



O que é frequente,
é frequente!...

4^o Congresso
Nacional
DA URGÊNCIA

17 e 18 de novembro de 2018
SETÚBAL Fórum Luísa Todi



Programa Científico

Consulte a versão
digital do programa
e aceda aos resumos





08:00h Abertura do Secretariado

FÓRUM LUÍSA TODI

09:00-09:30h **CONFERÊNCIA DE ABERTURA SERVIÇO DE URGÊNCIA: DO REAL AO IDEAL**

Presidente: António Martins Baptista

Palestrante: Maria da Luz Brazão

09:30-09:45h **SESSÃO DE ABERTURA**

09:45-11:00h **MESA-REDONDA 1 O CORAÇÃO NO SU**

Moderadores: Cândida Fonseca e Tiago Judas

Arritmias: Visão multidisciplinar

Bruno Rodrigues

Insuficiência cardíaca: Compensação e referenciação a UIC

Sara Gonçalves

TEP: O que há de novo (Tratamento de reperfusão)

João Pacheco Pereira

11:00-11:15h *Coffee-break*

FÓRUM LUÍSA TODI

11:15-12:30h **MESA-REDONDA 2 O CÉREBRO NO SU**

Moderadores: José Mariz e Luísa Rebocho

AVC e terapêutica endovascular: Mitos e realidades

Isabel Fragata

Meningites e encefalites: Quando suspeitar

Nuno Luís

Cefaleias: (In)decisão clínica

Rui Matos

AUDITÓRIO DA ESCOLA DE HOTELARIA E TURISMO DE SETÚBAL

11:15-12:30h **MESA-REDONDA 3 PROBLEMAS PERMANENTES E TRANSVERSAIS AOS NOSSOS SU**

Moderadores: Vítor Augusto e Olga Gonçalves

Hiperfrequentadores

Catarina Bekerman

Sistemas de triagem

Paulo Freitas

Planos de contingência

Carmo Caldeira

FÓRUM LUÍSA TODI

12:30-13:00h

SIMPÓSIO O DOENTE FRÁGIL EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

Presidente: Anabela Oliveira

Palestrante: Pedro Carreira



13:00-14:30h

Almoço

FÓRUM LUÍSA TODI

14:30-15:45h

MESA-REDONDA 4 A INFECÇÃO NO SU

Moderadores: Paula Brito e João Gonçalves Pereira

Sépsis: *When fast is better*

Miguel Tavares

Antibioterapia no SU: Qual a antibioterapia nos grandes síndromes

Paulo André

Profilaxia pós-exposição: Como actuar

Umbelina Caixas

AUDITÓRIO DA ESCOLA DE HOTELARIA E TURISMO DE SETÚBAL

14:30-15:45h

MESA-REDONDA 5 ORGANIZAÇÃO NO SU

Moderadores: Ermelinda Pedroso e João Sá

Unidades de doentes críticos

Jorge Teixeira

Vantagens e desvantagens de equipas multidisciplinares no SU

Carlos Godinho

Sinergias SU e grupo de doação e transplantação

Ricardo Matos

FÓRUM LUÍSA TODI

15:45-16:15h

SIMPÓSIO O DOENTE COM IC NO SU



Moderador: António Martins Baptista

Palestrante: Pedro Moraes Sarmento

16:15-16:30h

Coffee-break

FÓRUM LUÍSA TODI

16:30-17:45h

MESA-REDONDA 6 A GRÁVIDA NO SU

Moderadoras: Maria da Luz Brazão e Inês Palma dos Reis

Asma

Catarina Conceição

TEV

Jorge Lima

HTA

Augusta Borges

AUDITÓRIO DA ESCOLA DE HOTELARIA E TURISMO DE SETÚBAL

16:30-17:45h **MESA-REDONDA 7 UTILIZAÇÃO DE ECD NO SU: QUAL O RACIONAL?**

Moderadores: Eugénio Dias e Narciso Oliveira

Perspectiva do médico

Andrea Salgueiro

Perspectiva do gestor

Francisco Mota

FÓRUM LUÍSA TODI

17:45-18:15h **CONFERÊNCIA REANIMAÇÃO: PAPEL DA CIRCULAÇÃO EXTRACORPORAL**

Presidente: Sónia Serra

Palestrante: Luís Bento

18:15-19:00h **COMUNICAÇÕES ORAIS**

Moderadores: Pedro Carreira e Bárbara Lobão

19:00h Encerramento do 1º dia do Congresso



Domingo | 18 DE NOVEMBRO DE 2018

08:30h Abertura do Secretariado

FÓRUM LUÍSA TODI

09:00-10:30h **CASOS CLÍNICOS COM TELEVOTO**

Moderadoras: Zélia Lopes e Carla Araújo

Setúbal: Margarida Madeira

Vila Real: Fernando Salvador e Andreia Costa

Torres Vedras: José Pereira

Angra do Heroísmo: André Goulart

10:30-11:00h *Coffee-break* e visita aos Posters

11:00-12:15h **MESA-REDONDA 8 INTOXICAÇÕES NO SU**

Moderadores: Nuno Bernardino Vieira e Fátima Campante

E LRA

Ana Azevedo

E lesão hepática

Nuno Germano

E discrasia hemorrágica

Betânia Ferreira

12:15-13:00h **CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO FUTILIDADE TERAPÊUTICA NO SU**
Presidente: Susana Neves Marques
Palestrante: Paulo Pina

13:00h **SESSÃO DE ENCERRAMENTO COM ENTREGA DE PRÊMIOS**

CURSOS-PRÉ CONGRESSO



Quinta e Sexta-feira | 15 e 16 DE NOVEMBRO DE 2018

08:00-18:00h

SAV

LOCAL: HOSPITAL DO OUTÃO

BASIC

LOCAL: **MERCADO do LIVRAMENTO**

Ecografia na Urgência

LOCAL: HOSPITAL DE SÃO BERNARDO



Sexta-feira | 16 DE NOVEMBRO DE 2018

08:00-18:00h

VNI

LOCAL:





Consulte aqui os resumos

RESUMOS DOS TRABALHOS

COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 01

UMA APRESENTAÇÃO FREQUENTE E UMA ETIOLOGIA CRESCENTE

Mafalda Corrêa Figueira, Filipa Silva,
Margarida Madeira, Gonçalo Mendes,
Bárbara Lobão, Eugénio Dias
Centro Hospitalar de Setúbal

A crise convulsiva e os distúrbios electrolíticos são apresentações frequentes no serviço de Urgência (SU). Para além da terapêutica imediata e de suporte, estas condições implicam investigação com o intuito de se identificar uma etiologia e a necessidade de terapêutica dirigida.

A síndrome de hiperemese por canabinoides (SHC), entidade recente e cuja fisiopatologia está pouco esclarecida, caracteriza-se pelo uso crónico de canabinoides, episódios cíclicos de vômitos e náusea e pelo comportamento aprendido de duches de água quente. Os autores apresentam um caso de um jovem de 22 anos trazido ao SU por suposta crise convulsiva tónica clónica generalizada após episódio de vômitos incoercíveis. Tinha antecedentes de depressão, suspeita de distúrbio alimentar com episódios frequentes de náusea e vômito e consumo de cânabís. Apurou-se que se tratava de um quadro cíclico e arrastado, caracterizado por vômitos incoercíveis e cujo o único fator de alívio era o duche de água quente.

À admissão apresentava-se confuso e agitado mas sem outras alterações de relevo, nomeadamente sem mordedura de língua,

incontinência de esfíncteres ou défices focais. Da avaliação analítica salienta-se hipocaliémia de 1,7 mEq/L, lesão renal aguda, elevação dos parâmetros de citólise, aumento da troponina I com pico ao terceiro dia (CK: 68558 U/L; Tnl: 11635.7 pg/mL; Cr: 10.47mg/dL) e um doseamento de canabinoides na urina positivo. O electrocardiograma (ECG) revelou prolongamento do QT (576 ms) e ondas U proeminentes. Realizou ecocardiograma, radiografia torácica e tomografia computadorizada crânio-encefálica que não revelaram alterações. Assistiu-se a uma melhoria clínica, à normalização da caliémia a par da normalização do intervalo QT e o doente progrediu na dieta sem recorrência de vômitos. Teve alta sem quaisquer alterações analíticas ou do ECG.

Assumiu-se um quadro de hipoperfusão sistémica, num contexto provável de arritmia maligna resultante da hipocaliémia grave. Esta hipótese justificaria uma síncope com espasmos tónicos, mimetizando uma crise convulsiva, e as alterações analíticas encontradas.

A cânabís é a substância ilícita mais consumida em Portugal e a sua prevalência é mais elevada em jovens adultos do sexo masculino. O SHC deve ser uma hipótese diagnóstica considerada de forma mais frequente, estando descrito que pode demorar até 9 anos para que o diagnóstico seja feito e, habitualmente, após realização de múltiplos exames complementares de diagnostico desnecessários.

CO 02

A ONCOLOGIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Andreia Machado Ribeiro, David Fortes,
Sara Augusto, Marisa Alfai, Alexandra Pousinha,
Diana Falcão, Madalena Paulino, Márcia Pacheco,
Ana Rita Lambelho, Pedro Marques,
Carolina Cadório, Andreia Paulo, Carla Tonel,
Ana Rodrigues, José Barata
Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: A taxa de incidência de neoplasias no nosso país tem vindo a aumentar nos últimos anos, segundos dados da Direção Geral de Saúde, cerca de 3% ao ano. As doenças oncológicas acarretam grande morbilidade e mortalidade, sendo responsáveis por inúmeras complicações médicas quer associadas à própria doença quer iatrogénicas ao tratamento utilizado.

Objetivos: Estudo epidemiológico retrospectivo da utilização do serviço de urgência (SU) pelos doentes oncológicos.

Métodos: Revisão dos processos clínicos dos doentes com patologia oncológica, seguidos em consulta e hospital de dia de Oncologia no nosso hospital distrital, que recorreram ao SU entre 2013 e 2017.

Resultados: No período de 5 anos correspondente ao estudo, os doentes oncológicos seguidos em consulta no nosso hospital foram responsáveis por 13548 episódios de urgência. Entre os 2554 doentes identificados, 336 (13%) tinham 10 ou mais vindas ao SU. A maioria das causas de admissão foram por doença (92%) e apenas uma pequena percentagem por acidentes (8%). Segundo a triagem de Manchester, mais de metade dos doentes (53%) eram doentes urgentes (triados de amarelo), 16% muito urgentes (triados de laranja) e apenas 1% emergentes (triados de vermelho). No entanto 30% (doentes triados de verde e azul) não eram doentes urgentes e não teriam indicação para observação em contexto de SU. O tempo médio de espera para a primeira observação médica foi de 61 minutos. Quanto

aos doentes cuja vinda ao SU estava diretamente relacionada à sua patologia oncológica, a distribuição foi semelhante entre sexos. O número de casos foi proporcional à idade dos doentes, atingindo o pico na faixa etária dos 70-79 anos e começando a diminuir acima dos 80 anos. A maioria dos doentes teve alta para o exterior, 31% ficaram internados. Verificaram-se 12 óbitos no serviço de urgência (1,2%). A localização mais frequente foi o cólon (19%), seguido de pulmão (12%), pâncreas (12%), recto (9%) e mama (7%).

Discussão: Os doentes oncológicos são grandes utilizadores do SU. Num cenário ideal estes doentes deveriam ser seguidos em consultas frequentes e a gestão das intercorrências deveria ser conseguida sem recurso ao SU. Com o aumento das listas de doentes quer ao nível hospitalar, quer ao nível dos cuidados de saúde primários, este objetivo torna-se inatingível.

CO 03

NEUTROPENIA FEBRIL: CASUÍSTICA DE DOIS ANOS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Margarida R. Fonseca, Inês Jorge,
Gabriela Rodrigues
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução: Neutropenia febril é uma síndrome definida por febre e uma contagem absoluta de neutrófilos inferior a 500/mcL. Frequentemente relacionada com citotoxicidade medular associada a quimioterapia, é uma situação clínica com elevada morbimortalidade.

Objetivos: Caracterizar a população de doentes com neutropenia febril que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar entre 2015 e 2016 - dados epidemiológicos, de gravidade de doença, relacionados com antibióterapia e abordagem ao internamento.

Material e métodos: Estudo retrospectivo baseado na revisão de episódios de urgência de doentes observados no SU entre 1 janeiro 2015 e 31 dezembro 2016 com diagnóstico princi-

pal de Neutropenia e febre objetivada no SU. **Resultados e conclusões:** Foram revistos 40 episódios de Urgência, correspondendo a 38 doentes. 53% dos doentes eram do sexo feminino e a média de idades foi de 67,8 anos (entre os 34 e os 92 anos). Verificaram-se 82,5% de internamentos e 2,5% de óbitos ainda no SU – a taxa de mortalidade global foi de 10%. Em todos os doentes se verificou relação da neutropenia com toxicidade medular por quimioterapia, sendo metade das neoplasias sólidas e a outra metade hematológicas. A contagem média de neutrófilos foi de 223/mcL sendo que em 35% era inferior a 100/mcL e em 65% havia contagem plaquetas inferior a 150000/mcL ou Hb inferior a 7g/dL. O score de MASCC médio foi de 21 (entre 11 e 26) sendo que em 62,5% dos casos foi igual ou superior a este valor. Todos os doentes iniciaram antibioterapia empiricamente – a maioria com Piperacilina/tazobactam em associação com aminoglicosídeo. Os exames microbiológicos tiveram rentabilidade em apenas 11 doentes. Na casuística apresentada, e tendo por base o score de MASCC, a maioria dos doentes seriam considerados doentes de baixo risco com possibilidade de tratamento em ambulatório. A identificação dos doentes de baixo risco no SU e o seu encaminhamento em ambulatório poderia reduzir a utilização de terapêutica antibiótica de largo espectro e complicações infecciosas associadas ao internamento.

