, bem como rash eritematoso macular. Portador de prótese dentária, apresentava múltiplas lesões ulceradas na língua, palato mole e mucosa jugal. Sem úlceras genitais. O exame histológico de uma das lesões da cavidade oral mostrou infiltrado inflamatório linfocitário e com eosinófilos a condicionar degenerescência hidrópica da basal com formação de “bolha” suprabasal, aspectos que se assumiram como sugestivos de penfigóide bolhoso. Estudo imunológico negativo. Neste contexto, iniciou prednisolona 20mg/dia e dapsona com boa resposta, acabando por suspender estes fármacos, dada a resolução das lesões cutâneas e orais. Poucos meses após a suspensão do tratamento, evoluiu com recorrência de lesões ulceradas da cavidades oral e com lesões cutâneas dispersas pelo tronco, membros superiores e coxas, pruriginosas, com aspecto incaracterístico. Realizada biópsia das lesões que mostrou

epiderme com hiperqueratose, lesões de espongirose, hipergranulose, ligeira acantose irregular e infiltrado inflamatório de predomínio mononucleado em localização perivascular, achados compatíveis com o diagnóstico de prurigo nodular. Posto isto, revistas lâminas da biopsia inicial, que não evidenciava alterações na imunofluorescência direta ou indireta típicas de penfigoide bolhoso, pondo em causa o diagnóstico inicial. Iniciou colchicina pela aftose recorrente, sem melhoria, mantendo úlceras orais com envolvimento preferencial do palato, da mucosa jugal e lingual em áreas sem contacto com a prótese dentária. Completou o estudo com a pesquisa de Herpes simplex nas lesões, que se revelou negativa, e com a realização de testes epicutâneos que revelaram hipersensibilidade para sulfato de níquel, material presente na prótese dentária. Com a substituição por prótese sem níquel, evoluiu com resolução das lesões da mucosa e da pele. **Discussão:** Apresentamos este caso por forma a relembrar a necessidade constante de colocar em questão diagnósticos raros em situações em que a evolução clínica não corresponde ao expectável pela história natural da suposta doença. Da mesma forma que a capacidade de assumir uma convicção diagnóstica é uma característica importante do internista, também é fundamental a abertura de pensamento para questionar diagnósticos previamente estabelecidos.

POA 38

EMBOLIA PARADOXAL, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Fernando Roxo; João Caiano Gil;
Gracieta Malangatana; Carolina Guedes
Hospital Pedro Hispano

Introdução: A embolia pulmonar (EP) é uma doença potencialmente grave caracterizada pela obstrução aguda das artérias pulmonares, frequentemente devido a trombos provenientes do sistema venoso profundo. Em

Portugal, a incidência de EP tem aumentado, acompanhando o envelhecimento populacional e a prevalência de comorbilidades como obesidade, diabetes tipo 2 e hipertensão arterial. A embolia paradoxal, uma condição rara e complexa, ocorre quando um trombo atravessa um defeito cardíaco, como o foramen oval patente (FOP), migrando do sistema venoso para a circulação arterial. Este mecanismo pode resultar em eventos embólicos simultâneos em diferentes territórios vasculares, como o sistema pulmonar e o sistema arterial coronário ou cerebral, potencialmente causando EP e enfarte agudo do miocárdio (EAM). Um FOP pode ser encontrado em até 30% da população, mas a incidência de EAM por embolia paradoxal ainda não está esclarecida, dadas a raridade e dificuldade em diagnosticar estes casos.

Caso clínico: Mulher de 67 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade mórbida, diabetes tipo 2, asma, SAOS e doença renal crónica. Recorreu ao Serviço de Urgência por episódio de dor torácica de características anginosas associada a dispneia em repouso, autolimitado. Ao exame objetivo, apresentava-se taquipneica, sem outras alterações de relevo. Do estudo efetuado, destacou-se GSA com hipocapnia, elevação significativa dos d-dímeros, NT-Pro BNP e troponina e angio-TC com defeitos de repleção dos ramos principais da artéria pulmonar, que se prolongavam ao longo dos ramos segmentares. A seriação de troponina revelou um aumento superior a 20%. Assim, diagnosticou-se uma EP de risco intermédio-alto de mortalidade e enfarte agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST (EAMsST). Fez enoxaparina em dose terapêutica e dose de carga de clopidogrel e foi internada para vigilância, estudo etiológico e tratamento. Do estudo, o ecocardiograma transtorácico revelou um septo interauricular aneurismático com shunt DE, a traduzir provável FOP e o eco

doppler dos membros inferiores demonstrou trombose venosa profunda (TVP) recente na veia poplítea esquerda. A angiografia coronária não revelou doença angiograficamente significativa, pelo que se assumiu tromboembolismo venoso (TEV) com TVP do membro inferior esquerdo com EP e EAMsT por embolia paradoxal por FOP. Boa evolução, teve alta com anticoagulação e antiagregação. Orientada para a consulta externa de Medicina Interna para estudo etiológico, vigilância de complicações nomeadamente recorrência ou hemorragia ou evolução para doença tromboembólica crónica e de Cardiologia para exclusão de doença aterosclerótica coronária. Completou o estudo com ressonância magnética cardíaca, cuja imagem suportou uma etiologia embólica e permitiu a suspensão da antiagregação, e excluíram-se causas de TEV. Está a aguardar encerramento do FOP.

Discussão: Este caso realça a importância da identificação de causas de embolia paradoxal em doentes com TEV e EAM, não só pela abordagem diagnóstica diferente, mas também respectiva orientação. Nesta doente, a identificação de FOP como causa da EAM permitiu a suspensão da antiagregação, com consequente redução do risco hemorrágico, e orientação para encerramento, visando evitar eventos embólicos recorrentes aquando da suspensão de hipocoagulação.

POA 39

SÍNDROME DRESS COMPLICADO POR FALÊNCIA MULTIORGÂNICA

Helena de Oliveira; Rúben Nogueira Costa; Patrícia Moreira Gomes; Carolina Machado; Helena Silva; Adriana Costa; Ana Ribeiro; Marta Patacho; Paula Dias; Jorge Almeida
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Caso clínico: Doente de 86 anos admitida por toxidermia aguda em provável associação a alopurinol - possível síndrome DRESS, tendo sido instituída corticoterapia sistémica

inicialmente com prednisolona 60 mg id com desmame rápido até 20 mg id. Por febre de novo, com parâmetros inflamatórios em crescendo, com suspeita de bacterémia (apenas 1 set positivo para MSSA - provável inquinação) cumpriu 2 dias de antibioterapia com imipenem e 7 dias de vancomicina (sem transição para flucloxacilina por alergia a beta-lactâmicos) e realizou ecocardiograma transtorácico para exclusão de endocardite infecciosa (sem vegetações) e TC-toraco-abdomino-pélvico com hematoma de grandes dimensões na parede torácica anterior à esquerda - seque-la de queda no dia que antecedeu a admissão - sem possibilidade de exclusão de sobreinfecção - tendo sido precipitada, por esse motivo, a decisão de redução mais rápida de corticoterapia até 5 mg id. Durante o internamento, por melenas, foi realizada endoscopia digestiva alta com presença de úlceras no terço inferior do esófago positivas para HSV-1 - provavelmente em associação a acometimento das mucosas pelo síndrome DRESS - e iniciado tratamento com aciclovir com resolução das perdas hemáticas. Posteriormente com agravamento paulatino da função renal (pCreat 0,5 > 1,65 mg/dL) tendo sido pedida pesquisa de cristais na urina para exclusão de nefropatia de cristais pelo aciclovir - negativa - e pesquisa de eosinófilos na presunção de possível atingimento renal por recrudescimento do síndrome DRESS - negativos. Queda sustentada de natrémia (Na^+ 138 > 125 mEq/L) e instalação de hipercalemia (K^+ 3,9 > 6,8 mEq/L), sem queda concomitante de perfil tensional ou hipoglicemia (doente com diabetes mellitus, sob corticoterapia). Por impressão de agravamento clínico na dependência de défice glucocorticóide aumentada dose de prednisolona de 5 para 20 mg id. Pelas alterações iónicas, foi levantada a hipótese de possível insuficiência suprarrenal em doente com pressão arterial mantida por hiperativação do sistema renina-angiotensi-

na-aldosterona, dada depleção de volume intravascular (doente em anasarca por perda de pressão oncótica - hipoalbuminemia severa - e extravasamento de volume para o 3º espaço) e lesão renal aguda com hiponatremia e hipercalemia como consequência direta de hipoproteinemia severa. Estudo de hiponatremia a confirmar hiponatremia hipotônica com sódio urinário baixo (15 mEq/L) e com cortisol matinal e ACTH baixos. Iniciada nutrição parentérica e hidrocortisona endovenosas sem recuperação dos distúrbios iônicos e progressiva instalação de acidemia metabólica na dependência de agravamento da função renal, dispneia (sequela de derrame pleural bilateral e taquipneia na tentativa de compensação da acidemia) e necessidade de bólus de furosemida. Decidido início perfusão lenta de soro hipertônico (mínimo aporte hídrico possível) e furosemida fixa com medidas hipocalemiantes associadas, tendo a doente acabado por falecer por falência de órgão.

Conclusão: A mortalidade nos doentes com síndrome DRESS varia entre os 2-10%, sendo que os principais preditores de mortalidade consistem na disfunção multiorgânica a na idade avançada. Neste caso, o acometimento extenso das mucosas (com desnutrição severa e perda sequelar de pressão oncótica) e o esquema de redução de corticoterapia, precipitado pela suspeita de intercorrência infecciosa, parecem ter contribuído para a disfunção multiorgânica e consequente desfecho fatal da doente.

POA 40

O SEGREDO POR TRÁS DA RABDOMIÓLISE: UMA HISTÓRIA SOBRE A SÍNDROME DE COMPARTIMENTO.

Rita Sousa; Olga Pires; Ana Filipa Martins; Cleide Oliveira; Inês Gonçalves; Francisco Simões; Diana Oliveira; Juliana Andrade; Alexandre Carvalho; Joana Morais; Rosa Carvalho; Maria João Regadas; Carlos Capela
Hospital Braga

Introdução: A síndrome de compartimento é uma condição grave causada pelo aumento da pressão dentro de um compartimento muscular, resultando em compressão dos tecidos e comprometimento da circulação sanguínea. As causas traumáticas são mais frequentes, mas também pode surgir em contexto de exercício físico intenso, intoxicação severa por álcool ou drogas, síndrome nefrótica, entre outros. A clínica inclui dor intensa, edema e fraqueza muscular.

Caso clínico: Homem, 50 anos, com dor crônica de difícil controlo, secundária a fratura de D3, com dependência de opióides e canabinóides, é encontrado caído, com depressão grave do estado de consciência e levado ao serviço de urgência. A esposa referia história de quedas que associava à toma da analgesia. Do estudo realizado, identificou-se uma rabdomiólise grave (mioglobina >12000 mg/dL, CK 85340 mg/dL), com lesão renal aguda anúrica, acidemia mista grave e hipercalemia (Creatinina 2.23 mg/dL, K+ 8.3 mmol/L). Por esse motivo, o doente foi internado no serviço de Medicina Intensiva onde iniciou técnica dialítica contínua. Após recuperação de diurese, o doente foi transferido para a enfermaria geral. Nesta fase, mantinha edema periférico exuberante de difícil controlo e mialgias distais do membro inferior direito (MID), associadas a rubor, calor, flictenas e diminuição da força segmentar. Foi realizado ecodoppler do MID com circulação venosa e arterial patentes. Não apresentou febre ou

subida significativa dos parâmetros inflamatórios. A ressonância magnética do MID mostrou edema marcado do tecido celular subcutâneo e das fâscias, associado a edema das estruturas musculares locais, particularmente a nível medial, com hipersinal centrado à cabeça medial do gastrocnémio. Estes achados, associados ao contexto de múltiplas quedas, alteração do estado de consciência, edema periférico exuberante e dependência de opióides, contribuíram para a realização do diagnóstico de síndrome de compartimento. **Discussão e conclusão:** Com este caso, pretende-se destacar a complexidade e a gravidade da síndrome de compartimento, uma condição médica potencialmente debilitante que pode resultar em danos permanentes se não for tratada rapidamente. Aqui, o doente apresentou uma combinação de fatores de risco que contribuíram para o desenvolvimento da síndrome de compartimento, o que destaca a importância da avaliação holística do doente e do reconhecimento destes fatores de risco potenciais para a prevenção e gestão adequada da síndrome.

POA 41

QUEM PROCURA SEMPRE ENCONTRA

Inês Albergaria; Catarina Veiga; Fábola Figueiredo; Joana Capelo; Ana Nunes; Jéssica Gonçalves de Oliveira; Beatriz Silva Costa; Edite Nascimento

Centro Hospitalar Tondela Viseu

A amiloidose cardíaca, apesar de rara, é a forma de miocardiopatia restritiva mais frequente no mundo ocidental. Contudo, o seu diagnóstico é habitualmente tardio, uma vez que as suas manifestações são pouco específicas e os achados ecográficos são tardios na evolução da doença.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 85 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (IC FEp) atribuída a HTA, doença renal crónica

(DRC) estadio 4 de etiologia presumida isquémica, dislipidemia, doença pulmonar crónica ainda não estratificada e hipoacusia. Internada por insuficiência cardíaca descompensada em perfil B tendo sido o precipitante o uso abusivo de anti-inflamatórios não esteroides. Clinicamente, apresentava agravamento progressivo da dispneia de esforço até NYHA IV e agravamento do edema periférico com 1 semana de evolução. Para além da hipoacusia, não apresentava queixas atribuíveis a polineuropatia, disautonomia ou síndrome do túnel cárpico, nem hematomas, macroglossia ou história familiar suspeita.

Apresentava anemia normocítica ligeira e ligeiro agravamento da função renal em relação ao seu basal. A radiografia de tórax apresentava sinais de congestão pulmonar e índice cardiotorácico aumentado. O eletrocardiograma estava em ritmo sinusal 73/min, sem bloqueio auriculoventricular, ondas Q ou critérios de hipertrofia ventricular esquerda, mas também sem baixa voltagem.

Já o ecocardiograma transtorácico mostrava ventrículo esquerdo de paredes moderadamente espessadas com fração de ejeção preservada e redução do strain longitudinal global. Este achado imagiológico aliado aos antecedentes patológicos conhecidos (nomeadamente idade, hipoacusia e DRC) permitiram levantar a hipótese de se tratar de amiloidose cardíaca.

Foi excluída gamapatia monoclonal. A cintigrafia osteoarticular com tecnécio mostrou hipercaptação miocárdica biventricular do radiofármaco de grau 3 na escala de Perugini, compatível com a suspeita clínica de amiloidose cardíaca associada a transtirretina (TTR). Foi solicitado também estudo genético para distinguir a amiloidose senil (wild-type) da amiloidose ATTR (mutante). Após tratamento da descompensação foi orientada para consulta externa, tendo a doente tido internamentos subsequentes por descompensação

da IC. Foi induzida em hemodiálise por refratariedade da hipervolemia, com boa tolerância e estabilização subsequente.

Este caso procura mostrar que, na suspeita de amiloidose cardíaca, se justifica fazer a investigação diagnóstica. Apesar da doente ter doença avançada, o diagnóstico da variante hereditária possibilitará a deteção mais precoce de familiares próximos afetados e seu tratamento dirigido com impacto prognóstico.

POA 42

MIXOMA AURICULAR – A PROPÓSITO DE UM CASO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

Catarina Reis; João da Silva Gomes;
Ana Luísa Rodrigues; Emanuel Oliveira; Ana Lopes;
Maria João Ôura; Beatriz Parreira; Isabel Camões;
Jorge Almeida

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: Os tumores cardíacos primários são raros, sendo a sua incidência em alguns estudos de aproximadamente 0.02% das autópsias gerais. Cerca de 75% destes são tumores benignos. As manifestações clínicas dependem da localização, tamanho e mobilidade do tumor, sendo que o diagnóstico definitivo exige avaliação anatomo-patológica.

Caso clínico: Homem de 73 anos, antecedentes relevantes de fatores de risco cardiovasculares (hipertensão arterial, dislipidemia diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratado). Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro inaugural com 8 dias de evolução de dispneia até repouso, ortopneia e edema dos membros inferiores. Ao exame objetivo, polipneico em ar ambiente com SatO₂: 70%, TA 171/114mmHg, FC 123 bpm, TVJa 45°, crepitações grosseiras dispersas na auscultação e edema dos membros inferiores até à raiz da coxa. Eletrocardiograma sem alterações da condução ou do segmento ST/T. Gasimetria arterial com insuficiência respiratória hipoxémica, sem distúrbios hidroeletrólíticos,

lactatos de 3.46mmol/L. Radiografia torácica evidenciava cardiomegalia e sinais de congestão bilateral. Analiticamente, sem alteração dos marcadores de necrose miocárdica, BNP 1202 pg/dL, restante estudo sem alterações de relevo. Admitido no Serviço de Medicina Intensiva onde permaneceu 48 horas com resposta favorável a terapêutica diurética e necessidade transitória de ventilação não invasiva. Progrediu estudo com ecocardiograma transtorácico e transesofágico que revelaram função ventricular esquerda sistólica global severamente comprometida (FEVE 18%), massa ecogénica ovoide (14x10mm), pediculada e muito móvel na aurícula direita, na transição entre a desembocadura da veia cava superior e o apêndice auricular direito sugerindo mixoma. Realizou coronariografia que excluiu irregularidades na vascularização coronária. Foi submetido a cirurgia cardiotorácica que decorreu sem intercorrências, apresentando histologia compatível com mixoma auricular. Evolução clínica favorável, tendo tido alta sem sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca.

Conclusão: As complicações cardiovasculares dos mixomas podem ser fatais, daí importância de uma marcha diagnóstica e tratamento céleres. O mixoma auricular constitui uma causa tratável de insuficiência cardíaca, mesmo em estadios avançados, que não deve ser esquecida.

POA 43

ENTRE A ADVERSIDADE E A RECUPERAÇÃO

Ana Carolina Robalo; Ana Santos Costa;
Ana Teixeira Reis; Margarida Neto; Pedro Carreira;
Ermelinda Pedroso
Hospital de Sao Bernardo

A síndrome de Stevens-Johnson (SJS) é uma reação de hipersensibilidade imunomediada, podendo tornar-se uma emergência médica. A grande maioria dos casos está relacionada com fármacos, nomeadamente antibióticos

-lactâmicos, mas infecções podem também estar implicadas. A fisiopatologia não está completamente esclarecida pensando tratar-se de uma reação de hipersensibilidade retardada. O tratamento é habitualmente de suporte. Homem de 70 anos com antecedentes de psoríase, hepatite B com carga viral indetectável e diabetes mellitus tipo 2 deu entrada no Serviço de Urgência (SU) por dor em ambos os membros inferiores onde apresentava lesões bolhosas, com presença de exsudado purulento, tendo alta com indicação para cumprir antibioterapia empírica com Flucloxacilina. Regressou ao SU 2 dias após por aparecimento de lesões de epidermólise dispersas pelo corpo. Cerca de duas semanas antes do quadro, recorreu ao SU por queixas urinárias compatíveis com cistite aguda e medicado empiricamente com Amoxicilina e Ácido Clavulânico (AAC) que cumpriu durante 7 dias. Ao exame objetivo, apresentava perda de integridade cutânea em ambos os membros inferiores (cerca de 10% na avaliação superfície corporal queimada). Observável também lesões eritematosas, hiperpigmentadas, em forma de alvo e redondas. As erupções tinham diversos tamanhos, estando concentradas nos membros superiores e inferiores, tórax, abdômen, face e palmas das mãos. Erosões dolorosas também foram observadas na mucosa genital. Iniciada fluidoterapia, cuidados de penso em lesões cutâneas e transferido para Unidade de Queimados, onde manteve cuidados e monitorização com melhoria progressiva. A SJS pode ser diferenciada de outras doenças da pele pelo padrão de lesões cutâneas individuais, distribuição das lesões e extensão do descolamento epidérmico. A terapêutica combinada de AAC foi identificada como causa devido à relação temporal entre a sua administração do fármaco e o início das erupções, o que é corroborado pela literatura. Apresentamos este caso, não apenas pela exuberância da

apresentação, mas também para sensibilizar para o fato de que podem ocorrer reações graves de hipersensibilidade com -lactâmicos.

POA 45

UMA DOR LOMBAR QUE PÕE EM RISCO DUAS VIDAS

Inês Araújo Ferreira¹; Ana Rita Oliveira²;
Daniela Salgueiro²; Mafalda Gouveia²;
Mariana Marques³; Soraia Oliveira²; Pedro Moura²;
José Miguel Sá²

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital Conde de Bertiandos; ²Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia; ³Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: A pré-eclâmpsia é uma complicação grave da gravidez, caracterizada por hipertensão arterial e disfunção múltipla de órgãos e pode ser fatal tanto para a mãe como para o feto. Embora a sua etiologia não esteja totalmente esclarecida, fatores como obesidade e hipertensão arterial aumentam o seu risco de desenvolvimento.

Caso clínico: Sexo feminino, 40 anos, obesidade grau I e início recente de tratamento anti-hipertensor. Apresentou-se no Serviço de Urgência (SU) com queixas de desconforto na região do hipogastro e polaquiúria, interpretadas como infecção do trato urinário (ITU) e tratada empiricamente com fosfomicina.

Uma semana depois recorre novamente ao SU com lombalgia, edema dos membros inferiores e cefaleia com 1 dia de evolução. À admissão, observada hipertensão arterial com tensão arterial sistólica de 152 mmHg, massa periumbilical e edema dos membros inferiores. Analiticamente com lesão renal aguda (creatinina de 2.14 mg/dL), colestase hepática e proteinúria. Doente desconhecia existência de uma gestação, realizado teste imunológico de gravidez que foi positivo.

A avaliação por Obstetrícia confirmou gestação de 22 semanas com ausência de foco cardíaco e rotura de membranas de tempo in-

determinado. A doente entrou em trabalho de parto que resultou no nascimento de um nato morto. Internada na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) com diagnóstico de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade. Iniciou profilaxia para crises convulsivas com perfusão de sulfato de magnésio, manteve valores de magnésio séricos dentro dos objetivos terapêuticos (5,4 mg/dL). Após 24 horas, apresentou tensões arteriais dentro dos valores da normalidade sem necessidade de introdução de fármacos anti-hipertensores, melhoria da função renal e da colestase hepática. Transferida para o internamento de Ginecologia/Obstetrícia para continuação de vigilância e seguimento.

Discussão: Este caso demonstra a variada apresentação clínica da pré-eclâmpsia, que pode incluir sintomas inespecíficos como dor abdominal e cefaleia. Numa mulher sem conhecimento de gestação, podem ser sintomas facilmente confundidos com outras entidades clínicas, como ITU. A pré-eclâmpsia é uma condição obstétrica potencialmente grave que requer vigilância apertada. O reconhecimento dos sinais e sintomas de alarme, assim como uma intervenção terapêutica precoce, pode melhorar os resultados maternos e fetais.

POA 46

HIPOMOTILIDADE GASTRO-INTESTINAL ASSOCIADA AOS ANTIPSICÓTICOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

José Coelho Ribeiro; Rafaela Lopes Freitas; Sandra Mendes; Marta Pereira
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A hipomotilidade gastro-intestinal (HGI) é uma reconhecida comorbilidade entre os doentes com patologia do foro psiquiátrico. Trata-se de uma condição com um espectro amplo de apresentação onde se incluem a gastroparésia, o ileus e a pseudo-obstrução intestinal. Neste grupo de doentes,

a HGI é frequentemente um problema multifatorial com origem em fatores diretamente relacionados com a doença mental, com comorbilidades paralelas e com o efeito lateral de fármacos psicotrópicos. Apresenta-se um caso de HGI severa num doente com doença psiquiátrica como forma de alertar para esta problemática.

Caso clínico: Homem, 37 anos, com esquizofrenia, polimedicado com antipsicóticos. Transportado ao Serviço de Urgência (SU) de um hospital de nível II por dor abdominal com tempo de evolução incerto. À admissão no SU, documentada agitação psicomotora severa, taquipneia com recrutamento de músculos acessórios da ventilação, sem dessaturação, taquicardia e tempo de preenchimento capilar prolongado apesar de tensão arterial média de 80mmHg. O abdómen apresentava-se distendido, timpanizado, tenso, doloroso à palpação, sem dor à descompressão.

Durante a permanência no SU, evoluiu em peri-paragem, sendo admitido na sala de emergência, onde se apresenta com sinais de choque e de falência ventilatória iminente. Na tomografia computadorizada realizada, documentada distensão de todo o cólon por conteúdo fecal e preenchimento difuso do intestino delgado por conteúdo líquido, sem imagem de obstrução mecânica. A veia cava inferior encontrava-se colapsada. Não havia sinais de isquemia ou perfuração de víscera oca. Assumido quadro de choque obstrutivo por presumível síndrome de compartimento abdominal secundário a pseudo-obstrução intestinal.

Implementadas medidas médicas de gestão de síndrome de compartimento abdominal com bloqueio neuromuscular, suporte ventilatório invasivo e suporte aminérgico como ponte para laparotomia descompressiva emergente. A inspeção intra-operatória revelou uma distensão severa e difusa do cólon, tendo-se assumido que o mesmo não apresentava viabilidade funcional. Neste sentido,

procedeu-se a colectomia total e confecção de ileostomia terminal.

Após revisão da história e realização de estudo metabólico e endócrino para exclusão de causas alternativas de HGI, assumiu-se quadro secundário a iatrogenia dos antipsicóticos.

Discussão: O mecanismo de HGI induzida pelos antipsicóticos não se encontra completamente esclarecido, mas parece estar relacionado com o antagonismo colinérgico, histaminérgico e serotoninérgico destes fármacos. Trata-se de um efeito lateral associado quer a antipsicóticos típicos, quer atípicos e cujo risco de desenvolvimento aumenta com o tempo de exposição cumulativa.

No extremo do espectro de severidade da HGI associada aos antipsicóticos encontram-se complicações como translocação bacteriana, isquemia e/ou perfuração de vísceras, pneumonia de aspiração e síndrome do compartimento abdominal. Contudo, mesmo os casos mais ligeiros não devem ser menosprezados pelo impacto negativo que apresentam na qualidade de vida dos doentes. Assim, o uso crescente de fármacos antipsicóticos a que temos vindo a assistir na prática clínica impõe aos profissionais de saúde a responsabilidade de prevenirem, identificarem precocemente e gerirem este potencial efeito lateral destes fármacos.

POA 47

HIPONATRÉMIA GRAVE APÓS PREPARAÇÃO INTESTINAL COM POLIETILENOGLICOL

Beatriz André Marques¹; Bruna Cordeiro²; Isabel Caetano²; Cátia Faria²; Ana Ponciano²

¹IPo Lisboa; ²Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A colonoscopia é um exame útil na investigação etiológica da anemia ferropélica. Previamente à sua realização é necessária uma adequada preparação intestinal, a qual, raramente, pode condicionar distúrbios hidroeletrólíticos graves.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso

de uma mulher de 85 anos de idade que foi admitida no serviço de urgência por crise tónico-clónica generalizada. A doente encontrava-se a realizar preparação intestinal, com Klean-Prep® (polietilenoglicol [PEG]), desde o dia anterior. Nessa manhã vomitou a última parte da preparação. Enquanto aguardava a realização do exame apresentou um quadro de mal-estar geral associado a instabilidade da marcha, disgrafia e posterior crise convulsiva. À admissão no Serviço de Urgência abria os olhos à estimulação dolorosa, localizava o estímulo doloroso e estava em mutismo (Glasgow Coma Scale 8), sem outros défices neurológicos focais. Encontrava-se hemodinamicamente estável, eupneica em ar ambiente e apirética. Na gasimetria arterial a destacar um sódio de 115 mmol/L. Foram excluídas outras causas de alteração do estado de consciência, nomeadamente, infecciosas, vasculares, estruturais ou metabólicas. Iniciou reposição endovenosa com cloreto de sódio hipertónico com resolução do quadro clínico.

Discussão: Distúrbios eletrólíticos graves associados às preparações intestinais são raros e estão mais frequentemente associados a preparações à base de picossulfato de sódio do que ao PEG. Doentes que apresentam fatores de risco adicionais para desenvolver distúrbios iónicos graves, nomeadamente, utilizadores de diuréticos tiazídicos, beta-bloqueantes, inibidores seletivos da recaptação da serotonina, doentes com doença renal crónica e/ou insuficiência cardíaca congestiva, devem privilegiar o PEG. O caso clínico apresentado descreve uma doente com mais de 65 anos de idade que se encontrava medicada com hidroclorotiazida e bisoprolol. Não obstante a ter realizado a preparação intestinal com PEG, deveria ter suspenso estes fármacos e, idealmente, ter feito uma avaliação prévia do perfil iónico. Deste modo, é fundamental ter um elevado índice de suspeição clínica de hiponatremia grave perante

doentes que se encontram a realizar preparação intestinal e que desenvolvem quadros neurológicos agudos a fim de uma atuação atempada e tratamento adequado. Principalmente em doentes que fazem preparações intestinais à base de picossulfato de sódio mas também nos que fazem PEG.

POA 48

ASPERGILOSE PULMONAR: IMUNOSSUPRESSÃO SUB-DIAGNOSTICADA E EVOLUÇÃO PARA CHOQUE SÉPTICO

Vikesch Samji¹; Mariana Barosa²; Sara Pocinho¹; Ricardo Carnavele¹; João Torres¹; Inês Antunes¹; Filipa Monteiro¹; Diogo Santos¹; Isabel Santos¹; Eduarda Carmo¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; ²Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

As infeções fúngicas são uma causa de choque séptico em UCI, com um elevado índice de mortalidade. Estas infeções são propensas em doentes imunodeprimidos, do qual são exemplo os doentes com doença oncológica ativa ou transplantados.

O presente caso refere-se a uma mulher de 69 anos, internada no serviço de Ortopedia por fractura proximal da tibia e perónio esquerdo, submetida a osteossíntese cirúrgica. Tem história médica de hemorragia subaracnoideia por aneurisma intracraniano em 2019, hipertensão arterial, litíase renal e com hábitos tabágicos e etílicos marcados.

Durante a permanência no internamento de Ortopedia, desenvolveu insuficiência respiratória tipo 1 de novo. O estudo tomográfico do tórax evidenciou uma cavidade de parede espessa com líquido e densificação anómala adjacente, sugestivo de pneumonia necrotizante do andar inferior direito. Apesar de ter iniciado piperacilina/tazobactam, manteve-se febril e sem descida dos marcadores laboratoriais de inflamação.

Face à escassa resposta clínica foi realizada

broncofibroscopia, com isolamento de *Aspergillus*, para o qual foi medicado com fluconazol. Apesar da terapêutica instituída a doente evoluiu para choque séptico com disfunção multiorgânica (neurológica, cardiovascular e respiratória). Foi entubada e ventilada invasivamente, tendo sido admitida na Unidade de Cuidados Intensivos.

Foi alterada terapêutica antifúngica para voriconazol tendo em conta a aspergilose pulmonar, do qual cumpriu durante 20 dias.

Durante o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos, foi realizada investigação clínica com intuito de pesquisar quadro de imunossupressão, tendo-se constatado uma lesão ulcerada da mama esquerda, com biópsia a confirmar adenocarcinoma da mama. O estadiamento imagiológico por TC abdominopélvica revelou metastização óssea com fratura patológica umeral esquerda e presença de múltiplas adenopatias intraabdominais, mediastínicas e axilar esquerda.

Apesar da terapêutica, a doente volta a desenvolver um novo choque séptico, de ponto de partida respiratório. Face ao prognóstico reservado em doente com deterioração do estado funcional e cognitivo foi priorizada terapêutica de conforto, tendo a doente vindo a falecer ao 17º dia de internamento.

As infeções fúngicas apesar de raras têm sido mais frequentes na nossa população em virtude de várias condições clínicas como estados de imunossupressão e de piores condições de habitação. A ausência de critérios óbvios de vulnerabilidade, devem impor uma adequada investigação clínica, de modo a maximizar as oportunidades diagnósticas e terapêuticas dos nossos doentes.

Posters

PO 01

QUEM O DOENTE OUVI, O DIAGNÓSTICO ALCANÇA – UM CASO DE OSTEOSSARCOMA

Joana Pereira Melo; Alexandre Castro Lopes;
Valter Duarte; Rita Figueira; Inês Almeida Costa;
João Machado; Carla Matias; Gorete Jesus
CHBV

O osteossarcoma é um tumor ósseo maligno e raro, que produz matriz osteóide na metáfise dos ossos longos. Sexo feminino, 92 anos, recorre ao serviço de urgência por dispneia. Ao exame objetivo, membro inferior esquerdo em rotação externa, encurtado e edema até à coxa. Não mobilizava por dor, exacerbada desde há um mês por queda. Analiticamente, pO2 54 mmHg, fosfatase alcalina 579 U/L e proteína C reativa 15.45 mg/dl. Raio-x tórax com múltiplos infiltrados, tipo “largada de balões” e raio-x da coxa esquerda com massa disforme no terço distal. Assumido osteossarcoma/condrossarcoma do fémur esquerdo com metastização pulmonar. Foi internada na unidade de cuidados paliativos para controlo sintomático.

PO 02

QUANDO NEOPLASIAS SE DISSEMINAM NA SOMBRA DE MÚLTIPLAS COMORBILIDADES

Bruna Rodrigues Barbosa; Cláudia Sofia Ribeiro;
Sofia Ferreira; Joana Lopes Ferreira; Laurinda Pereira;
Martinho Fernandes; Ana Paula Pona
CHBM

Homem, 88 anos, parcialmente dependente. Antecedentes: HBP; Anemia ferropénica; HTA; IC e FA. Polimedicado. Admitido por dor abdominal difusa de agravamento progressivo e retenção urinária; hematúria macroscópica pós-algaliação. Abdómen doloroso à palpação

nos quadrantes direitos, sem defesa. Análises: Hb 9.7 g/dL, ureia 289 mg/dL, Cr 3.49 mg/dL, PCR 79.9 mg/dL sem leucocitose. TC TAP: rim esquerdo com volumosa lesão exofítica, multiloculada, provável lesão quiástica complexa, com calcificações eventualmente neoformativa. Campo pulmonar esquerdo com alterações nodulares e envolvimento secundário hepático. Pelas comorbilidades e metastização com indicação para paliar.

PO 03

HEPATITE POR FLUCLOXACILINA

Catarina Lencastre; Mafalda Bessa Melo;
Ana Constante; Francisco Bento Soares;
Lindora Pires
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: Hepatite traduz a inflamação do fígado com dano celular e necrose. Várias causas estão descritas como a Hepatite Medicamentosa. Descrevemos um caso clínico de hepatite com um fármaco atípico: Flucloxacilina.

Caso clínico: Doente do sexo masculino 72 anos recorre ao serviço de urgência com prurido, icterícia e colúria com duas semanas de evolução. Associa início do quadro a picada de inseto há cerca de dois meses atrás onde terá desenvolvido uma celulite periorbitária secundária, recorrendo ao uso da Flucloxacilina 500mg. Objetivamente estaria icterício e hemodinamicamente estável.

Analiticamente verificou-se AST 32 UI/L, ALT de 38 UI/L, GGT 258 UI/L, FA 210 UI/L, Bilirrubina Total 11.20 mg/dL, Bilirrubina direta 6mg/dL, creatinina 1,18mg/dL, albumina 4,0g/dL e INR 0,93. Realizou TC TAP sem alterações.

Identifica-se hiperbilirrubinemia e padrão de colestase sem causa definida.

Procede-se a internamento para estudo etiológico e manutenção de cuidados.

Iniciou corticoterapia e ácido ursodesoxicólico com melhoria sintomática.

No estudo realizado fez CPRM sem alterações. Alfa feto proteína normal. Serologias VIH; VHB; VHC; VHA; CMV e EBV negativas. Pesquisa de Plasmodium e Leptospira negativas. Descartou-se causas autoimunes com ANA e ANCA negativos, sem consumo de complemento, Imunoglobulinas A,M,G normais, anti-LKM negativo, anti- mitocondrial negativo, anti-musculo liso negativo, anti-transglutamina-se negativo. Doença de Wilson pouco provável com cobre sérico ligeiramente acima do limiar normal 183mcg/dL (N <160); sem diminuição da Ceruloplasmina (74mg/dL). Hemocromatose excluída com cinética do ferro normal. Níveis de alfa 1 antitripsina também normais. Realizou biopsia hepática, que mostrou colestase hepatocanalicular, sem ductopenia nem sinais de colestase crónica. Histologia compatível com causa obstrutiva/medicamentosa.

Excluídas outras causas, assume-se quadro de hepatotoxicidade tardia secundário a Flucloxacilina.

Discussão: Descreve-se um caso atípico de Hepatite Medicamentosa por Flucloxacilina, tratando-se fundamentalmente de um diagnóstico de exclusão. Esta doença mimetiza um largo espectro de doenças hepatobiliares, devendo dar-se ênfase à correta anamnese e história clínica do doente como estratégia crucial para estabelecer o diagnóstico da doença, associada a outros exames que permitam excluir outros diagnósticos diferenciais de Hepatite.

PO 04

HEPATITE AUTOIMUNE – A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA

João P. Rocha; Catarina Maia; Henrique Cardoso; Helena Oliveira; Teresa Antunes; Jorge Almeida
Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução: A hepatite autoimune é uma patologia inflamatória pouco comum, que pode surgir em qualquer idade e é mais incidente no sexo feminino. O seu diagnóstico pode ser desafiante, quer pela sua apresentação heterogénea (hepatite aguda, hepatite crónica ou cirrose), quer pela sensibilidade e especificidade limitados dos estudos imunológicos.

Caso clínico: Mulher, 51 anos. História de cistite de repetição, medicada há 2 anos com nitrofurantoína profilática 100 mg PRN (1-2 tomas semanais), e quisto céfalo-pancreático, diagnosticado em 2023, com 6mm de diâmetro e em vigilância. Sem outros fármacos habituais, sem consumo etílico ou de outros tóxicos. Sem história familiar relevante. Seis meses antes da admissão hospitalar, foram documentadas alterações das provas hepáticas em análises de rotina, com elevação das transaminases (ALT ~2x LSN, AST ~1.5x LSN), sem colestase ou elevação da bilirrubina total. No mês anterior à admissão, realizou curso de 14 dias de flucloxacilina por otite externa. Após término do curso de antibiótico, com queixas de astenia e náusea, motivando realização em ambulatório de estudo analítico de rotina, com documentação de hepatite - ALT 1717 U/L (~56xLSN), AST 912 U/L (~29x LSN), GGT 245 U/L (~8x LSN) e FA 159 U/L (~1.3xLSN), com biliirrubina total 2.3 mg/dL e coagulopatia (aPTT 40 seg, tempo de protrombina 13 seg, fibrinogénio normal). Foi admitida no Serviço de Medicina Interna para estudo etiológico. Das causas víricas, com imunidade por contacto para VHA e por vacinação para VHB, não imune para VHC com PCR VHC negativo, PCR hepatite E

negativo. Das causas metabólicas, apresentava ceruloplasmina normal e cinética de ferro com ferritina elevada (729 ng/mL) e saturação de transferrina 52% (em fase aguda; foram excluídas mutações do gene HFE). Realizou ecografia abdominal sem documentação de litíase ou obstrução das vias biliares. O estudo imunológico evidenciou ANA positivo (1/160 padrão mosqueado), anticorpos anti-hepáticos / antimitocondriais / anti-músculo liso / anti-TGT negativos, sem hipergamaglobulinemia e elevação ligeira de IgA (338 mg/dL). Por dúvida se etiologia tóxica vs. auto-imune, realizou biópsia hepática percutânea, cujo estudo anátomo-patológico mostrou lesões de hepatite crônica, com septação fibrosa do parênquima, e infiltrado linfoplasmocitário com atividade de interface e centrilobular moderada, de etiologia tóxica vs. autoimune. Diagnóstico de provável hepatite autoimune (AIH score 12 pontos pré-tratamento), motivando início de prednisolona 40mg/dia com melhoria das provas hepáticas. **Discussão:** A abordagem sistematizada ao doente com hepatite é fundamental para o diagnóstico correcto e introdução precoce de terapêutica, com vista a evitar a progressão da doença hepática. Isto implica a exclusão de causas comuns, como as hepatites víricas e as hepatites tóxicas, mas perante a dúvida clínica e no contexto apropriado, a biópsia hepática é fundamental para o diagnóstico diferencial e identificação de outras etiologias menos comuns, nomeadamente a hepatite autoimune. Apesar de neste caso não ser possível excluir algum contributo de hepatotoxicidade (quer da nitrofurantoína, quer da flucloxacilina) para o agravamento marcado das alterações nas provas hepáticas, a existência de lesões de cronicidade e infiltrado linfoplasmocitário com atividade de interface, assim como resposta favorável à corticoterapia sistémica, são muito sugestivas de etiologia autoimune para a doença hepática crônica de base.

PO 05

COMPLEXOS DE VON MEYENBURG: COMO VIGIAR?

