150 ENCONTRO DO NÚCLEO DE INTERNOS DE MEDICINA INTERNA 16 E 17 DEZ 2022 Hotel MiraCorgo, Vila Real

BACK TO BASICS 2.0





PROGRAMA

15º ENCONTRO DO NÚCLEO DE INTERNOS DE MEDICINA INTERNA

COMISSÃO DE HONRA

Dra. Elisa Serradeiro, Assistente Hospitalar Graduada em Medicina Interna I Diretora da Unidade de Doenças Autoimunes I Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Dr. Fernando Guimarães, Assistente Hospitalar Graduado em Medicina Interna | Diretor da Unidade de VIH | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Dr. Fernando Salvador, Assistente Hospitalar Graduado em Medicina Interna | Diretor do Serviço de Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Dra. Filipa Rebelo, Assistente Hospitalar em Medicina Interna I Diretor da Unidade de Diabetes I Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Dr. José Ribeiro Eira, Assistente Hospitalar Graduado em Medicina Interna | Diretor da Unidade de Insuficiência Cardíaca | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Dr. Presa Ramos, Assistente Hospitalar Graduado Sénior em Medicina Interna | Diretor da Unidade de Hepatologia | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

COMISSÃO ORGANIZADORA

Ana Rita Ramalho, Membro do Núcleo de Internos de Medicina Interna I Interna de Formação Específica em Medicina Interna I Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Ana Valadas, Membro do Núcleo de Internos de Medicina Interna I Interna de Formação Específica em Medicina Interna I Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

António Grilo Novais, Vice-Presidente do Núcleo de Internos de Medicina Interna | Assistente Hospitalar de Medicina Interna | Unidade Local de Saúde do Nordeste

Bruno Sousa, Membro do Núcleo de Internos de Medicina Interna I Interno de Formação Específica em Medicina Interna I Hospitalar Garcia de Horta

Catarina Pereira, Membro do Núcleo de Internos de Medicina Interna I Interna de Formação Específica em Medicina Interna I Centro Hospitalar Universitário de São João

Joana Rua, Presidente da Comissão Organizadora do 15º ENIMI | Membro do Núcleo de Internos de Medicina Interna | Interna de Formação Específica em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Miguel Romano, Presidente do Núcleo de Internos de Medicina Interna | Interno de Formação Específica em Medicina Interna | Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Pedro dos Santos, Membro do Núcleo de Internos de Medicina Interna I Interno de Formação Específica em Medicina Interna I Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Ana Elisa Brás, Interna de Formação Específica em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Ana Maria Carvalho, Interna de Formação Específica em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Ana Rita Bragança, Interna de Formação Específica em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Andreia Mandim, Interna de Formação Específica em Medicina Interna | Centro Hospitalar Póvoa de Varzim e Vila do Conde Artur Costa, Interno de Formação Específica em Medicina Interna | Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira Daniela Augusto, Interna de Formação Específica em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Daniela Viana, Interna de Formação Específica em Medicina Interna I Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Guilherme Assis, Interno de Formação Específica em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Joana Súbtil. Interna de Formação Específica em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Lilia Castelo Branco, Interna de Formação Específica em Medicina Interna I Unidade Local de Saúde do Nordeste Margarida Montes, Interna de Formação Específica em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Mariana Azevedo. Interna de Formação Específica em Medicina Interna I Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Mariana Esteves, Interna de Formação Específica em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Marta Baptista, Interna de Formação Específica em Medicina Interna | Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães Patrícia Brito, Interna de Formação Específica em Medicina Interna I Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães Patrícia Clara, Interna de Formação Específica em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Raquel Costeira, Interna de Formação Específica em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Raquel Martins, Interna de Formação Específica em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Ricardo Gomes, Interno de Formação Específica em Medicina Interna | Centro Hospitalar Universitário Coya da Beira Sofia Perdigão, Interna de Formação Específica em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

COMISSÃO CIENTÍFICA

Dra. Ana Barreira, Assistente Hospitalar de Medicina Interna I Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Dra. Ana Costa, Assistente Hospitalar de Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Dra. Andreia Costa, Assistente Hospitalar de Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Dr. António Grilo Novais, Assistente Hospitalar de Medicina Interna | Unidade Local de Saúde do Nordeste Dra. Cátia Canelas, Assistente Hospitalar de Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Dr. Diogo Guerra, Assistente Hospitalar de Infecciologia | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Dr. Fernando Guimarães, Assistente Hospitalar Graduado em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Dr. Fernando Salvador, Assistente Hospitalar Graduado em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Dra. Filipa Rebelo, Assistente Hospitalar em Medicina Interna | Diretor da Unidade de Diabetes | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Dra. Inês Pinho, Assistente Hospitalar Graduada em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Dra. Joana Calvão, Assistente Hospitalar em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Dra. Joana Cunha, Assistente Hospitalar em Medicina Interna I Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Dr. João Enes, Assistente Hospitalar em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Dr. José João Eira, Assistente Hospitalar Graduado em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Dra. Maria João Pinto, Assistente Hospitalar em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Dra. Natália Lopes, Assistente Hospitalar em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Dr. Nuno Silva, Assistente Hospitalar em Medicina Interna I Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Dr. Paulo Súbtil, Assistente Hospitalar Graduado em Medicina Interna I Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Dr. Presa Ramos, Assistente Hospitalar Graduado Sénior em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Dra. Rita Silva, Assistente Hospitalar em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Dra. Sandra Morais Assistente Hospitalar em Medicina Interna I Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Dra. Sandra Tayares, Assistente Hospitalar Graduada em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Dra. Sónia Carvalho, Assistente Hospitalar Graduada em Medicina Interna I Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Professora Doutora Susana Magalhães, IBMC/i3S Instituto de Investigação e Inovação em Saúde I Universidade do Porto Dra. Vanessa Pires, Assistente Hospitalar em Medicina Interna | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro



.50 ENCONTRO DO NÚCLEO DE INTERNOS DE MEDICINA INTERNA BACK TO BASICS 2.0

Sexta-Feira | 16 de dezembro de 2022

CURSO "O DOENTE AUTOIMUNE NA URGÊNCIA"

14:30-14:45h Receção/apresentação/objetivo do curso
Dr. Fernando Salvador (CHTMAD) e Dra. Elisa Serradeiro (CHTMAD)

14:45-15:45h Artrite (monoartrite, poliartrite e espondilartrite)

Dr. Nuno Silva (CHTMAD)

15:45-16:45h Esclerose sistémica (fenómeno de raynaud, doença intersticial pulmonar,

e crise renal esclerodérmica) Dra. Joana Cunha (CHTMAD)

16:45-17:00h Intervalo

17:00-18:00h Lupus (febre, dor torácica, anemia/trombocitopenia e disfunção renal)

Dra. Andreia Costa (CHTMAD)

18:00-19:00h Vasculites (perda de visão, púrpura, síndrome pulmão-rim)

Dr. Fernando Salvador (CHTMAD)

19:00-19:30h Encerramento e avaliação

Formandos e formadores

20:30h Abertura oficial do 15º FNIMI

Sábado | 17 de dezembro de 2022

08:00h Abertura do Secretariado

08:30-10:00h HEPATOLOGIA

Moderadoras: Dra. Joana Calvão (CHTMAD), Dra. Sandra Morais (CHTMAD)

e Dra. Sónia Carvalho (CHTMAD)

Hepatites agudas e falência hepática

Dra. Renata Monteiro (CHVNGE)

Nódulos hepáticos

Dra. Luciana Silva (CHVNGE)

Nova definição de DHC avançada à luz do Baveno VII

Dra. Ana Elisa Brás (CHTMAD)

10:00-11:30h Apresentação de posters | coffee-break

E-POSTER 1 PO 10 | PO 31 | PO 33 | PO 36 | PO 37 | PO 88 | PO 99 | PO 108 | PO 122 | PO 128

Moderadora: Dra. Sandra Morais

E-POSTER 2 PO 38 | PO 40 | PO 41 | PO 44 | PO 49 | PO 81 | PO 90 | PO 133

Moderador: Dr. António José Grilo Novais

E-POSTER 3 PO 03 | PO 8 | PO 42 | PO 47 | PO 54 | PO 60 | PO 84 | PO 85 | PO 103 | PO 125

Moderadora: Dra. Cátia Canelas

11:30-13:00h **DIABETES**

Moderadores: Dra. Filipa Rebelo (CHTMAD) e Dr. Paulo Súbtil (CHTMAD)

Controlo da diabetes para lá da HbA1c

Dra. Cátia Canelas (CHTMAD)

Diabetes descompensada no SU: E agora?

Dra. Vanessa Pires (CHTMAD)

Educação terapêutica na diabetes

Dra. Ana Costa (CHTMAD)

13:00-13:15h Sessão de Abertura

13:15-14:30h Almoço

14:30-16:00h INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Moderadores: Dr. João Enes (CHTMAD) e Dr. José Ribeiro Eira (CHTMAD)

IC descompensada

Dr. Guilherme Assis (CHTMAD)

Terapêutica diurética na IC aguda: Até onde devemos ir?

Dr. João Enes (CHTMAD)

O doente com IC descompensada tem alta - O que não esquecer!

Dr. José Ribeiro Eira (CHTMAD)

16:00-17:30h Apresentação de posters | coffee-break

E-POSTER 1 PO 01 | PO 07 | PO 55 | PO 71 | PO 72 | PO 78 | PO 98 | PO 102 | PO 116 | PO 131

Moderadora: Dra. Vanessa Pires

E-POSTER 2 PO 09 | PO 11 | PO 18 | PO 27 | PO 58 | PO 94 | PO 123 | PO 134

Moderador: Dr. António José Grilo Novais

E-POSTER 3 PO 17 | PO 20 | PO 29 | PO 35 | PO 59 | PO 68 | PO 96 | PO 113

Moderadora: Dra. Ana Isabel Barreira

17:30-18:00h VIH

Moderador: Dr. Diogo Guerra (CHTMAD)

Profilaxia pós-exposição

Dra. Marta Barrigas (CHTMAD)

18:00-18:45h **TERTÚLIA Um conselho para o internato**

Professora Doutora Susana Magalhães (IBMC/i3S Instituto de Investigação

e Inovação em Saúde - Universidade do Porto)

18:45-19:30h **ENCERRAMENTO**

Entrega de prémios para os 3 melhores posters

E-POSTERS COM APRESENTAÇÃO

PO 01

DOENÇA RENAL POLIQUISTICA

Andreia Brito, Sérgio Azevedo, Carolina Cardoso, Jorge Nepomuceno Centro Hospitalar Médio Tejo - Abrantes

A doença renal poliquística autossómica dominante (DRPAD) é a causa genética mais frequente de insuficiência renal crónica nos adultos. Caracteriza-se pelo crescimento quer de quistos renais quer de quistos no fígado e/ ou pâncreas. Apresento um caso de um doente de 77 anos, com antecedente de doença renal crónica estadio IV por DRPAD que recorre ao serviço de urgência por astenia e diminuição do débito urinário. Analiticamente com agravamento da creatinina basal para 5.2mg/ dL. Salienta-se na tomografia computorizada a grande dimensão dos rins ocupando quase a totalidade da cavidade abdominal.

PO 03

COMPLICAÇÃO GRAVE DA SÍNDROME DRESS

Andreia Coutinho, Bernardo Silvério. João Correia Cardoso, Violeta Iglesias, Luís Flores, Fernando Friões CHMA, Serviço de Medicina Interna

Introdução: A síndrome DRESS é uma reação de hipersensibilidade a fármacos, pouco frequente, que se apresenta com rash maculopapular eritematoso, edema facial, mucosite, febre e alterações hematológicas e que pode ter envolvimento multiorgânico. O início dos sintomas ocorre 2-8 semanas após a exposição. Vários fármacos podem estar envolvidos. nomeadamente alopurinol, agentes antiepiléticos e antibióticos. O score RegiSCAR estima a probabilidade do diagnóstico.

Caso clínico: Mulher, 72 anos, com fatores de risco vascular e doença renal crónica. Foi medicada com alopurinol e 4 semanas depois

desenvolveu exantema generalizado pruriginoso, febre, lesão renal aguda e citocolestase. Melhorou em 4 dias com fluidoterapia, tendo reiniciado alopurinol. Após 1 semana, apresentou novo agravamento do eritema, edema facial e mucosite oral extensa, leucocitose eosinofílica, agravamento da função renal e do estudo hepático, elevação de lípase e amílase e coagulopatia, tendo sido admitida em unidade de cuidados intermédios por síndrome de DRESS (RegiSCAR 7) e medicada com corticoterapia. Ao 3º dia de internamento desenvolveu dor abdominal intensa com defesa à palpação, parâmetros inflamatórios e disfunções de órgão novamente em agravamento e tomografia computorizada abdominal a revelar pneumoperitoneu e espessamento parietal do antro gástrico/piloro. Foi submetida a laparotomia exploradora, rafia de perfuração gástrica pré-pilórica e omentoplastia. À data de realização deste resumo, a doente encontrava-se ainda internada, a evoluir favoravelmente.

Discussão: Este resumo relata um caso clínico de síndrome de DRESS com atingimento cutâneo, mucoso e sistémico extensos, com desenvolvimento de uma complicação grave: perfuração gástrica espontânea em contexto de mucosite severa. Este caso clínico exalta a necessidade de um conhecimento profundo dos possíveis efeitos adversos dos fármacos utilizados, para a sua identificação precoce e minimização de complicações graves.

PO 07

AS DIFICULDADES DE UM MUNDO AO CONTRÁRIO – EMPIEMA NUM DOENTE COM SÍNDROME DE KARTAGENER

João Carvalho, Ana Cochicho Ramalho. Joana Alves Luís. André Resendes Sousa. Helena Vitorino, Rui Osório Valente, Helena Cantante Hospital dos Lusíadas Lisboa

Introdução: A síndrome de Kartagener é uma patologia rara de transmissão genética autossómica recessiva caracterizada pela presença de situs inversus, sinusite crônica e bronquiectasias associada a infecões do trato respiratório recorrentes.

Caso clínico: Homem de 50 anos com história de síndrome de Kartagener, sem complicações prévias, que desenvolve toracalgia esquerda acompanhada de dispneia de agravamento progressivo, febre e tosse seca com uma semana de evolução. À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, febril e eupneico em ar ambiente com Sp02 94%, com abolição do murmúrio vesicular da base esquerda e fervores bilaterais à auscultação pulmonar. Do estudo diagnóstico destacava--se análises com leucocitose (14.69x10^9/L) e PCR 26.9mg/dL e presença de situs inversus e bronquiectasias com alterações de natureza inflamatória e derrame pleural esquerdo loculado na TC-Tórax. Foi assumida Pneumonia adquirida na comunidade e iniciada antibioterapia com Ceftriaxona e Azitromicina. Ao 3º dia de internamento, verificou-se agravamento da hipoxémia e manutenção da febre pelo foi repetida TC-Tórax que revelou atelectasia do lobo inferior esquerdo, associada a derrame pleural loculado com aumento dimensional, bem como duas outras zonas de loculação e derrame pleural livre à direita de novo. Foi então escalada antibioterapia para Piperacilina-Tazobactam e realizada toracocentese com drenagem de 300mL de líquido sero-fibrinoso com critérios de exsudado. Em

colaboração com Cirurgia Cardiotorácica foi realizada descorticação pulmonar, pleurectomia parietal e drenagem por via toracoscópica, mantendo-se drenagem por dreno torácico apical e basal esquerdo. Perante ausência de isolamento microbiológico manteve-se antibioterapia empírica durante um total de 4 semanas, verificando-se melhoria clínica e laboratorial sustentadas.

Conclusão: A discinesia ciliar primária presente na Síndrome de Kartagener compromete os mecanismos de defesa local, associando-se ao aumento da freguência não só de infeções do trato respiratório, mas também de complicações decorrentes como empiema pleural. O caso descrito recorda-nos o desafio clínico que o tratamento destes doente representa, sendo frequente a necessidade de métodos invasivos que garantam uma melhoria clínica sustentada.

PO 08

NEM TUDO O OUE PARECE É

Sérgio Costa Monteiro, Andreia do Carmo Lopes, Margarida Eulálio, Jorge Henrigues Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Aveiro

Os autores apresentam o caso de uma mu-Iher de 77A que recorre ao SU por hemiplegia no membro superior direito com 2 dias de evolução. Ao EO com força G2 nesta localização. Sem alterações nos restantes estudos. RM-CE: lesão na porção posterior da coroa radiata esquerda extensa, edema e efeito de massa. Excluiu-se etiologia secundária no restante estudo (dadas características da imagem não ser de etiologia primária). Iniciou levetiracetam e dexametasona, com melhoria dos défices. Transferida para neurocirurgia, tendo sido alvo de biópsia localizada, com diagnóstico de glioblastoma difuso.

PO 09

ERUPÇÃO EFUSIVA DE CÁLCULOS BILIARES

Sérgio Costa Monteiro, Andreia do Carmo Lopes, Margarida Eulálio, Jorge Henriques Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Aveiro

A colecistite aguda é uma patologia inflamatória aguda bastante freguente na prática clínica e que geralmente se manifesta com quadro de dor abdominal no quadrante superior direito, náuseas e/ou vómitos e febre. É mais típica em mulheres, obesas e com história de litiase conhecida. Os autores apresentam o caso de um mulher de 87 anos, com excesso de peso, demência incipiente e história de litiase e estenose da via biliar (portadora de prótese biliar), com doença renal crónica G2a, sem outros antecedentes que recorre ao SU por desconforto suprapúbico e queixas de disúria. Febril, com TT 38°C ao exame objetivo, sem outras alterações para além de desconforto na palpação da região suprapúbica. Estudo laboratorial da admissão a destacar discreta lesão renal aguda em crónica e proteína C reativa de 22 mg/dL, sem outras alterações. Urina 2 com numerosos leucócitos e nitritos positivos. RX do abdómen em decúbito sem alterações. Ecografia renal sem alterações. a excluir causa obstrutiva. Hemoculturas e uroculturas negativas. Foi admitida no internamento por quadro de pielonefrite aguda não complicada. Iniciou dose de carga de ceftriaxone 2g EV antibioticoterapia empírica e manteve-se sob ceftriaxone 1g 12/12h EV. Ao 5° dia de internamento desenvolve quadro de dor abdominal localizada no hipocôndrio direito de grande intensidade. Ao exame obietivo com formação dolorosa, fixa a estruturas subiacentes, sem flutuação e com sinais de irritação peritoneal local, que inicia drenagem espontânea, contabilizando-se a saída de aproximadamente 600 mL de conteúdo purulento com material grumoso, altamente

sugestivo de se tratarem de cálculos biliares. Do estudo analítico salienta-se uma proteína C reativa de 35 mg/dL, sem elevação das enzimas hepáticas e de colestase. Realizou TAC--AP que evidenciou diagnóstico de colecistite aguda complicada com fístula colecisto-cutânea. Escalou antibioticoterapia com piperacilina + tazobactam 4.5g 6/6h EV e metronidazol 500 mg 6/6h EV tendo sido encaminhada para o serviço de cirurgia geral para posterior orientação cirúrgica. Os autores apresentam o caso em questão dado a colecistite, apesar de ser um diagnóstico muito comum (principamente na especialidade cirúrgica) e de se poder complicar com abcesso perivesicular/ empiema, perfuração, fistulização (principalmente para o colédoco ou delgado) ou necrose da parede da vesícula biliar, raramente evolui com fistulização cutânea e drenagem espontânea de cálculos biliares e conteúdo biliar purulento através do quadrante superior direito. Mais ainda, a inespecificidade clínica do quadro de admissão também torna este caso num desafio clínico, com destaque para a ausência da elevação das enzimas hepato--bilio-pancreáticas.

PO 10

COLITE ULCEROSA GRAVE DE INÍCIO TARDIO

Sérgio Costa Monteiro, Andreia do Carmo Lopes, Margarida Eulálio, Jorge Henriques Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Aveiro

A idade de início da maioria dos quadros de doença inflamatória intestinal ocorre entre os 15-30A, sendo que alguns estudos sugerem um segundo pico entre os 50-80A. Os autores apresentam o caso de um homem de 66 anos, ex-fumador, sem antecedentes pessoais e familiares de relevo que recorre ao SU por diarreia sanguinolenta (>10 dejeções/dia) com 2 meses de evolução sem muco ou pus, associado a quadro constitucional (perda de 20 kg

em dois meses, de forma involuntária). Ao EO emagrecido, apirético, com mucosas descoradas, desconforto à palpação abdominal e edema franco dos membros inferiores. Toque retal inocente, com trânsito intestinal para fezes e gases. Laboratorialmente com anemia normocítica e normocrómica, sem elevação dos marcadores de fase aguda, discreta lesão renal aguda AKIN 1, hipoalbuminémia. LDH e velocidade de sedimentação normais. Gasimetria com hipocalémia. Sem défice de ácido fólico e vitamina B12. Sem alterações da cinética do ferro. Sem alterações na IgA, IgG e IgM, imunofixação e eletroforese de proteínas. C3, C4 e pANCA e normais. Beta-2-microglobulina negativa. Marcadores tumorais negativos. Anticorpo anti Sacchromyces cerevisiae IgG/IgA negativo. Anticorpos anti transglutaminase e anti gliadina IgA/IgG negativos. Anticorpo anti Strongyloidesstercoralis negai􀀔vo. SARS-CoV2 não detetado. VDRL não reativo. Serologias víricas (VHA, VHB, VHC e VIH; EBV, CMV), toxoplasmose e hemoculturas da admissão e às 24H negativas. Mantoux e IGRA negativos. RX abdómen sem distensão de ansa do cólon, sem outras alterações. TAC-AP com discretas alterações inflamatórias a nível do sigmóide (com exclusão de abcessos ou microperforações). Coproculturas, painel vírico fecal e pesquisa de parasitas nas fezes negativos. Clostridium fecal negativo. Calprotectina fecal positiva. Retosigmoidoscopia com mucosa edemaciada, francamente congestiva, com minúsculas erosões e úlceras extensas e profundas no sigmóide, algumas crateriformes. Anatomopatologia sugestiva de proctocolite aguda com pesquisa negativa de BK, CMV e HSV nos fragmentos de biópsia. Assumido o diagnóstico de colite ulcerosa severa inaugural. Iniciou pausa alimentar e nutrição parentética, corticoterapia (oral e tópica), fluidoterapia e reposição de albumina e potássio. Destaca-se internamento de 25 dias no serviço de Medicina Interna, sem intercorrências a registar, com melhoria lenta do quadro, progressão da dieta e reposição dos distúrbios iniciais, tendo tido alta orientado para início de terapêutica biológica sob corticoterapia em desmame. A colite ulcerosa de início tardio, nem sempre é dos primeiros diagnósticos considerados em doentes nesta faixa etária (sobrepondo-se em grande parte as neoplasias do trato gastrintestinal e os quadros infecciosos), pelo que os autores apresentam este caso para relembrar a pertinência do tema no que concerne ao diagnóstico diferencial de diarreia subaguda/ crónica e gestão inicial de um quadro de colite ulcerosa grave numa enfermaria de Medicina.

PO 11

LONG COVID: ESTUDO PROSPETIVO

Daniela Soares, Beatriz Vitó Madureira. Sara S. Santos, Gonçalo Sarmento Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga

Introdução: A pandemia causada pelo vírus SARS-CoV2 afetou muita da população mundial. Para além da fase aguda da COVID-19 (coronavirus disease), tem-se verificado a nível mundial que os doentes apresentam sintomatologia mesmo após estarem curados, sintomas estes que se denominam Long-COVID. Esta condição é definida, pela Direção Geral de Saúde (DGS), pelo espetro de sintomas que ocorre em pessoas com história provável ou confirmada de infeção por SARS-CoV-2, habitualmente 3 meses após início da fase aguda e com, pelo menos, 2 meses de duração, apresentando impacto na qualidade de vida da pessoa e que não são explicados por diagnóstico alternativo. Este trabalho propõe-se a identificar e caracterizar doentes com Long COVID e avaliar a presença de sinais e sintomas crónicos, com apoio de escalas e questionários validados.

Material e métodos: Trata-se de um estudo

prospetivo, não interventivo, protocolado. Foram incluídos doentes com infeção por SAR-S-CoV2 há pelo menos 3 meses, referenciados para Consulta Externa Long COVID, que assinaram Consentimento Informado e autorizaram a utilização dos seus dados clínicos para participação no estudo. Realizaram-se inquéritos (Entrevista clínica e resposta a questionários [Modified Rankin Scale (mRS); Post-COVID functional status scale (PCSF); General Anxiety Disorder-7 (GAD-7); Fatique Severity Scale (FSS); Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC)] relativos ao estado clínico após a doença. A análise estatística foi feita com recurso ao programa SPSS® v.27.

Resultados: Obteve-se uma população de 70 doentes, com uma mediana de idade de 55 anos (AIQ 23), 40 do género masculino (57,1%), 68 com uma autonomia avaliada pelo mRS de 0 (97,1%). Em relação à gravidade da COVID, 15,7% dos doentes tiveram doença ligeira, 14,3% doença moderada, 55,7% doença grave e 14,3% doença crítica. Precisaram de internamento 60 doentes (85,7%), 14 deles (20%) necessitaram de admissão no Servico de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP). As queixas mais comuns foram fadiga, dispneia, tosse, queda de cabelo e alterações de memória. Quando aplicadas as escalas, a mediana da FSS foi de 16 pontos (AIQ 30), a mediana da GAD-7 foi 7 (AIQ 7), (correspondendo a um grau de ansiedade moderada), 13% dos doentes referiu dispneia pelo menos grau 2 na escala mMRC. Em relacão à PCFS, 28,5% dos doentes ficaram com um grau ≥1, ficando com limitações da vida diária com a COVID.

Conclusões: A síndrome Long COVID é uma nova realidade que é bastante comum na população com infeção prévia por COVID-19. Estes dados demonstram que é necessário prosseguir com uma investigação exaustiva no sentido de se apurarem melhor os sinais e sintomas inerentes a este novo síndrome.

P₀ 17

LEPTOSPIROSE COM DISFUNÇÃO MULTIORGÂNICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Luís Neto Fernandes, António José Cruz, Sara Santos, Sofia Osório, Sérgio Ferreira, Inês Rueff Rato Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: A leptospirose é a infeção causada pela bactéria Leptospira, com quadros que variam de assintomáticos a graves, com hemorragia alveolar e meningite. O reservatório mais comum são os ratos, que transmitem o microorganismo pela urina.

Caso clínico: Mulher de 47 anos, sem antecedentes de relevo, residente em meio rural e contacto com vários animais (vacas, ovelhas, coelhos, cães e gatos). Consumia água de poco não controlado e bebia 2 copos de vinho tinto por dia. Apresenta-se com quadro de mialgias, arrepios e congestão nasal com 1 semana de evolução, e coloração amarelada da pele e escleras nos últimos 3 dias. Ao exame objetivo, ictérica, com fígado palpável 5 cm abaixo da grade costal, com baco não palpável. Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia, trombocitopenia (27x109/L), disfunção renal (creatinina 2.2 mg/dL), hiponatrémia (129 mEqs/L), hipocaliemia (2.7 mEqs/L), exuberante citocolestase (bilirrubina total 33.2 mg/dL à custa da direta, AST 858 U/L, ALT 375 U/L), INR 1.6, e elevação dos parâmetros inflamatórios. A TC abdominal mostrou um fígado com parênguima heterogéneo, traduzindo hepatopatia crónica inespecífica. Iniciou tratamento empírico com ceftriaxona, pela suspeita de zoonose, desenvolvendo rash cutâneo sugestivo de reação de Jarisch-Herxheimer. Evoluiu favoravelmente com tratamento de suporte e 10 dias

de antibioterapia. Do estudo: perfil autoimune negativo; sem evidência de infeção aguda por vírus da Família Herpesviridae ou VIH; reacão Weil-Félix negativa; vírus hepatotrópicos negativos. A pesquisa de leptospira por PCR na urina foi negativa em dois momentos (5 e 30 dias desde o início da clínica), algo provavelmente explicado pela sua excreção intermitente. Por outro lado, a serologia inicial de leptospira foi negativa, mas objetivou-se a seroconversão passados 30 dias desde o início da clínica, confirmando, assim, o diagnóstico. Discussão: Trata-se de um quadro típico de infeção grave por leptospira, cujo diagnóstico foi possível mediante a integração de todos os dados da anamnese e exame físico, havendo apenas posteriormente a confirmação laboratorial. As zoonoses deverão ser sempre um diagnóstico a considerar pelo Internista.

PO 18

CARACTERÍSTICAS E PADRÕES DE MORTALIDADE EM DOENTES ONCOLÓGICOS INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA **INTERNA**

Alexandra Machado, Rafael Margues, Ana Aranha, Filipe Veiga, Marta Brandão Calcada Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: Ao longo das últimas décadas os tratamentos oncológicos têm evoluído significativamente no seu espectro, efetividade e segurança. Paralelamente, há um aumento da sobrevida dos doentes oncológicos (DO) e um controlo mais eficaz dos sintomas associados. Apesar disso, a mortalidade em DO é ainda freguente quer pela patologia primária, quer pelas complicações associadas.

Objetivo: Caracterizar a mortalidade dos DO admitidos no servico de medicina interna (SMI) num hospital secundário durante 2021. Material e métodos: Estudo retrospetivo de DO falecidos no SMI de janeiro a dezembro de 2021. Follow-up superior a 5 anos em

doentes com critérios de cura foi critério de exclusão. A aquisição de dados foi realizada através da consulta do processo clínico informático. Foram recolhidos dados demográficos, diagnóstico principal, demora de internamento, neoplasia primária, estadiamento e tratamentos realizados bem como as comorbilidades associadas e o seguimento por cuidados paliativos (CP).

Resultados: Dos 446 DO, 90 faleceram durante o internamento. Destes, 53 (58.9%) eram homens, com idade mediana de 79.5 anos (AIQ 46). A demora mediana de internamento foi de 7 dias (AlQ 49). As neoplasias primárias mais frequentes foram gastrointestinais (20, 22.2%), geniturinárias (19, 21.1%) e hematológicas (11, 12.2%). Relativamente ao estadiamento, 55.6% (50) dos doentes apresentava doença metastática e 44.5% (40) doença loco-regional. No que diz respeito à performance status, 45.6% dos doentes (41) encontravam-se no Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) 0-2 e 54.4% (49) no 3-4. Os principais motivos de admissão no Serviço de Urgência foram intercorrências infeciosas (38, 42.2%), seguindo-se de insuficiência cardíaca descompensada (20, 22.2%). À admissão, 60% destes doentes encontravam-se sob tratamento de suporte, 26.7% em tratamento paliativo e 13.3% em tratamento com intuito curativo. As comorbilidades cardiovasculares foram as mais prevalentes (86.7%), seguindo-se das neuropsiguiátricas (42.2%) e infeciosas (27.8%). Verificou-se o acompanhamento por parte da equipa de CP em 28.9% dos doentes.

Conclusões: A mortalidade intrahospitalar de doentes oncológicos continua a ter uma expressão significativa. As características da patologia de base e dos tratamentos realizados fazem com que os DO sejam mais suscetíveis ao desenvolvimento de complicações infeciosas, o motivo mais comum de internamento. Adicionalmente, destaca-se a elevada mortalidade em doentes com ECOG 0-2 e o número reduzido de DO com acompanhamento por CP, apesar de mais de 85% estar a realizar tratamento de intuito não curativo à admissão.

PO 20

APOPLEXIA HIPOFISÁRIA SECUNDÁRIA A ADENOMA HIPOFISÁRIO

Raquel Oliveira, Raquel Cruz Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Introdução: A ptose palpebral é um sinal comum no serviço de urgência e pode ter múltiplas causas, dentro das quais centrais. Este artigo relata um caso clínico de um homem que se apresentou no SU com um quadro de ptose palpebral associado a cefaleia intensa. Caso clínico: Homem, 74 anos, autónomo, com antecedentes de múltiplos fatores de risco cardiovasculares (HTA, DM2, DLP, e obesidade) medicado para essas patologias. Recorre ao SU por ptose palpebral à esquerda associado a cefaleia intensa com cerca de 2 dias de evolução. Ao exame obietivo, constatou-se ptose do olho esquerdo com oftalmoparesia completa do mesmo e anisocoria. sem outras alterações ao exame neurológico. Realizou nesse contexto AngioTC-CE que exclui lesão vascular isquémica ou hemorrágica e descreveu um macroadenoma hipofisário de predomínio esquerdo. Foi internado nesse contexto e realizou RM cerebral com lesão compatível com macroadenoma hipofisário e hemorragia do mesmo. Analiticamente com prolactina de 8800 ng/mL e T4L de 0.6 ng/ dL (dimiuido). À data de alta, mantinha ptose palpebral olho esquerdo, com limitação da abdução, com diplopia vertical na levoversao do olhar, niciou tratamento com cabergolina 2,5mg, Hidrocrtisona20mg e levotiroxina 75mcg por dia.

Conclusão: A apoplexia hipofisária é emer-

gência endocrinológica que pode ocorrer por hemorragia da hipófise. Na maioria dos casos, é a primeira manifestação de adenoma hipofisário subjacente. Apresenta manifestações clínicas variadas, desde assintomática até com cefaleia, náuseas e vómitos, diminuição da acuidade e defeitos de campo visual, oftalmoplegia, alteração do estado de consciência e sinais meníngeos. Conforme a localização tumoral e devido à proximidade destes tumores da região quiasmática, podem apresentar alterações de campo visual e de acuidade visual.

PO 27

CASOS SOCIAIS A VIVER EM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA: A ENDEMIA QUE PERSISTE

Bruno David Freitas, Pedro Frazão, João Fustiga, Maria Margarida Ribeiro, Maria Abreu, Vanessa Branco, Tiago Pina Cabral, Ana Lynce, Candida Fonseca Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução: Define-se caso social como um doente que está internado no hospital apesar de não necessitar de cuidados do médicos diferenciados, protelada alta por não reunir condições sociais no domicilio. Na última década o Sistema Nacional de Saúde tem visto um número crescente de casos sociais nos internamentos em Unidades Hospitalares de agudos, especialmente nos Servicos de Medicina Interna. O aumento de doentes que aquardam resolução da sua situação social vai gerar desperdício de recursos altamente especializados, aumentar o número de infecões nosocomiais e ainda reduzir a capacidade de receber doentes agudos com necessidade de internamento urgente para diagnóstico e terapêutica.

Objetivo: Alertar para o impacto dos casos socias numa enfermaria de Medicina Interna, procurando aumentar o debate sobre este

assunto premente, de modo a encontrar soluções. Analisar o perfil dos casos sociais, a demora média e a existência de complicações durante o período de protelamento de alta.

Material e métodos: Estudo retrospectivo observacional. Todos os doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna durante os primeiros 3 meses do ano de 2022 foram classificados diariamente como doente ativo ou caso social. Avaliados os dados demográficos e clínicos dos doentes classificados como casos sociais.

Resultados: Durante os 3 meses observados houve uma taxa média de ocupação diária por casos sociais de 26% das camas (mediana 25%, min. 13%, máx. 44%), correspondendo a total de 356 dias indevidos de internamento. Em média, o internamento social demorou 14,2 dias indevidos, sendo que em um terço dos casos o internamento como caso social foi superior ao internamento por doença ativa. A população social foi maioritariamente idosa (88% com idade superior a 65 anos) de ambos os sexos (56% mulheres). Relativamente ao destino, 68% foram integrados em lar e 3 faleceram a aquardar vaga. No que concerne o motivo de classificação como social temos a destacar: os doentes que à data de admissão hospitalar já não tinham condições para permanecer no domicilio (média de 17,7 dias de internamento social) e doentes que viram alta protelada por problemas com transportes (1,7 dias). Durante o internamento social um terco desenvolveu intercorrências médicas, quase todas de infecções nosocomiais.

Conclusões: Nos 3 meses observados, os casos sociais constituíram um grupo importante dos doentes internados na enfermaria. consumido recursos (camas) que de outra forma poderiam estar disponíveis para doentes agudos. Tendo em conta a demora média nacional de (8.9 dias), os internamentos sociais impediram a admissão de cerca de 40 doentes. Portanto, urge procurar soluções na comunidade que constituam uma rede de apoio social eficaz, de forma a minorar as intercorrências nosocomiais e optimizar os recursos altamente diferenciados que são as enfermarias de Medicina Interna.

P29

UM ESTRANHO CASO DE ODINOFAGIA

André Santos, Catarina R. Silva, Lénea Porto, Edite Nascimento Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Caso de uma mulher de 74 anos que recorreu ao SU por odinofagia e tosse após episódio de engasgamento com pedaco de carne no dia anterior, resolvido pelo marido da doente através da manobra de Heimlich, tendo a doente expelido o pedaço de carne. Desde esse momento, a doente perdeu a prótese dentária. Ao longo do dia com desconforto progressivo na orofaringe, com tosse e dispneia. O Rx de Tórax revelou alojamento de prótese dentária no esófago. A doente foi admitida no bloco para remoção endoscópica da prótese dentária. Salienta-se a desproporcionalidade sintomática e tempo de evolução.