CO 04

DEATHLY HEAT – UM OLHAR RETROSPECTIVO

Daniela Félix Brigas, Margarida Madeira, Gonçalo Mendes, Mafalda Figueira, Cristiana Sequeira, Susana Marques
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

O mês de agosto de 2018 ficou marcado por valores de temperatura atmosférica muito elevados, resultando, nestas circunstâncias, num significativo aumento da mortalidade.

Uma das principais causas de morte é o golpe de calor, uma emergência médica caracterizada pela instalação súbita de hipertermia, associada a disfunção neurológica e a uma resposta inflamatória sistémica que evolui para disfunção multiorgânica.

Com este trabalho, os autores pretendem avaliar a mortalidade e morbilidade dos doentes internados no serviço de Observação (SO) da Urgência Geral de um hospital distrital com o diagnóstico de Golpe de calor, no período de 1 a 8 de agosto de 2018.

Após revisão do processo clínico de todos os doentes internados em SO, verificou-se que foi diagnosticado golpe de calor em sete casos, todos admitidos no período de 05 a 07 de agosto de 2018. Foram registados cinco óbitos e três doentes foram admitidos em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Ao analisar a mortalidade esperada, verificou-se um valor médio de score SAPS II de 65, o que confere uma taxa de mortalidade expectável de 81%. Os dois doentes que não faleceram tinham efetivamente o valor de SAPS II mais baixo, enquanto que os doentes admitidos em UCI tinham uma mortalidade esperada superior a 80%.

À admissão, todos os doentes apresentavam hipertermia, com temperatura timpânica média de 40°C, associada a disfunção neurológica, com um Glasgow Coma scale (GCS) médio de 7. A maioria dos doentes apresentava hipoxémia, polipneia e taquicárdia sinusal. Analiticamente, na maioria dos casos, destacava-se trombocitopénia, lesão renal aguda, elevação dos biomarcadores cardíacos e padrão de citólise hepática.

Relativamente aos dois doentes que não faleceram, verificou-se que, não só estes eram os únicos que não apresentavam hipotensão e trombocitopénia à admissão, mas também que ambos apresentavam GCS igual ou superior a 12 e ausência de acidose metabólica

na gasimetria de sangue arterial. Estes dados parecem sugerir, portanto, uma associação entre certas manifestações clínicas e um prognóstico mais desfavorável, embora as conclusões sejam limitadas pelo reduzido número de casos.

Mesmo com terapêutica adequada, a mortalidade do golpe de calor é elevada e as sequelas neurológicas dos sobreviventes são muito frequentes. A adoção de medidas preventivas individuais e a melhoria dos sistemas de vigilância e intervenção constituem, assim, a melhor forma de minimizar os efeitos de uma onda de calor.

CO 05

MALÁRIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL

Catarina Lameiras, Énia Ornelas, Marta Lopes, Afonso Sepúlveda Santos, Inês Silva, Teresa Branco, Maria do Céu Dória

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Introdução: A malária é uma doença parasitária potencialmente fatal em que o diagnóstico e tratamento atempados são essenciais. A globalização tem obrigado os países não-endêmicos a familiarizarem-se com esta doença.

Objetivo: Caracterização dos casos de malária admitidos no Serviço de Urgência (SU) de um hospital em Portugal.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos casos de malária admitidos no SU entre janeiro de 2012 e dezembro de 2017, incluindo dados demográficos, clínicos e laboratoriais.

Resultados e conclusões: Nos seis anos analisados, foram diagnosticados 167 casos de malária, 64% homens, com idade média de 41 anos. Em 59% correspondeu a primoinfeção. Todos os casos, exceto um do Paquistão, foram importados da África Subsariana, a maioria (63%) de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Dos 94 viajantes para país

endêmico, apenas 6 tinham realizado quimioprofilaxia (5 incompleta). A sintomatologia teve início até 57 dias após saída do país endêmico. O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 6 dias. Quarenta e dois doentes (25%) já tinham recorrido previamente aos serviços de saúde pelo mesmo quadro clínico, sem diagnóstico de malária. Os sintomas mais frequentes foram febre (92%), mialgias (61%) e cefaleias (32%). As alterações analíticas mais frequentes foram elevação da PCR (97%) e da LDH (84%) e trombocitopenia (77%). O *Plasmodium (P.) falciparum* foi o agente mais frequente (n=158), com 2 casos por *P. malariae*, 1 por *P. vivax*, 4 por *P. não-falciparum* sem identificação da espécie e 2 por infecção mista *P. falciparum* e *P. malariae*. A maioria dos doentes (n=144) ficou internada, 13 em unidade de cuidados intensivos. Quarenta e um (24 %) apresentavam pelo menos um critério de malária grave pela definição da World Health Organization (WHO). O tratamento preferencial à admissão foi quinino-doxicilina (62%) e artemeter-lumefantrina (25%). Verificou-se 1 óbito de um doente com malária cerebral.

Pela relação próxima com África, a malária continua a apresentar uma elevada morbili-dade em Portugal. O cumprimento da quimioprofilaxia deve ser reforçado. É necessário um elevado índice de suspeição para o diagnóstico de malária, uma vez que a sintomatologia inespecífica pode mimetizar doenças mais comuns. A estadia recente numa região endêmica é um dado fulcral para a suspeita clínica. Muitos dos casos de malária não grave não foram medicados com a terapêutica de primeira linha recomendada (derivados de artemisinina).

POSTERS

P 01

OCCLUSÃO ARTERIAL AGUDA DO MEMBRO SUPERIOR – 2 FORMAS DE APRESENTAÇÃO

Sónia Santos, Joana Raquel Monteiro,
Fernanda Pinhal, Célio Fernandes
Centro Hospitalar de Leiria

Na oclusão arterial aguda (OAA) há redução súbita do fluxo sanguíneo que pode resultar em isquemia ou necrose, tratando-se de uma emergência vascular. Trata-se de uma oclusão trombótica localizada com perda de perfusão de um membro.

O quadro clínico é variável, de acordo com o território arterial afetado. O tromboembolismo arterial dos membros superiores é raro, quando comparado com o dos membros inferiores e, de acordo com o quadro clínico, pode ser efetuado tratamento médico ou cirúrgico.

O seu diagnóstico atempado é importante e deve-se suspeitar sempre que se encontrem alguns dos sinais chamados 6 P's: Pallor, Pain, Parestesia, Paralisia, Pulselessness e Poikilothermia.

Os autores apresentam dois casos clínicos de trombose arterial do membro superior em que foram colocadas inicialmente outras hipóteses de diagnóstico, atrasando o reconhecimento desta situação de emergência.

Caso 1 – Doente de 78 anos, sexo feminino, que recorre ao serviço de urgência por dor no membro superior esquerdo associada a períodos de mão fria e palidez com algumas horas de evolução. Sem história de trauma. Inicialmente observada pela cirurgia que colocou a hipótese de Síndrome de Raynaud e solicitou a colaboração da Medicina Interna, tendo sido feito o diagnóstico de trombose no trajeto da artéria umeral esquerda com compromisso hemodinâmico distal. Foi transferida para a cirurgia vascular tendo sido submetida

a tromboembolectomia via artéria umeral.

Caso 2 – Doente de 65 anos, sexo masculino, triado no serviço de urgência como via verde AVC por défice neurológico agudo com diminuição da força no membro superior (MS). À observação não apresentava qualquer outro défice neurológico e constatou-se força muscular do MS esquerdo grau 3, MS esquerdo ligeiramente mais frio do que o direito, sem pulsos palpáveis e dor. Realizado doppler que não detetou pulsos na radial e umeral pelo que foi transferido para a cirurgia vascular e submetido a tromboembolectomia via umeral esquerda com saída de material embólico proximal.

Ambos os casos mostram diferentes manifestações de OAA e a importância de um reconhecimento rápido e de um diagnóstico diferencial acertado nesta patologia.

P 02

ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL: UMA APRESENTAÇÃO POUCO FREQUENTE

Sónia Santos, Joana Raquel Monteiro,
Ana Ponciano, Ana João Carvalho, Fernanda Pinhal,
Célio Fernandes
Centro Hospitalar de Leiria

Apresenta-se o caso de um homem de 74 anos, autónomo, com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica tabágica. Trazido ao SU por lipotimia com incontinência urinária e plegia do membro inferior direito após quadro de dor na região inguinal direita. Na observação inicial colocada a hipótese de Acidente Vascular Cerebral. Realizou TC-CE sinais de lesão vascular aguda. Na reavaliação do doente este apresentava-se hipotenso, taquicárdico, com edema assimétrico dos membros inferiores e discreta diminuição da temperatura e plegia à direita, com dor à mobilização. Realizou radiografia da articulação coxo femoral e bacia sem alterações. Analiticamente discreta elevação dos parâmetros inflamató-

rios e transaminases, Ck 21360 e CkMB 211. Ecografia abdominal superior sem alterações. Ecodoppler dos membros inferiores mostrou provável estenose a montante da artéria femoral direita e volumoso aneurisma da artéria ilíaca direita com trombo. Realizou TC abdômino-pélvica identificando aneurisma de 61mm com área de trombo assimétrica envolvendo a bifurcação das ilíacas comuns e estendendo-se desde 30mm acima da bifurcação, sendo que ao nível da ilíaca comum esquerda se continua com o trombo e ao nível da ilíaca comum direita se observa marcada dilatação aneurismática com um diâmetro máximo transversal de 101mm por 90mm de diâmetro antero-posterior, coexistindo imagem correspondente a hemorragia/hematoma. O doente foi referenciado para a Cirurgia Vascular acabando por falecer.

P 03

TEP BILATERAL SECUNDÁRIO A SÍNDROME NEFRÓTICO

Diana Coutinho, Diogo Canudo, Inês Santos,
Iolanda Oliveira, Sofia Calaça
Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: Síndrome Nefrótica (SN) é a combinação de proteinúria, baixo nível de albumina sérica e edema, secundária a doenças renais primárias ou doenças sistêmicas (diabetes, amiloidose e lúpus eritematoso).

Caso clínico: Homem, 46 anos, antecedentes de dislipidemia, recorreu ao SU por dor torácica tipo pleurítica no hemitórax direito, febre, edema palpebral e dos membros inferiores, com duas semanas de evolução. Ao exame objetivo: estabilidade hemodinâmica, com ligeira polipneia, taquicardia e temperatura timpânica 37.7°C; auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído em ambas as bases; edema Godet 3+, bilateral nas pernas. ECG, com taquicardia sinusal, e padrão S1Q3T3. Analiticamente:

leucocitose e neutrofilia, d-Dímeros 1.46 ug/mL, com função renal e ionograma sem alterações; PCR elevada. Gasimetria (3L/min) pH 7,368;pCO2 42,8;pO2 69,2;sat 93%;HCO3 24,4. Radiografia de tórax com ingurgitamento do hilo pulmonar à direita e derrame pleural bilateral. Angio-TC pulmonar: defeito de opacificação da artéria pulmonar no ramo lobar descendente e interlobar direito e, à esquerda, nos ramos segmentares posterior e externo da pirâmide basal, sugestivo de TEP. Iniciou-se terapêutica com enoxaparina 80 mg de 12/12h e antibioterapia com amoxicilina+ácido clavulânico, com melhoria clínica e analítica progressivas. Eco-Doppler dos membros inferiores: insuficiência da confluência safeno-femoral esquerda, com avalvulação troncular da veia safena interna. Discreta insuficiência troncular da veia safena interna direita. Foi feito estudo complementar para despiste da etiologia do TEP, do qual se destaca dislipidemia, proteínas totais e albumina diminuídas (4.1 e 1.8 g/dL, respetivamente) e proteinúria (14 gr); restante estudo negativo. Face à síndrome Nefrótica (proteinúria, hipoalbuminemia, dislipidemia e edema), que pode ter sido a causa da TEP, o doente foi avaliado e orientado sob ponto de vista terapêutico e de seguimento pela Nefrologia, com vista a realização de biópsia renal. Viria a ser diagnosticado glomerulonefrite membranosa idiopática.

Discussão: As consequências metabólicas da SN incluem: infeção, dislipidemia, aterosclerose, hipocalcemia, anomalias ósseas, hipercoagulabilidade e hipovolémia. A hipercoagulabilidade parece derivar da perda urinária de proteínas anticoagulantes. Existem duas explicações para o aparecimento de edema na SN: perda de albumina, com menor pressão coloidal, e retenção renal de sódio.

P 04

PARAPLEGIA APÓS MASSAGEM LOMBAR

Iolanda Oliveira, Sofia Calaça, Diogo Canudo,
Diana Coutinho, Andreia Bernardino,
Francisco Azevedo

Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução: Os NOAC's são uma alternativa aos antagonistas da vitamina K na prevenção do AVC em doentes com FA. A prevalência e incidência da FA aumenta à medida que a função renal vai diminuindo. Doentes com DRC e FA têm morbilidade e mortalidade aumentadas pelo risco de eventos tromboembólicos e hemorrágicos. Segundo a literatura, o apixabano está associado a menor risco de eventos hemorrágicos em doentes com DRC comparativamente à varfarina.