Maria de Sá Pacheco; Renato Gonçalves; João Corrêa; João Pereira; Juliana Carneiro; Joana Coelho; Ana Patrícia Silva; Miguel Ângelo Lopes; Dália Estevão; Ana Rita Elvas; Leopoldina Vicente
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Introdução: Os complexos de Von Meyenburg, ou Hamartomas do ducto biliar, tratam-se de uma malformação hepática benigna. Representam uma patologia rara e habitualmente assintomática, normalmente com menos de 0.5 cm e localizada abaixo da cápsula hepática, sendo o seu diagnóstico habitualmente imagiológico e ocasional. Apesar de não existir nenhum tratamento dirigido e ser apenas aconselhada vigilância, foram descritos casos de evolução para Colangiocarcinoma.

Caso clínico: Homem de 57 anos, com antecedentes pessoais de Miocardiopatia Dilatada não isquémica de origem etanólica e Doença Arterial Coronária não obstrutiva. Doente fumador ativo, com antecedente de alcoolismo, atualmente em abstinência. Doente internado durante 23 dias, inicialmente na Unidade de Cuidados Intensivos e posteriormente na enfermaria de Medicina Interna, por Sépsis com ponto de partida respiratório, associada a Pneumonia Adquirida na Comunidade à esquerda, a justificar insuficiência respiratória do tipo 1, anemia normocítica normocrônica e trombocitopenia ligeiras, lesão renal aguda com acidémia metabólica, hiponatrémia e rabdomiólise. Após internamento, foi pedida Tomografia Computorizada (TC) do Tórax em consulta de Medicina Intensiva, que revelou lesões hepáticas inicialmente interpretadas como lesões metastáticas motivando estudo com recurso a TC Abdominal, Endoscopia Digestiva Alta (EDA) e Colonoscopia. O doente não apresentava qualquer queixa ou sinto-

matologia associada. Na TC Abdominal foram detetadas estruturas nodulares hipodensas no fígado, a maior com 17mm, com adenopatia de 24mm no tronco celíaco e presença de várias adenopatias mediastínicas. Na EDA foi apenas detetada esofagite péptica grau B, com focos de eritema dispersos no estômago e duodeno, com pesquisa de *Helicobacter Pylori* negativa. Na colonoscopia foi verificada a presença de diverticulose, bem como pólipos aplanados de 5mm que foi excisado e pólipos pediculados de 10mm que foi descrito histologicamente como adenoma tubular com displasia de baixo grau. Para melhor caracterização das lesões hepáticas foi pedida uma Ressonância Magnética (RMN) abdominal que descreveu áreas nodulares quísticas dispersas, compatíveis com Complexos de Von-Meyenburg, a manter sob vigilância. O doente mantém-se atualmente sem queixas e com RMN abdominal de controlo após um ano sobreponível.

Discussão: Os complexos de Von-Meyenburg tratam-se de uma malformação hepática benigna, caracterizada por pequenas dilatações quísticas dos ductos biliares revestidas por tecido fibroso, podendo apresentar-se imagiologicamente como pequenas lesões espalhadas ou, mais raramente, como nódulo único, fazendo por isso diagnóstico diferencial com lesões hepáticas secundárias. Embora benignas, há casos de progressão para Colangiocarcinoma, o que, tendo em conta o prognóstico reservado desta patologia tumoral, levanta a importância de criação de protocolos para uma vigilância adequada e correta detecção precoce.

PO 06

VASOPRESSINA: UM EXCELENTE FÁRMACO (COM AS SUAS COMPLICAÇÕES) – A ISQUEMIA DIGITAL

Bárbara Cristina Paracana de Oliveira;
Jéssica Krowicki; Mariana Sousa
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A vasopressina (VP), é uma hormona antidiurética e vasoconstritora pura. É utilizada, em casos seleccionados, como terapêutica vasopressora de segunda linha no choque séptico/distributivo refratário à noradrenalina (NA). Apesar de muitas vezes ser life-saving, pode condicionar efeitos secundários irreversíveis, como a isquemia digital. Mulher de 48 anos com choque séptico de ponto de partida numa celulite de membro inferior direito, refratário à NA, que levou à introdução de VP com consequente recuperação do perfil tensional. Por estabilidade hemodinâmica esta foi suspensa após 36h. Mesmo com a retirada precoce do fármaco, a doente apresentou isquemia irreversível dos dedos das mãos e pés.

PO 07

GANGRENA DE FOURNIER – SILÊNCIOSA, GRAVE E FATAL

Bárbara Cristina Paracana de Oliveira;
Jéssica Krowicki; Alexandre Castro Lopes;
Eduardo Ribeiro; Mariana Sousa
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A Gangrena de Fournier (GF) é uma fasciíte necrosante que afeta a zona perineal, perianal e genital. Inicialmente considerada idiopática, os métodos de diagnóstico atuais permitem classificar a sua origem na maioria dos casos. Está associada a comorbilidades como diabetes, alcoolismo, infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e uso prolongado de imunossuppressores, além de trauma/instrumentalização. A fisiopatologia resulta de um insulto patogénico que desen-

cadeia uma resposta inflamatória sistêmica, levando a endarterite obliterante, trombose vascular, isquemia tecidual e necrose fascial. Os microrganismos mais prevalentes incluem *Streptococcus*, *Staphylococcus* e *Escherichia Coli*. Clinicamente, a GF manifesta-se através de dor, edema, eritema, febre, secreções purulentas, crepitação subcutânea e áreas de tecido necrosado com edema circundante. O diagnóstico é confirmado através de intervenção cirúrgica, sendo crucial uma avaliação por tomografia computadorizada (TC) para identificar o foco inicial e avaliar a extensão da infecção. O prognóstico é reservado, exigindo uma ação rápida com antibioterapia de largo espectro, medidas de suporte e desbridamento cirúrgico para melhorar o desfecho clínico. Homem de 74 anos, diabético, admitido por choque séptico ponto de partida numa infecção de partes moles na zona inguinal e coxa interna direitas. A TC abdominopélvica revelou uma coleção abecedada com 11.5x4.8cm na zona anterior da sínfise púbica, com focos gasosos e destruição óssea, que se estendia à coxa direita em 14.9cm, acompanhada por enfisema cutâneo e muscular exuberantes. Após cirurgia de drenagem e desbridamento e sob antibioterapia com piperacilina/tazobactam e linezolid, o paciente foi admitido em cama crítica. Apesar de todas as medidas instituídas, a evolução foi desfavorável e o doente acabou por falecer. A GF é uma condição grave e associada a diversas comorbilidades, que exige intervenção rápida, destacando-se pela sua elevada morbimortalidade, como exemplificado por este caso em que apesar de abordagem cirúrgica, antibioterapia de largo espectro e suporte de órgão, o doente não resistiu à progressão da doença.

PO 08

AMILOIDOSE – UM DIAGNÓSTICO ESQUECIDO

Dina Neto; Maria Rosa Ferreira; Carolina Guedes; Sandra Moreira; Sofia Silva; Teresa Medeiros
Hospital Pedro Hispano

A Amiloidose é um síndrome complexo causado pela deposição patológica de substância amiloide em qualquer órgão ou tecido, causando disfunção. Existe uma grande heterogeneidade etiológica, mas sinais e sintomas inespecíficos, sendo por isso subdiagnosticada. O envolvimento cardíaco é o principal factor prognóstico. Este é o órgão mais atingido na Amiloidose AL e na Amiloidose associada à transtirretina wild-type. O diagnóstico passa pela confirmação da deposição de amiloide, caracterização do tipo de amiloide e avaliação da extensão da doença. O tratamento consiste na supressão da produção das proteínas percussoras da substância amiloide, associado ao tratamento de suporte, necessitando de um envolvimento multidisciplinar.

Apresentamos um homem de 87 anos, hipertenso, diabético e com dislipidemia, controlados com farmacoterapia. Como lesão de órgão alvo (LOA), apresenta uma doença renal crónica estágio G3A e doença cerebrovascular. Recorreu ao serviço de urgência como após documentação de diminuição da força à esquerda. À avaliação identificada hemianopsia homónima direita, parésia facial central esquerda, hemiparésia esquerda e síndrome de inatenção para o lado esquerdo. A tomografia computadorizada (TC) cerebral revelou a presença de um trombo endoluminal na porção distal do segmento M1 da artéria cerebral média direita (ACMD) e hipodensidade cortico-subcortical temporo-insular e fronto-parietal esquerda. Assumido assim enfarte cerebral em território da ACMD, etiologia ainda a esclarecer, sendo internado na unidade de Acidente Vascular Cerebral. Durante a marcha etiológica, foi identificado uma fibrilhação

auricular com resposta ventricular rápida e lenta, motivando a colocação de pacemaker; o ecocardiograma revelou sinais sugestivos de cardiopatia infiltrativa e identificada proteinúria subnefrótica. Colocada como hipótese de diagnóstico a amiloidose, confirmando-se após biópsia de glândulas salivares com depósitos de substância amiloide e cintigrafia com tecnécio-99m-ácido-3,3-difosfono-1,2-propano-dicarboxílico (Tc99m-DPD) com achados compatíveis com amiloidose cardíaca por deposição de transtirretina. Electroforese de proteínas sem pico monoclonal estudo genético em curso.

A combinação de vários sinais e sintomas foram a chave para o correcta abordagem deste doente. Através deste caso clínico, os autores querem reforçar a importância da suspeição diagnóstica, para o correcto e atempado diagnóstico da amiloidose.

PO 09

ERITEMA AB IGNE

Ana Rocha Oliveira; Rita Figueira; Laura Baptista; Barbara Paracana; Gisela Gonçalves; Bruna Nascimento; Tatiana Rodrigues
Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: Eritema ab igne caracteriza-se por lesões pigmentadas, reticulares e por vezes eritematosas, observadas em adultos após exposição prolongada a fontes de calor ou radiação infravermelha. O eritema ab igne pode ocorrer em qualquer localização e é frequentemente assintomático. As alterações cutâneas resolvem espontaneamente com a cessação da exposição da pele.

Caso clínico: Homem, 87 anos, com lesões pigmentadas, eritematosas, indolores e não pruriginosas, em ambos os joelhos. Quando questionado, o doente refere aparecimento destas lesões todos os invernos, porque está sentado à frente da lareira, sendo que no verão as lesões resolvem espontaneamente.

PO 10

ANTICORPOS ANTIFOSFOLIPÍDICOS E COVID-19

Ana Rocha Oliveira; Gisela Gonçalves; Valter Duarte; Rita Figueira; Joana Melo; Tatiana Rodrigues
Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: A produção de anticorpos antifosfolipídicos (AAF) na fase aguda da COVID-19 é comum, sendo a associação mais frequente a positividade para o anticoagulante lúpico (AL), descrito em 50% dos casos reportados. O significado da positividade dos AAF é incerto. Este caso clínico ilustra o caso de um jovem que após o COVID desenvolveu coagulopatia e positividade para os AAF, sem cumprir critérios de Síndrome Antifosfolipídico (SAF).

Caso clínico: Homem, 24 anos, antecedentes de cirurgia em 2016, na altura com estudo da coagulação sem alterações, e COVID-19 em junho de 2020, paucisintomático. Referenciado à consulta de Medicina Interna em março de 2021 por prolongamento do Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado (aPTT) em estudo analítico pré-operatório. Estudo imunológico negativo, à exceção do anticoagulante lúpico, anticardiolipina e anti-beta2 microglobulina, que testaram positivos. Sem eventos trombóticos em território venoso ou arterial, pelo que não cumpria critérios de Sapporo para SAF. Manteve doseamento regular de AAF, sempre com tripla positividade tendo completado estudo com doseamento de fatores de coagulação, do qual se objetivou défice de fator VIII, IX e XI por provável interferência dos AAF. Até ao momento mantém-se sem eventos trombóticos, aPTT 63.5 seg e com AAF persistentemente positivos.

Discussão: A literatura é consistente na associação da COVID-19 e AAF durante a fase aguda da infeção, em particular o AL. Os casos de tripla positividade são raros e não foram associados a maior risco trombótico, sendo que nos poucos estudos realizados cerca de 50%

dos doentes apresentaram AAF negativos após 1 mês da infeção. Com este caso clínico pretendemos ilustrar um caso de coagulopatia e AAF positivos que poderá ser secundária a COVID-19, no entanto são necessários mais estudos a corroborar esta correlação.

PO 11

LÚPUS TÚMIDO QUE EVOLUIU PARA LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Ana Rocha Oliveira; Rita Figueira; Gisela Gonçalves; Barbara Paracana; Laura Baptista; Tatiana Rodrigues
Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: O Lúpus Túmido (LT) é um subtipo de Lúpus Cutâneo raro, que raramente se associa a envolvimento sistémico. Caracteriza-se por aumento da fotossensibilidade e aparecimento de lesões cutâneas nas áreas mais expostas à radiação UV, que normalmente resolvem espontaneamente. O diagnóstico é histológico e o tratamento consiste na fotoproteção. Este caso clínico retrata uma doente com LT que evoluiu para Lúpus Eritematoso Sistémico (LES).

Caso clínico: Mulher, 49 anos, fumadora ativa e com antecedentes de sarcoidose pulmonar na infância. Observada na consulta de Medicina Interna em setembro de 2020 por trombocitopenia (69 000 plaquetas), sem alterações no estudo da medula óssea. Referia cansaço com cerca de 1 ano de evolução, sem outra sintomatologia. Ao exame físico apresentava lesão acastanhada, papular, não descamativa no dorso com cerca de 8x7cm e outra lesão de aspeto semelhante na região torácica anterior com 2x2cm. Realizou biópsia da lesão cutânea com histologia compatível com LT. Analiticamente com Velocidade de Sedimentação (VS) e Proteína C Reativa (PCR) sem alterações, anticorpos anti-nucleares (ANA's) negativos e sem outras alterações no estudo imunológico. Assim, quadro de lúpus cutâneo muito raramente acompanhado de envolvimento sistémico pelo que enquadrar

a trombocitopenia neste contexto seria muito improvável. Manteve seguimento com persistência de trombocitopenia e, em dezembro de 2022, doseamento de ANA's positivo e complemento – C3 discretamente diminuído. Segundo critérios da EULAR pontua >10 pontos, pelo que cumpre critérios para diagnóstico de LES. **Discussão:** Apesar da baixa probabilidade do LT evoluir para LES, estes doentes devem manter um seguimento regular hospitalar. Com este caso pretendemos ilustrar a importância do seguimento regular dos doentes com patologia autoimune pela constante evolução e permutabilidade do diagnóstico ao longo do tempo.

PO 13

TOXOPLASMOSE CEREBRAL – UM DIAGNÓSTICO CADA VEZ MAIS RARO

Bárbara Laczkovits¹; Laura Ramos²; Fátima Hierro¹; Carolina Costa¹; Eduarda Ruiz Pena¹; Cristina Rosário¹
¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; ²IPO Porto

A toxoplasmose é infeção frequente do sistema nervoso central em imunodeprimidos, sobretudo se CD4 <100/mcL. Apresenta-se caso de homem de 76 anos caucasiano e residente em Angola, sem antecedentes conhecidos, com quadro de disartria e ataxia da marcha progressivas, prostração e febre. Em RM-CE detetadas lesões com hipersinal em T1, realçando as maiores após contraste, distribuídas pelos hemisférios e núcleos da base (supra e infratentorias), compatíveis com toxoplasmose cerebral. Analiticamente, HIV-1 positivo, CD4 43/mcL, IgG sérica e PCR no LCR T. gondii detetadas. Assumida toxoplasmose cerebral em infeção HIV inaugural, sendo esta apresentação já pouco comum na prática clínica atual.

PO 14

VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA PÓS VACINAÇÃO – UMA CONDIÇÃO GERALMENTE INÓCUA E AUTO-LIMITADA

Bárbara Paracana Oliveira; Alexandre Castro Lopes; Mariana Sousa
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A vasculite leucocitoclástica (VCL) é uma condição rara. Pode ser idiopática ou relacionada com infeções, auto-imunidade ou fármacos - com casos descritos após vacinação. A fisiopatologia passa pela ativação de células B/T, formação de anticorpos, deposição de complexos imunes e recrutamento de leucócitos. Manifesta-se a nível cutâneo com pápulas purpúricas. Pode, ou não, ter afetação sistémica.

Mulher de 72 anos com lesões cutâneas maculo-purpúricas nas pernas, seis dias após vacinação contra o SARS-CoV-2. Sem aumento de parâmetros inflamatórios ou evidência de infeção. Assumida VCL sem envolvimento extra-cutâneo e não iniciou corticoterapia. Com resolução completa ao fim de duas semanas.

PO 15

O OLHAR PERSPICAZ DO INTERNISTA: DESVENDANDO ALÉM DA PNEUMONIA

Juliana Andrade; Catarina Silva Araújo; Cristina Ângela
Hospital de Braga

Homem, 67 anos, fumador, internado por 5 dias por PAC e insuficiência respiratória tipo 1, sem isolamento de agente, medicado empiricamente com amoxicilina/clavulanato e azitromicina. À admissão, radiografia de tórax com extensa hipotransparência parcial do lobo superior esquerdo (LSE) pulmonar. À reavaliação pós-alta, clínica e analiticamente bem, mas a radiografia de tórax com, agravamento da hipotransparência no LSE. Fez broncofibroscopia, com citologia e biopsias que diagnosticaram carcinoma de pequenas células, T4 N0 M0, estágio IIIA. Iniciou tratamento com carboplatina e etoposídeo em combinação com radioterapia.

PO 16

LEPTOSPIROSE E REAÇÃO DE JARISCH-HERXHEIMER: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Juliana Andrade; Diana Ferreira Lopes; Francisco Oliveira Simões; Ana Filipa Martins; Cristina Ângela
Hospital de Braga

A leptospirose é uma zoonose associada a grande morbi-mortalidade. Dentre as espécies patogénicas identificados, destacam-se a *Leptospira interrogans* e a *Leptospira kirschneri* como espécies mais frequentemente. Constitui um desafio diagnóstico pela inespecificidade do quadro clínico ou sensibilidade de meios diagnósticos. Homem, 61 anos, vive e trabalha em meio rural. Dirigiu-se ao serviço de urgência por astenia, anorexia, mialgias e cefaleias frontais com 4 dias de evolução, sem clínica focalizadora. À admissão, com febre, e hipotensão, marcadores inflamatórios elevados, linfopenia e lesão renal aguda AKIN II não oligúrica. Sem alterações imagiológicas de relevo, reação de Paul Bunnell, rastreio para vírus da imunodeficiência humana (VIH) e pesquisa de vírus Influenza, SARS-CoV2 e VSR (vírus sincicial respiratório) negativa. Iniciou terapêutica empírica com ceftriaxone e ficou internado na Medicina interna (MI) por síndrome febril de origem indeterminada, com sepse e disfunção multiorgânica. Após cerca de 24 horas, houve episódio de febre elevada com shivering, hiperemia conjuntival e agravamento de hipotensão, revertida com fluidoterapia.

Associou-se doxiciclina por seu efeito bacteriostático e suspeita de possível zoonose. Hemoculturas foram negativas, com reação de Widal e Weil-felix negativas, rastreios de hepatites, citomegalovírus, vírus Epstein-Barr, Sífilis negativos, pesquisa de anticorpos para *Leptospira*, *Borrelia* (IgG e IgM) negativa. Aumento de velocidade de sedimentação, sem consumo de complemento, anticorpos ANA

(Anticorpos Antinucleares), ANCA (Anticorpos Anticitoplasma de Neutrófilos), anti-membrana basal glomerular e anti-dsDNA (anticorpos anti-dupla cadeia de DNA) negativos. Cumpriu 10 dias de ceftriaxona e 14 dias de doxiciclina. Após alta, em consulta, objetivou-se positividade para DNA de *Leptospira kirschneri* em exame de PCR (reação em cadeia da polimerase) sérico. A leptospirose humana é uma entidade subdiagnosticada, pelo que a combinação de alta suspeição clínica, com exposição ambiental justifica investigação laboratorial mais exaustiva, com testes laboratoriais de maior sensibilidade diagnóstica. A reação de Jarisch-Herxheimer, manifesta-se por um agravamento clínico transitório 12-24 horas após início de antibioterapia adequada para tratamento de infeção por espiroquetas. Este caso destaca a importância da abordagem cuidadosa e abrangente de pacientes com síndrome febril indeterminada, sendo a zoonose um diagnóstico de suspeição a considerar.

PO 17

PENFIGOIDE BOLHOSO: A IMPORTÂNCIA DA SUSPEITA CLÍNICA

José Coelho Ribeiro; Sara Camões
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Mulher de 84 anos, com hipertensão medicada com enalapril. História de ferida cortocontusa, sobreinfetada da perna esquerda, tratada com amoxicilina-ácido clavulânico. Dois meses depois, desenvolve quadro de lesões cutâneas bolhosas com atingimento dos membros superiores e inferiores, sem acometimento de mucosas. No Serviço de Urgência, com múltiplas lesões em fase de ulceração, sanguinolentas (figura 1). Feito diagnóstico de penfigoide bolhoso [PB] (histologia e imunofluorescência). Medicada com prednisolona 40mg/dia com resolução completa das lesões, tendo sido posteriormente adicionada azatioprina para desmame desta.

Descartada neoplasia pela associação reconhecida com PB.

PO 18

ADENOPATIA CERVICAL ÚNICA APÓS ABCESSO DENTÁRIO.

Maria João Matos Rocha; Pedro Amorim Machado; Ana Rita Ramalho; Benilde Barbosa; Pereira de Moura; Lèlita Santos
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o tipo mais comum de linfoma não Hodgkin e constitui cerca de 30-40% dos linfomas. Em 70 a 80% dos casos encontram-se em estadios III/IV de Ann Arbor, aquando do diagnóstico e a sua incidência aumenta com a idade. Este linfoma é o mais frequente nos doentes com imunossupressão, como os doentes transplantados ou associado ao VIH - vírus da imunodeficiência adquirida.

Caso clínico: Mulher de 43 anos admitida no serviço de urgência por tumefação cervical à direita, dolorosa, após tratamento dentário homolateral, por abscesso, na semana anterior. Sem referência a qualquer outra sintomatologia relevante. Sem antecedentes patológicos conhecidos, foi internada para estudo. Após realização de biópsia aspirativa, obteve-se o diagnóstico de Linfoma difuso de grandes células B, de subtipo não centro germinativo, confirmado posteriormente por biópsia excisional. No estadiamento com recurso a TC e PET, concluiu-se tratar-se de um Linfoma não Hodgkin, tipo B de grandes células, Ann-Arbor IA, e a doente iniciou quimioterapia, R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisolona).

Discussão: Apresentamos este caso clínico de forma a evidenciar a importância de um diagnóstico célere, de uma doença agressiva e potencialmente fatal, quando não adequadamente tratada. Neste caso em particular, tínhamos como potencial confundidor, o facto

da doente ter sofrido uma intervenção dentária por abscesso dentário recente, o que originou uma resposta do sistema imunitário que poderia justificar o aumento ganglionar local como reação inflamatória. Tal facto poderia protelar o diagnóstico inicial da doença, fazendo com que esta evoluísse para estadios mais avançados.

Alaggio R. et al. The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Lymphoid Neoplasms. *Leukemia* (2022) 36:1720–1748.

Kesavan M. et al. Front-Line Treatment of High Grade B Cell Non-Hodgkin Lymphoma. *Current Hematologic Malignancy Reports* (2019) 14:207–218.

PO 19

ENCEFALOPATIA URÉMICA.

Maria Rocha; Ana Rita Ramalho; Amparo Castellano; Benilde Barbosa; Pereira de Moura; Lèlita Santos *Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra*

Introdução: A encefalopatia urémica define-se como disfunção cerebral decorrente da acumulação de toxinas em consequência da falência renal aguda ou crónica. Frequentemente, esta patologia resulta de alterações no metabolismo hormonal, retenção dos solutos urémicos, desequilíbrios ácido-base, alterações na barreira hematoencefálica, ou inflamação. A apresentação clínica é variável, e vai evoluindo se a insuficiência renal não for corrigida. Não existe um diagnóstico clínico, laboratorial ou imagiológico, e frequentemente o diagnóstico é feito de forma retrospectiva, depois de se verificar uma melhoria clínica após correção da lesão renal, com recurso a tratamento médico ou de substituição.

Caso clínico: Mulher de 62 anos admitida no serviço de urgência por prostração e desorientação, com uma semana de evolução. Após observação da doente, constatou-se uma alteração do estado de consciência, so-

lência marcada, desorientação no tempo e no espaço, queixas álgicas na região cervical, e restante exame objetivo sem alterações. Analiticamente a destacar, lesão renal aguda (TFG 22 mL/min/1,73m²), hipercaliemia (K+ 7,7 mmol/L) com acidose metabólica e hipotiroidismo, sem referência a doença previamente conhecida. No decorrer do internamento a doente apresentou melhoria das queixas álgicas iniciais. Após fluidoterapia intensa, recuperou a sua função renal para valores de creatinina na ordem de 1,3 mg/dL. Verificou-se uma melhoria considerável do seu estado cognitivo, bem como o grau de autonomia prévio ao internamento.

Discussão: Pelo facto de se tratar de um diagnóstico frequentemente feito a posteriori e após resolução do quadro clínico, é de realçar a importância desta entidade clínica. A encefalopatia urémica aumenta a morbidade e mortalidade do doente com doença renal crónica, os sintomas são reversíveis com a clearancedas toxinas e com o início da diálise. Existem complicações severas como convulsões e coma que podem mesmo causar a morte, o que evidencia a importância do reconhecimento atempado dos sinais neurológicos precoces, assim como o agravamento da função renal.

Rosner MH, et al. Uremic encephalopathy. *Kidney Int.* 2022 Feb;101(2):227-241.

Seifter JL and Samuels MA. Uremic encephalopathy and other brain disorders associated with renal failure. *Semin Neurol.* 2011 Apr;31(2):139-43.

PO 20

QUANDO O DIAGNÓSTICO COMPLICA

Ana Carolina Robalo; Ana Costa Santos; Ana Teixeira Reis; Pedro Carreira; Ermelinda Pedroso *Hospital de Sao Bernardo*

O pneumomediastino é uma condição rara e subdiagnosticada. Mulher de 34 anos, com história de asma e nódulo pulmonar em inves-

tigação, foi admitida na urgência por toracalgia, edema facial e cervical, após broncofibroscopia que revelou tumor brônquico esquerdo e colhidas biópsias. Realizado estudo complementar com tomografia computadorizada de tórax que revelou pneumomediastino com extensão cervical e dorsal. Observado ainda quadro de crepitações supraesternais compatível com enfisema subcutâneo bilateral, além de murmúrio vesicular diminuído e sinal de Hamman. A doente iniciou corticoterapia, broncodilatadores e oxigenoterapia com melhoria e resolução do quadro.

PO 21

SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD

Carolina Soares Lopes; A. Beatriz Ferreira; Marta Soares Moreira; Inês Baptista Freitas; uarte Lima; Verónica Guiomar
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Homem de 88 anos, admitido por quadro de astenia e dispneia para esforços progressivamente menores com 1 ano de evolução. Do estudo realizado, o TAC do tórax demonstrou bronquiectasias tubulares em todo o campo pulmonar direito, com uma discreta perda de volume do lobo superior direito (Fig. 1) e uma assimetria no calibre das artérias pulmonares, medindo a esquerda 26 mm e a direita 18 mm (Fig. 2 e 3), sinais sugestivos de Síndrome de Swyer-James-Macleod, entidade rara, classicamente associada a infeções respiratórias de repetição na infância. Este caso demonstra um diagnóstico diferencial de sintomas respiratórios crônicos, em que o tratamento passa por medidas conservadoras e de suporte.

PO 22

HEMATÚRIA: DO TUMOR AO COÁGULO

Rafaela Magalhães; Maria Inês Candeias; Iris Simões Galvão; José Morgado Pereira; João Manuel Silva
ULS São José - Hospital Santo António Dos Capuchos

A hematúria é uma queixa comum, sintoma e sinal chave no diagnóstico de doenças nefro-

-urológicas. A hematúria macroscópica com coágulos sugere origem no trato urinário inferior. Caso clínico: Trata-se de doente de 82 anos, com história de fibrilhação auricular, hipertensão arterial e dislipidemia, admitido por AVC isquémico em M1 da ACM direita, sujeito a trombectomia. Ao 4º dia de internamento desenvolve franca hematúria sem repercussão hemodinâmica, mas com queda da hemoglobina com necessidade de lavagem, com remoção de coágulos. Documentou-se imagem em ecografia vesical de proeminente formação oval de 9cm, heterogénea sólida no interior da bexiga, sem sinal doppler, sugestiva de coágulo.

PO 23

O DILEMA DO EMPIEMA

Beatriz Marquês¹; Sofia Fontão Alves¹; Pedro Dinis Avelar¹; Henrique Sousa¹; Jorge Governá¹; Marina Coelho¹; Luzia Bismarck¹; Carla Henriques¹; Fátima Monteiro¹; Ana Costa¹; Rosa Amorim²
¹*Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras;* ²*Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha*

Mulher, 76A com neoplasia do reto cT3N2, admitida por epigastralgia, que agravava com a inspiração profunda, associada a vômitos e diarreia. GCS 14, eupneica, PA 125/65mmHg, com acidose metabólica. Analiticamente: lesão renal aguda, anemia, hiponatrémia e elevação dos parâmetros inflamatórios. Iniciou AB empírica por suspeita de infeção de foco abdominal. Por pico febril colheu HC - K.pneumoniae OXA-48. Por IR tipo1, realizou RX Tórax com hipotransparência no hemi-campo esquerdo. TC corpo descreveu derrame peritoneal loculado na fossa ilíaca direita e empiema pleural à esquerda. Realizou-se toracocentese e drenagem torácica com isolamento de *Bacteroides fragilis* sensível a Clindamicina.

PO 24

A EMANCIPAÇÃO DO SÓDIO

Renato Gonçalves; Carla Gonçalves;
Juliana Carneiro; Vasco Neves; Gonçalo Miranda;
João S. M. Pereira; Maria João Pacheco;
Joana Coelho; Ana Patrícia Silva; Lúcia Jardim;
João Maria Bento
*Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital
Distrital da Covilhã*

A doença de Addison (insuficiência adrenal primária) pode ter uma apresentação ligeira e insidiosa, ou em outras situações, uma apresentação aguda e grave. Algumas das alterações iónicas poderão ser secundárias a outras identidades, pelo que é necessário estar devidamente alerta para esta patologia, pois o seu diagnóstico implica um elevado grau de suspeita clínica.

Mulher de 39 anos, recorre ao Serviço de Urgência por tonturas e náuseas com 15 dias de evolução. Sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual.

Na avaliação encontrava-se hemodinamicamente estável (101/78 mmHg – FC 88 bpm), com saturação periférica de O₂ de 99%. Sem alterações relatadas no exame objetivo. Analiticamente com Na 126 mmol/L, K 5.3 mmol/L e Cl 93 mmol/L, bioquímica renal sem alterações. Admitida no Serviço de Medicina Interna para correção de hiponatremia sintomática e estudo complementar. Excluída pseudohiponatremia, bem como hiponatremia secundária a fármacos, prosseguiu-se a marcha diagnóstica a revelar aumento do Na urinário (88 mmol/L), que levou à classificação como hiponatremia hipovolémica por perdas renais. Nesta fase foi realizada reposição de sódio recorrendo a fluidoterapia e colocada a hipótese de insuficiência adrenal primária.

Do estudo solicitado salienta-se cortisol sérico matinal baixo (6.7ug/dl), confirmado com prova de estimulação com ACTH (6.9ug/dl) e doseamento sérico de ACTH elevado (787ng/dL), confirmando a hipótese diagnóstica de

doença de Addison. Foi também solicitado DHEA, como suporte diagnóstico, que se revelou baixo (0.3 ng/ml).

Relativamente ao estudo etiológico destaca-se a positividade do anticorpo 21-hidroxilase, que determina como auto-imune. Esta identidade encontra-se associada a síndrome poliglandular, no entanto o mesmo foi excluído.

Neste momento, sob terapêutica hidrocortisona 15 mg de manhã e 10 mg ao almoço, e fludrocortisona 0.05 mg por dia, sem sintomas e sem distúrbios iónicos.

Apesar de incomum esta é uma patologia que nos pode bater à porta a qualquer momento. A hiponatremia deve ser abordada com diferencial diagnóstico como qualquer outra patologia, pois poderá trazer surpresas que não tratadas poderão eventualmente traduzir-se em situações de gravidade clínica.

PO 25

DESASTRE VASCULAR: A ROTURA DE UM GIGANTE

Ana Gabriela Paupério; Maria Luísa Olim;
Mariana Formigo; Lúcia E. Guedes
ULS Entre Douro e Vouga

Introdução: O aneurisma da aorta abdominal (AAA) é o mais comum, é mais frequente em homens idosos e, se rotura, a taxa de mortalidade atinge os 90%. Homem de 87 anos, hipertenso, recorreu à urgência por astenia e dor lombar com <24 horas. Apresentava-se pálido, sudorético, hipotenso e taicárdico. Analiticamente com anemia (10,3g/dL), hiperlactacidemia (5,9mmol/L), elevação de d-dímeros (24130ng/mL) e da creatinina (3mg/dL). Realizou tomografia que identificou um AAA infra-renal com 12cm de diâmetro, com extensa trombose mural, e hematoma retroperitoneal por rotura de aneurisma. Submetido a reparação endovascular sem intercorrências, mantendo seguimento em consulta de Cirurgia Vasculuar.

PO 26

DIZ-ME DE ONDE VENS, DIR-TE-EI O QUE TENS

Inês Albergaria; Joana Capelo;
Francisco Rodrigues Dos Santos;
Jéssica Gonçalves de Oliveira; Beatriz Silva Costa;
Sónia Santos; Fabíola Figueiredo; Edite Nascimento
Centro Hospitalar Tondela Viseu

As viagens turísticas e as migrações internacionais de indivíduos de diversas proveniências têm trazido novos desafios à Medicina, pela importação de casos de infeções típicas de outras latitudes e menos frequentes ou até inexistentes em Portugal.

Apresenta-se o caso de um homem de 27 anos, imigrante brasileiro, sem doenças ou medicação crónicas, com antecedentes de Dengue aos 18 anos e vacinado contra a febre amarela. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre alta que cedia pouco a antipiréticos, astenia, mialgias, artralgias, cefaleia frontoparietal bilateral, dor retro-ocular, anorexia e náuseas com 4 dias de evolução. Negava diminuição da diurese, dor abdominal, vômitos ou perdas hemáticas. Tinha regressado de Minas Gerais (Brasil) 8 dias antes, onde entretanto havia sido decretada situação de emergência de saúde pública devido à elevada incidência de Dengue e outras arboviroses. Esteve em zonas com águas estagnadas e foi picado frequentemente por mosquitos. Apresentava-se hemodinamicamente estável e bem perfundido; vigil, orientado, colaborante, sem sinais de irritação meníngea ou défices neurológicos focais; sem sufusões conjuntivais, anictérico, com rash eritematoso não pruriginoso no tronco e membros superiores, sem lesões petequiais ou evidência de hemorragia das mucosas; auscultação cardiopulmonar sem alterações; abdómen sem ascite ou organomegalias palpáveis e indolor à palpação; sem edema periférico. Analiticamente, com leucopenia de $2\,530/\text{mm}^3$,

trombocitopenia de $104\,000/\text{mm}^3$, discreta elevação das transaminases e PCR de 7mg/dL ; marcadores de necrose miocárdica negativos. Ecografia abdominal, radiografia de tórax e eletrocardiograma sem alterações.

Considerou tratar-se provavelmente de Dengue dado o contexto epidemiológico, clínica sugestiva e estudo analítico compatível. O diagnóstico foi confirmado com a deteção de RNA (RT-PCR) do vírus da Dengue no sangue (com anticorpos IgM ainda não detetáveis). Foram excluídas, concomitantemente, infeções por vírus Influenza A e B, SARS CoV 2, Zika, da hepatite A e VIH e, ainda, malária e leptospirose. Serologias da sífilis e hepatite C negativas e imune à hepatite B (vacinado). O tratamento baseou-se em medidas de suporte e recomendação de evicção de ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios não esteroides, tendo sido referenciado para seguimento por Infeciologia. Teve evolução favorável.

A Dengue é uma infeção provocada por um flavivírus que se transmite através da picada de mosquitos do género *Aedes* infetados. Em Portugal, têm ocorrido apenas alguns casos importados (à exceção da Madeira, onde houve um surto de transmissão local em 2012). A apresentação clínica é muito variada, podendo haver manifestações hemorrágicas, aumento da permeabilidade capilar com extravasamento de plasma que, em situações graves, pode culminar em choque com disfunção multiorgânica. Assim, a inquirição sobre contexto epidemiológico é fulcral para o diagnóstico precoce e o tratamento atempado.

PO 27

ENDOCARDITE POR HACEK EM PORTADOR DE CRT-D

Inês Albergaria¹; João Gouveia Fiuza¹; Joana Capelo¹; Fabíola Figueiredo¹; Jéssica Gonçalves de Oliveira¹; Beatriz Silva Costa¹; Vanda Devesa Neto¹; António Grilo Novais²; Edite Nascimento¹

¹Centro Hospitalar Tondela Viseu; ²ULS Nordeste

A endocardite infecciosa (EI) associada a dispositivo intracardiaco é uma entidade rara associada a alta taxa de mortalidade. O *Cardiobacterium hominis* (grupo HACEK) é uma etiologia rara. Demonstra-se a importância de persistir no estudo etiológico nos casos em que a suspeita clínica de EI permanece.

Homem de 66 anos, com antecedentes de miocardiopatia dilatada idiopática com implantação de dispositivo de ressincronização cardíaca com desfibrilhador (CRT-D) em 2011, internado por síndrome febril (SF) prolongada, sem foco de infeção identificado. Ao exame objetivo, CRT-D sem sinais inflamatórios locais, sem alterações cutâneas, sem sopros à auscultação cardíaca. Analiticamente, com parâmetros inflamatórios aumentados e anemia. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone, com resposta razoável. Manteve bom estado geral, com escassos episódios de febre bem tolerada. Foi feito estudo etiológico exaustivo. Nas 3 hemoculturas (HC) com crescimento de agente Gram negativo que se manteve vários dias em identificação no laboratório. Na radiografia do tórax com opacidade na base direita, na TC confirmou-se consolidação com pequenas áreas cavitadas, sugerindo infeção. Fez ecocardiograma transtorácico e ecocardiograma transesofágico (EcoTE), sem vegetações valvulares ou nos elérodos. Ao 14º dia, após colheita das HC foi identificado *Cardiobacterium hominis*. Dada a probabilidade de infeção dos eletrocáteteres, fez PET cardíaca que apenas mostrou discreta captação no local de implantação do

gerador do CRT-D. Solicitado novo EcoTE que mostrou 2 vegetações no eletrocáteter ventricular. O nosso doente reunia 1 critério major e 2 minor de Duke para EI. Manteve antibioterapia até remoção do dispositivo cardíaco. Na SF prolongada num doente com dispositivo intracardiaco deve ser sempre considerada EI, doença grave e de elevada mortalidade. Ainda mais importante é esta exclusão no caso de bacteriémia a agente classicamente associado a EI. A persistência no estudo foi fundamental para o adequado diagnóstico e tratamento.

PO 28

BIGODE DE DALÍ

Inês Albergaria; João Gouveia Fiuza; Joana Capelo; Fabíola Figueiredo; Jéssica Gonçalves de Oliveira; Beatriz Silva Costa; Vanda Devesa Neto; Edite Nascimento

Centro Hospitalar Tondela Viseu

Mulher de 85 anos com fibrilhação auricular (FA) permanente admitida por dispneia, náuseas e vômitos. No ECG constatou-se FA com resposta ventricular lenta e depressão cônica do segmento ST, padrão descrito como “bigode de Dalí”, associado a impregnação digitalica. As alterações no ECG associadas à sintomatologia apresentada sugeriram intoxicação digitalica, confirmada por doseamento de digoxinémia (2,8ng/mL; N<2.0ng/mL). A intoxicação digitalica pode apresentar-se por clínica inespecifica como náuseas/vômitos, letargia ou disritmias sendo necessário estar alerta em doentes medicados cronicamente com digitalico e, especialmente, em idosos, dado o risco de mortalidade associado.

PO 29

QUANDO JÁ EXISTE DIAGNÓSTICO MAS PASSOU DESPERCEBIDO: UM CASO DE BACTEREMIA

Ana Martins; Rita Matos Sousa; Carla Ferreira;
Cleide Oliveira; Inês Gonçalves; Rosa Carvalho;
Joana Morais; Maria João Regadas
Hospital Braga

Introdução: As hemoculturas são uma ferramenta crucial no diagnóstico e monitorização de infeções da corrente sanguínea, obedecendo a métodos rigorosos de colheita. Quando positivas podem ser indicativas de qual o foco de infeção.