PO 31

MENINGOENCEFALITE E TROMBOSE DO SEIO CAVERNOSO POR HAEMOPHILUS INFLUENZA

Sofia Segueira, Magda Garca, Carolina Câmara, Magda Sousa, Leonor Monjardino Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira

As complicações endocranianas nomeadamente meningoencefalites e tromboses venosas cerebrais são complicações de processos infecciosos envolvendo as vias respiratórias superiores particularmente seios perinasais. Doente do sexo masculino, 39 anos, recorre ao serviço de urgência com uma clínica subaguda de rinorreia purulenta, tosse com expectoração mucopurulenta, febre, proptose

do olho direito e deterioração da vigília recente com menos de 24 horas de evolução. De salientar em termos objectivos sonolência, despertável com estímulos verbais, proptose do olho direito, e compromisso da motilidade ocular do olho direito, rigidez terminal da nuca. No estudo de TAC e angio-TAC revelou panoftalmite direita com edema das gorduras orbitárias e dos músculos extraoculares e trombose do seio cavernoso e veia oftálmica. O estudo citoquímico do LCR tinha um perfil inflamatório e o exame cultural revelou haemophilus influenzae A necessidade de sistematizar as complicações cerebrais das doenças dos seios perinasais obriga a estudo dirigido para complicações raras e nem sempre fáceis de sistematizar.

P₀ 33

LINFADENITE HISTIOCÍTICA NECROTIZANTE, A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

lara Ferreira, Sérgio Ferreira, Diana Dias, Marta Brandão Calçada, Joana Sequeira Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução: As tumefações cervicais adquiridas constituem um desafio, o seu diagnóstico é complexo e engloba patologias infeciosas, autoimunes e linfoproliferativas. A linfadenite histiocítica necrotizante, também denominada de doença de Kikuchi-Fujimoto (DKF) é uma patologia rara na população portuguesa, de causa indeterminada, benigna e autolimitada, caracterizada pela presença de linfadenopatias, habitualmente cervicais, muitas vezes associadas a sintomas constitucionais. O seu diagnóstico é exclusivo e implica um alto índice de suspeição.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 41 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, recorreu ao serviço de urgência por adenopatias submandibulares bilaterais dolorosas, com cerca de 2 semanas de evolução associa-

das a astenia, febre de predomínio vespertino e sudorese noturna. Negava viagem recente, traumatismo, picada de inseto, mordedura ou arranhadela animal. Não havia história pessoal ou familiar de tuberculose. Ao exame obietivo estava febril e apresentava adenopatias submandibulares, occipitais e supraclaviculares bilaterais e adenopatia axilar direita, dolorosas à palpação. O estudo analítico revelou anemia e trombocitopenia (hemoglobina 11.6 g/dL; plaquetas 66 x 10^9/L), bem como elevação da Proteína C Reativa (PCR 76.9 mg/L). Realizou tomografia axial computadorizada do pescoco e tórax tendo sido observadas múltiplas adenomegalias (submandibulares, submentonianas, juqulodigástricas, retrofaríngeas / pré-vertebrais, occipitais supraclaviculares, axilares nas regiões hilares e nos compartimentos mediastínicos), formando conglomerados adenopáticos medindo as maiores cerca de 3,5 cm. Atendendo aos múltiplos diagnósticos diferenciais colocados (doenças linfoproliferativas, tuberculose, sarcoidose, infeções víricas, entre outros), realizou serologias de doenças infeciosas (Vírus imunodeficiência humana serotipos 1 e 2, Citomegalovírus, Toxoplasmose, Vírus Epstein-Barr e Treponema pallidum) e estudo de autoimunidade (Anticorpos antinucleares, anticoagulante tipo lúpus, C3, C4 e CH50) que foram negativos. Biopsia excisional do gânglio linfático com resultado histológico de linfadenite histiocítica necrotizante. Dado que a sintomatologia manifestada pela doente foi autolimitada e houve desaparecimento progressivo das adenopatias, não foi introduzida qualquer terapêutica, ficando apenas em vigilância clínica. Até a data a doente mantém-se assintomática, sem recidivas ou desenvolvimento de doenca autoimune.

Discussão: A DKF não é habitualmente colocada como primeira hipótese diagnóstica, contudo dada a etiologia benigna da doença

quando comparada com os seus diagnósticos diferenciais, e a possível iatrogenia causada pela terapêutica antilinfomatosa ou imunológica, é essencial que esta forma de doença seja reconhecida para que o seu diagnóstico não seja esquecido. O acompanhamento a longo prazo é recomendado devido ao risco de recorrência e de desenvolvimento futuro de Lúpus Eritematoso Sistémico.

PO 35

CHOOUE OBSTRUTIVO POR TAMPONAMENTO CARDÍACO AGUDO: UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO INCOMUM **DE NEOPLASIA PULMONAR**

Sofia Ferreira, Sara Santos, Luís Fernandes. Sérgio Ferreira; Marco Fernandes Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: As neoplasias pericárdicas primárias são raras, contudo a disseminação secundária de neoplasias pulmonares, da mama, leucemias e linfomas são comuns. O tamponamento cardíaco com instabilidade hemodinâmica ocorre em cerca de 50% dos derrames pericárdicos malignos. O tamponamento cardíaco é uma condição com risco de vida secundária ao aumento da pressão intrapericárdica suficiente para comprimir o coração e causar diminuição do débito cardíaco. Os sinais e sintomas clínicos podem variar dependendo da rapidez de instalação e da etiologia do tamponamento.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 56 anos, fumador ativo, com clínica de astenia e tosse produtiva com duas semanas evolução e falência a ciclo de antibioterapia prévio (amoxicilina-clavulanato). Ao exame objetivo apresentava-se com vigil e colaborante, mas desidratado, hipotenso e taquipneico, sem necessidade de oxigenoterapia suplementar. Analiticamente com leucocitose e neutrofilia, INR 2,4, creatinina 2,6 mg/ dL, AST/ALT 1486/1903 U/L, BNP 174 pg/mL e

proteína C reativa de 55 mg/dL. Na gasimetria arterial salienta-se acidemia metabólica com lactato de 5,9 mmol/L, sem evidência de insuficiência respiratória. A tomografia computarizada revelou fibrose pulmonar com aparente lesão supra-hilar esquerda irregular de 26 mm, derrame pleural direito, derrame pericárdico de moderado volume e adenomegalias. Admitido no Servico de Medicina Intensiva por choque de etiologia não esclarecida com falência multiorgânica, sob antibioterapia de largo espectro (após colheita de rastreio sético [negativo]). Apresentou agravamento clínico com necessidade de suporte vasopressor. terapêutica de substituição da função renal e ventilação mecânica invasiva ao segundo dia de internamento. Após confirmação por ecocardiograma de derrame pericárdico com sinais de tamponamento cardíaco foi realizada pericardiocentese de urgência, com saída de 1200mL de conteúdo hemático. A citologia do líquido revelou positividade para células malignas com características de adenocarcinoma e perfil imuno-histoquímico sugestivo de primário pulmonar. Após pericardiocentese o doente evoluiu com melhoria clínica até ao 11º dia de internamento, altura em que se verificou recidiva do derrame tendo sido realizada janela pericárdica para drenagem do líquido. Posteriormente o doente foi transferido para enfermaria para continuação do estudo. Discussão: Apresentamos este caso não apenas pela raridade de apresentação, mas também para destacar a importância de um diagnóstico imediato, essencial para reduzir o risco de mortalidade nesses pacientes, e salientar a citologia como investigação de 1ª linha para derrames pericárdicos.

PO 36

TRANSFORMAÇÃO DE RICHTER: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Marta C. Machado, João Tiago Serra, Margarida Mourato, Catarina Negrão, Miguel Achega, Fernando Aldomiro Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A transformação de Richter (TR) é caracterizada pelo desenvolvimento de leucemia linfocítica crónica (LLC) em linfoma agressivo (maioria linfoma difuso de grandes células B). A TR ocorre em 2-9% dos doentes com LLC cerca de 2 a 5 anos após o diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 77 anos sem antecedentes prévios que, 2 semanas prévias ao internamento, inicia febre, dor abdominal, náuseas, vómitos e astenia marcada, À admissão apresentava anemia, linfocitose (4500/mm3), trombocitopenia (17,000/mm3) e elevação da proteína-C reactiva (6 mg/dL). Realizou biópsia medular tendo sido confirmado o diagnóstico de LLC por técnicas de imunofenotipagem. Após 1 semana de internamento, a doente apresentou agravamento clínico com aumento da astenia e picos febris diários. A reavaliação analítica destacou aumento da leucocitose (119.000/mm3), agravamento da trombocitopenia (7000/mm3), 63% de blastos na morfologia de sangue periférico, elevação da proteína-C reactiva (143 mg/dL), LDH (1300U/L), ferritina (37000 ng/ mL) e beta2-microglobulina (13 mg/dL), hiperuricemia e hipertrigliceridémia (509 mg/ dL). A tomografia computorizada abdómino--pélvica não evidenciou adenomegálias ou organomegálias. A doente foi admitida na Unidade de Cuidados Intensivos com suspeita de Síndrome Hemafagocítico (SH) secundário a infeção por apresentar febre elevada, bicitopénia, hipertrigliceridémia e hiperferritinémia. Foi realizada novamente uma biópsia óssea que demonstrou invasão por células linfóides, sem evidência de hemafagocitose. A doente não cumpria os critérios de SH apesar de não ter sido realizado doseamento sérico de CD25 e CXCL9 que poderia ter sido útil no diagnóstico diferencial. Nesse momento assumiu-se o diagnóstico de TR e iniciou quimioterapia com R-CHOP porém a doente acabou por manter o agravamento progressivo e faleceu após o primeiro ciclo.

Discussão: A TR é uma condição com mau prognóstico (cerca de 5 a 8 meses) sendo difícil de realizar o diagnóstico diferencial com outras condições quando não existem antecedentes prévios de doença linfoproliferativa.

PO 37

AMILOIDOSE, UMA POSSIBILIDADE DIAGNÓSTICA

Catarina Branco, João Gonçalo Eiras, Ana Luísa Barbosa, Rui Baptista CHEDV

Introdução: A amiloidose cardíaca surge da deposição de amiloide no tecido cardíaco, sendo a forma de miocardiopatia a restritiva mais frequente no mundo ocidental. A amiloidose ATTR também afeta frequentemente o coração, apesar de a mutação endémica em Portugal cursar mais frequentemente e de forma característica com manifestações neurológicas (polineuropatia amiloidótica familiar ou PAF). A amiloidose ATTR wild type é uma amiloidose essencialmente cardíaca, que surge habitualmente após os 70 anos e em homens.

Caso clínico: Homem de 90 anos, parcialmente dependente com antecedentes de HTA, DM tipo 2, estenose medular e IC FEVE reduzida. EcoTT de 2018: dilatação da raiz aórtica, das cavidades esquerdas, hipertrofia do septo interventricular, com compromisso ligeiro da sistólica global do ventrículo esquerdo e insuficiências aórtica e mitral de grau ligeiro. Recorreu ao SU por prostração com cerca

de 1 semana de evolução. Do estudo pedido, Creatinina 3.6 Mg/dL | MNM 354»395»415. ECG FA de novo, FC 57 bpm, HBAE, perturbação inespecífica da condução intra-ventricular; má progressão de R de V1 a V3 e uma ES Ventricular no tracado; Durante o internamento com melhoria da função renal, sem dor torácica, mas manteve subida dos MNM o e apresentou um período de hipotensão assintomática. Foi pedido novo ECG que revelou manutenção de FA com RVC, sem sinais de isquemia | EcoTT: hipertrofia ventricular esquerda moderada a grave concêntrica (septo interventricular 18 mm); miocárdio com aspeto mosqueado; discinésia septal ligeira; gradiente VD/AD estimado em 32 mmHg; sem derrame pericárdico. Neste contexto, perante um doente com estenose medular, hipotensão provavelmente ortostática, ECG com perturbação de condução, HVE significativa, miocárdio com aspeto mosqueado e homem idoso, o diagnóstico de amiloidose foi considerado. Do estudo: cadeias leves K/L, o ratio proteínas/creat na urina e a imunoeletroforese excluíram gamopatia monoclonal | Cintigrafia cardíaca com DPD evidenciava fortes suspeitas de amiloidose cardíaca por deposicão de transtirretina. Apesar da disponibilidade de tratamento eficaz com Tafamidis, neste doente, atendendo à evolução avançada da doença e estado funcional considerou-se que tal não traria benefício.

Conclusão: Uma forte suspeita clínica de amiloidose, na ausência de gamopatia monoclonal, requer progressão de investigação com cintilografia com pirofosfato, pois pode tratar-se de ATTR. A amiloidose, notadamente a associada a transtirretina, é uma doenca cujo diagnóstico requer alto grau de suspeição clínica e que, se não for tratada atempadamente, evolui de forma progressiva e fatal. Apesar de o tratamento com Tafamidis se ter mostrado eficaz no tratamento, este apenas

está aconselhado em casos em que a função cardíaca não esteja severamente comprometida e a TFG não esteja comprometida.

PO 38 HIPOGLICEMIA EM NÃO DIABÉTICOS

Joana Carvalho de Sousa, Alexandra Araúio. Alice Castro, Lindora Pires Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução: A hipoglicemia em doentes não diabéticos é incomum. É uma síndrome clínica com sintomas inespecíficos, decorrentes da resposta autonómica e neuroglicopénica, que geralmente surgem quando a glicemia é inferior a 55mg/dL. Para diagnosticar um distúrbio hipoglicémico, necessitamos de ter presente a tríade de Whipple: sintomas e/ou sinais compatíveis com hipoglicemia, documentá-la concomitantemente e a reversão dos sintomas com a correção da hipoglicemia. Caso clínico: Homem de 56 anos, parcialmente dependente e cognitivamente limitado, com excesso ponderal e seguelas neurológicas e psiguiátricas pós meningite na infância. Internado por infeção SARS-CoV-2 com sobreinfeção bacteriana a condicionar insuficiência respiratória tipo 2 ligeira. No primeiro dia de internamento, agravamento respiratório franco com IR tipo 2 grave com acidemia metabólica e necessidade de ventilação não invasiva. Reavaliação imagiológica a documentar evolução para pneumonia organizativa. Sob corticoterapia sistémica. Associadamente, quadro de hipoglicemias, diaforese e depressão do estado de consciência. Interpretado inicialmente em contexto infeccioso grave. Apesar da melhoria clínica, manteve hipoglicemias frequentes, essencialmente noturnas, com necessidade constante de soro glicosado a 10%. Sem antecedentes cirúrgicos e sem fármacos hipoglicemiantes. Insuficiência supra renal pouco provável dada corticoterapia em curso. Estudo adicional colhido

aguando glicemia de 31mg/dL (<55) mostrou insulina de 5.1uUl/mL (>0.3), peptídeo C de 3.01ng/mL (>0.6) e anticorpos anti-insulina negativos. TC-TAP sem lesões relevantes. Ecoendoscopia interrompida por insuficiência respiratória. Apesar de a lesão não ter sido identificada, quadro compatível com hiperinsulinismo endógeno, pelo que iniciou terapêutica com octreótido e, posteriormente, com diazóxido. Perfil glicémico progressivamente mais controlado, com resolução das hipoglicemias. Dado status funcional atual do doente e risco-benefício de intervenção cirúrgica, decidido não progredir no estudo de localização, nomeadamente com repetição de ecoendoscopia ou teste de estimulação seletiva de cálcio arterial.

Discussão: Este caso vem reforçar a importância do estudo etiológico do distúrbio hipoglicémico em doentes não diabéticos. Existem várias causas, nomeadamente o hiperinsulinismo endógeno que pode advir de um insulinoma, distúrbio funcional de células beta, hipoglicemia autoimune ou secretagogos de insulina. Os insulinomas são geralmente de pequenas dimensões, o que torna a sua localização desafiante. O tratamento cirúrgico é potencialmente curativo e deve ser sempre considerado em primeira linha. Por sua vez, o tratamento médico pode ajudar como ponte para a cirurgia ou em doentes não candidatos cirúrgicos.

PO 40

SÍNDROME DE WEIL – RELATO DE UM CASO

Joana Carvalho de Sousa, Teresa Guimarães. Ana Pacheco, Margarida Cruz, Alice Castro, Lindora Pires Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução: A leptospirose é uma doença zoonótica provocada por espiroquetas patogénicas do género Leptospira. A sua transmissão ocorre através da exposição direta ou indireta,

de mucosas, conjuntivas ou lesões cutâneas, à urina de animais infetados. As manifestações clínicas são inespecíficas e possuem um amplo espetro, desde doença subclínica até grave e potencialmente fatal.

Caso clínico: Homem de 65 anos, sem antecedentes pessoais de relevo ou medicação habitual. Residente em ambiente rural com consumo de água de mina não analisada e contacto com touro e ovelhas. Hipertermia, mialgias, vómitos e noção de diminuição do débito urinário com 5 dias de evolução a motivar recurso ao Serviço de Urgência. À admissão, desidratado, ictérico e com sufusão conjuntival. Análises com elevação da PCR (545mg/L), trombocitopenia grave (10 000/uL), lesão renal aguda AKIN 3 oligúrica (sU/Creat 161/5.5mg/dL), hiponatrémia ligeira (131mmol/L), rabdomiólise (CPK 18115UI/L), hiperbilirrubinemia mista (BT 14.90mg/dL com 9.8mg/dL de BD) com citólise (TGO 431UI/L, TGP 186UI/L) e elevação de amilase (284U/L), lipase (431U/L) e DHL (629UI/L). Urina com leucocitúria, hemoglobinúria e bilirrubinúria. Ecografia abdominal com doppler a revelar ligeira hepatoesplenomegalia, sem outras alterações. Assumida sépsis com provável ponto de partida em zoonose. Colheu rastreio séptico, iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e azitromicina e foi admitido inicialmente no Servico de Medicina Intensiva por necessidade de terapêutica de substituição da função renal e suporte transfusional. Evolução favorável com resolução da disfunção hematológica e melhoria da disfunção renal e hepática a permitir transferência para o serviço de Medicina Interna onde completou 10 dias de antibioterapia. Do estudo, destaca-se: TC-TAP com opacidades do parênguima pulmonar simétricas, com uma densidade em vidro despolido com predomínio apical e menor envolvimento dos lobos inferiores, associada a espessamento de septos interlobulares, sugestivo de envolvimento hemorrágico do parênguima.

Pesquisas de DNA de Leptospira no sangue e urina positivas. Serologias ricketsia, bartonella, coxiella burnetii e brucella negativas. Pesquisa de anticorpos totais para Fasciola negativa. Hemoculturas estéreis. Serologias víricas (VHB, VHC, HIV1/2) negativas. Estabelecido diagnóstico de síndrome de Weil. Dada evolução clínica e analítica favoráveis, o doente teve alta após 19 dias de internamento orientado para a consulta externa.

Discussão: O síndrome de Weil constitui uma manifestação incomum e grave de leptospirose, que na ausência de suspeição clínica e tratamento precoce pode ser fatal. A tríade icterícia, insuficiência renal e hemorragia (habitualmente alveolar) aliadas à identificação deste agente estabelecem o diagnóstico. O tratamento requer antibioterapia e terapêutica de suporte. A taxa de mortalidade varia entre os 5-40% e é mais elevada acima dos 60 anos.

P₀ 41

A PROPÓSITO DE UM EPISÓDIO DE SÍNCOPE

Beatriz Simão Parreira, Raquel Lopes Calheiros, Leila Amaro Cardoso, Jorge Almeida CHUS.I

Introdução: A colite isquemica é uma entidade clínica mais frequente em mulheres e em indivíduos idosos que pode evoluir com complicações ameacadoras de vida e que tem vindo a aumentar a sua incidência nas últimas décadas (cerca de 16/100.000 pessoas-ano). É mais frequentemente causada por quadros de hipoperfusão intestinal e afeta mais as áreas do cólon com menor vascularização colateral. Até 15% dos casos pode decorrer com complicações graves, que são determinadas pelo tempo de evolução do da doença. Assim, é essencial que o limiar de suspeição clínica para avançar na investigação nosológica seja baixo.

Caso clínico: doente de 65 anos, sexo femini-

no, sem antecedentes patológicos de relevo, recorreu ao servico de urgência por episódio de síncope durante o esforço defecatório nesse dia. Referia ainda quadro de obstipacão com 1 semana de evolução, desconforto hipogástrico e 1 episódio de retorragias em quantidade moderada nas 12h horas prévias. À avaliação objetiva encontrava-se hemodinamicamente estável, apirética, sem alteracões eletrocardiográficas, com discreto desconforto a palpação hipogástrica e toque retal sem presença de hemorróidas, fissuras ou sangue na Iuva. Analiticamente sem gueda de hemoglobina, sem elevação dos parâmetros inflamatórios, sem hiperlactacidemia e sem elevação das enzimas de citolise. Durante a permanência no SU foram objetivadas 2 dejecções sanguinolentas, pelo que foi proposta realização de rectossigmoidoscopia que mostrou lesões mucosas friáveis e com áreas de ulceração, sugestivas de colite de mais provável etiologia isquémica. Realizou angio-TC abdomino-pélvica que mostrou evidência de isquemia não transmural duma extensão de 20cm adjacente ao ponto de Griffith, sem imagens de stop arterial que sugerissem etiologia oclusiva. Ainda no SU iniciou terapêutica antibiótica e fluidoterapia e foi internada para vigilância e continuação de cuidados de suporte.

Conclusão: as retorragias e hematoguézias são causa frequente de procura de avaliação médica urgente. A colite isquémica pode apresentar-se sob a forma de abdómen agudo ou com clínica incipiente pelo que a suspeição, a exploração das queixas e a avaliação objetiva detalhada devem quiar a nossa pesquisa nosológica. As complicações graves e ameacadoras de vida surgem habitualmente após as primeiras 8 a 16 horas do quadro, sendo essencial que os clínicos estejam sensibilizados para este tipo de patologia e procurem excluir o seu diagnóstico em doentes que se

apresentam com sintomas sugestivos e que não apresentam outro diagnóstico alternativo mais provável.

PO 42

UM CASO DE POLIARTRALGIAS EM DOENTE JOVEM

Joana Carvalho de Sousa, Daniela Barbosa, Alice Castro, Lindora Pires Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução: A abordagem das poliartralgias permanece um desafio na prática clínica dada a diversidade de diagnósticos diferenciais. Surgem frequentemente como manifestação de doenças sistémicas inclusive intestinais, como na colite infeciosa, doença inflamatória intestinal, doença celíaca, colite pseudomembranosa e doença Whipple.

Caso clínico: Jovem de 20 anos, género feminino, admitida por síndrome constitucional e poliartralgias de predomínio proximal, assimétricas, caraterísticas inflamatório-mecânicas com 3 meses de evolução para estudo. Após uma anamnese detalhada, identificados sintomas gastrointestinais intermitentes associados (vómitos e dejeções diarreicas) durante o período referido, sem contexto epidemiológico conhecido. Analiticamente com anemia microcítica hipocrómica, trombocitose e elevação da velocidade de sedimentação e proteína C reativa. Excluídas causas infeciosas e atingimento osteoarticular com significado patológico. Estudo imunológico negativo. IgA e IgG anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA) negativas. Tomografia com ileocolite e adenomegalias regionais. Endoscopia digestiva alta com pangastrite crónica não atrófica. Endoscopia digestiva baixa com mucosa cólica extensamente congestiva e ulcerada no cólon direito e transverso, sem atingimento do reto. Biópsias endoscópicas com ulceração profunda e inflamação. Assim, diagnóstico de Doença de Crohn com manifestação extraintestinal. Iniciada corticoterapia sistémica com boa resposta.

Discussão: Apesar dos sintomas cardinais da Doença de Crohn (dor abdominal, diarreia, fadiga e perda ponderal), esta pode ter manifestações extraintestinais relacionadas com a atividade da doença inflamatória, sendo a artrite a mais frequente. Este caso clínico ressalva a importância do diagnóstico diferencial de Doença de Crohn em doentes jovens com manifestações articulares

P₀ 44

ANEURISMA DA AORTA COMO CAUSA DE ESTRIDOR EXPIRATÓRIO

Luís Neto Fernandes, Sara Santos, Sofia Osório Ferreira, Filipe Machado, Penélope Almeida, Micaela Manuel Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Mulher de 83 anos, com antecedentes de doença vascular periférica e amputação do membro inferior direito neste contexto. Enviada ao serviço de urgência por sinais de dificuldade respiratória e tosse com 3 dias de evolução. Ao exame físico com estridor expiratório. Sem alterações na laringoscopia indireta. Realizou TC-cervical e torácico, revelando volumoso aneurisma da aorta ascendente e aorta descendente, com dissecção e trombose até aos vasos renais, causando moldagem acentuada da via aérea no local da carina. Discutido caso com Cirurgia Cardiotorácica, sem lugar a atitudes terapêuticas.

P₀ 47

INFECÇÕES OPORTUNISTAS NO DOENTE IMUNOSSUPRIMIDO: CITOMEGALOVÍRUS

Íris Galvão, Mafalda Leal, Beatriz Sampaio, Diogo Silva, João Silva, Felisbela Gomes Hospital Santo António dos Capuchos

Introdução: As infeções são a principal causa de morbi-mortalidade nos doentes imunode-primidos pelo que é importante o seu diagnóstico e tratamento precoces. As infeções por Citomegalovírus (CMV) podem acometer diversos órgãos e são habitualmente assintomáticas e autolimitadas no doente imunocompetente. Contudo, no imunocomprometido manifestam-se de forma grave cursando com elevada morbi-mortalidade.

Caso clínico: Homem de 78 anos, com antecedentes pessoais de adenocarcinoma da próstata sob hormonoterapia e adenocarcinoma do pulmão sob imunoterapia, com metastização pleural e hepática e com alta do internamento 5 dias antes por quadro de Síndrome da Veia cava Superior, pelo qual realizou 5 sessões de radioterapia e 10 dias de corticoterapia com dexametasona, encontrando-se em desmame. Recorre ao Servico de Urgência por quadro de diarreia aguosa com 1 dia de evolução. Ao exame objetivo (E0) apresentava-se febril (38,5°C) e com mucosas desidratadas porém, sem alteracões sugestivas de abdómen agudo. Salientava-se leucocitose ligeira com linfopenia (14 110x10^6/L ,2.7%), Proteína C Reativa 53 mg/dL e hiponatrémia (129 mEg/L). Da marcha diagnóstica, destacava-se pesquisa de anticorpos anti-CMV IgM e IgG positivos, com restante estudo microbiológico e serológico negativos. Pela instabilidade clínica não realizou colonoscopia diagnóstica. Assumiu-se o diagnóstico presuntivo de enterocolite a CMV e iniciou terapêutica dirigida com ganciclovir seguido de valganciclovir, com reversão das

queixas. Duas semanas após a alta, é readmitido no SU por quadro de tosse produtiva e dispneia. Ao EO salientava-se murmúrio vesicular diminuído bilateralmente. Do estudo realizado a referir leucopénia (0,78 x 10^9/L) com neutropenia (0,62 x 10^9/L) e trombocitopenia (93 x 10^9/L), sem foco de condensação em telerradiografia do tórax. Assumiu--se o diagnóstico de infeção respiratória baixa nosocomial e iniciou-se terapêutica empírica com Piperacilina/Tazobactam e Vancomicina, após colheita de hemoculturas. Pela possível relação entre terapêutica antiviral e citopénias, esta foi temporariamente suspensa. Não obstante, após a suspensão, não se verificou a expectável reversão da pancitopenia, mesmo após início de fator de crescimento. Ao 5º dia de internamento realizou Tomografia Computorizada de Tórax, que revelou alterações compatíveis com pneumonia viral a CMV, pelo que foi re-instituida terapêutica. Foi agendada broncofibroscopia, não realizada por agravamento clínico marcado. Apesar da optimização terapêutica, o doente evoluiu para falência respiratória, tendo falecido ao 8º dia de internamento.

Conclusão: No doente imunodeprimido deve existir uma elevada suspeição clínica de complicações infeciosas e a instituição de terapêutica anti-infeciosa não deve ser protelada. Não obstante, nem sempre é possível alterar a história natural da doença.

PO 49

ENCEFALOPATIA COMO EFEITO ADVERSO DA TERAPÊUTICA ANTICONVULSIVANTE

Íris Galvão, Mafalda Leal, Beatriz Sampaio, Diogo Silva, João Silva, Felisbela Gomes Hospital Santo António dos Capuchos

Introdução: Apesar dos imensos avanços científicos na área dos anticonvulsivantes, os seus efeitos adversos e interações farmacológicas, permanecem uma causa importante de morbilidade e falência terapêutica.

Caso clínico: Mulher de 82 anos com história de epilepsia, medicada com levetiracetam com incumprimento terapêutico. Foi admitida no Servico de Urgência após crise convulsiva em estado pós-critico prolongado. Ao exame objetivo (EO) encontrava-se com lentificação psicomotora, desorientada, mas cumpria ordens simples, com mobilização simétrica dos 4 membros, mas com queda do membro superior direito na prova dos braços estendidos e reflexo plantar cutâneo extensor homolateral. Realizou tomografia computorizada crânio-encefálica (CE) que excluiu alterações agudas. O eletroencefalograma (EEG) revelou atividade lenta e paroxística em topografia frontal esquerda. O estudo infecioso e metabólico foi negativo. A doente foi medicada com lacosamida e levetiracetam endovenosos (EV) com melhoria clínica, pelo que se manteve terapêutica em esquema. Ao 5º dia de internamento, apresentou 3 crises epiléticas com período pós-critico novamente prolongado, pelo que se adicionou valproato de sódio à terapêutica. Nos dias seguintes manteve-se sem crises convulsivas, porém com grande flutuação do estado de consciência de novo, alternando entre o estupor e confusão. com Glasgow Coma Scale (GCS) muito variável (entre 5-14) e com inversão do ciclo sono- -vigília. Realizou-se novo estudo etiológico do qual se salienta urocultura positiva para E-coli e amoniémia em cinética ascendente, contudo dentro dos valores de referência. A valproatémia encontrava-se dentro dos valores
de referência. A ressonância magnética-CE, a
punção lombar, o EEG e todo o restante estudo não revelaram alterações de novo. Assim,
assumiu-se iatrogenia farmacológica pelo
que se iniciou desmame de lacosamida. Paralelamente e atendendo aos níveis crescentes
de amónia, introduziu-se terapêutica laxante
com boa resposta laboratorial. No restante
internamento, observou-se melhoria sustentada do estado de consciência com GCS de
14-15, sem novos episódios ictais.

Conclusão: Face ao exposto, assume-se uma relação temporal entre a melhoria clínica e a redução da terapêutica com lacosamida e introdução de laxantes. Assim, podemos contemplar como causas de encefalopatia guer a terapêutica com lacosamida, quer a hiperamonémia. Contudo, a primeira hipótese é um efeito adverso extremamente raro, pelo que é mais provável que estejamos perante uma encefalopatia hiperamonémica secundária ao valproato de sódio. Esta entidade, apesar de rara, apresenta-se com elevação progressiva da amónia (como descrito) e poderá ser potenciada pela toma concomitante de lacosamida. Pretende-se com este caso alertar para uma reação adversa rara, mas potencialmente grave da terapêutica com anticonvulsivantes.

P₀ 54

LESÕES ÓSSEAS E HIPERCALCÉMIA – UM CASO CLÍNICO

Beatriz Simão Parreira, Rafael Henriques Figueiredo, Leila Amaro Cardoso, Jorge Almeida CHUSJ

Introdução: A hipercalcemia é um achado clínico relativamente comum e que deve ser submetido a uma investigação diagnóstica detalhada. As causas mais frequentes de hi-

percalcémia são o hiperparatiroidismo primário e as neoplasias, constituindo 90% dos casos. A presença de lesões ósseas em contexto de hipercalcémia pode denunciar processos neoplásicos subiacentes ou ser consequência de um estado de hiperparatiroidismo a condicionar aumento da destruição óssea.

Caso clínico: doente de 55 anos, sexo masculino, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, foi encaminhado ao serviço de urgência por hipercalcémia grave assintomática da consulta de hematologia onde foi encaminhado por suspeita de doença hematológica em contexto de lesões ósseas suspeitas de processo infiltrativo em RM. No SU apresentou-se sem hiporeflexia ou fragueza muscular, sem alterações eletrocardiográficas e sem agravamento da função renal. Iniciou medidas hipocalcemiantes e foi internado. A palpação cervical demonstrou a presença de um nódulo móvel à deglutição, indolor, palpável em topografia consistente com o lóbulo esquerdo da tiroide. Do estudo inicial realizado destaca--se ausência de citopenias, estudo de discrasias plasmocitárias negativo, função tiroideia normal, hiperparatiroidismo primário (PTH 1248 pg/mL), hipercalcémia assintomática (valor maximizo Ca(i) 1.9 mmol/L), hipofosfatémia (PO4(i) 1.1 mg/dL), vitamina D normal e fosfatasse alcalina óssea aumentada (FA 360 U/L). Realizou TC que mostrou um nódulo com 32mm em relação com o lobo esquerdo da tiroide que motivou realização de cintigrafia das paratiróides que mostrou foco de hipercaptação no 1/3 inferior do lobo esquerdo da tiroide, não consequindo estabelecer a presença de nódulo da paratiróide vs tiroide. No entanto, face ao contexto clínico considerou--se como mais provável a presença de nódulo da paratiróide que face ao tamanho e comportamento levantou a suspeita de carcinoma da paratiróide, tendo sido alargado o estudo com exclusão de feocromocitoma. O doente foi transferido para cirurgia geral e submetido a exerce cirúrgica do nódulo. No período pós operatório o doente evoluiu com decrescendo dos doseamentos de PTH e normalização dos valores de cálcio sérico. A análise histológica da peca cirúrgica mostrou tratar-se de um adenoma da paratiróide.

Conclusão: os adenomas da paratiróide são tumores benignos de pequenas dimensões e habitualmente assintomáticos, sendo muitas vezes levantada a suspeita em contexto de estudo analíticos realizados noutro contexto. Quando os nódulos são palpáveis deve ser levantada a suspeita de carcinoma da paratiróide e feito o estudo suplementar que permita excluir síndrome MEN2. O presente caso ilustra a marcha diagnóstica que deve ser feita nestes casos.

PO 55

MENINGOENCEFALITE POR LISTERIA **MONOCYTOGENES**

Carlos Rego Gonçalves, Ana Sofia Ferreira, André Calheiros, José Carlos Veloso, Paula Brandão ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

As principais causas de meningite bacteriana adquirida na comunidade em adultos em países desenvolvidos são Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis e, principalmente em pacientes com mais de 50 anos de idade ou aqueles que têm alterações na imunidade mediada por células, Listeria monocytogenes em que a sua manifestação mais comum no sistema nervoso central é a meningoencefalite. Relata-se um caso de um doente de 64 anos, autónomo, com antecedentes de adenocarcinoma gástrico estadio IV com metastização hepática. No dia em que é enviado ao Serviço de Urgência, despertou mais sonolento e apático, com agravamento da prostração ao longo do dia. Ao exame físico, doente prostrado, abertura escassa dos olhos ao estímulo, não comunica. Eupneico, ACP sem alterações. Temp aur 38°C. Analiticamente: Hb 11.1 g/dL, Leuc 6120, Neut 4800, Plag 122000, função renal sem alterações, Bili T 1.50, Bili D 0.69, DHL 448, FA 201, GGT 727, AST 88, ALT 87, PCR 7.77. TC CE sem alterações a destacar. TC tórax que excluiu foco infeccioso, Urina II sem critérios de infeção. Realizada punção lombar com saída de líquido turvo, iniciou empiricamente antibioterapia. LCR: células 1040, leuc 1000, Neut 90%, GV 40, Glic 34, Prot 349.60. Durante o internamento identificado nas culturas Listeria Monocytogenes. Apesar da terapêutica instituída, este caso teve um evento fatal. O caso clínico relata o caso de um doente com Meningite por Listeria Monocytogenes, com um quadro de deterioração súbita do estado cognitivo, em que o início de antibioterapia precocemente pode modificar o prognóstico.

PO 58

ENCEFALITE POR HERPES ZOSTER

Carlos Rego Gonçalves, Ana Sofia Ferreira, André Calheiros, José Carlos Veloso, Paula Brandão *ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho*

A encefalite de causa viral, é a causa mais comum de encefalite e é responsável por altos níveis de morbilidade, sequelas neurológicas permanentes e, segundo o vírus, altas taxas de mortalidade. Encefalite, hemiplegia contralateral e neuralgia pós-herpética, são as seguelas neurológicas mais graves das infecões por herpes zoster. A encefalite ocorre com mais frequência na presenca de disseminação cutânea elesões dos nervos cranianos. Relata-se um caso de uma senhora de 89 anos, com antecedentes de HTA e dislipidemia, que na semana prévia à admissão hospitalar, terá tido um aumento acentuado do grau de dependência. Das intercorrências prévias a este internamento destaca-se que nas últimas 2 semanas prévias ao agravamento do estado geral, inicialmente foi diagnosticada

zona por Herpes Zoster, posteriormente 6 dias depois com diagnóstico de ITU e foi prescrito Ciprofloxacina, novamente 3 dias depois, por desorientação, confusão e alteração do estado de consciência onde realizou TC CE com identificação de enfartes lacunares prévios e foi diagnosticada com hiponatrémia sintomática (121) que foi corrigida e alteraram o tratamento da ITU para Fosfomicina. No último episódio e que levou à admissão hospitalar, foi transportada ao SU por sinais inflamatórios do MSD, por disartria e desvio da comissura labial à direita, durante cerca de 15 minutos, que terão revertido ainda no domicilio. À admissão no hospital, temperatura de 37.8°C, membro superior direito edemaciado, com calor e rubor nos 2/3 inferiores, confusa e agressiva e agitação psicomotora, sem outras alterações ao exame físico. Foi realizada puncão lombar, que revelou no LCR: Leuc 100, Neut 2.0, Linf 16%, céls destruidas 82%, Glic 65, Proteinas 56.40, DHL 33. Positivou para varicela zoster. Durante os primeiros dias, a doente estava mantinha agressividade verbal e agitação psicomotora. Após ter sido inicialmente instituído o tratamento empírico com aciclovir, ampicilina e ceftriaxone, a doente apresentou melhorias progressivas do comportamento, da confusão e da mobilidade, mantendo alguma desorientação temporal e espacial à data de alta. Os dados clínicos, os resultados laboratoriais e os achados imagiológicos apoiam o diagnóstico de encefalite e a etiologia viral específica.