Caso clínico: Homem, 84 anos, autónomo, leucodérmico, antecedentes de AVC isquémico, FA permanente sob apixabano e DRC estadio G3b, admitido por lombalgia aguda com irradiação para os membros inferiores após massagem da região lombar, seguida de paraplegia. À observação: GCS 15, paraplegia flácida dos membros inferiores (força muscular grau 0/0, sensibilidade tátil e dolorosa ausentes inclusivé na zona perineal, Babinski bilateral e ROT's rotulianos abolidos). Análises: Hb 9,6 g/dL. TC coluna dorsal: manga" densa endocanalar dorsal, sobretudo inferior, aspeto que indicia presença de hematoma endocanalar, com possível deformação da medula. Transferido para outro hospital às 9h de evolução, onde foi submetido a laminectomia total de D10-D11 e parcial D9 com drenagem do hematoma. TC coluna dorsal após intervenção: laminectomia e flavectomia bilaterais em D10 e D11, com componente iso-denso e pequenos aerocelos ao nível da zona do defeito ósseo de laminectomia, condicionando redução da permeabilidade espaço subaracnoideu posterior e moldagem da vertente medular posterior. Transferência para o

hospital de residência após 8 dias de internamento para manter reabilitação motora. Teve alta da enfermaria para UCCI após 12 dias de internamento, antiagregado, mantendo paraplegia dos membros inferiores e ausência de sensibilidade (nível sensitivo D12 e nível motor L1), úlceras de pressão III no trocânter direito e região sagrada e obstipação e retenção urinária de causa neurológica.

Conclusão: O desenvolvimento de hematoma espinhal não traumático como consequência da anticoagulação é uma complicação rara e existem poucos casos descritos secundários a tratamento com NOAC's. A reintrodução do NOAC após hematomas epidurais ou subdurais de causa não traumática não está indicada. À medida que há cada vez mais doentes anticoagulados com NOAC's, o número absoluto de eventos hemorrágicos com esta classe farmacológica irá, visivelmente, aumentar.

P 05

OUTRA INFECÇÃO URINÁRIA?!

Iolanda Oliveira, Sofia Calaça, Diogo Canudo,
Diana Coutinho, Andreia Bernardino,
Francisco Azevedo

Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução: A infeção do trato urinário (ITU) atinge maioritariamente o sexo feminino. Entre 20-30% das mulheres com um episódio de ITU terão um episódio recorrente. Os fatores de risco independentemente associados a ITU's recorrentes em mulheres pré-menopausa são os seguintes: relação sexual frequente, uso de espermicida, novo parceiro sexual, primeira cistite antes dos 15 anos e história materna de ITU. É a relação entre o hospedeiro, o patógeno e os fatores ambientais que determina o outcome clínico. Qualquer condição que permita estase ou obstrução urinária predispõe para o desenvolvimento de ITU.

Caso clínico: Mulher, 37 anos, autónoma, leucodérmica, antecedentes de ITU recorrentes

(3 por ano), a última há 2 meses, admitida por dor lombar direita com irradiação à região inguinal homolateral, com 15h de evolução, contínua, intensidade 8/10 sem fatores de alívio ou agravamento, polaquiúria, tenesmo miccional e urgência urinária. À observação: abdômen doloroso à palpação da FID, sem reação peritoneal, Murphy renal ausente. Analiticamente: Leucocitose 15500 com neutrofilia, PCR 5.6mg/dL. Urina II: Leuc 4+, nitritos +, Hb 2+, proteínas 1+. TC abdômino-pélvica: lesão expansiva pélvica esquerda com pelo menos 5x3cm em aparente relação com raiz nervosa de L5 (Schwannoma?), a caracterizar por RMN, sem hidronefrose bilateral. Internada para estudo etiológico do achado imagiológico. RMN lombar e sagrada: lesão expansiva com origem no segmento foraminal da raiz L5 esquerda, extensão extraforaminal e pélvica homolateral, fusiforme, 77x38x38mm. Iso-hipointensa em T1, heterogênea em T2 com múltiplas áreas de natureza quística. Compatível com Schwannoma volumoso com extensão extrarraquidiano que condiciona desvio anterior do ovário esquerdo. Lesão de menores dimensões com as mesmas características de sinal envolvendo S1. Teve alta orientada para consulta de Neurocirurgia e Medicina Interna.

Conclusão: Os Schwannomas são normalmente tumores benignos que raramente apresentam transformação maligna. É encontrado na cabeça, pescoço, mediastino posterior e extremidades. Muitos Schwannomas renais estão localizados no parênquima e mimetizam carcinoma de células renais. As ITU's de repetição podem ser consequência do efeito de massa ou de causa neurológica por existência de schwannomas intraespinhas que provoquem retenção urinária. Recorrência local ou alteração maligna é possível, de modo que a ressecção completa do tumor é importante.

P 06

CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA: MOTIVOS DE REFERENCIAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Inês Santos, Susana Escária, Maria Piteira, Sofia Calaça, Diogo Canudo, Alicia Oliveira, Claudiu Guz, Ireneia Lino
Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução e métodos: Todos os dias são referenciados ao serviço de urgência (SU) doentes observados previamente nos cuidados de saúde primários (CSP). Realizou-se um estudo observacional e retrospectivo. Foram selecionados os doentes referenciados ao SU a partir dos CSP, no mês de janeiro e julho de 2017.

Resultados: Foram referenciados ao SU 1989 doentes. Foram selecionados os doentes triados para a Medicina Interna (n=1012) correspondendo a 50,9% dos doentes. Cerca de 55,3% (n=560) são mulheres e 44,7% (n=452) são homens. A média de idades é de 67,6 anos ($\pm$ 19,7). Cerca de 56,7% (n=574) dos doentes foram triados com prioridade clínica “Urgente – Amarelo”; em 31,6% (n=320) de “Muito urgente – Laranja”; 9,8% (n=99) de “Pouco urgente – Verde”; em 1,5% (n=15) de “Não urgente – Azul” e 0,4% (n=4) prioridade clínica “Emergente – Vermelho”. As principais causas de referenciação foram sintomatologia respiratória (20,1%, n=203), dor torácica ou palpitações (13,2%, n=134) e sintomatologia abdominal (12,3%, n=124). 90,6% (n=917) realizou exames complementares e 73,2% (n=741) realizaram terapêutica. Avaliando o destino, 75% dos doentes (n=759) teve alta para o exterior; 17,6% (n=178) ficaram internados; 3,2% (n= 32) foram referenciados à consulta externa; 1,8% (n=18) foram transferidos para outro hospital; 1,1% (n=11) faleceram, 0,9% (n=9) abandonaram o SU, 0,5% (n=5) tiveram alta contra parecer médico. Avaliando o diagnóstico à alta: 20,9% (n=212) não apresentava patologia aguda ou não foi feito

diagnóstico SU. Os diagnósticos mais frequentes no SU são a infecção respiratória baixa não especificada (12,5%,n=127); insuficiência cardíaca descompensada (4,8%,n=49) e a cistite (4,2%,n=42).

Conclusão: É necessário mudar a estratégia, compreender quais os motivos da transferência dos doentes. Seria útil criar equipas multidisciplinares, dirigidas aos CSP, melhorar a comunicação para consequentemente melhorar a abordagem em situações de patologia aguda.

P 07

QUANDO O MAL EPILÉPTICO NOS DÁ CABO DA CABEÇA

Diana Coutinho, Diogo Canudo, Inês Santos, Iolanda Oliveira, Sofia Calaça
Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: O estado de mal epiléptico consiste em: cinco ou mais minutos de atividade convulsiva generalizada ou duas ou mais convulsões sem recuperação completa do estado de consciência entre elas. É fundamental detetá-lo rapidamente para evitar complicações que lhes estão inerentes, tendo em mente a multiplicidade de fatores etiológicos que podem estar envolvidos.

Caso clínico: Mulher de 80 anos com antecedentes de HTA e DM tipo 2. 48 horas antes da admissão no SU iniciou prostração progressiva que culminou em perda de consciência, com contrações musculares involuntárias do hemicorpo esquerdo.

À chegada à sala de emergência: convulsão tónico-clónica do hemicorpo esquerdo, desvio conjugado do olhar ipsilateral. GCS 6 (O1; M4; V1). Febre (38.5°C). Glicémia capilar imensurável (HI).

Exames complementares de diagnóstico: gassimetria arterial sem hipoxemia, hipercapnia, distúrbio eletrolítico ou *anion gap* aumentado; análises sem aumento dos parâmetros inflamatórios; TC-CE sem alterações agudas.

Houve necessidade de escalar medicação de forma progressiva para controlo do quadro convulsivo: benzodiazepinas, ácido valpróico, levetiracetam, fenitoína, midazolan e propofol. Simultaneamente, correção do distúrbio metabólico com insulina e da febre com paracetamol. Por manutenção do quadro convulsivo durante mais de 1 hora, houve necessidade de transferência para UCI, sedada e ventilada. Foi submetida a punção lombar, compatível com meningite viral, com PCR positiva para adenovírus. RMN-CE sem alterações agudas e EEG compatível com encefalopatia metabólico/medicamentosa.

Verificou-se recuperação progressiva do estado neurológico, com extubação ao 7º dia e transferência para enfermaria em ventilação espontânea. À data da alta hospitalar, a doente encontrava-se francamente melhorada e, do ponto de vista neurológico, estabilizada e em evidente recuperação.

Discussão: O estado de mal epiléptico constitui uma alteração neurológica que pode ser fatal, com multiplicidade de fatores etiológicos. Pode resultar de uma lesão aguda ou secundária a uma doença sistémica. É necessário pensar para além do imediato, para além do frequente, para conseguir controlar as situações menos lineares na Medicina Interna. A etiologia varia com a idade, sendo a patologia infecciosa mais comum nas crianças (principalmente causa viral), responsável por 36% dos casos nesta faixa etária, contra os 5% encontrados nos adultos, onde a maioria das vezes é secundária a patologia cerebrovascular.

P 08

PRESCRIÇÃO DE FÁRMACOS VASOATIVOS EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA

Simone Costa, João Gomes, José Bernardes,
Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Os fármacos vasoativos apresentam efeitos vasculares periféricos, pulmonares ou cardíacos, com respostas dose dependente através de recetores situados no endotélio vascular. A escolha do agente vasoativo deve ser individualizada, tendo em conta as características do doente e os objetivos hemodinâmicos. A noradrenalina apresenta um melhor perfil de efeitos adversos quando comparada com dopamina e adrenalina.

Objetivos: Caracterização do perfil prescrição de Fármacos Vasoativos pela Medicina Interna em contexto de internamento e urgência e avaliação da mortalidade após esta atitude terapêutica. **Métodos:** Estudo Observacional Retrospectivo Descritivo, com base na pesquisa de todas as prescrições de fármacos vasoativos, realizadas pela Medicina Interna no internamento e urgência, num período de seis meses (de janeiro-julho de 2017). Foram incluídas as prescrições de Dopamina; Noradrenalina; Adrenalina; Dobutamina; Terlipressina; Isoprenalina e efetuada a caracterização das situações clínicas e resultados desta atitude terapêutica com recurso ao SPSS21.

Resultados: Dos 109 processos clínicos analisados, foram incluídos 95 doentes, com uma média etária de $79 \pm 11,4$ anos, índice de Katz médio de $3 \pm 2,4$ e índice de Charlson médio de $6,6 \pm 2,8$. O género feminino correspondeu a 54,7% dos casos ($n=52$). Previamente à administração de vasoativos, 50,5% dos doentes receberam corticoterapia e em média, foram administrados 1632 ml de fluidos cristaloides. O fármaco vasoativo

mais utilizado foi a Dopamina (56,5%) com uma duração média de 3,5 dias, seguido de Noradrenalina (46,7%), com uma duração média de 3,7 dias. Os principais motivos de prescrição foram o choque séptico (74,3%) seguido de choque cardiogénico (14,7%). O principal foco de infeção no choque séptico foi o respiratório (48,8%), seguido do urinário (20,7%). A mortalidade intra-hospitalar e até aos oito dias após a alta foi de 40% ($n=38$) e 6,3% ($n=6$) respetivamente. **Conclusões:** Os fármacos vasoativos mais prescritos pela Medicina Interna foram a Dopamina e Noradrenalina. Apesar do uso de fármacos vasoativos, a mortalidade intra-hospitalar foi elevada, refletindo a gravidade da condição clínica, a idade avançada da amostra e o elevado índice de comorbilidades.

P 09

INSUFICIÊNCIA SUPRA-RENAL PRIMÁRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Gonçalo Fonseca-Carvalho, Ana Corte Real,
Mariana Magalhães, Sérgio Campos, Joana Louro,
Luís Val-Flores, Manuela Ricciulli

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar do Oeste – Unidade de Caldas da Rainha

Introdução: A doença de Addison (DA) é uma entidade rara, com uma prevalência estimada em 144 casos/milhão habitantes, atingindo o pico de incidência entre os 40 a 49 anos. Apresentamos um caso, no qual foi o elevado grau de suspeição e instituição de terapêutica atempada que permitiram uma evolução clínica favorável.