Caso clínico: Homem de 67 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial e obesidade grau I, dirige-se ao serviço de urgência por febre persistente durante 4 dias. Na avaliação inicial nega queixas focais e não apresenta alterações de relevo ao exame objetivo. Do estudo realizado, destaca-se linfopenia e aumento da PCR (128mg/L), sem alterações da enzimologia hepática, urina sem sinais de infeção e vírus respiratórios negativos. Dado o tempo de duração do quadro, realiza TC TAP onde não são descritas alterações agudas de relevo e colhe hemoculturas (HC). O doente teve alta, mas 24 horas depois foi contactado pelo isolamento de *Escherichia coli* e *Bacteroides fragilis* nas HC. Perante estes resultados, uma investigação adicional foi realizada, focando na possibilidade de uma patologia gastrointestinal subjacente. Durante uma anamnese detalhada, o doente referiu dificuldade e dor a defecar. Foi feito toque retal onde se identificou uma flutuação na parede posterior do reto. Revendo as imagens da TC anteriormente realizada, confirmou-se a presença de um abscesso perirretal, que foi drenado pela cirurgia geral, sem complicações. Associadamente, doente realizou ceftriaxona e metronidazol, com recuperação completa do estado prévio e as hemoculturas de controlo foram negativas.

Discussão: Apesar de estarmos perante um doente jovem, nem sempre é fácil obter a totalidade da informação durante uma anamnese quando realizada em serviço de urgência, acrescido o facto de exames relatados neste contexto podem não ser tão criteriosos ou pormenorizados. Assim, fez com que apesar da existência de evidência de abscesso perirretal em exame de imagem a justificar a clínica do doente, passou despercebido e atrasou o diagnóstico e tratamento.

Este caso sublinha a necessidade de uma avaliação completa e criteriosa em doentes com quadros clínicos sistémicos, mesmo em situações de urgência, a fim de evitar atrasos no diagnóstico e garantir uma intervenção terapêutica oportuna e eficaz.

PO 30

UM CASO RECORRENTE DE ENCEFALITE HERPÉTICA NÃO DETETADA NA PRIMEIRA PUNÇÃO LOMBAR

Ana Martins; Diana Lopes; Francisco Simões;
Juliana Andrade; Bárbara Campos; Maria João Vilela;
Diogo Lopes; Rita Matos Sousa; Maria João Regadas;
Alexandre Carvalho; Inês Gonçalves
Hospital Braga

Introdução: As alterações do estado de consciência ou do comportamento são um motivo frequente de procura de avaliação médica. Podem ser enquadradas em diversas etiologias de diferente gravidade, nomeadamente encefalite, sendo a principal etiologia a infeção por Herpes simplex 1.

Caso clínico: Homem de 72 anos, com antecedentes de Vasculite ANCA com atingimento renal e pulmonar, a realizar prednisolona e sob PRHD, e história de Encefalite herpética com atingimento lobo temporal direito no ano anterior, tendo recuperado o seu estado basal. Vem ao serviço de urgência por febre e prostração. Inicialmente foi diagnosticado com cistite e medicado com antibiótico para ambulatório. Regressou passado 2 dias com

as mesmas alterações. Apresentava abertura ocular à chamada, discurso pouco perceptível e cumpria ordens simples. Sem alterações analíticas de relevo ou alterações agudas em TC CE e TAP. Foi avaliado por Neurologia e realizou punção lombar (PL), o LCR revelou 6 células/uL, sem consumo de glicose, proteínas 0,38g/dL, painel meningites e encefalites por biologia molecular negativos. Ficou internado para estudo de febre sem foco. No 5º dia de internamento apresentou agravamento neurológico e complicou com Pneumonia de aspiração. Colocadas hipóteses de encefalite imuno-mediada ou infecciosa. Realizou EEG que referiu encefalopatia moderada com disfunção hemisférica esquerda e RMN CE com hiperintensidade em T2 e T2 FLAIR em posição temporal inferior e lateral. Repetiu PL, revelando no LCR 38 células/uL, sem consumo de glicose, proteínas de 0,78g/L e foi detetado DNA de Herpes simplex tipo 1. Iniciou tratamento com Aciclovir. No entanto apresentou evolução desfavorável, evoluindo para estado de mal epiléptico, acabando por falecer ao 16º dia.

Discussão: A patologia do sistema nervoso central era sugerida pela presença de febre e encefalopatia. Apesar da alta especificidade e sensibilidade da deteção de Herpes I na análise do LCR, mesmo no início da doença, o nosso doente apresentou primeira avaliação de LCR inocente, possivelmente decorrente do seu estado de imunossupressão, o que levou ao atraso do diagnóstico e início de terapêutica, significando um pior prognóstico. Este caso leva-nos a questionar a segurança de exclusão do diagnóstico de encefalite num doente com suspeita clínica, perante um painel de encefalites negativo. A evolução desfavorável destaca a gravidade desta infeção e a importância do início do tratamento de forma atempada.

PO 31

COMPLEXIDADE IMAGIOLÓGICA

Sandra Cunha; Luís Henrique Luz; Nádia Santos; Patrícia Fernandes; Behnam Moradi; Renato Saraiva
Hospital Santo André Leiria

A malformação arteriovenosa (MAV) é rara, tendo uma apresentação clínica variável.

As imagens apresentadas referem-se ao caso de um homem de 54 anos com uma MAV extensa sujeita a tentativas prévias de embolização. Trazido à urgência por convulsão, apresentando Glasgow de 11, pelo que realizou tomografia. Pelos diversos artefactos secundários a embolizações prévias, complexidade imagiológica e dúvida quanto à existência hemorragia ativa, o caso foi discutido com a Neurocirurgia que excluiu a presença de hemorragia ativa.

Os autores pretendem realçar as dificuldades na interpretação de imagens em doentes com intervenções prévias, devendo estas ser avaliadas por uma equipa multidisciplinar.

PO 32

MASSAS MEDIASTÍNICAS

Sandra Neto Cunha; Luís Henrique Luz; Nádia Santos; Patrícia Fernandes; Mónica Amado; Behnam Moradi; Renato Saraiva
Hospital Santo André Leiria

A síndrome de Cowden é caracterizada pela presença de tumores hamartomatosos, estando correlacionado com um aumento da incidência de outras neoplasias.

As imagens apresentadas referem-se ao caso de um homem de 48 anos com síndrome de Cowden. Recorre à urgência por dispneia e odinofagia com alguns dias de evolução e em agravamento. À admissão, polipneico sem necessidade de oxigenoterapia. Realizou estudo imagiológico com evidência de uma massa mediastínica de grandes dimensões, em provável correlação com doença linfoproliferativa. Com esta imagem, os autores pretendem realçar a possibilidade de massas mediastí-

nicas grandes terem um curso indolente, podendo ser detetadas de forma incidental.

PO 33

ENDOCARDITE GRUPO HACEK

Sofia Moreira; Nídia Oliveira; Francisco Santos; Beatriz Silva; Hugo Ventura; Catarina Oliveira; Edite Nascimento

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A endocardite infecciosa consiste no envolvimento de válvula cardíaca por bactérias ou fungos, com crescimento de vegetações adjacentes. A sua presença poderá originar embolização séptica, com alojamento em qualquer órgão. O seu diagnóstico nem sempre é linear e, para além da clínica, deve ser baseado na presença de hemoculturas positivas, associados a achados no ecocardiograma. Os microorganismos HACEK (*Haemophilus* spp, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Cardiobacterium hominis* Eikenella corrodens, e *Kingella kingae*), são agentes gram negativos, que fazem parte da flora oral e do aparelho respiratório superior, responsáveis por 1-3% das endocardites.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 63 anos, admitido no SU por febre e astenia com 1 semana de evolução. Já teria cumprido 6 dias de antibioterapia com claritromicina, por queixas de odinofagia e tosse seca, que, entretanto, resolveram. Por manutenção da febre sobre antipiréticos, recorreu novamente ao SU. Como antecedentes pessoais, apresentava SAOS, sob VNI noturno.

Ao exame objetivo, apresentava-se hemodinamicamente estável e apirético. Constatado sopro sistólico grau III/IV, mais audível no foco mitral e estigmas de doença alcoólica.

Analicamente com leucocitose e neutrofilia, LRA KDIGO 2 e elevação dos parâmetros inflamatórios. Combur e Rx de tórax sem alterações. Realizou ecografia abdominal: “fígado e baço volumosos, mas sem critérios evidentes

de esplenomegalia”. Colheu rastreio séptico, e foi admitido em internamento sob antibioterapia empírica com ceftriaxone, por traqueobronquite de presunção. No primeiro dia, pedido Ecocardiograma transtorácico (ETT), que acabou por realizar tardiamente. Realizou TC TAP, que salientou “derrame pleural bilateral de médio volume e baço de dimensões moderadamente aumentadas, e com áreas de enfartes esplénicos.” As hemoculturas positivas foram ao 5º dia para *Haemophilus parainfluenzae*, multisensível. Uma vez que mantinha febre, e pela suspeita de Endocardite, foi associada gentamicina. O ETT revelou “fluxo regurgitante turbulento exuberante na válvula mitral com jato regurgitante moderado a grave”. Foi realizado ETE que mostrou “evidência de prolapso do folheto posterior da válvula mitral, essencialmente confinado a P1, segmento esse que já se apresenta “flail”, condicionando a presença de jato regurgitante mitral de grau severo. Existe evidência de duas massas filiformes móveis a nível do segmento P1, que poderão corresponder a cordas rotas ou a vegetações, não sendo possível fazer a diferenciação neste exame, a valorizar de acordo com restantes dados clínicos e outros exames de imagem, se necessário, mas sendo também de referir que, a ausência de dilatação relevante das câmaras esquerdas sugere que a insuficiência mitral severa será relativamente recente.” Feito o diagnóstico de endocardite (cumprindo Critérios de Duke), cumpriu 15 dias de antibioterapia com gentamicina e 42 dias de ceftriaxone. Posteriormente, encaminhado para cirurgia cardiotorácica para realização de Valvuloplastia, que decorreu sem intercorrências.

Discussão: O caso clínico supracitado pretende demonstrar a importância da suspeição clínica, mesmo antes da confirmação diagnóstica, permitindo ajustar terapêutica de forma precoce. De salientar ainda que esta patologia, ainda que corretamente tratada,

pode afetar mecanicamente a válvula envolvida, com necessidade de cirurgia, como foi o caso, devendo a orientação ser partilhada pela Cardiologia.

PO 34

LEUCEMIA AGUDA PROMIELOCÍTICA: UM DIAGNÓSTICO EMERGENTE

Mariana Dias Maia; Beatriz Linhares Passos; Filipa Novo; Eduarda Martins; Vera Seara
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde

Introdução: A leucemia pró-mielocítica aguda é uma variante da leucemia mieloide aguda, cujos sintomas se relacionam com complicações de pancitopenia, incluindo fadiga e cansaço fácil, infeções frequentes e hemorragia (gingivorragias, equimoses, hematuria, etc.). Constitui uma emergência oncológica devido à elevada taxa de mortalidade precoce. O tratamento deve ser iniciado de forma imediata, assim que se suspeita do diagnóstico por critérios citológicos. Com intervenção e tratamento atempados, possui taxas de remissão da doença acima de 90%.

Caso clínico: Homem de 29 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro com cinco dias de evolução de hematuria macroscópica e equimoses espontâneas dispersas pelos membros superiores. Tinha sido diagnosticado sete dias antes com amigdalite e medicado com amoxicilina+ácido clavulânico, com resolução do quadro.

Ao exame objetivo equimoses nos membros superiores, sem outras alterações.

Do estudo analítico realizado destacava-se anemia normocítica normocrómica com Hb 11.3g/dl, trombocitopenia $38,0 \times 10^9/L$, leucopenia $1,83 \times 10^9/L$ com neutropenia ($0,65 \times 10^9/L$) e coagulopatia, com PT 19.3 seg, fibrinogénio 152mg/dl e D-dímeros $>20000ng/ml$. O esfregaço de sangue periférico confirmou pancitopenia e revelou 4% de células com descrição sugestiva de blastos/promielócitos.

Do restante estudo complementar, o exame sumário de urina confirmou a presença de hematuria. A tomografia computadorizada abdominal revelou esplenomegalia de e 157 mm.

Pelo risco hemorrágico associado foi realizada transfusão de plaquetas.

O doente foi internado no serviço de hematologia por leucemia aguda promielocítica de risco baixo-intermédio, com diagnóstico confirmado por genética molecular (PML/RAR alfa positivo) e cariótipo 46,XY,t(15;17)(q24;q21). Cumpriu tratamento de indução segundo protocolo Pethema, grupo com tretinoína e trióxido de arsénico, o último com hepatotoxicidade que resolveu com a sua suspensão. Retomou em dose menor até confirmação de remissão morfológica completa. Em ambulatório completou quatro ciclos de quimioterapia de consolidação, com remissão completa da doença.

Discussão: A leucemia promielocítica associa-se a complicações hemorrágicas graves, devido a coagulopatia e discrasias hemorrágicas. Porém, com reconhecimento imediato e tratamento apresenta um bom prognóstico. Neste caso pretende demonstrar-se o curso clínico de um doente com leucemia promielocítica, cuja suspeita clínica e rápida intervenção com orientação multidisciplinar permitiram uma evolução favorável. O internista no Serviço de Urgência tem um papel fundamental no reconhecimento de sinais e sintomas que possam levar ao seu diagnóstico.

PO 35

PRIMOINFEÇÃO POR HERPES SIMPLEX 1 NO ADULTO – UM QUADRO CLÍNICO TÍPICO...

Luis Luz; Sandra Cunha; Nádia Santos; Cláudia Diogo; Mauro Marques; Luis Duarte; Pedro Neves Tavares; Ana Ubach Ferrão; Renato Saraiva
Hospital Santo André Leiria

O Herpes Simplex Tipo 1, pertencente à família Herpesviridae, é altamente prevalente e apresenta quadros clínicos variados. A

infecção pode ser assintomática ou causar sintomas mucocutâneos intensos. Muitas primoinfeções são assintomáticas, sendo que a maioria dos casos ativos observados consistem em reativações com lesões peri-orolabiais. A possibilidade de complicações como encefalite é significativa, exigindo acompanhamento e tratamento adequados. Os autores apresentam imagens e a descrição de uma primoinfeção com extenso envolvimento faringoamigdalino e mucocutâneo numa jovem adulta sem fatores de risco conhecidos.

PO 36

INTOXICAÇÃO A DIGITÁLICOS – O QUE PROCURAR NUM ECG?

Luis Luz; Beatriz Marques; Sandra Cunha; Nádia Santos; Cláudia Diogo; Luis Duarte; Ana Ponciano; Ana Ubach Ferrão; Renato Saraiva
Hospital Santo André Leiria

O recurso a fármacos digitálicos é comum no controlo de Fibrilhação Auricular com tempo de evolução desconhecida. Apesar de eficazes, o uso crónico ou indevido destes fármacos, pode levar a complicações, especialmente em casos de sobredosagem, afetando a normal eletrofisiologia. Reconhecer rapidamente os sinais eletrocardiográficos de intoxicação digitálica é crucial para o diagnóstico e tratamento adequados, influenciando o prognóstico. Os autores apresentam um eletrocardiograma com sinais típicos de intoxicação digitálica, revendo os achados importantes que devem ser valorizados.

PO 37

ESPONDILODISCITE A STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS – UM AGENTE COM IMPLICAÇÕES PRÓPRIAS...

Luis Luz; Sandra Cunha; Nádia Santos; Cláudia Diogo; Beatriz Marques; Luis Duarte; Patricia Fernandes; Ana Ubach Ferrão; Renato Saraiva
Hospital Santo André Leiria

Os quadros de espondilodiscite são infeções que envolvem vértebras e discos intervertebrais, requerendo terapêutica mecânica e farmacológica. Os agentes etiológicos são variados, mas os Streptococci gallolyticus destacam-se pela severidade e associação ao desenvolvimento de neoplasias gastrointestinais e hepatobiliar. A par do restante estudo complementar, a avaliação imagiológica é essencial ao diagnóstico, sendo a ressonância magnética (RMN) o gold-standard para a pesquisa de osteomielite. Os autores apresentam imagens mostrando o impacto inflamatório e mutilante da espondilodiscite causada por bacteriemia ao agente referido num utente com antecedentes de colangiocarcinoma.

PO 38

BACTERIÉMIA A CLOSTRIDIUM PERFRINGENS – A IMPORTÂNCIA DE PEDIR HEMOCULTURAS

Luis Luz; Sandra Cunha; Nádia Santos; Cláudia Diogo; Luis Duarte; Patricia Fernandes; Beatriz Marques; Ana Ubach Ferrão; Renato Saraiva
Hospital Santo André Leiria

A bacteriemia por Clostridium perfringens consiste num quadro de elevado risco de mortalidade requerendo rápido estabelecimento do diagnóstico e início de terapêutica. O microorganismo encontra-se fortemente associado ao desenvolvimento de quadros de infeção de tecidos moles e gangrena gasosa com mionecrose. A apresentação em bacteriemia é relativamente rara mas tem elevado risco de mortalidade. O risco de evolução para sépsis e disfunção multiorgânica são significativos e obrigam a vigilância apertada

e rápida instituição de suporte de órgão.

O controlo de potencial foco infeccioso e instituição precoce de antibioterapia constituem o pilar da abordagem terapêutica.

Apresenta-se o caso de uma utente admitida com quadro inicial de Pneumonia Adquirida na Comunidade, no qual, a partir do estudo microbiológico realizado, se documenta ainda o diagnóstico de bacteriémia a *Clostridium perfringens*. O rápido crescimento bacteriano que caracteriza a espécie, a par da rápida instituição das medidas terapêuticas, traduziu-se numa boa evolução clínica sem aparentes sequelas associadas.

Assim, os autores descrevem o quadro supra-mencionado, revisitando as principais formas de apresentação da infeção por *Clostridium perfringens*, fatores de risco para progressão para sépsis, a marcha diagnóstica e estudo complementar para exclusão de complicações assim como a abordagem terapêutica preconizada à luz do conhecimento atual face ao perfil de sensibilidade aos antibióticos.

PO 39

CRISE MIASTÉNICA DESPOLETADA POR COVID19

Cecília de Almeida Moreira¹; Filipa David¹; Diana Rocha¹; Rute Cruz¹; Ana Teresa Vieira²; Lia Bastos³; Filipa Maldonado¹; Cláudia Agostinho⁴; Ana Mesquita¹

¹Medicina - ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano;

²Hospital de Évora; ³Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; ⁴IPO 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 timentomia, 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 despolexada 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-exsuflador cerca de 6x/dia. Com esta estratégia houve progressiva melhoria clínica, com recuperação eficaz de força muscular. Extubado ao 6º dia, sem intercorrências.

Conclusão: A crise miasténica tem uma mortalidade intra-hospitalar estimada em 5 a 12%. Este caso, desencadeado por doença SARS-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.

PO 40

ÚLCERAS DIGITAIS COMO MANIFESTAÇÕES ISQUÊMICAS MICROVASCULOPÁTICAS DA SSC

Cecília de Almeida Moreira; Carlos Rosa Silva;
Inês Chora

Medicina - ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

A Esclerose Sistêmica (SSc) caracteriza-se por vasculopatia e fibrose da pele e órgãos internos. Expõe-se imagem de necrose da extremidade distal do 4º e 5º dedos, como apresentação de SSc cutânea limitada, em doente de 80 anos com úlceras digitais, telangiectasias, esclerodactilia, fenómeno de Raynaud, anti-centrómero 297 U/mL e capilaroscopia com padrão esclerodérmico. Excluída doença arterial periférica. As úlceras digitais são manifestações isquêmicas microvasculopáticas da SSc, cujo tratamento é urgente com vaso-dilatadores como iloprost.

PO 41

FORTUITOS ACHADOS: SOBRE A HÉRNIA DE BOCHDALEK

Manuel Coutinho Fernandes; Beatriz Madureira;
Carla Pereira Fontes

*Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE /
Hospital de S. Sebastião*

A hérnia de Bochdalek resulta de um defeito do diafragma póstero-lateral, sendo a hérnia diafragmática congénita mais comum. A maioria localiza-se à esquerda (85%), uma vez que o canal pleuroperitoneal direito encerra antes, sendo um diagnóstico típico da infância, devido aos sintomas provocados pela herniação do conteúdo abdominal para o tórax. Nos adultos são raras (0.17-6%) e geralmente assintomáticas, existindo um predomínio em homens (62%). Este caso retrata o achado incidental em tomografia computadorizada numa mulher de 92 anos e com localização à direita. A sintomatologia depende das dimensões e localização (mais silenciosas à direita). Quando indicado, o tratamento é cirúrgico.

PO 42

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE SÍNDROME NEFRÓTICO

Miguel Simões Rodrigues; Ana Glória Fonseca;
Maria Francisca Delerue
Hospital Garcia de Orta, EPE

O síndrome nefrótico é definido por proteinúria acima de 3,5 gramas em 24 horas, hipoalbuminémia e edema periférico que se associa habitualmente a dislipidemia e eventos trombóticos. Em cerca de 30% dos doentes adultos a etiologia é de causa sistémica como a diabetes, amiloidose ou lúpus eritematoso sistémico. Mulher de 65 anos, migrante do Afeganistão (em Portugal há 6 meses), antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratada com 6 anos de diagnóstico e hipotireoidismo. Múltiplas vindas ao serviço de urgência nas semanas anteriores por diminuição débito urinário e sinais de congestão. À admissão apresentava perfil hipertensivo, edema palpebral discreto e dos membros inferiores, oligúria, laboratorialmente com anemia normocítica/normocrômica de doença crónica, lesão renal, urina tipo II com proteinúria, sem piúria nem cilindros. Dos exames complementares iniciais a destacar elevação da creatinina, hipercolesterolemia, hipoalbuminémia, hiponatremia, proteinúria de 4650 gramas, HbA1c de 6.9%, hipotireoidismo subclínico, serologias virais e autoimunidade negativa, sem alteração do complemento e eletroforese de proteínas sem alterações relevantes. O ecocardiograma e a ecografia renal não mostraram alterações significativas. Avaliada conjuntamente com Nefrologia atendendo a proteinúria na faixa nefrótica, sendo realizada biópsia renal com evidência de nefropatia diabética com alterações compatíveis com cronicidade severa. Realizou ajuste de insulino-terapia e levotiroxina, iniciou antagonista do receptor da angiotensina (intolerância ao inibidor da enzima

de conversão angiotensina), e terapêutica diurética otimizada salientando-se melhoria da proteinúria. Teve alta para consulta externa de Nefrologia onde mantém seguimento.

Os autores apresentam este caso clínico pela importância do reconhecimento atempado de sinais e sintomas, da marcha diagnóstica e da colaboração estreita entre as diferentes especialidades. O contacto com populações migrantes, frequentemente de zonas de conflitos com os inerentes obstáculos de comunicação, diferentes perspectivas culturais e eventuais limitações no acesso à saúde, exige do internista especial argúcia e ecletismo na colheita e valorização da anamnese e exame objetivo, para uma correta abordagem diagnóstica.

PO 43

TROMBOSES MÚLTIPLAS COMO APRESENTAÇÃO DE SÍNDROME NEFRÓTICO

António Gil Azevedo; Sofia Justo;
Joaquim Semide Pinto; Claudemira Pinto;
Ana Sofia Pereira
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O Síndrome Nefrótico é uma condição que pode estar associada a um estado de hipercoagulabilidade, resultando em eventos trombóticos, mais frequentemente venosos. As trombozes arteriais são, no entanto, raras e descritas sobretudo em crianças e nos membros inferiores. Apresentamos o caso de uma mulher com trombozes venosas múltiplas da região cervical, assim como, pulmonar e trombose arterial cervical e do membro superior. Do estudo em internamento, identificou-se Síndrome Nefrótico.

Caso clínico: Uma mulher de 49 anos, com antecedentes de hipotireoidismo, dislipidemia e hipertensão arterial, recorre ao serviço de urgência devido a uma tumefação cervical anterior esquerda dolorosa com dois dias de evolução e edema do membro superior esquerdo associado, que não melhorou com a toma de anti-inflamatórios não esteróides.

Adicionalmente apresentava edemas dos membros inferiores com anos de evolução, sem etiologia estudada. Sem dispneia, febre, história de trauma ou outras queixas associadas. Realizou ecodoppler cervical que mostrou trombose venosa da veia jugular interna proximal, jugular externa e subclávia esquerdas. A angio-TC cervico-torácica confirmou as trombozes descritas anteriormente e evidenciou adicionalmente trombose da artéria axilar e subclávia esquerdas, bem como tromboembolismo pulmonar com múltiplos focos no lobo superior, médio e inferior direitos e do lobo inferior esquerdo. À admissão apresentava proteinúria no exame sumário de urina, confirmada por urina de 24 horas que revelou proteinúria de 8.6 g e hipoalbuminemia severa de 16.9 g/L, sendo assumido o Síndrome Nefrótico. O estudo de causas secundárias a neoplasias, o estudo pro-trombótico (anticorpos anti-PLA2R, anti-fosfolipídicos, lúpicos, proteína C e S, anti-trombina III e fator V Leiden) e o estudo imunológico (ANAs, anticorpos anti-ds DNA e anti-CCP, AN-CAs, consumo complemento e CH50) foram negativos. Adicionalmente apresentava dislipidemia marcada. Posteriormente foi realizada biópsia renal cujo resultado foi compatível com Glomeruloesclerose Segmentar e Focal.

Discussão: Na literatura, os eventos trombóticos associados ao Síndrome Nefrótico estão mais associados a idades superiores a 60 anos, ao subtipo histológico de Nefropatia Membranosa, a proteinúria superior a 10 g/dia e a albumina inferior a 20 mg/L. Por outro lado, a trombose arterial no Síndrome Nefrótico nos adultos, sendo rara, está descrita como mais frequente nos membros inferiores.

Este caso descreve uma apresentação inicial rara do Síndrome Nefrótico com trombose venosa e arterial múltipla, destacando a importância de um alto nível de suspeição para um diagnóstico precoce e tratamento eficaz.

PO 44

”PNEUMATURIA” – UM CASO DE PIELONEFRITE ENFISEMATOSA

Daniela Sofia Moreira Barbosa; Nuno Magalhães; Lindora Pires
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: Descrita pela primeira vez como “Pneumaturia” em 1898, a pielonefrite enfisematosa é uma forma rara de infeção necrotizante do parênquima renal que cursa com a formação de gás intra ou perirrenal. É predominantemente causada por agentes bacterianos, sendo a *Escherichia coli* responsável por cerca de 70% dos casos, seguida por *Klebsiella*, *Proteus* e *Pseudomonas*. O tratamento assenta numa terapêutica médica e ressuscitação hemodinâmica, antibioterapia de largo espectro, e, sempre que possível, medidas cirúrgicas imediatas- drenagem percutânea e/ou nefrectomia emergentes. A atitude conservadora nunca deve atrasar uma nefrectomia sob pena de aumentar a mortalidade que pode oscilar entre os 20 e 70%.

Caso clínico: Homem de 81 anos, com antecedentes de hipertensão arterial sob medidas dietéticas, dislipidemia medicada estatina de média potência, síndrome depressivo e demência de Alzheimer. Internado por sépsis com ponto de partida em pneumonia da comunidade a condicionar disfunção neurológica, respiratória e renal sob ceftriaxona e azitromicina. Apesar de inicial evolução favorável, ao 10º dia de internamento subfebril, com subida da proteína C reativa (subida de 16.1 para 288.3mg/L), leucocitose sobreponível tendo isolamento de *E.Coli* sensível a Piperacilina-Tazobactam nas hemoculturas e uroculturas. Tomografia computadorizada abdomino-pélvica a revelar duplicação pielocalicial à esquerda, sinais compatíveis com pielonefrite enfisematosa esquerda exuberante associada a uretrite enfisematosa de

ambos os sistemas excretores e cística enfisematosa. Avaliado por Urologia que, dada idade, grau de dependência e comorbilidades, optou por tratamento conservador, mantendo antibioterapia dirigida. O doente acabou por evoluir desfavoravelmente, vindo a falecer durante o internamento.

Discussão: Apesar de rara, a pielonefrite enfisematosa apresenta uma mortalidade considerável, superando os 40%. Este cenário enfatiza a pertinência da pronta identificação e tratamento destes casos, bem como da necessidade de diferencial esta condição de outras patologias menos graves, ressaltando a complexidade e gravidade deste quadro clínico.

PO 45

UM CASO DE DERMATITE ESFOLIATIVA

Alexandra Nascimento; Maria Pilar Lopez; Inês Bertão; Sara Fontainhas; Abílio Gonçalves
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: A eritrodermia é uma síndrome rara. Caracteriza-se por eritema e descamação cutânea generalizada, com acometimento de 80 a 90% da superfície corporal.

Descrição do caso: Homem de 80 anos, parcialmente dependente nas actividades da vida diária, com antecedentes de diabetes melitus, hipertensão arterial e síndrome de apneia obstrutiva do sono.

Recorreu ao serviço de urgência por lesões eritematosas com descamação severa e prurido com 2 dias de evolução. Referia sensação frequente de arrepios. Negava toma de novos fármacos ou perda ponderal involuntária. Segundo o filho, tinha apresentado um episódio prévio de descamação corporal generalizada há cerca de 2 anos.

Ao exame objectivo apresentava-se apirético, com mucosas descoradas e desidratadas, hemodinamicamente estável. As lesões eritematodescamativas dispersas por toda a superfície corporal, sem atingimento das mocoas. Nos estudos analíticos iniciais apresentava

leucocitose de 29 000/mm³, neutrofilia 19 750/mm³, anemia normocítica normocrômica normocítica Hb 9g/dl, creatinina de 3.4mg/dl, proteínas totais 5.0 g/dl, albumina 3 g/dl, potássio 3.3 mmol/l, proteína C reactiva 116 mg/l, velocidade de sedimentação globular de 35 mm/h. Na radiografia do tórax apresentava uma hipodensidade no lobo pulmonar direito, tendo sido iniciada empiricamente antibioterapia após colheita de hemoculturas e doente ficou internado para continuação tratamento.

Durante o internamento o doente recebeu tratamento das lesões cutâneas nomeadamente hidratação, corticóides tópicos bem como antibioterapia para tratamento da pneumonia. No entanto, devido à gravidade (SOFA score de 10 pontos) o paciente faleceu 7 dias após o aparecimento das lesões, devido a complicações e agravamento das comorbidades.

Discussão: Por existir uma ampla variedade de factores causais para a síndrome de eritrodermia, devem ser investigadas doenças dermatológicas prévias, infeções, fármacos ou doenças sistémicas.

A psoríase eritrodérmica é a causa mais comum da síndrome de eritrodermia. Neste caso clínico, tendo por base a história clínica e exame físico foi apontada a eritrodermia psoriática como principal suspeita diagnóstica.

O tratamento inicial destes pacientes inclui hidratação, corticóides tópicos e anti-histamínicos, tratamento de infeções associadas e ponderar imunossupressão se sintomas não controlados. É igualmente importante vigiar possíveis alterações hidroeletrólíticas e de termorregulação.

Serve este caso para demonstrar a importância de lembrar a psoríase no diagnóstico diferencial do paciente que apresentam eritrodermia sendo que pela sua gravidade é muitas vezes considerada uma emergência dermatológica.

PO 46

ACROMEGALIA: UM RELATO DE UMA DESCOBERTA FORTUITA

Daniela Sofia Moreira Barbosa; Diana Cruz; Nuno Magalhães; Lindora Pires
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: A acromegalia é uma condição rara (4 600 por milhão de habitantes) causada pela libertação excessiva da hormona do crescimento (GHRH) e consequente produção do fator de crescimento semelhante à insulina 1 (IGF-1). Este desequilíbrio hormonal desencadeia um crescimento anormal de certos tecidos, manifestando-se em características como fáceis grosseira, testa proeminente, prognatismo, aumento acral, do lábio inferior e do nariz, cefaleia, hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) e síndrome do túnel cárpico. O diagnóstico geralmente é confirmado por meio de testes bioquímicos como doseamento do IGF-1 e prova de tolerância à glicose com concentração de GH for >1ng/mL após a carga de glicose.

Caso clínico: Mulher de 63 anos, antecedentes de HTA medicada com antagonista dos receptores da aldosterona e tiazídico, dislipidemia medicada com estatina de média potência, obesidade grau 1 da classificação da OMS, síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) e gastrite crónica. Internada no serviço de Medicina Interna para estudo etiológico de síndrome vertiginoso com cefaleia holocraniana associada a náuseas, vômitos e tonturas com ilusão rotatória que agravava com a mobilização cefálica como forma de apresentação. Durante o internamento, foi realizada ressonância magnética (RM) cerebral que revelou a presença de lesão expansiva na dependência da adenohipófise. Ao exame físico com fácies e lábios grosseiros, dedos em “salsicha” e macroglossia. A doente relatou notar aumento dos dedos das mãos e dos pés além do aumento do nariz

nos últimos anos. Função tireoideia sem alterações, excluídos hipo e hipercortisolismo. Doente em menopausa cirúrgica desde os 45 anos de idade com gonadotrofinas em padrão menopáusicas. IGF-1 elevado (291 ng/mL) e prova de tolerância à glicose oral sem frenação (com valor médio de 5,0 ng/mL). Realizada RM da hipófise que confirmou a presença de massa de 14mm de diâmetro, adjacente ao seio cavernoso direito, a condicionar infra-desnivelamento do pavimento da sela turca. Diagnosticada Acromegalia e encaminhada para neurocirurgia- dada ausência de sinais de apoplexia, sem necessidade de intervenção cirúrgica emergente, tendo sido intervençãõ eletivamente com sucesso.

Discussão: A acromegalia está associada a uma taxa de mortalidade 1,2 a 3,3 vezes superior à da população em geral. Tal prende-se também pelas complicações das lesões de órgão alvo associadas a esta patologia tal como a HTA, DM, SAOS e neoplasias. O diagnóstico precoce é crucial para mitigar estas complicações e melhorar a morbidade e mortalidade associadas a esta condição.

PO 47

PNEUMONIA NECROTIZANTE POR PNEUMOCOCOS

Daniela Sofia Moreira Barbosa; Nuno Magalhães; Lindora Pires

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

A pneumonia necrotizante é uma complicação rara e grave de uma infeção pulmonar. Os principais agentes são *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pneumoniae*. O diagnóstico pode ser desafiador em doentes com diabetes mellitus (DM) ou pneumonia adquirida na comunidade (PAC).

Feminino, 41 anos, DM não insulino tratada, obesidade e tabagismo. Internada por PAC com insuficiência respiratória com antigenúrias positivas para pneumococos. Por agra-

vamento apesar de antibioterapia, realizada TC revelou a presença de pneumonia necrotizante e derrame pleural com características sugestivas de empiema.

PO 48

SINAL DO PICO-JUSTA-FRÊNICO

Alexandra Nascimento; Sara Fontainhas; Inês Bertão; Maria Pilar Lopez; Abílio Gonçalves
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: Homem de 40 anos, fumador (15 UMA) e antecedentes de pneumonia adquirida na comunidade em 2009. Recorreu à urgência por tosse produtiva e dispneia, com 2 dias de evolução.

Na auscultação pulmonar, apresentava roncosp dispersos em ambos os campos pulmonares. Na radiografia do tórax, observa-se uma opacidade justa-diafragmática na região do lobo médio direito. Foi realizada TAC para investigar a hipótese de pneumonia complicada, corroborada pela presença de uma imagem “em tenda”. Este achado é denominado sinal do pico justa-frênico e indica retração do diafragma numa fissura acessória inferior.

PO 49

TUBERCULOSE DISSEMINADA EM IMUNOCOMPETENTE – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

João P. Rocha; Catarina Maia; Henrique Cardoso; Helena Oliveira; Teresa Antunes; Jorge Almeida
Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução: A tuberculose (TB) constitui ainda um problema de saúde pública global, sendo responsável por mais de 10 milhões de casos e um milhão de mortes anuais. Estima-se que a TB disseminada corresponda a 1-5% de todos os casos de TB, geralmente associada à imunodepressão, como a infeção por VIH. Apresentamos um caso de TB disseminada numa doente sem fatores de imunodepressão conhecidos.

Caso clínico: Mulher, 75 anos. Admitida por

astenia, anorexia e distensão abdominal progressiva desde há 2 meses. Tinha história de dislipidemia, hepatite B curada e epilepsia focal. Sem medicação habitual, sem contexto epidemiológico relevante. Ao exame objetivo, emagrecida, com idade aparente superior à idade real, distensão abdominal com sinais de ascite, insuficiência respiratória hipoxêmica (ratio PaO₂/FiO₂ 193) e diminuição dos sons respiratórios em ambos os lobos inferiores. Radiografia torácica com evidência de derrame pleural bilateral. Paracentese com evidência de ascite linfocítica de baixo gradiente e ADA elevada. Foi internada para estudo adicional. Analiticamente com IGRA positivo, serologias de VIH negativas. Realizada toracocentese, com derrame pleural exsudativo com ADA elevada. Os estudos micobacteriológicos diretos e a pesquisa por PCR de *M. tuberculosis* foram negativas, assim como a pesquisa de células malignas no estudo anátomo-patológico, quer no líquido pleural, quer no líquido ascítico. TC TAP com evidência de granuloma calcificado no lobo superior do pulmão direito e espessamento peritoneal com captação de contraste. Fez 18-FDG-PET que mostrou várias adenopatias hipermetabólicas generalizadas, supra e infradiafragmáticas, assim como hipercaptação peritoneal. A biópsia eco-guiada de adenopatia cervical evidenciou granulomas, não caseosos, com pesquisa por PCR de *M. tuberculosis* negativa. Após 28 dias, identificado *M. tuberculosis* em culturas de líquido ascítico, com diagnóstico de TB disseminada (peritoneal confirmada, pleural e ganglionar de presunção). Iniciou terapêutica antibacilar no internamento, com orientação para acompanhamento posterior em consulta de Infecçologia.

Discussão: O diagnóstico de TB pode ser desafiante, devido à apresentação clínica variável e limitações na sensibilidade e especificidade dos vários meios auxiliares de diagnóstico. Por esse motivo, o seu diagnósti-

co implica alto índice de suspeição, sobretudo em doentes sem fatores de risco evidentes, nomeadamente imunocompetentes. Apesar da utilidade dos testes moleculares e imunológicos, a cultura permanece o gold standard para o diagnóstico de TB. Os exames de imagem são importantes na avaliação da extensão de doença e diagnóstico diferencial. Um diagnóstico precoce é importante para a instituição atempada de tratamento antibacilar e melhoria do prognóstico.

PO 50

2 EM 1: TUMOR FIBRÓTICO SOLITÁRIO EM DOENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO

Maria Diana Pascoal; Joana Melo; Laura Baptista; Valter Duarte; Carla Matias; Gorete Jesus
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

O Tumor Fibrótico Solitário (TFS) é uma neoplasia mesenquimatosa rara, de comportamento imprevisível, maioritariamente assintomática ou com clínica inespecífica, e de localização mais frequente na pleura, embora esteja descrita noutras regiões anatómicas, como o retroperitôneo. Patofisiologicamente, o TFS apresenta frequentemente uma marca molecular distinta: a fusão dos genes NAB2 e STAT6 localizados na região cromossómica 12q13. O diagnóstico baseia-se em técnicas de imagem como a tomografia computacional (TC) ou a ressonância magnética (RM). A histologia é pouco informativa, por isso é preponderante o papel da imunohistoquímica, nomeadamente do marcador CD34. O tratamento standard é a cirurgia com margem de ressecção negativa. Na maioria dos casos, o tumor é benigno e a recorrência é infrequente; no entanto, um subgrupo pode ter um comportamento maligno com recorrência local e metastização à distância. Nestas situações quimio/radioterapia pode ser utilizada. Este caso clínico aborda o percurso diagnóstico de uma mulher de 81 anos com uma mas-

sa retrovesical/ retrouterina com 106 x 80 x 80 mm, detetada incidentalmente numa ecografia renovesical realizada em contexto de avaliação etiológica de agudização de doença renal crónica.

A doente recorreu ao serviço de urgência por alterações analíticas na sequência de gastroenterite aguda: hipercaliémia grave, agudização de doença renal crónica com creatinina de 14 mg/dL e anemia macrocítica em agravamento. O estudo diagnóstico evidenciou um Mieloma Múltiplo (MM) IgG/Lambda e a doente iniciou tratamento dirigido.

Realizou biópsia percutânea guiada por TC da referida massa, que histologicamente, demonstrou uma neoplasia fusocelular com positividade intensa e difusa para CD34, diagnosticando um TFS.

A doente desenvolveu retorragias com necessidade transfusional, tendo realizado colonoscopia, que observou abaulamento duro da parede do reto numa extensão de 6 cm, condicionando colapso do lúmen e ulceração da mucosa sem plano de clivagem com a linha pectínea. Este resultado foi concordante com os achados ecográficos de localização do TFS. O estado global da doente, as intercorrências infecciosas e os múltiplos internamentos levaram ao falecimento da doente cerca de 5 meses após o diagnóstico do MM, impedindo uma melhor caracterização deste tumor, nomeadamente por RM e posteriormente a abordagem terapêutica. No entanto, a raridade deste tumor, numa localização que não a mais frequente, diagnosticada concomitantemente com outra neoplasia e os sintomas desenvolvidos elevam o interesse e pertinência da apresentação e partilha do caso clínico.

PO 51

CASO DE SIADH “DISFARÇADO” – NEM TUDO É HIPERVOLÉMIA

Bárbara Barreto Laczkovits; Rafaela Lopes Freitas; Fátima Leal Seabra

Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Homem de 60 anos, fumador (25 UMA), recorre à urgência com tosse mucosa, rinorreia, ortopneia e edemas periféricos agravados associados a hiponatrémia moderada (121 mEq/L) assintomática. TC tórax com adenopatias hilares, densificações alveolares peribroncovasculares e broncograma aéreo apical no lobo inferior direito. Assumida hiponatrémia hipervolémica em contexto de descompensação de insuficiência cardíaca por quadro infecioso. Avaliado em consulta após 4 meses com TC tórax com massa irregular de 8 cm no segmento superior do lobo inferior direito e evidência de invasão brônquica (imagens apresentadas).