P059

BORRELIOSE DE LYME – A PROPÓSITO **DE UM CASO CLÍNICO**

Rafael Margues, Alexandra S. Machado, Alves da Costa, Beatriz Madureira, Daniela Soares, lara Ferreira, Teresa Pereira, Marta Brandão Calcada Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga

Introdução: A borreliose de Lyme é uma zoonose causada pela espiroqueta do complexo Borrelia Burgdorferi, transmitida ao homem por artrópodes. Esta infeção mantém-se sub-diagnosticada em Portugal dado o seu pleomorfismo clínico, sendo essencial o seu diagnóstico diferencial com outras patologias. nomeadamente dermatológicas, cardíacas, neurológicas e reumatológicas.

Caso clínico: Homem de 88 anos, parcialmente dependente nas atividades de vida diárias, institucionalizado há 2 meses. De antecedentes a realcar síndrome demencial inicial, adenocarcinoma do reto curado com colostomia permanente e fatores de risco vascular. Trazido ao Serviço de Urgência por quadro de febre com 3 dias de evolução associado a prostração, cefaleias e mialgias. sem outra clínica focalizadora: sem contexto epidemiológico de relevo, sem alterações na medicação habitual. Ao exame objetivo encontrava-se febril, prostrado, sem sinais meníngeos ou focais, hemodinamicamente estável, sem insuficiência respiratória e sem alterações cutâneas. Analiticamente, coaqulopatia (INR 2.0), elevação dos parâmetros de inflamação aguda, sem alterações no sedimento urinário. Tomografia computorizada (TC) cerebral a destacar atrofia cerebral: TC toraco-abdomino-pélvica (TAP) e líquido cefalorraquidiano (LCR) sem alterações de relevo: PCR SARS-CoV-2 negativa. Colheu urocultura e hemoculturas e iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone. Durante o internamento com agravamento clínico, febre persistente, com pele marmoreada nos mem-

bros inferiores e aumento do tempo de perfusão capilar, manutenção da coaquiopatia e da elevação dos parâmetros inflamatórios sob antibioterapia empírica, reação compatível com Jarisch-Herxheimer; gasimetricamente com hiperlactacidemia e acidose metabólica: sem isolamentos microbiológicos. Repetiu TC TAP que excluiu eventos vasculares. Ecocardiograma sem aparentes vegetações. No 3º dia de internamento foi isolado, por biologia molecular do sangue periférico, Borrelia spp. tendo iniciado doxiciclina. Foi avaliado por Neurologia, sem evidência de neuroborreliose, com pesquisa de Borrelia spp. no LCR negativa. Cumpriu 14 dias de ceftriaxone e 21 dias de doxiciclina com melhoria clínica e analítica.

Discussão: Este caso ilustra um diagnóstico improvável de borreliose de Lyme dado o contexto epidemiológico e período sazonal, enaltecendo a importância de uma anamnese cuidada e de um estudo etiológico detalhado. O diagnóstico por vezes torna-se mais difícil, em parte devido à diversidade de características clínicas, epidemiológicas e laboratoriais, constituindo um permanente desafio para a comunidade médica.

PO 60

DA SUSPEITA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AO PNEUMOMEDIASTINO IATROGÉNICO

Sabina Belchior Azevedo, Sara Pereira, Ana Sofia Ferreira, Rafael Freitas Lopes. Liliana Costa Hospital Conde de Bertiandos, Unidade Local de Saúde Alto Minho

O pneumomediastino pode ser espontâneo ou secundário, sendo a iatrogenia por procedimentos maxilofaciais ou biópsias aspirativas rara mas bem documentada. Apresenta-se o caso de uma mulher com antecedentes de lesão neoformativa do mento com invasão da mandíbula (1A) que recorreu ao SU por síncope e dor na região mandibular, um dia após uma biópsia aspirativa da lesão. Por suspeita de tromboembolismo pulmonar realizou angiografia com evidência de pneumomediastino anterior (1B,1C) secundário ao procedimento. A história clínica é crucial para a suspeição clínica e posterior correto diagnóstico

PO 68

MIELOMA MÚLTIPLO E CARCINOMA DO PULMÃO: CASO CLÍNICO

Catarina Faustino, Joana Santos, Carolina Pais Neto, Marta Valentim

Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução: O mieloma múltiplo é a segunda neoplasia hematológica mais comum e o carcinoma do pulmão é a terceira neoplasia mais frequente no mundo. No entanto, a apresentação síncrona destas duas entidades encontrase vagamente descrita na literatura.

Caso clínico: Mulher de 68 anos. ex-fumadora (40 UMAs), com diagnóstico recente de mieloma múltiplo com desenvolvimento secundário de amiloidose AL. Por atingimento renal secundário ao quadro, iniciou terapêutica de substituição de função renal. Nessa altura, foi ainda objetivada, inicialmente em TC tórax a presença de lesão nodular na base do pulmão esquerdo de 18 mm, com características suspeitas, que posteriormente revelou em PET scan hipercaptação sugestiva de processo maligno, sem outras lesões suspeitas. Foi realizada biópsia, que excluiu a presença de malignidade. Tendo assim sido dado início à quimioterapia (QT) com Bortezomib e Daratumumab. Dois meses depois é admitida para estudo de febre sem foco. Nesta altura teria cumprido 3 ciclos de QT. Dado tratar-se de uma doente imunossuprimida, em hemodiálise, sem clínica focalizadora, colocou-se hipótese de infeção associada ao cateter, pelo que foi removido e foi iniciado curso de antibioterapia com ceftazidima e vancomicina, que cumpriu durante 7 dias, sem melhoria clínica ou analítica. Todas as culturas foram negativas. Optou-se por realizar estudo com TC TAP que demonstrou a lesão nodular na base pulmonar esquerda, previamente conhecida, com aumento do tamanho para 26 mm. Foram colocadas as hipóteses de se tratar de um plasmocitoma versus depósito de amiloide versus outra neoplasia síncrona. Tendo isto em conta, levantou-se a suspeita de se tratar de um quadro de febre em contexto neoplásico. Nesse sentido, realizou novamente PET que mostrava hipermetabolismo anómalo da lesão e de adenopatia paratraqueal inferior direita. Assim, foi submetida a nova biópsia, que confirmou um carcinoma não pequenas células, com positividade para expressão de PD-L1. Durante o internamento foram excluídas causas infeciosas e outras lesões sugestivas de malignidade, sendo que a partir do 10º dia de internamento e sob corticoterapia a doente manteve apirexia sustentada e descida dos parâmetros inflamatórios. Foi orientada para as respetivas especialidades, para início de abordagem terapêutica conjunta. Discussão: Apesar de ser rara a apresenta-

Discussão: Apesar de ser rara a apresentação síncrona de uma neoplasia hematológica e uma sólida, neste caso pulmonar, tornouse imperativo perceber a etiologia da lesão pulmonar descrita neste caso, dado o crescimento mesmo sob QT e as características suspeitas da mesma. Assim, trazemos este caso para dar ênfase à importância de um correto estadiamento de uma neoplasia, dada a necessidade de uma estratégia de tratamento multidisciplinar, num caso de neoplasias síncronas.

P0 71

DIARREIA SECUNDÁRIA A OLMESARTAN. UM CASO RARO, UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO

Sérgio Gomes Ferreira, Luis Fernandes, Sara Santos, Sofia Ferreira, Filipa Duarte, Joana Sequeira CHEDV

Introdução: A diarreia é uma das principais causas de recorrência aos cuidados de saúde, sendo a crónica, definida como alteração persistente da consistência das fezes (moles. entre 5 a 7 na escala de Bristol) e aumento da frequência de evacuações (mais de 3 por dia) durante 4 semanas ou mais. Nos países desenvolvidos, as causas comuns são síndrome do intestino irritável, doença inflamatória intestinal, síndromes de má absorção e infecões crónicas. A seleção de exames complementares de diagnóstico (ECD) específicos e o timing de realização destes, dependem de uma avaliação da probabilidade de um diagnóstico específico, do tratamento disponível, da gravidade de sintomas e das comorbilidades. Contudo, a etiologia da diarreia pode ser estabelecida em mais de 90% dos pacientes. Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher, de 78 anos, com antecedentes patológicos de hipertensão arterial medicada com olmesartan, dislipidemia controlada com estatina e fibrilação auricular sob anticoagulação com ACOD. Apresentou, após introdução de olmesartan, múltiplos quadros de diarreia com lesão renal aguda e distúrbios iónicos associados, tendo necessitado de internamentos no Servico de Medicina Interna por cinco vezes no mesmo ano, durante mais de quatro semanas. Os episódios cursavam com 7-8 dejeções por dia, com fezes líquidas amareladas, sem sangue objetivável e sem dor abdominal associada. Durante os internamentos, e consequente seguimento em consulta externa, foi efetuado estudo etiológico da diarreia. A nível analítico, de salientar ele-

vação da velocidade de sedimentação, cinética de ferro compatível com estado inflamatório, sem défices vitamínicos documentados. As enzimas pancreáticas eram normais. O estudo autoimune revelou-se também negativo, assim como a calprotectina fecal, gastrina e elastase. Os vários estudos microbiológicos e leucócitos fecais revelaram-se consistentemente negativos assim como as serologias víricas séricas. A PSOF foi também negativa. Na avaliação do grau de digestão de alimentos, a gordura revelou-se negativa, com raras fibras musculares. Quanto ao estudo imagiológico, realizadas TC e enteroRMN sem alterações de relevo. Realizou EDA e EDB, sem francas alterações, e também realizadas biópsias que não identificaram desvios morfológicos relevantes da mucosa. Após revisão multidisciplinar e decisão de suspender olmesartan por se assumir fármaco como possível gatilho para o quadro, não voltaram a recorrer os episódios de diarreia, tendo sido assumido o diagnóstico de diarreia secundária a olmesartan.

Conclusão: Os diagnósticos clínicos, conforme se demonstra neste caso, poderão não ser realizados exclusivamente com exames complementares de diagnóstico, mas sim com base na história clínica e investigação da medicação crónica. O caso apresentado demonstra isso mesmo, tendo sido a terapêutica, a suspensão do próprio fármaco este, muito raramente causador de diarreia (<1%).

P0 72

CHOQUE NUMA ENFERMARIA, UM DIAGNÓSTICO EM CONTRA-RELÓGIO

André Santos, Filipa Sousa, Catarina R. Silva, Lénea Porto, Edite Nascimento Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma emergência altamente subdiagnosticada, sendo a terceira causa de morte por evento cardiovascular. Com sinais e sin-

tomas pouco específicos que se sobrepõe a patologias como EAM, tamponamento cardíaco, pneumotórax, disseção da aorta, entre outros, o diagnóstico requere um elevado nível de suspeição e realização de Angio-TAC torácico ou a cintigrafia de ventilação/perfusão, exames por vezes não imediatamente disponíveis. A entrada da ecografia point-of-care (POCUS) na prática do clínico em emergência ou enfermaria permite aumentar a rapidez e acuidade diagnóstica do doente instável.

Caso clínico: Mulher de 68 anos, fumadora, com antecedentes de HTA e DM tipo 2 admitida para estudo de suspeita de neoplasia gástrica. Durante o internamento foi ativada a emergência interna por dessaturação importante, desconforto generalizado e hipotensão após episódio de ida ao WC. Ao exame objectivo apresentava-se agitada, polipneica com FR de 30-40cpm, Sp02 de 86% em ar ambiente, TA de 74/45mmHg, FC de 126bpm e sinais de má perfusão periférica. Realizada GSA, revelou pH 7.47; pC02 17; p02 58; sP02 89%; Lac 8.1. Assumido quadro de choque, provavelmente cardiogénico/obstrutivo, foram realizadas medidas de ressuscitação imediatas com estabilização do perfil tensional e saturação de 94% com FiO2 de 40%. Foi imediatamente realizada avaliação POCUS que, em janela pulmonar, revelou presença de padrão A difuso, com algumas linhas B nos campos inferiores, com ausência de sinais de pneumotórax, derrame pleural ou patologia intersticial. A avaliação cardíaca excluiu derrame pericárdico ou sinais de disfunção verticular esquerda. O exame de câmaras direitas revelou disfunção severa do ventrículo direito, com acinesia da parede livre (sinal de McConnell), associada a dilatação ventricular e auricular marcadas. A avaliação da VCI revelou dilatação com ausência do normal colapso inspiratório. Neste momento com base nos achados e contexto clínico, assumiu--se TEP como a provável causa do choque. A doente realizou Angio-TAC torácica urgente que confirmou extenso TEP de expressão aguda central com trombo visível desde a porção mais distal do tronco da artéria pulmonar, com envolvimento trombótico dos lobos inferiores e superiores de ambos os pulmões. Foi realizado também Angio-TAC cerebral que excluiu tematização cerebral. A doente iniciou trombólise com alteplase e foi admitida no Serviço de Medicina Intensiva.

Discussão: No caso apresentado, a realização de ultrassonografia à cabeceira da doente permitiu rapidamente excluir a maioria dos diagnósticos diferenciais para a causa do quadro de choque e orientar prontamente a realização do mais adequado estudo de imagem à situação, evitando-se a perda de tempo com outros exames complementares mais acessíveis como Rx de tórax ou ECG demorariam 30-45 minutos a realizar e que iriam apenas permitir excluir algumas causas que em poucos minutos foram excluídas com a realização de POCUS.

P0 78

UM NÓDULO NA MAMA E UMA HIPERCALIÉMIA REFRATÁRIA – UM EPISÓDIO DE URGÊNCIA

Carolina Anjo, Sofia Pereira, Joana Silva Marques, Gabriel Atanásio Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução: A insuficiência da suprarrenal é uma doença endocrinológica rara, caracterizada pela diminuição da produção das hormonas suprarrenais. Apresenta-se tipicamente com hipoglicémia, hiponatremia e hipercaliemia, assim como os sintomas associados a estes. Pode ser de causa primária ou central. Entre as causas primárias, encontramos as autoimunes, infeciosas, metastáticas, medicamentosas e inflamatórias. Tendo em conta todo este espetro, a identificação da causa torna-se relevante em termos de tratamento e

de prognóstico. O diagnóstico obtém-se pela realização do teste de estimulação de ACTH e pelo doseamento das hormonas adrenais. Caso clínico: Mulher, de 68 anos, com antecedentes de doença afetiva endógena, diabetes mellitus tipo 2, insuficiência cardíaca e hipotiroidismo, recorreu ao Servico de Urgência (SU) por prostração e dispneia com início nesse mesmo dia associados a edemas dos membros inferiores e cansaco de agravamento progressivo com evolução de cerca de 3 meses. Ao exame objetivo, encontrava-se hipotensa com tensão arterial de 94/56 mmHg. hipoxémica e hipervolémica com ascite e edemas exuberantes dos membros inferiores até à raiz das coxas. Palpava-se uma massa dura, irregular, no quadrante superior esquerdo da mama direita. Analiticamente, para além da hipoxemia já verificada perifericamente, apresentava acidose respiratória, hiperlactacidémia, hipercaliémia de 6.7 mg/dL, hipoglicémia de 60 mg/dL, hiponatremia de 129 mg/ dL, lesão renal, anemia ligeira e elevação das transaminases. A radiografia de tórax revelou volumoso derrame pleural direito. Durante a permanência no SU, foi algaliada (diurese de 40 ml em 3h) e fez terapêutica de correção da hipercaliémia. No entanto, a doente manteve níveis de potássio elevados após 120 mg de furosemida, 10 unidades de insulina, salbutamol e bicarbonato. Fez tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica que revelou uma formação tumoral na mama direita, com lesões sugestivas de metastização hepática, suprarrenal, óssea e cutânea, para além da ascite. Perante a suspeita clínica de insuficiência da suprarrenal de causa metastática, a doente foi admitida em internamento para otimização clínica e terapêutica. Durante o internamento. tendo em conta a situação clínica, a família optou por não prosseguir investigação. No entanto, a doente apresentou uma boa resposta à corticoterapia.

Discussão: Insuficiência da suprarrenal ocorre em aproximadamente 3-8% dos doentes com metástases da suprarrenal. Neste caso, pretende-se não só alertar para a importância dos rastreios como para a importância da suspeição precoce de insuficiência da suprarrenal, visto que, o atraso no diagnóstico pode culminar numa situação de crise adrenal, potencialmente fatal. Para além disso, importa realcar a importância de um exame físico completo e do raciocínio clínico, de modo a permitir um tratamento o mais dirigido possível.

PO 81 SÍNDROME DE LÖFGREN - CASO CLÍNICO

João Peixoto, Dilva Silva, Lèlita Santos CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A sarcoidose é uma doença multissistémica, granulomatosa, não caseosa, cuia etiologia e fisiopatologia não se encontram completamente esclarecidas. Tem uma apresentação clínica variável, em função dos órgãos e sistemas afetados, com um início e evolução habitualmente indolentes. Existe, contudo, uma forma aguda da doenca, a Síndrome de Löfaren, tendencialmente autolimitada, e que se caracteriza pela tríade clássica de eritema nodoso, adenopatias hilares bilaterais e poliartrite. Caso clínico Mulher de 27 anos, ex-fumadora (2.5 UMA), sem medicação habitual, foi referenciada à consulta de Medicina Interna por eritema nodoso localizado na face anterior de ambas as penas, com cerca de 2 semanas de evolução, associado a artrite dos ioelhos e tibiotársicas. Iniciou AINEs e foi realizado estudo etiológico, cuios resultados foram a favor de Sarcoidose: PCR 3.39mg/dL, VS 43 mm/h, SACE 92 U/L: Rx--Tórax com reforço peri-hilar bilateral sugestivo de adenopatias, que foi confirmado por TC-Tórax de alta resolução, com descrição de alargamento hilar bilateral e simétrico, em

provável relação com presença de conglomerados adenopáticos, achados que poderão corresponder a sarcoidose ganglionar. Perante esta suspeita diagnóstica, foi ainda realizada broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar que revelou ativação linfocitária (CD4 88% e relação CD4/CD8 9.8%), com exame microbiológico e pesquisa de micobactérias negativos, achados que vieram apoiar a hipótese de Sarcoidose. Assim, considerando os achados clínicos, laboratoriais e radiológicos e após exclusão de outras etiologias, foi feito o diagnóstico de Síndrome de Löfgren, tendo sido iniciado tratamento com Prednisolona 20mg/dia, por ausência de resposta a AINEs, com redução progressiva da dose, cumprindo 12 meses de tratamento. Apresentou melhoria clínica e analítica progressivas, com resolução completa das lesões cutâneas e da artrite, provas funcionais respiratórias sem alterações de relevo e sem evidência de envolvimento extra-torácico adicional.

Discussão: A Síndrome de Löfgren corresponde a uma apresentação aguda e rara de sarcoidose que atinge maioritariamente o sexo feminino, entre a 2ª e a 3ª décadas de vida. Caracteriza-se pelo aparecimento de uma tríade clássica (eritema nodoso, adenopatias hilares e poliartrite), cuja especificidade de 95% para a doença dispensa a realização de biópsia, habitualmente necessária para a confirmação do diagnóstico de sarcoidose. A Síndrome de Löfgren tende ainda a apresentar um curso clínico monofásico, associando-se a um bom prognóstico, com resolução completa do quadro, o que a diferencia também da forma mais clássica de sarcoidose, indolente e multissistémica.

PO 84

SÍNDROME DE SWEET - CASO CLÍNICO

João Peixoto, Duarte Silva, Cristina Martins, Dilva Silva, Pedro Ribeiro, Lèlita Santos CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A Dermatose neutrofílica febril aguda, é uma síndrome inflamatória, também conhecida por Síndrome de Sweet, que apesar da sua apresentação clínica típica, com febre e lesões cutâneas, constitui um diagnóstico diferencial, embora raro, de síndrome febril indeterminado.

Caso clínico: Mulher, de 70 anos, sem antecedentes relevantes ou medicação habitual, internada no Servico de Medicina Interna para estudo de quadro febril, associado a placas cutâneas, infiltradas, eritematosas e dolorosas ao nível dos membros inferiores, com 15-60mm de diâmetro, em doente residente em meio rural e com história de ferida provocada por galo no punho esquerdo, 3 dias antes do início dos sintomas. Analiticamente à admissão apenas com PCR 17.76mg/dL e leucocitose (13.1x109/L) neutrofílica (11.7x109/L). Por suspeita de zoonose, foram iniciados, ainda no SU, Ceftriaxone e Doxiciclina empíricos. Nos 3 primeiros dias de internamento. verificou-se agravamento do quadro, com persistência da febre e elevação da PCR e VS (74mm/h), maior intensidade das queixas álgicas e surgimento de lesões pseudovesiculosas nos membros inferiores e tronco. Perante a suspeita de dermatose neutrofílica aguda, foram realizadas biópsias incisionais, que à posteriori, confirmaram o diagnóstico. Foi iniciado corticóide sistémico, com rápida melhoria das lesões, das queixas álgicas e dos parâmetros inflamatórios. Do estudo complementar realizado, não foi identificada doença infeciosa, e foram excluídas doenças auto-imunes e neoplasias.

Discussão: A Síndrome de Sweet pode ocor-

rer em contextos neoplásicos, que é a causa mais frequente nos idosos. Neste caso, o diagnóstico foi confirmado tendo por base a clínica típica, a biópsia e a resposta à corticoterapia, assumido num contexto de hipersensibilidade à ferida provocada pela picada do galo, após exclusão das restantes causas mais frequentemente associadas a esta síndrome, nomeadamente a induzida por fármacos ou neoplasias, quer hematológicas ou de órgãos sólidos.

PO 85

A HEMATÚRIA COMO UM SINAL DE ALERTA

Bárbara Azevedo de Sousa, Joana Silva, Joana Fontes, Carlos Rego Gonçalves, Nereida Monteiro, António Ferro, Paula Brandão Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital Conde de Bertiandos

Introdução: A hematúria, definida como a presença anormal de eritrócitos na urina, tem diversas etiologias, desde patologias incidentais até condições que apresentam risco de vida. Portanto a sua abordagem é de extrema importância, para melhor definir a etiologia e o tratamento mais adequado.

Caso clínico: Doente de 21 anos, sexo masculino. Antecedentes pessoais de excesso de peso, amigdalites de repetição na infância e litíase renal não obstrutiva. Sem história familiar de nefropatia. Recorre ao servico de urgência por quadro de odinofagia e febre com cerca de 5 dias de evolução, seguido de hematúria macroscópica. Ao exame objetivo com orofaringe ruborizada com exsudados amigdalinos e perfil hipertensivo. Analiticamente a destacar anemia ligeira, leucocitose com neutrofilia, lesão renal aguda e exame de urina com eritrocitúria, sem proteinúria. Ecografia com rins de dimensões normais com marcado aumento da ecogenicidade parenquimatosa bilateralmente, sem dilatação dos sistemas excretores. Cumpriu 7 dias de anti-

bioterapia com amoxicilina/acido clavulânico, com boa evolução clínica, resolução da hematúria e recuperação parcial da função renal. Colheu estudo analítico alargado negativo, incluindo estudo imunológico e serológico. Por perfil hipertensivo, ficou medicado com ramipril. Assim, assumida síndrome nefrítica aguda por nefropatia Imunoglobulina A (IgA) provável. Durante o seguimento, permaneceu assintomático, com normalização da função renal e do sedimento urinário, com bom controlo tensional, pelo que foi dispensada a biopsia renal, mantendo vigilância.

Discussão: A Nefropatia por IgA é considerada uma das formas mais frequentes de glomerulopatia primária no adulto, sendo a sua evolução clínica extremamente variável. Muitas vezes, a evolução favorável, sem fatores de risco para progressão associa-se a um bom prognóstico. Tal como no caso clínico apresentado, de uma provável nefropatia de IgA com boa evolução.

PO 88

O DESAFIO DA NEUROSSÍFILIS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Bárbara Sousa, Joana Silva, Carlos Rego Goncalves. José Cruz Araújo, Sofia Lopes, António Ferro, Paula Brandão

Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital Conde de Bertiandos e Hospital de Braga

Introdução: A neurossífilis (NS) é a infeção do sistema nervoso central (SNC) causada pela bactéria Treponema pallidum. É uma doenca associada a elevada morbi-mortalidade quando não tratada.

Caso clínico: Homem de 77 anos, reformado (trabalhava como eletricista), antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes. Por quadro de lentificação progressiva com vários meses de evolução, descrito como mais apático, com mais dificuldade em expressar-se e com perda de memória, foi medicado com antidepressivos. Simultaneamente com declínio ao nível funcional progressivo. Ficou internado e realizou estudo analítico com VDRL sérico positivo (1/64) e líquor com pleocitose, proteinorráquia, VDRL positivo (1/32) e TPHA positivo (1/2560), tendo sido diagnosticada neurossífilis e tratado com antibioterapia endovenosa. Fez estudo vascular extra e intracraniano que não evidenciou vasculopatia. Após o internamento, verificou-se uma excelente recuperação cognitiva. Do estudo do líguor aos 6 meses ainda com ligeira pleocitose e proteinorráguia e VDRL 1/16. Alguns meses depois, iniciou sintomatologia compatível com atividade alucinatória somática - queixava-se de fios na boca, que tentava remover insistentemente e chega a tentar cortá-los com uma tesoura. inclusive com trauma acidental neste contexto. Por esta sintomatologia, foi avaliado em consulta de psiguiatria e tentados vários psicofármacos, sem melhoria. Repetiu estudo de líguor, mantendo pleocitose e proteinorráguia, subida de título de VDRL para 1/32 e VDRL sérico de 1/32. Decidiu-se internamento para novo tratamento, cumprindo antibioterapia com penicilina endovenosa com resolução posterior dos sintomas alucinatórios.

Discussão: A NS pode apresentar quadros clínicos similares a outras doenças do sistema nervoso, podendo ser confundida, mesmo após anos de acompanhamento, com doenças neurológicas ou psiquiátricas, tal como no caso apresentado. Portanto, é fundamental o seu diagnóstico e tratamento.

PO 90

SÍNDROME DE LEMIERRE – UMA COMPLICAÇÃO RARA DE UMA INFEÇÃO RECORRENTE

Nádia Santos, Luis Luz, Luis Duarte, Sandra Cunha, Cláudia Diogo, Vânia Rodigues, Renato Saraiva *Centro Hospitalar de Leiria*

A Síndrome de Lemierre é uma entidade clinica que se traduz pela tromboflebite séptica da veia jugular interna, pós infeção por anaeróbios da cabeca ou pescoco. Embora no passado tivesse elevada incidência, o aparecimento de antibióticos e seu uso regular no tratamento de amigdalites bacterianas, tornou-a rara nos dias de hoje. Os autores apresentam o caso clinico de uma mulher de 22 anos, previamente saudável, com queixas de febre (39°C), que não cede a antipirético em ambulatório, com três dias de evolução. Tinha queixas de cefaleia, fotofobia e odinofagia com um dia de evolução. Referia gravidez prévia sem intercorrências. Sem outos antecedentes relevantes. Ao exame objetivo apresentava-se orientada, corada e hidratada, febril, normotensa, taquicárdica, sem sinais de dificuldade respiratória, com boas saturações periféricas. Não foram observados exsudados faríngeos. Auscultação pulmonar e cardíaca normal e exame abdominal sem alterações. Sem edemas periféricos. Sem adenomegalias cervicais, ou outras, palpáveis. Apresentava rigidez da nuca e sinal de Kernig negativo. Apresentou raio-X de tórax normal e exame sumário de urina sem alterações. Analiticamente apresentou 24.300 leucócitos. PCR de 183 mg/dL, procalcitonina de 27, sem outras alterações relevantes, e gasometria arterial normal. Efetuou antipirético e colheram--se hemoculturas, urocultura e antigenúrias. Perante o quadro apresentado, ponderou-se infecão do sistema nervoso central e efetuou-se punção lombar (PL). Iniciou-se tera-

pêutica empírica com ceftriaxone, aciclovir e vancomicina em doses meníngeas. Ao segundo dia de internamento apresentou melhoria do estado geral e apirexia. Queixas de dor cervical de novo, associada a adenomagalia bilateral, com observação de orofaringe hiperemiada e amígdalas pultáceas. Resultado de PL sem alterações, antigenúrias negativas e hemoculturas e urocultura sem isolamento de agente, pelo que se ajustou antibioterapia para ceftriaxone. Fez-se Tomografia Computorizada com contraste de pescoco, com evidência de coleção hídrica de parede peri-amigdalina abcedada e trombose venosa jugular interna esquerda. Por apresentar processo infeccioso orofaríngeo e resultado imagiológico obtido, assumiu-se diagnóstico de síndrome de Lemierre, apesar de hemoculturas com resultado negativo. Associou-se metronidazol à terapêutica médica e a doente foi transferida para o serviço de Otorrinolaringologia, a ponderar drenagem do abcesso. A síndrome de Lemierre é uma doença rara e grave, secundária a infeções otorrinolaringológicas comuns, cujo diagnóstico apenas é feito após elevada suspeição clinica. É preciso estar atento a sinais e sintomas, levantando esta hipótese como provável causa para uma febre sem foco, apesar de pouco habitual nos dias de hoje. Apenas um diagnóstico precoce e o tratamento antibiótico adequado com boa cobertura anaeróbica poderá melhorar o prognóstico destes doentes, reduzindo a mortalidade e morbilidade associadas.

PO 94

UMA CAUSA RARA DE SIALOADENITE: EFEITO SECUNDÁRIO DE INIBIDORES DA ENZIMA DE CONVERSÃO DE ANGIOTENSINA

Marta Fernandes, Catarina Branco, Rita Maciel, Rita Costa

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: A sialoadenite pode ter múltiplas causas, sendo a infeciosa a mais comum. Os fármacos são uma causa rara de inflamação das glândulas salivares. Os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (iECA) estão entre os fármacos já referidos na literatura como uma possível causa. O mecanismo não está bem estabelecido, mas pensa-se estar relacionado com a diminuição do fluxo salivar condicionada por estes fármacos.

Caso clínico: Homem de 59 anos com antecedentes de hipertensão arterial (HTA). dislipidemia e obesidade. Medicado com atorvastatina, mas sem terapêutica antihipertensora, Recorreu ao Servico de Urgência (SU) em Março de 2022 por noção de edema na região cervical e orofaríngea cerca de três horas após autoadministração de comprimido de perindopril. À observação, sem achados. Teve alta com indicação para vigilância tensional e evicção dos iECA. Em Outubro de 2022, recorre novamente ao SU por edema na região submandibular associado a dificuldade na deglutição, iniciadas cerca de 1 hora após ingestão de um comprimido de ramipril. prescrito nesse dia. À avaliação no SU. encontrava-se eupneico, sem sinais de dificuldade respiratória e hemodinamicamente estável. Associadamente, apresentava uma tumefação submandibular bilateral de novo, de consistência mole. Do estudo realizado. analiticamente sem síndrome inflamatória. mas ecograficamente com aumento simétrico das dimensões das glândulas submandibulares, com foco de adenite em cada uma

das glândulas. Sem intercorrências nas seis horas de vigilância hospitalar, verificando-se uma diminuição acentuada e espontânea do volume das glândulas, sem qualquer impacto na deglutição. Atendendo à relação temporal nos dois episódios ocorridos, ausência de alterações relevantes no estudo analítico e, de acordo revisão da literatura, assumiu-se o diagnóstico de sialoadenite associada a iE-CAs. O doente teve alta sob amlodipina para controlo do perfil tensional.

Conclusão: Apesar de ser um efeito lateral raro, existem na literatura casos descritos de sialoadenite associada a iECAs. O mecanismo subjacente desta reação não é claramente conhecido e o diagnóstico é presuntivo, uma vez que não existem testes diagnósticos definitivos que o permitam confirmar. Neste caso, devido à recorrência dos sintomas e à exclusão de outras causas, assumiu-se o diagnóstico, decidindo-se alterar o fármaco antihipertensor. Dado o uso generalizado dos iECAs, é fundamental conhecer efeitos laterais menos frequentes, que podem ser interpretados erroneamente como episódios de angioedema.

PO 96

UMA CAUSA RARA DE OUILOTÓRAX

Patrícia Rocha, Núria Condé Pinto. Margarida Arantes Silva, Glória Goncalves, Paulo Bandeira, Paula Baptista, Mário Esteves Centro Hospitalar Médio Ave, Serviço de Medicina Interna

Introdução: O quilotórax é uma entidade rara, causada principalmente por rotura traumática do ducto torácico. A orientação apropriada do quilotórax implica a identificação da sua causa. Assim, quando não existe história de trauma nem evidência de doença maligna, outras etiologias mais raras devem ser consideradas.

Caso clínico: Mulher de 65 anos, com antecedentes de síndrome depressivo. Recorreu ao serviço de urgência por clínica com 15

dias de evolução de astenia, dispneia para mínimos esforços e edemas dos membros inferiores. Na radiografia torácica apresentava derrame pleural direito de novo. Realizou toracocentese que mostrou líquido pleural de aspeto leitoso, com triglicerídeos de 199 mg/ dl e colesterol total de 22 mg/dl, compatível com guilotórax. Tratava-se de uma doente sem história de trauma nem malignidade. Da investigação etiológica realizada, foi constatado um síndrome nefrótico (proteinúria com relação proteína / creatinina na urina pontual de 12.19, hipoalbuminémia de 2 g/ dl e edemas periféricos, associada a hiperlipidémia com colesterol total de 457 mg/dl e triglicerídeos de 280 mg/dl). Analiticamente apresentava creatinina de 0.78 mg/dl, ureia de 44 mg/dl, gama-glutamil transferase de 3099 UI/L, fosfatase alcalina de 1020 U/L, NTproBNP 1001pg/ml, proteinograma com bisalbuminemia e pico alfa-2 e elevação da razão das cadeias leves livres no soro kappa/lambda de 37,79. Dos exames imagiológicos, apresentava ecografia abdominal com pequena quantidade de líquido ascítico na escavação pélvica, hepatomegalia e rins de morfologia e dimensões normais; ecocardiograma transtorácico com hipertrofia biventricular. Num curto espaço temporal, a doente evoluiu com insuficiência renal e respiratória, com necessidade de transferência hospitalar para escalada de nível de cuidados. Completou a investigação no segundo hospital, onde se veio a diagnosticar amiloidose AL.

Discussão: Algumas causas do quilotórax são raras podendo conduzir a atrasos no seu diagnóstico e orientação. Esses atrasos podem condicionar um pior prognóstico ao doente. Assim, se não houver evidência de trauma ou malignidade, a restante investigação do quilotórax deve ser prontamente realizada e o doente monitorizado, de modo a podermos oferecer o tratamento mais adequado.

PO 98

UM MAL NUNCA VEM SÓ!

Sofia Moreira, Dora Gomes, Raquel Pinto. Hugo Ventura, Beatriz Silva, Catarina Oliveira, André Martins, Edite Nascimento Centro Hospitalar Tondela- Viseu

Introdução: A Psoríase é uma doença inflamatória crónica da pele, com várias manifestações sistémicas, associada a outras comorbilidades. Uma das associações que existe, embora relativamente rara, é com a Doença Inflamatória Intestinal, que sendo também uma doença inflamatória sistémica, pode apresentar um vasto legue de sintomas. muitas vezes atípicos.

Caso clínico: Homem, 46 anos, admitido no SU por anorexia com 3 semanas de evolução e astenia com 1 semana de evolução. Referia ainda perda ponderal, poliartralgias durante o último ano. Dos antecedentes, salienta-se: psoríase, anemia macrocítica e hiperuricemia. Incumpridor terapêutico. Na admissão febril (38,6°C). Sem outras alterações de relevo ao exame objetivo. Analiticamente com anemia normocítica, hiponatremia, LRA e elevação dos parâmetros inflamatórios. Apresentava combur com marcada presenca de eritrócitos, mas sem alterações à ecografia renovesical e nos outros exames realizados. Colheu rastreio sético, e foi admitido em internamento sob antibioterapia empírica. Culturas sem isolamento, e, apesar da melhoria dos parâmetros inflamatórios, manteve febre e degradação progressiva do estado geral. Resposta ao naproxeno com apirexia. Por queda do valor da hemoglobina, realizou estudo endoscópico, do qual se destaca colite aguda com ulceração. Realizou ainda TAC TAP que evidenciou múltiplas adenopatias e hepatoesplenomegalia, pelo que se realizou biopsia ganglionar que excluiu doença linfoproliferativa. Estudo serológico negativo. Já em ambulatório realizou PET, que mostrou resultados inespecíficos, mas excluía doença linfomatosa. Realizou nova colonoscopia cuja biopsia sugere D. Crohn.

Discussão: Como exemplificado no caso clínico, na presenca de manifestações sistémicas em doente com doença psoriática, torna--se importante pensar-se na coexistência de uma doença inflamatória intestinal, uma vez que o diagnóstico precoce terá impacto no tratamento e progressão da doença.

PO 99

CHILAIDITI SYNDROME

Marta Batista, Nadia Ferraz, Inês Amaral Neves. Jorge Cotter Hospital Senhora Oliveira

Mulher de 75 anos, autónoma com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2.