Caso clínico: Homem, 48 anos, leucodérmico, madeireiro, sem antecedentes de relevo, recorre ao SU por quadro de vômitos alimentares precedido de náuseas, diarreia, lombalgia bilateral com irradiação aos membros inferiores, astenia e perda de peso. Agravamento progressivo da sintomatologia nas últimas 3 semanas (sem melhoria

com terapêutica anti-inflamatória). Exame objetivo: hiperpigmentação cutânea e dor à palpação da região lombar bilateral; Murphy renal bilateral ausente. Analiticamente: creatinina 1.34 mg/dL Na+ 122 mEq/L, K+ 6.9 mEq/L, Cl 96 mEq/L, TSH normal. Perante a elevada suspeição de DA de etiologia a esclarecer, decidido internamento do doente, com início de corticoterapia de alta dose e correção de distúrbios hidroelectrolíticos, com colheita prévia de amostra sérica para doseamentos hormonais e estudo de auto-imunidade. Os resultados, conhecidos posteriormente, revelaram ACTH 1337.0 pg/mL, cortisol matinal 5.9 ug/dL, aldosterona em decúbito 2.9 ng/dL; PTH 70 pg/mL; Anticorpos anti-21 alfa hidroxilase positivos e anti-GAS 2 negativos; AC anti-TPO positivos; AC anti-receptores TSH e AC anti-tiroglobulina negativos; AC anti-célula parietal gástrica, AC anti-ilhéus pancreáticos IgG, AC anti-insulina, AC anti-transglutaminase IgA, AC anti-TIF1-GAMA IgG negativos; serologias virais (VIH e VHB) negativas. Ecografia abdominal normal.

Conclusão: O diagnóstico de DA é, muitas vezes, dificultado devido à inespecificidade dos seus sintomas precoces: fadiga, náuseas, vômitos e perda de peso. Podem coexistir diarreia e queixas álgicas. A hiperpigmentação cutânea é um sintoma prevalente, não tendo uma distribuição e padrão característicos. Perante quadro de náuseas e vômitos, a exclusão de crise adrenérgica aguda deve ser ponderada, dada a possibilidade de progressão para choque hipovolémico. Anteriormente ao advento dos glucocorticóides, 80% dos doentes com DA apresentavam uma sobrevida global de 2 anos. Com diagnóstico e instituição terapêutica atempada, a sobrevida global aproxima-se da esperança média de vida do indivíduo sem patologia, porém mais estudos são necessários nesta área.

P 10

SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

Cátia Pereira, Joana Costa, Amílcar Silva
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

A síndrome da veia cava superior (VCS) caracteriza-se por um grupo de sinais e sintomas causados pela obstrução do fluxo sanguíneo da VCS. Esta síndrome é uma emergência médica quando se constata no serviço de urgência. A obstrução pode ser por compressão extrínseca associada a malignidade na sua grande maioria, com cerca de metade dos doentes a apresentar um tumor do pulmão, ainda que possam existir causas completamente benignas. Os sinais e sintomas são variados, no entanto a presença de ingurgitação vascular cervical e da parte superior do tronco, apresentar fácies pletórica e edema podem alertar-nos para a presença desta entidade clínica.

O tratamento inclui stents endoluminais, cirurgia, quimioterapia ou radioterapia.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 58 anos de idade que recorreu às urgências por edema e rubor facial e cervical associado a ingurgitação vascular cervical e da região superior do tórax com cerca de 3 semanas de evolução. Antecedentes de doença de Graves e fumadora ativa de 40 unidades maço/ano. Realizada tomografia computarizada de tórax com nódulo de 41x22 mm no lóbulo superior direito. Avaliada na radiologia de intervenção para colocação de prótese mas por presença de estenose filiforme realizada dilatação da estenose.

Posteriormente internada para continuação do estudo e orientação terapêutica. Realizada citologia do nódulo programada que foi compatível com metástase de carcinoma pulmonar.

Este caso alerta para a necessidade da rá-

pida abordagem nos doentes com síndrome da veia cava em contexto de urgência, identificando os sinais que podem por em risco a vida do doente. Os exames complementares diagnósticos devem ser dirigidos à identificação da causalidade, permitindo tratamento adequado e melhoria do prognóstico destes doentes.

P 11

CEFALEIA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cátia Pereira, Joana Costa, Amílcar Silva
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

A cefaleia no contexto de urgência é extremamente comum e é uma entidade complexa cujo diagnóstico diferencial é extenso. Algumas características podem alertar-nos para a gravidade e redirecionar-nos para a etiologia da cefaleia, mas sem dúvida que os restantes sintomas acompanhantes da mesma ajudam na exclusão de diagnósticos prováveis.

Os autores apresentam um caso de um doente de 32 anos de idade, sexo masculino, sem antecedentes pessoais de relevo, que recorre ao serviço de urgência por cefaleia de intensidade 8/10 na região peri-orbitária e do hemi-crânio direito mais intensa na região fronto-temporal intermitente atingindo sempre que iniciava a intensidade máxima. Sem alterações comportamentais, sem convulsões, sem rigidez da nuca e sem défices focais no exame neurológico. Refratariedade à analgesia não apresentando qualquer alívio sintomático à administração da mesma. Apresentou um vômito no serviço de urgências. Apresentava também rubor da conjuntiva à direita. Durante a permanência sempre hemodinamicamente estável e apirético.

No dia anterior teria sido avaliado no serviço de urgência pelas mesmas queixas, mas foi observado e orientado pela oftalmologia pelos sinais de conjuntivite aguda. Medicado com

gotas oftálmicas de levofloxacina e oxitetraciclina e foi dada indicação para hidratação com lágrima artificial.

Sem qualquer melhoria do rubor ocular apesar de administração de colírios.

Realizada tomografia computadorizada de crânio que se encontrava dentro da normalidade. Pela exuberância da clínica e pela fraca resposta às medidas instituídas realizada punção lombar que revelou uma meningite vírica.

Este caso revela que por vezes uma cefaleia isolada pode corresponder a um quadro clínico de meningite. Raramente estes casos cursam na ausência de outros sinais nomeadamente da rigidez da nuca, da febre e/ou das alterações comportamentais. Neste caso a presença da conjuntivite com ausência de resposta ao tratamento antibiótico poderia sugerir-nos outra etiologia, não bacteriana para a conjuntivite.

É fundamental avaliar de forma sistemática a cefaleia no serviço de urgência e identificar característica que nos permitam estabelecer um diagnóstico.

P 12

QUANDO UMA GLÂNDULA HIPERFUNCIONAL PROVOCA UMA EMERGÊNCIA CARDÍACA

Cármén Ferreira, Mário Monteiro, Daniela Brito, Alexandra Dias, Fernanda Coutinho, Fátima Pimenta
CHMT - Centro Hospitalar do Médio Tejo, E. P. E.

Introdução: A tempestade tiroidea é uma condição rara, uma emergência médica, sendo necessário um diagnóstico e tratamento emergente.

Apresenta alta mortalidade (10-30%), podendo deixar sequelas irreversíveis.

O diagnóstico é baseado na presença de sintomas de *Life-threatening* como hiperpirexia, disfunção cardiovascular, alteração do estado de consciência e alterações laboratoriais como descida da TSH, aumento da T4L e/ou aumento T3L.

Descrição: Os autores apresentam o caso de um homem, de 63 anos de idade, autônomo, com antecedentes conhecidos de Esquizofrenia, Hipertrofia benigna da próstata e hábitos etanólicos moderados.

O doente recorreu ao serviço de urgência por quadro com dispneia, cansaço fácil e perda ponderal de 10 kg no último ano. Ao exame objetivo apresentava-se com alteração do comportamento, estando agitado e confuso, apirético, dispneico, hipotenso, taquicárdico, com crepitações bibasais na auscultação pulmonar. Analiticamente com TSH indoseável e alteração das provas hepáticas, sem outras alterações relevantes.

Radiografia de tórax: derrame pleural bilateral, sobretudo à direita.

Ecocardiograma de urgência: compromisso grave da função sistólica, com uma fração de ejeção <30% e derrame pericárdico.

Internado no contexto de uma insuficiência cardíaca grave e instituída terapêutica diurética, sem grande melhoria do quadro clínico.

Posteriormente: T4t 18.2, T3t 243.8, T4L 4.5, T3L 10.6. Ac anti-tioglobulina <1, Ac Anti-pe-
roxidase >17, TRABs 15.7.

Ecografia tiroidea: estrutura heterogênea, multinodular. Lobo direito com 4 nódulos de 5 mm, 1 nódulo de 10 mm e 1 nódulo de 18 mm. Lobo esquerdo com 2 nódulos de 23 e 28 mm.

O doente apresentava uma doença de graves em tempestade tiroidea, e quando medicado com β -bloqueante, tionamida e corticoide, apresentou boa evolução clínica e laboratorial.

À alta, solicitadas cintigrafia tiroidea e consultas externas de Medicina Interna e Cardiologia.

Resumo: Quando em serviço de urgência, surge um doente com febre, taquicardia, sintomas de falência multiorgânica, devemos equacionar a hipótese diagnóstica de uma tempestade tiroidea e atuar em conformidade, mesmo antes dos doseamentos das hor-

monas tiroideas. Trata-se de uma emergência e deve iniciar-se terapêutica precocemente.

P 13

CHOQUE CARDIOGÉNICO SECUNDÁRIO À ADMINISTRAÇÃO DE AMIODARONA

Diana Coutinho, Diogo Canudo, Inês Santos,
Iolanda Oliveira, Sofia Calaça,
Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: Choque cardiogénico caracteriza-se por disfunção miocárdica, que conduz a incapacidade de manter o output cardíaco, conduzindo a sinais de baixo débito. Pode ser secundário a alterações cardíacas ou iatrogénico, reativo a administração de determinados fármacos.

Caso clínico: Homem de 84 anos, com antecedentes de HTA, cardiopatia isquémica e DM tipo 2. 24 horas antes da admissão no SU iniciou dispneia de esforço, de agravamento progressivo, precordialgia e palpitações.

À chegada à sala de emergência: TA 124/75 mmHg, taquicardia, pulso arritmico, eupneico; auscultação cardíaca com sons hipofonéticos, taquicárdicos, irregulares; auscultação pulmonar sem alterações.

ECG, com FA, com resposta ventricular rápida, sem alterações sugestivas de isquemia aguda. Radiografia de tórax com cardiomegalia. Sem alteração no hemograma, distúrbio electrolítico ou da glicemia, sem aumento considerável de troponina ou alteração do valor de TSH. Ecocardiograma recente com discreta dilatação do ventrículo esquerdo e preservação da fracção de ejeção.

Sem resposta à terapêutica betabloqueante, foi iniciada amiodarona endovenosa (impregnação, seguida de perfusão). Seguiu-se quadro de prostração (GSC 5), respiração ineficaz e hipotensão, com necessidade de entubação orotraqueal, hipotensão, não responsiva a fluio-terapia, e bradicardia, seguida de paragem cardiorespiratória, em atividade elétrica sem

pulso, que reverteu após um ciclo de SAV. Foi avaliado por Cardiologia, com realização de ecocardiograma, com hipocinesia global e má função bi-ventricular, tendo-se admitido reação adversa à amiodarona. Iniciou suporte aminérgico, inicialmente com dopamina. O doente manteve-se em coma (GSC 3), hipotenso, sem resposta à dopamina, pelo que foi iniciada dobutamina e noradrenalina com redução progressiva da dopamina. Foi admitido na UCI, tendo sido suspensa a dopamina e noradrenalina, mantendo-se dobutamina, com melhoria do perfil tensional, com PAM 80 mmHg, ritmo de FA com resposta ventricular mais controlada, normalização da hiperlactacidemia e da diurese. Foi possível fazer desmame progressivo de amins e extubação.

Discussão: A amiodarona constitui, apesar da estreita janela terapêutica de segurança e do risco de toxicidade, um dos fármacos antiarrítmicos mais efetivos, atuando com o intuito de prolongar o período refratário cardíaco. A amiodarona pode causar hipotensão refratária potencialmente fatal, com vasodilatação e depressão da contractilidade miocárdica.

P 14

PROTOCOLO DE RUSH MODIFICADO – UM CASO CLÍNICO

Tiago Martins Branco, Ana Rita Clara, Rodica Agapii,
Iryna Lazenko, Mario Lázaro
*Serviço de Medicina 2, Centro Hospitalar
e Universitário do Algarve, Unidade de Faro*

Introdução: A ecografia Point of Care é uma técnica que pode trazer informações importantes de forma rápida e sistemática, que influenciam a abordagem ao doente crítico. Este exame tem como objectivo ser um auxiliar na tomada de decisão.

Descreve-se um caso de um indivíduo jovem imunocomprometido com instabilidade hemodinâmica de origem indeterminada, com

recurso à ecografia Point of Care para determinação da causa.

Caso clínico: Homem, 55 anos, indigente com hábitos alcóolicos significativos, infectado por VIH e VHC com cumprimento duvidoso da medicação antiretroviral, recorre ao serviço de urgência por dor abdominal inespecífica associada a febre com 3 dias de evolução. Menciona ainda tosse, expetoração e vômitos. Ao exame objetivo identificou-se: pressão arterial de 63/40 mmHg; icterícia; auscultação pulmonar com fervores inspiratórios na base esquerda; abdómen tenso, doloroso, com ruídos hidroaéreos diminuídos. Na gasometria apresentou lactatos de 9,8, tendo sido feito o diagnóstico presumptivo de sépsis e iniciou-se a marcha diagnóstica e terapêutica. Aplicou-se o protocolo RUSH modificado, identificando: consolidação da base pulmonar esquerda; sinais de choque distributivo; ausência de líquido livre intra-abdominal.