PO 52

TOSSE CONVULSA: UMA DOENÇA EMERGENTE

Fernando Roxo; Filipa Trigo; Carolina Guedes
Hospital Pedro Hispano

Introdução: A tosse convulsa (TC) é uma doença infecciosa respiratória contagiosa causada pela bactéria *Bordetella pertussis*. Apesar da vacinação ter reduzido significativamente a incidência da doença a nível global, incluindo Portugal, a doença representa ainda um desafio importante, particularmente em populações vulneráveis como grávidas, lactentes e idosos com mais de 65 anos. É uma doença endémica, com surtos a cada 3 a 5 anos. Segundo dados do European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), tem se verificado um aumento do número de casos de TC em vários países da União Europeia. Em Portugal, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA)

indica que, apesar da alta taxa de cobertura vacinal, têm ocorrido surtos esporádicos. Observou-se um aumento do número de novos casos confirmados desta doença, tendo sido notificados mais casos nos primeiros 4 meses e meio de 2024 (265 casos) do que na totalidade de 2023 (22 casos) e do último ano pré-pandémico (68 casos em 2019).

Caso clínico: Homem de 85 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, fibrose pulmonar idiopática e insuficiência cardíaca. Recorreu ao Serviço de Urgência por tosse produtiva, com expectoração muco-sa escassa, com 3 semanas de evolução. Os acessos de tosse eram muito frequentes com pieira associada e perduravam durante a noite. Ao exame objetivo, sem alterações nomeadamente na auscultação pulmonar. Do estudo efetuado, destacou-se lesão renal aguda com creatinina de 2.2 mg/dL e ureia de 94 mg/dL e PCR de 63 mg/L. A pesquisa de vírus respiratórios foi negativa. Microbiológico de expectoração com amostra imprópria. Rx de tórax sem alterações de novo.

Assumido traqueobronquite aguda com exacerbação da doença pulmonar de base e lesão renal aguda pré-renal por desidratação. Iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina + ácido clavulânico e azitromicina, otimizou-se a broncodilatação e aumentou a corticoterapia de base e foi internado para continuação de tratamento. Apesar das medidas instituídas, o doente manteve acessos de tosse exuberantes e de difícil controlo, com necessidade de morfina. Por este motivo, foi pedido painel respiratório de agentes atípicos, que foi positivo para *B. pertussis*. Assumido, TC. Os sintomas foram controlados com codeína+feniltoxolamina 30+10mg de 12/12h e o doente teve alta com indicação para completar antibioterapia dirigida com azitromicina.

Discussão: Este caso clínico ilustra a importância de considerar a TC como um diagnós-

tico diferencial em doentes idosos com tosse persistente, mesmo quando apresentam comorbilidades significativas. Apesar da vacinação generalizada, a doença continua a surgir. Este diagnóstico foi crucial para o ajuste do tratamento e profilaxia de conviventes e grupos de risco que contactaram com o doente. A TC em adultos e idosos não só representa um desafio clínico, mas também uma preocupação de saúde pública, devido ao risco de transmissão para populações vulneráveis. Em resumo, este caso sublinha a necessidade de investigação diagnóstica exaustiva em doentes com tosse tipo “*whooping*” persistente, com mais de 2 semanas de evolução.

PO 53

PNEUMOCISTOSE E VIH INAUGURAL – UMA IMAGEM “DE LIVRO”

Patrícia Fernandes; Nádía Dos Santos; Ricardo Martins-Ascenção; Rui Ribeiro; Ana Isabel Ribeiro; João Crespo Santos; Renato Saraiva

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Mulher, 38 anos, ucraniana, recorre ao serviço de urgência por quadro arrastado de febre, astenia e perda ponderal (>15 kg). Transferida para os cuidados da Medicina Interna por neutropenia febril com foco presumido respiratório. Ao exame físico doente caquética e auscultação pulmonar rude global. Tomografia torácica a revelar “extensas densificações peribroncovasculares, opacidades em vidro despolido e múltiplas formações microquísticas”, serologias VIH-1 positivas, CD4 14/mm³, a favor de pneumonia a *Pneumocystis jiroveci* em contexto de VIH inaugural em fase de SIDA. Iniciada terapêutica empírica com cotrimoxazol e transferida para hospital terciário, onde se confirmou o diagnóstico.

PO 54

MASSA PÉLVICA E HIDRONEFROSE BILATERAL – QUANDO O INTERIOR IMPEDE A DRENAGEM

Bruna Rodrigues Barbosa; Cláudia Sofia Ribeiro; Sofia Ferreira; Joana Lopes Ferreira; Andreia Meseiro; Laurinda Pereira; Martinho Fernandes; Ana Paula Pona
CHBM

Mulher, 63A, autónoma. Antecedentes: HTA e hábitos tabágicos. Sob bisoprolol e HCTZ. Menopausa 43 A. IO 2013. Admitida por LRA AKIN III com oligúria e lombalgia esquerda (creatinina: 6.39 mg/dL). Ecografia renal e vesical: uretero-hidronefrose bilateral, bacinete direito com 21,5 mm e esquerdo 21 mm. Bifidez piélica à esquerda. Aumento da ecogenicidade do parênquima dos rins - relação com nefropatia médica e uropatia obstrutiva. Volumosa massa pélvica sólida e quística, heterogénea. Submetida a nefrostomia bilateral com resolução da LRA. RM do abdómen e pélvis(T2): volumosas formações expansivas sólido quísticas bilaterais, compatíveis com lesões neoplásicas de provável origem ovárica.

PO 55

PENSAR FORA DA CAIXA!

Hugo Ventura; Ricardo Veiga; Beatriz Silva; Inês Rento; Sofia Moreira; Sónia Santos; José Fonseca; Edite Nascimento
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: O enfarte maligno da artéria cerebral média (ACM) é definido como a ocorrência de edema cerebral intenso circundante à área de enfarte extenso. O edema pode ser tão acentuado que pode causar herniação cerebral.
Caso clínico: Ativada Via Verde de Acidente Vascular Cerebral por disartria, paresia facial e hemiparesia esquerdas em mulher, autónoma de 61 anos com fatores de risco cardiovasculares. Quadro com 2 horas de evolução; NIHSS de 14 pontos. Imagiologica-

mente: oclusão da artéria carótida interna e ACM direitas já com hipodensidades nos seus territórios. Sem critérios para fibrinólise ou trombectomia. Evolução com enfarte maligno e necessidade de craniotomia descompressiva.

PO 56

ASPERGILOMA E MIOPATIA: A CORTICOTERAPIA EXPLICA!

Hugo Ventura; Ricardo Veiga; Adriana Dias; Ana Correia; Sofia Moreira; José Fonseca; Joana Marques; Edite Nascimento
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: Aspergilose é uma infeção pelo fungo *Aspergillus* que afeta comumente o trato respiratório, principalmente na presença de doença pulmonar prévia. A espécie *Aspergillus fumigatus* é a causa mais frequente de aspergilose invasiva. É uma infeção oportunista.

Caso clínico: Homem de 67 anos com hipertensão arterial, dislipidemia, excesso de peso, tabagismo e vários episódios de uveíte de etiologia indeterminada com necessidade de corticoterapia sistémica em elevadas doses. Diabetes Mellitus no contexto da corticoterapia. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por diminuição de força muscular dos membros inferiores, incontinência urinária e perda de peso com agravamento no último mês. Febre documentada no SU. Reflexos osteotendinosos mantidos excluindo Síndrome de Guillain-Barré. Análises com leucocitose com neutrofilia e PCR=8.87 mg/dL. Realizou tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética da coluna dorso-lombar sem compromisso radicular ou sinais de espondilodiscite. TC-Tóraco-Abdomino-Pélvica documentou massa de 3,8 cm no lobo superior do pulmão direito, cavitada, com parede espessa e bem definida. Realizada broncoscopia com aspirado brônquico negativo para células neoplásicas. DNA *Mycobacterium Tuberculosis*, exames culturais, micológicos e pesquisa de

micobactérias negativos. Dada a presença de massa pulmonar em doente com antecedentes de tabagismo e sintomatologia constitucional associados a défice de força, foi considerada a possibilidade de neoplasia pulmonar com síndrome paraneoplásico Eaton Lambert. Contudo, o eletromiograma relevou miopatia periférica, tendo sido excluída essa possibilidade, e admitindo-se miopatia induzida por corticoides. Biópsia transtorácica guiada por TC estabeleceu o diagnóstico de aspergiloma. Iniciada terapêutica com voriconazol. Feito desmame da corticoterapia em consonância com Oftalmologia até à sua suspensão. Quatro meses após suspensão de corticoide e início de antifúngico verificou-se melhoria do estado geral com ganho ponderal, melhoria da força dos membros e redução dimensional da lesão. **Conclusão:** O caso clínico expõe dois efeitos secundários potenciais da corticoterapia: infeção oportunista e miopatia. Configurou um desafio diagnóstico pela sua apresentação e diagnósticos diferenciais. Para o tratamento do Aspergiloma habitualmente é necessário um curso de anti-fúngico prolongado, sendo a avaliação imagiológica importante para a decisão terapêutica. Pode ser necessário ressecção cirúrgica.

PO 57

ORBITOPATIA TIROIDEIA ASSIMÉTRICA EM DOENTE COM TRABS NEGATIVOS

Hugo Ventura; Ricardo Veiga; Adriana Dias; Beatriz Silva; Sofia Moreira; Inês Rento; José Fonseca; Edite Nascimento
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A orbitopatia tiroideia é uma entidade com mecanismos patogénicos não totalmente esclarecidos, que surge em cerca de 90% dos casos em associação com o hipertiroidismo da Doença de Graves (DG). Em alguns casos o diagnóstico pode ser desafiante, principalmente na ausência de hipertiroidismo e autoimunidade negativa.

Caso clínico: Mulher de 44 anos com antecedente de obesidade, dislipidemia e doença afetiva bipolar sob lítio. Estudo analítico em consulta de Psiquiatria com determinações seriadas da função tiroideia em 2022 em hipertiroidismo subclínico. Ecografia tiroideia com bócio difuso, sem nódulos identificáveis. Na consulta de Medicina Interna, em 2023, em eutiroidismo. Doseamento de anticorpos anti-recetores de TSH (TRABs) negativos de forma persistente, bem como restante autoimunidade tiroideia. Cintigrafia tiroideia com captação globalmente intensa em toda a superfície glandular. Durante o seguimento objetivada exoftalmia mais evidente à direita sem outros sintomas (dor ocular, limitação dos movimentos oculares, diplopia ou alteração da acuidade visual). Realizou Ressonância Magnética Nuclear crânio-encefálica e orbitária que excluiu lesão ocupante de espaço ou alterações compatíveis com doença infiltrativa ou granulomatosa, e evidenciou espessamento e infiltração adiposa do músculo reto medial direito. Avaliada por Oftalmologia: provável orbitopatia tiroideia assimétrica. Quadro clínico e investigação etiológica não sugestivos de outra patologia. Doente com seguimento por Medicina Interna e Oftalmologia durante mais de 1 ano, mantendo-se sempre em eutiroidismo, TRABs negativos e sem agravamento ocular.

Conclusão: A orbitopatia tiroideia pode ser um diagnóstico desafiante, uma vez que em certos casos a função tiroideia permanece normal ou em hipotiroidismo. Este caso descreve doente com orbitopatia tiroideia assimétrica com TRABs persistentemente negativos. O diagnóstico é provável pela clínica, alterações tiroideias e características imagiológicas. Foram excluídas outras causas de espessamento de músculos orbitários e proptose, tais como doenças granulomatosas ou tumores malignos. A doente apresentou período prévio em hipertiroidismo subclínico, que poderia

ser secundário ao lítio, em fase tiorotóxica de processo de tiroidite. Avaliada em consulta de Medicina Interna encontra-se em eutiroidismo e tem um cintigrama com captação globalmente intensa. Poderá vir a desenvolver hipertireoidismo, mantendo controlo analítico.

PO 58

HEMATOMA PROFUNDO E PROGNÓSTICO RESERVADO

Bruna Rodrigues Barbosa; Cláudia Sofia Ribeiro; Sofia Ferreira; Andreia Meseiro; Laurinda Pereira; Martinho Fernandes; Ana Paula Pona
CHBM

Homem, 76A, autónomo. AP: DM NIT; patologia da coluna, D. Parkinson, AVC's de repetição; HBP. Medicado: AAS, metformina e irbesartan. Recorreu por crise convulsiva 30 minutos antes, nova crise convulsiva na admissão, apresentando palmas pronadas e coluna hiperestendida, com flexão plantar. GCS 5. TA - 203/86 mmHg. TC CE: volumoso hematoma profundo do hemisfério direito com cerca de 76x55mm de diâmetros axiais e com ruptura para sistema ventricular (te-
traventricular). Edema perilesional. Efeito de massa com compressão ventricular e desvio da linha média. Ectasia obstrutiva do ventrículo lateral esquerdo. Este caso evidencia a gravidade do quadro e seu prognóstico reservado a curto prazo.

PO 59

PNEUMONIA NECROTIZANTE MULTIFOCAL

Marta Marques Pinheiro; Sofia Mohamed Mateus; Helena Brazão; Catarina Salvado
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

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 falência antibiótica,

repetiu TC-tórax que revelou pneumonia necrotizante, 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.

PO 60

UM AVC INICIAL E UM GLIOBLASTOMA FINAL

Joana Pereira Melo; Maria Diana Pascoal; Valter Duarte; Laura Baptista; Ana Oliveira; Carla Matias; Gorete Jesus
CHBV

O glioblastoma é o tumor maligno primário do cérebro mais comum, com diagnóstico habitual entre os 55 e os 60 anos. Pode ser classificado em glioblastoma mutação isocitrato desidrogenase (IDH) wild type ou astrocitoma IDH mutante, ambos grau 4 na classificação da organização mundial de saúde dos tumores do sistema nervoso central. Os principais fatores prognósticos dos glioblastomas são a idade e a autonomia avaliada pela escala de Karnofsky. Homem de 66 anos, autónomo, sem antecedentes de relevo, recorre ao serviço de urgência após acidente de viação de alto impacto, sem memória para o sucedido. Sem défices neurológicos, realizou tomografia computadorizada crânio encefálica, que revelou hipodensidade corticossubcortical na vertente anterior do opérculo frontal esquerdo, a caracterizar por ressonância magnética crânio encefálica (RM-CE), sem evidência de lesão traumática. Assumido Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico agudo e internado para estudo etiológico sem causa identificada, tendo alta para a consulta de fatores de risco cardiovasculares.

Após alta hospitalar, apresentou três crises

tônico clónicas generalizadas (TCG), realizando RM-CE em ambulatório, que coloca a hipótese de um tumor glial difuso infiltrativo, com envolvimento do córtex e da substância branca subcortical. Orientado para neurocirurgia, realizou biópsia da lesão, que confirmou o diagnóstico de glioblastoma com mutação IDH wild type e codeleção 1p/19q. Iniciou radioterapia e quimioterapia dois meses após o diagnóstico definitivo. Após tratamento repetiu exame de imagem que revelou aumento das dimensões e edema perilesional com efeito de massa. Iniciou corticoterapia e mantém seguimento no Instituto Português de Oncologia.

Apresentamos o caso de um glioblastoma, com presença de duas alterações moleculares, num doente inicialmente assintomático, cujo diagnóstico inicial de AVC, sem défices neurológicos focais, não se confirmou. Apenas com a realização de RM-CE se comprovou ser uma lesão tumoral, mostrando a importância de um estudo adequado dos doentes antes de assumir diagnósticos. Os diagnósticos de glioblastoma são realizados tardiamente, por se manterem assintomáticos até uma fase avançada da doença. No caso deste doente, o acidente de viação, que poderá ter sido provocado por uma crise TCG, foi o que permitiu um diagnóstico mais precoce, mas ainda assim sem possibilidade de tratamento curativo. Não sendo possível a remoção cirúrgica, a probabilidade de sobrevivência diminui com o agravamento da qualidade de vida e com o aumento do tamanho do tumor, exercendo maior efeito de massa sobre as estruturas adjacentes.

PO 61

FLUIDOS EM SACO ROTO – CHOQUE HEMORRÁGICO COMO APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA HEPÁTICA

Patrícia Fernandes; Nádia Dos Santos; Luís Luz; Sandra Cunha; Bruno Campos; Ana Cláudia Cunha; João Crespo Santos; Renato Saraiva
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: O doente em choque no serviço de urgência (SU), embora seja uma realidade comum, não deve ser encarado de forma leve tendo em conta a elevada mortalidade a que se associa. Assim, a actuação rápida com vista à estabilização, a par de uma abordagem precoce que permita identificar o tipo de choque e culprito subjacente, são cruciais para a sua reversão. Os autores apresentam o caso de um doente em choque hipovolémico por um tumor hepático roto, interpretado numa fase inicial como em provável choque cardiogénico no contexto de síndrome coronário agudo (SCA).

Caso e discussão: Homem, 88 anos, autónomo, trazido ao SU por quadro de instalação súbita de dor epigástrica e vômitos. Antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus, sem patologia cardíaca conhecida. Sinalizado pelo pré-hospitalar por suspeita de SCA. Ao exame objectivo estava diaforético, PA 77/47mmHg, FC 49bpm, SpO2 100%, orientado, desidratado, pálido, TPC > 2s, com ligeiro desconforto à palpação do hipocôndrio direito. Gasimetricamente sem acidemia ou hiperlactatidémia. Electrocardiograma em ritmo sinusal, com supradesnivelamento ST em V2-V4, sem imagem recíproca, q patológicas. Ecoscopia cardíaca sem alterações da cinética segmentar. Iniciada ressuscitação volémica e terapêutica anti-emética com discreta melhoria. Analiticamente a destacar: Hb 10 g/dL, lesão renal aguda, sem aumento dos marcadores de necrose miocárdica, parâmetros inflamatórios ou dos marcadores de citocolestase. Doente inicialmente estável sob

fluidoterapia vigorosa, deteriorando rapidamente com disfunção cardiovascular, renal e neurológica, associadas a acidemia, aumento do lactato e defesa à palpação abdominal de novo. Realizou angioTC abdominal que revelou massa hepática irregular, com realce após contraste, em aparente solução de continuidade com hemoperitoneu (sem inequívoca hemorragia activa), achados a favor de tumor hepático roto. Após estabilização hemodinâmica o doente foi transferido para hospital terciário (sob a alçada da Cirurgia Geral) com vista a embolização arterial para controlo hemorrágico.

Conclusão: A ruptura de um tumor hepático constitui uma situação potencialmente fatal e incomum, especialmente se esta for a manifestação inicial do dito tumor. O doente em choque que responde de forma pobre à fluidoterapia deve motivar um elevado índice de suspeição para outras causas de depleção intravascular nomeadamente (e como se verificou neste caso em particular) hemorragia major.

PO 62

INTRATHORACIC KIDNEY – A CASE REPORT

Rafaela Lopes Freitas; Maria Teresa Santos
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introduction: *Intrathoracic kidneys (IK) are the most uncommon type of renal ectopia with very few cases reported in adults. We present an 85-year-old female, with arterial hypertension and severe asthma, sent to nephrology outpatient clinic due to an incidental right intrathoracic ectopic kidney and ipsilateral diaphragmatic eventration on computed tomography (Figures 1 and 2).*

Conclusion: *IK are often asymptomatic. However, it is essential to differentiate IK from posterior mediastinal masses and diaphragmatic, pleural or pulmonary lesions. Due to its rarity, guidelines how to follow-up these patients are lacking, but tracking complications is mandatory.*

PO 63

SINDROME CONSTITUCIONAL – UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Adriana Guedes; Ana Sofia Reis; Catarina Salvado; Miguel Ângelo Sousa; Rui Salvador; Albina Moreira; Paula Ferreira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A artrite reumatoide (AR) é uma doença crónica inflamatória, sistémica e autoimune, que envolve as articulações sinoviais. A artrite é tipicamente simétrica e, se não tratada leva a destruição articular por erosão da cartilagem e do osso.

Os sintomas não são apenas articulares, apresentando-se por vezes de forma insidiosa com uma síndrome constitucional, que torna o diagnóstico diferencial mais desafiante, especialmente em idade mais avançada.

Caso clínico: Homem de 71 anos, autónomo, referenciado a consulta de Medicina Interna por astenia, anorexia, perda ponderal de 10 kg em 5 meses, mialgias e artralgias.

Apresentava artralgias generalizadas, com envolvimento predominante do carpo e das articulações metacarpo falângicas, e ligeira dos cotovelos e ombros, de carácter inflamatório - rigidez de predomínio matinal com mais de 1h de duração, que melhorava ao longo do dia. Ao exame objetivo emagrecido, com dor a palpação e mobilização do carpo e das articulações metacarpofalângicas, bilateralmente, com edema digital, sem sinais inflamatórios ou dor nas grandes articulações ou grupos musculares.

Do estudo Velocidade de sedimentação e Proteína C reativa aumentadas, anemia normocítica/hipocrômica, Fator reumatoide positivo e Anticorpo anti-citrulina negativo.

Excluída doença neoplásica e infecciosa com estudo serológico, TC toraco-abdomino-pélvico sem evidência de massas ou adenopatias e PET a exibir captação aumentada de FDG-F18 nos ombros, cotovelos, articulações

esterno-claviculares e coxo femorais, bem como nalguns processos articulares de vertebbras lombares, compatível com patologia articular inflamatória sistêmica.

Assumido diagnóstico de Artrite Reumatóide e iniciado tratamento adequado com melhoria substancial das queixas.

Discussão e conclusão: A síndrome constitucional é um motivo frequente de referência à consulta de Medicina Interna, sendo as doenças autoimunes um diagnóstico diferencial importante.

A AR não tratada adequadamente é muito debilitante, limita a qualidade de vida e aumenta a morbidade. O tratamento é com antiinflamatórios e terapêutica antirreumática modificadora da doença.

No contexto clínico apresentado, dada a idade menos típica de apresentação e a preponderância dos sintomas extra-articulares, a maior dificuldade prende-se com a exclusão de neoplasia no sentido de, com segurança, progredir na introdução de terapêutica modificadora de doença.

PO 64

UM MAL QUE VEIO POR BEM

Adriana Guedes; Ana Sofia Reis; Catarina Salvado; Miguel Ângelo Sousa; Rui Salvador; Albina Moreira; Paula Ferreira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A artrite psoriática afeta até 30% dos doentes com psoríase, com várias apresentações clínicas, desde atingimento axial a periférico. O diagnóstico é clínico e o tratamento com antirreumáticos modificadores da doença.

Caso clínico: Homem de 47 anos, autônomo, recorreu ao serviço de urgência por epigastralgia, anorexia e enfartamento precoce em agravamento há 3 semanas. Apurou-se úlcera duodenal em Endoscopia digestiva alta, com indicação para tratamento conservador, e agudização de doença renal crônica.

Antecedentes pessoais de hipertensão arte-

rial e patologia osteoarticular, com colocação de prótese total da anca à direita 7 anos antes, gonartrose e espondilose lombar, e familiares de psoríase e doença osteoarticular em idade jovem nos irmãos.

Nos primeiros dias de internamento com artralguas de características inflamatórias, limitantes, com distribuição assimétrica envolvendo as mãos, cotovelos, ombros, anca e joelhos, que já existiam no domicílio há vários anos, condicionando consumo de anti-inflamatórios não esteroides (AINES) diariamente, o que causou a úlcera duodenal.

Objetivaram-se lesões de psoríase na face (reição habitualmente coberta pela barba) e no couro cabeludo, que o doente nunca valorizou, mas que já estariam presentes previamente.

No estudo apresentava velocidade de sedimentação e proteína C reativa aumentadas, sinais inflamatórios em estudo radiológico, Fator reumatoide, HLAB27 e restante estudo imunológico negativos.

Diagnóstico assim de Artrite psoriática tendo em conta a clínica e a evolução típica que o doente apresentava. Iniciou Prednisolona e posteriormente Metotrexato, com melhoria sintomática.

Discussão e conclusão: Neste caso o diagnóstico de psoríase e artrite psoriática foi simultâneo. Os sintomas eram tão crônicos e comuns na família e no doente, que este nunca procurou ajuda especializada, mantendo consumo de AINES como forma de alívio das suas queixas. Por uma complicação grave fruto desse mesmo consumo excessivo, pôde finalmente orientar-se corretamente a marcha diagnóstica, a terapêutica e seguimento do doente, em internamento e posteriormente em consulta de medicina interna.

A artrite psoriática, como qualquer artrite inflamatória, pode ser deveras limitante especialmente em idade jovem. Assim, é extremamente importante um diagnóstico atempado que permita introdução precoce da terapêu-

tica que melhora a qualidade de vida e evita complicações articulares a longo prazo.

PO 67

DOENÇA RENAL CRÔNICA POR HIPERTENSÃO ARTERIAL SEVERA NUMA MULHER JOVEM

Cristiana Malhó

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A nefroesclerose arteriolar hipertensiva progride, numa pequena percentagem, para a doença renal crónica, em doentes com hipertensão arterial. Maioritariamente diagnosticada em doentes mais velhos e com hipertensão arterial grave mal controlada. O diagnóstico é suspeitado quando existe história prévia de hipertensão arterial, aumento da creatinina. É um diagnóstico de exclusão ou conclusivo apenas por biópsia renal.

Uma doente, sexo feminino, 35 anos, com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial “bata branca” e pré-eclâmpsia. Como medicação habitual fazia o anel vaginal (etonogestrel+etinilestradiol). Sem alergias medicamentosas conhecidas.

Deu entrada no serviço de urgência a 02/02, com quadro de tosse, rinorreia, diarreia, diminuição do apetite, mialgias, dispneia, cansaço para pequenos esforços com 6h de evolução. Ao exame objetivo, TA 214/152mmHg (confirmada no outro membro), taquicardia (FC 119bpm), apirética. Polipneica com saturações de oxigénio periféricas de 94% em ar ambiente. À auscultação cardíaca rítmica e sem sopros cardíacos audíveis, à auscultação pulmonar com murmúrio vesicular simétrico, mas rude nas bases. Sem edemas dos membros inferiores.

Do estudo complementar, salienta-se:

Gasimetria: pH 7.48, pO₂ 74mmHg, pCO₂ 28mmHg e lactatos de 2.1mmol/L - Alcalémia respiratória, hipoxemia com hipocapnia.

Análises: Anemia normocítica normocrômica (hemoglobina 9.4g/dL), trombocitopenia (90 000 – anocitose), D-Dímeros 2466ng/dL,

creatinina 3.62mg/dL, osmolaridade sérica normal e hipocaliemia. Sumário de urina com hematúria microscópica (eritrócitos sem dismorfismo) e proteinúria.

TC tórax com angiografia: “cardiomegalia, derrame pericárdico ligeiro (8mm). (...) Moderado derrame pleural bilateral. (...) opacidades arredondadas/algonodosas peribroncovasculares (...) em relação com alteração inflamatória/infecciosa.”

Ecografia renal: “hiperrecogencidade cortical e desdiferenciação parenquimo-sinusal, provável edema/inflamação ou insuficiência renal crónica.”

A doente foi internada, para realização de estudo complementar e continuação de tratamento, com a seguinte ordem de diagnósticos:

Emergência hipertensiva com lesão renal aguda.

Pneumonia da comunidade com insuficiência respiratória tipo 1.

Bicitopenia de novo.

Prosseguindo o estudo no internamento, foi feito estudo de causas secundárias para a hipertensão arterial, sendo o mesmo negativo.

Ecocardiograma transtorácico (08/02), a destacar hipertrofia ventricular esquerda concêntrica, já sem evidência de derrame pericárdico. Repetição da avaliação analítica, a destacar agravamento da função renal com creatinina máxima de 5.75mg/dL.

Por agravamento da função renal e hipertensão era de difícil controlo, foi realizada biópsia renal com “atrofia tubular e fibrose moderada com GE global superior a 50% com lesões de arterioesclerose severas enquadráveis em HTA severa.”

Tendo em conta a idade e a ausência antecedentes da doente seria pouco expectável que o diagnóstico mais provável fosse o de nefroesclerose hipertensiva. Apesar da apresentação pouco frequente e do difícil controlo da hipertensão arterial, foram afastadas hipóteses diagnósticas como síndromes paraneoplásicas ou de etiologia autoimune.

PO 69

MICOSE FUNGÓIDE – DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Guilherme Santos Luís; Cátia Faria

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A micose fungóide é o linfoma de células T cutâneo mais frequente. Os linfomas cutâneos de células T apresentam baixa incidência comparativamente a outros linfomas. Uma das possíveis causas de febre de origem indeterminada são as neoplasias, nomeadamente linfomas.

Caso clínico: Mulher com 66 anos, com antecedentes pessoais de artrite reumatóide recém-diagnosticada há 6 meses e alergia ao deflazacorte documentada há 1 mês, recorre ao serviço de urgência por quadro com 6 dias de evolução de gonalgia bilateral, dores nas mãos, dispneia e febre. Analiticamente, leucocitose 19.380/μL com neutrofilia 16.880/μL, hemoglobina 9.9 g/dL, plaquetas 459.000/μL, LDH 361 U/L, FA 152 U/L e PCR 341 mg/L. Realizou radiografia torácica, onde se visualiza condensação na base pulmonar direita, confirmando diagnóstico de pneumonia hipoxemiante, tendo sido colhidas hemoculturas e realizado esquema de piperacilina-tazobactam e azitromicina e oxigenoterapia. Após realização de esquema de antibioterapia empírica, doente com melhoria de queixas de dispneia (sem oxigenoterapia), mas mantendo picos febris diários e iniciando quadro de lesões cutâneas eritemodescamativas dispersas, mas com maior afeção das extremidades (mãos e pés). Analiticamente, com leucocitose e neutrofilia ~30.000/μL, anemia microcítica e hipocrômica (Hb 8.0 g/dL), creatinina 1.88 mg/dL, Proteínas Totais 46 g/L, Albumina 22g/L, PCR 400 mg/L, PCT 14.00 ng/mL, NTproBNP 804.00 pg/mL e vitB12 >1500pg/mL. Pedidos painéis infecciosos e autoimunes, ambos negativos. Realizou esfregaço de sangue periférico que mostrou au-

mento de linfócitos T 61.4% CD4+ policlonal, acompanhada de neutrofilia e linfopenia. Realizada biópsia cutânea das lesões presentes que confirmou diagnóstico de micose fungóide (positividade franca para CD3, CD4, CD8 e CD5 com negatividade para CD20, CD30, CD10 e bcl6. Bcl2 positivo em algumas células. Ki-67 positivo no intervalo de 5 a 10% de células). Realizada PET-CT, onde se visualizam hipercaptações em sede ganglionar cervical, axilar e justa-aórtica, sede pulmonar (opacidade justacisural lobo médio 4 x 2.5 cm e no segmento apical do lobo inferior esquerdo), sede osteoarticular (ombros, punhos, isquiáticas, joelhos e vertente interna da tibiotársica esquerda) e sugestão de esplenomegalia ligeira (distribuição homogénea do FDG), sugestivos de patologia inflamatória/granulomatosa. Colhida biópsia das lesões encontradas na PET para despiste de síndrome de Sézary e melhor orientação terapêutica.

Discussão: A micose fungóide pode ser difícil de diagnosticar nas fases precoces da doença, pela sua semelhança com outras doenças cutâneas. Devemos considerar este diagnóstico em doentes com febre de origem indeterminada e lesões cutâneas associadas, quando excluídas outras causas cutâneas mais prováveis.

PO 70

HIPONATRÉMIA ASSOCIADA A INFEÇÃO POR SARS-COV-2: PREDITOR DE MAU PROGNÓSTICO?

Maria de Sá Pacheco; Renato Gonçalves; João Corrêa; João Pereira; Juliana Carneiro; Joana Coelho; Ana Patrícia Silva; Miguel Ângelo Lopes; Dália Estevão; Ana Rita Elvas; Leopoldina Vicente
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Introdução: A infeção por SARS-CoV-2 apresenta-se mais comumente com sintomatologia respiratória e gastrointestinal, não sendo os distúrbios hidroeletrólíticos raros nestes

pacientes, dentro destes a hiponatremia. Apesar de ainda não totalmente compreendidos os mecanismos responsáveis pelo seu desenvolvimento, esta representa um fator de mau prognóstico, podendo apresentar-se com confusão e progredir para espasmos musculares e convulsões caso não corrigida. **Caso clínico:** Homem de 91 anos, com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial, Hiperuricemia crônica, Doença arterial periférica, Insuficiência Cardíaca (IC) de causa valvular grave, Fibrilhação Auricular com colocação de pacemaker e Doença Renal Crônica (DRC) estadio 3d/4. Internado por quadro de Pneumonia Nosocomial bilateral complicada de insuficiência respiratória, disfunção renal KDIGO I com acidose metabólica e hipercaliemia e IC descompensada.

Durante o internamento realizou antibioticoterapia com Ceftriaxone e Azitromicina, com sucessivos ajustes de terapêutica diurética e oxigenoterapia suplementar, com acompanhamento pelo Serviço de Nefrologia.

No 31º dia de internamento, por infecção SARS-CoV-2 detetada em paciente internado no mesmo quarto, foi realizado teste rápido que se mostrou positivo, dia em que iniciou quadro de hiponatremia grave, de novo (Na⁺ de 119 mg/dL), com quadro de confusão, agitação e labilidade emocional. Concomitantemente apresentou agravamento de quadro de IC descompensada e DRC agudizada, previamente estabilizadas com sucesso durante o internamento, tendo sido detetada também Infecção do Trato Urinário com urocultura positiva para *Acinetobacter Baumannii* e *Enterococcus faecalis*, tendo iniciado Levofloxacina. Ao longo dos seguintes dias, o doente apresentou agravamento clínico e imagiológico, apesar de terapêutica dirigida.

Discussão: A infecção por SARS-CoV-2, embora sem sintomatologia típica associada, foi responsável pelo agravamento de descompensações crônicas de base neste doente,

nomeadamente IC e DRC, tendo apresentado distúrbios hidroeletrólíticos associados, dentro destes a hiponatremia, sendo esta marcadora de mau prognóstico e evolução desfavorável da doença. Mais estudos serão necessários para compreender os mecanismos responsáveis pelo desenvolvimento de hiponatremia em doentes com infecção por SARS-CoV-2, tornando-se premente a sua rápida deteção e correção.

PO 71

CAUSAS ESTRUTURAIS DE PERDA TRANSITÓRIA DE CONSCIÊNCIA

Guilherme Santos Luís

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: Mulher de 34 anos recorre ao SU por quadro de 3 episódios de perda transitória de consciência, cada com cerca de 10 minutos de duração, com movimentos tónico-clónicos associados e com recuperação entre episódios. Doente nega trauma, hábitos toxicofílicos ou história familiar conhecida. Exame neurológico sem alterações e doente sem alterações analíticas ou eletrocardiográficas importantes. TC crânio-encefálica sem contraste revelou múltiplas calcificações intracerebrais bilaterais e simétricas nos núcleos dentados, palidais, talâmicas e nos centros semiovais e frontais, sugerindo Doença de Fahr.

PO 72

SÍNDROME DE CHOQUE TÓXICO: É ASSIM TÃO RARO?

Maria de Sá Pacheco; Renato Gonçalves;

João Corrêa; João Pereira; Juliana Carneiro;

Joana Coelho; Ana Patrícia Silva;

Miguel Ângelo Lopes; Dália Estevão; Ana Rita Elvas;

Leopoldina Vicente

Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Introdução: Homem de 64 anos, com S.Dow, apresentou quadro com 48 horas de evolução de febre e exantema maculopapu-

lar não rugoso nem pruriginoso, branqueável, atingindo o tronco, membros, mucosa oral e pregas, poupando mãos e pés, com áreas de descontinuidade e descamação dos lábios e palato. Negada nova medicação, alimentação, novos produtos de higiene ou contexto epidemiológico de relevo. Apresentava alterações compatíveis com celulite na coxa esquerda e conjuntivite bilateral. A urocultura revelou *Providencia stuartii*, sem nenhum outro agente detetado em estudo analítico completo. Medicado com Ceftriaxone e Clindamicina, apresentou evolução favorável, com resolução das lesões.

PO 73

ESTUDO RETROSPECTIVO SOBRE A INCIDÊNCIA DA PNEUMONIA NECROTIZANTE

Marta Marques Pinheiro; Sofia Mohamed Mateus; Helena Brazão; Catarina Salvado
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

A pneumonia necrotizante está descrita como uma complicação rara da pneumonia adquirida na comunidade (PAC), caracterizada por liquefação e conseqüente formação de cavitações no tecido pulmonar. Já foram identificados os fatores de risco e os microrganismos que mais comumente levam ao desenvolvimento desta condição, e sabe-se que o agente mais frequentemente envolvido é o *Streptococcus pneumoniae*.

No presente estudo pretende-se fazer uma caracterização sociodemográfica da população de adultos que recorreu aos cuidados de saúde do CHULC, no período compreendido entre 2016 e 2023, que foi diagnosticada com PAC e a incidência de casos que evoluíram para pneumonia necrotizante.

Foi realizado um estudo retrospectivo a partir da informação de dados clínicos de 768 doentes diagnosticados com PAC, entre os anos 2016 e 2023, dos quais foram excluídos todos os que tinham idade inferior a 18 anos, tinham sido

submetidos a transplantes ou sofrido trauma torácico, perfazendo, um total de 607 indivíduos. Dos 607 indivíduos selecionados, 62,1% eram do sexo masculino e 37,9%, do sexo feminino, com uma idade média de 66,8 anos. A grande maioria (91,1%) deu entrada nos CHULC através do Serviço de Urgência, sendo que 4,6% foram internados em Unidade de Cuidados Intermédios, 24,4% precisaram de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos e, destes 17,6% necessitaram de ventilação invasiva. Quanto ao agente mais prevalente, isolou-se o *Streptococcus pneumoniae* em 87,6% dos casos, sendo que apenas 1 desses evoluiu para pneumonia necrotizante. No total, foram identificados 4 casos de pneumonia necrotizante.

De acordo com os dados recolhidos, a incidência de PAC e de pneumonia necrotizante é superior no sexo masculino, em doentes com idade superior a 65 anos, com múltiplas comorbilidades e comportamentos de risco, revelando-se uma condição patológica rara, tal como descrito na literatura disponível, embora este estudo não confirme o *Streptococcus pneumoniae* como principal agente causador de pneumonia necrotizante.

PO 74

APENAS DEMÊNCIA?

Alexandra Nascimento; Patrícia Almeida; Sara Fontainhas; Maria Pilar Lopez; Abílio Gonçalves
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa progressiva e rara que pode afectar os neurónios motores do cérebro e da medula espinhal.

Não existe cura para ELA mas um diagnóstico precoce contribui para o aumento da sobrevivência. Reconhecer os sintomas e os sinais do exame objectivo é importante para uma suspeita clínica provável, logo na apresentação inicial.

Caso clínico: Paciente de 78 anos, autónoma nas atividades da vida diária com anteceden-

tes de demência e hipertensão arterial. Antecedentes familiares desconhecidos.

Recorreu ao serviço de urgência por dispneia mMRC scale grau IV e disfagia para sólidos e líquidos, com agravamento progressivo nos últimos 2 meses.

Familiares referiam emagrecimento não intencional de 7kg nos últimos 3 meses.

De destacar, várias idas prévias à urgência por humor deprimido, num período de 2 anos. Nestas visitas foi observada pela clínica geral, tendo-lhe sido modificada a terapêutica antidepressiva.

Ao exame objectivo apresentava-se apirética, consciente, orientada e colaborante. Hemodinamicamente estável. Não apresentava alterações à palpação nem à percussão torácica. À auscultação pulmonar o murmúrio vesicular era mantido e simétrico, sem ruídos adventícios. O abdómen não apresentava alterações de relevo. Ao exame neurológico, destacava-se a disartria epástica. As restantes funções mentais superiores e o sistema sensitivo estavam intactos.

Na gasometria, apresentava insuficiência respiratória tipo 2, tendo sido iniciada ventilação não invasiva. Analiticamente sem alterações de relevo, nomeadamente, sem défice de vitamina B12, alterações da função tiroideia e serologias negativas para HIV. Dada a insuficiência respiratória, a paciente foi admitida no internamento para estudo. Uma vez que se encontrava sob uso de medicação opióide foi colocada a hipótese de uma possível causa iatrogénica. No entanto, não apresentou melhora após substituição da medicação.

Durante o internamento, realizou tomografia computadorizada do pescoço sem lesões expansivas ou adenopatias a registar. A tomografia computadorizada do crânio revelou sinais de leucoencefalopatia isquémica e atrofia encefálica. Posteriormente, foi avaliada pela neurologia que identificou a atrofia dos primeiros músculos interósseos de ambas as mãos e a

presença de fasciculações dispersas. Perante estes achados, foi pedida electromiografia que corroborou o diagnóstico de ELA.