Recorre ao Servico de Urgência por dispneia com 1 semana de evolução, com agravamento nos dois dias prévios. Ao exame objetivo apresentava-se com saturações periféricas de 83% (FiO2 21%) e abolição do múrmurio vesicular na base direita.

Do estudo complementar, em imagem de tomografia computadorizada do tórax, apresentava subida da hemicúpula diafragmática direita, o lobo direito figado e o ângulo hepático do cólon a ocupar a metade inferior do hemitórax direito, atelectasia passiva dos planos basais do pulmão homolateral - síndrome de Chilaiditi. Sem outras alterações do estudo complementar.

Este caso evidencia uma síndrome rara que justifica o quadro clinico, sendo na maioria dos casos um achado acidental sem necessidade de tratamento cirúrgico.

PO 102

MENINGIOMA GIGANTE – DISPARIDADE CLÍNICA E IMAGIOLÓGICA

Sérgio Alves, Sara Sá, Rita Pera, Tiago Ceriz, Cristiana Batouxas, Andrei Gradinaru, Miriam Blanco ULSNE

Meningiomas representam 1/3 dos tumores primários do SNC. Mulher de 52 anos, autonoma, trazido ao SU por queda com TCE. Previamente com tonturas e desequilibrio com 1 dia de evolução, sem alterações neurológicas. Objectivada em exames de imagem Lesão arredondada frontal direita de 5 por 5cm. A doente foi submetida a remoção completa da neoplasia benigna revelando tratar-se de um meningioma atípico WHO grau 2. Sem complicações ou recorrência. Chama-se a atenção à parca manifestação clínica Os meningiomas da convexidade são associados a excelente prognóstico.

PO 103

LINFOMA ESPLÉNICO DA ZONA MARGINAL: UMA DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA

Sérgio Alves, Sara Sá, Rita Pera, Tiago Ceriz, Cristiana Batouxas, Marisol Guerra, Miriam Blanco ULSNE. CHTMAD

O Linfoma Esplénico da Zona Marginal (LEZM) é um linfoma não Hodgkin muito raro. Trata--se de uma doença linfoproliferativa crónica de linfócitos B indolente com probabilidade de 10% de evolução para linfoma B difuso de grandes células. O prognóstico é favorável comparativamente a outros tipos de linfoma. Reportamos o caso de um homem de 83 trazido ao SU por dor epigástrica e dor inquinal esquerda com perda ponderal de 8 kg nos últimos 6 meses (10% do peso habitual) e declínio moderado de autonomia. Tinha um histórico de recorrência ao SU 2 meses prévios por hérnia inguinal esquerda encarcerada, tendo sido obietivado nesse episódio anemia de 6.7g/dl e esplenomegalia. O doente assinou

alta contra parecer médico. Ao Exame Físico com edema labial e supraciliar com 7meses de evolução, conglomerado adenopático supra-clavicular direito, esplenomegalia, hérnia inquinal esquerda redutível e edema e rubor dos dedos das mãos. Analiticamente com anemia mantida de 7.6g/dl e leucocitose 93.500 com 90% de linfócitos, défices vitamínicos (ácido fólico 1.1mg/dl. Vitamina B12 221mg/dl e hipoalbuminemia) e consumo de complemento. O estudo vírico revelou-se negativo. Ao esfregaço de sangue periférico com linfoblastos. O TAC toraco-abdomino--pelvico revelou adenopatias cervicais, axiais e inquinais com aumento do tecido linfóide e esplenomegalia homogénea. Pela suspeita de síndrome linfoproliferativo foi contactada Hematologia que deu indicação para suplementação com unidades de concentrado de eritrócitos, carboximaltose férrica, ácido fólico e cianocobalamina e prednisolona 60mg/dia durante 5 dias. Realizou biópsia da pele e de gânglio inquinal com diagnostico morfológico e imuno-fenotipico compatível com linfoma B de células da zona marginal. Foi após estabilização inicial, realizado tratamento com quimioterapia segundo protocolo R-CVP sem intercorrências e melhoria do infiltrado labial e periorbitário com recuperação do estado geral. O linfoma esplénico da Zona Marginal é uma entidade rara com patogenia associada ao virus da Hepatite C. A ecografia tem pouco valor diagnóstico e o TAC revela pouco mais que esplenomegalia. A PETmarca apenas acentuadamento o baço. Neste caso, o diagnóstico foi suportado pela histologia da pele e marcadores imuno-fenotípicos. O doente apresentava sintomas constitucionais pelo que foi tratado com quimioterapia combinada com rituximab com boa resposta. Pela escassez de manifestações típicas é uma entidade de dificil diagnóstico sendo necessário combinar diversas técnicas de diagnóstico.

3 DIAS. 3 DIAGNÓSTICOS 6 SEMANAS DE TRATAMENTO!

Sofia Moreira, Nídia Oliveira, Dora Gomes, Hugo Ventura, Beatriz Silva, Catarina Oliveira, André Martins, Edite Nascimento Centro Hospitalar Tondela- Viseu

A pneumonia é uma das principais causas de internamento em Portugal. A complicação mais prevalente é o derrame parapneumonico, que pode afetar 20 a 30% dos doentes. A persistência de sintomas após antibioterapia é o principal achado que deve levar à suspeita de complicações, merecendo investigação subsequente. Homem de 76 anos, diabético. que foi observado no serviço de urgência (SU) por toracalgia direita de início súbito. Três dias antes, tinha sido medicado com AINE por lombalgia. Na observação com taquicardia e diminuição do murmúrio vesicular (MV) na base direita. Radiografia de tórax com apagamento dos ângulos costo-frénicos bilateralmente. Análises com elevação de parâmetros inflamatórios. Por ausência de clínica focalizadora de infecão foi admitida insuficiência cardíaca e medicado com diurético. Três dias depois. regressou ao SU por persistência das queixas, início de febre e dispneia. Na observação com Sp02 93% (Fi02 21%), MV diminuído na base de ambos os hemitóraxes, sem edemas periféricos. Análises com elevação marcada de parâmetros inflamatórios (PCR 36.92 ma/dL). Radiografia de tórax mantendo os achados prévios, mas com hipotransparência lobar direita a sugerir pneumonia. Internado e medicado com ceftriaxone e azitromicina. Por manter febre e parâmetros inflamatórios elevados ao sexto dia de tratamento, sem isolamento de agente, realizou TC torácica que revelou consolidação da base pulmonar direita com broncograma aéreo, derrame pleural direito de moderado volume com sinais de organização, loculado a nível cisural,

originando pseudomassa. Não foi possível a sua drenagem segura com apoio ecográfico. Broncofibroscopia com escassas secreções seromucoides bilateralmente e lavado broncoalveolar e aspirado brônquico negativos para células neoplásicas, bactérias e sem deteção de DNA de BK. Após discussão multidisciplinar com Pneumologia e Cirurgia Torácica, optou-se pelo tratamento conservador com ceftriaxone e metronidazol que manteve em internamento durante 3 semanas. Repetiu TC torácica que mostrou coleção com 29x28mm de parede espessada e hipercaptante na base do hemitórax direito, sugestiva de coleção infetada/abcedada, com bolha gasosa na vertente superior. Tendo em conta a evolução clínica favorável e o tamanho da coleção, sem indicação para drenagem, optou-se por manter antibioterapia com amoxicilina-ácido clavulânico em ambulatório, até completar seis semanas. A reavaliação clínica e imagiológica, no final do tratamento, mostrou resolução completa. O caso supracitado relata uma das possíveis complicações da pneumonia, que se traduziu em derrame parapneumonico com posterior evolução para abcesso. Pretende-se chamar a atenção para a importância da reavaliação freguente destes doentes. uma vez que a evolução da pneumonia sob tratamento nem sempre é linear. Quando se detetam complicações é possível optar por tratamentos mais adequados, sendo eles invasivos ou conservadores, permitindo sua resolução e melhoria atempada.

ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES – UM DIAGNÓSTICO TARDIO

Miguel Falcão, Natacha Mourão, Catarina de Vasconcelos Fonseca, Ricardo Manuel Pereira, Joana Subtil, Ana Filipa Rebelo, Paulo Subtil, Fernando Salvador Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro

Introdução: A Arterite de Células Gigantes (ACG) é uma vasculite sistémica que atinge principalmente vasos de grande calibre, clinicamente apresenta-se com diferentes fenótipos clínicos.

Caso clínico: Mulher de 64 anos, autónoma, oficial de justiça. Observada no serviço de urgência por astenia de instalação insidiosa associada a perda ponderal, febre vespertina e hipersudorese noturna com 2 meses de evolução. Referência a cefaleias temporais cada vez mais intensas, com hipersensibilidade do couro cabeludo associada, e dor na cintura escapular. Negava alterações da visão, dor torácica, artralgias e alterações cutâneas. Sem outras queixas. Previamente teve internamento em hospital privado por presumível pericardite vírica, tendo tido alta com prednisolona 20 mg/dia, e recorreu ao médico assistente por persistência de sintomas, tendo sido medicada para um síndrome depressivo. Ao exame físico salienta-se, aspeto emagrecido, palidez cutânea e febre (38°C). Analiticamente: anemia normocítica normocrómica. leucocitose, proteína C reativa 17 mg/dL e velocidade de sedimentação 140mm/1ªh. Tomografia computorizada crânio/tórax/abdómen sem alterações patológicas. Admitida para estudo, na presunção de febre sem foco iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone, fluconazol e doxiciclina. Do estudo realizado, rastreio séptico, serologias víricas, painel zoonoses, estudo autoimune e líquido cefalorraquidiano, sem alterações. Por suspeição clínica de ACG realizou tomografia de positrões

que demonstrou sinais compatíveis com vasculite de grandes vasos com envolvimento da aorta e vasos torácicos derivantes e biópsia da artéria temporal não patológica. Assumido diagnóstico de ACG cumprindo 3 critérios classificatórios ACR 1990, pelo que iniciou 60 mg de prednisolona, com evolução favorável. Discussão/Conclusão: A ACG clinicamente apresenta-se com distintos fenótipos. neste caso salienta-se o extracraneal com atingimento de grande vaso presente em 20% dos casos, e a resposta inflamatória sistémica presente em 15% dos casos. Apesar da ausência da confirmação histológica, a clínica e as alterações analíticas e imagiológicas vasculares permitiram o diagnóstico, e foi possível uma célere orientação terapêutica, diminuindo a morbidade inerente a esta patologia. É importante conhecer todos os fenótipos clínicos da ACG.

PO 116

UM CASO DE PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO

ANA CARVOEIRO, Carolina Carvalho, Ana Raquel Afonso, Paula Felgueiras, Diana Guerra Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Serviço Medicina 1

Homem 22 anos, fumador, asmático. Vinda ao SU por dor torácica opressiva, irradiada ao pescoco e dorso e aumento de volume da região cervical, após episódio súbito de dispneia e tosse não produtiva. Sem história de trauma/exercício físico.Palpado enfisema subcutâneo cervical,com sibilância bilateral. A radiografia de tórax sugeria pneumomediastino, confirmado pelo TC de tórax, que mostrou atingimento de planos inferiores do pescoco e enfisema subcutâneo no tórax anterior.O pneumomediastino espontâneo é uma entidade rara, sendo a obstrução de vias aéreas,numa crise de asma,um dos fatores desencadeantes.

VASCULITE POR IGA NO ADULTO – DESAFIO CLÍNICO

Carolina Anjo, Catarina Almeida, Daniela Duarte, Joaquim Milheiro, Maria Lima Costa, Gabriel Atanásio, Marlene Delgado Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução: A vasculite associada à Imunoglobulina A (IgA) decorre da ativação neutrofílica provocada pela deposição de IgA na parede dos pequenos vasos. Afeta principalmente crianças, sendo mais rara no adulto (20:1) e estando associada a maior risco de complicacões neste último. Clinicamente, carateriza-se pelo aparecimento de lesões purpúricas palpáveis e de aparecimento súbito nos membros inferiores e. ocasionalmente, tronco e membros superiores. Associadamente, os doentes podem apresentar artralgia, artrite, dor abdominal, febre e hematúria ou proteinúria. O diagnóstico baseia-se na biópsia das lesões cutâneas através de imunofluorescência direta e o tratamento consiste em medidas sintomáticas, corticoterapia e/ou imunossupressão.

Caso clínico: Homem de 63 anos, com antecedentes patológicos de Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por lesões cutâneas a nível dos pés e terço inferior das pernas, com 3 semanas de evolução e agravamento no dia anterior com extensão proximal até à raiz das coxas e abdómen, bem como atingimento dos membros superiores. Ao exame objetivo, apresentava múltiplas pápulas eritematovioláceas e placas violáceas esboçando alvo nos segmentos mencionados previamente. Nas pernas, observaram-se ainda lesões em toalha, com placas cobertas por crostas necrohemorrágicas. Analiticamente, com aumento da PCR de 1.7 mg/dL, sem outras alterações nomeadamente da função renal. Efetuou biópsia cutânea, ficando a aguardar o resultado e foi internado para vigilância e estudo das lesões. Ao 3º dia de internamento, inicia quadro de dor abdominal e hematúria macroscópica. Apresentava ainda lesão renal aguda não oligúrica e proteinúria. Iniciou corticoterapia com prednisolona 80 mg/dia (1mg/Kg/dia) com evolução clínica favorável das lesões cutâneas e da disfunção renal. Posteriormente, a biópsia cutânea confirmou diagnóstico de Vasculite associada a IgA. Manteve-se em apirexia durante o internamento. O doente teve alta, mantendo a dose de corticoterapia, com consultas de Medicina e de Nefrologia marcadas, mantendo atualmente o seguimento.

Discussão: Tendo em conta a baixa incidência da vasculite por IgA em adultos, o seu diagnóstico constitui um grande desafio. O risco elevado de desenvolvimento de doença renal em estadio avançado, não havendo correlação documentada entre a sintomatologia inicial e o risco de lesão renal a longo prazo, reforça a importância do diagnóstico e orientação precoce.

PO 123

FECALOMA TORÁCICO

Rita Pera, João Lagarteira, Sara Sá, Teresa Rocha, Sérgio Alves, Andrei Gradinaru, Miriam Blanco *Unidade Local de Saúde do Nordeste*

Homem, 73 anos,autónomo. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, obstipação e abuso crónico do álcool. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por história de 3 episódios de lipotimia em 24h, astenia e dor abdominal com cerca de 3 dias de evolução. À admissão no SU, desconforto abdominal generalizado à palpação profunda, sem outras alterações de relevo. Tomografia abdominal a evidenciar na extensão torácica volumosa hérnia de hiato esofágico, que contém parte do estômago e do cólon transverso. Com este caso destacase a localização incomum de facaloma, que poderá justificar a lipotímia.

ROMBOENCEFALITE – UM CASO DE LISTERIOSE

Ana Gomes Tavares, Stephane Olivier, José Gallardo, Luisa Arez

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: A Listeria spp. É um bacilo gram positivo cuja espécie mais comum é a L. monocytogenes. Pode ser causadora de infeção do SNS principalmente em imunodeprimidos. recém-nascidos e em doentes com mais de 60 anos de idade. Estima-se que a sua incidência poderá chegar aos 20%, apesar de se encontrar subdiagnosticada. Adquirida através da ingestão de alimentos contaminados. a listeriose é predominante dos meses de verão. Pode apresentar complicações muito graves como: encefalite difusa, romboencefalite ou mesmo abscesso cerebral: sendo de extrema importância a suspeita clínica para diagnóstico e início precoces com ampicilina, frequentemente em associação com gentamicina.

Caso clínico: Homem de 71 anos com diagnosticado de asma grave medicado com benralizumab e com alta 2 dias antes de internamento hospitalar noutra instituição, com duração de 10 dias, por queda com hematoma do vermis cerebeloso, que teria apresentado reabsorção quase completa em TC-CE de controlo. É trazido ao Serviço de Urgência, em Setembro de 2022, por lentificação psicomotora com aproximadamente 36 horas de evolução e agravamento progressivo, ataxia da marcha e diplopia. Ao exame objectivo a destacar anisocoria (pupila direita em midríase fixa), afasia e hemiparesia esquerda. Analiticamente: leucócitos 14 400 (66% de neutrófilos) e PCR 34,2. TC-CE cerebral sem alterações agudas de relevo. Realizada puncão lombar com LCR ligeiramente turvo, 515 células (predomínio linfocitário, 26% de PMN);

realizada pesquisa molecular que detectou a presenca Listeria monocytogenes. Posteriormente, as hemoculturas com crescimento de Listeria. Inicou terapêutica com ampicilina e gentamicina que manteve durante 21 dias. sem toxicidade. Fez adicionalmente RMN que evidenciou lesões extensas compatíveis com rombencefalite infeciosa. Verificou-se resolução do quadro infecioso ativo, embora o doente permanecesse com seguelas: lentificação psicomotora generalizada embora tivesse recuperado da afasia e cumprisse ordens simples e hemiparesia esquerda braquial. Teve alta encaminhado para RNCCI para continuar Programa de Reabilitação; e ainda para consulta de Neurologia.

Discussão: Este caso pretende relembrar uma etiologia rara de meningoencefalite Listeria monocytogenes ; para o qual o internista deve ter um alto grau de suspeição clínica, não só pela sua gravidade, mas porque o início precoce de antibioterapia é fundamental no prognóstico destes doente, que por si só é muito reservado.

PO 128

LINFOMA DE CÉLULAS B TIPO PERNA – UM ESTUDO DE CASO

Luis Duarte, Nádia Santos, Ana Cláudia Cunha, Raquel Marques, Ana Pimentel, Renato Saraiva *Centro Hospitalar de Leiria*

O linfoma cutâneo difuso de grande células B, tipo perna, é uma entidade rara que representa entre 5 a 10% de todos os linfomas cutâneos. Acomete, maioritariamente, doentes do sexo feminino, com idade média superior a 70 anos. Com apresentação clínica, tipicamente, caracterizada por lesões cutâneas, tumorais, de cor vermelho-azulado, crescimento rápido e localizado num ou em ambos os membros inferiores. O diagnóstico é confirmado através do estudo histopatológico e imunohistoquímico, com elevada expressão de Bcl-2. Os

autores apresentam um caso clínico, de uma mulher de 96 anos, encaminhada ao servico de urgência por recusa alimentar, tremores e adinamia, com evolução de 24 horas. Ao exame objetivo estava hemodinamicamente estável, emagrecida, com pele e mucosas pálidas e desidratadas, sem sinais de dificuldade respiratória. A auscultação cardíaca era arrítmica, com sopro sistólico III/VI, audível em todo o precórdio. A destacar edema dos membros inferiores. Foi observada lesão inquinal direita, de dez centímetros, ulcerada, com odor fétido, com dor moderada associada. Na anamnese a doente referia uma lesão inquinal, inicialmente de pequenas dimensões, não dolorosa, com tempo de crescimento não esclarecido. Laboratorialmente destacou-se anemia microcítica e PCR de 116 mg/ dL. Imagiológicamente, destacou-se em TC tóraco-abdomino-pélvica, massa tumoral de 12,9 x 8,3 x 4,5 cm, com invasão muscular, condicionando o encerramento das estruturas vasculares adjacentes. No segmento pélvico foi observado espessamento circunferencial anorretal, com extensão de 6,5 cm, de características neoformativas. Posteriormente foi realizada biópsia da lesão, que revelou proliferação difusa de células linfoides B, predominantemente, de médio tamanho, com positividade para antigénios CD20 e CD79-alfa e elevada expressão de proteína Bcl2. Foi então proposto a hipótese diagnóstica de linfoma de grandes células B difuso. À data de alta a doente foi encaminhada para consulta de hematologia. Por ter idade avançada, elevado grau de dependência e reduzida reserva fisiológica, foi proposta para cuidados paliativos. Com agravamento clínico ao fim de uma semana foi proposto internamento hospitalar para controlo de dor. Na sequência da rápida evolução da doença, acabou por falecer, ao fim de duas semanas. O linfoma de células B de tipo perna, é uma entidade clínica

rara, muitas vezes com diagnóstico tardio. As lesões, nem sempre lineares, devem ser estudadas adequadamente, tendo o clínico um papel fulcral para iniciar uma correta marcha diagnóstica. O exame físico completo do doente é fundamental, seja na presença de patologias com elevada suspeita clínica, seja perante doentes com sintomatologia inespecífica. Por ser uma patologia subdiagnosticada, em doentes com idade avançada, e por ser rapidamente progressiva, o seu diagnóstico deve ser o mais atempado possível, pois este é fator modificador de qualidade de vida.

PO 131

MENINGITE CRIPTOCÓCICA

Célia Tuna, Artur Costa, Paulo Simão, Pedro Carlos, Carolina La Belino, Céu Evangelista, Margarida Ascensão CHIICB

Introdução: A infecção por Cryptococcus é uma infecção oportunista grave que ocorre em pacientes imunossuprimidos (essencialmente doentes HIV positivos). A porta de entrada é respiratória, mas devido ao seu elevado tropismo para o Nervoso Central (SNC), quando se manifesta a infeção, já existe envolvimento do SNC. O diagnóstico nem sempre é evidente, requerendo um elevado nível de suspeição num doente imunodeprimido. Tal deve-se à apresentação com uma clínica frustre. O tratamento precoce permite reduzir a morbimortalidade.

Caso clínico: Senhor de 46 anos, independente, reside em meio rural; tem contacto com cães, caçador nos tempos livres. Antecedentes de transplante de medula óssea por mielofibrose e cardíaco por miocardite de células gigantes, HTA e Doença Renal Crónica. Sob medicação imunossupressora (micofenolato de mofetil, everolimus e prednisolona). Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por febre intermitente (39°C) com 2

semanas de evolução apesar de estar com paracetamol fixo. Referia cefaleia frontal nos picos febris. Ao exame objetivo encontrava-se apirético e sem alterações, à exceção de ligeira lentificação. Analiticamente sem alterações em relação às análises habituais (PCR, procalcitonina e VS normais). Radiografia de tórax normal. Rastreio séptico (hemoculturas e urocultura) negativo, TC de crânio sem alterações. Foi internado para estudo de febre sem foco. Por se tratar de doente altamente imunodeprimido foi realizada punção lombar (PL); a análise do líquor cefalorraquidiano (LCR) revelou proteinorraquica e a presenca de Cryptococcus neoformans (Cr). Assumiu--se o diagnóstico de meningite criptocócica e começou tratamento dirigido com Anfotericina B lipossómica. Após 2 dias de tratamento, o doente ficou apirético e sem lentificação. Ao fim de 2 semanas de terapêutica mantinha a visualização da cápsula de Cr no LCR, apesar de a reação em cadeia de polimerase (PCR) para Cr ser negativa; associou-se ao tratamento a Flucitosina. 2 semanas depois, mantinha a presença de cápsulas no LCR, a PCR para Cr negativa e a cultura no LCR também negativa. Manteve tratamento com repetição de PL semanal. Após completar 6 semanas de tratamento, mantinha a presença da cápsula de Cr no LCR, pelo que foi discutido caso com centro de referência e foi decidido iniciar fase de consolidação com fluconazol. Mantém sequimento na consulta de Medicina.

Discussão: Com este caso pretendemos alertar para a necessidade de suspeição de meningite criptocócica no doente imunodeprimido, dado que se manifesta de uma forma muito ténue. Pretendemos também discutir a presença prolongada da cápsula do Cr no LCR, o que não é sinónimo de doença ativa, desde que a cultura (que deve ser prolongada) após tratamento seja negativa.

PO 133

LOMBALGIA: 1° SINTOMA DE UMA NEOPLASIA MAMARIA

João Lagarteira, Sara Sá, Rita Pera, Rita Diz, Ana Teresa Rocha, Tiago Ceriz, Andres Carrascal, Miriam Blanco

ULSNE - Hospital Bragança

Mulher 58 anos, autónoma, sem antecedentes. Clinica de lombalgia à direita com vários dias de evolução. TC abdomino-pelvica apresentava numerosas e volumosas lesões nodulares ao nível do fígado a maior localizada no segmento VI apresenta-se heterogéneamente hipocaptante e com zona central hipodensa e não captante. Verificou-se nódulo pétreo não móvel da mama esquerda, com retração cutânea, gânglios palpáveis na axila esquerda e CA 15.3 aumentado (2315). Assumida neoplasia mamaria metastizada (ganglionar + hepático). Destaca-se a sintomatologia inicial frustre de muitas neoplasias malignas.

P0 134

PIELONEFRITE COMFÍSTULA PARA O COLÓN

João Lagarteira, Sara Sá, Rita Pera, Rita Diz, Ana Teresa Rocha, Tiago Ceriz, Andres Carrascal, Miriam Blanco

ULSNE - Hospital Bragança

Mulher 70 anos, autónoma. Antecedentes de massa justa vesical de etiologia não esclarecida, ocupando parcialmente o lúmen vesical, em estudo. Quadro de diarreia, náuseas e vómitos, associados a lombalgia esquerda, com 2 dias de evolução. Murphy renal presente à esquerda. Analiticamente com disfunção renal e marcadores inflamatórios aumentados. TC abdomino-pelvica evidenciando uretero-hidronefrose bilateral e passagem de urina contrastada ao cólon não se definindo a localização exata do trajeto fistuloso. Destaca-se uma complicação incomum de uma pielone-frite aguda.

E-POSTERS

PO 02

TERAPÊUTICA BIOLÓGICA: ANÁLISE DE UMA CONSULTA DE UM HOSPITAL **PERIFÉRICO**

Andreia Brito, Sérgio Azevedo, Carolina Cardoso, Jorge Nepomuceno Centro Hospitalar Médio Tejo - Abrantes

Introdução: As doenças autoimunes (DAI) são, na sua globalidade, mais prevalentes em mulheres e habitualmente diagnosticadas entre a guarta e guinta década de vida. Na última década a indústria farmacêutica permitiu um grande avanço no tratamento e controlo destas doenças com a introdução no mercado de fármacos biotecnológicos.

Material e métodos: Foi efetuado um estudo retrospetivo dos doentes seguidos em consulta de DAI no serviço de Medicina Interna e com prescrição de fármaços biológicos. Foi realizada uma análise descritiva com recurso ao sistema de informação Microsoft* Excel. A população observada foi analisada quanto à idade, sexo, idade ao diagnóstico, DAI, terapêutica biológica atual, anos de utilização e falência terapêutica.

Resultados: Na análise efetuada foram incluídos 24 doentes com diagnostico de DAI e sob terapêutica biológica. A média de idade foi de 66 anos, com predomínio do sexo feminino (n= 18, 75%). O principal diagnóstico foi Artrite Reumatoide (n= 17, 71%) e a idade média aquando do diagnóstico foi de 48 anos. O fármaco biológico mais utilizado foi o Etanercept (n= 13, 54%) com tempo médio decorrido desde o início do fármaco de 7 anos. A prescrição mais antiga foi há 17 anos e a mais recente foi no último mês. Em cerca de 30% dos doentes houve necessidade de trocar de fármaco, tendo sido a falência secundaria a

principal causa sendo que os restantes mantiveram baixa atividade de doença.

Conclusões: A terapêutica biológica mostrou--se ser uma mais-valia nas DAI visto haver uma clara melhoria das queixas articulares assim como se apresenta muito segura, sendo a principal causa de suspensão a falência secundária ao tratamento.

PO 04

ADENOPATIA AXILAR EM DOENTE JOVEM

Mariana Branco Farinha, Rita Reis Correira, Eduardo Cardoso, Abílio Gonçalves Hospital Distrital da Figueira da Foz

A abordagem das adenopatias é um desafio pela diversidade de etiologias. A doença da arranhadela do gato é uma infeção frequente, causada pela bactéria Bartonella henselae, presenta na saliva dos gatos e transmitida quando da arranhadura. A maioria dos casos são autolimitados, porém podem apresentar complicações em especial em imunodeprimidos. Mulher de 43 anos, residente em meio rural, coabitante com gatos, com guadro de dor axilar direita, empastamento local, limitação funcional e parestesia, com dois4 meses de evolução. Realizou anti-inflamatório e amoxicilina mais ácido clavulânico, em ambulatório. sem melhoria. Encaminhada para consulta de medicina interna. Foi então identificada ferida na face da mão homolateral, assumida como arranhadura de gato. Em ecografias seriadas apresentava aumento das dimensões dos gânglios axilares direitos, com características reativas. Tomografia Computadorizada com exclusão de outras adenopatias ou organomegalias exceto conglomerado adenopatico axilar. Ecografia mamária e mamografia sem alterações. Analiticamente hemograma sem alterações, anticorpos Bartonella henseleae IgM reativo e IgG reativo. Restantes serologias negativas. Realizou azitromicina oral, 500mg id durante 5 dias com resolução da ferida, mas manteve persistência da dor e parestesia do membro. Assumiu-se como complicação da zoonose uma neurite e iniciou prednisolona 40mg em desmame lento. A infeção por Bartonella henselae é comum, mas subdiagnosticada em Portugal. É de suma importância o detalhe da história clínica e exame objetivo que permitiu identificar a lesão de entrada. Este caso enfatiza a necessidade da reavaliação destes doentes e terapêutica adequada, uma vez que podem ocorrer complicações.

PO 05

AVALIAÇÃO FUNCIONAL NO DOENTE ONCOLÓGICO – SCORE AVD-DEZIS

Rafael Marques, Ana Rita Aranha, Alexandra S. Machado, Filipe Veiga, Heloísa Ribeiro, Yolanda Martins

Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga

Introdução: A doença oncológica constitui uma patologia frequente no Serviço de Medicina Interna (SMI), associada a maior tempo de internamento e mortalidade. O score AVD-Dezls é um questionário que avalia a capacidade funcional do doente, criado em 2012 no SMI, e posteriormente validado em 2014. com uma pontuação máxima de 20, que equivale a total dependência nas atividades e condições avaliadas, correspondendo em percentagem a 0%.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi avaliar o desempenho do score AVD-Dezls em doentes oncológicos (DO) internados no SMI.

Material e métodos: Estudo observacional retrospetivo de doentes internados no SMI entre 2016 e 2021, com neoplasia e/ou neoplasia metastática no índice de comorbilidade de Charlson. A ausência de um score AVD-Dezls/ Charlson preenchido foi critério de exclusão. A aquisição de dados foi realizada por meio do processo clínico informático do doente. Foram recolhidos dados demográficos, diagnóstico principal, tempo de internamento, número de

reinternamentos e recorrência ao Serviço de Urgência (SU) nos 30 dias após a alta, mortalidade intra-hospitalar (MIH) e 30 dias após a alta. Foi calculado o score de AVD-Dezls de cada doente, através da fórmula de substração a 1 do quociente entre respostas positivas e totais, resultado expresso em percentagem. A análise estatística foi realizada no programa SPSS® v.26, considerando p<0.05 como estatisticamente significativo.

Resultados: Dos 25505 doentes internados. 2856 eram DO. Dos 2392 incluídos, 1361 (56.9%) eram do género masculino, com uma mediana de idade de 77 anos (AIQ 18). O tempo mediano de internamento foi de 6 dias (AIQ 6) e o AVD-Dezls mediano foi de 40% (AIQ 11). A MIH foi de 23.7% (566) e nos 30 dias após a alta foi de 16.4% (299). Maior incapacidade, traduzida por uma menor percentagem do score AVD-Dezls associou-se a um maior tempo de internamento $(\ρ=-0.057, p<0.005)$, uma maior MIH (30% vs 60%, p<0.001) e nos 30 dias após a alta (35% vs 65%, p<0.001). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao número de reinternamentos e recorrência ao SU. Quando realizada a comparação com os DO com metástases verificou-se que um score de AVD-Dezls mais baixo associou-se a maior MIH (35% vs 60%, p<0.001) e nos 30 dias após a alta (40% vs 50%), bem como nas readmissões no SU (37.5% vs 45%, p<0.001) e reinternamentos aos 30 dias (37.5% vs 45%, p<0.001). Em semelhanca, em ambos os DO com ≥65 anos e <65 anos, um score AVD-Dezls menor associou-se a maior MIH (p<0.001) e aos 30 dias após a alta (p<0.001). Obtivemos uma boa consistência interna da utilização do score AVD-Dezls nos DO (α=0.914).

Conclusões: Concluímos que a avaliação funcional dos DO com recurso ao score AVD-Dezls, permitiu associar maior incapacidade

a outcomes desfavoráveis no internamento. Este score apresentou boa consistência interna, constituindo uma ferramenta de fácil aplicação e avaliação, que permite uma abordagem individualizada do doente no SMI.

PO 06

QUESTÃO DE PROBABILIDADES: VALIDAÇÃO **DO SCORE SAPS II NUMA UNIDADE DE** CUIDADOS INTERMÉDIOS

Pilar Burillo Simões, João Silva, José Pereira, Bárbara Picado, Catarina Salvado Unidade de Cuidados Intermédios do Hospital de Santo António dos Capuchos, CHULC

Introdução: A Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM) é uma valência que permite reduzir o número de transferências para Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e receber com segurança os doentes que dela provêm e ainda carecem de vigilância apertada. Independentemente da sua relevância, as ferramentas de avaliação de gravidade clínica e prognóstico utilizadas em UCI ainda não se encontram validadas neste contexto. O score SAPS II (0-163 pontos), calculado idealmente às 24h de internamento, é uma destas ferramentas, encontrando-se validado neste âmbito para estimar a probabilidade de morte durante o internamento.

Objetivos: Pretendeu-se caracterizar a população assistida pela UCIM do nosso centro hospitalar durante os seus primeiros 2 anos de atividade. Paralelamente, procurámos testar a validade de uma ferramenta de estimativa de prognóstico conhecida à nossa realidade assistencial com o intuito de apoiar a decisão clínica e a gestão de expectativas. Material e métodos: Procedeu-se à colheita retrospetiva de dados dos doentes internados em UCIM entre os dias 12 de Novembro de 2019 e 11 de Novembro de 2021 e foram registadas as variáveis demográficas, a duração do internamento, o destino, a causa de

admissão e mortalidade intra-internamento e aos 30 dias. Foi calculado ainda o score SAPS Il de cada um dos doentes e foram obtidos valores entre 2 e 88. Utilizou-se o teste de Fisher para testar a associação entre a mortalidade e o motivo de admissão e o teste t para a associação entre a mortalidade e o valor de SAPS II. Aplicou-se um modelo de regressão logística à mortalidade a 30 dias de acordo com a causa de admissão e valor de SAPS II. Resultados: Durante o período analisado, a UCIM recebeu 476 doentes, dos quais 429 permaneceram na unidade por mais de 24h. As principais causas de admissão dos doentes elegíveis foram patologia respiratória (37,3%), cardiovascular (14,0%) e neurológica (11,4%). A mortalidade nos 30 dias após a permanência na unidade foi de 24,5%. Não se confirmou associação entre a mortalidade a 30 dias e a causa de admissão exceto nos doentes admitidos por patologia do sistema gastrointestinal (maioritariamente, insuficiência hepática), não se podendo excluir prejuízo dos resultados pelo reduzido número de doentes neste subgrupo. Para a amostra analisada, verificou-se a associação entre o valor de SAPS II e a mortalidade a 30 dias com um intervalo de confiança de 95% para um valor de p inferior a 0,05, tanto na comparação das médias pelo teste t como no modelo logístico. Neste último, pese embora o apuramento de alguns coeficientes seja prejudicado pela amostra reduzida, foi estimado um odds ratio para o SAPS II de 1,05-1,09 com um intervalo de confiança de 95%, pelo que por cada aumento do score em um ponto, é de esperar um aumento do risco de mortalidade entre 5 e 9%.

Conclusões: O score SAPS II parece ser uma ferramenta útil de prognóstico a médio prazo nos doentes admitidos em contexto de Cuidados Intermédios

P0 12

INCIDENTALOMA: A IMPORTÂNCIA DE UMA IMAGEM

Ana Teixeira Reis, Joana Simões, Alexandra Gaspar, Bárbara Lobão, Ermelinda Pedroso *Centro Hospitalar de Setúbal*

Doente de 76 anos, com quadro de hemiparesia esquerda com 24h de evolução. Realiza uma TAC de crânio e vasos do pescoço com contraste endovenoso com evidência de lesão lacunar à direita e tiróide nodular heterogénea e vascularizada, inicialmente não-relatada. Na ecografia da tiróide com conglomerado nodular sólido com 4cm no lobo direito. Analiticamente com hormonas tiroideias normais. Foi diagnosticada com doença nodular da tiroide eufuncionante. Com a descrição deste caso alertamos para a importância da observação dos exames de imagem com espírito crítico.

P₀ 13

PULMÃO BRANCO: UM DIAGNÓSTICO FATAL

Ana Teixeira Reis, Filipe Modesto, Patrícia Carneiro, Alexandra Gaspar, Sónia Serra, Clara Rosa, Ermelinda Pedroso Centro Hospitalar de Setúbal

Homem de 72 anos, fumador de 100 UMA, com queixas de disfagia para sólidos, epigastralgia e perda ponderal de 20Kg com 4 meses de evolução. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, dislipidemia, hiperplasia benigna da próstata, ansiedade e perturbação do sono, excisão de adenomas com displasia de baixo grau. Estava medicado com sinvastatina, tansulosina, escitalopram e bromazepam. Radiografia torácica a revelar hipotransparência total do hemitórax esquerdo, na tomografia computorizada era visível massa mediastínica heterogénea 12x7cm com obliteração do lúmen esofágico e brônquio principal direito, condicionando atelectasia pulmonar homolateral e derrame pleural. Realizou toracocentese diagnóstica e eva-

cuadora compatível com exsudado, com predomínio linfocítico. A citopatologia do líquido pleural era sugestiva de doença linfoproliferativa. Durante o internamento verificou-se uma deterioração fulminante do guadro clínico tendo o doente falecido ao 4º dia de internamento. A massa mediastínica constitui um desafio diagnóstico pela sua localização difícil e por ser assintomática em estadios iniciais, por vezes estas massas são meros achados radiológicos. Pode ser definida como uma formação anormal, inflamatória, congénita ou neoplásica que surja no mediastino. A sua incidência tem vindo a aumentar, provavelmente devido à maior acessibilidade desta região anatómica pelos meios complementares de diagnóstico. Estas massas são geralmente de etiologia neoplásica, sobretudo linfomas, os teratomas, timomas e tumores neurogénicos são menos freguentes. O tratamento e o prognóstico dependem do tipo de tumor e da precocidade com que é feito o diagnóstico. geralmente estão associadas a uma sobrevida reduzida se o diagnóstico é tardio e há invasão de outras estruturas. Com a descrição deste caso pretendemos alertar para os diagnósticos diferenciais do pulmão branco e para a importância de uma marcha diagnóstica célere.