A radiografia do tórax não evidenciou sinais de consolidação e a ecografia abdominal tradicional excluiu foco hepatobiliar da infeção. Após ressuscitação volémica adequada, manteve perfil hipotensivo marcado, pelo que transferiu-se o doente para uma Unidade de Cuidados Intermédios. Apesar de uma melhoria inicial com a antibioterapia e amins vasopressoras, o doente necessitou de ventilação invasiva, acabando por falecer uma semana após a admissão.

Discussão: Hipotensão no serviço de urgência é um cenário alarmante com uma mortalidade elevada. A presença de um meio complementar de diagnóstico barato, rápido e à cabeceira do doente como a Ecografia Point of Care facilita o trabalho do clínico e ajuda a estabelecer um diagnóstico preliminar mais preciso.

P 15

QUANDO A CURA É A DOENÇA!

Sofia Calaça, Iolanda Oliveira, Diana Coutinho,
Diogo Canudo, Rita Rocha, Francisco Rebocho,
Inês Santos, Francisco Bastida, Francisco Azevedo
Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução: A síndrome Maligno dos Neuro-lépticos (SMN) é uma emergência médica, potencialmente fatal, associada ao uso de antipsicóticos e outros fármacos que envolvem os neurotransmissores dopaminérgicos. Os fatores de risco são: episódio prévio de SMN, uso de antipsicóticos em doses elevadas, injetáveis de longa duração e aumento ou suspensão abrupta da dose. O seu diagnóstico é essencialmente clínico, sendo os principais sintomas a rigidez muscular, hipertermia, disfunção autonómica e alteração do estado mental, que podem surgir algumas horas após exposição ou ajuste de dose, mas em média surgem 4 a 14 dias depois. Frequentemente surge elevação da creatina quinase (CK), leucocitose, acidose metabólica, distúrbios hidroelectrolíticos e elevação das catecolaminas. As principais complicações são desidratação, lesão renal aguda induzida pela rabdomiólise e tromboembolismo venoso.

Caso clínico: Homem, 51 anos, caucasiano, esquizofrénico, medicado com amisulprida 400mg/dia e clozapina 400mg/dia, internado no serviço de psiquiatria por recrudescimento de sintomas psicóticos por provável incumprimento terapêutico no ambulatório. Ao 2º dia de internamento, por recusa da terapêutica oral e agravamento da sintomatologia psicótica, fez 15mg de haloperidol IM num intervalo de 12h. No dia seguinte, apresentava rigidez muscular, hipertermia, diaforese, taquipneia, taquicardia, pressão arterial elevada e inquietação motora. Analiticamente: leucocitose 18500 μ l e CK 21700U/L. Assumiu-se SMN em contexto de titulação rápida da clozapina e haloperidol, ficando internado na sala de

observação. Após suspensão da terapêutica antipsicótica, foi submetido a fluidoterapia intensiva, correção de distúrbios hidroelectrolíticos, profilaxia de eventos tromboembólicos e bicarbonato de sódio para alcalinização da urina, de forma a reduzir os riscos de obstrução tubular renal pela precipitação de mioglobina. Após 48h em perfil ascendente (máximo 43045 U/L), a CK apresentou descida progressiva, tendo o doente sido transferido para o serviço de psiquiatria, 6 dias após a instalação do quadro, com um valor de CK de 15753 U/L.

Conclusão: O SMN é potencialmente fatal pelo que é essencial reconhecer os seus sintomas atempadamente de forma a prevenir a sua elevada morbidade e mortalidade. O crescente conhecimento desta síndrome e o aparecimento de novos neurolépticos permitiu uma diminuição significativa da mortalidade associada a esta patologia.

P 16

MUITO LONGO PARA A ALTA

Carla Marques Pires, Inês Manuel Gonçalves,
Estefânia Buspabad, Adolfo Silva
Hospital de Braga

Introdução: O intervalo QT, representa a despolarização e repolarização ventricular e incorpora o intervalo QRS, o segmento ST e a onda T. É essencial fazer a correção, tendo em consideração a frequência cardíaca do indivíduo.

Caso clínico: Homem de 69 anos, com fibrilação auricular hipocoagulada com rivaroxabano e com sotalol para controlo de ritmo. Recorreu ao serviço de urgência (SU), após síncope, precedida de hipersudorese e visão turva, com queda da própria altura e traumatismo crânio-encefálico. O doente acrescentou que nos 5 dias prévios teve mais 3 dejetões diarreicas, sem febre, sangue ou muco associado.

Durante a avaliação inicial, encontrava-se bradicárdico, normotenso e com mucosas desidratadas, sem outra alteração de relevo. Foi realizado uma tomografia cranioencefálica (TC-CE) que não evidenciou hemorragia intracraniana. No estudo analítico e gasometria a destacar a hipocaliemia e hiperlactecémia. Adicionalmente, realizou-se uma eletrocardiografia (ECG) que demonstrou uma bradicardia sinusal associada a um intervalo QT corrigido longo (536ms). Sem ECG prévias para comparação. Face aos resultados obtidos, o doente ficou monitorizado e iniciou-se fluidoterapia com suplementação de potássio. Após 6 horas, o potássio estava normalizado, contudo o intervalo QT mantinha-se longo na ECG de reavaliação. Ficou 24h em vigilância no SU, de forma a repetir a TC-CE, que voltou a excluir hemorragia intracraniana, e a ECG, mais de 24 horas após a última toma do sotalol, que demonstrou intervalo QT normalizado. Assim, teve alta sem sotalol, com explicação dos sinais de alarme e indicação para recorrer nessa semana ao Cardiologista assistente.

Conclusão: Um intervalo QT longo pode ser genético ou adquirido. As causas adquiridas incluem distúrbios iónicos, como hipocaliemia e hipocalcemia, hipotermia, hemorragia intracraniana ou fármacos, com destaque para os antiarrítmicos de classe IA e III.

A deteção de intervalo QT longo deve ser sempre valorizada, na medida em que incrementa o risco de uma taquicardia ventricular polimórfica, designada por Torsades de pointes.

No caso em questão, tínhamos um doente sem ECG de comparação, que apresentava múltiplos fatores que podiam influenciar o intervalo QT: hipocaliemia, um antiarrítmico classe III e risco de hemorragia intracraniana, que não se confirmou na TC-CE.

Desse modo, à data de alta foram eliminados todos os fatores de prolongavam o intervalo QT, para minimizar o risco de taquicardia ventricular.

P 17

UM CASO DE HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA

Filipa Silva, Pedro Carreira, Sónia Serra

Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: A hemorragia alveolar difusa constitui uma síndrome rara e potencialmente fatal, caracterizada por dispneia, hemoptise, anemia e opacidades difusas e bilaterais na radiografia de tórax. As principais etiologias incluem doenças autoimunes, infeções, fármacos, perturbações da hemostase ou doenças cardiovasculares. Apresenta uma mortalidade que varia entre os 20 e os 30%.

Objetivos: Pôr em evidência que, em muitos casos, o elevado grau de suspeição é a chave do diagnóstico.

Material e métodos: Apresentação de um caso clínico acompanhado das imagens de radiografia e tomografia computadorizada do tórax, esta última com a exuberância dos achados imagiológicos observados.

Resultados e conclusões: Os autores apresentam um caso de um homem de 75 anos, com história de fibrilhação auricular medicado com varfarina, que recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia, tosse e febre com dois dias de evolução e um quadro de confusão, agitação e alucinações visuais com duas semanas de evolução.

À entrada no SU apresentava-se febril, sem discrasia hemorrágica, com acrocianose, broncospasmo e fervores crepitantes nas bases. Analiticamente salienta-se uma PCR aumentada (11,52 mg/dl) e INR de 5,2. Gasimetricamente com insuficiência respiratória global. Na radiografia de tórax observam-se opacidades bilaterais. Ficou internado por Pneumonia Adquirida na Comunidade e iniciou antibioterapia empírica. Após 24 horas evolui com episódio de hemoptises e agravamento clínico com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Laboratorialmente com

trombocitopenia e subida de INR. Na TC de tórax apresenta exuberantes “(...) imagens (...) hiperdensas (...) no lobo superior direito (...) que estendem ao longo deste campo pulmonar, dispersas, com menor expressão à esquerda (...). Admitiu-se uma hemorragia alveolar difusa no contexto da terapêutica com varfarina e trombocitopenia. Em internamento observou-se melhoria clínica, analítica e imagiológica, foram excluídas outras causas que justificassem o quadro clínico e o doente teve alta encaminhado para a consulta de Medicina do Dia.

Uma abordagem sistemática para o reconhecimento precoce, estabelecimento do diagnóstico e tratamento agressivo são as únicas armas que diminuem a morbilidade e mortalidade associadas à hemorragia alveolar difusa e que contribuem para a sobrevivência do doente.

P 18

UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE FEBRE ESCARONODULAR

Filipa Silva, Mafalda Figueira, Pedro Carreira, Sónia Serra

Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: A febre escaronodular ou botonosa, zoonose de declaração obrigatória em Portugal, é uma infeção provocada pela bactéria *Rickettsia conorii*, transmitida pela picada de *Rhipicephalus sanguineus*, com incidência mais elevada em zonas rurais, no Verão e início do Outono.

Objetivos: Alertar para manifestações atípicas de uma doença endémica nos países mediterrânicos.

Material e métodos: Apresentação de um caso clínico com imagens elucidativas da atipia da apresentação clínica.

Resultados e conclusões: Os autores apresentam um caso de um homem de 55 anos, com hábitos alcoólicos. Reside numa casa

com jardim e tem um cão. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por aparecimento de adenopatia cervical direita, indolor, com 4 por 3 centímetros (cm), úlcera do couro cabeludo, exsudativa e indolor, com 2 por 2 cm, que se acompanha por febre, mialgias e mal-estar generalizado com dois dias de evolução. Apresenta um hemograma sem alterações e PCR discretamente aumentada, tendo sido medicado com terapêutica sintomática. Após quatro dias, recorre novamente ao SU por úlcera na região periumbilical à esquerda, com 5 por 3 cm, de bordo eritematoso, tendo alta medicado com flucloxacilina. Quatro dias depois, recorre novamente ao SU por aparecimento de nova lesão ulcerada no couro cabeludo, indolor, com 1 por 1 cm, à qual se associou o aparecimento de exantema maculo papular não pruriginoso com envolvimento do tronco, membros superiores, inferiores e plantas. Analiticamente com anemia normocítica normocrômica, aumento da PCR e citocolestase de novo. Por suspeita de febre escaro-nodular iniciou doxiciclina. Ocorre progressiva melhoria clínica e normalização analítica, persistindo apenas aumento ligeiro da gamaglutamil transferase, provavelmente relacionado com os hábitos alcoólicos do doente. Do estudo realizado salienta-se: hemoculturas estéreis, reação de Rosa Bengala e Huddleson negativas, excluindo Brucelose e serologias negativas (EBV, CMV, HSV, HIV, sífilis e toxoplasmose) exceto para *Rickettsia conorii* pelo método de imunofluorescência direta que foi positiva.

Classicamente a febre botonosa caracteriza-se pela tríade: febre elevada, exantema maculo papular não pruriginoso e escara única de inoculação. No entanto, são cada vez mais frequentes casos atípicos, em que os doentes não apresentam escara nem exantema, ou apresentam múltiplas escaras, como no caso clínico apresentado.

P 19

UMA REACÇÃO TÃO POUCO ESPERADA COMO RECONHECIDA – A PROPÓSITO DE UM CASO DE ANAFILAXIA

Anna Knoch, Carlos Capela
Hospital de Braga

Introdução: A anafilaxia é uma reacção alérgica sistémica grave, aguda e potencialmente fatal que afeta a pele em cerca de 90% dos casos e frequentemente os sistemas respiratório, cardiovascular e gastro-intestinal. Ocorre por ingestão, injeção, inalação ou contacto direto, sendo os alimentos e fármacos as causas mais frequentes.

Trata-se de uma emergência médica cuja prevalência tem vindo a aumentar e que requer reconhecimento e terapêutica imediatas. **Caso clínico:** Homem de 38 anos, saudável e sem alergias conhecidas com queixas de tosse produtiva muco-purulenta com uma semana de evolução com posterior desenvolvimento de febre, na sequência de contacto com o filho previamente medicado com antibiótico por infeção respiratória. Neste contexto foi medicado com amoxicilina/clavulanato pelo médico assistente.

Dez minutos após a primeira toma de antibiótico apresentou rubor e prurido cutâneos disseminados que tentou aliviar com banho de água tépida. Após cerca de meia hora o doente foi encontrado com aumento do rubor, prurido e sensação de mau-estar generalizado. Teve agravamento clínico progressivo com desenvolvimento náusea, dificuldade respiratória e parestesias dos membros, sobretudo nos inferiores, tendo sido admitido no serviço de Urgência cerca de uma hora após início dos sintomas, consciente e capaz de se deslocar autonomamente apesar das queixas. Ao exame físico apresentava eritema generalizado, polipneia com tiragem, boa saturação periférica de oxigénio, taquicardia e normotensão. A auscultação pulmonar revelou sibi-

lância dispersa e aumento do tempo expiratório. Sem alterações neurológicas. Apresentou boa resposta à terapêutica com resolução do quadro clínico. Do estudo analítico salientou-se alcalose respiratória, lesão renal aguda, leucocitose com neutrofilia, com aumento de linfócitos e monócitos.

Apresentou normalização da função renal e da fórmula leucocitária após várias horas de fluidoterapia. Teve alta medicado com azitromicina e orientado para consulta externa de Imuno-alergologia.