Discussão: A ELA com sintomas na musculatura bulbar tem um prognóstico mais reservado relativamente à ELA que se apresenta com sintomas derivados do acometimento da medula espinhal. Importa ainda, lembrar que a ELA com sintomas bulbares pode manifestar sintomas semelhantes aos da demência frontotemporal, sendo muitas vezes consideradas entidades do mesmo espectro. Neste caso, a nossa paciente apresentou sintomas de humor deprimido e posterior disartria, comuns a ambas as entidades.

É importante iniciar antidepressivos para controlo sintomático de ambas as patologias. No entanto, ter sempre em conta os diagnósticos diferenciais de demência permite iniciar precocemente terapêutica multidisciplinar e terapêutica modificadora de prognóstico.

PO 75

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE NEOPLASIA RENAL

Natalia Buruian; Daniela Olívia Gomes; Tiago João Valente; Henrique Cerveira; Marta Valentim; Jorge Almeida; Maria Lume
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A neoplasia renal, cada vez mais prevalente devido ao diagnóstico incidental pelo uso generalizado de exames complementares de diagnóstico, pode, por vezes, apresentar-se de forma atípica e ser confundida com patologias benignas, como abscesso renal ou pielonefrite. Um diagnóstico precoce, apesar de incidental, favorece um melhor prognóstico e maior sobrevida. O caso descrito pretende evidenciar um exemplo de apresentação aparentemente benigna infecciosa que demonstrou tratar-se de uma neoplasia renal.

Caso clínico: Mulher 86 anos com clínica de infeção urinária, hemodinâmica estável, febril, estudo analítico com subida de parâ-

metros inflamatórios, LRA pré-renal, sumário de urina com leucocitúria e nitritúria, internada na enfermaria por pielonefrite aguda sob antibioterapia empírica com ceftriaxona. D1 de internamento respiração de kussmaul, hipotensão, com gasometria com acidemia metabólica, bicarbonato baixo, oligúria e piúria. Instituída fluidoterapia, bicarbonato de sódio e realizada ecografia reno-vesical de urgência, na qual foi identificada massa heterogénea no pólo superior do rim esquerdo com 44x38mm, avascularizada, suspeita de abscesso. TAC abdominal para melhor caracterização identificou, no terço médio posterior do rim esquerdo, lesão nodular exofítica com 48x58mm nos planos axiais, com captação heterogénea de contraste, suspeita de neoplasia, com invasão da gordura do espaço peri-renal, e invasão da parede no 11º espaço intercostal esquerdo. Por não ser possível excluir abscesso renal manteve antibioterapia com ceftriaxona, com posterior UC com isolamento de EColi MS. Evolução clínica e analítica favorável mas com manutenção de acidose metabólica grave com gap aniónico normal e bicarbonato baixo. Foi discutida situação clínica com nefrologia, e assumida manutenção de acidose metabólica por excreção crónica aumentada de bicarbonato pela exposição da urina à mucosa intestinal (história prévia de tuberculose genitourinária e enterocistoplastia nesse contexto), ficando com suplementação crónica com HCO₃. Após resolução do quadro infeccioso urinário realizou RMN que identificou massa parcialmente exofítica, no terço médio posterior do rim esquerdo, com 53x60 mm, com componente sólida intra-renal e componente necrótico/quístico mais exofítica, suspeita de neoplasia. Invasão da gordura do espaço peri-renal, encontrando-se em íntimo contacto com 11º espaço intercostal esquerdo, tendo alta orientada para consulta de Urologia.

Conclusão: A evolução clínica apresentada

pela doente, mesmo quando o diagnóstico de internamento trata-se de uma patologia aparentemente autolimitada e benigna, é fundamental e deve ser o fio guia das decisões/orientações ao longo do internamento. O caso apresentado demonstrou que, apesar do diagnóstico de PNA e antibioterapia realizada, perante a evolução clínica desfavorável, a realização de exame de imagem demonstrou uma patologia mais complexa com possibilidade de neoplasia com abscesso.

PO 76

ESTUDO DO DERRAME PLEURAL EM DOENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE SEROPOSITIVA

Natalia Buruian; Henrique Cerveira; Daniela Olívia Gomes; Tiago João Valente; Marta Valentim; Jorge Almeida; Maria Lume
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O derrame pleural é uma complicação incomum da artrite reumatoide (AR). A AR envolve a pleura em 5% dos casos e é mais frequente nos homens. Pode ocorrer antes, concomitantemente ou após o desenvolvimento das manifestações articulares da doença. O caso descrito evidencia progressão da AR para um derrame pleural fibrino-leucocitário.

Caso clínico: Mulher de 56 anos com antecedentes de artrite reumatoide seropositiva sob Tocilizumab, avaliada no médico assistente por toracalgia a esquerda, pieira tosse sem expectoração e dispneia com agravamento com os movimentos e palpação da grade costal, sem traumatismo. Realizou TC torax no ambulatorio que identificou derrame pleural esquerdo, pelo que foi referenciada ao SU. Internada para estudo de derrame pleural. Realizada toracocentese diagnóstica, classificado como exsudado pelos critérios de Light (Prot pleural 48.2 g/L/Prot sérica 76.5 g/L; LDH pleural 1031 U/L/LDH sérico 308 U/L). Do restante estudo realizado ANA+, FR+ IgE e Ig4 e consumo de ECA, restante

estudo auto-imune negativo, pesquisa micobacteriológico saliva e secreções com direto e cultural negativo, sem alterações em TC-TAP e com EcoTT a identificar hipertrofia ventricular esquerda de grau ligeiro, ligeiras alterações degenerativas das estruturas valvulares, insuficiências mitral e tricúspide de grau ligeiro, função ventricular esquerda sistólica ligeira a moderadamente comprometida, com FE média de 41%. Realizada biópsia pleural com exsudado fibrino-leucocitário, pesquisa micobacterias negativo. Assumida progressão de doença reumatológica, avaliada por reumatologia com indicação para suspender terapêutica com Tocilizumab. Durante o internamento, doente manteve-se hemodinamicamente estável, em apirexia sustentada, com evolução clínica e analítica favorável, tendo alta orientada para consulta de reumatologia. **Conclusão:** As características do derrame pleural da AR podem mimetizar as do derrame parapneumônico. Os doentes com AR têm um risco aumentado de desenvolver infeções graves pela imunossupressão associada a terapêutica realizada. Nesse sentido a tuberculose deve ser tida em conta no diagnóstico diferencial do derrame pleural nestes casos. As características bioquímicas do líquido pleural sugeriram derrame pleural reumatoide e a citologia confirmou o diagnóstico.

PO 77

DISSEÇÃO TIPO A DEPOIS DE UMA DISSEÇÃO TIPO B

Rafaela Lopes Freitas; Sílvia Ferreira; Catarina Moreira; João Camões

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A disseção aórtica é uma das síndromes aórticas agudas (SAA) com maior taxa de mortalidade. Classifica-se em tipo A e B, de acordo com o sistema de Stanford, permitindo a decisão relativa a abordagem terapêutica. Atualmente a reparação aórtica

endovascular (RAE) é considerada preferencial no tipo B, enquanto que no tipo A é a cirurgia emergente.

Caso clínico: Homem de 67 anos com antecedentes de dislipidemia e neoplasia prostática submetida a radioterapia e braquiterapia no passado. Apresentou aneurisma da aorta abdominal (AAA) com disseção tipo B no ano transato tendo sido submetido a RAE, sem intercorrências.

Após 3 meses da intervenção, recorreu ao SU por dor interescapular lacerante com 1h de evolução. À admissão, hipertenso (PA 165/98mmHg), sem diferencial dos membros superiores ou inferiores, pulsos simétricos amplos. Do estudo, ECG em ritmo sinusal sem alterações, gasimetria sem hiperlactacidemia e análises com discreta anemia (Hb 12g/dL), sem subida de marcadores de necrose miocárdica. Por alta suspeita de SAA realizado AngioTC de Tórax a documentar um hematoma mural aórtico desde o arco aórtico até à prótese abdominal (Figura 1 e 2).

Portanto, disseção aórtica tipo A num doente com antecedentes de disseção tipo B intervencionada endoscopicamente (Figura 3 e 4). Realizado controlo da dor com opióide, controlo do perfil tensional com betabloqueador e foi transferido para cirurgia vascular. Dada a complexidade da abordagem cirúrgica optou-se por tratamento conservador.

Discussão: A disseção aórtica aguda é potencialmente fatal se não reconhecida atempadamente. O fenómeno de disseção tipo A por progressão retrógrada do tipo B ou por nova disseção proximal da aorta ascendente está descrita após RAE sobretudo nos primeiros 6 meses, embora reportada raramente. O mecanismo fisiopatológico, a incidência, os fatores de risco ou a melhor abordagem nestes casos ainda não está esclarecida. O doente apresentado, pelas comorbilidades e pela complexidade cirúrgica representava um alto risco cirúrgico, pelo que o tratamento médi-

co foi a abordagem alternativa. Nestes casos a literatura é escassa, mas parecem estar a emergir casos de sucesso a longo prazo para a atitude conservadora sendo perentória a adesão à terapêutica e a monitorização imagiológica contínua para otimizar resultados.

PO 78

UM CASO DE ENFISEMA SUBCUTÂNEO EXTENSO

Beatriz Dias Silva; Sofia Camões; Hugo Ventura; Tatiana Cardoso; Carolina Fernandes; João Olivério Ribeiro; Ricardo Lavajo; Edite Nascimento
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

O enfisema subcutâneo é uma condição que ocorre quando o ar entra nos tecidos moles sob a pele, habitualmente autolimitada. Contudo, pode ser uma complicação grave, causando obstrução respiratória grave. Apresentamos um caso de um homem, admitido no serviço de urgência por dispneia e edema da face, após queda da própria altura no dia anterior. Ao exame objetivo apresentava edema periorbitário, face e pescoço, bem como crepitação na zona cervical. Assim, após realização de exames de imagem verificou-se a existência de enfisema cervicotorácico, da parede abdominal e mediastínico, bem como ligeiro volume de pneumotórax esquerdo. Posteriormente realizou drenagem do pneumotórax guiada por imagem.

PO 79

UM PERFIL A NÃO ESQUECER

Bruna Rodrigues Barbosa; Cláudia Sofia Ribeiro; Inês de Gouveia Bonito; Ana Carolina Andrade; Laurinda Pereira; Martinho Fernandes; Ana Paula Pona
CHBM

Homem, 78 anos, independente. Antecedentes pessoais de: HTA, FA, DPOC (tabagismo ativo). Recorre 5 vezes ao SU por lombalgia

à direita com 1 mês de evolução em agravamento sem resposta à terapêutica médica. TC lombar evidenciou lesão lítica da asa sagrada S2-S3 direita. Radiografia de tórax PA e perfil identificou lesão pulmonar no lobo pulmonar inferior direito; confirmada por TC torácica como formação nodular traduzindo lesão atípica. PET identificou múltiplas lesões malignas em sede osteomedular, pulmonar direita, ganglionar múltipla e baço.

Este caso evidencia a importância da radiografia de tórax com o perfil, muitas vezes esquecido.

PO 80

COMPLEXA GESTÃO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) HEMORRÁGICO COM ROTURA PARA IV VENTRÍCULO

Bruna Rodrigues Barbosa; Cláudia Sofia Ribeiro; Sofia Ferreira; Joana Lopes Ferreira; Laurinda Pereira; Martinho Fernandes; Ana Paula Pona
CHBM

Hemorragia intracerebral é uma emergência neurológica com alto risco de deterioração neurológica progressiva, por vezes com necessidade de intervenção aguda.

Homem, 96 anos, autónomo, antecedentes: neoplasia maligna da pele e glaucoma. Admitido após ser encontrado caído no domicílio com incontinência de esfíncteres. TC CE detetou volumoso hematoma lobar frontal direito, em fase aguda (estrela), com rotura IV, supratentorial, triventricular, sem hidrocefalia, com efeito de massa e colapso do segmento anterior do ventrículo homolateral; hemorragia cortico-pial frontal esquerda (fig 1). Óbito ao 9º dia por aumento do hematoma, edema perilesional (seta) e efeito de massa (fig 2).

PO 81

MELANOMA – UM TUMOR TRAIÇOEIRO

Bruna Rodrigues Barbosa; Cláudia Sofia Ribeiro; Sofia Ferreira; Andreia Meseiro; Laurinda Pereira; Martinho Fernandes; Ana Paula Pona
CHBM

Homem com 61 anos, com antecedentes pessoais de: melanoma estadio III em 2020 submetido a cirurgia com esvaziamento ganglionar. Realizou um ano de quimioterapia e *follow-up*, sem sinais de recidiva. Em 2023, recorreu ao Serviço de Urgência por parésia da mão direita, único achado clínico. Análises sem alterações. Apuraram-se lesões dispersas em tomografia computadorizada. Apesar do seguimento feito ao longo destes 3 anos, estas lesões surgem para perturbar toda a homeostasia do doente, tendo implicações em todos os níveis. A biópsia de uma das lesões hepáticas confirmou metastização de melanoma. Este caso exemplifica a evolução tão abrupta que pode ser de um melanoma, apesar da vigilância mantida.

PO 82

UMA COMBINAÇÃO FATAL: UM CASO DE SARCOMA DE KAPOSI E TUBERCULOSE NUM TRANSPLANTADO RENAL.

Vikesch Samji¹; Ana Rita Bello²; Ana Cristina Martins²; Miguel Golão²; Inês Ângelo³; Inês Gonçalves⁴; Sara Pocinho¹; Inês Antunes¹; Diogo Santos¹; João Torres¹; Isabel Simões¹; Eduarda Carmo¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; ²Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de Santa Cruz; ³Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário; ⁴Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

O Sarcoma de Kaposi (SK) é uma neoplasia de origem vascular, de localização cutânea, mucosa ou visceral, cujo agente etiológico é o vírus herpes humano tipo 8 (VHH-8). O envolvimento gastrointestinal é raro, muitas vezes silencioso. Uma das variantes do SK

está associado a imunossupressão, como a transplantação, e a sua incidência nos doentes transplantados renais é de 1.3 a 6%. A gestão da terapêutica imunossupressora renal e presença de uma infecção activa como a tuberculose pode atrasar o início de tratamento dirigido nestes doentes, levando a sua progressão. O caso clínico descreve uma mulher de 70 anos, melanodérmica, transplantada renal desde 2014, sob terapêutica imunossupressora com tacrolimus e micofenolato de mofetil. Admitida no serviço de Urgência por dispneia e febre com um dia de evolução. Diagnosticado pneumonia adquirida na comunidade com insuficiência respiratória aguda, tendo iniciado antibioterapia de largo espectro e sido internada para continuação de cuidados. Por episódio de melenas, realizou endoscopia digestiva que evidenciou diversas lesões gástricas sugestivas de Kaposi. Apresentou evolução clínica desfavorável, com evolução em choque séptico com ponto de partida respiratório, com disfunção multiorgânica, tendo sido admitida em Unidade de Cuidados Intensivos. Colhidas secreções respiratórias para microbiologia, com identificação de *Mycobacterium tuberculosis* por técnica de biologia molecular (PCR). Iniciou terapêutica antibacilar com isoniazida, pirazinamida, etambutol e levofloxacina. Manteve quadro de choque refratário, com documentação de isquémia intestinal complicado de perfuração com volumoso pneumoperitoneu e pneumoretroperitoneu, tendo a doente vindo a falecer. Os autores apresentam este caso por se tratar de uma associação rara de duas entidades, SK e tuberculose pulmonar, em doente não VIH, transplantado renal de longa data, salientando-se a complexidade da abordagem e do tratamento nesta situação. As infeções pós-transplante e as malignidades estão aumentando com o aumento da eficácia da imunossupressão, sendo importante manter vigilância e elevada suspeição destas compli-

cações, assim como da possibilidade da coexistência das mesmas, para um diagnóstico e tratamento precoces.

PO 83

UMA EMERGÊNCIA CIRÚRGICA, MAS CONSERVADORA – DISSECÇÃO AÓRTICA TIPO A

Vikesch Samji¹; Ana Cristina Martins²; Ana Rita Bello²; Inês Gonçalves³; Inês Ângelo⁴; Miguel Golão²; Sara Pocinho¹; Inês Antunes¹; João Torres¹; Diogo Santos¹; Filipa Monteiro¹; Isabel Simões¹; Eduarda Carmo¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; ²Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de Santa Cruz; ³Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier; ⁴Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

A dissecação em aorta tipo A é uma emergência cirúrgica e define-se pelo envolvimento da aorta ascendente. Mulher de 60 anos, hipertensa, admitida no Serviço de Urgência por toracalgia anterior persistente, náuseas e vômitos com uma semana de evolução. A angioTC torácica, abdominal e pélvica revelou dissecação da aorta do tipo A de Stanford e tipo I de DeBakey, desde a raiz da aorta até à aorta abdominal infrarrenal. Decidiu tratamento conservador pela Cirurgia Cardíaca, sem outros factores preditores de mau prognóstico, além do envolvimento da aorta ascendente. Manteve internamento para vigilância e controlo tensional rigoroso, com posterior alta para a consulta de Cirurgia cardiotorácica.

PO 84

DOENÇA DE VOGT-KOYANAGI-HARADA – UMA ENTIDADE RARA E MULTIDISCIPLINAR

Henrique Cerveira; Daniela Olívia Gomes; Jorge Almeida; Marta Valentim
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A doença de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) é uma doença autoimune sistémica caracterizada principalmente pela afeção ocular em forma de panuveíte granulomatosa bilateral mediada por linfócitos Th1, apresentando 4 fases: (1) prodrómica; (2) uveíte aguda; (3) convalescência, onde se manifestam mais frequentemente as alterações cutâneas em forma de vitiligo, alopecia e poliose; (4) fase crónica/recorrente.

Caso clínico: Mulher, 29 anos, sem antecedentes médicos de relevo, admitida no Serviço de Urgência por hipovisão e escotoma central do olho direito após 2 semanas de visão turva e hipoacusia. Referia rinorreia, odinofagia e cefaleia no mês anterior. Na avaliação oftalmológica, acuidade visual 1/10 à direita, 9/10 à esquerda, descolamento exsudativo da retina neurossensorial na fundoscopia direita e precipitados queráticos granulomatosos bilaterais na biomicroscopia. Realizou tomografia de coerência ótica com descolamentos neurossensoriais da mácula e espessamento coroide à direita, bem como angiografia fluoresceínica a evidenciar hiperfluorescência do nervo ótico bilateral por papilite e múltiplos pontos de hiperfluorescência à direita. Pelos achados sugestivos de VKH, iniciou pulsos de metilprednisolona e ciclosporina, além de estudo de extensão com ressonância magnética cerebral, que descartou envolvimento neurológico, e avaliação auditiva a revelar hipoacusia neurossensorial. Do estudo laboratorial, sorologia e autoimunidade negativas com marcadores de infeção por EBV recente. Manteve corticoterapia com prednisolona (PDN) em desmame durante 6 meses, recu-

perando a acuidade visual. Aos 20 meses de follow-up, em desmame de ciclosporina, aparecimento de lesões cutâneas em alvo com bordo ativo nas pernas, levantando suspeita de associação à doença. Biópsia cutânea a mostrar granuloma anular provavelmente associado a DVKH. Proposto novo ciclo de PDN, que a doente recusou, optando por aumentar dose de ciclosporina com evanescência das lesões.

Conclusão: A DVKH é uma entidade autoimune rara, sendo o atingimento cutâneo pouco assinalado na literatura. Apresentamos um caso de DVKH associada a granuloma anular (sem registros prévios na literatura), sendo ambas entidades de base granulomatosa e fisiopatologia dependente de linfócitos Th1, apresentando boa resposta após titulação de ciclosporina.

PO 85

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL COMO MANIFESTAÇÃO DE UMA INFEÇÃO VENÉREA DO PASSADO

Henrique Cerveira; Natalia Buruian; Daniela Olívia Gomes; Tiago Valente; Jorge Almeida; Marta Valentim
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A incidência de sífilis continua a aumentar em Portugal. Por serem assintomáticos, muitos dos infetados nunca chegam a receber tratamento. Contudo, o dano vascular por inflamação de vasos, sobretudo de médio e pequeno calibre, persiste, podendo contribuir de forma independente para estenose de artérias intracranianas e subsequente acidente vascular cerebral (AVC) isquémico, além de poder potenciar aterosclerose.

Caso clínico: Mulher, 76 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e doença pulmonar obstrutiva crónica tabágica. Admitida em Serviço de Urgência por queda após acordar com hemiparésia esquerda. Ao exame objetivo, vigil e orientada, normotensa, apirética e euglicémica, parésia facial central

esquerda com hemianópsia homónima, disartria ligeira, hemiparésia do braço e perna esquerdos, queda e ataxia do membro inferior direito e anestesia dos membros esquerdos, pontuando 12 pontos na escala de NIHSS. Realizou tomografia computadorizada cerebral (TC-CE) com estudo angiográfico sem imagens sugestivas de enfartes corticais recentes ou lesões hemorrágicas agudas, destacando-se contudo hiperdensidade exuberante intraluminal na artéria cerebral posterior direita, possivelmente correspondente a trombo endoluminal calcificado, condicionando oclusão arterial, além de oclusão também na artéria vertebral esquerda. Foi submetida a trombólise com alteplase (rTPA) e realizou nova TC-CE às 24h, apresentando de novo múltiplas áreas de isquemia cerebelosa, temporoparietal e tálamo-capsular à direita. Do estudo etiológico realizado destacamos: ausência de alterações analíticas de relevo; perfil metabólico com colesterol total 231 mg/dL e HbA1c 6.6%; ecodoppler dos vasos do pescoço a mostrar placas ateroscleróticas na bifurcação das artérias carótidas comuns, condicionando estenose luminal bilateral sem repercussão hemodinâmica e sem alterações das artérias vertebrais; eletrocardiograma com ritmo sinusal; ecocardiograma com estenose aórtica moderada e boa função sistólica ventricular; serologias víricas (VIH, VHC e VHB) negativas; testes VDRL e TPPA positivos. Assim, por suspeita de sífilis latente tardia a condicionar AVC isquémico, iniciou tratamento com penicilina G 2.4 milhões de unidades internacionais durante 3 semanas. Dada a estabilidade clínica, a doente foi posteriormente referenciada para reabilitação motora.

Conclusão: O risco de AVC isquémico é maior em pessoas infetadas por sífilis, sobretudo quando a infeção não é diagnosticada e devidamente tratada, provavelmente pelo estado inflamatório crónico das artérias intracerebrais e consequente estenose luminal.

Contudo, nem sempre este fator de risco é considerado, sobretudo em doentes mais idosos com outros fatores de risco tradicionais. Pretende-se alertar para a importância do estudo sorológico de sífilis no estudo etiológico de AVC isquêmico e reforçar a importância do rastreio de adultos sexualmente ativos.

PO 86

METASTIZAÇÃO PERITONEAL: UMA VIA RARA DO CARCINOMA LOBULAR INVASIVO DA MAMA - SÉRIE DE CASOS

Daniela Olívia Gomes; Henrique Cerveira;
Natalia Buruian; Tiago Valente; Jorge Almeida;
Marta Valentim

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O Carcinoma Lobular Invasivo (CLI) da mama representa 8-14% dos casos de cancro da mama. Metastiza maioritariamente para osso, fígado, pulmão e cérebro, estando a metastização peritoneal associada a 0.7% dos casos. Apresentam-se dois casos de carcinomatose peritoneal secundária a CLI sem lesão mamária de novo.

Caso clínico: Mulher de 60 anos, com diagnóstico de CLI da mama esquerda em remissão, admitida para estudo de ascite evidenciada por ecográfica, com líquido ascítico (LA) compatível com exsudado (SAAG < 1.1 g/dL). A tomografia computadorizada (TC) mostrou espessamento peritoneal, mais expressivo na escavação pélvica, associado a heterogeneidade do epiplon e aparentes lesões nodulares a envolver ambos os anexos, aspetos a traduzir carcinomatose peritoneal, suspeita corroborada por tomografia de emissão de positrões de corpo inteiro (PET). Estudo ginecológico e mamário sem alterações. A histologia do LA foi compatível com carcinoma de origem mamária, GATA-3 positivo. 2. Mulher de 72 anos, com diagnóstico de CLI da mama direita em remissão, admitida para estudo por perda ponderal e ascite associada a espessamento e densificação nodular do epiplon e

raiz do mesentério, descrito em TC realizada em ambulatório. Após paracentese com LA compatível com exsudado (SAAG < 1.1 g/dL), completou estudo com avaliação ginecológica e mamária, sem alterações evidentes, e PET sugestiva de carcinomatose peritoneal. A histologia do LA foi compatível com carcinoma de origem mamária com presença de células em “anel de sinete” e expressão GATA-3.

Discussão/Conclusão: O cancro da mama com metastização peritoneal sem evidência de lesão primária abdominal é extremamente raro. A carcinomatose peritoneal manifesta-se sob a forma de ascite em 70% dos doentes. Apesar de controverso, parece existir associação entre o desenvolvimento de carcinomatose peritoneal com o tipo histológico lobular invasivo, sobretudo de alto grau e estadios avançados, estando associado a pior prognóstico. Tal como verificado nos casos apresentados, a presença do marcador GATA-3 positivo está associado à diferenciação tumoral de carcinoma primário da mama noutros locais, tendo valor preditivo clínico. Quando comparado com outros tipos de carcinoma invasivo da mama, a diferenciação em células em anel de sinete, está associada a tumores mais agressivos com maior propensão a metastização e, conseqüentemente, a pior prognóstico.

PO 87

ANTIBIOTERAPIA SUPRESSIVA EM UMA EXPLOÇÃO INFECCIOSA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Daniela Olívia Gomes; Henrique Cerveira;
Natalia Buruian; Tiago Valente; Jorge Almeida;
Marta Valentim

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A sépsis resultante de infeções multifocais com acometimento vertebral constitui um desafio diagnóstico e terapêutico. O processo infeccioso pode ocorrer por disseminação hematogénica, inoculação direta

ou por contiguidade, sendo o *Staphylococcus aureus* o agente bacteriano mais frequentemente isolado, seguindo-se de *Escherichia coli* (*E. coli*) e *Proteus spp* na presença de infecções do trato urinário. O tratamento passa por antibioterapia empírica até isolamento de agente e tratamento cirúrgico.

Caso clínico: Mulher de 84 anos, com antecedente de hipertensão arterial, dislipidemia, demência de Alzheimer a condicionar grau de dependência e internamento recente por pielonefrite aguda, com isolamento de *E. coli*, e queda com fratura de L1. Admitida por sépsis com ponto de partida urinário a condicionar disfunção respiratória, renal e neurológica. Apresentava suspeita de espondilodiscite em D9-D10 em tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica realizada no serviço de urgência. Iniciou-se antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam, mantendo elevação analítica de parâmetros inflamatórios, sem possibilidade de desmame de oxigenoterapia, tendo realizado TC torácica com evidência de coleção no espaço pleural bilateral, sugestivo de empiema. Prosseguiu-se estudo com ressonância magnética dorsolombar que evidenciou processo de espondilodiscite centrado em D9-D10 com empiema em D9. Na suspeita de infeção por contiguidade com ponto de partida urinário e isolamento em urocultura de *E. coli*, discutiu-se caso com Doenças Infecciosas, optando-se por troca de antibioterapia para ampicilina. Completou estudo com tomografia por emissão de positrões demonstrando alterações consistentes com espondilodiscite em D9-D10, provável empiema pleural direito por extensão pleural do processo infeccioso adjacente e processo infeccioso associado às articulações gleno-umeral e acrómio-clavicular direitas, com suspeita de artrite séptica. As comorbilidades da doente impossibilitaram a decisão cirúrgica, tendo-se adotado estratégia de antibioterapia supressiva com amoxicilina oral sem controlo

eficaz de foco, com extensão local do processo infeccioso.

Discussão/Conclusão: Em doentes não candidatos a tratamento convencional pode ser adotada a estratégia de antibioterapia oral supressiva prolongada com o intuito curativo ou paliativo de forma a evitar disseminação da infeção. Apesar da escassa evidência na literatura acerca deste tema, a antibioterapia supressiva parece ser benéfica em casos selecionados em que a cirurgia está contraindicada e na presença de microrganismos suscetíveis a antibioterapia oral como os inibidores de beta-lactamases.

PO 88

HIPERALGESIA, UMA REALIDADE PARADOXAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Daniela Olívia Gomes; Henrique Cerveira; Natalia Buruiian; Tiago Valente; Jorge Almeida; Marta Valentim

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A dor crónica apresenta elevada prevalência e impacto da qualidade de vida dos doentes. Fármacos como os opióides são uma ferramenta importante no tratamento da dor. Contudo, o seu uso clínico é limitado pelos efeitos adversos desencadeados como tolerância analgésica e hiperalgesia induzida por opióides. A hiperalgesia consiste no aumento da perceção da dor desencadeada por um estímulo nóxico. Mecanismos como sistema antianalgésico, alteração de recetores N-methyl-D-aspartate, ativação de COX, libertação de aminoácidos excitatórios, redução de neurotransmissores, aumento da fosforilação e facilitação descendente são responsáveis pelo processo. Clinicamente expressa-se pelo agravamento da dor, não justificável pela progressão da condição clínica, apesar do ajuste terapêutico.

Caso clínico: Mulher de 78 anos, antecedente de Lupus Eritematoso Sistémico com atingi-

mento cutâneo e osteoarticular, com overlap de Síndrome de Sjogren, a condicionar doença pulmonar intersticial, sob corticoterapia e micofenolato mofetil durante 20 anos. Com consequente osteoporose fraturária, associada a dor crônica de difícil controlo localizada à grelha costal direita com várias vindas ao serviço de urgência e necessidade de escalada contínua de mórficos e titulação de fármacos. Em tomografia computadorizada apresentava fratura dos 3 últimos arcos costais direitos, fratura compressiva em D7 e dos corpos vertebrais de D9, D12 e L3, com anquilose parcial de D11-D12. Em dois internamentos consecutivos, por insuficiência cardíaca agudizada e posteriormente por pneumonia nosocomial, houve necessidade de titulação de fármacos por queixas álgicas consequentes das fraturas, já em consolidação. Nesta fase, encontrava-se a realizar a dose total equivalente em morfina oral de 280 mg/dia (base e resgates). Paradoxalmente, manifestava hiperalgesia. Admitida em internamento para ajuste terapêutico por sinais de intoxicação por opióides a condicionar insuficiência respiratória hipoxémica, retenção urinária, ileus paralítico e hiperalgesia. Iniciou-se desmame lento de opióides com naloxona, objetivando-se melhoria progressiva das queixas álgicas e reversibilidade dos efeitos secundários. Doente acaba por falecer nesse internamento consequente a estenose aórtica severa sem condições para realização de implante de válvula aórtica transcater por ausência de controlo álgico.

Discussão/Conclusão: A hiperalgesia induzida por opióides em altas doses é mais comum em administrações prolongadas. A intoxicação por opióides é caracterizada pela tríade: depressão neurológica, depressão respiratória e miose punctiforme. A intoxicação crônica expressa-se pela depressão respiratória, obstipação, arreflexia, hipotensão, apneia e cianose. Como tal, o tratamento

consiste no suporte ventilatória adequado, hidratação endovenosa, esquema terapêutico endovenoso com naloxona na dose de 0,01 mg/kg e monitorização do doente. As graves complicações associadas podem ocasionar o óbito do doente.

PO 89

UMA “LARGADA DE BALÕES”

Sofia Nunes Teixeira; Pedro Silva Rodrigues; Ana Luísa Barbosa; Gonçalo Negalha; Jorge Almeida
Centro Hospitalar de S. João, EPE

A maioria das neoplasias pulmonares apresentam-se em estadio avançado, o que se explica frequentemente pela sua agressividade e pela ausência de sintomas até que a mesma esteja localmente avançada ou disseminada. H, 62 anos, fumador de 40 UMA, recorre ao hospital por quadro constitucional marcado, com perda ponderal de cerca de 12 kg em 2 meses, anorexia, agravamento progressivo do padrão de tosse produtiva e da dispneia. No Raio X Tórax são evidentes imagens nodulares dispersas por ambos os campos pulmonares. Nesse contexto, prossegue-se o estudo com a realização de TAC CTAP e PET, que evidenciam sinais de metastização difusa e suspeita de neoformação primária em localização supra-hilar esquerda.

PO 90

UM DILEMA ARTICULAR

Sofia Nunes Teixeira; Pedro Silva Rodrigues; Ana Luísa Barbosa; Gonçalo Negalha; Jorge Almeida
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A artrite reumatóide e a artrite psoriática são doenças inflamatórias crônicas comuns, ambas caracterizadas por dor e edema das articulações e associadas a manifestações sistémicas significativas.

O diagnóstico precoce e preciso é de extrema importância, apesar da possível sobreposição clínica, serológica e/ou radiográfica. As diferenças na patogénese de base e da resposta à tera-

pêutica adequada, traduz-se num impacto significativo no prognóstico clínico e radiográfico.

Caso clínico: Homem de 67 anos, apresenta desde há 6 meses, limitação funcional marcada e síndrome constitucional significativo com perda ponderal de cerca de 15kg nesse período. De início concomitante, referia diminuição da força global e dores articulares generalizadas com afeção proximal (ombros) e distal (joelhos, tornozelos e interfalângicas proximais e distais) e rigidez matinal. Sem atingimento axial. Ao exame objetivo era evidente edema das articulações das mãos e dactilite e edema dos pés bilateralmente. Sem história de psoríase, sem manifestações cutâneas ou ungueais atuais ou prévias. Sem entesites ao exame objetivo. Neste contexto, é internado para estudo. Ao longo do internamento apresenta picos febris/subfebris diários e no estudo analítico salienta-se a presença de anemia de padrão inflamatório, trombocitose e persistência de parâmetros inflamatórios elevados (PCR e VS elevadas). Sem evidência de foco infeccioso ativo. Estudo autoimune com ANAs de 1/640, fator reumatóide (FR) e anticorpos antipeptídeo citrulinado (anti-CCP) negativos. Raio X das mãos sem alterações de relevo. O TAC CTAP realizado apenas salientava a presença de gânglios axilares e inguinais de dimensões aumentadas, de provável natureza reativa. No PET era evidente a existência de uma poliartrite simétrica das grandes e pequenas articulações dos membros superiores e inferiores.

Discussão: A distinção entre artrite reumatóide e artrite psoriática pode ser clinicamente desafiante devido à possível sobreposição das manifestações clínicas à apresentação.

O envolvimento articular em ambas é geralmente poliarticular e normalmente, mas nem sempre, assimétrico na artrite psoriática, com atingimento muito frequente das articulações interfalângicas distais, e por outro lado, simétrico na artrite reumatóide, poupando muito

frequentemente essas articulações.

Erosões ósseas, sem crescimento ósseo de novo e o envolvimento cervical (estimado em cerca de 80% dos casos) são característicos da artrite reumatóide. O envolvimento axial (em cerca de 50% dos casos), a afeção cutânea (psoríase) e a atrofia ungueal são importantes características da artrite psoriática.

Nos casos de artrite psoriática, a presença de psoríase precede o desenvolvimento da artrite na maioria dos casos (em cerca de 85%) surge aproximadamente 10 anos após o início das manifestações cutâneas.

Os doentes com artrite psoriática são normalmente seronegativos no que concerne ao FR e aos anti-CCP e de forma oposta, a maioria dos indivíduos (cerca de 80%) com artrite reumatóide apresentam FR e anti-CCP positivos.

A presença de entesite parece estar relacionada com a patogénese da artrite psoriática e é uma das características que pode ser diferenciadora, assim como a presença de dactilite, uma manifestação comum da artrite reumatóide, atingindo mais de 50% dos casos.

PO 91

MALÁRIA: UMA INFEÇÃO PARASITÁRIA GRAVE

Beatriz Gomes Rosa; Daniel Rodrigues; Ilda Coelho; Alexandra Leitão; Marinha Silva; Carlos Oliveira
Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Introdução: A malária é uma doença parasitária causada pelo protozoário *Plasmodium* e transmitida ao ser humano através da picada de um mosquito do género *Anopheles*. As formas mais graves da doença estão associadas ao *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) e *Plasmodium knowlesi*. É uma doença endémica em vários países tropicais e potencialmente fatal se não tratada atempadamente. Na Europa a maioria dos casos são importados.

Caso clínico: Homem de 38 anos, emigrado em Luanda há 10 anos, com cerca de 9 episódios de malária prévios nunca tendo realizado

profilaxia. Recorreu ao serviço de urgência 10 dias após regressar a Portugal por astenia, diarreia aquosa, dor abdominal, mialgias e febre persistente com 4 dias de evolução. Asso-ciava também diminuição de débito urinário. Sem perdas hemáticas, queixas respiratórias ou alteração de estado de consciência. Ao exame objetivo, normotenso, normocárdico, ictérico, desidratado, sem mais alterações. Do estudo realizado, sem anemia, leucocitose, trombocitopenia ($36 \times 10^9/L$ plaquetas), lesão renal aguda estadio 2, oligúrica, com creatinina sérica de 2.45 mg/dL, hiperbilirrubinemia 3.9 mg/dL e aumento da proteína C reativa (18.37 mg/dL). Destaque ainda para pesquisa de *P. falciparum* positiva com parasitêmia de aproximadamente 20% no esfregaço sanguíneo. Dado o quadro clínico de malária com critérios de gravidade, foi transferido para unidade de cuidados intensivos. Fez 2 administrações de artesunato, com negatificação da parasitêmia 2 dias depois. Completou 3 dias de artemeter/lumefantrina, tendo tido alta melhorado sintomaticamente e com resolução das várias disfunções.

Discussão: A malária grave é definida como a presença de parasitêmia por *P. falciparum* ou *P. knowlesi* e uma ou mais manifestações de gravidade. Neste caso clínico, os critérios de gravidade presentes foram a hiperbilirrubinemia superior a 3mg/dL na presença de parasitêmia superior a 2.5% e a hiperparasitêmia por *P. falciparum* superior a 10%. O aumento dos fluxos migratórios traz consigo novos desafios para a saúde pública, incluindo o risco de doenças infecciosas, como a malária. Esta é uma doença grave, associada a disfunção de vários órgãos, que deve ser diagnosticada precocemente de forma a permitir um tratamento eficaz e atempado, associados a um melhor prognóstico.

PO 92

MIMETIZADORES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: NEM TUDO O QUE PARECE É

Beatriz Gomes Rosa; Daniel Rodrigues; Dany Cruz; Francisca Pereira; Marinha Silva; Carlos Oliveira
Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) apresenta uma incidência não menos-prezável no nosso país, sendo uma causa importante de morbi-mortalidade. Contudo, algumas condições não vasculares podem apresentar-se com alterações no exame neurológico compatíveis com défices focais.

Caso clínico: Mulher de 44 anos, sem antecedentes de relevo, que recorreu ao serviço de urgência por parestesias no membro superior e hemiface esquerdos com 12 horas de evolução, associada a cefaleia hemicraniana esquerda. Ao exame objetivo, estava normotensa, normocárdica, tinha hipostesia no hemicorpo esquerdo e diminuição da força muscular nos membros esquerdos (grau 4 no membro superior e grau 3 no membro inferior), com pronação e queda do membro superior esquerdo na prova dos braços estendidos. Realizou angio-tomografia computadorizada (TC) cerebral e dos vasos do pescoço e também veno-TC e sem alterações. Ficou internada no serviço de Medicina Interna com diagnóstico presuntivo de AVC sem tradução imagiológica, tendo iniciado dupla antiagregação e estatina. Durante o internamento, realizada angio-ressonância craniana e cervical, sem alterações. Por surgirem inconsistências no exame neurológico, como teste de Hoover positivo, e manter os défices descritos, o caso foi discutido com equipa de Neurologia, tendo-se excluído patologia neurológica. Após discussão com a especialidade, a doente foi transferida para o serviço de Psiquiatria que, após avaliação, considerou tratar-se de um quadro de transtorno neurológico funcional.

Discussão: A doente foi proposta para inter-

namento no serviço de Psiquiatria, tendo recusado. Atualmente mantém seguimento em consulta da especialidade. Ainda não retomou atividade laboral mas já apresentou melhoria dos défices neurológicos apresentados, mantendo dificuldade na marcha, com recurso a uso de bengala. O transtorno neurológico funcional é caracterizado por sintomas neurológicos que não estão associados a doença estrutural/vascular. Tem um impacto negativo e importante na vida profissional, pessoal e social do doente e está normalmente associada a mau prognóstico, com difícil recuperação do estado de autonomia prévio. A interna apresenta este caso pela clínica mimetizadora de AVC e pela complexidade associada, obrigando a uma extensa marcha diagnóstica e a uma abordagem conjunta entre várias especialidades.

PO 93

UMA SAÍDA INESPERADA: UM CASO DE FÍSTULA VESICOCUTÂNEA

Ana Gabriela Paupério; Sara Isabel Vasconcelos; Miguel Fidalgo; Catarina Oliveira; André Pinto; Mónica Teixeira; Joana Fontes

ULSEDV

A fístula vesicocutânea é uma entidade rara que consiste numa comunicação anómala entre a bexiga e a pele e que pode resultar de trauma, cirurgia pélvica ou pós radioterapia. Homem de 73 anos, com internamento recente após acidente com fratura do anel pélvico sujeito a fixação, recorreu à urgência por prostração e febre 39,8°C. Analiticamente com leucocitose ($16 \times 10^9/L$), neutrofilia ($14 \times 10^9/L$) e PCR 372mg/L, urina II com leucocitúria, tomografia com descrição de fístula vesicocutânea suprapúbica e hemoculturas com isolamento de *Pseudomonas aeruginosa*. Assumida sepsis com ponto de partida urinário, tendo sido algaliado e internado sob antibioterapia dirigida.