P₀ 14

TUBERCULOSE PULMONAR GRAVE COM SOBREINFEÇÃO BACTERIANA EM ADULTO JOVEM

Andreia Coutinho, Patrícia Rocha, Pedro Rodrigues, Violeta Iglesias, Mário Esteves CHMA, Serviço de Medicina Interna

Introdução: Em Portugal a prevalência de tuberculose é de aproximadamente 18 casos por 100.000 habitantes. Os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento são a imunossupressão, malnutrição, idade avançada e presença de comorbilidades. A sua evolução é indolente e manifesta-se frequentemente por sintomas constitucionais e sintomas específicos do órgão afetado. Em 85% dos casos é possível atingir a cura, sendo que o prognóstico depende de vários fatores como as comorbilidades do doente, a extensão da doenca e a realização de tratamento adequado.

Caso clínico: Mulher de 20 anos, fumadora e com baixo peso corporal. Apresentava, desde há 1 mês, tosse com expetoração de agravamento vespertino, astenia, anorexia, perda ponderal não quantificada e hipersudorese noturna, associado a dispneia para esforcos com 2 semanas de evolução e dor torácica pleurítica direita. Destaca-se ao exame físico febre e sons respiratórios diminuídos bilateralmente. Dos exames auxiliares de diagnóstico saliento anemia microcítica, trombocitose, neutrofilia e elevação de proteína C reativa; marcadas alterações pulmonares bilaterais com zonas de condensação, nódulos confluentes e múltiplas lesões cavitadas em radiografia e TC (tomografia computorizada) de tórax. No estudo microbiológico detetou-se PCR (polymerase chain reaction) de BK positiva em 3 amostras de expetoração e não foram detetadas resistências aos antibacilares. Foi medicada com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. Ao 20° dia de internamento mantinha febre e apresentou expetoração purulenta de novo, tendo iniciado Levofloxacina por sobreinfeção bacteriana provável. Melhorou sintomaticamente, mas manteve febre sustentada, tendo realizado broncofibroscopia: sem alterações morfológicas; o exame microbiológico direto de lavado brônquico e broncoalveolar mostrou bacilos álcool-ácido resistentes e isolou-se em cultura Micobacterium tuberculosis complex. A doente evoluiu de forma muito lenta, mas favorável, apenas a atingir apirexia sustentada ao 73º dia de internamento. Repetiu TC Tórax, o último efetuado ao 70º dia de internamento: sem agravamento. No estudo de imunodeficiências não foram detetadas alterações. Teve alta ao 78º dia de internamento, mantendo terapêutica antibacilar, reabilitação respiratória e orientação no centro de diagnóstico pneumológico.

Discussão: Este caso clínico revela uma tuberculose pulmonar com extenso envolvimento bilateral e complicada com sobreinfeção bacteriana, numa doente jovem, sem comorbilidades respiratórias, sem alterações da imunidade e sem contexto social precário. Os fatores de risco encontrados foram o tabagismo e o baixo peso, sendo estes, de facto, fatores de risco para tuberculose reconhecidos na literatura. Ainda, este caso pretende também mostrar a resposta lenta (mas favorável) à terapêutica dirigida.

PO 15

HIPERCALCEMIA – UMA ENTIDADE DESAFIANTE

Luís Neto Fernandes, Sara Santos, Sofia Osório Ferreira, Sérgio Ferreira, Heloísa Ribeiro Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: A hipercalcemia é um distúrbio relativamente comum, ocorrendo em situações fisiopatológicas em que em absorção intestinal excede a excreção renal de cálcio, sendo em 90% dos casos atribuída a hiperparatireoidismo primário e neoplasias malignas. Caso clínico: Homem de 70 anos, previamente autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, medicado com lisinopril 20 mg gd, amlodipina 5 mg gd e atorvastatina 20 mg gd. Degradação progressiva do estado geral, queixas de parestesias. dificuldades na marcha e da micção com 2 meses de evolução, motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência. No estudo inicial foi documentada hipercalcemia de 12.5 mg/ dL. Descartadas outras causas para alteração do comportamento/alterações descritas. Iniciou fluidoterapia intensiva para correção do

distúrbio, posteriormente associando-se corticoide e pamidronato por refracteriade. Evoluiu com normalização da calcemia, melhoria neurológica e funcional. Do restante estudo: normofosfatemia, hiperparatireoidismo (11.5 mg/dL), vitamina D3 15 ng/dL, Ca2+ urinário 24h N, função tireoideia N, PTHrp N. Ecografia e cintigrafia paratireoideia N. Excluída neoplasia maligna. Após a alta hospitalar, realizou TC cervical 4D, sem lesões nas paratireóides. Manteve estado neurológico e metabolismo fosfocálcio normal, sem terapêutica dirigida. Conclusão: A hipercalcemia apresenta-se como um desafio diagnóstico e terapêutico. O caso apresentado é compatível com hiperparatireoidismo primário, embora sem lesões paratireoideias individualizáveis e de causa não completamente esclarecida. Desta forma, manterá vigilância semestral em Consulta Externa para reavaliação da indicação de paratireoidectomia, que terá caso haja recrudescimento do distúrbio.

PO 16

LIPODISTROFIA NO DOENTE INSULINOTRATADO

Beatriz Vitó Madureira, Marta Fernandes, Luís Andrade Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

A lipodistrofia é complicação comum da insulinoterapia. Corresponde à hipertrofia ou atrofia do tecido adiposo subcutâneo, afetando a absorção da insulina e dificultando o controlo metabólico. Mulher de 51 anos, diabetes mellitus tipo 1 sob esquema de insulinoterapia basal e bólus prandrial, monitorizada com Freestyle Libre. Em consulta apresentou elevada variabilidade glicémica diária, tempo acima do alvo terapêutico de 77% e hemoglobina glicada de 12%. Exame físico com lipodistrofia marcada dos quadrantes abdominais inferiores. Ajustada insulinoterapia e reforço de ensinos de administração.

PO 19

TENDÊNCIAS E INTERESSE NA CONSCIENTIZAÇÃO PÚBLICA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS E EUTANÁSIA EM PORTUGAL: UM ESTUDO INFODEMIOLÓGICO RETROSPETIVO

Rafael Marques, Alexandra Machado, Beatriz Vitó Madureira, Daniela Soares, Rita Aranha, Filipe Veiga, Iara Ferreira, Carla Pereira Fontes, Marta Brandão Calçada, Samuel Fonseca Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga

As decisões de fim de vida desafiam os princípios médicos e éticos tradicionais. A evolução deste tema em Portugal, sobretudo a nível legislativo, reacendeu o interesse público e impulsionou o debate sobre temáticas como a eutanásia e os cuidados paliativos (CP), refletindo-se nas pesquisas efetuadas na internet. O Google Trends (GT) é uma ferramenta pública que permite a recolha do volume de pesquisas realizadas no Google, tendo vindo a ser usado na monitorização de comportamentos e tendências das pesquisas da população. Objetivo: Explorar a associação entre o GT e o impacto da implantação dos serviços de CP, e das mudanças legislativas sobre a eutanásia em Portugal.

Métodos: Foi analisado o volume de pesquisa relativo (VPR) valor normalizado da média de pesquisas dado pelo GT usando como termos de pesquisa, em português, cuidados paliativos+paliativo+paliativos e eutanásia+eutanasia, de janeiro de 2004 a dezembro de 2021. Foram realizadas extrações individuais para cada termo com seleção da categoria saúde e pesquisadas políticas, leis e regulamentos promulgados em Portugal nesse intervalo de tempo. Após inspeção visual dos gráficos, realizou-se uma correlação de Pearson (alfa=5%).

Resultados: Através da análise descritiva do gráfico, verificou-se uma tendência decrescente nas pesquisas sobre eutanásia ao lon-

go dos anos. Relativamente aos CP, há uma variação acentuada, com um máximo de VPR em 2008 (43) e um mínimo em 2005 (18,5). De uma forma geral, em cada ano, ocorreu um pico de pesquisas referentes aos CP entre o mês de setembro e novembro, com destaque para outubro de 2007 (VPR 100). A exceção ocorreu em 2020, em que o pico do VPR (39) aconteceu em fevereiro. Por sua vez, o termo eutanásia apresentou dois picos de VPR (100) em maio de 2018 e fevereiro de 2020. Obteve-se uma correlação estatisticamente significativa (p<0,001) com fraca associação linear entre as duas variáveis (r=0,240).

Conclusão: Todos os anos, em outubro, é celebrado o Dia Mundial dos CP, altura contemplada com maior número de pesquisas. Contudo, apesar das pesquisas sobre a eutanásia apresentarem diminuição contínua ao longo do tempo, ocorreram dois picos relevantes: em maio 2018, correspondendo à primeira votação para a despenalização da eutanásia e em fevereiro de 2020, altura em que esta foi legalmente aprovada, com um pico conjunto no VPR dos dois tópicos abordados. Os CP apresentaram outro pico em outubro de 2007, aguando da atualização do conceito pela Organização Mundial da Saúde. Portanto, os resultados obtidos foram coincidentes com momentos-chave sobre estas temáticas na sociedade portuguesa, permitindo-nos obter uma relação entre a atualidade e a demanda de informação em tempo real. No entanto, importa ressalvar as limitações desta ferramenta, como a falta de representatividade de outros motores de busca e a impossibilidade de inferir o tamanho real da amostra. Assim, mais estudos são necessários para avaliar o seu impacto na saúde.

PO 21

OCLUSÃO DA ARTÉRIA ILÍACA DIREITA EM DOENTE ONCOLÓGICO

Raquel Oliveira, Joana Rigor Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Homem, 60 anos, antecedentes de carcinoma epidermoide em tratamento. Recorre ao SU por dor intensa no MID associado a dispneia intensa com cerca de 2 dias de evolução. Ao EO, agitado por dor intensa, edema dos MIs Godet positivo, simétrico. Marmoreamento cutaneo do MID, membro frio, pulso pedioso não palpável. Realizou TC ABDOMINO-PELVIO que revelou oclusão desde a origem da artéria ilíaca comum direita, estendendo-se às artérias ilíacas interna e externa, até o terço proximal da artéria femoral comum direita. Foi transferido para o serviço de cirurgia vascular onde acabou por falecer.

PO 22

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EXTENSO

Raquel Oliveira, Carla Maia Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Mulher, 32A, autonoma, fumadora ativa. Recorre ao SU por quadro de tosse com expetoração hemoptoica e dor torácica esquerda. Realizou AngioTAC torax que demonstrou tromboembolismo pulmonar bilateral extenso.

PO 23

ENFARTE RENAL COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE FIBRILHAÇÃO AURICULAR

Catarina Branco, Nuno Prucha Leite, Marta Fernandes, Ana Luísa Barbosa CHEDV

Introdução: O enfarte renal é uma patologia relativamente rara. As principais causas são cardiogénicas e dentro destas a fibrilação auricular (FA) é a mais comum. O compromisso da função renal, quando presente, é mais a favor de patologia bilateral ou unilateral extensa.

Caso clínico: Mulher de 90 anos, autónoma com antecedentes de cardiopatia não estratificada com Fração ejeção ventriculo esquerdo 55%. Recorreu ao serviço de urgência por anorexia e anúria com dois dias de evolução sem outras queixas de relevo. Hemodinamicamente estável e apirética. Exame neurológico sumário sem alterações. Do estudo admissão salienta-se: D-dímeros 4902, Creatinina 2.0 Mg/dL, Na 124, K 4.7, LDH 932, PCR 190, Procalcitonina positiva; ECG: ritmo de FA, FC de 86 bpm sem sinais sugestivos de isquemia; Ecografia renal mostrou ectasia piélica bilateral, mais marcada à esquerda e ectasia calicial e não se identificaram fatores obstrutivos e TC renal com sinais de oclusão da artéria renal direita com extensa área hipocaptante no rim direito e no 1/3 médio do rim esquerdo, compatível com enfarte isquémico. Assumido quadro de embolização arterial renal em doente com diagnóstico de FA de novo, com sobre infecão associada. O caso foi discutido com Cirurgia Vascular que atendendo ao tempo de evolução e restantes características do quadro e da doente, considerou não haver indicação para revascularização. Durante o internamento iniciou enoxaparina em dose terapêutica e antibioterapia ajustada à função renal tendo tido melhoria analítica e sintomática ao fim de dois dias com recuperação parcial da função renal, Creatinina 1.5 Mg/d, apesar da perda de função do rim direito.

Conclusão: O enfarte renal é uma patologia rara, mas quando surge, a principal causa a excluir é a fibrilação auricular. O tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico é essencial, uma vez que permite orientar o tratamento de forma mais eficaz, minimizar a isquemia renal e potencias complicações decorrentes permitindo, dessa forma, melhorar a qualidade de vida futura do doente.

P0 24

HEPATITE B AGUDA: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Danay Pérez, João Caiano Gil Unidade Local de Saúde de Matosinhos

A hepatite B é uma doença causada por um vírus de DNA pertencente à família hepadnaviridae (VHB). A infecção por VHB pode cursar desde um estado portador subclínico à hepatite grave ou insuficiência hepática aguda. Homem de 59 anos, com consumo etílico de 30 gramas por dia, recorreu ao Servico de Urgência por colúria, acolia e astenia com 2 semanas de evolução, e icterícia nas 24 horas anteriores. Ao exame físico, constatada icterícia de pele e mucosas e hepatomegalia homogénea a 2cm do rebordo costal direito, sem sinais de encefalopatia hepática. Analiticamente com hiperbilirrubinemia (bilirrubina total máxima de 17mg/dl, à custa da fração direta), padrão de citólise hepática (TGO 2702U/L, TGP 3797U/L) e elevação da alfafetoproteína (14ng/ml), com International Normalized Ratio e albumina normais. Efetuou ecografia e tomografia computadorizada abdominais, que mostraram sinais de fígado esteatósico, sem dilatação de vias biliares ou lesões ocupantes de espaço. Do estudo etiológico, destaque para antigénio de superfície do VHB (AgHBs) positivo (4380U/ml), proteína do core (Ac-HBc total) e antigénio e (AgHBe) positivos, com anticorpo contra o antígeno e (Ac-HBe) negativo; restantes serologias negativas para vírus de imunodeficiência humana (VIH), vírus da hepatite C (VHC) e vírus da hepatite D, e imunidade para vírus da hepatite A (VHA). Assumida hepatite B aguda, com carga vírica de VHB genótipo A de 1 milhão de cópias, por provável via de transmissão sexual. Internado na enfermaria geral sob tratamento de suporte, sem evidência de complicações - nomeadamente insuficiência hepática - a

possibilitar alta clínica, orientado para consulta externa de Infeciologia. Este caso alerta para o diagnóstico da infecção aguda pelo VHB, assim como para a necessidade de vigiar sinais de alarme, uma vez que, apesar da maioria dos doentes resolver espontaneamente, a hepatite fulminante é mais frequente na infeção aguda pelo VHB do que noutros tipos de hepatite viral.

PO 25

COLECISTITE ENFISEMATOSA, VARIANTE RARA DE UMA DOENÇA COMUM

Hélder Diogo Gonçalves, Inês Parreira, Sara Vasconcelos-Teixeira, Pedro Gaspar, Ana Melício, António Pais de Lacerda, Leila Duarte Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução: A colecistite enfisematosa (CE) é uma doença infecciosa aguda infrequente da parede da vesícula biliar, causada por bactérias produtoras de gás (ex. Clostridium perfringens, Escherichia coli), Estima-se que represente cerca de 1% das colecistites agudas.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 81 anos, caucasiano, parcialmente dependente e com múltiplos fatores de risco cardiovasculares (acidente vascular cerebral isquémico cardioembólico prévio da artéria cerebral média esquerda com afasia global seguelar, fibrilhação auricular (FA) permanente hipocoagulada, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidade). Admitido no servico de urgência por dispneia e agravamento progressivo de cansaço e retorragias com 3 semanas de evolução. À observação encontrava-se vígil, pálido, hipertenso (TA 155/58mmHg), taquicárdico (FC 106 bpm), com auscultação cardíaca arrítmica e toque retal com presença de sangue vivo. Laboratorialmente, Hb 5.1 g/dL, plaquetas 111000/ uL, INR 2.45, hiperlactacidemia 32 mg/dL. Admitida FA com resposta ventricular rápida em contexto de hemorragia digestiva baixa. Evolução em internamento desfavorável com dor no hipocôndrio direito, febre e elevação de parâmetros inflamatórios (leucocitose 20000/ uL. neutrofilia 18140/uL. PCR 44.9 mg/dL). Realizou ecografia abdominal que documentou distensão e espessamento da parede da vesícula biliar, sem litíase associada. A tomografia computorizada abdominopélvica revelou enfisema da parede, densificação e infiltração líquida da gordura perivesicular. Submetido a colecistectomia laparoscópica que confirmou colecistite enfisematosa aquda gangrenada, sem isolamento de agente. Cumpriu 8 dias de meropenem, com melhoria clinica e laboratorial, tendo alta para sequimento em consulta, após efetuado ajuste dietético.

Discussão: A CE é uma variante rara, rapidamente progressiva e potencialmente fatal de colecistite aguda. O diagnóstico precoce e abordagem cirúrgica para controlo de foco é determinante no sucesso do tratamento.

PO 26

VASCULITE ASSOCIADA A ANCA-PR3: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Beatriz Vitó Madureira, Alexandra S. Machado, Rafael Marques, Marta Calçada Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Introdução: A vasculite associada a anticorpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) corresponde a uma vasculite de pequenos vasos. cuja clínica é decorrente do processo inflamatório e de necrose de vasos com atingimento multissistémico.

Caso clínico: Mulher de 56 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos ou medicação habitual em ambulatório. Referenciada à consulta de Medicina Interna por guadro de poliartralgias, metacarpo e metatarsofalângicas, tibiotársicas e coxofemorais, de característi-

cas inflamatórias, associadas a rigidez matinal de cerca de 30 minutos. Tomografia computorizada de tórax realizada em ambulatório com opacidades em vidro despolido dispersas bilateralmente, mais marcadas nos lobos inferiores. Ao exame objetivo na consulta, hipertensa (tensão arterial de 150/76mmHg) e com lesões purpúricas dispersas nos 4 membros, que não desapareciam à digitopressão. Do estudo, a salientar: anemia (hemoglobina 10.2q/dL) normocítica e normocrómica, velocidade de sedimentação elevada e proteína C reativa elevadas (81 mm/s e 20.3mg/L, respetivamente), função renal e sedimento urinário sem alterações, estudo imunológico com anticorpo antiproteinase (Anti-PR3) positivo. Realizou biópsia cutânea de lesões purpúricas, com exame histológico a demonstrar infiltrado de polimorfonucleares, predominantemente eosinófilos, a envolver estruturas vasculares e compatível com lesão de vasculite na derme e hipoderme. Assumido diagnóstico de vasculite associada a anticorpos ANCA, com atingimento articular, cutâneo e pulmonar. Iniciou corticoterapia sistémica com prednisolona (1mg/Kg/dia). Referenciada à consulta de Pneumologia, mantendo seguimento em consulta de Medicina Interna, proposta para início de fármaco poupador de corticóide.

Discussão: O quadro clínico descrito é compatível com o diagnóstico de vasculite associada a ANCA-PR3 com atingimento cutâneo, articular e pulmonar. A severidade da doença, a identificação de anticorpos associados e a caracterização histológica, são essenciais para o diagnóstico e decisão da estratégia terapêutica de indução mais adequada.

PO 28

DOENÇA POLIQUÍSTICA RENAL – IMAGEM RARA

Bruno Freitas, Pedro Frazão, João Fustiga, Ana Lynce, Candida Fonseca Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Mulher de 51 anos, internada por pielonefrites de repetição, complicada com hemorragia intraparenquimatosa renal e necessidade de antibioterapia endovenosa, sem indicação cirúrgica. À avaliação imagiológica destacam-se rins poliquísticos de grandes dimensões. A doença poliquística renal pode ser hereditária (mais frequente) ou adquirida e está associada a infecções recorrentes e de difícil tratamento. Apresenta-se a imagem pela raridade de rins poliquísticos de grandes dimensões.

PO 30

SINCOPE, UM DESAFIO DIAGNOSTICO

André Santos, Maria Lima, Catarina R. Silva, Lénea Porto, Edite Nascimento Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: Síncope consiste na perda transitória de consciência, súbita e breve com perda do tônus postural seguida de restabelecimento espontâneo. Apresentam três principais etiologias: neuromediadas, hipotensão ortostática e cardiovascular. Os autores relatam o caso de um doente de 79 com múltiplas idas ao SU por síncope com TCE, assumidas como de etiologia reflexa, em que apenas após a realização de um 3º Holter 24h em internamento, após TCE com hematoma subdural, se estabeleceu etiologia cardiogénica em contexto de bradicardia extrema.

Caso clínico: Homem, 79 anos, Katz = 5, com antecedentes de DM tipo 2, HTA, FA hipocoagulado com DOAC, IC e história de quedas frequentes por sincope. Admitido no SU por sincope precedida de tonturas e visão turva pela manhã enquanto estava na cama. Nega-

da vertigem, palpitações, náuseas, vómitos, dispneia, cefaleia ou febre. Ao exame objetivo apresentava-se consciente, colaborante e orientado. Sem sinais de má perfusão periférica ou défices neurológicos focais. Normotenso, com pulso arrítmico e FC mantidas entre 50 e 64 bpm. Sem medicação bradicardizante. Ferida corto-contusa na região supraciliar esquerda, resultante de TCE 2 dias antes, ECG com traçado em FA com FC de 60bpm, sem outras alterações relevantes. Analiticamente sem alterações relevantes. Foi admitido em internamento para estudo. Durante o internamento o doente realizou um primeiro Holter 24h que revelou FC média de 66bpm, 3 pausas > 2.5s, a maior com 3.24s, sem relato de sintomas. Ainda em internamento apresentou síncope presenciada, precedida de tontura e palidez cutânea, com registo de FC de 30bpm. Repetido Holter 24h, revelou 5 pausas > 2.5s, a maior com 3.89s, sem relato de sintomas. Foi avaliado por cardiologia, tendo-se assumido sem indicação para colocação de pacemaker, a orientar para consulta externa. Aguando do dia previsto para alta, apresentou novo episódio de síncope, sentado na cama enquanto almocava, a motivar TCE com hematoma sub-dural na enfermaria. Solicitado novo Holter 24h que revelou pausas >11s. 0 doente foi submetido a colocação de pacemaker com resolução total dos eventos. À data de alta, sem complicações major do episódio de TCE. Observado em consulta externa passado 1 mês, sem recorrência dos sintomas. Discussão: A etiologia da síncope nem sempre é óbyia. O Holter 24h representa uma ferramenta de elevada importância no estudo desta patologia, no entanto, atendendo ao seu caracter temporal e baixa representatividade. não nos devemos esquecer que a história clínica continua a assumir um papel preponderante no diagnóstico desta patologia, não devendo ser excluídas potenciais causas com base em exames pouco representativos como holter 24h. Em doentes com história dúbia e sintomas raros, ou ocasionais, a colocação de um registador de eventos pode ser fundamental para o correto diagnóstico.

PO 32

SINDROME DE OSLER-WEBER-RENDU, UM DIAGNÓSTICO TARDIO

Sofia Segueira, Magda Garça, Magda Sousa, Leonor Moniardino Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira

O sindrome de Osler-Weber-Rendu é uma doenca autossómica dominante com uma clínica pleomórfica e que envolvem várias manifestações epistaxis, hemorragias digestivas e de outros localização, anemia ferropénica e com telangiectasias mucocutâneas características. Doente do sexo masculino, 81 anos, seguido há muitos anos em consulta de Otorrinolaringologia por quadro de epistaxis recorrente com necessidade de múltiplos tamponamentos, cauteterização e proposto para tratamento com radiofrequência. Recorre ao serviço de urgência por quadro de astenia, anorexia e dispneia pra pequenos esforços, com evidência no hemograma de Hb de 4,2g/dL. Ao exame objetivo com presença de telangiectasias no nariz e cavidade oral. Do estudo complementar realizado apresentava endoscopia digestiva com angiodisplasias do corpo, antro gástrico e duodeno e hemangioma hépatico e esplénico. Na revisão de antecedentes familiares de salientar a historia de epistaxis de 2 filhos e 4 netos. Neste caso de diagnóstico tardio e de clínica com vários anos de evolução, preenche os critérios de Coração- epistaxis, telangiectasia, lesões viscerais e historia familiar positiva.

TUBERCULOSE GANGLIONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Danay Pérez, João Caiano Gil Unidade Local de Saúde de Matosinhos

A tuberculose ganglionar (TBG) é a forma mais comum de tuberculose extrapulmonar. O diagnóstico pode ser retardado devido a manifestações clínicas inespecíficas que progridem lentamente e à baixa sensibilidade do esfregaço de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) em espécimes extrapulmonares. Homem de 76 anos, ex-fumador, com hipertensão arterial e dislipidemia, avaliado em consulta externa de Medicina Interna por perda de peso (11Kg), anorexia e saciedade precoce com 3 meses de evolução. Analiticamente apresentava anemia normocítica e normocrómica (hemoglobina 9,4g/dl) e elevação discreta da velocidade de sedimentação (42mm/h), despiste de vírus de imunodeficiência humana (VIH) negativo. Efetuou endoscopia digestiva alta que mostrou uma lesão ulcerada, de bordes irregulares e intensa friabilidade na pequena curvatura do corpo gástrico. Histologia compatível com adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado. Do estudo de estadiamento, destaque para a tomografia computorizada torácica e tomografia por emissão de positrões, que evidenciaram múltiplas adenopatias mediastínicas e supraclaviculares direitas. Perante estes achados, foi realizada biopsia aspirativa por agulha fina de adenopatia supraclavicular, que mostrou múltiplos granulomas epitelioides e extensas áreas de necrose de caseificação, negativa para células malignas. A pesquisa de bacilos álcool ácido resistentes pelo método de Ziehl-Neelsen foi negativo, porém a reação em cadeia da polimerase (PCR) para Mycobacterium tuberculosis (MT) foi inconclusivo. Desta vez. procedeu-se a ecobroncoscopia com punção

aspirativa por agulha fina (EBUS-TBNA) de adenopatia mediastínica, documentando-se no dia seguinte, positividade para Bacilo de Koch (BK) em método PCR. Diagnóstico sustentado após o isolamento do MT em exame cultural, Assumida TBG, aparentemente sem envolvimento pulmonar, após estudo de despiste, e na sequência a doente iniciou antibacilares de primeira linha. Atualmente orientado em Consulta de Grupo Multidisciplinar. Este caso sublinha a necessidade de uma elevada suspeição clínica para um diagnóstico e tratamento atempados, destacando a importância de uma atitude critica no exercício do diagnóstico diferencial, prevendo-se a possibilidade para mais do que um diagnóstico num mesmo cenário clínico.

PO 39

QUE MASSA É ESTA?

Joana Carvalho de Sousa, Salomé Marques, André Paupério, Alice Castro, Lindora Pires Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Jovem de 20 anos. Saudável. Tosse com expetoração hemoptóica e massa supraclavicular direita de crescimento progressivo com 2 semanas de evolução a motivar recurso ao Serviço de Urgência. Elevação ligeira dos marcadores inflamatórios e da lactato desidrogenase. Rx e TC a revelar volumosa massa no mediastino anterior, com embainhamento dos troncos supra-aórticos, veia cava superior e dos troncos venosos braquicefálicos e adenomegalias em localização subcarinal, no recesso azigoesofágico e paracardíacas. Biópsia da massa compatível com Linfoma de Hodqkin.

MARCHA DIAGNÓSTICA NA POLISSEROSITE

Joana Carvalho de Sousa, Alice Castro, Lindora Pires Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução: A polisserosite consiste na inflamação e efusão simultânea de várias serosas. podendo ter várias etiologias. A abordagem permanece um desafio e o estudo etiológico é muitas vezes inconclusivo.

Caso clínico: Homem de 43 anos. Autónomo e cognitivamente íntegro. Contexto socioeconómico frágil. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e doença hepática crónica de etiologia alcoólica. Admitido no Serviço de Urgência por clínica de infeção respiratória com 2 semanas de evolução associada a insuficiência respiratória tipo 1 e elevação dos marcadores inflamatórios. Internado com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade sob antibioterapia empírica. Objetivada febre de predomínio vespertino e agravamento clínico apesar da terapêutica instituída. Estudo imagiológico a evidenciar volumoso derrame pericárdico, densificação em vidro despolido no lobo superior direito e moderado derrame pleural esquerdo e discreto à direita. Ecocardiograma transtorácico a revelar derrame pericárdico de grande volume, circunferencial e sem compromisso hemodinâmico, espessamento dos folhetos pericárdicos e sinais de fibrina no interior do espaço pericárdico sugestivo de etiologia tuberculosa. Sem indicação para pericardiocentese urgente. Broncofibroscopia sem alterações estruturais. Líquido pleural com critérios de Light borderline de exsudado, predomínio de mononucleares (77%), adenosina deaminase baixa (17U/L) e desidrogenase lática elevada (425UI/L). Pesquisa de bacilo álcool ácido resistente e DNA mycobacterium tuberculosis nas secreções brônquicas, lavado brônquico e líquido pleural negativas. Marcadores víricos negativos.

Excluídas causas imunológicas e neoplásicas. Discutido em conjunto com Infecciologia e, dada suspeita clínica de tuberculose disseminada com envolvimento pleural e pericárdico, iniciou terapêutica antibacilar e corticoterapia pelo risco de pericardite constritiva. Melhoria clínica significativa demasiado precoce para o expectável. Dada ausência de diagnóstico alternativo e micobacteriológico dos produtos colhidos em curso, decidiu-se manter antibacilares até resultado dos exames culturais. Após 3 meses, culturais negativos e reavaliação imagiológica com resolução da polisserosite. Suspensos antibacilares. Admitida polisserosite de etiologia não determinada, provavelmente imunomediada pós-infecciosa. Discussão: A marcha diagnóstica na polisserosite pode ser exaustiva. Este caso reforça a importância do estudo etiológico e a revisão das possíveis hipóteses para uma abordagem correta e atempada.

PO 45

HIPERFERRITINEMIA: DA REFERENCIAÇÃO AO DIAGNÓSTICO

Paula Mesquita, Daniela Ribeiro Alves, Sara Bravo, Mónica Mata, Rosa Jorge Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: Ferritina sérica elevada pode ser encontrada num grande espetro de etiologias, tanto genéticas como adquiridas. A interna apresenta um caso de hiperferritinemia persistente que motivou a referenciação do doente à consulta externa de Medicina Interna, que se constatou ser secundária a epididimite

Caso clínico: Homem de 84 anos, autónomo. referenciado à consulta externa por alteracões persistentes da série vermelha, nomeadamente anemia macrocítica e aumento da ferritina. Neste contexto, foi efetuada uma anamnese cuidada e repetido estudo laboratorial que revelou hemoglobina 14 g/dL

com macrocitose, hiperferritinemia 1163 ng/ mL e ferropenia 54,2 ug/dL. No esfregaço de sangue periférico (ESP) foi observada macrocitose, neutrófilos com granulação grosseira e desvio esquerdo com raros metamielócitos. Referencia a poliaguiuria, cansaco para pequenos esforcos e dor no testículo esquerdo que se encontrava tipo pedra, com aumento do volume, com duas semanas de evolução. O exame sumário de urina (ESU) revelou leucocitúria e nitrituria com isolamento de E. Coli. Após observação e realização de doppler testicular, foi diagnosticada epididimite. Com o devido tratamento, houve resolução do quadro inflamatório e diminuição evidente da ferritina.

Discussão: Admitida hiperferritinemia em contexto de epididimite onde as queixas e manifestações ao exame objetivo e cuja resolução levou ao retorno dos valores laboratoriais ao basal, constatando-se uma relação de causalidade entre os acontecimentos.

PO 48

PNEUMONITE QUÍMICA OU PNEUMONIA DE ASPIRAÇÃO? – UM CASO CLÍNICO

Beatriz Simão Parreira, Rafael Henriques Figueiredo, Leila Amaro Cardoso, Jorge Almeida CHUSJ

Introdução: A pneumonia de aspiração é um contínuo patológico que cursa com a destabilização do microbioma pulmonar em contexto de macro-aspiração e desenvolvimento de clínica infecciosa 48 a 72h após o evento. Os critérios de diagnóstico não são claros, o que dificulta o seu diagnósticos e em alguns casos pode ser difícil distinguir entre pneumonite química e pneumonia de aspiração. A pneumonite química ocorre quando há aspiração de conteúdo gástrico num volume superior a 120mL e um pH <2.5 e a sobre-infeção por anaeróbios é mais provável quando o doente faz terapêutica com inibidor da bomba de protões.

Caso clínico: doente de 66 anos, masculino, com antecedentes de gastrectomia distal com anastomose Billroth II por adenocarcinoma gástrico, medicado com pantoprazol diário recorreu ao serviço de urgência por queixas de vómitos biliares diários com 6 meses de evolução e agravamento na última semana. Objetivamente sem achados de relevo. Do estudo realizado no SU a destacar: 1) elevação dos parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda, sem elevação das bilirrubinas ou transaminases; 2) ecografia abdominal com dilatação da via biliar principal não obstrutiva; 3) endoscopia alta com patência da anastomose cirúrgica. Foi internado por suspeita de quadro infeccioso intra-abdominal a esclarecer e iniciou empiricamente terapêutica com ceftriaxone e metronidazol. No internamento evoluiu desfavoravelmente com manutenção de vómitos biliares frequentes, picos febris diários apesar de paracetamol fixo e insuficiência respiratória, tendo sido colocadas as hipótese de pneumonite aspiração com sobre-infeção e ajustada a antibioterapia para piperacilina-tazobactam. Na TC-tórax foram identificados focos de consolidação nos lobos superiores de ambos os pulmões que suportaram a hipótese diagnóstica. Nas hemoculturas e no LBA não foram no entanto identificados microorganismos. Realizou-se ainda PET-scan que mostrou alterações inflamatórias ao longo do esófago e lobos superiores de ambos os pulmões. O doente evoluiu com melhoria clínica pouco satisfatória, pelo que foi discutido multidisciplinarmente e associada prednisolona ao esquema terapêutico. resultando em apirexia sustentada e melhoria clínica e analítica. O doente foi orientado para consulta de Cirurgia Geral para revisão cirúrgica e Pneumologia para estudo das alterações inflamatórias pulmonares.

Conclusão: O presente caso apresenta um desafio na investigação do continuo patoló-

gico pneumonite vs pneumonia condicionado pela invulgaridade do contexto clínico e achados ao longo da marcha diagnóstica. A pneumonite química associa-se habitualmente a quadros de disfunção neurológica ou neoplasias que condicionam disfagia importante, podendo estar presente em quadros vómitos incoercíveis ou prolongados. Por outro lado, nas últimas décadas a identificação de microorganismos anaeróbios como agentes de pneumonia de aspiração tem sido cada vez menos frequente, face a melhoria dos cuidados de higiene oral.

PO 50

UMA VIAGEM AO PASSADO ONCOLÓGICO

Carolina Ventura, Sofia Rodrigues de Carvalho, Marina Mendes, Francisco Bento Soares, Diana Pereira Anjos, Lindora Pires Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Não é frequente observar a progressão 'natural' das neoplasias mamárias. Apresenta-se o caso de uma mulher de 68 anos com nódulo mamário direito, com 6 anos de evolução. Recusou sempre auxílio médico. Destruição progressiva do tecido mamário. Recorre ao SU por dispneia, astenia e perda ponderal. Objetivamente: retração completa da mama direita com áreas necrosadas e fenómenos de satelitose. TC de tórax descrito como status pós-mastectomia . Biópsia de lesão cutânea a confirmar carcinoma metastático. Foi orientada para Consulta Externa de Cuidados Paliativos.