Conclusão: Com este caso os autores querem salientar a importância do rápido reconhecimento da reacção anafiláctica pelo risco que acarreta o atraso do diagnóstico em termos de atingimento sistémico e risco de vida para o doente.

É essencial lembrar que tão ou mais importante que indagar sobre o histórico de alergia, será explicar ao doente quais são os sinais e sintomas mais frequentes da alergia e a importância de se dirigir rapidamente aos serviços de saúde.

P 20

LESÃO RENAL AGUDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – COMO ABORDAR ?

Flávia Santos, Cátia Faria, Cátia Santos,
Mária Jesus Banza

*Centro Hospitalar de Leiria - Hospital de Santo André
Serviço de Medicina Interna 2*

A lesão renal aguda (LRA) é uma entidade clínica com incidência crescente nos últimos anos. Na abordagem ao doente com LRA no serviço de urgência é fulcral que o médico coloque todas as hipóteses etiológicas para a mesma – lesão pré-renal, lesão renal, lesão pós-renal. Esta postura é baseada na premissa de que ao tratarmos a causa da LRA conseguimos melhorar a função renal do doente ou pelo menos evitar a sua deterioração. A LRA adquirida na comunidade é diagnosticada na admissão do

doente no serviço de urgência e é frequentemente causada por marcada depleção de volume ou diminuição do fluxo sanguíneo renal, enquanto que a LRA que ocorre no decurso de internamento hospitalar normalmente acompanha doenças de outros órgãos, complicando o seu tratamento e prognóstico.

Os autores relatam o caso de um homem de 62 anos, previamente autónomo, com antecedentes de HTA e DM NIT que foi trazido ao serviço de urgência por marcada astenia com três dias de evolução com agravamento progressivo.

À observação encontrava-se consciente, não colaborante e desorientado. Desidratado, apirético e hemodinamicamente estável. Ao exame objetivo com evidência de flapping, distensão abdominal e edemas bimaletolares. Analiticamente com anemia macrocítica normocrômica, evidência de LRA com creatinina de 11.5g/dL, Ureia 35mg/dL, K⁺ 7.2mmol/L. Gasimetricamente com acidemia metabólica marcada com pH de 7.01 e bicarbonato de 6. ECG em ritmo sinusal, com ondas T espiculadas no contexto de hipercaliemia.

O doente foi algaliado para exclusão de causa pós-renal para a LRA com registo de diurese, tendo também realizado ecografia renal e vesical sem evidência de obstrução ou de alterações renais.

Admitida LRA de causa pré-renal por marcada desidratação associada a encefalopatia urémica, tendo iniciado fluidoterapia intensiva e correção de distúrbios hidro-eletrolíticos e da acidemia. O quadro clínico evoluiu favoravelmente, tendo em reavaliação cerca de dois meses após a alta estabilizado a função renal com creatinina de 2.10mg/dL. Doente mantém-se em consulta para estudo etiológico que condicionou quadro de LRA.

Este caso revela a necessidade de uma correta e rápida abordagem ao doente com LRA no serviço de urgência, sendo a confirmação

etiológica da mesma a melhor forma de implementar a terapêutica adequada.

O estabelecimento de protocolos de atuação no serviço de urgência em casos de LRA são uma ferramenta de trabalho útil na abordagem a estes doentes.

P 21

DEMÊNCIA – UM DESAFIO CLÍNICO PARA O MÉDICO

Flávia Santos, Maria João Palavras, Cátia Santos,

Maria Jesus Banza

*Centro Hospitalar de Leiria - Hospital de Santo André
Serviço de Medicina Interna 2*

O doente demenciado constitui um desafio diagnóstico para qualquer médico.

Os autores apresentam o caso de um homem de 84 anos, hipertenso e com síndrome demencial, trazido ao serviço de urgência por quadro de prostração com dois dias de evolução e agravamento progressivo.

À observação encontrava-se consciente e colaborante com discurso escasso, sem localização de dor ou queixas objetiváveis. Apirético e hemodinamicamente estável. Destacando-se dor à palpação do quadrante superior direito do abdómen, com Murphy vesical exuberante. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, e agravamento da função renal, assim como com elevação das transaminases (> 400 U/L), CK > 900 U/L, Cr 2.55mg/dL, hiperbilirrubinemia mista, lipase e amilase normais, LDH 919 U/L, FA 129 U/L. Por suspeição clínica de colecistite aguda/colangite, realizou ecografia abdominal e TAC abdominal que excluíram este diagnóstico.

Verificado agravamento de situação clínica, com acidose metabólica e necessidade de oxigenoterapia. Colocada a hipótese de quadro de sépsis de ponto de partida indeterminado pelo que iniciou empiricamente antibioterapia de largo espectro com piperacilina e tazobactam. Colocada ainda

a hipótese diagnóstica de quadro de hepatite no contexto de hipoperfusão/estase por agravamento da função cardíaca. Colhido novo controlo analítico com marcadores de necrose do miocárdio que revelaram elevação da troponina I 15.45 ng/mL, BNP 35 000 pg/mL, transaminases em crescendo, com CK em decrescendo. Efetuado ECG que revelou supradesnivelamento do segmento ST em DII, DIII, aVF, com ondas Q.

O doente foi orientado pela Cardiologia – doente com EAM com SST de tempo de evolução indeterminado e hepatite no contexto de hipoperfusão de órgão. Não reunindo critérios para tratamento invasivo, tendo realizado tratamento médico.

Doente posteriormente com deterioração progressiva do seu estado clínico entrando em choque de etiologias séptica e cardiogénica, com disfunção multiorgânica, tendo falecido ao décimo dia de internamento.

Este caso clínico revela a importância de perante um doente demenciado, sem capacidade para exprimir a sua sintomatologia, ser fulcral o redireccionamento diagnóstico aquando da não confirmação da principal hipótese diagnóstica colocada pelo médico. Devendo o diagnóstico basear-se na história clínica e nos achados ao exame objetivo exaustivo, mas também nos resultados dos exames complementares de diagnóstico.

P 22

GASTROENTERITE AGUDA?

Flávia Santos, Maria João Palavras,
Maria Jesus Banza

*Centro Hospitalar de Leiria - Hospital de Santo André
Serviço de Medicina Interna 2*

A gastroenterite aguda (GEA) consiste num processo inflamatório intestinal agudo podendo ser provocada por vírus, bactérias e parasitas. A sintomatologia que a caracteriza inclui náuseas, vômitos e dejeções diarreí-

cas, no entanto é necessária a exclusão de outras causas para estes sintomas

Os autores apresentam o caso de um homem de 58 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial e de neoplasia do intestino delgado tratado cirurgicamente há 16 anos. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de vômitos alimentares, diarreia aquosa e febre com uma semana de evolução.

Ao exame objetivo, à admissão no serviço de urgência, não apresentava alterações de relevo. Analiticamente com leucocitose de 31400/mm³, neutrofilia de 27300/mm³ e PCR de 297mg/L. RX abdominal sem presença de níveis hidroaéreos e ecografias abdominal e pélvica sem alterações. Admitido o diagnóstico de Gastroenterite Aguda bacteriana, tendo sido colhidas hemoculturas, coproculturas e efetuada pesquisa de *Clostridium difficile* nas fezes que foram negativos. Iniciou empiricamente antibióte rapia com ciprofloxacina.

Ao quinto dia de internamento hospitalar o doente mantinha-se febril apesar da terapêutica instituída. Iniciou quadro de dor abdominal referida ao hipocôndrio direito. À palpação abdominal apresentava abdômen duro, com dor à palpação de todo o trajeto do cólon direito e com bordo hepático palpável no hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. Fez TAC abdominal e pélvica com contraste por suspeição de processo neoplásico, que evidenciou “... extensa lesão tumoral no cólon ascendente e ângulo hepático, associada a densificação do mesocólon (...).”

Após melhoria de processo infeccioso concomitante, teve alta clínica e foi orientado para consulta de Cirurgia. Efetuado estadiamento da lesão cólica pT3M0. Cerca de três semanas após a alta foi internado eletivamente para tratamento cirúrgico de neoplasia do cólon, tendo feito “hemicolectomia direita alargada por lesão estenosante do cólon

transverso.” O estudo anatomopatológico revelou tratar-se de um adenocarcinoma colorretal.

Este caso clínico revela a importância da abordagem detalhada de um doente no serviço de urgência, que por vezes é deficitária dado o elevado número de doentes que afluem ao hospital e o reduzido número de médicos, o que ocasionalmente conduz à não perceção de diagnósticos simples baseados na história clínica do doente.

P 23

MIALGIAS INCAPACITANTES – UM CASO DESAFIANTE

Flávia Santos, Maria João Palavras, Lilian Sousa,
Maria Jesus Banza

*Centro Hospitalar de Leiria - Hospital de Santo André
Serviço de Medicina Interna 2*

Os autores apresentam o caso de um homem de 70 anos, autónomo, com antecedentes de prostatectomia radical há mais de 10 anos, seguida de radioterapia com colite rádica sequelar, e FA paroxística, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de astenia marcada e mialgias generalizadas com dois dias de evolução e agravamento progressivo que lhe condicionavam incapacidade para marcha.

À observação apresentava-se consciente, colaborante e orientado, pálido, desidratado, sudorético, apirético e hemodinamicamente estável. Abdómen com RHA ausentes em todos os quadrantes, duro e sem dor à palpação. Murphy renal ausente bilateralmente. Analiticamente com creatinina de 3.5mg/dL, PCR de 478mg/L e CK 7510 U/L. Com sumário de urina não sugestivo de ITU, RX Tórax sem evidência de condensação pulmonar e gasometria arterial em ar ambiente com hiperlactacidémia de 2.2. Realizou ecografias renal, supra-renal, abdominal e pélvica que não mostraram quaisquer alterações.

Doente com rápida deterioração do seu estado geral, tendo iniciado quadro de prostração, hipotensão e também agravamento de mialgias incapacitantes. Com visíveis sinais de hipoperfusão nos membros inferiores e flancos abdominais de aparecimento súbito. Iniciada fluidoterapia, colhido rastreio sético e iniciada antibioterapia empírica com piperacilina + tazobactam.

Realizada TAC abdomino-pélvica que evidenciou “...marcada densificação da gordura mesentérica e perirrenal com líquido perirrenal à direita.”.

Repetidas gasometrias seriadas com acidémia metabólica em agravamento progressivo e hiperlactacidémia em crescendo, refratárias à terapêutica implementada.

Colocada a hipótese de isquemia da mesentérica, realizada AngioTAC abdomino-pélvica que evidenciou “...presença de fígado com alterações da perfusão (...) enfarte extenso do baço(...) líquido perirrenal com extensão para o retroperitoneu.”.

Efetuada laparotomia exploradora que revelou: “derrame peritoneal seropurulento (...) isquemia segmentar do baço. Abertura das goteiras parietocólicas direita e esquerda com edema dos tecidos e com drenagem de líquido seropurulento.”

Doente com choque séptico secundário a peritonite bacteriana. Posterior isolamento em hemoculturas de *Streptococcus equisimilis* MS, bactéria incomum, com marcada virulência, que condiciona rápido processo de necrose de músculos e tecidos moles.

Apesar da celeridade na implementação terapêutica o doente acabou por falecer poucas horas após a cirurgia.

P 24**DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL
OU TOXICIDADE AO METOTREXATO?**

Ana João Carvalho, Maria João Vieira,
Joana Raquel Monteiro, António Antunes
Centro Hospitalar de Leiria

A artrite reumatoide é uma doença sistémica que atinge predominantemente o sistema articular. De todas as manifestações extra articulares, são as manifestações pulmonares que podem implicar as consequências mais importantes do ponto de vista da morbi-mortalidade.

Destas, a doença pulmonar intersticial é a mais frequente. Além dos efeitos da ativação inflamatória crónica imuno-mediada, há a considerar também a toxicidade de alguns fármacos sobre o parênquima pulmonar, por exemplo o metotrexato.

Apresentamos o caso de uma doente de 76 anos, não fumadora, com antecedentes conhecidos de artrite reumatoide medicada com metotrexato. Reformada, tendo trabalhado em fábrica de conserva de peixe. Foi admitida no serviço de urgência com queixas de dispneia, cansaço e tosse seca com 5 dias de evolução, sem febre associada. Auscultatoriamente apresentava apagamento do murmúrio vesicular e crepitações basais no final do tempo expiratório. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e hipoxemia com hipocapnia na gasimetria. A radiografia do tórax apresentava hipotransparência bilateral muito extensa, pelo que se solicitou tomografia computadorizada (TC) do tórax para esclarecimento diagnóstico. A TC mostrou: “densificação difusa e bilateral do parênquima pulmonar com um padrão em vidro despolido e nalgumas zonas esboçando padrão em favo de mel, aspetos que sugerem presença de um processo inflamatório/infeccioso bilateral, eventualmente enxertado em doença pré-

-existente”. Assumiu-se pneumonia enxertada em pneumonite iatrogénica vs doença pulmonar intersticial. Iniciou antibioterapia empírica, além de medidas de suporte, e foi internada no serviço de Pneumologia onde prossegue tratamento e estudo etiológico.

P 25**QUANDO OS “NERVOS” AFECTAM O CORAÇÃO
– UM CASO DE MIOCARDIOPATIA DE STRESS**

Anna Knoch, Carlos Capela
Hospital de Braga

Introdução: A miocardiopatia de stress curta com diminuição da cinésia do terço médio e apical do ventrículo esquerdo e provoca sintomas sugestivos de síndrome coronário agudo (SCA). De duração auto-limitada com resolução em horas ou dias, raramente apresenta complicações como o choque cardiogénico e a morte. Sem uma etiologia definida, é mais frequente em mulheres em idade pós-menopausa e após stress emocional ou físico importante.