PO 94

TIRÓIDE E AS SUAS GRAVES CONFUSÕES DIAGNÓSTICAS

Carolina Correia Cardoso Neves; Pedro M. Santos; David M. Furtado; Beatriz Lopes; Tiago Alves; Isabel Martins

Hospital Distrital de Abrantes

A doença de Graves (DG) é uma patologia da tiróide caracterizada por sobreprodução de hormonas tiróideas causada pela sobreestimulação dos anticorpos contra o receptor da hormona estimulante da tiróide (TSH). As suas manifestações clínicas incluem sintomas cardiovasculares, gastrointestinais, oculares, neurológicos, psiquiátricos, ortopédicos e cutâneos. Neste trabalho, apresento um caso de DG que mimetiza um Acidente Vascular Cerebral (AVC), por este motivo, esta é uma identidade importante de excluir nestes doentes.

Homem de 32 anos, natural da Bulgária, autónomo, antecedentes de tabagismo activo, sem outras patologias. Recorreu à Urgência por diminuição da força muscular no membro superior direito (MSD) com 24 horas de evolução. Ao exame neurológico: queda do MSD com embate no leito e queda do membro inferior direito sem embate no leito. Para exclusão de AVC, realizou tomografia computadorizada à admissão e de reavaliação que não identificaram lesões vasculares. Foi observado pela Ortopedia que excluiu patologia articular. Posteriormente foi internado assumindo-se AVC sem tradução imagiológica. A ressonância magnética não identificou lesão. O perfil lipídico, o doseamento da hemoglobina glicada, o estudo auto-imune, as serologias, o ecocardiograma, o Holter e o ecodoppler dos vasos do pescoço também não mostraram alterações. Do estudo da função tiroideia destaca-se: Hormona estimulante da tiróide $< 0.005 \text{ UUI/mL}$, Tiroxina (T4) 4.2ng/dL, Anticorpos Anti-receptores da TSH 15.40IU/L, Anticorpos Anti Tiroglobulina 32UI/mL, An-

ticorpos Anti-peroxidase: 830UI/mL. Assim sendo, assumiu-se o diagnóstico de Doença de Graves pelo que iniciou metibazol 40mg/dia e propranolol 40mg/dia com melhoria dos défices neurológicos. Para estudo da doença tiroideia, realizou ecografia da tiróide que identificou tiróide globosa de dimensões aumentadas de textura difusa e acentuadamente heterogênea com múltiplas áreas pseudonodulares hipoeogénicas dispersas a sugerir tiroidite aguda e adenomegalias cervicais reactivas. O internamento prolongou-se por persistência de valores de T4 elevados com necessidade de discussão com a Endocrinologia, introdução de prednisolona 20mg/dia e incremento da dose de metibazol 60mg/dia. A diminuição da força muscular proximal é uma manifestação neurológica da Doença de Graves contudo não é frequente e este caso pretende alertar para a importância do diagnóstico diferencial no AVC de modo a proporcionar o tratamento adequado à patologia causadora dos sintomas. A DG é uma entidade que carece de tratamento imediato pelas várias manifestações que pode apresentar.

PO 95

ALGÁLIA ROXA – UMA IMAGEM A NÃO ESQUECER

Rafael Pinheiro Ramos; Sara Vasconcelos; João Campos Cunha; Bernardo Macedo
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Purple Urine Bag Syndrome é uma entidade rara, caracterizada pela coloração roxa da urina/ algália por compostos produzidos por bactérias na urina. Associa-se a infeções urinárias por microrganismos com padrão de resistência habitualmente complexo e é mais prevalente em mulheres idosas, institucionalizadas, sob algaliação crónica.

Doente idoso com fatores de risco acima descritos, internado por infeção respiratória, com aparecimento de coloração roxa no saco da

algália. Confirmada infeção por *Providencia stuartii*, apenas sensível a piperacilina/tazobactam e cotrimoxazol. Iniciada antibioterapia dirigida com evolução favorável, sem recorrência da coloração após troca da algália.

PO 96

DA SÍNCOPE AO INSULINOMA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Miguel Fidalgo; Gabriela Paupério; Gonçalo Carneiro; Gil Fontoura; Joana Sequeira; Ana Mafalda Silva; Mónica Teixeira
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: O insulinoma é o tumor neuroendócrino pancreático funcionante mais frequente. Ainda assim é raro, com uma incidência anual estimada de 4 casos por milhão. A idade média de apresentação ocorre entre os 40 e os 60 anos, com predomínio no sexo feminino. Os insulinomas são geralmente de pequenas dimensões (< 2 cm), únicos e benignos. A apresentação clínica inespecífica e comum a outras patologias torna o diagnóstico muitas vezes tardio. Nos casos em que a intervenção cirúrgica não é possível está indicada terapêutica médica com diazóxido, análogos de somatostatina e/ou nutricional para minimizar crises e riscos consequentes.

Caso clínico: Mulher de 82 anos, autónoma, com antecedentes de dislipidemia, hipertensão arterial, obesidade, doença pulmonar crónica não estratificada, bloqueio auriculo-ventricular de 1º grau e insuficiência venosa periférica. Sem hábitos tabágicos ou etílicos. Admitida na urgência, após ter sido encontrada no domicílio confusa e agitada, sem memória para o sucedido, tendo sido objetivada no local glicemia capilar de 38 mg/dL. Quando questionada referiu um episódio semelhante na semana anterior com noção de perfil tensional tendencialmente elevado. Nega toma de fármacos hipoglicemiantes ou tratamento recente com corticoterapia. À ava-

liação com bom estado geral, com resolução de sintomas neuroglicopénicos após correção da glicemia com soro glicosado, apirética, com estabilidade elétrica e hemodinâmica. Estudo complementar na urgência sem alterações de relevo. Ficou internada sob soro glicosado por manter hipoglicemias recorrentes, com monitorização regular de pesquisa de glicemia capilar e sempre que ficasse sintomática. O estudo realizado em hipoglicemia (44mg/dL), revelou doseamento de insulina aumentado (28.3 Uu/mL), um aumento do peptídeo C (1.422nmol/L) e aumento de proinsulina (7.90 pmol/L). Realizou posteriormente TC que revelou um pequeno nódulo na cabeça do pâncreas, ligeiramente exofítico, hipervascular, com 9 mm de maior diâmetro. Assumido provável insulinoma e dado não ser candidata a cirurgia iniciou terapêutica com diazóxido e octreótido.

Discussão: Os autores apresentam este caso não só pela apresentação em doente idosa, fora da faixa etária clássica mas também pela miríade de sinais e sintomas inespecíficos causados pela hipoglicemia que podem facilmente mimetizar outras patologias, implicando um elevado grau de suspeição diagnóstica de insulinoma. Acresce o desafio terapêutico em doente não elegível para cirurgia, com necessidade de soro glicosado em perfusão, sob terapêutica com diazóxido e octreótido, ainda sem controlo sintomático e em que a titulação de dose de fármacos não é isenta de risco e complicações. O diazóxido em particular, fármaco de primeira linha nesta situação, tem uma taxa de sucesso de apenas 50-60% e nem sempre é tolerado pelo edema periférico marcado que acarreta

PO 97

DISSEÇÃO DA ARTÉRIA VERTEBRAL, UMA APRESENTAÇÃO COMO SÍNDROME DE WALLEMBERG

Daniel Veiga; Rita Cardoso; Baltazar Oliveira; David Matias; Rita Calixto; Aurora Duarte
CHMT Hospital de Tomar

A disseção da artéria vertebral tem etiologia multifactorial e o seu diagnóstico é muitas vezes desafiante. É considerada uma das causas mais comuns de acidente vascular cerebral (AVC) na população com menos de 45 anos e estima-se que, na população em geral, seja causa de aproximadamente 2% de todos os AVCs isquémicos.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 58 anos de idade, com antecedentes relevantes de tromboflebite nos 6 meses anteriores, hipotireoidismo, síndrome de apneia obstrutiva do sono e patologia osteoarticular da coluna cervical, que recorre ao Serviço de Urgência por um quadro de otalgia esquerda, cefaleia frontoparietal e vômitos com dois dias de evolução. Foi medicada para otite média aguda, tendo, no dia seguinte, iniciado um quadro de dor na região anterior da face e pirâmide nasal esquerda, associada a parestesias da face ipsilateral. Referia tonturas, astenia, foto e fonofobia, mas negava cefaleia. Ao exame objectivo, na admissão, encontrava-se orientada no tempo, no espaço e na pessoa, com vertigem associada a vômitos, ptose palpebral direita, nistagmo unilateral esgotável, parésia facial central direita, hipostesia do andar inferior da face à esquerda, disfagia para líquidos e sólidos e hipostesia do hemicorpo direito (sensibilidade álgica e táctil diminuídas). A ressonância magnética crânio-encefálica revelou lesão isquémica aguda bulbar póstero-lateral esquerda e muito provável disseção do segmento V4 da artéria vertebral esquerda. Foi pedido extenso estudo etiológico para AVC isquémico, tendo sido admitida

como causa mais provável dissecação secundária a patologia osteoarticular da coluna cervical. Foi iniciada terapêutica anti-trombótica e reabilitação física.

Este caso clínico pretende alertar para o diagnóstico, muitas vezes desafiante, de dissecação da artéria vertebral. Tipicamente apresenta-se com cefaleia cervical e/ou occipital associada ou não a traumatismo cervical, podendo seguir-se, nos dias seguintes, com achados neurológicos característicos. O presente caso ilustra o síndrome de Wallenberg, caracterizado por hipostesia do hemicorpo contralateral e hipostesia da face ipsilateral relativamente à área de enfarte. Outros défices neurológicos podem incluir tonturas, ataxia, miose, ptose palpebral, disfagia, défice auditivo unilateral, disartria, diplopia e vertigem. A ressonância magnética com contraste e/ou a tomografia computadorizada com angioTC são os exames a realizar para confirmação do diagnóstico.

PO 98

NÓDULO DA IRMÃ MARY JOSEPH – UM ACHADO RARO MAS DE ALERTA

Miguel Fidalgo; Mariana Santana; Ana Sofia Tavares; Mário Gil Fontoura; Joana Sequeira; Rita Maciel; Mónica Teixeira
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: Nódulo da Irmã Mary Joseph (NIMJ) é um termo que se refere a um nódulo umbilical maligno de origem metastática, sendo um achado raro ao exame objetivo (1-3%). A imagem apresentada remete a um caso de uma mulher de 82 anos em estudo de derrame pleural que culminou no diagnóstico de uma neoplasia ovárica bilateral com ascite, carcinomatose peritoneal e evidência de NIMJ. Este pode ser a primeira e única manifestação clínica de neoplasia, pelo que se torna de extrema relevância o seu reconhecimento e valorização.

PO 99

DA EMERGÊNCIA NEUROLÓGICA À DISSECAÇÃO AÓRTICA AGUDA – UM CASO DE ABORDAGEM COMPLEXA.

Miguel Fidalgo; Mariana Santana; Ana Sofia Tavares; Mário Gil Fontoura; Catarina Santos; Mónica Teixeira
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A estenose intracraniana (EI) é uma causa importante de isquemia cerebral com elevada taxa de recorrência, condicionando frequentemente hipoperfusão cerebral em estados de hipotensão. A dissecação aórtica aguda é uma entidade associada a elevada morbimortalidade e com apresentação variável consoante os ramos acometidos, cuja abordagem médica inclui controlo da pressão arterial e de frequência cardíaca. No caso da apresentação ser concomitante com EI, a abordagem torna-se altamente complexa, uma vez que a terapêutica médica pode condicionar hipoperfusão cerebral e conseqüente exacerbação dos défices decorrentes da EI.

Caso clínico: Mulher de 76 anos, mRankin 3, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, admitida na sala de emergência por alteração do estado de consciência, desvio oculocefálico para a direita, paresia facial central e hemiparesia esquerdas de novo, NIHSS 23, com hipotensão arterial sustentada. Fez TC-CE que não mostrou alterações agudas. Na suspeita de AVC isquémico e na ausência de sinais de hipertensão intracraniana, iniciou trombólise. Fez também levetiracetam embora presunção baixa de crises. Completou o estudo imagiológico com AngioTC cerebral e vasos do pescoço que revelou dissecação aórtica a envolver aorta ascendente; arco aórtico; com aparente extensão à subclávia e carótida esquerdas e estenose da artéria cerebral média direita (M2). Neste seguimento suspensa trombólise. Atendendo à dependência prévia da doente e à morbimortalidade

mortalidade associada à intervenção cirúrgica no âmbito da dissecação, foi considerado não ter indicação para esta, pelo que se optou por tratamento médico conservador. Manteve alteração do estado de consciência e sinais neurológicos flutuantes provavelmente por hipoperfusão bilateral. Não foi possível estudar a extensão inferior da dissecação dada a rápida progressão do quadro e evolução com disfunção renal.

Discussão: Os autores expõem um caso incomum de apresentação simultânea de estenose intracraniana sintomática e de dissecação aórtica aguda, relevando a complexidade da abordagem terapêutica. Trata-se de uma doente com um prognóstico funcional adverso, decorrente não só da disfunção cerebral hemisférica direita de etiologia isquémica aguda mas sobretudo com mau prognóstico vital na dependência da dissecação aórtica, dada a ausência de critérios para correção cirúrgica.

PO 100

TROMBOEMBOLISMO VENOSO PARANEOPLÁSICO – A IMPORTÂNCIA DA PERSISTÊNCIA DIAGNÓSTICA

Nuno Magalhaes; Valter Tavares; Gonçalo Martins;
Mariana Alves; Alda Jordão
*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital
Pulido Valente*

Introdução: O tromboembolismo venoso (TEV) é uma das patologias mais frequentes e mortíferas, persistindo como principal causa de morte prevenível em âmbito hospitalar. A Tromboembolia pulmonar (TEP) tem apresentação clínica variável e pode ocorrer na ausência de qualquer fator de risco conhecido. O objetivo do presente caso clínico é ilustrar a importância da persistência diagnóstica na procura etiológica de causa de TEV.

Caso clínico: Homem, 76 anos, ECOG 2, antecedentes de Hipertensão arterial, estenose aórtica moderada, hiperplasia benigna da próstata e hábitos tabágicos progressos. Apresenta-se

por quadro de cansaço com 10 dias de evolução e tosse seca. Ao exame objetivo: sopro sistólico aórtico e alteração trófica no membro inferior esquerdo (Mlesq). Analiticamente: hipoxemia ligeiras, hipocapnia e elevação de D-dímeros, sem outras alterações relevantes. No estudo etiológico detetou-se trombose venosa profunda do Mlesq e TEP, pelo que iniciou anticoagulação. Na angio-TC-Torácica revelou presença de adenopatias mesentéricas e volumosa adenopatia latero-aórtica direita. Doente sem outros conglomerados adenopáticos. Sem alteração quantitativa nas linhagens hemáticas, sem parâmetros de fase aguda, com marcadores tumorais dentro dos valores de referência. Estudo de Trombofilias negativo, à exceção do ac. Anticardiolipina equívoco. IGRA negativo. Imunofenotipagem de sangue periférico, mielograma, biópsia óssea e estudo endoscópico do tubo digestivo sem alterações. Realizou 3 tentativas de biópsia guiada por TC que foram inconclusivas. Efetuou biópsia cirúrgica, inicialmente laparoscópica, mas por necessidade converteu a laparotomia, permitindo assim chegar ao resultado anátomo-patológico de Linfoma Linfocítico de Pequenas Células B (LLC). Foi referenciado a Hematologia e inicia ciclo de Quimioterapia (Rituximab-Bendamustina).

Conclusão: A investigação etiológica exaustiva de TEV neste doente, mercê do achado imagiológico, permitiu o diagnóstico precoce de LLC.

PO 101

DIARREIA CRÓNICA ASSOCIADA A LINFOMA T PERIFÉRICO – UM RELATO DE CASO

Daniela Ormonde; Ricardo Ferreira;
Francisca Moutinho; Jorge Almeida; Inês Albuquerque
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A diarreia crónica (DC) é uma queixa comum. Do amplo diagnóstico diferencial destacam-se, nos países desenvolvidos, as causas não infecciosas, como iatrogenia medicamentosa ou neoplasia colorretal, em particu-

lar, entre a população idosa. Neste contexto, os linfomas são uma causa rara de DC.

Caso clínico: Homem, 80 anos, vem ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com 5 semanas de diarreia aquosa (6-7 dejeções/dia), com persistência noturna e em jejum, vômitos alimentares/aquosos nas 2 primeiras semanas, enfartamento pós-prandial e perda ponderal de 15kg em 5 semanas. Refere anorexia e astenia há 1 ano. De antecedentes relevantes: fibrilhação auricular sob edoxabano. Refere consumo de laticínios não pasteurizados, tem um gato sem vigilância por veterinário e, como *hobby*, horticultura. À admissão no SU: hipotenso, apirético, muito emagrecido, com dor abdominal à palpação profunda. Analiticamente: elevação marcada dos parâmetros inflamatórios, hipoalbuminemia e DHL normal. Da investigação em ambulatório, destaca-se ecografia com sinais de colecistite aguda (CA), gastropatia atrófica e duodenite erosiva em estudos endoscópicos, glicemia e função tiroideia normais, anticorpos anti-tiroideus negativos e tomografia axial computadorizada (TC) tóraco-abdomino-pélvica sem sinais de neoplasia. Realizou estudo extenso no internamento, com afastamento de causas infecciosas, imunes e tumores neuroendócrinos. Repetiu TC com relato de adenomegalias sobretudo perigástricas, sem sinais de CA. A imagem foi revista por Cirurgia Geral que identificou espessamento gástrico, pelo que sugeriu repetição de endoscopia digestiva alta (EDA), com objetivação de úlceras/erosões duodenais, cujas biopsias não revelaram malignidade. Realizou, ainda, tomografia por emissão de positrões (PET) que levantou suspeita de neoplasia maligna de alto grau metabólico do cárdia/transição esofagogástrica, com envolvimento ganglionar abdominopélvico e peritoneal, pelo que realizou, à data de alta, terceira EDA com biopsias dirigidas às regiões suspeitas. Foi conhecido o diagnóstico definitivo de Linfoma T periférico com

envolvimento gástrico e duodenal. O caso foi discutido com hematologia (HO), que considerou sem perspectiva curativa, tendo iniciado prednisolona para controlo sintomático. O doente foi reinternado por hepatite colestatática com suspeita de encefalopatia hepática, atribuída a etiologia infiltrativa após exclusão de outras causas. Evoluiu desfavoravelmente, com privilégio de medidas de conforto por decisão conjunta com Cuidados Paliativos (CP) e HO. Foi transferido para o serviço de CP, onde viria a falecer.

Discussão: Este caso permitiu explorar a marcha diagnóstica de uma causa rara de DC, que, por sua vez, constitui uma manifestação frequente de linfoma T com envolvimento extranodal. Sublinha-se a importância da revisão crítica do estudo complementar prévio no desvendar do diagnóstico definitivo, bem como da discussão interdisciplinar para uma abordagem multidimensional do doente.

PO 102

LEUCEMIA MEGACARIOBLASTICA: UM CASO RARO

Catarina Lencastre

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: O nosso trabalho revela um diagnóstico de um subtipo raro de Leucemia Mieloide Aguda detetado no serviço de Medicina Interna: a Leucemia Megacarioblástica, que se caracteriza pela proliferação progressiva de megacariócitos e megacarioblastos anormais.

Caso clínico: Homem de 75 anos, autónomo, sem antecedentes médicos relevantes.

Vem ao Serviço de Urgência por astenia e perda ponderal de 4Kg com 1 mês de evolução. Refere queixas respiratórias como dispneia e tosse seca. Nega toma de outros fármacos ou perdas hemáticas.

Objetivamente destaca-se mucosas descoloradas, eupneico em ar ambiente sem insuficiência respiratória. No estudo realizado veri-

ficou-se Hemoglobina 5,7g/dL de novo, VCM 87.1 fL, plaquetas 29,000 uL, reticulócitos 12.7%, bilirrubina total 1,60mg/dL, desidrogenase láctica 977 UI/L, estudo do ferro com ferritina aumentada, estudo coagulação normal. Sem alterações no Raio X tórax.

Identifica-se anemia normocítica hemolítica e trombocitopenia. Iniciou transfusão de duas unidades de sangue com boa resposta transfusional.

O doente é internado no serviço de Medicina Interna para estudo complementar.

O esfregaço sanguíneo não apresenta alterações, permitindo excluir a presença de esferócitos, esquizócitos ou corpos de heinz. Solicita-se teste Antiglobulina directo e indirecto com positividade para teste Antiglobulina directo com complemento de C3d. Mantém trombocitopenia de 55,000 uL .

Assume-se diagnóstico de Síndrome de Evans de etiologia primária, que se caracteriza na junção destas duas entidades: anemia hemolítica autoimune por anticorpos frios e trombocitopenia associada.

Realizou biópsia medular e aspirado medular. Tem alta com agendamento de consulta de Medicina Interna e Hematologia para seguimento e observação do resultado dos exames. Doente é avaliado na consulta com análises sobreponíveis. Biópsia medular descreve infiltração por células da linhagem megacariocítica CD61+, levantando-se a suspeita de leucemia megacarioblastica e com aspirado medular com fibrose medular aguda grau MF-2.

Conclusão: A Leucemia Megacarioblástica é um subtipo raro de leucemia mieloide aguda nos adultos. Frequentemente associa-se a um distúrbio hematológico prévio, síndrome mielodisplásico ou quimioterapia prévia.

O diagnóstico da doença é realizado com biópsia medular. O aspirado medular apresenta caracteristicamente fibrose medular aguda. Como marcadores específicos temos o CD61+ (encontrado no doente) e CD41.

Pode estar associado a anomalias genéticas como t(1,22) e t(3,3).

Os seus sintomas são inespecíficos (astenia, perda de peso) mas há doentes que desenvolvem sintomas respiratórios como este doente. O tratamento inclui quimioterapia intensiva e alo-transplante de medula óssea. Contudo, o prognóstico é muito reservado, com taxas de sobrevivência inferiores a 1 ano.

PO 103

MANCHAS DE PREOCUPAÇÃO: VASCULITE LEUCOCITOCILÁSTICA COMO PRECURSOR DE LINFOMA

Mariana Leao; Mariana Simão; Manuel Xavier; Joana Carneiro; Joana Louro
Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Introdução: A vasculite leucocitoclástica é uma vasculite de pequenos vasos que combina inflamação e necrose de vasos sanguíneos. Pode estar associada a infecções, doenças autoimunes ou ser precipitada por fármacos. Mais raramente, pode estar relacionada a doenças linfoproliferativas e tumores sólidos.

Caso clínico: Mulher de 51 anos encaminhada à consulta externa de Medicina Interna por quadro de lesões púrpuras não branqueáveis nos membros inferiores, com 6 meses de evolução associada a uma perda de peso de 11 quilogramas em 3 meses, sem outras queixas. À data da referenciação tinha ainda uma titulação de anticorpos antinucleares (ANA) 1:320 e fator reumatoide (FR) positivo (286 UI/ml). De antecedentes pessoais relevantes destaca-se um diagnóstico de colite com 3 anos de evolução, tratada com medicamentos homeopáticos. Na consulta apresentava adenopatias axilares, inguinais e mandibulares múltiplas. Analiticamente salientavam-se manutenção da positividade do FR e ANA, anemia macrocítica (hemoglobina: 9,5 g/dL), aumento da velocidade de sedimentação (70 mm/h), pesquisa de crioglobulinas positivas

(IgA, IgG e IgM) e aumento da beta 2 microglobulina (3,87 mg/L). Decida realização de biópsia lesional que revelou vasculite leucocitoclástica.

Realizou ainda uma TC pulmonar que mostrou adenopatias nas cadeias axilares, a maior à direita com eixo-curto de 1,3 cm. Foi proposta uma biópsia excisional à paciente, que recusou e optou por iniciar tratamento homeopático. Devido à persistência das lesões, a paciente concordou em realizar a biópsia um ano após a proposta inicial, que identificou Linfoma não Hodgkin da zona do manto. A paciente foi então encaminhada para consulta urgente de hematologia.

Discussão: Este caso mostra a importância do diagnóstico diferencial com doenças neoplásicas ao diagnosticar vasculite leucocitoclástica, já que o seu reconhecimento como potencial marcador de malignidade pode permitir um diagnóstico mais célere e um aumento da sobrevida.

PO 104

QUANDO A CABEÇA NÃO TEM JUÍZO, O CORAÇÃO É QUE PAGA: UM CASO DE LES E ENDOCARDITE

Joana Ferreira de Melo; Ana Gabriela Paupério; Andreia M. Teixeira; Manuela Alves
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

O Lupus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença crónica inflamatória e autoimune, com possibilidade de manifestação em diversos órgãos, dos quais o coração. Tem uma evolução clínica com fases de atividade e remissão e uma elevada morbimortalidade.

Apresenta-se o caso de mulher de 29 anos, com LES e síndrome antifosfolipídico, medicada com hidroxicloroquina e história de incumprimento terapêutico. Recorreu três vezes ao Serviço de Urgência por dor dorso-lombar, tendo realizado uma tomografia computadorizada, na qual se evidenciou presença de gânglios dispersos nas cadeias torácicas,

pequeno derrame pleural esquerdo, mínima esplenomegalia com enfartes parenquimatosos recentes e ascite de pequeno volume, tendo sido internada no serviço de Medicina Interna para estudo.

Realizou ecocardiograma transtorácico e transesofágico, com evidência de vegetação aórtica. Atendendo à presença de vegetação e enfarte esplênico, assumida endocardite provável. Do restante estudo a destacar ainda, velocidade de sedimentação (VS) >120mm, discreta elevação da proteína C reativa (PCR), sem elevação da procalcitonina; consumo de complemento, elevação da ferritina; anemia sem evidência de etiologia hemolítica; anti-dsDNA e AC anti SSA positivos e proteinúria de 24h de 1187mg/24horas. Foram colhidos diversos sets de hemoculturas, semeados para microorganismos fastidiosos e fungos, assim como serologias de microorganismos atípicos, contudo sem isolamento de agente. Durante internamento, iniciou hipocogulação, completou 6 semanas de antibioterapia empírica com ampicilina, flucloxacilina e gentamicina. Por manutenção de febre e evidência de atividade inflamatória, foram realizados pulsos de metilprednisolona com melhoria da anemia, diminuição dos títulos de anti-dsDNA, normalização dos valores de complemento e diminuição da VS. Repetiu ecocardiograma transtorácico com resolução da vegetação.

Teve alta sob corticoterapia 1mg/kg em esquema de descontinuação gradual, mantendo seguimento em ambulatório.

Neste caso de LES associado a incumprimento terapêutico, a presença de polisserosite, de marcadores de atividade da doença, associado à discrepância entre os valores da PCR/VS e a ausência de isolamento de agente infeccioso levantam a hipótese de endocardite de etiologia trombótica, não sendo possível, contudo, excluir a etiologia bacteriana. A complexidade destes casos, não explanados em guias clínicos, enfatiza a importância de

investigação minuciosa e a discussão multidisciplinar.

O LES é uma patologia complexa, com lesão de órgão heterogênea sendo importante o controlo da atividade da doença e a capacitação dos doentes para as consequências que podem advir do incumprimento terapêutico.

PO 105

HEMORRAGIA RETROPERITONEAL ESPONTÂNEA

Joana Ferreira de Melo; Nadine Almeida;
Juliana Silva; Yolanda Martins; Andreia M. Teixeira
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Mulher, 71 anos, internada sob enoxaparina em dose terapêutica, desenvolveu quadro súbito de palidez, hipersudorese e dor dorso-lombar, associado a hiperlactacidemia. Realizou tomografia computadorizada com evidência de hematoma retroperitoneal e ilioossos direito de 112x210mm, tendo sido submetida a embolização e suspensa anticoagulação. Um mês depois, objetivada diminuição acentuada do hematoma, 90x70x112mm. Iniciou anticoagulação oral, sem intercorrências. A hemorragia retroperitoneal é uma condição potencialmente fatal, podendo ocorrer espontaneamente em doentes anticoagulados. O seu diagnóstico atempado e uma intervenção precoce são preponderantes na gestão desta entidade.

PO 106

PIELONEFRITE XANTOGRANULOMATOSA: UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Mauro Andre Gomes Marques;
Ricardo Miguel Ascensão; Bárbara Lemos;
Joana Pereira Moniz; Soraia Pinho Duarte;
Pedro Neves Tavares; Renato Saraiva
Hospital Santo André Leiria

Mulher de 57 anos, diabética mal controlada e com cistites recorrentes, recorre à urgência por lombalgia. TC abdominopélvica mostra volumoso cálculo coraliforme no rim esquerdo a condicionar franca dilatação pielocalicial com

redução da espessura parenquimatosa (sinal “pata de urso”) e várias coleções retroperitoneais com extensão à coxa, aspetos compatíveis com pielonefrite xantogranulomatosa. Trata-se de uma forma rara de pielonefrite crónica com destruição do parênquima por tecido granulomatoso com macrófagos espumosos. O seu reconhecimento é essencial dada alta mortalidade se não tratada.

PO 107

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO MULTITERRITORIAL DE ZONA DE BARREIRA: IMAGEM EM MEDICINA.

Baltazar Oliveira; Daniel Veiga; Rita Calixto;
David Cunha Matias; Ana Rita Cardoso;
Maria Aurora Duarte
ULSMT

Introdução: Os acidentes vasculares cerebrais (AVCs) isquémicos de zona de barreira são lesões localizadas na junção de dois territórios arteriais e representam cerca de 10% dos AVCs isquémicos.

Caso clínico: Doente de 67 anos do sexo feminino, com antecedentes de dislipidemia e hipertensão arterial. Recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia frontal e diminuição da acuidade visual. Durante o internamento apresentou agravamento de défice visual e paraplegia dos membros inferiores e superior esquerdo. Realizou RM-CE que descreve múltiplas lesões isquémicas agudas bilaterais em territórios de fronteira entre as artérias cerebrais média e posterior e artérias cerebrais anterior e posterior.

PO 108

ABCESSO CEREBRAL MULTIFOCAL EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE: IMAGEM EM MEDICINA.

Baltazar Oliveira; Daniel Veiga; Rita Calixto;
David Cunha Matias; Ana Rita Cardoso;
Maria Aurora Duarte
ULSMT

Introdução: Os abscessos cerebrais são lesões ocupantes de espaço que se podem apresentar como défice neurológico focal, sinais de hipertensão intracraniana, entre outros, sendo o seu diagnóstico complexo.

Caso clínico: Doente de 65 anos do sexo masculino, autónomo, admitido por hemiparesia esquerda. Episódio recente de convulsão e nódulo pulmonar em estudo. TC-CE apresenta múltiplas lesões cerebrais bi-hemisféricas de características nodulares com edema vasogénico, as quais em RM-CE traduziram-se em lesões cavitadas correspondendo a abscessos cerebrais e ventriculite, fazendo diagnóstico diferencial com depósitos tumorais.

PO 109

SÍNDROME DE OGILVIE – UMA DILATAÇÃO CÓLICA EM CONTEXTO DE ITU

Bárbara Lemos; Mauro Gomes Marques;
Soraia Pinho Duarte; Joana Pereira Moniz;
Bruno Sequeira Campos; Patrícia Gomes Pereira;
Miguel Pires; Renato Saraiva
ULSR de Leiria

O síndrome de Ogilvie (pseudo-obstrução cólica aguda) caracteriza-se pela dilatação aguda do cólon na ausência de uma obstrução, que ocorre, tipicamente, em doentes com patologia médica. Apresenta-se com distensão e dor abdominal, náuseas, vômitos, obstipação ou diarreia, e as principais complicações são a isquemia e perfuração intestinal.

Homem de 97 anos foi observado por obstipação, dor e distensão abdominal, com 1 semana de evolução. Realizaram-se Rx e TC abdominais que revelaram marcada disten-

são abdominal (6.2cm de maior diâmetro).

Foi diagnosticada uma ITU e realizada anti-bioterapia apresentando o quadro abdominal uma melhoria paralela à evolução favorável do quadro urinário.

PO 110

DERRAME PERICÁRDICO, UMA IMAGEM NA URGÊNCIA

Sara Isabel Vasconcelos; Rita Soares Costa;
Luís Filipe Santos Silva; Catarina Branco;
Cátia Henriques; Joana Ferreira Melo; Lúcia Guedes;
Filipa Martins Duarte; André Santos Pinto
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Mulher de 65 anos, antecedentes de adenocarcinoma pulmonar e derrame pericárdico paraneoplásico, abordado por pericardiocentese e posterior janela pleuropericárdica. Admitida após 3 meses por dor torácica com irradiação dorsal e membros superiores. Ecoscopia a mostrar coleção adjacente à aurícula direita sem compromisso hemodinâmico. TC tórax com contraste com coleção lobulada subjacente ao pericárdio à direita, compressão significativa da aurícula direita e ligeira do ventrículo direito, de 90x50mm. Assumida recidiva de derrame pericárdico de grandes dimensões, loculado e crescimento rápido, submetida a janela pleuropericárdica. Ecoscopia após sem evidência de derrame pericárdico

PO 111

PANCITOPENIA CARENCIAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

José Coelho Ribeiro; Carolina Tintim Lobato;
João Camões
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: Fruto da epidemia de obesidade, cada vez mais doentes são submetidos a cirurgia bariátrica. Os procedimentos bariátricos alteram a anatomia e a fisiologia do

trato gastrointestinal, aumentando o risco de desenvolvimento de deficiências de micro- e macro-nutrientes numa população de doentes por si só particularmente suscetível.

Caso clínico: Mulher, 31 anos, com história de macrocitose crónica, sem citopenias, de causa não esclarecida e cirurgia de sleeve-gástrico realizada cerca de 4 meses antes da admissão, com ingestão alimentar errática e sem cumprimento de suplementação vitamínica pós-operatória. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de astenia, gengivorragia, náuseas, vômitos e diarreia com 1 semana de evolução, vindo a desenvolver, já no SU, clínica de défices neurológicos focais transitórios. No estudo complementar inicial, documentada pancitopenia de novo (hemoglobina 5,2g/dL, neutrófilos 640/uL, plaquetas 60000/uL), com anemia hemolítica não imune, macrocítica e hipoproliferativa, e esfregaço de sangue periférico com poiquilocitose ligeira com raros eritroblastos e alguns neutrófilos hipersegmentados. Documentados défices de vitamina B12, folatos e cobre. Sem alteração do estudo da coagulação.

Pela conjugação de anemia hemolítica, trombocitopenia e alterações neurológicas foi levantada a hipótese de patologia do espetro das microangiopatias trombóticas, nomeadamente de púrpura trombocitopénica trombótica pela ausência de disfunção renal. Neste contexto, foi admitida em cuidados de nível II para realização de plasmaferese e pulsos de metilprednisolona, estratégia descontinuada após documentação de níveis de atividade normais da ADAMTS13.

Pelo facto da hipótese diagnóstica inicial não enquadrar achados como a leucopenia e a hipoproliferação reticulocitária, avançou-se para mielograma que mostrou uma medula óssea hiperclular, com maturação megaloblastóide das séries eritróide e mielóide, sem excesso de blastos. Assim, dado o contexto de défices de micronutrientes com alterações

medulares congruentes e após realização de estudo extenso com exclusão de causas de pancitopenia de índole infecciosa, neoplásica, auto-imune, tóxica bem como anemia aplásica e hemoglobinúria paroxística noturna, foi assumido o diagnóstico de pancitopenia por défices de micronutrientes, com provável contributo major de défice de B12 e folatos em desfavor do défice de cobre.

Discussão: O risco de desenvolvimento de défices nutricionais após cirurgia bariátrica é influenciado pela elevada prevalência pré-operatória dos mesmos nos doentes com obesidade, pelo tipo de procedimento cirúrgico realizado bem como pela qualidade, quantidade e tolerabilidade do aporte dietético no pós-operatório. Neste sentido, é essencial que estes doentes sejam integrados num sistema protocolado que inclua um rastreio pré-operatório de carências nutricionais, suplementação profilática sistemática de micro-nutrientes e despiste seriado ao longo da vida de défices nutricionais por forma a prevenir complicações a longo prazo, algumas das quais podem ser ameaçadoras de vida tal como demonstrado no presente caso.

PO 112

DA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA AO HEMANGIOBLASTOMA

Elisabete Lobo Cerqueira¹; Mariana Certal¹; Mariana Nunes¹; Beatriz Riquito¹; Marta Rodriguez¹; Fernando Salvador²

¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves; ²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A paralisia facial periférica é relativamente comum, sendo na grande maioria dos casos de causa idiopática. No entanto, é importante pensar em diagnósticos diferenciais. Os hemangioblastomas são tumores vasculares raros do sistema nervoso central, apresentando crescimento lento. Em 70 a

80% dos casos surgem como lesões esporádicas, os restantes casos surgem associados à doença de von Hippel-Lindau, uma doença hereditária de transmissão autossômica dominante caracterizada pela predisposição à ocorrência de hemangioblastomas múltiplos e de outras lesões viscerais que se desenvolvem ao longo da vida.

Caso clínico: Homem de 71 anos, autônomo. Antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, doença renal crónica e colite ulcerosa. Recorreu ao serviço de urgência em fevereiro de 2024 por quadro clínico compatível com paralisia facial periférica à direita com fenómeno de Bell, sem outras alterações de relevo a nível do exame objectivo. Realizou tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica (CE) que revelou uma lesão hipodensa no hemisfério cerebeloso esquerdo, condicionando apagamento dos sulcos corticais e moldagem do quarto ventrículo que poderia corresponder a uma lesão isquémica subaguda ou a lesão ocupante de espaço. Ficou internado, realizou ressonância magnética CE que confirmou ser uma lesão ocupante de espaço, admitindo-se pelas suas características poder tratar-se de uma lesão metastática, mas não se excluindo a possibilidade de ser uma lesão primária. Procedeu-se também a restante estudo complementar, incluindo TC toraco-abdomino-pélvica, estudos endoscópicos e tomografia por emissão de positrões que excluíram lesão primária em outra localização. Foi então submetido a craniotomia retossigmoideia com exérese da lesão do hemisfério cerebeloso esquerdo. A histologia revelou corresponder a um hemangioblastoma. Tendo em conta a idade e se tratar de uma lesão única a probabilidade de ser uma doença de von Hippel-Lindau é bastante reduzida, pelo que se optou por vigilância clínica em consulta de Neurocirurgia. O doente realizou ainda corticoterapia e iniciou tratamento fisiátrico para a paralisia facial perifé-

rica com melhoria progressiva da mesma.

Discussão: Neste caso, a etiologia da paralisia facial periférica não se relaciona anatomicamente com o hemangioblastoma, sabendo-se que esta é mais frequente em doentes com diabetes mellitus e hipertensão arterial e que cerca de 80 a 85% dos doentes recuperam espontaneamente e totalmente ao fim de 3 meses. Os hemangioblastomas apesar do seu comportamento de crescimento benigno podem tornar-se importantes causas de morbimortalidade, sendo o tratamento padrão a excisão cirúrgica, após esta o prognóstico é bom, embora possam ocorrer taxas de recorrência de até 27%.

PO 113

ASBESTOSE

Rafaela Lopes Freitas; Nuno Cerejeira;
José Coelho Ribeiro; Joana Rodrigues Morais
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

A asbestose é uma doença pulmonar fibrótica, ocupacional, associada à exposição a elevados níveis de asbestos, sendo dose-dependente. A presença de placas pleurais bilaterais calcificadas é um achado patognomónico.

Homem de 80 anos, reformado da construção civil, ex-fumador (70 UMA). Apresenta radiografia torácica e tomografia computadorizada com placas pleurais calcificadas em aspeto “folha de azevinho” com distribuição diafragmática e postero-lateral, poupando ápex e ângulos costo-frénicos (Fig 1 e 2). As placas pleurais observam-se 20-30 anos após exposição a asbestos, constituindo um achado acidental benigno. Além da evicção de exposição, não existem terapêuticas específicas.