PO 51

UMA COLECISTITE AQUÁTICA

Rita João Soares, Nuno Monteiro, Filipa Reis, Joana Marques, Giovana Ennis CHTV

A Aeromonas é uma bactéria bacilo gram-negativo, amplamente distribuída em ambientes de água doce e salgada. O género é subdividido em 2 grandes grupos: as espécies móveis (mesófilas) e as não-móveis (psicrofílicas) sendo que apenas as primeiras são causadoras de doença no Homem. Crescem preferencialmente em ambientes quentes e, por isso são, mais frequentemente, isoladas nos meses de verão. Apresentamos m o caso de uma mulher de 63 anos que recorreu ao hospital por febre (TT máx 38°) associado a calafrios/ arrepios. Uma semana antes iniciou queixas de dor abdominal predominantemente nos quadrantes superiores, com agravamento nos últimos dias e um episódio de vómito alimentar. Negava alterações do transito intestinal, colúria ou acolia. Alterações da coloração da pele ou prurido, anorexia ou perda ponderal. De antecedentes de relevo destaco carcinoma endometrióide submetida a histerectomia total, carcinoma ductal invasor da mama esquerda submetida a tumorectomia, quimio e radioterapia e dislipidemia. Fazia como medicação habitual anastrazol e sinvastatina. Esta clínica comecou pouco depois de ter regressado de férias do Algarve, nestas férias de verão frequentou a praia várias vezes, fez várias refeições à base de marisco, consumiu álcool mais frequentemente, no entanto neque novos medicamentos, consumo de outros toxifílicos, picadas de insetos ou mordeduras de animais. De achados positivos no exame objetivo apresentava apenas um desconforto ligeiro à palpação do flanco direito do abdómen. De alterações no estudo apresentava análises com citocolestase e hiperbilirrubinémia e TC abdominal a revelar hepatomegalia,

com parênguima de hipodensidade difusa a sugerir esteatose, no entanto não apresentava dilatação das vias biliares, colheu culturas e iniciou antibioterapia empírica. Do restante estudo realizado destaco imunoglobulinas sem alterações, cinética do ferro a sugerir processo inflamatório e serologias HCV, HBV, toxoplasmose, rubéola, CMV, sífilis, EBV e HIV negativa. No internamento mantinha queixas de dor abdominal e epigastralgia e após discussão com Cirurgia geral acabou por realizar CPRM que revelou o mesmo que a TC abdominal prévia. Acabou por ir ao bloco operatório para exploração cirúrgica do abdómen onde se constatou vesícula biliar distendida com edema da parede, foi submetida a colecistectomia laparoscópica. Esta doente apresentou hemoculturas com isolamento de Aeromonas hydrophila e cumpriu antibioterapia com cotrimoxazol. A doença diarreica é a manifestação mais comum da infeção por Aeromonas, estando também associada a apresentações extraintestinais, apesar de menos frequentes, como infeções da pele e tecidos moles, meningite e colecistite. Este caso retrata uma colecistite com bacteriémia a uma Aeromonas, um diagnóstico pouco freguente, mas que deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais quando a história clínica e a semiologia assim o sugiram.

P₀ 52

UMA ENDOCARDITE SILENCIOSA MAS MORTÍFERA

Rita João Soares, Nuno Monteiro, Filipa Reis, Joana Marques, Giovana Ennis, Oliver Kungel, Edite Nascimento CHTV

A Endocardite Infeciosa (EI), pode manifestar-se de forma aguda e rapidamente progressiva ou como uma doença subaguda ou crónica com sintomas inespecíficos e sem febre associada. Fatores de risco para EI incluem

episódio anterior, doença valvular cardíaca ou congénita preexistente, procedimento cirúrgico ou dentário recente, uso de drogas intravenosas e presenca de dispositivo cardíaco permanente ou cateter intravenoso. Doente de 64 anos com antecedentes de etilismo crónico marcado, tabagismo, diabetes mellitus tipo 2. Estaria medicado habitualmente com Eucreas mas era incumpridor. Trazido ao SU após ter sido encontrado caído em casa. Vive sozinho em péssimas condições de habitabilidade e higiene. O irmão que já; não o via há algum tempo, sugeriu-lhe que viesse ao SU por se apresentar muito emagrecido e com acessos de tosse. Ao exame objetivo apresentava-se emagrecido, vários cortes incisos pequenos nos membros superiores, sem hemorragia ativa, com discurso confuso e combativo, febril e com extremidades frias e mal perfundidas. Evidência de piúria aquando da algaliação. Analiticamente apresentava elevação dos marcadores de inflamação, hiperlacticidémia e hiperglicémia, o sumário de urina foi sugestivo de infeção. Realizou ainda ecografia abdominal, RX tórax e bacia bem como TC-CE que não apresentavam alteracões de relevo. Pelo estudo complementar foi diagnosticada pielonefrite aguda, tendo sido admitido a internamento para vigilância e tratamento. 24h pós-admissão apresentou disfunção multiorgânica (respiratória, hematológica, renal, hemodinamica, neurológica). Realizou TC crânio, Rx tórax, RX cotovelo esquerdo (por apresentar hematoma) que não mostraram alterações relevantes além das conhecidas previamente. Repetiu ainda análises mantendo elevação dos marcadores de inflamação mas agora com lesão renal aguda, hipoprotrombinémia e trombocitopenia. Assumido assim sépsis com disfunção neurológica, respiratória com polipneia e retenção CO2, hematológica com trombocitopenia e hipoprotrombinémia, hemodinâmica e renal.

Houve necessidade em ser intubado e ventilado e de suporte aminérgico. As hemoculturas identificaram MSSA e por esse motivo foi alterada antibioterapia para flucloxacilina. Por manter febre persistente, realizou ecocardiograma transesofágico que evidenciou regurgitação aórtica grave por flail no contexto de endocardite com complicações perivalvulares (pseudoaneurisma) e dilatação marcada do ventrículo esquerdo. Foi discutido com a cirurgia cardíaca que foi da opinião não haver indicação para abordagem cirúrgica urgente. O doente acabou por falecer em choque refractário e falência multiorgânica. A El está associada a várias complicações sistémicas devido à embolização sética e a complicações locais como eventos trombóticos, hemorrágicos ou imunomediados. As complicações cardíacas associadas como regurgitação valvular ou insuficiência cardíaca podem acontecer em cerca de 50% dos casos de El.

PO 56

DA LACERAÇÃO AO VIH

Carlos Rego Goncalves, Ana Sofia Ferreira. André Calheiros, José Carlos Veloso, Paula Brandão Ul SAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Sem um alto grau de suspeita, o diagnóstico de VIH pode passar despercebido pela equipa médica. Em alguns casos, a infecção precoce pode ser assintomática. Estima-se que 10 a 60% dos indivíduos com infecção precoce pelo VIH não apresentam sintomas, embora a proporção exata seja difícil de estimar. Relata-se o caso de uma mulher de 59 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, recorre ao Servico de Urgência após laceração acidental com faca em que resultou uma ferida corto contusa na face anterior do antebraço direito com cerca de 5cm de maior eixo, hemorragia de difícil controlo e após controlo analítico objectivada pancitopenia, foi pedida a colaboração da Medicina Interna. Quando

questionada, refere equimoses espontâneas nas últimas semanas, sem relação com trauma e desde há cerca de 1 a 2 anos com perda ponderal progressiva. Último estudo analítico 3 anos antes, sem alterações no hemograma. Analiticamente com Hb 5.2 g/dL, MCV106.4/ MCH 37.1, Leuc 880, Neut 50%/400, Linf 38.6%/300, Plaq 5000, função hepática e renal sem alterações, TP 12.1, INR 1.00, aPTT 31.2, Fibrinogénio 262, VS 128, VIH 1-2 positiva. O caso clínico relata o caso de uma doente com pancitopenia grave em provável contexto de mielopatia por VIH, onde a elevada suspeicão clínica permitiu o diagnóstico em contexto de urgência.

P₀ 57

PANCITOPENIA E TUBERCULOSE?

Carlos Rego Gonçalves, Ana Sofia Ferreira, André Calheiros, Sabina Belchior, José Carlos Veloso, Paula Brandão Ul SAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Mulher de 85 anos, com quadro de pancitopenia obietivada em Fevereiro de 2022 e com quadro arrastado de perda ponderal, astenia e anorexia de evolução arrastada associado a hipersudorese noturna e acessos de tosse intensa e recorrentes. Ao exame físico aspecto emagrecido e palidez cutânea acentuada. TC Torácico extenso infiltrado micronodular difuso e multifocal de distribuição peribrônquica tree in bud, de natureza infecciosa, Analiticamente com anemia, leucopenia e trombocitopenia, PCR 2.11 e VS 81, PCR micobactérias em secreções positiva, resistência à rifampicina indeterminada

A DOENÇA PULMONAR CRÓNICA E SUAS COMORBILIDADES NA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Rita Aranha, Rafael Marques, Alexandra Machado, Filipe Veiga, Beatriz Madureira, Daniela Soares, Yolanda Martins, Heloísa Ribeiro Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: Diversas patologias coexistem com a doença pulmonar crónica (DPC), especialmente no idoso, com impacto no prognóstico e sobrevida. Charlson apresentou um índice de comorbilidades (ICC) em combinação com a idade (Índice de Charlson ajustado à idade ICCa), posteriormente revisto (Índice de Charlson modificado ICCm) que demonstrou prever a mortalidade intra-hospitalar (MIH). Desde 2012, este índice é usado como indicador de qualidade do serviço de medicina interna (SMI) com o objetivo de caracterizar os doentes internados.

Objetivo: Avaliar o impacto do ICCm na demora de internamento, mortalidade intra-hospitalar e a 30 dias, e na taxa de reinternamento a 30 dias nos doentes com DPC internados no SMI.

Material e métodos: Estudo prospetivo dos doentes internados no SMI entre 2016 e 2021, com DPC identificada no ICC. A ausência do formulário de ICC preenchido foi critério de exclusão. A aquisição de dados foi realizada por meio do processo clínico informático. Foram recolhidos dados demográficos, diagnóstico principal, demora de internamento, readmissão no servico de urgência (SU) e internamento nos 30 dias após a alta, MIH e 30 dias após a alta. A análise estatística foi realizada no programa SPSS® v.26, considerando p<0.05 como estatisticamente significativo. Resultados: Dos 25 505 doentes internados, 5713 tinham DPC. Dos 4817 incluídos, 2418 (50.2%) eram do género masculino, com uma mediana de idades de 79 anos (AIQ

16). A demora mediana de internamento foi de 6 dias (AIQ 5) e o ICCm mediano foi de 3 (AIQ 3), verificando-se uma fraca correlação entre a demora de internamento e o ICCm (ρ=0.0061; p<0.001). A MIH foi de 7.6% (N=365) e nos 30 dias após a alta foi de 5.2% (N=231). Um maior ICCm associou-se a uma maior MIH (p<0.001), nos 30 dias após a alta (p<0.001), reinternamentos a 30 dias (p<0.001) e nas readmissões no SU (p<0.001). Verificou-se ainda que as comorbilidades mais frequentes foram a insuficiência cardíaca (N=2274; 47.2%), a diabetes mellitus não complicada (N=923; 19.2%) e a demência (N=710; 14.7%). Quanto à avaliação isolada destas patologias, a insuficiência cardíaca (p<0.001), a doença cerebrovascular não complicada (p=0.047), a demência (p<0.001), a doença ulcerosa péptica (p=0.038), a hemiplegia/paraplegia (p<0.001), a doenca renal crónica (p=0.003), a doença oncológica (p=0.004) e a doença metastática (p<0.001) associaram-se a maior MIH.

Conclusão: A DPC está associada a elevada mortalidade, particularmente quando surgem outras comorbilidades. A carga de doença estimada, através do ICCm, poderá permitir identificar os doentes com DPC com maior risco de morte a curto prazo, reforçando a importância de definir um plano mais individualizado que contemple as doenças crónicas presentes.

PO 62

FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Catarina Faustino, Catarina Reis, Mara Sousa, Catarina Duarte, Marta Valentim Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução: A vasculite ANCA é um grupo heterogéneo de doenças auto-imunes raras que afetam vasos de pequeno calibre. Enquanto que, a vasculite crioglobulinémica envolve a deposição de imunoglobulinas que precipitam nos pequenos vasos a baixas temperaturas (BT).

Caso clínico: Mulher, 66 anos, antecedentes de vasculite ANCA com poliangeite microscópica com atingimento renal e mononeurite multiplex, em esquema de desmame de imunossupressão (IS). Internada 4 vezes em 2 meses por febre de etiologia indeterminada. tendo alta assintomática, mas com recrudescência clínica nas 24 horas (h) seguintes à mesma. No último internamento, após estudo etiológico extenso, foi colocada hipótese de bacteriemia por higiene oral traumática, para a qual cumpriu antibioterapia, com boa resposta. Foi novamente internada por febre e subida de parâmetros inflamatórios às 24h, verificando-se decréscimo espontâneo dos mesmos e apirexia sustentada. Na revisão da anamnese, apresentava vários fatores epidemiológicos causais, como: más condições de isolamento habitacional, consumo de água do poco e produtos não pasteurizados, bem como contacto com animais. Foi optado por prosseguir o desmame de IS com objetificacão de artrite do punho e tornozelo direitos. lesão purpúrica no antebraço esquerdo, analiticamente aparecimento de trombocitopenia com agregados plaquetários e destaque para positividade de crioglobulinas a título alto (+4). Complementou estudo com ecocardiograma, estudos endoscópicos, tomografia por emissão de positrões, culturas e serologias sendo todos estes negativos. Colocadas como hipóteses diagnósticas vasculite ANCA com síndrome crioglobulinémico versus vasculite crioglobulinémica com positividade para AN-CAs, que após revisão anatomopatológica de biópsia renal prévia (necessária por alteração do diagnóstico de base da doente), concluiu--se tratar-se da primeira hipótese, tendo alta com escalada da dose de IS e com indicação para evitar BT. Às 24h apresentou novo pico febril no domicílio, com resolução espontânea após evicção de frio e mudança do domicílio. Sem registo de novos eventos desde então. Discussão: O diagnóstico de febre de origem indeterminada continua a ser um desafio clínico, mais ainda, neste caso, pela quantidade de fatores epidemiológicos confundidores, pela semelhança clínica entre as duas hipóteses diagnósticas colocadas e ainda, pela raridade com que é descrita a sua coexistência.

PO 63

EVOLUÇÃO DE EMPIEMA PULMONAR

Rita Diz, Micaela Sousa, Tiago Ceriz; João Lagarteira; Helena Maurício, Miriam Blanco *ULS Nordeste*

Introdução: Empiema torácico define-se como a presenca de pus na cavidade pleural. Não é necessário estudo bioquímico ou cultura positiva do líquido pleural para o diagnóstico, devendo também ser realizadas hemoculturas, positivas em 14% dos casos. A apresentação clínica reflecte infecção por uma elevada carga de microrganismos e/ ou défice dos mecanismos de depuração do tracto respiratório. A imagiologia desempenha um papel crucial na identificação e caracterização do empiema, bem como na orientação da aspiração do mesmo para diagnóstico e/ou drenagem. O tratamento inclui drenagem do líquido pleural infectado, terapêutica anti-microbiana, controlo dos factores subjacentes e cirurgia no caso de doença crónica.

Caso clínico: Homem, 68 anos, autónomo, recorreu ao SU por tosse seca persistente e astenia com cerca de 4 dias de evolução. História de Menigite na infancia e tabagismo ativo, com vacinação atualizada. Ao exame objetivo dessaturação grave (SatO2 ar ambiente: 56%), apirético, hemodinamicamente estável. Vigil, formulou algumas frases curtas e perceptiveis. Auscultação pulmonar com murmu-

rio vesical globalmente diminuído, sem outras alterações de relevo. Gasimetria arterial (AA): pH 7.45, pO2 62 mmHg, pCO2 42 mmHg, HCO3 29 mmol/L, Lactato 1.1 mmol/L. Analiticamente apenas se destacava PCR 14,16 mg/dL. Rx torax com massa no hemitorax esquerdo. À avaliação com TAC Torax, diagnosticado empiema com hidropneumotórax à esquerda. Foi submetido a drenagem inicialmente com dreno de Jolly e depois com dreno 'pig-tail'. Teve um internamento prolongado mas com evolução favorável.

Conclusão: O empiema pulmonar está normalmente associado a pneumonia ou abcesso pulmonar subjacentes, mas também pode ser secundário a infecções abdominais ou transmitidas pelo sangue, neoplasias, cirurgia torácica ou trauma. É uma patologia pouco frequente num Serviço de Medicina Interna, atingindo sobretudo indivíduos do sexo masculino e as suas manifestações clínicas são inespecíficas. No entanto, comparativamente com os derrames metapneumónicos simples e complicados, possui um risco mais elevado de mau prognóstico, pelo que deve ser tratado o mais precocemente possível, devendo também ter-se em conta o aumento da resistência aos antibióticos e expansão da cirurgia torácica, que podem levar a alteração dos microrganismos mais prevalentes.

PO 64

O MEU CORAÇÃO NÃO ME DEIXA RESPIRAR

Rita Diz, Micaela Sousa, Sara Sá, Rita Pera, João Lagarteira; Helena Maurício, Miriam Blanco *ULS Nordeste*

Caso clínico: Homem, 76A, levado ao SU por dispneia de inicio súbito com tosse produtiva. Antecedentes: DRC terminal, IC, DPOC, HTA, F. auricular. Exame Objetivo: CCO, apiretico, TA: 90/59 mmHg, FC: 76 bpm, SatO2 (MAD 15 l/min) 99%, AP: Roncos bilaterais, AC: arritmica. TAC Torax: Acentuada cardiomegalia com

uma franca dilatação da aurícula esquerda que condiciona um desvio do mediastino para a esquerda e atelectasias compressivas com moderado derrame pleural à direita. Foi diagnosticado IC em fase terminal, que não respondeu a terapêutica, tendo tido um desfecho fatal durante o internamento.

PO 65

DA MICROLITÍASE À MELHORIA DA HIPERTENSÃO

Sabina Belchior Azevedo, Sara Pereira, Joana Silva, Rafael Freitas Lopes, Liliana Costa, António Ferro Hospital Conde de Bertiandos, Unidade Local de Saúde Alto Minho

Introdução: A hipertensão secundária é a hipertensão arterial (HTA) devida a uma causa identificável e tratável. De entre as várias etiologias, o hiperaldosteronismo primário (HAP) é uma das principais em mulheres de idade adulta, manifestando-se sobretudo com HTA e hipocalémia. O seu diagnóstico e tratamento, tal como o caso ilustra, permite não só o tratamento da HTA, como da clínica decorrente da hipocalémia.

Caso clínico: Uma mulher de 64 anos com antecedentes de HTA resistente medicada com quatro anti hipertensores, já com episódios de hipocalémia no passado, não estudados e medicada com espironolactona 100mg. Recorre ao servico de urgência por mialgias com semanas de evolução, com perda de funcionalidade nas atividades de vida diárias. e dor abdominal epigástrica de novo. Analiticamente com elevação de enzimas de citocolestase, hiperbilirrubinemia e hipocalémia. Realizou ecografia abdominal com evidência de microlitíase vesicular e nódulo isolado da suprarrenal (SR). Por manter hipocalémia foi internada. Durante o internamento manteve reposição de potássio com resolução das queixas de mialgias e suspensão de espironolactona e valsartan. Realizou TC contrastado e

RM com elevada suspeita de adenoma isolado da SR e ainda CPRE com achados compatíveis com microlitíase das vias biliares. Teve alta medicada com amlodipina e cloreto de potássio oral, após 4 semanas colheu controlo analítico com doseamento de aldosterona elevado e ratio aldosterona/atividade renina plasmática superior a 75. Após confirmação do diagnóstico de HAP, iniciou terapêutica com espironolactona. Após 2 semanas com níveis de potássio sérico normalizados, sem necessidade de reposição, HTA controlada com necessidade de redução de medicação anti hipertensora e resolução de mialgias. Mantém seguimento em consulta de Endocrinologia, a aquardar intervenção cirúrgica.

Discussão: Este caso vem demonstrar a importância de aprofundar o estudo dos doentes jovens com HTA resistente, pela possibilidade de cura não só da HTA, mas de todos os sintomas associados à patologia de base. Além disso, evidência ainda a necessidade de enquadrar todos os sinais e sintomas que os doentes apresentam como um todo, aumentando assim a suspeição clínica de patologia como HAP, e não apenas tratar sintomaticamente sem qualquer abordagem diagnóstica prévia.

PO 67

ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL: COMPARAÇÃO 2 CASOS CLÍNICOS

Ana Teixeira Reis, Francisca Santos, Daniela Brigas, Alexandra Gaspar, Susana Marques, Ermelinda Pedroso Centro Hospitalar de Setúbal

A doença cardiovascular é a principal causa de morte em Portugal. Os aneurismas da Aorta Abdominal (AAA) constituem uma dilatação patológica nessa porção do vaso. A sua incidência aumenta a partir da 6ª e 7ª décadas de vida devido ao enfraquecimento das fibras elásticas ao longo do envelhecimento. Como principais

fatores de risco temos a hipertensão arterial e a aterosclerose. Geralmente são assintomáticos até ao momento da sua rutura. Durante a última década a reparação aneurismática endovascular (EVAR) teve lugar como principal terapêutica cirúrgica. Homem de 72 anos com antecedentes de Insuficiência Cardíaca (IC), hipertensão arterial (HTA), hipertiroidismo, dislipidemia, status pós colecistectomia no último mês, status pós reparação endovascular (EVAR) por AAA e da Artéria poplítea, há 3 meses. Medicado com acido acetilsalicílico, atorvastatina, valsartan, amlodipina. Vem ao Servico de Urgência (SU) por dispneia súbita associada a emergência hipertensiva (240/120 mmHg), iniciou Dinitrato de Isossorbido em perfusão. Ao exame objetivo a destacar massa supra--umbilical pulsátil. Realizou TC abdominal por dor abdominal de novo, onde foi possível excluir complicações agudas, sendo visível AAA com prótese aorto-ilíaca bilateral. Foi possível suspender a perfusão de dinitrato e controlar a tensão arterial com anti-hipertensores orais pelo que teve alta. Mulher de 96 anos, residente em Lar, trazida ao SU por prostração. Com antecedentes de HTA, IC, Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo e ansiedade. Medicada com tapentadol, pentoxifilina, levotiroxina, furosemida, espironolactona, ferro. Ao exame objetivo a destacar massa supra-umbilical de consistência pétrea, com cerca de 8cm diâmetro maior eixo, indolor e pulsátil. Realizou tomografia computorizada que definiu AAA fusiforme com 7,1 cm de diâmetro no maior eixo. Analiticamente a destacar hiponatremia e agravamento da função renal, cumpriu correção hidroeletrolítica e teve alta referenciada para a consulta de Cirurgia Vascular. Com a descrição destes casos procuramos alertar para a necessidade de uma anamnese e exame objetivos completos, bem como alertar para os AAA desmistificando esta síndrome que exige um elevado grau de suspeição e diagnóstico.

EVOLUÇÃO DE EMPIEMA PULMONAR

Rita Diz, Micaela Sousa, Teresa Guimarães Rocha, Rita Pera; João Lagarteira, Sara Sá, Helena Maurício, Miriam Blanco III.S Nordeste

Homem 68 anos, recorreu ao SU por tosse seca persistente e astenia com 4 dias de evolução. Tabagismo ativo. Exame objetivo: dessaturação grave (SatO2 AA: 56 %), apirético, hemodinamicamente estável, mv globalmente diminuído. GSA (AA): pH 7.45, pO2 62 mmHg, pCO2 42 mmHg, HCO3 29 mmol/L, Lact 1.1 mmol/L. Analiticamente apenas PCR 14,16 mg/dL. Rx torax: massa no hemitorax esquerdo. À avaliação com TAC Torax, diagnosticado empiema com hidropneumotórax à esquerda. Foi submetido a drenagem com dreno de Jolly e depois com dreno 'pig-tail'. Teve um internamento prolongado mas com evolução favorável.

PO 70

PROCESSO DE REFERENCIAÇÃO PARA A RNCCI DOS DOENTES INTERNADOS EM SERVIÇOS DE MEDICINA INTERNA

Nina Den Boer, Pedro Reboredo, Tiago Branco, Iryna Lazenko, Olga Luz, Sónia Pimpão, Maria Cordeiro, Sandrina Correia Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Unidade de Faro

Introdução: A RNCCI foi criada em 2006 para prestação de cuidados e apoio social de forma continuada e integrada para pessoas que se encontrem em situação de dependência. Alguns doentes internados necessitam de encaminhamento para esta rede, sendo previamente avaliados e determinada a tipologia de unidade consoante a sua situação global, tendo em consideração as condições de admissão. Objetivos: Obter o perfil os doentes referenciados para a RNCCI durante um ano. Material e métodos: Recolha de dados atra-

vés de registos clínicos disponíveis e tratamento estatístico descritivo de dados.

Resultados: Desde 29/01/2021 a 29/01/2022 foram avaliados para Equipa de Gestão de Altas 2142 doentes dos Serviços de Medicina Interna de um Hospital Público em Portugal. sendo que destes, 156 foram encaminhados para unidades da RNCCI. Os principais motivos de insucesso dos pedidos foram a recusa por não preencherem critérios após avaliação, óbito ou outra solução encontrada para a situação do doente. Destes 156 doentes encaminhados, 92 foram do género masculino e 64 do género feminino, com média de idade de 76 anos, sendo o diagnóstico principal de internamento mais prevalente o AVC isquémico (39.1%), seguido da Pneumonia a SARS-CoV-2 (8.3%) e Pneumonia Adquirida na Comunidade (6.4%). As comorbilidades principais foram hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidémia. Em média, o grau de dependência prévio segundo a Clinical Fraility Scale foi de 4 very mild frailty, sendo a média do grau de dependência à data de alta de 7 severe frailty, salientando-se que os doentes encaminhados para Unidades de Longa Duração tiveram um score de 7 ou mais à data de alta. A grande maioria destes doentes foram avaliados por um Médico de Medicina Física e Reabilitação durante o internamento, sendo que a pequena parcela não avaliada, na sua maioria, necessitou de cuidados domiciliários devido a úlceras de pressão. O destino destes doentes foi: 24% para Apoio Domiciliário, 30% para Unidade de Convalescença, 21% para Unidade de Média Duração, 19% para Unidade de Longa Duração, 5% para Centro de Medicina Física e Reabilitação, menos que 1% para Hospitalização Domiciliária.

Conclusões: Existe uma grande demanda de pedidos de avaliação para integração dos doentes na RNCCI após um internamento em

Medicina Interna, sendo necessário relembrar e compreender os critérios referenciação de forma a evitar utilização fútil de recursos e evitar o prolongamento do tempo de internamento para o doente durante esse processo. Verifica-se que a necessidade de reabilitação é um aspeto fundamental nesta referenciacão, sendo o AVC isquémico um dos principais diagnósticos implicados. É importante compreender a população internada nos Serviços de Medicina Interna, sendo este estudo útil para os Médicos Internistas otimizarem a sua atuação no que diz respeito às necessidades na alta dos doentes.

P0 73

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA E TROMBOEMBOLISMO PULMONAR ASSOCIADOS A COLANGIOCARCINOMA

Andreia Coutinho. Núria Fonseca. Margarida Arantes Silva, Glória Goncalves, Violeta Iglesias, Mário Esteves CHMA, Servico de Medicina Interna

Introdução: A associação entre neoplasias malignas e estado de hipercoagulabilidade é bem conhecida e de etiologia multifactorial, sendo que a trombose venosa profunda é a sua manifestação clínica mais frequente. Majoritariamente estes eventos sucedem o diagnóstico oncológico, mas, numa pequena percentagem, podem ser a sua forma de apresentação. A doença oncológica aumenta 4 a 7 yezes o risco de trombose e 4-10% dos doentes com tromboembolia de etiologia não esclarecida irá ter um diagnóstico neoplásico nos dois anos seguintes. A incidência de tromboembolismo associado ao colangiocarcinoma ainda não está bem definida, no entanto, sabe-se que piora o prognóstico do doente.

Caso clínico: Mulher de 79 anos, com hipertensão arterial, diabetes mellitus e gastrite crónica. Inicia dor, edema e rubor do membro

inferior esquerdo, tendo-lhe sido diagnosticada trombose das veias femoral e poplítea esquerdas. Iniciou anticoaqulante oral e meias de compressão elástica. Após 4 dias teve episódio de tonturas, hipersudorese e posterior perda transitória da consciência com duração de 1 minuto, recuperação espontânea e completa. Ao exame físico destaca-se: aparência asténica em repouso, dificuldade respiratória, estabilidade hemodinâmica e auscultação cardiopulmonar sem alterações. Dos exames auxiliares de diagnóstico saliento: anemia normocitica normocrómica e angio-tomografia computorizada de tórax a revelar tromboembolismo da arteria pulmonar direita e ramo lobar médio. Não apresentava elevação de marcadores de necrose miocárdica ou de peptídios natriuréticos, nem alterações da função ventricular em ecocardiograma transtorácico. Do estudo etiológico identificou-se lesão nodular sólida no segmento III do lobo hepático esquerdo com 3,5cm, cuja principal hipótese diagnóstica imagiológica levantada foi de colangiocarcinoma intra-hepático, associada a adenopatias no hilo hepático, pericefalopancreáticas e lomboaorticas, provavelmente secundárias. Realizou biópsia da lesão hepática e, à data de realização deste resumo, a doente aguarda resultado anátomo-patológico e posterior orientação terapêutica.

Discussão: Este caso clínico revela o diagnóstico de uma neoplasia hepatobiliar durante a investigação etiológica de uma trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar, numa doente previamente assintomática. Este caso demonstra a importância de identificar estas manifestações trombóticas como possivelmente paraneoplásicas, de modo a permitir um diagnóstico mais precoce, o que poderá ter impacto no prognóstico.

P0 74

IATROGENIA DE CAUSAS CATASTRÓFICAS

Fabíola de Almeida Figueiredo, Ana Isabel Rodrigues, Bruno Cabreiro, Cláudia Diogo, Daniela Antunes, Raquel Marques, Benham Moradi, Renato Saraiva Cento Hospitalar Leiria-Pombal

Mulher de 51 anos, com Síndrome Depressivo, Dislipidemia, Obesidade (IMC 36) medicada 4 meses antes com Itraconazol 200mg/ dia por Onicomicose e realizado switch de Fluoxetina por Sertralina (1 mês antes da admissão). Sem viagens recentes, sem consumo de produtos de ervanária. Sem consumo de drogas ilícitas, álcool, comportamentos / exposições de risco infeccioso. Admitida no serviço de urgência por astenia, vómitos e diarreia com início 1 semana antes. A nível de exame obietivo com icterícia sem acolia ou prurido, diminuição da força muscular de forma generalizada e documenta-se hipoglicemia (48mg/dL). Na admissão hemodinamicamente estável, apirética com acidemia láctica (pH 7.3, Lact 8), analiticamente com citólise hepática (TGO 1700, TGP 1100), colestase (GGT 370, FA 240), hiperbilirubinemia mista (bilirrubina Total 15.4, bilirrubina direta 7), hemoglobina 12.7, plaguetas 256000, albumina 34.7 g/L. Função renal normal. INR 2, aPTT 54 seg. Eco abdominal assinala via biliar principal sem dilatação, parênquima hepático heterogéneo e esplenomegalia. Por suspeita de hepatite aguda de etiologia tóxica iniciou protocolo N-Acetilcisteina-72h. Do estudo etiológico inicial foram excluídas etiologias vírica, metabólica e auto-imune. Angio-TAC abdominopélvico revelou fígado com sinais de hepatopatia crónica, sem lesões focais suspeitas ou dilatação das vias biliares, veia porta e suas tributárias permeáveis, assim como esplenomegalia (14 cm), homogénea e ascite de moderado volume, particularmente expressiva em localização peri-hepática. Realizada paracentese diagnostica sem peritonite

bacteriana espontânea e gradiente albumina sero-ascitico >1.1, portanto, Hipertensão Portal. Realizou biópsia hepática transjugular cujo estudo histológico revelou Necrose hepática extensa de tipo lítico (pan-acinar, em cerca de 2/3 da extensão dos fragmentos) a favor de etiologia tóxica. Não foi possível excluir a possibilidade de hepatopatia (crónica) pré-existente. Durante internamento apresentou hiperbilirrubinemia e coaqulopatia em agravamento progressivo. Dado agravamento clínico da doente com Insuficiência hepática aguda e toxicidade do Itraconazol/ Sertralina (compatível com achados da biopsia). Doente discutida com Unidade de Transplante Hepático para onde acabou transferida, tendo sido transplantada. O caso mostra-nos que fármacos largamente prescritos e considerados seguros podem apresentar efeitos hepáticos devastadores

PO 76

DERMATOMIOSITE – UM DIAGNÓSTICO A SUSPEITAR

Patrícia Rocha, Pedro Araújo Rodrigues, Andreia Coutinho, Inês Albuquerque, Alice Pinheiro, Celeste Guedes, Joana Barros, Mário Esteves Centro Hospitalar Médio Ave, Serviço de Medicina Interna

Mulher de 55 anos, com clínica de um mês de evolução de eritema nas zonas expostas (face, decote e membros superiores), edema palpebral, placas de Gottron, mialgias e fraqueza muscular da região escapular. Apresentou estudo imunológico, eletromiografia e biópsia muscular compatíveis com dermatomiosite. A dermatomiosite é uma miopatia inflamatória rara, de causa desconhecida. Se não for diagnosticada, pode progredir com atingimento de grupos musculares que podem conduzir à morte. Estas imagens exemplificam as alterações cutâneas características, para que estejamos alerta para esta patologia.

P0 77

PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO, PNEUMOMEDIASTINO E ENFISEMA SUBCUTÂNEO PÓS- COVID

Carolina Anjo, Joaquim Milheiro, Filipa Reis, Caroline Soares, Gabriel Atanásio, Adelino Carragoso Centro Hospitalar Tondela Viseu/ Hospital São Teotónio

Introdução: O pneumotórax espontâneo é uma condição rara. No entanto, esta condição associada a infeção por COVID-19 tem-se verificado cada vez com mais frequência, com uma incidência ainda maior em doentes sob ventilação invasiva e em pessoas mais velhas. Está relacionada com uma maior taxa de mortalidade, constituindo um desafio ainda maior na abordagem deste vírus. Em seguida apresenta-se um caso de um pneumotórax espontâneo com pneumomediastino como complicação tardia da COVID -19.

Caso clínico: Homem de 66 anos, não fumador e fisicamente ativo, com antecedentes de hipertensão arterial e hiperuricemia e uma dose de vacina para SARS-CoV-2. Recorreu ao serviço de urgência, 26 dias após diagnóstico de COVID-19, por lombalgia. Por apresentar insuficiência respiratória de novo, realizou avaliação complementar por tomografia computorizada, tendo sido diagnosticado com tromboembolismo pulmonar e pneumonia organizativa. Acabou por ficar internado, sob hipocoagulação e corticoterapia sistémica. Durante o internamento, não necessitou de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva. Ao 9º dia de internamento, verificou-se surgimento de enfisema subcutâneo de novo, razão pela qual realizou nova TAC torácica que revelou marcado enfisema cutâneo, volumoso pneumomediastino e pneumotórax bilateral. Apesar das medidas instituídas, o doente evoluiu desfavoravelmente, acabando por falecer ao 14º dia de internamento.

Discussão: O facto de a sintomatologia do

pneumotórax espontâneo ser inespecífica, e semelhante a várias outras patologias respiratórias, coloca dificuldade acrescida no seu diagnóstico. Embora o pneumotórax espontâneo seja retratado na literatura como sendo uma condição benigna e autolimitada, cujo tratamento consiste em oxigenoterapia, repouso e analgésicos, a elevada mortalidade destes casos associados a infeção por CO-VID-19, reforça não só a importância de um correto e precoce diagnóstico como do seu tratamento, sendo um preditor de mau prognóstico.

PO 79

DIFERENTES MANIFESTAÇÕES DA MESMA DOENÇA

Hugo Ventura; Ricardo Veigas; Maria Lima Costa, José Pedro Fonseca; Gabriel Atanásio; Edite Nascimento

Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E.

Introdução: A anemia megaloblástica é uma forma de anemia macrocítica em que, devido ao metabolismo de ácido nucleicos estar comprometido, há dessincronia núcleo-citoplasma. As causas mais comuns incluem défice de Vitamina B12 (Vit. B12) e Folato. A presença de sintomas associados à anemia depende do valor de hemoglobina (Hb), severidade do défice e estado global do doente.

Caso clínico: Descrevem-se dois casos clínicos com objetivo de evidenciar diferentes formas de apresentação e sintomatologia.

O primeiro caso clínico refere-se a mulher de 73 anos que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por aumento da dependência, palidez cutânea e alteração comportamental com agressividade. Do estudo realizado a destacar bicitopenia, com anemia macrocítica com Hb de 9,4 g/dL e volume globular médio (VGM) de 120,9 fentolitros (fL), sem critérios de hemólise, associada a leucopenia. Apresentava défice de Vit. B12 (69pg/dL). Fez repo-

sição intensiva de Vit. B12 parentérica, com resolução das alterações do hemograma e comportamentais. Meses após internamento, mantém paraparésia com incapacidade de marcha, sob programa de fisioterapia. O seaundo caso clínico refere-se a mulher de 58 anos, com antecedentes de hipotiroidismo e inflamação da cavidade oral e língua arrastada, avaliada no SU por astenia. Apresentava palidez, tendo sido objetivada glossite. Estudo complementar revelou anemia macrocítica com Hb 5g/dL (VGM: 113,4 fL) e leucopenia. Esfregaço de sangue periférico com neutrófilos hipersegmentados. Doseamento de Vit. B12 com valor limítrofe. Restante estudo com anticorpos anti-células parietais, anti-fator intrínseco e anti-peroxidase tiroideia positivos em alto título permitindo diagnóstico de anemia perniciosa e tiroidite autoimune crónica. Foi submetida a terapêutica transfusional e medicada com Vit. B12 parentérica com correção progressiva das alterações do hemograma. Pelo risco acrescido, solicitada endoscopia digestiva alta para exclusão de neoplasia gástrica.