Caso clínico: Mulher de 80 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão (HTA) e dislipidémia medicados que estaria no seu estado normal, quando, após ser insultada por uma vizinha, ficou muito agitada e iniciou dor epigástrica opressiva de moderada intensidade. Observada no SU cerca de 5 horas depois, a doente apresentava-se visivelmente ansiosa, muito centrada na alteração, desvalorizando a queixa de epigastralgia que teria cedido espontaneamente após 2 horas e sem outras queixas associadas. Ao exame físico apresentava HTA e taquicardia ligeiras. No electrocardiograma (ECG) tinha taquicardia sinusal e supra-desnivelamento ST em DII e V4 a V6. Analiticamente com troponina I (TI) de 3ng/mL. O cateterismo cardíaco excluiu doença coronária epicárdica, a ventriculografia esquerda mostrou acinésia/discinésia dos segmentos médio-apicais, hipercontrac-

tilidade dos segmentos basais e função severamente deprimida. Foi internada para vigilância de miocardiopatia de stress, com boa evolução. Verificado pico de TI de 8.31ng/mL; ecocardiograma transtorácico do dia seguinte com hipertrofia ligeira do ventrículo esquerdo, função sistólica global conservada e acinésia apical e dos segmentos justapicais. O ECG evoluiu para inversão difusa e profunda das ondas T com prolongamento do tempo QT. Teve alta orientada para a consulta externa de Cardiologia e com pedido de ressonância magnética cardíaca.

Conclusão: Descrita desde 1991, a miocardiopatia de stress tem uma prevalência estimada entre 1 a 2% dos casos de suspeita de SCA, com cada vez mais casos documentados nos últimos anos. Normalmente cursa com sintomatologia típica de SCA mas pode ter uma apresentação atípica, com dor de baixa intensidade, sem outros sintomas associados, sendo necessário o ECG e elevação de TI para ser levantada a suspeita clínica.

Serve este caso para salientar a importância de não ser descurada a investigação adequada mesmo quando o doente desvaloriza as queixas e as mesmas são facilmente enquadradas noutro contexto clínico, neste caso, agitação e ansiedade.

P 26

PRURIDO PARANEOPLÁSICO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE UM LINFOMA HODGKIN ESTADIO IV

Ana João Carvalho, Joana Gonçalves,
António Antunes
Centro Hospitalar de Leiria

O linfoma de Hodgkin é uma doença linfoproliferativa caracterizada pela presença de células de Reed-Sternberg e constitui cerca de 15 a 20% de todos os linfomas. A manifestação mais típica de apresentação são as

adenopatias periféricas (70-80% dos casos) e a ocorrência de sintomas B como febre, perda ponderal e hipersudorese (na apresentação de 25-50% dos casos). Menos frequente mas também típico é o prurido paraneoplásico, sintoma cuja severidade pode ter um forte impacto na qualidade de vida do doente.

Apresentamos o caso clínico de uma jovem saudável de 25 anos, que recorreu ao serviço de urgência por um quadro com seis meses de evolução, caracterizado por prurido generalizado intenso, sem lesões cutâneas associadas. Posteriormente houve aparecimento de massa esternal de crescimento progressivo e nos últimos 3 dias antes de recorrer à urgência notou aparecimento de nódulo palpável axilar esquerdo. Não tinha medido a temperatura, mas mencionava episódios de calafrios e noção de perda ponderal de cerca de 3kg na última semana. Nesta altura já tinha sido observada nos cuidados de saúde primários e em clínicas particulares, tendo sido medicada com escitalopram, trazodona e hidroxizina. À observação apresentava lesões de coceira, adenopatias axilares palpáveis bilateralmente e lesão procidente sobre o esterno, de consistência dura. A radiografia do tórax mostrava alargamento mediastínico sobretudo à custa de massa para-hilar direita volumosa. Ficou internada para estudo. Foi submetida a tomografia axial computadorizada (TC) que mostrou: “extensa lesão de limites imprecisos na parede torácica anterior, de aspeto infiltrativo, com cerca de 81x48mm, contaminando os músculos peitorais e revelando aspeto destrutivo ao nível do corpo do esterno, onde se observa fratura a este nível. Esta lesão parece insinuar-se no mediastino anterior pré-vascular, onde contacta uma volumosa massa mediastínica anterior com cerca de 81x55mm” A análise histológica após biópsia excisional de gânglio axilar esquerdo mostrou tratar-se de um linfoma de Hodgkin, variante esclero-

se nodular, grau 1, com sinais de necrose que era extensa em algumas áreas. A doente foi encaminhada para o serviço de Hematologia onde cumpriu tratamento com quimioterapia e radioterapia, com melhora franca das queixas de prurido nas primeiras sessões de tratamento. Atualmente encontra-se em remissão e em vigilância na consulta.

P 27

SERÁ ENFARTE, DOUTOR?

Maria João Palavras, Flávia Santos, Cátia Santos,
Filipa Alçada
Hospital de Santo André

A dor torácica é um dos principais motivos de vinda ao serviço de urgência. Pode supor desde uma urgência vital até um sintoma que não compromete a vida do doente. A abordagem à dor torácica deve incluir uma história clínica detalhada assim como: eletrocardiograma (ECG), radiografia de tórax e biomarcadores cardíacos séricos de necrose. A pericardite aguda é um dos vastos diagnósticos diferenciais da dor torácica, de perfil cardíaco não-iskémico, que requer o ecocardiograma e o ECG para o diagnóstico diferencial.

Jovem, sexo masculino, 40 anos, ex-toxicodependente e história de enfarte agudo miocárdio há cerca de 3 anos em contexto de consumo de heroína. É admitido no serviço de urgência por precordialgia anterior com duas horas de evolução. Conta que na semana anterior tinha recorrido ao seu médico assistente por quadro febril com de mialgias e odinofagia. Foi diagnosticado amigdalite vírica, sendo medicado para o domicílio com ibuprofeno 400mg de 8/8h. No serviço de urgência, o doente descrevia uma dor de características pleuríticas, com irradiação para o pescoço, agravamento em decúbito dorsal e alívio na posição de sentado com inclinação do tronco para a frente. Hemodinamica-

mente normotenso, taquicárdico (95bpm) e sub-febril 37.5°C. Auscultação cardíaca com atrito pericárdico. ECG em ritmo sinusal, com supra ST convexidade inferior em DI, aVL e de V2 a V6. Analiticamente com troponinas I seriadas: 0.03ng/mL e passado 6h 0.01ng/mL. Ecoscopia à cabeceira relata pericardio algo hiperecogénico sem derrame. Ecocardiograma transtorácico sem alterações significativas. Foi internado com a suspeita diagnóstica de pericardite aguda, e colhidas serologias víricas.

Os autores pretendem com este caso clínico mostrar a importância do diagnóstico diferencial da dor torácica, começando desde uma história clínica bem detalhada. Os sintomas e os sinais são fundamentais, principalmente o atrito pericárdico sistólico que é o sinal mais característico na pericardite. O atrito pode ser pode ser intermitente e evanescente. A pericardite aguda e a recorrente têm bom prognóstico, desde que o doente não abandone a terapêutica.

P 28

IDOSO, O ATÍPICO

Maria João Palavras, Maria João Silva,
Flávia Santos, Filipa Alçada,
Hospital de Santo André

O idoso é um doente pluripatológico, destacando-se as doenças cardiovasculares, respiratórias, urinárias, psiquiátricas e do sistema nervoso, como as mais frequentes. Ao longo da vida, a reserva fisiológica é cada vez menor, fazendo com que ao mínimo desequilíbrio seja suficiente para desencadear uma alteração do estado de consciência, culminando em prostração. As doenças em geriatria podem apresentar sintomas menos claros, expressando doenças frequentes de formas atípicas.

Doente 70 anos, masculino, previamente autónomo. Internamento recente por estudo

de síndrome demencial, devido a agravamento do estado de consciência, porém sem correlação imagiológica, tendo alta com diagnóstico inconclusivo. Dois meses depois, o doente deu entrada no serviço de urgência, por quadro de prostração, com dispneia e cefaleia hemcraniana direita. Apresentava-se vigil, pouco colaborante, escala coma glasgow (ECG) 7. Farfalheira audível. Hemodinamicamente apirético e com saturação periférica O2 89% que após aspiração de secreções mucopurulentas, melhorou para 94% a ar ambiente, e ECG 15. Auscultação cardíaca com sopro sistólico III/VI e pulmonar com roncospersos. Analiticamente com ligeira leucocitose com PCR discretamente aumentada, e insuficiência renal. Sem alteração da função hepática. Gasimetria arterial a ar ambiente com acidose respiratória. Sumária de urina sem nitritos nem leucocitúria. Radiografia tórax com reforço perihilar direito. Excluído foco de agravamento do estado de consciência de ponta de partida cardiovascular, respiratório e urinário, alargou-se o estudo para provável causa neurológica. Realizado TAC cranio-encefálico que relatava "... extensa lesão expansiva frontal interna esquerda e que se estende pelo joelho da comissura calosa ao hemisfério direito... extenso edema com apagamento sulcal do lobo frontal direito. Provável glioblastoma". O doente foi internado iniciando dexametasona sob a hipótese diagnóstica de síndrome demência estrutural.

Os autores pretendem com este caso clínico expor a dificuldade em abordar o doente idoso pluripatológico, principalmente em contexto de urgência, quando está prostrado e não fornece história. No entanto, não deixa de ser uma luta contra o tempo, perante o doente mais atípico na urgência da medicina interna.

P 29

UMA CAUSA MENOS PROVÁVEL DE DOR LOMBAR

Ana João Carvalho, Joana Gonçalves,
Maria João Vieira, António Antunes
Centro Hospitalar de Leiria

Apresentamos o caso clínico de um homem de 37 anos, sem antecedentes de relevo, ex fumador dos 17 aos 20 anos, que recorreu ao serviço de urgência por dor lombar com um mês de evolução de agravamento progressivo. Não tinha outras queixas, nomeadamente febre, perda ponderal ou anorexia. Na urgência encontrava-se subfebril, sem outros achados. Analiticamente não apresentava alterações. A radiografia do tórax mostrava uma imagem nodular na base do ápex pulmonar direito. Trazia já uma tomografia computadorizada (TC) da coluna toracolumbar realizada no exterior e que mostrava "numerosas lesões osteolíticas dos segmentos dorsal e lombar atingindo praticamente todos os corpos vertebrais. A lesão de maiores dimensões situa-se em L2 com topografia lateral direita, sem sinais óbvios de invasão endocanalicular nem compressão das estruturas neuromeningeas.". Ficou internado para estudo, tendo realizado TC toraco-abdominal que confirmou a presença de uma neoformação pulmonar com cerca de 36mm na porção inferior do lobo superior do pulmão direito, associadamente com imagem sugestiva de metastização pulmonar bilateral em "largada de balões" assim como metastização óssea difusa, não só na coluna dorso-lombar como também a nível dos ossos ilíacos, cabeças umerais, omoplatas, vários arcos costais, púbis, e ísquion bilateralmente. O restantes estadiamento veio também mostrar metastização supra renal esquerda e metastização intra cerebral múltipla (confirmada em ressonância magnética) incluindo uma metástase na sela turca com diabetes insipido secundária associada. A biópsia percutânea guiada por TC teve como resultado adenocarcinoma primitivo

do pulmão, tendo sido solicitada a pesquisa de mutações genéticas, sendo que iniciou terapêutica de intuito paliativo com erlotinib por presença de mutação no gene EGFR. Além disso fez radioterapia holocraneana com boa resposta, mantendo-se a cumprir tratamento e seguimento na especialidade de Pneumologia.

Este caso chama a atenção por ser uma doença pouco frequente entre a população jovem, devendo levantar de imediato a suspeita de ter origem numa mutação genética e de se apresentar em estadió avançado ad iníciū apesar da pouca sintomatologia inicial. Chama também a atenção para a necessidade de valorizarmos sempre as queixas dos doentes nomeadamente as queixas álgicas apesar da sua idade jovem e depois de excluídas as causas mais frequentes como a lombalgia mecânica.

P 30

UTILIZADORES FREQUENTES DA URGÊNCIA: EXPERIÊNCIA DE UM ANO

Alexandra Ávila, Natacha Silveira, Vanda Conceição, Nuno Bernardino Vieira, João Estevens, Helena Rita
Centro Hospitalar Universitário do Algarve
— Unidade de Portimão e Lagos

Introdução: Anualmente verifica-se uma elevada afluência de utentes aos serviços de Urgência (SU) do Sistema Nacional de Saúde. Uma subpopulação destes utentes recorre ao SU de forma sistemática, gerando muitas vezes episódios de utilização “evitável” ou “inapropriada” que importam elevado impacto económico. Ao identificar e caracterizar esta população de utilizadores muito frequentes será possível a criação de planos de intervenção para uma resposta mais efectiva às necessidades destes utentes.

Objetivos: Quantificar e caracterizar os utilizadores muito frequentes dum serviço de Urgência.