PO 114

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Alice Fontoura Alves; Rita Pratas;
Catarina Sottomayor; Diana Ferrão; Jorge Almeida
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A anemia hemolítica autoimune resulta da destruição periférica de eritrócitos, com diferentes níveis de gravidade. Pode apresentar várias etiologias, hereditárias ou adquiridas, sendo frequentemente idiopática. O tratamento desta patologia requer imunossupressão com corticoterapia, podendo necessitar de outros fármacos como rituximab.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 40 anos que recorreu ao serviço de urgência por noção de escleras ictéricas e astenia com 1 semana de evolução. De antecedentes relevantes de realçar amigdalites recorrentes, com o último episódio 10 dias antes da vinda ao serviço de urgência, em que foi medicada com benzilpenicilina benzatínica 1.2 M.U. Ao exame objetivo, a destacar escleras subictéricas e mucosas descoradas, sem outras alterações. Analiticamente, apresentava anemia macrocítica, normocrômica, com hemoglobina de 5.9mg/dL. Tinha hiperbilirrubinemia discreta à custa da bilirrubina indireta, elevação da desidrogenase láctica (DHL) (Bilirrubina total 2.29mg/dL, Bilirrubina direta 0.40mg/dL, DHL 878U/L), e haptoglobina indoseável. O teste de Coombs direto foi positivo (12/12) para anticorpos anti-IgG. Foi feito o diagnóstico de anemia hemolítica autoimune e a doente foi internada para estudo complementar. Do estudo etiológico, de realçar ANAs de 1/640 e ENAs positivos à custa de anti SSA fracamente positivo, sem consumo de complemento. Para exclusão de doença linfoproliferativa, realizou-se tomografia computadorizada (TC) cervicotoraco-abdomino-pélvica, sem linfadenopatias ou organomegalias suspeitas. Iniciou-se empiri-

camente corticoterapia 1mg/kg/dia. Contudo, durante o internamento, tendo a doente hemólise persistente com hemoglobina persistentemente a 6.5mg/dL, optou-se por administrar 3 pulsos de metilprednisolona 500mg. Manteve corticoterapia, com elevação paulatina dos valores de hemoglobina e resolução da hemólise. Assumiu-se quadro de anemia hemolítica autoimune idiopática, ficando a doente referenciada para consulta de doenças autoimunes para reavaliação.

Conclusão: Em caso de diagnóstico de anemia hemolítica, deve ser realizado o estudo complementar de todas as causas, nomeadamente imunes. Na suspeita de anemia hemolítica, é lícito iniciar corticoterapia empiricamente, sendo expectável a elevação dos valores de hemoglobina e cessação da hemólise após um período de imunossupressão.

PO 115

HIPERTENSÃO PULMONAR POR TROMBOEMBOLISMO CRÔNICO – UMA ENTIDADE SUBDIAGNOSTICADA

Maria Luís Mazedra; Diana Pereira Anjos;
Lindora Pires; Ana Constante; Catarina Lencastre
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: A hipertensão pulmonar (HP) é o aumento da pressão arterial pulmonar >20mmHg em repouso, mensurado por cateterismo direito. A HP apresenta mecanismos fisiopatológicos totalmente diferentes, sendo classificada etiológicamente em 5 grupos, constituindo uma entidade de difícil diagnóstico.

Caso clínico: Mulher, 80 anos, sem antecedentes de relevo, é admitida por dispneia grau IV, inicalmente grau II, da NYHA, e edemas periféricos, desde há 1 ano, e refratários a tratamento diurético e broncodilatador, em ambulatório. Objetivada insuficiência respiratória tipo 1, eritrocitose e elevação de BNP (1773 pg/mL), sem outras alterações analíticas relevantes. ECG sem isquemia aguda

ou bradi/taquidismias. AngioTC torácica sem evidência de tromboembolia pulmonar (TEP). Realizou ecocardiograma transtorácico que revelou dilatação das cavidades direitas com disfunção ventricular e pressão sistólica da artéria pulmonar de 62 mmHg; sem alterações morfofuncionais esquerdas, disfunção mitroaórtica ou hipo/acinésias. Do estudo analítico exaustivo excluída patologia respiratória, tóxica, imune e vírica. A cintigrafia V/Q evidenciou defeitos de perfusão a nível dos segmentos superior do lobo inferior pulmonar bilateral, segmento posterior do lobo superior, segmentos basais direitos, compatíveis com TEP. Realizou cateterismo cardíaco que confirmou HP e iniciou hipocoagulação com melhoria clínica franca.

Discussão & conclusão: HP por tromboembolismo crónico, incluída no grupo 4, pode ocorrer por obstrução tromboembólica nas artérias pulmonares com consequente fibrose e vasculopatia. É uma entidade subdiagnosticada dada a clínica inespecífica (dispneia para esforços e sintomas sistémicos) que insinua outras patologias cardiorrespiratórias. A ausência de história prévia de TEP ou trombose venosa profunda pode impedir, erradamente o seu diagnóstico. 19-63% dos doentes com HP por TEP crónico não apresentam história médica relevante, e pode ter ocorrido por TEP silencioso ou fatores de hipercoagulabilidade. Esta situação foi observada neste caso clínico, marcado por um atraso importante na introdução de terapêutica que acarretou um aumento da morbimortalidade, por isso todos os doentes com HP de novo devem realizar cintigrafia V/Q para a sua exclusão.

PO 116

HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO – A IMPORTÂNCIA DA SUSPEITA DIAGNÓSTICA

Maria Luís Mazedo; Diana Anjos; Lindora Pires; Ana Constante; Francisco Belchior
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: Hiperaldosteronismo primário (HAP) caracteriza-se por hipersecreção de aldosterona não suprimida, e é a causa mais comum de hipertensão arterial (HTA) secundária, frequentemente subdiagnosticada. Devemos suspeitar de HPA na presença de HTA e hipocaliemia, HTA resistente, HTA de grau 3, HTA em idade jovem e incidentaloma adrenal.

Caso clínico: Homem 47 anos, com dislipidemia e excesso ponderal (IMC 29.92), encaminhado à consulta externa de Medicina Interna por HTA grau 3. No ecocardiograma apresentava hipertrofia ventricular esquerda. Estudo analítico com hipocaliemia e função renal normal, doseamento de aldosterona e renina, com valores séricos de 665 pg/mL (20-400pg/mL) e 40.4 uU/mL (1-41.2 uU/mL) respetivamente. ACTH, cortisol matinal e função tiroideia sem alterações. Na TAC abdominal com presença de adenoma na glândula supra-renal direita (13mmx12mm). Assumido diagnóstico de hiperaldosteronismo primário por adenoma unilateral da supra-renal. Iniciou espironolactona 25mg e foi encaminhado para consulta de Endocrinologia e Cirurgia geral.

Discussão e conclusão: O hiperaldosteronismo e a sua exposição prolongada promove o aumento da pressão arterial e induz inflamação de tecidos, com consequente fibrose e remodeling vascular de importantes órgãos. A morbimortalidade associada ao risco cerebral e cardiovascular na HPA é superior ao risco na HTA essencial, mesmo quando existe um bom controlo tensional. Um diagnóstico precoce, com tratamento adequado desta condição permite minimizar o risco cardiometabólico. A terapêutica baseia-se na eliminação do

excesso de mineralocorticoides, com antagonistas dos mineralocorticoides ou adrenalectomia unilateral, em situações de aumento do risco cirúrgico e/ou adenomas unilaterais. No presente caso clínico, a idade jovem, a HTA de grau 3 e hipocaliémia aumentaram o nível de suspeição. Após verificação de aldosterona sérica aumentada e renina diminuída, foi realizado estudo imagiológico em busca da causa do excesso de aldosterona que identificou um adenoma unilateral da suprarrenal. Após ser encaminhado para consulta de endocrinologia e cirurgia geral para avaliar a melhor atitude terapêutica, iniciou espirolactona para diminuir os efeitos nefastos do hiperaldosteronismo.

PO 117

A REALIDADE DA MIELINÓLISE CENTROPÔNTICA

José Coelho Ribeiro; Tiago Castro Pinto; Ricardo Jorge Sousa; Joana Lima; Margarida Oliveira; Luísa Guerreiro; Rute Brás-Cruz
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A síndrome de desmielinização osmótica é uma situação rara, causada pela lesão da bainha de mielina das células cerebrais. A mielinólise centro-pôntica é a apresentação clássica desta síndrome, refletindo a maior suscetibilidade da substância branca pôntica. Manifesta-se com tetraparésia flácida, paralisia pseudobulbar e vários graus de encefalopatia ou coma. Embora a etiologia não esteja completamente esclarecida, associa-se a perturbações eletrolíticas (particularmente a hiponatrémia grave e à sua rápida correção), podendo ainda estar relacionada com alcoolismo, doença hepática ou desnutrição. O diagnóstico pode ser confirmado imagiologicamente através da ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE).

Caso clínico: Descreve-se o caso de um homem de 66 anos, com história de mais de

10 anos de hábitos alcoólicos (quantificado em pelo menos 700gramas/semana), episódios de etilismo agudo e crises convulsivas, internado por clínica com um mês de evolução de diminuição progressiva de autonomia, astenia, anorexia, náuseas e vômitos. Por má evolução inicial com alteração do estado de consciência e múltiplos distúrbios hidroeletrólíticos (hipocalcémia, hipofosfatémia, hipomagnesémia, hipocaliémia e hiponatrémia) de difícil correção, foi transferido do seu hospital de área de residência para a Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente. A evolução foi flutuante, com melhoria inicial e estabilização a permitir retorno ao hospital de origem, do qual regressou 5 dias após alta pelos mesmos motivos. Nesta segunda admissão, apresentava-se já em estado estuporoso a pontuar 9 na Escala de Coma de Glasgow (O3V1M5). Foi excluída patologia vascular, infeção do sistema nervoso central e ausência de atividade epilética com eletroencefalografia. Com a realização da RM-CE foi possível diagnosticar lesão centro-pôntica com edema circundante, com características de desmielinização e compatível com diagnóstico de mielinólise centro-pôntica. Dada a fragilidade do doente e mau prognóstico da lesão, em equipa multidisciplinar com Neurologia decida instituição de medidas de conforto. O doente faleceu 24 horas após esta decisão.

Discussão: A mielinólise centro-pôntica é uma patologia rara, sem tratamento definido e que pode determinar prognósticos vital e/ou funcional reservados, com estudos a mostrar uma taxa de mortalidade até 40-50%. No caso deste doente, com todos os fatores de risco associados, a gravidade dos distúrbios ditava um equilíbrio muito ténue daquilo que era a necessidade de correção urgente e o ritmo lento que exige a prevenção desta patologia. Pretende-se, com este caso, alertar para a realidade de uma doença que vem nos livros, mas que raramente se diagnostica e

cuja prevenção é difícil e deve ser bem calculada dada a sua gravidade.

PO 118

QUANDO A NEOPLASIA ESTÁ À VISTA DE TODOS

Beatriz Dias Silva; Sofia Camões; Hugo Ventura; Tatiana Cardoso; Álvaro Brandão; João Olivério Ribeiro; Edite Nascimento
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A Síndrome de Basex (BS) ou acroqueratose paraneoplásica, é uma síndrome rara, caracterizada por erupção cutânea psoriasiforme palmoplantar, associada a malignidade, mais comumente, ao carcinoma espinhocelular do trato aerodigestivo superior. Afeta mais frequentemente homens caucasianos com mais de quarenta anos, e o nariz e orelhas podem, também, ser afetados em cerca de 63% e 79% dos casos, respetivamente.

Apresentamos um caso de um homem de 65 anos, fumador (45 unidades-maço-ano), enviado à consulta de Medicina Interna para estudo de queratose que, inicialmente era apenas palmoplantar, no entanto passados dois meses apresentou alterações cutâneas a nível do nariz e das orelhas, com quatro meses de evolução. Adicionalmente referia prurido. Relativamente às lesões cutâneas, medicou-se inicialmente com corticoide tópico e antihistaminico, sem melhoria clínica. Desta forma, apesar dos resultados inconsistentes na literatura, iniciou-se medicação com acitretina que se encontra, à data, a cumprir.

Na sequência do estudo da erupção cutânea foi observado por dermatologia que realizou biopsia da lesão cutânea cujo relatório anato-patológico revelou: “Sob o ponto de vista histológico é compatível com o diagnóstico de acroqueratose paraneoplásica de Bazex”. Concomitantemente realizou Tomografia Computorizada do pescoço e toraco-abdomino-pélvica em que se destaca na posição

laterocervical direita a presença de várias adenopatias de natureza infiltrativa, a maior no recesso traqueoesofágico direito onde se reconheceu uma formação expansiva de 26 mm de diâmetro em posição lateral ao esôfago e posterior ao polo inferior do lobo direito da tiróide, sem mais nenhuma lesão aparentemente expansiva. Perante estes achados, o doente foi avaliado por Otorrinolaringologia que descarta lesões sugestivas de malignidade na nasofibrosopia. Desta forma, doente ficou internado para controlo sintomático e estudo de neoplasia primária, tendo realizado Edoscopia digestiva alta que revelou a existencia de um carcinoma indiferenciado do esôfago. Posteriormente foi referenciado à Oncologia, encontrando-se em tratamentos. Devido ao aspeto clínico semelhante ao da psoríase, o diagnóstico da SB pode ser, muitas vezes, esquecido. Portanto, doenças inflamatórias da pele que se apresentem com sintomas incomuns ou resistência ao tratamento devem sugerir síndromes paraneoplásicas e, desta forma, levar à procura do tumor primário. O reconhecimento e, conseqüentemente, o tratamento antecipado e, eventualmente, evitar uma situação incurável.

PO 119

VASCULITE ANCA: UM CASO CLÍNICO DE LESÃO RENAL RAPIDAMENTE PROGRESSIVA

Rita Pratas; Alice Alves; Catarina Sottomayor; Joana Lopes; Diana Ferrão; Jorge Almeida
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: No estudo de lesão renal, importa estabelecer a origem etiopatogénica e evolução temporal. No caso de uma lesão renal rapidamente progressiva, várias etiologias devem ser consideradas, algumas das quais com atingimento multissistémico e potencialmente reversíveis.

Caso clínico: Apresenta-se um caso de uma mulher de 77 anos que recorreu ao serviço de

urgência (SU) por mialgias, anorexia e astenia progressiva, com perda de capacidade funcional. Um mês antes da vinda ao SU, recorreu aos cuidados de saúde por quadro de infecção respiratória, com função renal normal, tendo tido alta com amoxicilina/ácido clavulânico. Após esse episódio, teve anorexia progressiva com recurso ao SU. À admissão, apresentava-se polipneica e normotensa, com edema dos Mis, auscultação pulmonar com sons respiratórios mantidos e simétrico, sem ruídos adventícios, algaliada com cerca de 100cc de urina concentrada. Analiticamente, creatinina de 10.62mg/dL, ureia de 270mg/dL, sódio 133 mEq/L e potássio 7,7 mEq/L. Assim, doente com lesão renal rapidamente progressiva, com necessidade de hemodiálise por anúria persistente, internada para investigação etiológica. Do estudo etiológico realizado, sem evidência de etiologias pré e pós-renais, sem pico monoclonal; o estudo imunológico mostrou ANCA-MPO (172 U/ml), ANAs (1/320) e fator reumatóide (FR) (113 UI/mL), sem consumo do complemento (C3). Realizou biópsia renal que mostrou arterite das artérias arqueadas e atrofia glomerular, sem atingimento das artérias de pequeno calibre e sem identificação de crescentes. Optou-se por realizar lavado broncoalveolar para apoio no diagnóstico e orientação terapêutica, que identificou hemorragia alveolar. Deste modo, assumiu-se diagnóstico de vasculite ANCA com atingimento pulmonar e renal. Foi submetida a pulsos de metilprednisolona 500mg, seguidos de corticoterapia segundo o protocolo PEXIVAS, e ciclofosfamida de 15 em 15 dias. Após o início do tratamento a doente, manteve necessidade de hemodiálise 3 vezes por semana, por hipervolemia sustentada, e apesar da recuperação progressiva do débito urinário a permitir redução progressiva do volume ultrafiltrado, a doente apresentou várias intercorrências, como consequência ou não da imunossupressão, a destacar colite para

CMV, pancitopenia, psicose induzida por fármacos e miopatia de desuso.

Conclusão: A suspeita de vasculite coloca-se na presença de manifestações sistêmicas associadas a disfunção de órgão, sendo o diagnóstico definitivo o histopatológico. Apesar da apresentação atípica de vasculite ANCA, deve ser sempre suspeitada quando existe lesão renal rapidamente progressiva. A imunossupressão é a base do tratamento, contudo é importante ter em atenção todas as consequências que lhe estão associadas.

PO 120

FEBRE SEM FOCO – RELATO DE UM CASO DE PIOCISTITE

Rita Pratas; Alice Alves; Catarina Sottomayor; Diana Ferrão; Jorge Almeida
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: Na abordagem de um doente com febre sem foco, importa pensar nas possíveis etiologias, com colheita de produtos microbiológicos adequados. Nos doentes anúricos, em terapêutica de substituição da função renal, a piocistite deve ser uma etiologia considerada, apesar de frequentemente negligenciada pela dificuldade na colheita de urocultura e consequente isolamento de microrganismos.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 83 anos, com antecedentes de doença renal crónica estágio 5 de etiologia hipertensiva e isquémica, anúrica, e em terapêutica de substituição da função renal. Associadamente com derrame pleural idiopático, previamente abordado, com critérios de exsudado provavelmente em contexto de hipervolemia de difícil controlo. A doente recorreu ao serviço de urgência (SU) por picos febris sem clínica focalizadora, predominantemente vespertinos, em dias alternados, com 20 dias de evolução, sem sintomatologia associada. Analiticamente, sem leucocitose e com proteína C reactiva de 170.4mg/L. Deste modo,

internou-se para estudo de febre sem foco. Durante o internamento, optou-se por repetir toracocentese. O líquido pleural apresentava características de exsudado (segundo os critérios de Light), elevação ligeira da adenosina deaminase (ADA) de 44U/L, mas amicrobiano, sobreponível às características previamente documentadas. Por manter febre, foi feita lavagem vesical e colhida amostra urinária, com aspeto microbiano piúrico e isolamento de *Enterococcus faecium* sensível a vancomicina, sem isolamento de microrganismos nas hemoculturas. Apesar de derrame pleural com critérios de exsudado, pela ausência de clínica respiratória e por se tratar de derrame crónico sem agravamento recente, amicrobiano e bioquimicamente sobreponível ao habitual, assumiu-se febre com ponto de partida em piocistite. Iniciou-se vancomicina ajustada à função renal, com tomas após as sessões de diálise, 3 vezes por semana. Para controlo de foco, optou-se por algaliação intermitente 2 vezes por dia com lavagens vesicais, com saída de conteúdo purulento. A doente permaneceu apirética após 5 dias de antibioterapia eficaz, com parâmetros inflamatórios em decrescendo, tendo completado 15 dias de antibioterapia.

Discussão: Doentes em terapêutica dialítica têm um risco aumentado de infeção por microrganismos multirresistentes associado a maior mortalidade. A abordagem da febre sem foco nestes doentes é especialmente desafiante, por apresentarem um variado espectro de possíveis focos e necessitarem de um controlo apertado dos níveis de antibiótico. No caso específico da piocistite, em doentes anúricos, é particularmente importante o controlo de foco.

PO 121

SÍNDROME MALIGNO DOS NEUROLÉPTICOS: TARDE, MAS APARECE

Vitor Santos Oliveira; Filipa Rodrigues Reis; Giovana Ennis; Nuno Monteiro; Edite Nascimento
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: Síndrome Maligno dos Neurolépticos (SMN) é uma emergência neurológica com uma incidência de 0.01% a 3.2%, que está associado ao uso de fármacos antipsicóticos (neurolépticos). De etiologia complexa, a maioria dos sintomas são atribuídos à redução abrupta da atividade central dopaminérgica provocada pelo bloqueio do recetor D2 ou pelo suspensão repentina de fármacos dopaminérgicos. Clinicamente caracteriza-se por alteração do estado de consciência, rigidez muscular e febre, podendo associar-se a taquicardia, diaforese, elevação da creatina quinase, labilidade da pressão arterial, disfagia, tremor e leucocitose.

É uma identidade rara e a incidência tem vindo a diminuir com a introdução dos novos fármacos antipsicóticos, pelo que se torna necessário uma elevada suspeita e atenção clínica para fazer o seu diagnóstico e tratamento de forma célere e eficaz.

Caso clínico: Doente sexo feminino, 61 anos, KATZ 0. Antecedentes pessoais de Epilepsia e Oligofrenia. Medicação habitual: Valproato de Sódio 500mg id, Lorazepam 2.5mg id, Clozapina 100mg bid, Risperidona 0.5mg bid, Haloperidol 1mg bid, Atorvastatina 20mg id. Recorreu ao serviço de urgência por prostração, tosse produtiva com secreções mucopurulentas, dispneia e perda de via oral. Objetivamente doente prostrada, não reativa, com roncos bilaterais. Analiticamente com leucocitose, neutrofilia, aumento da procalcitonina e PCR. Foi diagnosticada com Traqueobronquite Aguda e Insuficiência Respiratória tipo 1, tendo ficado internada ao cuidado da Medicina Interna.

Do estudo complementar realizado em internamento, apenas de realçar antigenúrias positivas para *Streptococcus Pneumoniae*, com hemoculturas e uroculturas negativas. Ao quarto dia de internamento doente com melhoria clínica e analítica, apirexia mantida há mais de 48h, recuperou via oral pelo que foi reintroduzida a sua medicação habitual. Ao sexto dia de internamento inicia novo quadro de prostração e febre, temperaturas entre 38.5°C a 39.5°C, com fraca cedência aos antipiréticos, taquicardia e sudorese profusa, sem rigidez muscular. Repetiu-se estudo analítico que mostrou melhoria dos parâmetros inflamatórios e infecciosos, sem aumento da creatina quinase. Ao oitavo dia de internamento optou-se pela suspensão dos fármacos antipsicóticos habituais da doente Clozapina, Risperidona e Haloperidol. Ao décimo dia a doente apresenta recuperação do estado de vigília, patência da via oral, resolução da febre e dos sintomas autonómicos.

Conclusão: No caso reportado a doente era medicada cronicamente com três neurolépticos sem ter registo de qualquer reação adversa aos mesmos e com a intercorrência infecciosa foi necessário a suspensão da sua medicação crónica antipsicótica.

Na reintrodução da terapêutica habitual do doente após uma intercorrência médica, é importante manter a vigilância de possíveis efeitos adversos de todos os fármacos.

Com o aumento da doença psiquiátrica e o aumento do uso de fármacos antipsicóticos, este caso vem realçar a importância dessa vigilância, porque apesar de raros, os doentes podem vir a desenvolver situações ameaçadoras de vida que exigem terapêuticas célebres e dirigidas.

PO 122

PANCREATITE AGUDA E A SUA RELAÇÃO COM A VILDAGLIPTINA

Carlos Rego Gonçalves; Sabina Belchior Azevedo; Rafael Freitas Lopes; André Calheiros; José Carlos Veloso; Paula Brandão
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: A pancreatite aguda (PA) induzida por fármacos é uma entidade rara, com uma incidência estimada de 0,1-2%. Os inibidores da dipeptidil peptidase IV (IDPP-4), de que é exemplo a vildagliptina, apesar de não serem considerados como uma das principais classes farmacológicas causadoras PA, têm bem documentada a sua associação.

Caso clínico: Doente de 80 anos, com antecedentes de diabetes mellitus recorre ao serviço de urgência por dor abdominal com náuseas e vômitos desde há um dia. À admissão estava hemodinamicamente estável com dor à palpação abdominal epigástrica. Analiticamente apresentava elevação da amilase e lipase, sem citocolestase. Realizou imagem abdominal com achados compatíveis com pancreatite aguda edematosa intersticial sem alterações necrohemorrágicas e sem dilatação de vias biliares ou achados de litíase vesicular. Ficou internada com diagnóstico de PA alitiásica, iniciou fluidoterapia e analgesia com boa evolução clínica e analítica. Ao terceiro dia de internamento, iniciou dieta e progrediu na mesma, sem intercorrências, tendo tido alta após uma semana. Do estudo etiológico destaca-se ecografia abdominal sem litíase, ausência de hipertrigliceridemia com perfil lipídico controlado, serologias víricas negativas, ANA e ANCA negativos com doseamento de IgG4 normal. Dado a doente ser diabética e estar sob vildagliptina desde há vários anos, optou-se por considerar um fator de contribuição para PA e suspender na alta hospitalar. Em consulta de *follow-up* aos 6 meses, estava assintomática, sem evidên-

cia de alterações analíticas ou em estudo de imagem abdominal, pelo que se assumiu PA induzida por vildagliptina.

Conclusão: A PA induzida por fármacos é um desafio diagnóstico, pela necessidade de suspeição clínica e associação com terapêutica crónica do doente, mas sobretudo pela necessidade de exclusão de todas as etiologias identificáveis. A lista de fármacos potencialmente implicados na PA tem vindo a aumentar, com múltiplos relatos na literatura. Apesar da baixa incidência e do prognóstico favorável, de como é exemplo o presente caso, esta etiologia deve ser pensada sobretudo em doente com PA alitiásica e sem etiologia esclarecida, tendo um impacto importante na mudança de estratégia farmacológica nas doenças crónicas destes doentes.

PO 123

FEBRE Q: DO EXANTEMA À SEROLOGIA

Sofia Ferreira Cunha¹; Ana Raquel Soares¹;
Stanislav Tsisar²; Ana Patrícia Cachado¹;
Teresa Garcia¹; António Mário Santos¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta; ²Hospital de São José

A infeção por *Coxiella burnetii* é uma doença complexa e polimórfica com várias manifestações. Existem formas agudas, autolimitadas e com prognóstico benigno e formas subagudas ou crónicas associadas a evoluções graves e potencialmente fatais. A Febre Q é uma zoonose com distribuição mundial. Em Portugal os primeiros casos datam do início do século XX. Estão particularmente expostos à doença indivíduos com contatos com animais ou seus produtos e o meio rural. As manifestações clínicas da fase aguda são variáveis e podem atingir vários órgãos. As mais frequentes são a febre, a pneumonia e a hepatite.

Os autores apresentam o caso de uma doente, veterinária, 46 anos, saudável, com clínica de febre, artralguas e exantema maculopapular, vesiculado, pruriginoso, extenso e com

distribuição por todo o tegumento cutâneo sem poupar qualquer área corporal, com duas semanas de evolução. Dos exames complementares de diagnóstico salientava-se anemia normocítica e normocrômica e PCR elevada. Não apresentava alterações radiográficas, nem da função da renal ou hepática. Tendo em conta a epidemiologia da doente, a investigação etiológica foi realizada considerando os agentes de zoonoses nomeadamente de *Coxiella*. As serologias sugeriram o diagnóstico de febre Q aguda com positividade da fase II para IgM (título de 1/800) e com IgG negativo (título <1/200), sendo os anticorpos de fase I negativos. Foi realizada ainda a análise molecular baseada na polimerase em cadeia simples que se revelou negativa. Assumindo como diagnóstico mais provável, a doente realizou 21 dias de terapêutica com doxiciclina com a total reversão de todo o quadro. Após 3 semanas, foram repetidas serologias que mostravam positividade para IgG em fase II num título de 1/400, mantendo-se a positividade para IgM com título 1/100. De referir ainda que, nesta segunda avaliação, os anticorpos de fase I, nomeadamente os IgG, apresentavam título positivo (1/200).

O diagnóstico de Febre Q permanece um desafio. As várias formas de apresentação levantam dificuldades no diagnóstico diferencial. O exantema cutâneo generalizado como no caso apresentado é uma manifestação da doença excecional, no entanto, a restante sintomatologia, assim como o contexto epidemiológico, revelaram-se importantes para a suspeição clínica. A avaliação serológica ao diagnóstico e a sua reavaliação 3 a 6 semanas após são a chave para o estabelecimento diagnóstico definitivo.

PO 124

VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA A VANCOMICINA

Rafaela Lopes Freitas; José Coelho Ribeiro;
Ricardo Vila Real; José Miguel Costa; António Furtado
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A vancomicina é um fármaco comumente utilizado em agentes meticilino-resistentes (MRSA). Apesar de ter várias reações de hipersensibilidade descritas, como é o caso do “Red Man Syndrome”, a vasculite leucocitoclástica é um evento pouco reportado.

Caso clínico: Mulher de 77 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e obesidade grau 1.

Internada por infecção de prótese total da anca a *Proteus mirabilis* e *Staphylococcus epidermidis* MRSA, tendo sido medicada com ampicilina e vancomicina.

Após 3 dias de antibiótico dirigido iniciou exantema macular coalescente pruriginoso branqueável com atingimento do tronco, face e membros, inclusive das pregas. Sem atingimento das mucosas (Figura 1). Em 48 horas posterior evolução para púrpura a nível dos membros inferiores (Figura 2). Apresentava febre diária, eosinofilia de 500/uL, normotensão, pelo que configurava um RegiSCAR score de 2. Colocada toxicodermia sem critérios de gravidade versus possível síndrome choque tóxico (menos provável dada estabilidade hemodinâmica sustentada). Realizada biópsia compatível com vasculite leucocitoclástica.

Realizado switch de antibioterapia e iniciado corticoide oral com resolução das lesões em duas semanas.

Discussão: Embora as reações cutâneas associadas à terapêutica medicamentosa sejam relativamente frequentes com incidência estimada de 30%, a vasculite leucocitoclástica, em particular à vancomicina, é uma entidade raramente descrita.

No entanto, dado o aumento crescente de

microrganismos multirresistentes, devemos manter alerta sobre esta vasculite de pequenos vasos associada a este antibiótico.

PO 125

NEOPLASIA À FLOR DA PELE

Beatriz Dias Silva; Sofia Moreira; Hugo Ventura;
Carolina Anjo; Tatiana Cardoso; Gabriel Atanásio;
João Olivério Ribeiro; Edite Nascimento
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A vasculite urticariana é uma entidade rara, que se caracteriza por episódios recorrentes de lesões urticariformes, associada a fármacos, infeções, doenças autoimunes e neoplasias. É semelhante à urticária mas surge acompanhada de dor e prurido.

Apresentamos um caso de uma mulher com antecedentes de neoplasia do cólon, observada por lesões papulosas de bordo eritematoso e palidez central com 36 horas de evolução, associada a dor e prurido. Foi observada por dermatologia que realizou biópsia que descreve alterações compatíveis com vasculite urticariana, tendo iniciado corticoterapia com melhoria sintomática.

Em casos isolados é mandatório estudar as possíveis causas na origem das alterações.

PO 126

A HIDROXICLOROQUINA POR CAMADAS

Beatriz Dias Silva; Tatiana Cardoso; Sofia Moreira;
Hugo Ventura; Catarina Veiga; André Martins;
João Olivério Ribeiro; Edite Nascimento
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A Hidroxicloroquina é um fármaco utilizado para o tratamento de diversas doenças autoimunes, tais como a artrite reumatoide e lúpus, bem como para a profilaxia da malária. Na literatura os casos descritos de toxidermia com envolvimento sistémico associada à Hidroxicloroquina são raros.

Apresentamos um caso de uma mulher de 73 anos, sem antecedentes pessoais de rele-

vo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por erupção cutânea com placas eritmatodescamativas da face, tronco, abdómen e coxas com 5 dias de evolução. Já teria sido avaliada pelo mesmo motivo, tendo sido medicada com prednisolona 40mg, com agravamento das lesões. No momento da colheita da história clínica, referiu que terá recorrido a uma consulta privada de reumatologia, duas semanas antes, por “dores nos membros inferiores” (sic), sendo medicada nesse contexto com Hidroxicloroquina 400mg, Gabapentina 300mg e Glucosamina 1500mg, estando a cumprir a medicação prescrita. Sem alterações ao exame objetivo para além da erupção cutânea descrita. Analiticamente apresentava leucocitose com aumento da Proteína C reativa (PCR). Ficou internada para vigilância e medidas de suporte. Durante o internamento foram suspensos os fármacos suspeitos e iniciou Metilprednisolona 40mg 2id. Foi, ainda, observada por dermatologia para além das medidas já instituídas recomendou aplicação de cortóide tópico nas lesões cutâneas até resolução das mesmas. No 5º dia de internamento por pico febril colheu rastreio sético, com posterior isolamento de *Proteus Mirabilis* em hemoculturas e iniciou antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico. No decorrer do restante internamento, realizou-se desmame lento de corticoterapia, com melhoria significativa das lesões, acabando por ter alta com indicação para suspensão dos fármacos instituídos previamente ao quadro potencialmente causadores da toxidermia.

Reações adversas cutâneas causadas por fármacos não são geralmente graves, no entanto por vezes podem ser fatais ou causar sequelas incapacitantes. A eritrodermia causada por fármacos é uma das reações em que o diagnóstico precoce pode evitar resultados mais graves. É importante, ainda, saber que a reexposição ao agente agressor pode levar a reações mais graves no futuro.

PO 127

VASCULITE ANCA MPO+: MONTAR O PUZZLE DO ATINGIMENTO MULTIORGÂNICO

Gonçalo Carneiro; Ana Gabriela Paupério; Marta Fernandes; Maria Luísa Olim; Diana Dias
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: As vasculite ANCA são patologias que afetam pequenos vasos sanguíneos e cuja fisiopatologia ainda não está totalmente compreendida. A sua raridade e apresentação clínica geralmente insidiosa e inespecífica podem levar a marchas diagnósticas intensas, diagnósticos tardios e por vezes em fases onde a repercussão clínica é mais exuberante.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 78 anos, avaliada em consulta externa por anorexia e astenia importantes (perda de 25 Kg em 10 meses e de autonomia para atividades diárias), associadas a mialgias e perda de força muscular generalizadas. Analiticamente apresentava leucocitose neutrofilica, proteína C reativa e ferritina elevadas. A tomografia computadorizada mostrou infiltrados pulmonares bilaterais de aspeto algodinoso, em posição peribroncovascular. Admitida em internamento para estudo, desenvolve lesões purpúricas nos antebraços, lesão renal aguda e anemia normocítica normocrômica. Optou-se por iniciar como prova terapêutica prednisolona 20mg/dia, mas com parca melhoria clínica. Após confirmação laboratorial da presença de ANCA MPO+, assumiu-se o diagnóstico de vasculite e associou-se azatioprina 75mg/dia. Em estudo radiológico subsequente (tomografia computadorizada e de positrões), evidenciou-se regressão dos infiltrados pulmonares e não se encontraram sinais sugestivos de vasculite de grandes vasos.

Após melhoria clínica e analítica relevantes, foi possível desmame de terapêutica imunossupressora antes da alta.

Discussão/Conclusão: A associação de atingimento cutâneo e renal adensou a suspeita de etiologia auto-imune, o que motivou o início de corticoterapia sistêmica. Ainda assim, só após confirmação da presença de ANCA MPO+ foi possível instituição de terapêutica verdadeiramente eficaz. Existem ainda outras etiologias que devem ser excluídas (nomeadamente neoplasia e, embora menos provável dada resposta clínica e radiológica, tuberculose), estudo que deverá continuar em regime de consulta externa. Este caso evidencia a multiplicidade de sinais e sintomas, o impacto negativo na vida dos doentes e as dificuldades no diagnóstico definitivo, que deve assentar sempre em suspeitas firmes com base na clínica, estudos complementares e motivar envolvimento multidisciplinar.

PO 128

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA SECUNDÁRIA A INFEÇÃO POR VIH

Leandro Valente; José Pinho; Joana Marinho; Rute Aleixo; Eugénia Ferreira; Gonçalo Cruz; Mariana Lopes; Cristina Valente

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A síndrome hemofagocítica (SH) é uma doença rara que corresponde a uma resposta inflamatória grave e descontrolada do sistema imunitário, caracterizada por uma tempestade de citocinas. No adulto, a SH é maioritariamente secundária a um trigger infeccioso, neoplásico ou autoimune. O diagnóstico é clínico e requer pelo menos 5 dos 8 critérios definidos pela Histiocyte Society (HLH-2004).

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 47 anos sem antecedentes pessoais de relevo, que recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de cefaleias, alterações visuais e emagrecimento de 10kg durante 1 ano. Realizou ressonância magnética que

mostrou “lesão parietal postero-interna esquerda, cortico-subcortical, centralmente necrótica, com reforço de sinal à periferia”.

Analicamente destacavam-se pancitopenia (leucócitos 3.1×10^9 , hemoglobina 9.2g/dL e plaquetas 57×10^9), teste positivo para o vírus da imunodeficiência humana (VIH), IgG positiva para Toxoplasmose.

Foi diagnosticada infeção por VIH, estadio C3 (ARN VIH 218000 cp/ml e TCD4 105cél/mm³) e iniciou terapêutica com antirretrovíricos. Durante o internamento apresentou febre, dor abdominal e elevação de parâmetros inflamatórios. O estudo complementar revelou hiperferritinémia (2633ng/mL), hipertrigliceridémia (978mg/dL) e esplenomegalia. Apesar de boa resposta inicial à terapêutica antirretrovírica, a doente apresentou um curso flutuante ao longo do internamento, com subsequente agravamento clínico, que culminou no seu falecimento.

Discussão: O diagnóstico de SH baseia-se em critérios clínicos. No caso clínico apresentado a doente cumpre 5 dos critérios de SH da *Histiocyte Society*.

Em relação ao fator etiológico que despoletou a SH neste caso, é possível listar pelo menos 2 potenciais fatores, nomeadamente a infeção por VIH, e a infeção oportunista por *Toxoplasma gondii*, apesar de o mais plausível ser a infeção por VIH.

Conclusões: A ausência de achados patognómicos do SH contribuiu para a dificuldade diagnóstica associada a esta patologia. Apesar da baixa incidência de SH, esta condição associa-se a elevada taxa de mortalidade, sendo necessário considerá-la no diagnóstico diferencial, em caso de agravamento clínico nos doentes com o diagnóstico de infeção por VIH e poder atempadamente adequar estratégias terapêuticas.

PO 129

UMA IMAGEM MALIGNA DE AVC

Vikesch Samiji¹; Ana Cristina Martins²; Ana Rita Bello²; Inês Gonçalves³; Inês Ângelo⁴; Miguel Golão²; Sara Pocinho¹; Inês Antunes¹; João Torres¹; Diogo Santos¹; Isabel Simões¹; Eduarda Carmo¹
¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; ²Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de Santa Cruz; ³Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier; ⁴Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Homem de 78 anos, autónomo, com múltiplos factores de risco cardiovasculares e fibrilhação auricular. Admitido nos Cuidados Intensivos por AVC isquémico por oclusão da artéria carótida interna esquerda e segmento M1 da artéria cerebral média esquerda, submetido a trombec-tomia com bom resultado angiográfico.

No internamento, com agravamento neurológico (Glasgow 3) tendo a TAC CE demonstrado: um enfarte cerebral maligno, com herniação subfacial para a direita, encarceramento do ventrículo lateral direito; hemorragia núcleo-capsular e mesencefálica esquerda, e ainda isquemia aguda frontal direita. Doente evoluiu desfavoravelmente tendo vindo a falecer.

PO 130

MAIS QUE INFEÇÃO SIMPLES DO TRATO URINÁRIO – PROSTATITE E PIELO-URETRITE ENFISEMATOSA

Beatriz Marquês¹; Pedro Dinis Avelar¹; Henrique Alves Sousa¹; Jorge Governal¹; Luzia Bismarck¹; Manuel Ribeiro¹; Dulce Bonifácio¹; Selma Fernandes¹; Liliana Simões¹; Sérgio Borges¹; Fátima Monteiro¹; Ana Costa¹; Rosa Amorim²
¹Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras; ²Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Introdução: A prostatite enfisematosa é uma condição infecciosa rara, caracterizada pela presença de uma coleção de gás e exudado purulento. Pode estar também associada a abscesso prostático. É mais frequente em

doentes diabéticos e algaliados. Apresenta-se com febre, disúria, polaquiúria, e/ou dor pélvica/perineal. As formas mais severas estão associadas a *Klebsiella pneumoniae*. Estudos imagiológicos demonstram a presença de gás na próstata. O envolvimento enfisematoso do trato urinário superior é raro e existem apenas alguns casos descritos na literatura.

Caso clínico: Homem, 86 anos, parcialmente dependente, admitido no Serviço de Urgência por vômitos, diarreia e anorexia com 3 dias de evolução. Antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo 2 com 20 anos de evolução, doença renal crónica estadio 3A, gamapatia monoclonal IgG/kappa, HTA, algaliado cronicamente por hipertrofia benigna da próstata. À admissão: orientado, pálido, desidratado, hemodinamicamente estável, apirético; abdómen mole, depressível e indolor à palpação. Gasimetricamente com acidose metabólica (pH 7,33, pCO₂ 22, pO₂ 86, HCO₃ 11,6, Lac 1,8). Hiperglicémia (683mg/dL); cetonémia de 3,4mmol/L; anemia normocítica normocrómica com Hb 9,8g/dL, hiponatrémia grave (112mEq/L), hipercaliémia ligeira (5,8 mEq/L); parâmetros inflamatórios elevados (leucocitose 16 700, PCR 8,4mg/dL), Urina II com leucocitúria e cetonúria. Sob hidratação vigorosa e insulino-terapia EV houve resolução de quadro de cetoacidose diabética. Iniciou empiricamente Ceftriaxone. Urocultura e hemoculturas foram negativas. Apresentou exsudado uretral com isolamento de *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase (KPC). Foi medicado com Cef-tazidime-Avibactam, de acordo com TSA. Por febre, repetiu culturas. TAC abdómen-pélvico revelou distensão abundante de conteúdo gasoso na bexiga, com gás igualmente no ureter e no bacinete do lado esquerdo. A próstata mostrava-se globosa, com áreas gasosas. Suspeitou-se de abscesso prostático. Urologia sugeriu manutenção de antibioterapia dirigida como abordagem primordial. Houve isolamento de

Klebsiella Pneumoniae OXA-48 no sangue e urina. Repetiu TAC AP que excluiu fistula próstato-vesical, mas que revelou agravamento radiológico, com prostatite enfisematosa e pieloureterite enfisematosa. Faleceu ao centésimo dia de internamento.