Conclusão: No primeiro caso, o défice de Vit. B12 deveu-se a baixa ingestão durante longo período; no segundo caso deveu-se à diminuição da absorção em contexto de anemia perniciosa, entidade associada a outras doencas autoimunes como a Tiroide de Hashimoto, identificada na nossa doente. Todos os doentes com défice de Vit. B12 ou Folato devem ser tratados, sendo que a urgência do tratamento depende da severidade do défice e sintomas associados. Após início do tratamento. habitualmente a anemia resolve entre 4 e 8 meses. A resolução das alterações neuropsiquiátricas no défice de Vit. B12 pode demorar mais tempo ou ser incompleta, especialmente em doentes com défices severos ou prolongados no tempo. A primeira doente evidencia sinais de acometimento do trato piramidal com paraparésia e espasticidade que persistem apesar da correção da anemia. Os sintomas neurológicos podem preceder as alterações hematológicas o que pode configurar um desafio diagnóstico.

PO 80

TEP E HEMORRAGIA INTRACEREBAL: O DESAFIO DO DIAGNOSTICO AO TRATAMENTO

Sabina Belchior Azevedo, Sara Pereira, Rafael Freitas, Fernando Lemos, Duarte Lages Silva, Liliana Costa

Hospital Conde de Bertiandos, Unidade Local de Saúde Alto Minho

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma patologia comum, tendo na fibrilhação auricular (FA) e na imobilização, dois dos grandes fatores risco para o seu desenvolvimento. A correta hipocoagulação profilática e terapêutica tendo um papel fundamental na sua evicção, é um especial desafio nos doentes que sofrem hemorragias intracranianas.

Caso clínico: Uma mulher de 78 anos com antecedentes de FA hipocoagulada, recorre ao SU por disartria e hemiparesia direita. Após avaliação é diagnosticada hemorragia intracerebral subcortical. Durante o internamento. clinicamente com recuperação parcial dos défices e imagiologicamente com reabsorção parcial da hemorragia, tendo alta para unidade de convalescença, para reabilitação. Cerca de um mês após o evento cerebrovascular, a doente mantinha-se sem hipocoagulação. quando desenvolve sintomatologia e alteracões urinárias compatíveis com infeção urinária. Nos dias seguintes por apresentar hipotensão, má perfusão periférica, oligoanúria e alteração do estado de consciência foi transferida para o SU, com diagnóstico de sépsis com ponto de partida urinário. À admissão é objetivada insuficiência respiratória com

ortopneia, hipotensão com fraca resposta a fluidoterapia e hiperlactacidemia sustentada, além das alterações previamente descritas. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios, marcadores necrose miocárdica e BNP. Realizou-se ecoscopia com evidência de dilatação das câmaras cardíacas direitas e veia cava inferior dilatada. Dada a elevada suspeita de TEP, realizou angiografia das artérias pulmonares que confirmou o diagnóstico. Tratando-se de uma doente em choque obstrutivo por TEP com contraindicação para fibrinólise por hemorragia intracerebral recente, foi proposta e recusada para trombectomia mecânica. Após discussão multidisciplinar, foi decidido reiniciar hipocoagulação com heparina não fracionada, caso evidência de reabsorção total de hemorragia, que se verificou. Admitida nos cuidados intermédio, evoluiu favoravelmente com recuperacão para estado prévio ao último internamento, sem intercorrências hemorrágicas.

Discussão: O TEP é uma das patologias mais associados a internamentos prolongados com imobilização e sem profilaxia, como são paradigma os doentes com hemorragias intracerebrais extensas, tal como relatado neste caso. Assim, quando estes doentes desenvolvem sinais de doença grave, mesmo perante um diagnóstico prévio assumido e explicativo da sua clínica, deve ser não só ponderada a possibilidade do TEP, como pesquisados ativamente sinais e sintomas caraterísticos, nomeadamente pela história clínica sugestiva e exames não invasivos como eletrocardiograma e ecografia. Além da importância do diagnóstico, este caso relata o papel fundamente da hipocoagulação na prevenção/tratamento, e a necessidade da discussão sobre qual o timing de reintrodução da hipocoagulação nestes doentes, um dos grandes desafios na prática médica.

PO 82

PROGNÓSTICO DOS DIABÉTICOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA ERA PÓS-ISGLT2 NUM HOSPITAL DE NÍVEL 1

Sabina Belchior Azevedo, Andre Calheiros. Rafael Freitas Lopes, Liliana Costa Hospital Conde de Bertiandos, Unidade Local de Saúde Alto Minho

Introducao: Os doentes com diabetes mellitus (DM) têm major risco de desenvolver insuficiência cardíaca (IC) com fração ejeção preservada (FEP) ou reduzida (FER). O prognóstico dos doentes com IC, hospitalização e risco de eventos cardiovasculares tem sido documentado como sendo significativamente pior para os diabéticos, comparativamente aos não diabéticos na era pré iSGLT2. Não está ainda documentado no panorama nacional a mudança do prognóstico dos dois tipos de IC após a introdução desta classe terapêutica. OBJETIVO: Avaliar a prevalência de DM em doente com IC internados durante um ano, num hospital de nível 1. caracterizar o tipo de IC e o seu prognóstico.

Material e métodos: Foram analisados 828 internamentos consecutivos de doentes com diagnóstico de IC, cardiopatia hipertensiva, valvular, ou isquémica num hospital de nível 1 no ano de 2020. Através da revisão de cada processo clínico, foram confirmados 514 doentes com diagnóstico de IC e 286 doentes consecutivos com ecocardiograma realizado nos últimos 2 anos com avaliação da fração ejeção. Destes, 215 doentes apresentavam IC FEP (75,2%), 40 com FER (14%) e 31 fração de ejecão ligeiramente reduzida (10.8%). Foi usado o teste de qui quadrado no SPSS para avaliar a associação entre a presença de DM e o prognóstico.

Resultados: Dos 286 doentes internados com IC, 121 eram diabéticos (42,3%). Dos doentes diabéticos, 77% tinham IC FEP e 23% IC FER. Os reinternamentos a 1 ano dos doentes DM com IC foram significativamente superiores aos não DM (43,8% vs 32,1%; p:0,04). A mortalidade a 1 ano não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre grupos (37,1% vs. 39,9%; p:0,71), tal como o outcome composto de reinternamentos e/ ou mortalidade a 1 ano (64,5% vs 58,8%; p:0,33). Ao analisar apenas os doentes com IC FEP, os reinternamentos a 1 ano foram significativamente mais baixos nos doentes não diabéticos (32% vs 50,5%; p:0,005), com a mortalidade a um ano e os reinternamentos ou morte sem diferenças estatisticamente significativas, respetivamente (36,9% vs 37,6%) e (59,8% vs 59,5%).

Conclusão: Este estudo mostrou um prognóstico mais sombrio para os doentes DM mesmo na era pós iSGLT2, nomeadamente com aumento significativo do risco de internamento destes doentes. Existe uma elevada margem para otimização terapêutica dos doentes DM com IC. Uma baixa proporção dos doentes DM com IC estavam medicados com iSGLT2 o que pode ter contribuído para este resultado e estar relacionada com a elevada proporção de doentes com DRC avançada e com a ausência de recomendações específicas na IC FEP em 2020.

PO 83

HIDROTÓRAX HEPÁTICO – IMAGEM EM MEDICINA

João Peixoto, Diogo Leal, Dilva Silva, Pedro Ribeiro, Lèlita Santos

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Homem, 67 anos, com cirrose hepática alcoólica (Child-Pugh B, MELD 18), internado por descompensação com extenso hidrotórax direito. TC-tórax e abdómen evidenciou volumoso derrame pleural direito, de cerca de 5L de volume, sob tensão, com acentuado desvio do mediastino, inversão da hemicúpula diafragmática e deslocação das vísceras abdominais, sem ascite. Realizadas toracocenteses diagnóstica, compatível com transudado, e evacuadoras, com drenagens faseadas. Por refratariedade à terapêutica médica otimizada, o doente foi referenciado para a unidade de transplantação e proposto para TIPS.

PO 86 A DOR NO MIELOMA MÚLTIPLO

Bárbara Azevedo de Sousa, Joana Silva, Joana Fontes, Ana Sofia Ferreira, Carlos Rego Gonçalves, Nereida Monteiro, Amanda Lista Rey, António Ferro, Paula Brandão Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital Conde de Bertiandos

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma doença maligna dos plasmócitos com várias manifestações clínicas. Apesar da dor óssea ser um sintoma bem estabelecido no MM, é muitas vezes desvalorizada ou atribuída a outras etiologias, atrasando o diagnóstico e com isto a sobrevida destes doentes.

Caso clínico: Mulher de 75 anos com antecedentes de neoplasia urotelial, tratada e sem evidência de recidiva. Recorre ao servico de urgência (SU) por queixas álgicas progressivas no ombro esquerdo com quatro meses de evolução. História de múltiplas vindas ao SU e necessidade de analgesia crescente, mantendo dor contínua, intensidade 10/10 e, posteriormente, diminuição da força do membro superior e inferior esquerdos, condicionando dificuldade na marcha progressiva. Da investigação efetuada apresentava anemia normocítica e normocrómica, lesão renal aguda e acidemia metabólica. Realizada tomografia computorizada com evidência de múltiplas lesões osteolíticas na calote craniana, na 8ª costela direita, no corpo de C6 que se encontrava colapsado, erodido, tendo sido substituído por massa de tecidos moles com marcada destruição óssea e a invadir o canal vertebral entre C5 e C7 e outras lesões líticas com

massa de tecidos moles com invasão canalar nos corpos de L5 e D12, sem indicação cirúrgica após avaliação por Neurocirurgia. Foi identificado um pico monoclonal IgA lambda com beta-2 microglobulina elevada tendo sido diagnosticado mieloma múltiplo. Iniciou corticoterapia com melhoria da dor. Orientada para Onco-Hematologia e iniciada terapêutica com Bortezomib após estabilização clínica. Discussão: Apesar da elevada prevalência da patologia osteoarticular, a dor deve ser sempre bem caracterizada. Perante queixas álgicas de elevada intensidade, refratária à terapêutica analgésica, sobretudo na população com mais de 60 anos, o despiste de patologias como o MM é fundamental para o seu tratamento precoce, evitando fases tardias e avançadas da doença, tal como no caso apresentado.

P0 87

FEBRE ESCARO-NODULAR - UM CASO CLÍNICO

Mafalda Leal, Íris Galvão, Beatriz Sampaio, Diogo Ferreira da Silva, Pedro Fiúza, Russo Esteves, Marília Andreia Fernandes, Valentina Tosatto, Felisbela Gomes Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central

A febre escaro-nodular (FEN) é a zoonose mais prevalente na Europa, sendo principalmente identificada em áreas rurais da Europa Mediterrânica. Em Portugal, sabe-se que a doença é endémica, sendo maioritariamente causada pela Rickettsia Conorii, atualmente pensando--se que o seu principal reservatório serão os cães. Apesar das novas técnicas laboratoriais, o seu diagnóstico continua a ser essencialmente clínico, tendo a serologia um papel confirmatório. Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino, com 73 anos de idade, diabético e com dislipidémia. Residente numa freguesia rural, com contacto com animais domésticos. nomeadamente cães, gatos e galinhas. Recor-

reu ao servico de urgência (SU) por um guadro com cerca de 6 dias de evolução de febre. associada a cefaleia intensa (mais evidente no período de subida térmica), náuseas, vómitos e enfartamento precoce. Medicado desde há 3 dias com amoxicilina e ácido clavulânico por suspeita de infeção respiratória. Ao exame objetivo no SU apresenta-se vígil, normotenso, taquicárdico, febril, com saturação periférica de 97% em ar ambiente, desidratado, com rash macular difuso, poupando face, couro cabeludo, palmas e plantas. Salienta-se lesão maculo-papular na região abdominal, bem definida e com halo central escurecido, altamente sugestiva de tache noir. Sem outras alterações à observação. Do estudo realizado salienta-se: trombocitopénia com 88000 plaguetas, elevação das enzimas hepáticas - AST 154U/L, ALT 123U/L, GGT 204U/L - LDH 602U/L, proteína C reativa 216.3mg/L; TC-CE e AngioTC abdominal sem alterações. Hemoculturas negativas. Realizou punção lombar, excluindo-se extensão da infecão ao sistema nervoso central, assim como a presença de vírus neurotrópicos. Foi iniciada doxiciclina empírica. Nas primeiras 24h assistiu-se a agravamento do rash, com extensão às palmas e plantas e maior freguência dos picos febris, com fraca cedência aos antipiréticos. Dos exames realizados durante o período de internamento salienta-se a presenca de anticorpos anti-Rickettsia conorii. Assistiu-se a progressiva melhoria clínica e analítica, tendo tido alta ao 5º dia de internamento. Com este caso pretendemos alertar para uma patologia endémica em Portugal, que apesar de pouco freguente nos grandes centros urbanos. deve sempre ser tida em consideração guando temos um doente com febre, cefaleia e rash. Destacamos ainda a importância de um exame físico cuidado e completo, pois foi através deste que se chegou ao diagnóstico e à correcta terapêutica para o doente.

POLINEUROPATIA POR DÉFICE DE VITAMINA B12 – A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Bárbara Sousa, Joana Silva, Joana Fontes, Carlos Rego Gonçalves, Nereida Monteiro, Elsa Araújo, Raquel Costa, António Ferro, Paula Brandão Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital Conde de Bertiandos

Introdução: O défice de vitamina B12 pode estar associado a manifestações neurológicas como a mielopatia, polineuropatia periférica e demência. Sendo, assim, um diagnóstico diferencial do Acidente Vascular Cerebral (AVC). A causa mais frequente de défice no adulto é a absorção inadequada, como a anemia perniciosa. As complicações podem ou não ser reversíveis com a reposição vitamínica.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 71 anos encaminhado à consulta externa (CE) de Medicina Interna pela Neurologia para estudo de défice de vitamina B12 com 1 ano de evolução. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e alcoolismo e, ainda, um internamento por parestesias e desequilíbrio tendo sido admitido AVC isquémico vertebro-basilar sem tradução imagiológica e encaminhado à CE de Neurologia. Na CE diagnosticada polineuropatia sensitiva e motora dos membros inferiores por défice de vitamina B12 em contexto de alcoolismo. Posteriormente, enviado à CE de Medicina Interna por não resolução do défice mesmo com suplementação oral. À nossa avaliação, mantinha parestesias das mãos e pés, deseguilíbrio e fragueza muscular. Ao exame neurológico com paraparésia e hipostesia dos membros inferiores e marcha de base alargada. No estudo etiológico apresentava anemia megaloblástica, défice de vitamina B12, endoscopia com gastrite atrófica e anticorpo anti-fator intrínseco positivo. Após o diagnóstico de anemia perniciosa e a reposição com vitamina B12 intramuscular, o doente evolui apenas com ligeira melhoria dos sintomas.

Discussão: Apesar da história de alcoolismo e polineuropatia periférica, as outras causas de défice de vitamina B12 devem ser excluídas. O diagnóstico precoce e identificação da causa do défice vitamínico, assim como a sua correta suplementação, são de extrema importância pois alteram a evolução clínica. Os fatores preditores de má resposta ao tratamento são o tempo de evolução dos sintomas e gravidade do quadro neurológico, determinantes no caso apresentado.

PO 91

ESTENOSE AÓRTICA COMO CAUSA DE SINCOPE: UM DIAGNÓSTICO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Marta Fernandes, Rita Soares Costa, Daniela Soares, Joana Sequeira, Gonçalo Sarmento Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: A síncope define-se como uma perda transitória de consciência por hipoperfusão cerebral e caracteriza-se por um início rápido, curta duração e recuperação espontânea completa. Perda de consciência não é sinónimo de sincope e as causas têm que ser bem diferenciadas. Nos casos de perda de consciência não traumática é necessário fazer um diagnóstico diferencial entre causas cardíacas e neurológicas, sendo que uma anamnese e um exame físico exaustivo podem ser suficientes para reduzir as possibilidades diagnósticas.

Caso clínico: Homem de 55 anos, professor de ténis. Como antecedentes pessoais de salientar rim único e doença renal crónica estadio 4. Dá entrada no serviço de urgência (SU) por suspeita de crise convulsiva, tendo sido inicialmente avaliado por Neurologia que excluiu convulsão como causa da perda de consciência. Após melhor esclarecimento, o doente relata que a fazer um esforço mínimo

na aula de ténis teve uma síncope, sem pródromos e sem traumatismo crânio-encefálico. Não foram presenciados movimentos tónico-clónicos ou incontinência de esfíncteres e o doente recuperou a consciência em poucos minutos. Adicionalmente, o doente descrevia história ortopneia com dois anos de evolução e dispneia em agravamento progressivo para pequenos esforços que não valorizava. À admissão no SU o doente encontrava-se consciente, colaborante e orientado. Apresentava-se apirético, normotenso e normocárdico, com mucosas descoradas, mas hidratadas e sem insuficiência respiratória. O exame neurológico sumário não apresentava alterações. A salientar na auscultação cardíaca, um sopro sistólico grau V/VI no foco aórtico com irradiação para as carótidas. No estudo analítico apresentava agravamento da função renal e da anemia e a porção N-terminal do péptido natriurético tipo B (NT-ProBNP) de 4220 pg/ mL. Realizou tomografia axial computorizada crânio encefálica que não apresentava alterações e no eletrocardiograma destacavam-se sinais de hipertrofia do ventrículo esquerdo. Dados os achados, a suspeita diagnóstica prendeu-se pela estenose aórtica a condicionar quadro de síncope. Foi então pedida avaliação por Cardiologia que realizou ecocardiograma a mostrar estenose aórtica grave com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 45%. O doente foi internado para estratificação da doença e foi proposto para cirurgia valvular, tendo sido intervencionado durante o internamento.

Conclusão: As perdas de consciência são um motivo frequente de idas ao SU, pelo que é importante a identificação da causa para uma correta orientação. Num SU com muita afluência, distrações e ruído, realizar uma história clínica com exame físico minucioso e que nos permita quiar a marcha diagnóstica pode ser extremamente difícil. No entanto

esta avaliação inicial e o esclarecimento dos eventos precedentes, iunto do doente e de possíveis testemunhas oculares é fundamental na diferenciação entre síncopes de risco e síncopes benignas e uma melhor orientação do doente

PO 92

O DESAFIO DIAGNÓSTICO DO SÍNDROME NEFRÓTICO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

Rafael Lopes Freitas, Sabina Belchior Azevedo, Inês Ferreira, Nereida Monteiro, André Calheiros. Carlos Rego Gonçalves, Liliana Costa Unidade Local Saúde Alto Minho, Hospital Conde de **Bertiandos**

Introdução: O síndrome nefrótico (SN) é uma patologia que engloba proteinúria maciça (>3,5g/24H), hipoalbuminémia, edemas generalizados e dislipidemia. Pode ser primário ou secundário e apresentar evolução para rápida deterioração da função renal, ou complicações trombóticas e infecciosas, o que aumenta o desafio do seu diagnóstico em contexto de urgência.

Caso clínico: Um homem de 80 anos, hipertenso e dislipidemico, recorre a servico de urgência (SU) por falta de acesso ao médico assistente (MA) em contexto pandêmico. Apresentava dispneia e edema generalizado com 4 dias de evolução. O estudo inicial mostrava hemograma, função renal, ECG e BNP normais. A radiografia de tórax evidenciava cardiomegalia. Por inconsistência na apresentação de insuficiência cardíaca foi solicitado de seguidamente estudo tiroideu que era normal e estudo sumário de urina, que mostrava proteinúria (>400mg/dL). Por suspeita de SN foi medicado com furosemida e ramipril, com reavaliação urgente em consulta de Medicina Interna. Uma semana depois, o estudo confirmava o SN com proteinúria de 12,8g/24H e hipoalbuminemia, tendo sido admitido para biópsia renal, estudo complementar de SN. Foi feito diagnóstico de glomeruloesclerose segmentar e focal e iniciou hipocoagulação e terapêutica imunossupressora, o que não impediu o desenvolvimento de tromboembolismo pulmonar e a progressão para falência renal com necessidade de terapêutica renal de substituição.

Discussão: A discussão deste caso clínico serve de partida para a discussão do desafio diagnóstico de doenças graves em contexto pandémico. Especificamente no caso do SN a sua abordagem no SU é exigente em hospitais onde o ratio proteínas creatinina sérica não está disponível de forma urgente e por mimetizar ou ser um contributo para a IC. No entanto, ilustramos com este caso a necessidade do rápido diagnóstico de SN e antecipação de complicações associadas de forma evitar consequências potencialmente catastróficas.

PO 93

QUANDO A AUSÊNCIA DE DOENÇA É O PROBLEMA

Rafael Lopes Freitas, Sabina Belchior Azevedo, Inês Ferreira, Nereida Monteiro, André Calheiros, Carlos Rego Gonçalves, Liliana Costa *Unidade Local Saúde Alto Minho, Hospital Conde de Bertiandos*

Introdução: Os distúrbios funcionais (DF) e o transtorno factício autoimposto ou síndrome de Munchausen (SM) são desafios clínicos importantes dado que ambos têm fronteiras ténues com doenças potencialmente graves. Em ambos, a semiologia não é totalmente congruente com a de doenças orgânicas. Nos DF, os sintomas, geralmente neurológicos, não são intencionais e causam ansiedade ao doente. No SM, os sintomas são gerados ou inflacionados intencionalmente, mesmo sem aparente benefício ou perante risco físico.

Caso clínico: 1: Uma mulher de 30 anos foi internada por síndrome febril prolongado autorreferido, perda ponderal de 10%, po-

liartralgias e mialgias após vacinação para o SARS-COV2. O internamento foi marcado por inconsistências no exame físico e resultados de exames complementares consistentemente negativos: análises, ecocardiograma, TC, PET e RM CE, descartando causas infecciosas, autoimunes e neoplásicas. Por suspeita de manipulação da avaliação de temperatura foi iniciado um controlo rigoroso da mesma, não havendo novos picos febris desde essa altura. Foi assumido o diagnóstico de SM. Caso clínico: 2: Uma mulher de 45 anos, com antecedentes de fibromialgia e distúrbio

de ansiedade foi admitida por hemiparésia e hemihipostesia esquerda com face. O estudo imagiológico inicial não demonstrou lesões cerebrais e a doente foi internada por suspeita de evento vascular cerebral isquémico sem tradução radiológica, apesar de apresentar achados clínicos inconsistentes. Foram realizadas RM e TC CE que excluíram lesões cerebrais. Perante clínica não fisiológica e achados negativos nos exames foi assumido DF. Discussão: Estes casos clínicos servem de premissa para a discussão da importância dos DF e do SM na prática clínica atual, de ultra especialização diagnóstica e de medicina defensiva. São revistos os critérios diagnósticos de DF e SM, e estratégias práticas para abordar casos suspeitos, com ênfase de que estes serão sempre diagnósticos de exclusão.

PO 95

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA POR OPIOIDES – UMA CAUSA DE ANSIEDADE NO SU

Rafael Lopes Freitas, Sabina Belchior Azevedo, Inês Ferreira, Nereida Monteiro, Nuno Pardal Unidade Local Saúde Alto Minho, Hospital Conde de Bertiandos

Introdução: O uso crónico de opióides, quer na forma de medicamentos e doses não terapêuticas, quer na forma de substâncias ilícitas leva a tolerância e a dependência física.

A síndrome de abstinência de opióides (OWS), ocorre cerca de 6 dias após uma descontinuação ou redução de dose rápida num indivíduo com dependência física já estabelecida. Manifesta-se com sintomas somáticos como. Pode-se também manifestar como sintomas afetivos tais como: ansiedade e irritabilidade. O score COWS estratifica o risco de dependência de acordos com achados físicos. Casos de convulsões na OWS estão geralmente associados a recém-nascidos, filhos de mães consumidoras na gravidez e a em adultos, de zona endémica na Índia devido a mistura de heroína com outras substâncias ainda que a literatura seja escassa.

Caso clínico: Homem 24anos, natural da Índia, que se mudou para um grande centro urbano português há cerca de 2 anos. E cercas de 2 semanas prévias à admissão em SU para uma zona rural portuguesa. Dificuldade na recolha de história por barreira linguística, mas foi possível esclarecer que era consumidor de heroína de longa data, que estaria num programa de substituição com metadona mas após a mudança mais recente para zona rural deixou de ter acesso a metadona ou heroína. Doente trazido ao serviço de urgência por descrita crise convulsiva numa farmácia quando doente tentava obter medicação. Na observação inicial, doente encontrava-se hemodinamicamente estável, eupneico, sem nenhum défice focal neurológico. Queixando--se apenas de dor membro superior esquerdo que não resolveu com AINE. O estudo imagiológico crânio-encefálico não demonstrou lesões agudas ou suspeitas. Analiticamente apenas com aumento ligeiro de creatinina--quinase. Após reavaliação do doente, apresentava-se este apresentava-se ansioso, com piloereção, hiperalgesia, lacrimejo, midríase, nauseado, e a bocejar repetitivamente. Aplicando o score COWS colocava o doente em risco moderado de abstinência. Deste modo

foi efetuado o contacto com médico do Divisão Intervenção Comportamento Aditivo e Dependência que deu indicação para introdução de tramadol em dose ajustada e corroborou a hipótese de convulsão por dependência por opióides. Doente iniciou terapêutica proposta e manteve-se em vigilância com melhoria dos sintomas. Foi observado por psiguiatria e encaminhado para programa de substituição em regime ambulatório.

Discussão: A aplicação de scores de gravidade permite não só estratificar a gravidade de uma síndrome ou doença, mas também ajudar equipa médica a identificar sintomas e sinais que poderiam passar despercebidos, e anecessidade de reavaliação destes. No caso apresentado a aplicação do score COWS não mudou a estratégia de prevenção de convulsões, mas proporcionou a identificação de sinais de gravidade e o diagnóstico de OWS com major certeza dado que a equipa médica do SU em questão, pela pouca afluência de casos semelhantes, não tinha experiência nem apoio diário de Psiguiatria

PO 97

UM CASO RARO DE PSEUDO-OCLUSÃO AGUDA DO CÓLON

Hélder Diogo Gonçalves, Inês Parreira, Sara Vasconcelos-Teixeira, Ana Melício. Ana Filipa Vassalo, António Pais de Lacerda. Leila Duarte

Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Homem, 86 anos, acamado por fratura cervical do fémur direito. Recorreu ao SU por dor, distensão abdominal e obstipação desde há 6 dias. Sem febre ou novos fármacos. À observação, abdómen distendido, doloroso à palpação profunda generalizada, sem defesa. Analiticamente, Hb 10.4 g/dL e PCR 12.6 mg/ dL. Radiografia abdominal documentou megacólon, confirmado em TC com dilatação do cólon em forma de U invertido / grão de café e detritos fecais abundantes na ampola retal, sem sinais de isquemia, oclusão ou perfuração intestinal. Admitida Síndrome de Olgivie, resolvida após tratamento conservador.

PO 100

POR TRÁS DE UMA DOR ABDOMINAL

Marta Batista, Tiago Silva, Inês Amaral Neves, Jorge Cotter

Hospital Senhora Oliveira

Introdução: O linfoma difuso de grandes células B constitui o tipo mais comum de linfoma não Hodgkin, sendo responsável por cerca de 1/3 dos casos. Atinge predominantemente o sexo masculino na sexta década de vida. A maioria dos doentes encontra-se num estadio avançado aquando do diagnóstico. Os autores descrevem este caso pela sua apresentação e evolução agressiva.

Caso clínico: Doente do sexo masculino com 69 anos, caucasiano, com os seguintes antecedentes pessoais: esquizofrenia, hipertensão arterial.

Admitido no Serviço de Urgência por astenia, anorexia, emagrecimento involuntário, dor abdominal nos quadrantes médios e região epigástrica, com 2 meses de evolução e agravamento nos dias prévios.

Ao exame objetivo hemodinamicamente estável, apirético, emagrecido, com dor à palpação profunda dos quadrantes médios, sem defesa e edema escrotal bilateral mais proeminente a esquerda.

Analiticamente apresentava anemia normocítica normocrómica, lesão renal aguda AKIN 3 e LDH 1505 UI/L (VR 120-246). Realizo tomografia computorizada abdominal: (...) Exuberante lesão sólida heterogênea envolvendo praticamente todo o retroperitoneu, com deslocamento anterior da aorta abdominal, com invasão dos rins e glândulas suprarrenais, e com perda dos planos clivagem com o baço, pâncreas e o lobo hepático direito, podendo existir invasão dos mesmos. Essa densificação heterogênea estende-se inferiormente, mais exuberante à esquerda onde apresenta uma extensão pelo canal inguinal com marcado aumento volumétrico heterogêneo. Adenomegalias suspeitas nas regiões inguinais, a dominante à esquerda com 29 mm (...). Realizou biopsia dirigida por imagem, cuja histologia revelou ser linfoma difuso de grandes células B.

Discussão: Este caso ilustra o diagnóstico num estadio avançado, com evolução agressiva e envolvimento de múltiplos órgãos. Nestes casos, o diagnóstico diferencial torna-se um desafio, tornando-se necessário o diagnóstico histológico e estratificação da doença.

PO 101

TUBERCULOSE GANGLIONAR – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Nereida Fernandes Monteiro, Elsa Araújo, Bárbara Sousa, Inês Ferreira, Rafael Freitas, Paula Brandão

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE/ Hospital Conde de Bertiandos

Introdução: A Tuberculose (TB) ganglionar corresponde à manifestação extrapulmonar mais comum da TB. Afeta sobretudo a região cervical e supraclavicular e surge comumente como resultado de reativação de infeção latente. O seu diagnóstico nem sempre é fácil e a sua notificação é de carácter obrigatório em Portugal.

Caso clínico: Mulher de 52 anos, sem antecedentes de relevo, referenciada à consulta de Medicina Interna por adenomegalias cervicais com 6 meses de evolução. Sem contacto prévio com TB nem viagens a países de alta incidência. Sem medicação habitual, hábitos alcoólicos nem tabágicos. Clinicamente com hipersudorese noturna e, ao exame físico, adenomegalias firmes e indolores na região

supraclavicular direita e cadeias cervicais superiores, confirmadas por ecografia. Analiticamente com aumento da velocidade de sedimentação e serologias infecciosas negativas. A contagem de leucócitos não apresentava alterações e a fórmula leucocitária era normal. Realizou tomografia computorizada com evidência de gânglios cervicais infracentimétricos e adenopatia supraclavicular direita de 2cm à qual foi realizada biópsia por aqulha fina quiada por ecografia. O exame citológico do aspirado revelou achados sugestivos de linfadenite reactiva e houve crescimento de colónias na cultura de Lowenstein-Jensen com posterior isolamento de Mycobacterium tuberculosis complex, sem resistência aos tuberculostáticos. Realizou, ainda, radiografia e TC torácica sem achados sugestivos de TB, e exames micobacteriológicos da expectoração com resultados negativos. Obteve-se o diagnóstico de TB ganglionar, que foi notificado. A doente foi referenciada para o centro de diagnóstico pneumológico e iniciou tuberculostáticos.

Discussão: A pesquisa de Mycobacterium tuberculosis deve fazer parte do estudo etiológico das adenopatias pois a apresentação clínica da TB ganglionar é inespecífica e assemelha-se a diversas patologias. Perante a suspeita clínica, deve-se excluir TB pulmonar concomitante.

PO 104

ARTRITE DE CÉLULAS GIGANTES: SUSPEITAR; DIAGNOSTICAR

Dinis Sarmento, Sofia Carvalho, Hugo Pinheiro, Teresa Mendes, Ana Filipa Silva, Filipa Leal, Diana Anjos, Anabela Silva, Lindora Pires Centro Hospitalar Tamega e Sousa

A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite granulomatosa crónica com uma incidência de 0,5-27 casos/100000 pessoa e é mais frequente em mulheres após os 50 anos de idade. Atinge vasos de médio e grande calibres, com predileção pelos ramos extracranianos das artérias carótidas, manifestando--se com cefaleia, claudicação mandibular e/ ou alterações visuais. As alterações analíticas são inespecíficas (anemia, aumento da velocidade de sedimentação (VS) e da proteína C-reativa (PCR)). O diagnóstico é confirmado por ecodoppler e/ou biópsia dos vasos afetados e o tratamento assenta na corticoterapia. Mulher de 77 anos com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus não insulino dependente. Recorre ao Serviço de Urgência por amaurose bilateral súbita e auto-limitada. Quando questionada, referiu episódios de claudicação mandibular desde há 2 anos e que não valorizara. Exame objetivo sem alterações, nomeadamente, à palpação das artérias temporais. Do estudo etiológico complementar: hemoglobina 11.3g/dL: 12540 leucócitos, VS 47mm com PCR de 12g/dL. Estudo auto-imune negativo. Tomografia axial computadorizada e ressonância magnética cerebrais sem alterações agudas. Doppler transcraneano e dos vasos do pescoco sem alterações de relevo. Pela clínica e achados analíticos sugestivos de ACG, realizou biopsia de artéria temporal que confirmou o diagnóstico. Instituída corticoterapia 1mg/kg/dia. Foi orientada para consulta externa, mas viria a falecer, vítima de infeção por SARS-Cov 2, antes da reavaliação. O diagnóstico de ACG pode

ser desafiante, pelo que a suspeição clínica com anamnese detalhada é fundamental para o diagnóstico e tratamento atempados.

PO 105

RÁPIDA INSTALAÇÃO E LENTA RESOLUÇÃO DA MENINGOENCEFALITE

Rita Sevivas, Catarina Pinto Silva, Luís Augusto Cardoso, Flávia Fundora, Cristiana Fernandes, Ana Sofia Barroso, Carlos S. Oliveira Hospital de Santa Maria Maior, Barcelos

Introdução: A infeção por Listeria ocorre principalmente em doentes idosos e/ou imunodeprimidos. O espectro clínico é vasto e variável, sendo a apresentação mais comum a meningoencefalite. A Listeria é uma bactéria não tuberculosa que pode causar aumento substancial dos linfócitos no líquido cefalorraquidiano, levando a dúvidas diagnósticas. Caso clínico: Mulher de 67 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e obesidade: medicada habitualmente com metformina, rosuvastatina e amlodipina, Admitida no SU por início de discurso arrastado e falta de força generalizada associada a pico febril de 39°C com 8 horas de evolução. Ao exame obietivo: normotensa, normocárdica e febril. com rigidez da nuca, desorientada, não colaborante, agitada e afásica. Dos exames realizados não apresentava alterações analíticas ou imagiológicas (TC de crânio e TC torácico abdomino pélvica). Realizada punção lombar com saída de líquido turvo, 1166 leucócitos com 94% de mononucleares e baixa glicose, tendo sido iniciada antibioterapia empírica com Ceftriaxone e Ampicilina pelos fatores de risco, concomitante ao início de corticoterapia. Melhoria clínica ligeira, contudo a manter picos febris durante o internamento. Em microbiologia de LCR com isolamento de Listeria monocytogenes, mantendo antibioterapia dirigida com ampicilina que cumpriu 21 dias. Para exclusão de complicações, foi reavaliada com RM CE com achados sugestivos de ventriculite pelo que se prolongou antibioterapia até aos 42 dias. Nessa altura, com reavaliação imagiológica e do LCR ainda com 261 leucócitos e predomínio de mononucleares (83%), pelo que manteve antibioterapia até completar 6 semanas. Durante o internamento apresentou melhoria lenta e progressiva dos défices neurológicos, apresentando-se recuperada à data de alta.

Conclusão: Os autores destacam este caso uma vez que o LCR em casos de infeção por Listeria, ao contrário de outras causas de meningite bacteriana, pode apresentar tanto um predomínio de polimorfonucleares como de mononucleares - fator confundidor na abordagem etiológica -, e atrasar o tratamento atempado, agravando o prognóstico.

PO 107

PNEUMONIA LOBAR A KLEBSIELLA PNEUMONIAE. DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO POR TORACOCENTESE

Sérgio Alves, Sara Sá, Rita Pera, Tiago Ceriz, Cristiana Batouxas, Andrei Gradinaru, Miriam Blanco *ULSNE*

Klebsiella pneumoniae é a mais importante enterobacteriacea colonizadora do trato gastro-intestinal. As infecções são habitualmente nosocomiais e mais prevalentes em doentes imunocomprometidos. Mesmo com antibioterapia precoce e apropriada as taxas de mortalidade são elevadas, em particular nos casos associados a bacteriemia. Masculino de 69 anos, dependente motor e com disfagia na sequência de LOE cerebral, apesar disto com. cognitivo preservado e institucionalizado é trazido ao serviço de urgência com queixas de dor abdominal e respiração ruidosa, febril com temperatura máxima 38,5°C. Trata-se de um doente diabético insulinotratado, em

seguido por neurocirurgia por LOE cerebral sugestiva de meningioma. Apresenta anemia multifactorial e internamentos recentes por pneumonite aspirativa. À admissão com temperatura auricular de 37,3°C hemodinamicamente estável, 100/57(85)mmhg, sem TVJ e uma saturação periférica de Sp02: 94% com 02 por cânula nasal a 21/min. Encontrava.se consciente, colaborante, polipneico e com respiração ruidosa, com necessidade de aspiração de secreções traqueo-bronquicas. À auscultação o murmúrio vesicular encontrava-se diminuido a esquerda O raio-x de Tórax revelou opacificação na base esquerda. O estudo analítico mostrou uma hemoglobina de 12.4q/dl, com neutrofilia de 83.8%, e uma PCR 2.71 mg/dl. O rastreio nCov PCR foi negativo. Perante a suspeita de derrame pleural esquerdo foi decidido abordar o mesmo sob controlo ecográfico, com saída de 20ml de líquido amarelo citrino. O mesmo foi enviado para estudo. Tendo em conta, a escassa drenagem de líquido e as complicações de toracocentese foi pedido TAC que revelou consolidação parenquimatosa sub-total do lobo inferior esquerdo. O doente foi internado sob dupla antibioterapia de largo espectro e oxigenoterapia. O liquido pleural foi um exsudado e isolada um Klebsiella Pneumoniae ESBL positiva multiresistente, sendo ajustada antibioterapia para cotrimoxazol Ao 7º dia de internamento foi realizado TC de controlo com resolução quase total do processo pneumónico lobar inferior esquerdo. Foi discutido com Pneumologia o beneficio de realização de broncofibroscopia por suspeita de obstrucão bronquica, no entanto, perante evolução favoravel foi suspensa, por se entender que a obstrução seria em contexto presumido de impactação de secreçoes naquela localizaçao. O doente evoluiu favoravelmente clinica e analiticamente mantendo no entanto, insuficiencia respiratoria tipo 1 com necessida de oxigenoterapia suplementar à data de alta a 1L/min. Este doente apresentava factores de risco para microorganismos MDR nomeadamente, disfagia, institucionalizado, diabético e história de internamento há 2 meses. A semelhança radiográfica da atelectasia com derrame pleural permitiu a abordagem do derrame e o consequente diagnóstico de pneumonia a Klebsiella Pneumoniae. O uso da ecografia de cabeceira permitiu reduzir as complicações de técnicas e aumentar assim as suas indicações.