Discussão: Doente com infeção do trato urinário, sob antibioterapia dirigida, que permanece sintomático e com elevação dos parâmetros inflamatórios deve realizar estudo imagiológico (preferencialmente TAC ou ecografia prostática transretal), particularmente se diabético e algaliado cronicamente. Pode haver necessidade de intervenção urológica de forma célere. A mortalidade na prostatite enfisematosa pode atingir os 16%. Destaca-se ainda, neste caso clínico, a forma de apresentação, como prostatite e pieloureterite enfisematosa, dado ser raro o envolvimento do trato urinário superior.

PO 131

NEM TUDO O QUE PARECE É – UM CASO DE ARTRITE GOTOSA

Sandra Oliveira Mendes¹; João Quelhas Costa¹; Gonçalo Miranda²; M Catarina Tavares¹; Teresa Medeiros¹

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; ²IPO Porto

A artrite gotosa é a forma mais comum de artropatia de microcristais. Habitualmente é monoarticular e periférica. A apresentação com envolvimento axial, nomeadamente da coluna e das articulações sacroilíacas é incomum, sendo a região lombar mais afetada. Mulher de 67 anos, com antecedentes de síndrome metabólico, litíase renal com cálculo colariforme, história previa de artrite gotosa grave a requerer amputação de 2 dedos dos pés e com alergia grave ao alopurinol, estando medicada com Febuxostate 80 mg/dia. Foi admitida no Hospital por fratura vertebral de L1 após uma queda, sendo orientada para tratamento conservador. O exame objetivo mos-

trou múltiplos nódulos subcutâneos endurecidos, compatíveis com tofos gotosos, um deles com drenagem de um exsudado arenoso, assim como amputação de dois dedos dos pés (segundo à esquerda e quarto à direita). No contexto da queda realizou uma tomografia da coluna dorso-lombar que mostrou alterações da articulação sacroilíaca e envolvimento secundário de L4-L5, sendo suspeitas de infiltração neoplásica. Concomitantemente apresentava um rim esquerdo atrofico com contornos lobulados e espessamento da cortical com densificação da gordura envolvente, sugestivo de pielonefrite xantogranulomatosa. Complementou-se estudo com ressonância magnética osteoarticular que confirmou a lesão predominantemente lítica, heterogénea e com perda de definição da cortical.

No estudo analítico apresentava hiperuricemia moderada (6.2 mg/dL), hipocalcemia moderada, GGT ligeiramente aumentada (45 U/L), anemia ferropénica (Hb 9.6 g/dL) e velocidade de sedimentação aumentada (92 mm/1^h). Foi realizada biópsia da articulação sacroilíaca tendo a mesma revelado depósitos de material amorfo com células gigantes multinucleadas, compatíveis com tofos gotosos. A doente teve alta com analgesia oral, controlo dos fatores de risco vasculares, estímulo à perda de peso e aumento da dose de Febuxostate para 120 mg/dia.

Verificou-se melhoria clínica e da mobilidade, um mês após a alta, na consulta de reavaliação. A artrite gotosa da articulação sacroilíaca foi reportada num pequeno número de casos, sendo que a maioria dos diagnósticos é baseado no estudo radiológico. Deve ser um diagnóstico diferencial a equacionar no caso de lesões osteolíticas da coluna ou do sacro. Neste caso, apesar de inicialmente tudo apontar para lesões secundárias de neoplasia desconhecida, o diagnóstico final, mais benigno, foi confirmado por biópsia dirigida.

PO 132

QUISTO DO CANAL TIREOGLOSSO COMO HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO PERANTE UMA MASSA CERVICAL

Beatriz André Marques¹; Joana Crisóstomo²; Luís Luz²; Ana Ponciano²

¹IPO Lisboa; ²Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A abordagem de uma massa cervical por vezes é desafiante dada a variedade de diagnósticos diferenciais. De uma forma geral pode subdividir-se a etiologia de uma massa cervical em três grandes categorias: lesões congénitas; lesões inflamatórias (infecciosas ou não) e lesões neoplásicas. Dentro das lesões congénitas, o quisto do canal tireoglossos pode manifestar-se somente na idade adulta como uma lesão nodular da linha média do pescoço, dolorosa, associada a disfagia e/ou odinofagia, sobretudo na sequência de uma intercorrência infecciosa.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, 23 anos de idade, referenciada à consulta de Medicina Interna por adenopatia cervical. A doente negava febre, sudorese noturna, perda ponderal, odinofagia, disfagia, dispneia, tosse, artralgias ou outros sintomas dos restantes órgãos e sistemas. Referia episódio de amigdalite previamente ao aparecimento da lesão. Ao exame físico objetivava-se uma massa de consistência pétreia, localizada à região inframentoniana com extensão submandibular esquerda, com 4 cm de maior diâmetro, de contornos lobulados e regulares, móvel face aos planos profundos, dolorosa. Não se identificavam outras adenopatias, nomeadamente pré ou retroauriculares, cervicais, axilares ou inguinais. O restante exame objetivo era inocente. Analiticamente destacava-se uma leucocitose sem elevação da proteína C reativa. Realizou ecografia das partes moles do pescoço com ênfase a várias formações gan-

glionares na região submandibular esquerda. Subsequentemente realizou TC-Pescoço tendo sido colocada a hipótese de quisto tireoglossos infectado. Foi encaminhada para consulta de Cirurgia Maxilo-Facial. Fez citologia aspirativa a qual foi compatível com gânglio reativo. Foi medicada com anti-inflamatório não esteroide com resolução do quadro clínico.

Discussão: O quisto do canal tireoglossos é o quisto congénito mais comum da região cervical. Tipicamente descrito como uma massa na região cervical superior, localizada à linha média, móvel com a deglutição e protusão da língua, pode encontrar-se mais lateralizada, sobretudo para a esquerda. Geralmente indolor, é comum ser doloroso após ou concomitantemente a infeções respiratórias. Tal como enfatizado pelo caso apresentado, a clínica aliada à avaliação imagiológica e histológica são fundamentais para o diagnóstico definitivo. Assim, perante uma massa cervical, para além das adenopatias reativas (quadros mais comuns) e do diagnóstico presuntivo de malignidade até prova em contrário, é importante considerar nos diagnósticos diferenciais as lesões congénitas como é o caso do quisto do canal tireoglossos

PO 133

MISTÉRIO NO INTESTINO: A COLITE DO CMV FANTASMA

Sofia Nunes Teixeira; Pedro Silva Rodrigues; Ana Luísa Barbosa; Gonçalo Negalha; Jorge Almeida
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A infeção por CMV (citomegalovírus) é rara nos indivíduos imunocompetentes, mas é um dos patógenos com maior importância nos indivíduos imunocomprometidos, nomeadamente quando existe infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

O espetro da doença clínica provocada por este vírus é amplo e a sintomatologia depende do local da infeção. A afeção gastrointestinal pelo CMV, é uma complicação incomum,

mas grave, do HIV. A maior parte dos casos ocorre no contexto de uma imunossupressão significativa com CD4 < 50 céls/m³. A colite por CMV é a segunda manifestação mais comum da doença.

Caso clínico: Sexo masculino, 75 anos. Natural de Cabo Verde. Residente em Portugal há mais de 30 anos. Como antecedentes pessoais, a destacar vários fatores de risco cardiovascular (dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada há 15 anos), doença renal crónica estadio 5 de etiologia indeterminada, desde 2020 (creatinina habitual ~4 mg/dL) e infeção por HIV desde 2012, em seguimento na consulta externa de doenças infecciosas, sob terapêutica antirretroviral combinada (TARc) com lamivudina (3TC 100mg/dia) e dolutegravir (DTG, 50 mg/dia), com supressão virológica sustentada e recuperação imunológica (CD4 > 400 céls/m³).

Recorre ao SU por dor abdominal, anorexia e dejeções diarreicas com hematoquézias com cerca de 5 dias de evolução. Analiticamente, sem leucocitose, mas com elevação da PCR (313.8 mg/dL). Neste contexto, inicia antibioterapia empírica com ceftriaxone e fica internado para estudo etiológico. Ao 4^o dia de internamento, por persistência da sintomatologia abdominal e febre/temperatura subfebril opta-se pela escalada da antibioterapia para Piperacilina/Tazobactam. Realizou retosigmoidoscopia com progressão até à junção reto-sigmoide, que evidenciou ulceração extensa, com dúvida entre etiologia isquémica ou infecciosa. As biópsias realizadas foram inconclusivas por material insuficiente. Realiza colonoscopia posteriormente, que demonstra, ulceração do cólon sigmoide, com biópsias a demonstrar aspetos que sugerem a etiologia infecciosa do processo inflamatório descrito e CMV fortemente positivo. Serologias do CMV negativas. Sem identificação de outro agente no restante estudo microbiológico realizado (no exame bacteriológico das fezes e nas

biópsias efetuadas). Neste contexto, inicia ganciclovir, que fez 3 dias no internamento, com melhoria significativa da dor abdominal, resolução da diarreia e descida dos parâmetros inflamatórios. Efetuou-se transição para terapêutica oral com valganciclovir 450mg, que deveria realizar durante 3 semanas em dias alternados com reavaliação à posteriori na consulta externa de doenças infecciosas.

Discussão: A colite por CMV está associada a febre, perda de peso, anorexia e dor abdominal. O envolvimento mais distal, inclui frequentemente episódios de diarreia, tenesmo e hematoquézias.

A suspeição do diagnóstico deve ocorrer quando a contagem de CD4 é inferior a 50 células por m³ associada à presença de sintomas de colite. É mais frequente em indivíduos que não estejam a realizar TARc.

O prognóstico dos doentes HIV positivos e com infeção gastrointestinal por CMV melhorou dramaticamente na era pós TARc.

O atingimento gastrointestinal do CMV é raro nos doentes HIV positivos com serologias negativas para o CMV, uma vez que a doença geralmente resulta da reativação do vírus latente.

PO 134

SÍNDROME DE BRASH: UM CONFUNDIDOR NA PRÁTICA CLÍNICA

Mariana Certal; Diana Mimoso; Elisabete Cerqueira; Margarida Montes; Beatriz Expósito
CHTMAD

Introdução: A síndrome de BRASH é uma entidade emergente que pode ser fatal, se não for identificada e abordada de forma precoce. Foi descrita pela primeira vez em 2016 como um fenómeno sinérgico de cinco eventos: bradicardia, insuficiência renal, bloqueio do nó auriculoventricular (NAV), choque e hipercalcemia. Todos se potenciam e, se não houver uma intervenção terapêutica rápida que quebre o ciclo, pode levar o doente ao colapso cardiovascular.

Caso clínico: Mulher de 83 anos, com miocardiopatia dilatada, insuficiência cardíaca com fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida, doença renal crônica estadió G3a, hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2, recorre ao serviço de urgência (SU) por síncope e agravamento do estado geral nos últimos dois meses. Negava sintomatologia respiratória, gastrointestinal ou genitourinária. Estava medicada com carvedilol, olmesartan, amlodipina, hidroclorotiazida, furosemida, pravastatina dapaglifozina, quetiapina e trazodona. Apresentava-se consciente e orientada, sem alterações no exame neurológico, sem sinais de dificuldade respiratória, apirética, hipotensa (PA 96/56 mmHg) e bradicárdica (FC 41 bpm). Do estudo analítico realizado destacava-se ureia 161 mg/dL, creatinina 2,7 mg/dL, K⁺ 5,2 mEq/L, Na⁺ 134 mEq/L, proteína C reativa (PCR) 2,14 mg/dL e pro-BNP 2288 pg/mL. Sem citocolestase hepática, hiperbilirrubinemia ou alterações da função tiroideia. O exame sumário da urina apresentava leucócitos 2+, com isolamento de *klebsiella pneumoniae* ESBL. O eletrocardiograma (ECG) mostrou bradicardia sinusal com bloqueio aurículo-ventricular de primeiro grau, sem sinais de isquemia ou outras alterações. A radiografia do tórax não apresentava alterações. Foi administrada atropina (0,5 mg) duas vezes, sem resposta. A doente evoluiu com agravamento da hipotensão e da bradicardia, oligoanúria e disfunção neurológica. Foi feito o diagnóstico de Síndrome de BRASH. Iniciou terapêutica com perfusão de isoprenalina, fluidoterapia, gluconato de cálcio endovenoso, insulina regular e antibioterapia por suspeita de infeção do trato urinário. A bradicardia resolveu de forma gradual sendo possível suspender a isoprenalina 24 horas após, em concomitância com a melhoria da função renal e correção da hipercalemia.

Discussão: A síndrome de BRASH constitui uma rara causa de disfunção reversível do

NAV, tem uma prevalência elevada na população idosa, mas continua a ser subdiagnosticada na prática clínica. Uma das características que distingue esta síndrome é o facto de, habitualmente, os doentes apresentarem hipercalemia leve a moderada, em associação com medicação bloqueadora do NAV em dose terapêutica, como causa da bradicardia. O reconhecimento precoce dessa condição facilita a intervenção terapêutica em simultâneo em cada componente da síndrome, diminuindo a probabilidade de desfechos negativos ou a necessidade de intervenções invasivas desnecessárias.

Bibliografia: (1) Farkas JD, Long B, Koyfman A, Menson K. BRASH syndrome: bradycardia, renal failure, AV blockade, shock, and hyperkalemia. *JEmerg Med.* 2020;59:216-23. (2) Aziz EF, Javed F, Korniyenko A, Pratap B, Cordova JP, AlviarCL, et al. Mild hyperkalemia and low eGFR a tedious recipe for cardiac disaster in the elderly: an unusual reversible cause of syncope and heart block. *Heart Int.* 2011;6:e12A. (3) Vuckovic K, Richlin D. Bradycardia induced by hyperkalemia. *AAOHN J.* 2004;52:186-7.

PO 135

A PANDEMIA OCULTA: COMO A VACINAÇÃO COVID-19 MASCAROU O DIAGNÓSTICO DE UMA DOENÇA AUTOIMUNE

Ana Constante; Francisco Belchior; Ana Rodrigo Costa; Natália Oliveira; Liliana Torres; Lindora Pires
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: A esclerodermia é um termo usado para descrever pele espessada e endurecida, sendo reconhecida como um *hallmark* da Esclerose Sistémica. A Esclerose Sistémica é uma doença autoimune crónica multissistémica, caracterizada por disfunção vascular generalizada, fibrose progressiva da pele e dos órgãos internos e uma resposta imune disfuncional. O seu diagnóstico pode ser desafiador.

Caso clínico: Homem de 51 anos, com antecedentes conhecidos de dislipidemia e Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono. História de eventos trombóticos recorrentes ao longo de 4 meses: Trombose Venosa Profunda (TVP) do membro inferior direito (MID) e Tromboembolismo Pulmonar (TEP) de baixo risco, inicialmente associados a administração de vacina mRNA COVID-19, não tendo sido efetuado estudo adicional. Por nova TVP do MID posterior a estes dois eventos, foi orientado para Consulta de Medicina Interna para investigação. Efetuada anamnese abrangente, referindo dispneia para médios esforços, fenómeno de raynaud com 2 anos de evolução por vezes com úlceras digitais, xerostomia noturna e gonalgia mecânica. Negados sintomas gastrointestinais significativos, fotossensibilidade e outras queixas associadas. Objetivamente com discretas telangiectasias malares, espessamento cutâneo de 2/3 dos dedos da mão com esclerodactilia associada, edema da perna direita, varizes de predomínio no MID e alterações tróficas em contexto de insuficiência venosa periférica. Foi então pedido estudo etiológico, incluindo estudo dirigido a causas neoplásicas e autoimunes. Analiticamente com Anticorpos Antinucleares (ANA) e Anticorpos Anticentrómeros (ACA) positivos. Realizada Tomografia Computadorizada toraco-abdomino-pélvica que descreveu ligeiro enfisema para-septal, predominando nos lobos superiores, com gânglios reativos no mediastino e hepatoesplenomegalia; Ecocardiograma Transtorácico relatou disfunção diastólica tipo I. Realizou capilaroscopia, com descrição de edema acentuado, rarefação de capilares, com megacapilares em todos os dedos e hemorragias, com neovasos. Estabelecido o diagnóstico de esclerodermia e encaminhado para a Consulta Externa de Doenças Autoimunes.

Discussão: Este caso descreve um homem de 51 anos com eventos trombóticos recorrentes inicialmente associados à vacinação

mRNA COVID-19. Esta associação inicial poderá ter conduzido a um atraso de uma investigação mais abrangente de outras causas subjacentes, como a esclerodermia. A presença de ANAs e ACAs positivos, juntamente com achados na capilaroscopia, foram cruciais para o diagnóstico. Os autores deste caso destacam a importância de uma abordagem abrangente e cuidadosa na avaliação de eventos trombóticos, considerando tanto causas imediatas, como a vacinação, quanto condições subjacentes, como doenças autoimunes, para garantir um diagnóstico preciso e tratamento eficaz.

PO 136

EXAME COMUM PARA UMA PATOLOGIA RARA

Bárbara A. M. Baptista¹; Carolina Soares Lopes²; Inês Duro³; Ana Pais Monteiro³; Sara Raquel Pereira Martins³; Andrea Mateus³

¹Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE; ²Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; ³Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Homem, 72 anos, com carcinoma de células de Merkel do cotovelo direito excisado em 2021, com perda de seguimento médico posterior.

Desde 02/2024 com tumefação axilar direita, de crescimento progressivo, sem sintomas B ou clínica infecciosa.

Ecografia à cabeceira a identificar conglomerado adenopático axilar direito suspeito, com lesão de maiores dimensões (Fig. 1 e 2) oval, heterogénea e com perda de hilo central hiperecótico. Biópsia ecoguiada mostrou carcinoma de células de Merkel, neoplasia rara e agressiva. Exames de estadiamento até à data sem evidência de outras lesões suspeitas.

Destaca-se o uso da ecografia na rápida caracterização de adenopatias e orientação na realização de biópsia.

PO 137

ENDOCARDITE DE LIBMAN-SACKS: UMA CAUSA INESPERADA DE AVC ISQUÊMICO

Mauro Gomes Marques¹; João da Costa Oliveira²;
Raquel Vieira²; Carolina Sousa Fernandes³;
Fernando Silva³; Isabel Santana³

¹Hospital Santo André Leiria; ²Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE; ³Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A endocardite trombótica não bacteriana (ETNB) é uma condição rara associada a estados de hipercoagulabilidade, nomeadamente em contexto neoplásico ou autoimune, como o lúpus eritematoso sistémico (LES) ou o síndrome do anticorpo anti-fosfolipídico (SAAF).

Caso clínico: Mulher de 44 anos, sem antecedentes de relevo além de dois episódios prévios de amaurose fugaz de etiologia não esclarecida. Recorre ao serviço de urgência por noção de escotoma no campo periférico direito e hipoestesia transitória do hemitorpo ipsilateral. Sem outras queixas constitucionais ou focalizadoras associadas. Ao exame neurológico objetiva-se hemianópsia homónima direita, sem défices adicionais. A auscultação cardíaca revela sopro diastólico no foco aórtico. Realizou TC crânio-encefálica à admissão sem evidência de lesões agudas, mas com documentação de sequelas vasculares na região occipital direita. Foi internada para investigação complementar através de RM crânio-encefálica que identificou lesão isquémica aguda no território da artéria cerebral posterior esquerda, compatível com a clínica neurológica apresentada. Iniciado estudo etiológico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico, do qual se destaca a identificação de vegetação aórtica em ecocardiograma transesofágico - endocardite valvular a condicionar insuficiência aórtica grave. Efetuada colheita de hemoculturas, iniciada antibioterapia empírica e proposta para substituição

valvular. Perante a apresentação atípica (apirexia sustentada e quadro assintomático previamente ao evento embólico, com parâmetros inflamatórios residuais e estacionários sob antibioterapia e hemoculturas seriadas negativas), admitida hipótese diagnóstica de endocardite não infecciosa. Nesse sentido, foi realizado estudo de neoplasia oculta (não sugestivo) e autoimune (revelando perfil triplo positivo de anticorpos anti-fosfolipídicos - anticoagulante lúpico, anticardiolipinas e anti-B2-GPI - confirmado prospectivamente após 12 semanas). A análise anatomopatológica da peça cirúrgica valvular foi compatível com vegetação marfântica / não infecciosa (predomínio de fibrina com escasso infiltrado inflamatório e ausência de colónias bacterianas), fundamentando o diagnóstico de endocardite de Libman-Sacks secundária a SAAF como etiologia subjacente ao evento cerebrovascular.

Discussão: O diagnóstico de endocardite trombótica não bacteriana é desafiante e deve ser ponderado em doentes com condições predisponentes, como o SAAF, que apresentam eventos de embolização sistémica. A identificação de vegetações ecocardiográficas em doentes com risco protrombótico e ausência de sinais de infeção sistémica é sugestiva. O reconhecimento da ETNB é essencial de forma a intervir no tratamento da causa subjacente e a otimizar a abordagem de anticoagulação.

PO 138

MUITO MAIS PARA ALÉM DA POLICITEMIA

Maria Guilherme Muchata; Patrícia Sobrosa;
José Diogo Martins; Maria Inês Risto;
Ana Patrícia Coelho; Margarida Peixoto; Joana Urbano;
Diana Guerra
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: Policitemia trata-se de uma concentração anormalmente elevada da hemoglobina e/ou do hematócrito no sangue pe-

riférico. A sua etiologia pode ser primária ou secundária e pode ter consequências como eventos trombóticos, arteriais ou venosos, que são a causa major de morbimortalidade nestes doentes.

Caso clínico: Apresento o caso de uma mulher de 59 anos, com vários fatores de risco cardiovasculares (Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus tipo 2, Obesidade mórbida e fumadora ativa) e com antecedentes de Insuficiência Cardíaca com fração de ejeção preservada, DPOC, Síndrome Hipoventilação Obesidade, Síndrome de Apneia Obstrutiva do sono e policitemia. Não cumpre BIPAP prescrito e tem história de má adesão terapêutica. Recorreu ao serviço de urgência por queixas de dor e edema no membro superior direito. Referiu queda recente da própria altura, mas não se recordava quanto a trauma associado. Negou cefaleia, tonturas, visão turva, dispneia ou dor torácica. Sem outras queixas. À admissão, apresentava-se hemodinamicamente estável e apirética, com edema marcado de todo o membro superior direito e dor intensa à sua mobilização, com pulsos periféricos amplos e simétricos. Do estudo efetuado no Serviço de Urgência, analiticamente com Hb 20g/dl, Htc 61,7%, PCR 9.01mg/dl e estudo coagulação sem alteração; na gasometria com pressão CO₂ de 53mmHg, pressão de O₂ de 50mmHg e HCO₃ de 29mEq/L; imagiologicamente, foi excluída Tromboembolia Pulmonar, identificou-se trombose venosa profunda extensa da veia jugular interna, da veia axilar e do início da veia subclávia à direita sem compromisso da circulação arterial, objetivou-se fratura dos 3º, 4º, 5º, 6º arcos costais direitos em processo de consolidação e adenopatias cervicais e supraclaviculares até 17mm por 7mm. Iniciou hipocoagulação e ficou internada para estudo, com boa evolução clínica. Foram excluídas neoplasia mamária e pulmonar, sem adenopatias axilares, CA125 aumentado, CA15.3 normal, estudo

de autoimunidade negativo (C3, C4 e CH50 normais, ANA e ANCA negativos) e estudo de trombofilias sem alterações. Foi assumido evento trombótico em provável contexto de policitemia secundária a hipoxemia crônica. Teve alta para consulta de Medicina Interna e Ginecologia para continuar estudo.

Discussão/Conclusão: Com este caso pretendo destacar a importância de um bom controlo das comorbilidades e da abordagem holística do doente, salientando a importância do internista nesta abordagem multissistémica do doente, por se tratar de um evento trombótico venoso extenso em doente com provável policitemia secundária hipoxémia crônica agravada por incumprimento terapêutico.

PO 139

QUANDO OS FATORES DE RISCO ATACAM: RELATO DE UM CASO DE AVC NUMA DOENTE JOVEM

Ana Constante; Francisco Belchior; Ana Rodrigo Costa; Liliana Torres; Lindora Pires
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Mulher, 41 anos, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Plegia do membro superior direito com face. Tomografia computadorizada (TC) do crânio com lesão hipodensa no núcleo lenticular esquerdo, braço anterior da cápsula interna e cabeça do núcleo caudado, compatível com enfarte agudo, com oclusão proximal da artéria cerebral média esquerda por trombo. TC tórax revelou ventrículo esquerdo dilatado e áreas hipodensas (a maior 5x2.1cm), em relação com trombo aderente; Ecocardiograma Transtorácico com cardiopatia dilatada isquémica e múltiplos trombos. Assim, acidente vascular cerebral isquémico de etiologia cardioembólica em doente jovem com fatores de risco vasculares mal controlados.

PO 140

PNEUMONIA ORGANIZATIVA CRIPTOGÉNICA, UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Maria Guilherme Muchata; Patrícia Sobrosa;
José Diogo Martins; Maria Inês Risto;
Ana Patrícia Coelho; Margarida Peixoto;
Joana Urbano; Diana Guerra
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Pneumonia organizativa criptogénica é uma doença pulmonar intersticial difusa não infecciosa com boa resposta aos corticoides sistémicos. Mulher, 64 anos, recorreu ao SU tosse seca e astenia com uma semana de evolução. À admissão, hemodinamicamente estável e apirética, com elevação da PCR e hipoxémia. TC tórax com opacidades em vidro despolido bilaterais. Internada por pneumonia da comunidade, ciclo de ceftriaxone e azitromicina sem melhoria clínica ou imagiológico. Estudo complementar negativo. Iniciou prednisona 40mg/dia. Biopsia pulmonar confirmou o diagnóstico de pneumonia organizativa. Nos meses seguintes, redução dos focos de consolidação e das opacidades em vidro despolido.

PO 141

TOXOPLASMOSE CEREBRAL: UM STROKE MIMIC A NÃO ESQUECER

Ana F. Lopes; Ana Luisa Maceda Rodrigues;
Catarina Santos Reis; Inês Isabel Trancoso;
Marta Soares Carreira; Paulo Almeida; Jorge Almeida
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A toxoplasmose cerebral ocorre habitualmente em casos avançados de infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) e é a infeção oportunista do sistema nervoso central mais comum nestes doentes, ocorrendo principalmente naqueles com contagens de CD4+ <200 células/mm³. As formas de apresentação mais comuns incluem cefaleia, défices neurológicos focais e convulsões.

Caso clínico: Mulher de 69 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia,

doença vascular cerebral com hemiparesia direita sequelar e leucemia de linfócitos T, sob corticoterapia há 4 meses, recorre à urgência por agravamento de hemiparesia direita e noção de disartria objetivável ao exame objetivo. Referência a 2 episódios prévios semelhantes com tomografia computadorizada cerebral (TC-CE) sem alterações de novo. Repetiu TC-CE que mostrou área de hipodensidade subcortical na região frontal esquerda. Ecodoppler dos vasos do pescoço sem estenoses significativas e eletrocardiograma a evidenciar ritmo sinusal. Do restante estudo destaca-se pesquisa de VIH positivo com contagem de CD4+ de 40 células/mm³. Por PCR toxoplasmose positivo no líquido cefalorraquidiano e no soro, foi instituído tratamento dirigido com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico com melhoria clínica.

Conclusão: O presente caso reforça a importância de excluir stroke mimics mesmo nos doentes com fatores de risco cardiovasculares e com doença vascular cerebral. Apesar da ausência de comportamentos de risco relatados ou percebidos pela doente, o estudo complementar completo permitiu o diagnóstico correto e o início de terapêutica dirigida.

PO 142

DOENÇA DE MOYAMOYA – “QUANDO NÃO É SÓ UM AIT”

Ana Carneiro; André Carvalho; Beatriz Lima;
Sara Faria; Rita Reis Correia; Abílio Gonçalves
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: A doença de Moyamoya é uma arteriopatía estrutural rara caracterizada por estenose progressiva das artérias carótidas internas, com formação compensatória de vasos colaterais, sendo a sua etiologia ainda desconhecida.

Caso clínico: Homem, 59 anos, com quadro transitório de diminuição de força no hemi-corpo esquerdo, com recuperação espontânea ao fim de 10 minutos. Referia episódio

semelhante no dia anterior. Ao exame objetivo, hipertenso (175/90 mmHg), normocárdico, euglicémico (90 mg/dL), sem alterações do exame neurológico. Na TC-CE a destacar: “moderada estenose tubular do segmento cervical da carótida interna esquerda desde o bulbo, com estenose grave no segmento intracraniano e oclusão M1 proximal. Ausência de fluxo em A1 estando permeável A2 por fluxo cruzado através da comunicante anterior. Presença de rede vascular colateral na vala silvica esquerda. Estenose acentuada de M1 direito, sem oclusão”

Portanto, quadro clínico de Acidente Isquémico Transitório (AIT) de repetição no contexto de oclusão proximal de M1 com presença de circulação colateral, sem indicação para revascularização urgente. Iniciada dupla-antiagregação e terapêutica dirigida para controlo dos factores de risco vasculares.

Discussão: Apesar do impacto significativo da doença de Moyamoya, actualmente ainda não existe tratamento específico eficaz, optando-se por estratégias de tratamento conservador ou cirúrgico, seleccionadas caso a caso.

Em conclusão, é essencial reconhecer as características clínicas e imagiológicas da doença de Moyamoya para realizar um diagnóstico precoce e garantir um seguimento multidisciplinar a longo prazo.

PO 143

O OLHO COMO EXPRESSÃO DE DOENÇA AUTO-IMUNE SISTÊMICA: A PROPÓSITO DE UM CASO DE ARTRITE REUMATÓIDE

José Coelho Ribeiro; Mariana Lobo; Laura Ramos; Rita Gonçalves; Sara Camões
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A queratite ulcerativa periférica é uma condição rara e com potencial de mau prognóstico oftalmológico. Trata-se de uma infiltração da córnea imunomediada frequentemente associada a outras condições, como

doenças autoimunes sistémicas (sobretudo, artrite reumatoide, mas também, lúpus eritematoso sistémico e granulomatose com poliangite, entre outras) e doenças infecciosas[F1].

Caso clínico: Descreve-se o caso de uma doente de 55 anos, com antecedentes de tiroidite auto-imune e seguimento em consulta de Reumatologia por poliartralgias generalizadas interpretadas no contexto de fibromialgia. Encaminhada a consulta de Medicina Interna após episódio de queratite ulcerativa periférica bilateral, recidivante após suspensão de corticoterapia tópica, com acometimento da acuidade visual no olho direito. Na anamnese, documentada a presença de artralgias simétricas de pequenas e grandes articulações, aditivas, de ritmo predominantemente inflamatório e incapacitantes, associadas a rigidez matinal com duração >15 minutos sobretudo ao nível dos punhos e articulações interfalângicas proximais de ambas as mãos. Analiticamente com fator reumatóide aumentado (47.7 UI/mL). Assumido o diagnóstico de artrite reumatoide, tendo iniciado metotrexato escalado até 12,5mg/semana, sem intercorrências. Desde então sem recidiva da queratite, apresentando, no entanto, leucomas oculares sequelares, com diminuição da acuidade visual no olho direito (6/10).

Discussão: Apresentamos este caso de queratite ulcerativa periférica para relembrar a frequente associação desta condição oftalmológica com outras patologias sistémicas e para alertar para a importância da celeridade de diagnóstico, despiste de condição associada e introdução precoce de imunossupressão eficaz por forma a minimizar as potenciais sequelas a longo.

PO 144

HIDROCELO, UM INCIDENTALOMA

Maria Guilherme Muchata; Patrícia Sobrosa;
José Diogo Martins; Ana Patrícia Coelho;
Margarida Peixoto; Joana Urbano; Diana Gerra
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

O hidrocele é uma acumulação de líquido peritoneal na túnica vaginalis que envolve o testículo e o cordão espermático. A sua formação deve-se a um desequilíbrio na secreção e reabsorção de líquido, sendo o tipo idiopático o mais comum. Homem, 89 anos, internado por LRA de etiologia pré-renal em contexto de desidratação, com creatinina à admissão de 3.7mg/dl. Realizou estudo imagiológico do trato urinário onde se evidenciou na TC uma formação quística superior ao testículo direito com 12,5cm, posteriormente avaliada por ecografia que descreve volumosa coleção líquida que desloca inferiormente o testículo direito, sugestivo de hidrocele, com ambos os testículos de morfologia e dimensões normais.

POA 06

VASCULITE P-ANCA – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Maria Luís Mazeda; Diana Pereira Anjos;
Lindora Pires; Francisco Belchior; Ana Constante
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: As vasculites mediadas por anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA) ocorrem predominantemente na 6^a-7^a década de vida e afetam preferencialmente os pequenos vasos, com afeção multiorgânica. Serologicamente, estes doentes podem apresentar anticorpos anti-mieloperoxidase (ANCA-MPO) ou anti-proteinase 3 (ANCA-PR3).

Caso clínico: Doente de 84 anos foi enviada da consulta externa por síndrome constitucional e estudo analítico com agravamento da anemia (Hb 7.4g/dL – prévia 10.1 g/dL), lesão renal aguda (creatinina 2.42mg/dL) e aumen-

to dos parâmetros inflamatórios sistémicos (Velocidade de sedimentação 112). Realizou transfusão de duas unidades de concentrado eritrocitário. Do estudo efectuado, destacou-se ANCA MPO >130, restante estudo auto-imune negativo, eritrocitúria e proteinúria na urina de 24h de 0.85g. Foi realizada ecografia renal que revelou redução bilateral da espessura do parênquima. TAC tórax que reticulação subpleural nos lobos inferiores. RM CE sem alterações de relevo. De acordo com critérios clínicos e analíticos foi feito um diagnóstico presuntivo de Vasculite p-ANCA. Realizou 3 dias de pulsos de metilprednisolona 500mg e prednisolona 1mg/kg/dia, com melhoria do estado clínico e analítico, Hb a 10,6g/dL sem necessidade de nova transfusão e estabilização de creatinina sérica, 2mg/dL. Encaminhada para consulta de reumatologia e nefrologia para início de imunossupressão com rituximab.

Conclusão e discussão: Os ANCA tem o papel principal na fisiopatologia desta vasculite, ativam neutrófilos e promovem a libertação de fatores inflamatórios, que lesam os vasos de múltiplos órgãos (vias aéreas superiores, pulmões, rins, olhos e nervos periféricos). A investigação desta entidade deve incluir estudo analítico com avaliação de parâmetros inflamatórios, função renal, estudo serológico e exames de imagem para avaliação dos restantes órgãos. Trata-se de uma entidade subdiagnosticada, dada a inespecificidade da clínica e a sua raridade principalmente numa idade mais avançada. No caso apresentado, apesar de se tratar de doente com 84 anos, os sintomas constitucionais, marcadores inflamatórios aumentados e lesão renal aguda com eritroproteinúria levantou a suspeita de vasculite, o que permitiu iniciar uma terapêutica precocemente e melhorar o seu prognóstico.

POA 09

SÍNDROME DE ROUBO DA SUBCLÁVIA – O CASO DE UM ACIDENTE VASCULAR TRANSITÓRIO

Ana Constante; Francisco Belchior; Catarina Lencastre;
Liliana Torres; Lindora Pires

*Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospi-
tal Padre Américo, Vale do Sousa*

Introdução: O Roubo da Subclávia representa um fenómeno fisiológico caracterizado pela inversão do fluxo na artéria vertebral ipsilateral em resposta a uma estenose hemodinamicamente significativa ou oclusão da artéria subclávia pré-vertebral, sendo assintomática na maioria das vezes. O Síndrome do Roubo da Subclávia implica a presença de sintomas cerebrovasculares significativos devido à hipoperfusão cerebral.

Caso clínico: Homem de 67 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, trazido ao serviço de urgência (SU) por vertigem, discurso incoerente, disartria e défice motor no membro superior direito (MSD) com cerca de 2 horas de evolução. Quando questionado, referia episódios repetidos de diminuição da força muscular e sensibilidade do MSD transitórios nas semanas anteriores. À admissão, hemodinamicamente estável, sonolento mas facilmente despertável, discurso confuso, orientado na pessoa e desorientado no tempo e espaço, disartria ligeira, hemihipostesia direita e força muscular grau 4 no MSD flutuante. Tomografia Computadorizada crânio-encefálica (TC CE) e do pescoço realizada no SU com imagens sugestivas de oclusão da artéria subclávia esquerda, sem lesões isquémicas agudas. Submetido a trombólise com alteplase e admitido no Serviço de Medicina Intensiva para monitorização, com recuperação dos défices em menos de 24 horas e sem intercorrências verificadas. TC CE às 24h pós trombólise sem evidência de lesões vasculares isquémicas agudas.

Atendendo à estabilidade, transferido para a Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC) para prosseguir estudo. Realizou doppler dos vasos do pescoço com referência a inversão completa do fluxo a nível do segmento V4 esquerdo, compatível com roubo da artéria subclávia, à direita com velocidades de fluxo globalmente elevadas, por provável colateralização; artéria basilar com pico sistólico tardio (ligeiro sinal de insuficiência hemodinâmica). Discutido caso multidisciplinarmente, assumindo-se acidente vascular transitório em território vertebro-basilar no contexto de síndrome de roubo da subclávia, com indicação para revascularização da artéria subclávia. Colocação de stent sem intercorrências e recomendada dupla antiagregação plaquetária durante 6 meses.

Discussão: Este caso sublinha a importância de um diagnóstico diferencial abrangente em doentes com sintomas neurológicos transitórios e sugere a necessidade de uma avaliação vascular minuciosa, especialmente em indivíduos com fatores de risco cardiovasculares. A identificação precoce e o tratamento adequado da síndrome de roubo da subclávia são cruciais para a prevenção de eventos cerebrovasculares mais graves, com impacto na morbimortalidade dos doentes.

POA 44

SÍNDROME DE WELLENS: UM PADRÃO PARA LEMBRAR E VALORIZAR

Catarina Joana A. Batista Coelho; Daniela Pinheiro;
Marta Barrigas Santos; Sofia Perdigo;
Rita Magalhães; Beatriz Expósito; Fernando Salvador
*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,
EPE / Unidade Hospitalar de Chaves*

A cardiopatia isquémica é, atualmente, a principal causa isolada de morte em todo o mundo. As síndromes coronárias agudas (SCA) ocorrem três a quatro vezes com maior frequência no sexo masculino do que no sexo feminino, em indivíduos com idade inferior a

60 anos, sendo que após os 75 anos são mais comuns no sexo feminino.

A síndrome de Wellens foi descrita pela primeira vez em 1982, caracteriza-se por dor torácica de características anginosas e pela presença das seguintes alterações no ECG: ondas T simétricas e invertidas em V2 e V3, ocasionalmente em V1, V4, V5 e V6; progressão normal das ondas R precordiais; ligeiro ou ausência de supradesnivelamento de ST. Pode apresentar-se com uma pequena ou nenhuma elevação de marcadores cardíacos. Feminino, 75 anos. Autônoma. Recorreu ao SU por dor torácica opressiva com irradiação para o membro superior esquerdo. Como antecedentes pessoais apresentava HTA e hipercolesterolemia. Medicada com lercanidipina 10 mg e atorvastatina 10 mg. Negou dispneia, palpitações, vômitos, refluxo gastroesofágico, diaforese ou outra sintomatologia acompanhante.

Ao exame objetivo, apresentava um bom estado geral, mucosas coradas e hidratadas. Encontrava-se eupneica em ar ambiente, hipertensa (153/97 mmHg), frequência cardíaca de 87 bpm. A auscultação cardiopulmonar não apresentava alterações. A palpação da grelha costal era indolor, e não apresentava sinais de pericondrite.

Realizou um ECG: ritmo sinusal, FC 78 bpm, inversão das ondas T de V1-V5. Apresentava marcadores de necrose miocárdica negativos (troponinas de 0,020 ng/mL, mioglobina negativa, NT-pró-BNP negativo) e restante avaliação analítica sem alterações, um quadro compatível com síndrome de Wellens.

Perante este quadro clínico, discutido com Cardiologia que recomenda a administração de ácido acetilsalicílico (ASS) 250 mg, ticagrelor 180 mg, nitroglicerina 0,5 mg sublingual, e proposto para cateterismo urgente. Este revelou que a descendente anterior apresentava doença parietal no segmento proximal, estenose de 80% na transição dos

segmentos proximal/médio e estenose sub-oclusiva no segmento médio; 1ª diagonal com estenose de 80% na origem (vaso medíocre); 2ª diagonal com estenose de 70% na origem. Foi realizada angioplastia com implantação de stent da artéria descendente anterior, tendo o procedimento decorrido sem intercorrências. Teve alta com seguimento posterior na consulta de Cardiologia.

Este caso clínico alerta aos clínicos para a importância de uma anamnese cuidada e detalhada durante a avaliação de uma dor torácica, no contexto do serviço de urgência. Pretende igualmente chamar a atenção, em contexto de urgência, relativamente à presença de alterações eletrocardiográficas menos frequentes, que poderão aparecer após quadros de isquemia aguda principalmente se clínica sugestiva.

Organização



Sponsors



DECOMED



Nestlé



sanofi

Secretariado

ad⁺medic

paula.cordeiro@admedic.pt

raquel.ferreira@admedic.pt