PO 109

CASO DE HEPATITE AUTOIMUNE

Luís Cardoso, Elsa Gonçalves, Carlos Oliveira, Flávia Ramos, Catarina Silva, Dany Cruz, Rita Sevivas *Hospital Santa Maria Maior - Barcelos*

A hepatite autoimune é uma doença rara capaz de se apresentar de forma aguda ou cronica, com grande variabilidade clínica tornando-se um diagnóstico desafiante. O seu diagnóstico baseia-se na presença de anticorpos, elevação das enzimas transaminases e da Imunoglobolina G, assim como por achados compatíveis na biópsia hepática. A Apresento caso de uma doente do sexo feminino de 65 anos, com antecedentes pessoais de cirurgia valvular e bypass gástrico encaminhada para consulta externa de Medicina Interna por alteração analítica das enzimas hepáticas. Foi realizado estudo analítico e auto-imune tendo sido detectada Leucopenia (3,20 x103mm3), Anemia Macrocitica (hemoglobina 11,5 g/dl, Volume Corpuscular Médio de 98,1 fl), Haptoglobolina indoseável, elevação das enzimas hepáticas, do Lactato Desidrogenage e da Imunoglobulina G. Do estudo autoimune apresentou Anticorpos anti-musculo Liso e Anti-actina F positivos. Dados os achados compatíveis com Hepatite Autoimune foi realizada biópsia hepática que demostrou infiltrado portal de predomínio mononucleado moderado com atividade de interface focal. Foi iniciado esquema de corticoterapia (1mg/kg) e encaminhada para consulta de Hepatologia para inicio de esquema imunossupressor com Azatioprina. Assim, a Hepatite Autoimune é uma doença capaz de se apresentar de forma aguda ou cronica. A sua identificação e início de terapêutica imunossupressora precocemente permitem o controlo desta doença tornando-se assim possível evitar o desenvolvimento de Cirrose Hepática e prevenir todas as consequências que esta patologia acarreta para o doente.

PO 110

ENDOCARDITE INFECIOSA COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA – COMPLICAÇÃO RARA

Luís Cardoso, Elsa Gonçalves, Carlos Oliveira, Flávia Ramos, Catarina Silva, Dany Cruz, Flávia Freitas, Rita Sevivas, José Ferreira, Gabriela Paulo Hospital Santa Maria Maior - Barcelos

A endocardite infeciosa é uma doença do endocárdio provocada por infeção bacterianas ou fúngicas. Deve ser sempre suspeitada quando existe febre sem foco acompanhada por um sopro cardíaco de novo. A presenca de petéguias (conjuntiva), anemia, fenómenos embólicos (nódulos Osler ou Lesões de Janeway) são sinais que suportam o diagnóstico. O Ecocardiograma transtorácico ou transesofagico são exames que permitem avaliar a existência de vegetações nas válvulas cardíacas suportando o diagnóstico final. A escala de Duke modificada compreende 2 criterios Major e 5 Minor e permitem diagnosticar Endocardite infeciosa sem ter de recorrer a observação histológica (ou em cultura) das vegetações endocárdicas, que são obtidas durante a cirurgia cardíaca, embolectomia ou necropsia. Apresenta-se o caso de um homem de 85 anos, com antecedentes pessoais

de Hipertensão arterial, dislipidemia, Hiperplasia Benigna da Prostata, enviado ao servico de urgência por quadro de astenia com 2 semanas de evolução. À admissão apresentava com febre (38.4°C), sopro mitral grau III/IV, lesões de Janeway na planta das mãos e pés. Foi realizado ecocardiograma transtorácico tendo revelado vegetação na válvula mitral de 20x7 mm. As hemoculturas apresentaram crescimento de MSSA e iniciou-se esquema de antibioterapia. Ao 4º dia de internamento o doente apresentou agravamento súbito do estado de consciência. Foi realizado Tomografia computorizada crânio-encefálica tendo sido demonstrada lesões hemorrágicas sulcais parietais posteriores bilateralmente. Dada a complicação hemorrágica foi necessário suspender antiagregação e a hipótese de cirurgia cadiaca foi rejeitada dado o elevado risco para o doente. Assim, as complicações da endocardite são múltiplas sendo que o risco de embolização é um dos principais e mais temíveis. O prognóstico destes doentes é muito variável sendo que a ocorrência destes eventos acarreta um grande peso no prognóstico final dos doentes.

PO 111

INFLUÊNCIA DE FATORES DE RISCO NA ETIOLOGIA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO

Patrícia Rocha, Pedro Araújo Rodrigues, João Correia Cardoso, Pedro Fernandes Moura, Bernardo Silvério, Paulo Bandeira, Isabel Vinhas Carneiro, Mário Esteves Centro Hospitalar Médio Ave, Serviço de Medicina Interna

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. A sua prevenção assume-se, assim, de extrema importância, sendo conhecida a influência de vários fatores de risco na sua génese. Contudo é ainda relati-

vamente desconhecido o impacto de cada um dos fatores de risco na etiologia do AVC, tendo por base a classificação TOAST (trial of ORG 10172 in acute stroke treatment).

Objetivo: Comparar a influência de fatores de risco na ocorrência de acidente vascular cerebral isquémico devido a aterosclerose de grande artéria e oclusão de pequeno vaso.

Material e métodos: Foi realizado um estudo observacional retrospetivo relativo a doentes com AVC, seguidos em consulta de Medicina / AVC na nossa instituição, num período de 6 meses entre 2018 e 2019. Definiram-se dois grupos: um cuja etiologia do AVC foi aterosclerose de grande artéria (n = 27) e outro por oclusão de pequeno vaso (n = 37). Foram avaliados parâmetros como: idade, hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, obesidade e tabagismo. Procedeu--se à análise estatística com os programas Microsoft Excel 2016 e IBM SPSS Statistics 26. Consideraram-se diferenças estatisticamente significativas sempre que o valor de p era inferior a 0,05.

Resultados: Foram observados 64 doentes. 33 (51,6%) do sexo feminino e 31 (48,4%) do sexo masculino. Relativamente à idade, verificou-se que o grupo cuja etiologia era a aterosclerose de grande artéria era mais envelhecido (74,3 \pm 8,4 vs 69,5 \pm 9,5, p = 0.041). Não houve diferença estatisticamente significativa quanto à HTA, DM, dislipidemia, obesidade e tabagismo entre os grupos (p = 0.058; 0.369; 0.100; 0.688 e 0.761, respetivamente). Contudo, de referir que a HTA foi mais frequente nos doentes com oclusão de pequeno vaso (86,5% vs 66,7%), com valor de p próximo de atingir diferenca estatisticamente significativa. O número mediano de fatores de risco foi igual entre grupos (2 (2), p = 0.745).

Conclusões: Conclui-se que os doentes com acidente vascular cerebral devido a ateroscle-

rose de grande artéria e oclusão de pequeno vaso apresentam um perfil metabólico semelhante. Assim, a sua prevenção deve incidir sobre os mesmos pilares, com foco na prevenção, tratamento e controlo dos vários fatores de risco vasculares. De ressalvar um possível viés associado a uma amostragem pequena, sendo que mais estudos deverão ser realizados para se definir melhor o perfil metabólico destes doentes.

P0 112

O PROBLEMA ERA DA PRÓTESE

Francisco Goncalves, Sofia Pereira, Daniela Duarte, Catarina Silva, Ana Nunes, Edite Nascimento Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução: O estudo de febre de origem indeterminada é das atividades mais desafiantes realizadas por um internista.

Discussão: Doente do sexo feminino de 73 anos recorre ao servico de urgência após episódio de sincope, seguido de queda com perda da continência de esfíncteres. Sem movimentos tónico-clónicos, nem mordedura da língua seguido de recuperação espontânea da consciência. Ao exame objetivo a doente encontrava-se hemodinamicamente estável. apirética e sem alterações de relevo no exame neurológico sumário realizado. O TC cranioencefálico não apresentava sinais de eventos isquémicos, hemorrágicos nem traumáticos. No estudo analítico apresentava leucocitose com neutrofilia, lesão renal aguda e elevação franca dos parâmetros inflamatórios. Ecografia renal realizada demonstrou rins de dimensões normais para a faixa etária com boa diferenciação parênguima-sinusal. Observada pela especialidade de Cardiologia que interpretou sincope em contexto secundário a processo infecioso. Doente referia dor na anca direita, com evolucão de semanas, negando queixas de cefaleia, disúria, polaquiúria, dispneia, tosse produtiva e diarreia. Ao exame objetivo apresentava-se

sem rigidez da nuca, eupneica em ar ambiente, auscultação cardíaca rítmica e sem sopros. auscultação pulmonar com murmúrio presente e simétrica sem ruídos adventícios, abdómen mole e depressível, sem edemas periféricos, sem sinais de celulite ou tromboses venosas periféricas. Relativamente aos antecedentes sociais a doente era proprietária de uma criacão de galinhas, residia com três cães não desparasitados e consumia água de poco de qualidade não controlada. Foram colhidas hemoculturas e uroculturas, tendo sido de seguida sido internada e iniciada antibioterapia empírica com Ceftriaxone. Posteriormente as hemoculturas e urocultura apresentaram ausência de desenvolvimento microbiano. No entanto, a doente mantinha-se com picos febris diários e elevação dos parâmetros inflamatórios apesar de antibioterapia empírica em curso. Deste modo foi realizado TC toracoabdominopélvico que revelou uma coleção com densidade líquida e com bolhas de ar no seu interior, no músculo ilíaco direito associando--se a prótese total da anca, ocupando todo o músculo identificando-se também imagem de parafusos da prótese no interior desta coleção. Revistas imagens da TC abdominopélvica de revisão de prótese de anca realizada em 2020. que se encontrava sem alterações.

Conclusão: O estudo de febre de origem indeterminada é um processo moroso com necessidade de uma anamnese e exame objetivo exaustivo e realização de diversos exames complementares de diagnóstico. O objetivo principal deste caso consiste em relembrar a importância da revisão de material protésico em doentes com febre sem foco evidente. De seguida foram contactados os colegas de Ortopedia que procederam à substituição total da prótese da anca direita seguida de instituição de terapêutica endovenosa de largo espectro.

PO 114

UM DELIRIUM BRILHANTE

Francisco Gonçalves, Dora Gomes, Daniela Duarte, Catarina Silva, Ana Nunes, Edite Nascimento Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução: O quadro de delirium em doentes que se encontrem no serviço de urgência ou em internamento hospitalar é uma entidade cada vez mais frequente e de difícil abordagem. A baixa reserva funcional cerebral dos idosos da nossa população é o fator preponderante pela instalação de um quadro de delirium.

Discussão: Doente de 84 anos previamente autónoma nas atividades de vida diária, encaminhada ao servico de urgência após ser encontrada caída no domicílio, com um quadro de diminuição da força de ambos os membros inferiores e confusão mental. De antecedentes de relevo destacar fibrilhação auricular para a qual se encontrava hipocoagulada com anticoagulantes orais e Diabetes Mellitus tipo 2 controlada com antidiabéticos orais. Encontrava-se hemodinamicamente estável e febril (39°C). Ao exame neurológico sumário apresentava-se com lentificação psicomotora, desorientação no espaço e com forca global conservada e simétrica em todos os membros. Realizou TC Cranioencefálico que denotou leucoencefalopatia isquémica e ligeira redução global do volume encefálico. De seguida procedeu-se à realização de Angio-TC Cranicencefálico que não identificou oclusão arterial nem sinais de malformação endovenosa. Após a realização dos exames imagiológicos a doente inicia quadro de agressividade, alucinações visuais e perda da memória a curto prazo. Entretanto foi obtido o resultado de zaragatoa com diagnostico de infeção SARS-COV 2 de novo. Ao exame objetivo doente apresentava defesa abdominal de novo com macicez à percussão do hipogastro.

Realizada radiografia abdominal que demonstrou bexigoma com conteúdo hiperdenso.

Conclusão: Quadro de delirium hiperativo secundário a retenção urinária e infeção SARS--COV 2. Na radiografia abdominal é visível um bexigoma com contraste hiperdenso no seu interior, que corresponde à presença do contraste endovenoso da Angio-TC previamente realizada. Após algaliação e instituição de haloperidol em baixa dose doente recuperou o estado funcional prévio.

PO 117

CAUSA INCOMUM DE LESÃO RENAL AGUDA

Rita Pera, Sara Sá, João Lagarteira, Teresa Rocha, Sérgio Alves, José Brizuela, Andrei Gradinaru, Miriam Blanco

Unidade Local de Saúde do Nordeste

Mulher, 92 anos, dependente. Quadro de prostração e recusa alimentar com 2 dias de evolução, associada a obstipação há cerca de 1 semana. Analiticamente lesão renal aguda, acidose metabólica, hiperlactacidemia e elevação da CK. Tomografia abdominal com uretero-hidronefrose à direita, sem sinais de litíase ureteral, deixando de ser visualizado a nível pélvico onde se documenta marcada distensão da ampola rectal e sigmoide, repleta por fecaloma, aspeto este que exerce compressão extrínseca sobre o trajeto ureteral. Destaca-se, com este caso, uma causa pouco comum de lesão renal aguda.

PO 118

MASSA NO MEDIASTINO ANTERIOR **EM JOVEM**

Daniela Barbosa. Eva Sousa Fernandes. Hugo Celso Pinheiro, Nuno Magalhães, Lindora Pires Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Homem, 23 anos, autónomo, trabalhador da construção civil. Tabagismo ativo, sem medicação crónica. Recorreu ao SU por dor torácica anterior direita que agravava com o esfor-

co. Acresce hipersudorese, astenia, anorexia e perda ponderal nos 15 dias prévios. Leucocitose por neutrofilia, trombocitose, CPK e PCR elevadas, alfa-fetoproteína 1655.8ng/mL, beta-HCG 4.6mUI/mL. TC Tórax a revelar massa no mediastino anterior com 151x85x128mm em íntimo contacto com veia cava superior, artéria pulmonar e aorta. Assumido tumor de células germinativas não seminomatoso extra-gonadal e iniciada guimioterapia.

PO 119

POLIMIALGIA REUMÁTICA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Daniela Barbosa, Hugo Celso Pinheiro, Nuno Magalhães, Lindora Pires Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Descrita como uma inflamação articular que condiciona dor intensa e rigidez muscular proximal, a polimialgia reumática, ocorre predominantemente em mulheres acima dos 55 anos, sendo a sua causa desconhecida, o seu diagnóstico clínico e a resposta ao tratamento com corticoterapia geralmente favorável. Masculino, 63 anos, produtor agrícola, autónomo. História de hipertensão arterial, diabetes mellitus não insulinotratada, tabagismo ativo (40 UMA), doença pulmonar obstrutiva crónica Gold 1, hiperplasia benigna da próstata e patologia osteoarticular degenerativa. Apresenta-se com guadro de anorexia associada a perda ponderal estimada em 5% do peso corporal, astenia, poliartralgias (omalgia, coxalgia, gonalgia e dor dos punhos bilateralmente) com rigidez matinal com cerca de 1 hora de evolução com cerca de 1 mês de evolução com consequente aumento do grau de dependência e vindas recorrentes ao serviço de urgência por mialgias intensas refractárias a analgesia. À admissão febril (temperatura auricular 41°C), dificuldade na deambulação por lombalgia, sinal de Lasèque positivo à direita, défice de força na flexão da articulação

sacro-íliaca bilateralmente (M2/M3). Negado quadro infecioso prévio bem como contexto epidemiológico, claudicação masseteriana, fenómeno de Raynaud, história de aftose, uveíte ou alonídia. Analiticamente anemia (Hb 11.2g/dL), trombocitose, leucocitose (13 700/μL), PCR elevada (106 mg/dL) e lesão renal aguda (sCr 1,75, KDIGO 1). Sem alterações da função tiroideia. Tomografia computorizada a excluir espondilodiscite e sem imagem sugestiva de infeção da raquis. Do estudo realizado velocidade de sedimentação elevada (VS >100), anticorpo antipeptídeo citrulado e fator reumatoide negativos, creatina fosfoguinase normal. PSA normal, estudo endoscópico e TC-TAP sem achados de relevo. Após exclusão de etiologia infeciosa ou neoplásica e perante a clínica, colocada hipótese de polimialgia reumática e iniciado trial de corticoterapia com boa resposta a permitir alta clínica com retorno do paciente à sua atividade habitual sem restrições. Encaminhado para consulta externa de Reumatologia para seguimento. A polimialgia reumática não é uma doença rara e à medida que aumenta a idade média da população é de esperar um aumento da prevalência da doença. Embora o caso apresentado tenha uma apresentação clássica pretende-se chamar a atenção para a necessidade de excluir outras etiologias reumáticas, infeciosas e neoplásicas antes de ser assumido o diagnóstico de polimialgia reumática. Está descrito que a arterite de células gigantes se associa à polimialgia reumática. Cerca de 10-15% dos doentes com polimialgia reumática irá desenvolver arterite posteriormente verificando-se que a polimialgia reumática está presente em 50% dos doentes com arterite. É assim importante que o doente seja alertado para os sintomas que poderá vir a apresentar.

PO 120

AVC HEMORRÁGICO NA MEIA-IDADE: IMPORTANTE CAUSA DE MORBIMORTALIDADE

Rita Pera, João Lagarteira, Sara Sá, Teresa Rocha, Tiago Ceriz, Andrei Gradinaru, Miriam Blanco *Unidade Local de Saúde do Nordeste*

Homem de 58 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais de relevo, sem medicação habitual. Enviado ao Serviço de Urgência por diminuição da força muscular do membro inferior esquerdo e disartria de início súbito. À admissão, cerca de 120 minutos após início dos sintomas, evolução marcada dos défices, com NIHSS (National Institutes os Health Stroke Scale) de 20. A tomografia computorizada crânio-encefálica revelou hematoma intrparenquimatoso agudo nucleo-capsular direito com ligeiro edema perilesional a determinar colapso parcial do ventrículo lateral direito.

PO 121

NEOPLASIA TIROIDEIA COMO CAUSA DE MIELOPATIA

Daniela Barbosa, Hugo Celso Pinheiro, Nuno Magalhães, Lindora Pires Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Cerca de 17-20% de todas as neoplasias da tiroide são carcinomas foliculares. Estes afetam mais frequentemente mulheres entre os 40 e 60 anos e muito raramente estão associados a exposição a radiação. Tratam-se de tumores bem diferenciados, mas que, apesar de incomum, podem metastizar (principalmente para pulmão, ossos, cérebro, fígado, bexiga e pele), piorando o prognóstico, 2 a 13% das neoplasias da tiroide podem causar metástases ósseas e consequentemente fraturas patológicas e/ou compressão medular. Masculino, 56 anos, autónomo, operário da construção civil, antecedentes médico-cirúrgicos irrelevantes, sem medicação habitual. Dorsolombalgia com 3 meses de evolução

com paraparésia simétrica nos membros inferiores e nível sensitivo D6/D9 em agravamento progressivo há 1 mês e incapacidade de deambulação nos 15 dias prévios. Negados trauma, emagrecimento, febre, infeções recentes. Alterações osteolíticas da apófise transversa esquerda de D2 e D3 com colapso vertebral de possível etiologia tumoral com moldagem/compressão medular associada, múltiplas lesões osteolíticas basi-occipitais com disrupção da cortical óssea, lesão asa ilíaca esquerda com 4 cm, massa na parede lateral esquerda do tórax a envolver o 8º arco-costal esquerdo, opacidades nodulares no lobo inferior direito e na pirâmide basal esquerda. PSA normal. Sem alterações da função tiroideia, mas com elevação marcada da tireoglobulina (21 168ng/mL) com calcitonina e anti-tiroglobulinas negativas. Biopsia histológica percutânea da massa lítica costal esquerda a revelar provável metástase de carcinoma folicular da tiroide. Ecografia tiroideia mostrou nódulo tiroideu no terco médio lobo direito de 9x7x16 mm- aguarda histológico de biópsia do nódulo da tiroide. Assumida neoplasia primária da tiroide metastizada, agendada PET-FDG e orientado para consulta externa de endocrinologia no IPO e ortopedia. Este caso mostra a importância de pensar nas neoplasias da tiroide como causa de metástases ósseas em primários de origem desconhecida e a urgência do seu diagnóstico e tratamento para melhoria do prognóstico e qualidade de vida do doente.

PO 124

SEQUELAS DE TUBERCULOSE PULMONAR

Rita Pera, Sara Sá, João Lagarteira, Teresa Rocha, Sérgio Alves, José Brizuela, Andrei Gradinaru, Miriam Blanco

Unidade Local de Saúde do Nordeste

Homem, 55 anos, Antecedentes de tuberculose pulmonar, com sequelas fibróticas extensas. Recorre ao Servico de Urgência (SU) por agravamento do padrão de dispneia e tosse produtiva com 3 dias de evolução. À admissão apresentava insuficiência respiratória hipoxémica grave com elevação dos parâmetros inflamatórios de fase aguda. TC de Tórax com transformação quística do parênquima pulmonar à direita e densificação parenquimatosa peribrônquica exuberante no pulmão esquerdo, relacionado com quadro pneumónico. As seguelas de tuberculose pulmonar predispõem infecões oportunistas em indivíduos iovens.

PO 126

DERRAME PERICÁRDICO - COMPLICAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ISOUÉMICA

Ana Gomes Tavares, Stephane Olivier, José Gallardo. Luisa Arez

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Mulher, 98 anos, com IC por cardiopatia isquémica (2 enfartes prévios) com dor retroesternal e dispneia. ECG: infradesnivelamento do segmento ST nas derivações V3-V6. Troponina 712,7 ng/L. Admitido EAM-NSTEMI. TAC tórax: Volumoso derrame pericárdico, com 3 cm de espessura máxima. Ecocardiograma TT: função sistólica diminuída (40%), hipocinésia posterolateral e derrame pericárdico moderado, sem sinais de repercussão hemodinâmica. Realizada terapêutica médica conservadora, com boa evolução. Pretende-se ilustrar uma complicacão de insuficiência cardíaca isquémica grave e potencialmente fatal.

PO 127

COORTE DE INTERNAMENTOS NA UNIDADE DE AVC JAN 2021 A OUT 2022 DIVIDIDO POR IDADE

Rita Diz, Micaela Sousa, Ana Teresa Rocha, Jorge Poço, Helena Maurício, Miriam Blanco *ULS Nordeste*

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) é caracterizado pela existência de défice neurológico associado a isquemia ou hemorragia cerebral. Nos adultos jovens é um desafio diagnóstico pois é menos frequente e sua etiologia é mais diversificada.

Material e métodos: Estudo retrospetivo em coorte de doentes internados na Unidade de AVC desde 1 Janeiro 2021 a 31 Outubro 2022, estratificados em subgrupos, um de idade inferior ou igual a 55 anos e o outro de idade superior a 55 anos. Caraterizou-se o tipo de AVC, género, e a autonomia á admissão e á data de alta segundo escala de mRankin, os fatores de risco (FR) e taxa de mortalidade. Feita estatística descritiva e diferencial baseada na base de dados do serviço, com recurso ao programa Excel.

Resultados: O número total da amostra foi de 300 doentes, 27 (9%) no subgrupo de doentes iovens (com idades ≤:55 anos), e 273 (91%) com idade >55 anos. No grupo jovem, o género Masculino foi o mais prevalente (66.7% M vs 33,3% F), comparativamente ao grupo de idades superiores (49.8% M vs 50.2% F). Na etiologia do AVC também houve diferenças significativas, com maior percentagem de AVC hemorrágico (18,5% | 15,8%) e AIT (14,8% | 4,4%) nos jovens, com menor prevalência de LACI (25,9% | 30,4%) e TACI (3,7% | 13,2%), apresentando alterações não estatisticamente significativas no PACI (33.3% | 34.4%) e Outras etiologias (3.7% | 1.8%). No grupo jovem, o mRankin à admissão teve média 3,1(DP 1,70) e à alta média

2.0 (DP 1,36), enguanto no grupo >55 A á admissão a média foi 1,40 (DP 1,44) e à alta média 3,2 (DP 1,84), verificando-se assim maior grau de dependência à admissão dos jovens. mas também melhor evolução ao longo do internamento. Os principais fatores de risco em ambos foram a HTA (jovens 55.1% vs 66%) e a Dislipidemia (33,3% vs 33,3%). Nos restantes FR houve divergência, sendo o Tabagismo o 3º FR nos jovens mas apenas o 8º nos >55 A (33.3% vs 3.0%), apresentando-se nos >55 A a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) em 3º lugar (18.5% jovens vs 19.7%). O excesso ponderal (25,9% vs 11,0%), a Fibrilação Auricular (3,7% vs 14,3%), o Etilismo (14,8% vs 3,3%), o Tabagismo (33,3% vs 3,0%) e o AVC/AIT prévio (11,1% vs 11,7%) também demonstraram diferenças significativas, que devem ser levadas em conta. A intervenção por fibrinólise e/ou trombectomia ocorreu em 5 (18,5%) dos jovens e 38 (12,7%) dos > 55 A. A taxa de mortalidade nos jovens foi de 0% e nos >55 A de 10%.

Conclusão: AVCs em adultos jovens são relatados como incomuns, no entanto, em comparação com o AVC em adultos mais velhos, têm um impacto económico desproporcionalmente grande, deixando as vítimas incapacitadas na idade produtiva. A prevalência de FR modificáveis em pacientes jovens com AVC é diferente daquela em pacientes mais velhos, sendo que em adultos jovens é essencial o seu tratamento agressivo para reduzir a morbimortalidade.

P0 129

HEMORRAGIA INTRACEREBRAL ESPONTÂNEA NO DOENTE JOVEM

Ana Gomes Tavares, Stephane Olivier, José Gallardo, Luisa Arez

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

A hemorragia intracerebral, cuja incidência aproximada é 12 20 por 100.000 indivíduos, poderá ser a causa de alterações neurológicas agudas mesmo em doentes jovens, atendendo a um aumento dos factores de risco (HTA crónica, tabagismo). O diagnóstico diferencial e o início do controlo dos factores de risco deverão ser feitos o mais precocemente possível para melhorar o prognóstico dos doentes, e evitar complicações como hidrocefalia e herniação, com necessidade de terapêutica cirúrgica invasiva.

Caso clínico: Homem de 38 anos, de nacionalidade indiana, fumador e com HTA não medicada, recorreu ao Servico de Urgência por desvio da comissura labial e disartria com 2 horas de evolução. Do exame objetivo salienta-se: doente consciente e orientado, pressão arterial 176/116 mmHg, disártrico com parésia facial direita e hemiparesia direita. Na TAC CE: Hematoma agudo lentículo-radiária esquerdo com cerca 24 mm de maior eixo no plano axial, com discreto halo de edema. Sem efeito de massa. Foi controlada a pressão arterial com labetalol e posteriormente o doente manteve-se hemodinamicamente estável, sem défices de novo e sem alteracões imagiológicas. Iniciou estudo etiológico em internamento do qual se salienta: MAPA com Ligeira HTA sistodiastólica diurna e noturna, 'dipper', ecocardiograma sem alteracões. Aguarda RMN, doseamentos hormonais e ecodoppler das artérias renais, tendo sido encaminhado para consulta especializada de Medicina Interna/HTA.

Discussão: Este caso pretende alertar para

uma patologia central, a hemorragia intracerebral, como origem de défices neurológicos num doente jovem. Deverá ser suspeitada principalmente em doentes com fatores de risco cardiovascular e ,após confirmação do diagnóstico, requer um estudo exaustivo de causas secundárias, tanto da hemorragia, como da HTA. A salientar ainda o impacto de possíveis sequelas neste grupo da população em particular, pelo que o controlo apertado de fatores de risco e um programa de reabilitação individualizado são essenciais.

PO 130

NÃO ESQUECER A IATROGENIA MEDICAMENTOSA

Célia Tuna, Paulo Simão, Artur Costa, Pedro Carlos, Célia Vicente, Céu Evangelista, Margarida Ascensão CHUCB

Introdução: A cirrose hepática (CH) ou doença hepática crónica avançada (DHCA) é o resultado de fibrose hepática progressiva, caracterizada pela distorção da arquitetura hepática e pela formação de nódulos regenerativos. São várias as causas de doença hepática, desde exposição prolongada ao álcool, infeção viral crónica, doenças colestáticas, doenças auto-imunes, hemocromatose, doença veno-oclusiva, entre outras, mas nunca esquecendo a iatrogenia medicamentosa.

Caso clínico: Senhora, 70 anos, autónoma, vivia em meio rural. Antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão e dislipidemia. Teve um internamento recente para estudo da doença hepática, sem esclarecimento etiológico à data de alta com scores Child Pugh classe B e MELD Na 10 pontos. Após 1 semana foi reinternada por descompensação da CH devido a infeção nosocomial, foi medicada com Piperacilina/Tazobactam, com melhoria dos parâmetros de infeção. Foi revisto o processo. Verificou-se que a doente apresentava padrão hepático misto (AST > ALT e GGT > Fosfatase

alcalina) com hiperbilirrubinemia. Foi excluída etiologia alcoólica, viral, auto-imune, hemocromatose, malformação arteriovenosa, ductopenia, défice de alfa-1-antitripsina, doença de Wilson, doença poliquistica, doença veno--oclusiva, granulomatose. Verificou-se que a doente esteve medicada com amiodarona durante 11 anos, sendo esta a causa provável da sua doença hepática. Como complicação da CH apresentava trombose do ramo direito da veia porta, varizes esofágicas grandes e encefalopatia hepática. Fez-se o diagnóstico de DHCA descompensada estadio IV secundária à toma de amiodarona. Verificou-se que a doente também apresentava fibrose pulmonar em provável relação com a toma deste fármaco. Foi efetuada terapêutica com melhoria clínica. Exposto o caso a centro de referência para transplante hepático, mas sem indicação para transplante devido ao estadio avançado. Teve alta para a consulta externa. A doente acabou por falecer após 2 semanas por falência hepática fulminante.

Discussão: O diagnóstico de CH por amiodarona é um diagnóstico de exclusão. Não foi realizada biopsia hepática por se considerar que o elevado grau de fibrose hepática não ia permitir um diagnóstico histológico. Tendo em conta a exposição prolongada ao fármaco e a exclusão das outras patologias, consideramos que neste caso, a CH foi muito provavelmente secundária à toma de amiodarona. Com este caso clínico verificamos a importância de uma boa história clínica e da iatrogenia medicamentosa, algo que deve sempre ser tido em conta

PO 132

CATÁSTROFE: AVC EM DOENTE COM COVID-19

João Lagarteira, Sara Sá, Rita Pera, Rita Diz, Ana Teresa Rocha, Tiago Ceriz, Andres Carrascal, Miriam Blanco

ULSNE - Hospital Bragança

Homem 86 anos, score mRankin 2, antecedentes de hipertensão e infecão por SARS--CoV-2 ativa. Clínica de hemiparesia direita e afasia com 1 hora evolução. Angio-TAC crânio e vasos de pescoço com oclusão bulbar da artéria carótida interna e extenso enfarte isquémico aqudo frontoinsular, temporal, núcleo-capsular e no centro semioval esquerdo. (ASPECTS 2). Score NIHSS 16, submetido a fibrinólise às 2:37 horas do início dos défices. sem melhoria. Evolução com transformação hemorrágica que culminou num desfecho fatal. Destaca-se neste caso o estado de hipercoagulabilidade associada à SARS-CoV-2.

PO 135

PADRÃO RADIOLÓGICO: LARGADA DE BALÕES'

João Lagarteira, Sara Sá, Rita Pera, Rita Diz. Ana Teresa Rocha, Tiago Ceriz, Andres Carrascal, Miriam Blanco

ULSNE - Hospital Bragança

Homem 90 anos, score mRankin 2, Antecedentes de HTA, dislipidemia, DRC estadio V (hemodialisado) e IC FEr. Quadro de dispneia ligeira, hipertermia e episódios de vômitos. Radiologicamente apresentava infiltrado bilateral extenso, em 'largada de balões', A tomografria torácica demonstrou incontáveis nódulos de distribuição aleatória em ambos os pulmões, entre 1 a 3 cm de diâmetro. Assumida disseminação metastática de neoplasia oculta. Tendo em conta o estado basal do doente foi estabelecida estratégia paliativa. Destaca-se um padrão radiológico característico de metastização pulmonar maciça.

PO 136

UM CASO DE PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO

João Lagarteira, Sara Sá, Rita Pera, Rita Diz, Ana Teresa Rocha, Tiago Ceriz, Andres Carrascal, Miriam Blanco

ULSNE - Hospital Braganca

Masculino 23 anos, autônomo, Antecedentes: Fumador, biotipo longilíneo. Quadro de dor retroesternal com inicio há 2h apos movimento de dorsiflexão do tronco. Nega trauma ou outros sintomas associados. RX tórax: hipotransparencia a ocupar o hemitórax esquerdo. Com insuficiência respiratória hipoxemia. TC tórax: Extenso pneumotórax esquerdo com colapso marcado dos lobos pulmonares esquerdos. Colocado dreno torácico (DT) no 5º espaço intercostal esquerdo. RX tórax controlo: Sem imagens sugestivas de iatrogenia e expansão do parênquima pulmonar. Destaca--se um caso de pneumotórax espontâneo.

PO 137

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS R: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA E EVOLUÇÃO **INESPERADA**

Ana Carvoeiro, Inês Freitas, Patricia Sobrosa, Mafalda Castro, Paula Felgueiras, Diana Guerra Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Serviço Medicina

Introdução: A oclusão da artéria esplénica ou de um dos seus ramos, quer por fenómenos embólicos, quer por eventos trombóticos in situ como manifestação inicial de doença linfoproliferativa, mais concretamente de linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) constitui uma entidade rara.

Caso clínico: Homem 74 anos. Antecedentes de hipertensão arterial controlada. Recorreu ao servico de urgência, por dor no hipocôndrio esquerdo com 2 semanas de evolução refratária a analgesia. Ao exame objetivo abdómen doloroso à palpação profunda do hipocôndrio esquerdo e palpados gânglios supraclaviculares,

axilares e inquinal esquerdos infracentimétricos, duros, aderentes aos planos profundos e indolores. Analiticamente, anemia normocítica normocrómica e trombocitopenia, com elevação de desidrogenase láctica e de proteína C reativa. Estudo imagiológico por TC revelou esplenomegalia associada a várias áreas de enfarte e múltiplas adenopatias nas cadeias ganglionares do tronco celíaco, mesentérica superior, hilo hepático e esplénico suspeitas de doença linfoproliferativa. Do estudo complementar, estudos microbiológicos e serologias víricas negativas, imunofenotipagem de sangue periférico e estudo imunológico sem alterações; sem alterações ao ecocardiograma transtorácico. Evolução desfavorável em choque distributivo com disfunção renal com lesão renal aguda e acidose metabólica, insuficiência respiratória hipoxémica, depressão do estado consciência, citocolestase, disfunção hematológica e hiperlactacidemia associadas a hiperuricemia e hiperfosfatemia. Assumido Síndrome de Lise Tumoral (SLT) espontânea e admitido na UCI, sob suporte aminérgico, rasburicase e pulsos de metilprednisolona. Realizada biópsia excisonal de adenopatia axilar, cuja histologia foi compatível com LDGCB, tendo a PET mostrado envolvimento ganglionar supra e infradiafragmático, pulmonar e medulares/ósseo, com possível envolvimento das amígdalas esquerdas e da mama direita, fígado e baco. Após intercorrência infeciosa, evoluiu desfavoravelmente, tendo vindo a falecer. Discussão: Realca-se a singularidade do caso. quer pela apresentação atípica do LDGCB, sem sintomas constitucionais, sob a forma de enfarte esplénico, quer pela evolução rápida para SLT espontânea, com disfunção multiorgânica associada. O caso reitera a importância do reconhecimento precoce dos fatores de risco para SLT, entre eles, a presença de neoplasia hematológica altamente proliferativa, para que a profilaxia adequada seja instituída.

150 ENCONTRO DO NÚCLEO DE INTERNOS DE MEDICINA INTERNA

ORGANIZAÇÃO





SPONSORS



SECRETARIADO



vera.antonio@admedic.pt paula.cordeiro@admedic.pt www.admedic.pt