Material e métodos: Estudo observacional de coorte, com colheita de dados retrospectiva, dos utentes com mais de 58 anos que recorreram a um Serviço de Urgência (Nível Médico-Cirúrgico) no período de um ano (compreendido entre 01/07/2016 a 30/06/2017). Identificaram-se os utentes com mais de 10 episódios que foram classificados como utilizadores muito frequentes. Foram excluídos os utentes admitidos por transferência de outros hospitais.

Resultados: No período de seguimento recorreram ao SU um total de 14312 utentes. Destes, identificaram-se 51 utentes utilizadores muito frequentes (0.4%) , que geraram um total de 803 episódios de urgência. Verificou-se que 47.1 % eram do sexo masculino, com média de idade situada em 77.5 anos e mediana 77.0 anos.

A grande maioria dos episódios tinha proveniência do exterior (51.4%). Pela triagem de Manchester 30.9% dos episódios foram triados de laranja e 49.3% de amarelo, 85.9% dos episódios foram classificados com diagnóstico médico. Ao analisar o total de tempo de permanência no Serviço de Urgência 74.8% dos episódios permaneceram até 12h. Destes episódios, 10.8% resultaram em internamentos. Apenas 3 episódios de urgência foram identificados como episódios com necessidade de intervenção social.

Conclusões: Os utilizadores muito frequentes representam um grande peso no movimento assistencial dum SU. Tratam-se de utentes idosos, maioritariamente com patologia médica e que geram um importante número de internamentos. Importa aprofundar a caracterização destes utentes para estabelecer planos de actuação personalizados que evitem esta utilização excessiva do SU.

P 31

ABDÔMEN AGUDO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ana Margarida Mosca, Bárbara Ribeiro,
David Garcia, Rosário Araújo, Carlos Capela
Hospital de Braga

Introdução: A apendicite aguda é uma das patologias cirúrgicas mais frequentes. Aquando do seu diagnóstico é importante pensar nos diagnósticos diferenciais (especialmente em idades não pediátricas): doenças ginecológicas no sexo feminino, patologias do sistema urinário, a doença inflamatória intestinal, síndrome do intestino irritável e até neoplasias do cólon. Um diagnóstico falso positivo pode resultar num procedimento cirúrgico desnecessário.

A pielonefrite aguda é um dos diagnósticos diferenciais a pensar e baseia-se na anamnese e exame físico dirigidos, implicando meios complementares de diagnóstico na abordagem inicial ao doente, contudo nem sempre é fácil de realizar.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, 55 anos, professora do ensino secundário. Internamento prévio num hospital privado, com alta 2 dias antes, por febre e dor abdominal intensa com irradiação lombar à direita. Neste contexto, tinha realizado TC adominopélvico com alterações sugestivas de apendicite aguda, sendo submetida a uma apendicectomia branca. Cumpru 3 dias de ceftriaxone endovenoso e teve a alta com cefixima para o domicílio (mais 4 dias).

Por manter febre, distensão abdominal e náuseas associadas recorreu ao SU. Ao exame físico apresentava abdômen distendido, com defesa e blumberg positivos; Murphy renal esquerdo difícil de valorizar. Analiticamente com leucocitose de $20.5 \times 10^3/uL$, com neutrofilia associada. Sem alterações na urina tipo 2. TC renopélvico com identificação de zona hiperdensa no pólo superior

do rim direito com provável relação com foco infeccioso.

Assumida pielonefrite sem resposta terapêutica à antibioterapia previamente instituída. Iniciou Ciprofloxacina com má resposta clínica ao fim de 8 dias. Repetiu ecografia renal com identificação de irregularidade do contorno no polo superior do rim direito, e aumento difuso da ecogenicidade; alterações compatíveis com pielonefrite focal, sem imagem de abcesso.

Uroculturas da admissão negativas. Identificado *Bacterioides fragilis* numa amostra isolada da HC. Alterada antibioterapia para meropenem (durante 14 dias).

Apresentou melhoria gradual, com alta orientada para consulta externa após 19 dias de internamento.

Conclusão: Com este caso os autores pretendem demonstrar que continuam a realizar-se apendicectomias brancas apesar de todos os meios disponíveis (na literatura a percentagem ronda os 20%) e que é importante pensar em patologia médica na presença de um abdômen doloroso.

P 32

TROMBOCITOPENIA INDUZIDA PELA HEPARINA

Ana Margarida Mosca, David Garcia,
Bárbara Ribeiro, Rosário Araújo, Carlos Capela
Hospital de Braga

Introdução: A trombocitopenia induzida pela heparina (TIH) geralmente é ligeira e apresenta-se maioritariamente com contagens plaquetárias acima das 20.000 plaquetas. Ao contrário do expectável, o risco trombótico ultrapassa o risco hemorrágico. A TIH resulta da formação de anticorpos contra o complexo formado pelo fator plaquetário 4 (PF4) e a heparina. Muitos doentes expostos à heparina desenvolvem estes anticorpos, contudo, nem sempre apresentam manifestações clínicas; e dos que apresentam TIH apenas 50% apre-

sentará eventos trombóticos. A TIH surge 5 a 14 dias após a exposição à heparina, embora haja algumas exceções.

Caso clínico: Doente de 87 anos de idade, sexo feminino, com antecedentes de DRC (estadio 3), cardiopatia hipertensiva, isquêmica e valvular e sarcoma de Kaposi (terapêutica paliativa com radioterapia). Hipocoagulação instituída há cerca de 10 dias por diagnóstico recente FA, em sobreposição com varfarina. Recorreu ao SU por dispneia com agravamento nos dias anteriores. Associadamente apresentava degradação do estado geral e períodos de confusão e desorientação. Sem introdução de outros fármacos novos. Sem intercorrências infecciosas recentes. Ao exame físico confusa, auscultação cardíaca arritmica. Crepitações bilaterais dispersas em todo o campo pulmonar e edemas periféricos até à raiz das coxas. Analiticamente a destacar IR tipo 1, PBNP de 14.500 e bicitopenia com anemia e trombocitopenia de $31 \times 10^3/\mu\text{L}$ plaquetas de novo.

Verificou-se melhoria clínica gradual da descompensação cardíaca, com diminuição da dispneia que permitiu desmame de oxigenoterapia e resolução dos edemas. Pelo elevado risco hemorrágico (HAS-BLED score: 5) e elevado grau de dependência, decidida suspensão de hipocoagulação com recuperação progressiva da contagem plaquetária (67.000 à data de alta).

Conclusão: Em casos de TIH, deve pensar-se no recurso a anticoagulantes alternativos se o risco de trombose ultrapassar o de hemorragia. Os inibidores diretos da trombina e o fondaparinux são referidos na literatura como alternativa aprovada no tratamento destes doentes. Neste caso, dado o risco hemorrágico, optou-se por não manter hipocoagulação; contudo, uma vez feito o diagnóstico terão de ser consideradas alternativas caso a doente venha a necessitar de hipocoagulação no futuro.

P 33

DOENÇAS DERMATOLÓGICAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Ana Margarida Mosca, David Garcia, Bárbara Ribeiro, Paulo Medeiros, Rosário Araújo, Carlos Capela
Hospital de Braga

Introdução: A psoríase é uma doença sistémica, crónica, mediada pelo sistema imune, que afeta a pele, as unhas e as articulações. Dos precipitantes conhecidos para a psoríase é sabido que o tabagismo, etilismo, elevado IMC, trauma, infeções, distúrbios endócrinos, fármacos e desmame rápido de corticoterapia tópica/sistémica foram associados à sua manifestação inicial, exacerbação ou agravamento. Dos fármacos descritos destacam-se: Beta-bloqueantes, lítio, anti-maláricos, AINES, antibióticos, etc.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente de 86 anos de idade, emigrante em França. Antecedentes pessoais de HTA, DRC estadio 3, silicose e artrite psoriática. Sob terapêutica com furosemida, antagonista dos canais de cálcio, indacaterol+glicopirrrónio, anti-histamínico e corticoterapia (prednisolona 10mg/dia). Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e aparecimento de rash eritematoso difuso com prurido associado e descamação das extremidades com <24H de evolução. Teria terminado na véspera um ciclo de antibioterapia com amoxicilina-Ac. clavulânico por infeção respiratória. Referia ter realizado previamente este princípio ativo sem quaisquer efeitos laterais, mas neste episódio utilizou um fármaco genérico de um laboratório diferente do habitual. Há ainda referência a um episódio semelhante no contexto de antibioterapia não especificada.

Analiticamente com PCR 79.1 mg/dL e leucocitose (13.000 leucócitos). Sem alterações na radiografia do tórax. Gasimetricamente: Insuficiência respiratória tipo 1.

Ficou internado por exacerbação de psoríase ertirodérmica provavelmente despoletada pela

infecção/antibioterapia. Inicialmente não instituída antibioterapia pela ausência de evidência de processo infeccioso. Após aumento do corticoide para 40 mg/dia e instituído tratamento tópico com vaselina líquida apresentou melhoria clínica e analítica progressivas (PCR à data de alta: 15 mg/dL, sem leucocitose). Teve alta ao fim de 7 dias com desmame progressivo da corticoterapia pelo elevado risco de reativação da doença (nomeadamente a variante pustulosa).

Conclusão: Segundo alguns estudos a exacerbação da psoríase por derivados de penicilina é rara e pode representar uma pustulose exantemática aguda generalizada e não uma reação verdadeiramente provocada por fármacos. Contudo, há outros estudos que associam derivados de penicilina com a psoríase. Este caso evidencia a dificuldade de estabelecer uma causa-efeito no desenvolvimento da psoríase eritrodérmica.

P 34

UM BALDE DE ÁGUA FRIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Joana Dias Alfaiate, Alexandra Dias, Mário Gola, Fátima Pimenta

Centro Hospitalar Médio Tejo

Mulher, 86 anos, é observada no serviço de Urgência por ter sido encontrada caída no domicílio na sequência de alteração transitória da consciência. Sem referência a movimento tónico-clónicos, perda de controlo de esfíncter, traumatismo craniano ou alterações neurológicas focais após recuperação. Contudo houve queda da própria altura com traumatismo do joelho direito e da cintura pélvica, determinando incapacidade para a marcha. Por este motivo a doente pernitoou no chão, exposta à temperatura ambiente.

Tem como antecedentes patológicos de hipoa-cusia moderada e hipertensão artéria essencial, estando medicada habitualmente com enalapril e ácido acetil salicílico.

Na observação clínica: tremor, pele fria, impossibilidade de avaliação de temperatura timpânica, pressão arterial 184/104 mmHg, glicémia 190 m/dL, hematoma na região poplíteia e gemelar direitas e pequenas lesões cutâneas necróticas nos dedos de ambos os pés. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia, elevação da proteína c reativa, D-dímeros 1878, lesão renal AKIN estadio I, ionograma sem alterações e rabdomiólise. Estudo eletrocardiográfico com artefactos secundários ao tremor. Realizou radiografia de tórax apresentando derrame pleural a ocupar o 1/3 inferior do campo pulmonar direito. Estudo por angiografia do tórax excluiu tromboembolismo pulmonar e Tomografia de crânio excluiu alterações agudas do sistema nervoso central.

Admitiu-se hipotermia, insuficiência arterial periférica, lesão renal aguda e rabdomiólise. Iniciou terapia com enoxaparina, fluidoterapia endovenosa e começou reaquecimento com cobertor de aquecimento. Após 2 horas a temperatura timpânica era de 36.6 °C, com resolução do tremor.

Eletrocardiograma, raio x do joelho e pélvis sem alterações. Estudo ecocardiográfico detectou estenose aórtica severa como provável causa de síncope e o estudo doppler dos vasos dos membros inferiores diagnosticou insuficiência arterial distal leve-moderada.

À data da alta, a doente apresentava normalização da CK e da função renal, resolução do derrame pleural à direita e melhoria das lesões necróticas nos dedos dos pés. Mantinha ainda dificuldade em fazer carga sobre o membro inferior direito.

A hipotermia consiste numa patologia tipicamente abordada no serviço de urgência, requerendo tratamento adequado à gravidade do quadro e as complicações subjacentes. Requer também alto nível de suspeição para outras causas subjacentes para além da exposição ambiental, tais como hipotireoidismo, sépsis, etc.

P 35

MAY-THURNER SYNDROME

Marta Mendes, Ana Marques, Luciana Sousa,
Maria Apolinário, Ilídio Brandão
Hospital de Braga

May-Thurner syndrome (MTS) is a clinical condition in which the left common iliac vein is compressed between the fifth lumbar vertebra, posteriorly, and the right common iliac artery, anteriorly. A history of persistent thrombosis in a woman between the 2nd and 4th decades of life, without an obvious cause, is highly suggestive of MTS.

In Urgency Care, a 43 years caucasian female presented with 4 days of worsening left leg swelling and pain. Patient submitted to surgery (Meniscectomy on the left) 8 days ago, hypocoagulated with Enoxaparin. Her history was notable for oral contraceptive use but not tobacco abuse; there was no history of prior clotting problem or family history of any hypercoagulable state. General inspection revealed stable vital signs. Significant physical examination findings were, tender erythematous swelling of left leg from ankle to the thigh. Basic workup was within normal limits. Doppler Ultrasonography (DUS) revealed a deep venous thrombosis (DVT) of the entire femoro-popliteal-west axis, thrombosis of the accessible portion of the homolateral peripheral vein and distal level of the tibioperoneal trunks. She initiated vitamin K antagonist. Subsequent hypercoagulable workup excluded thrombophilia. Six months after, the patient came back to Urgent Care for pain in the left groin. Without history of recent surgery or trauma. Physical examination revealed pain upon palpation in the left iliac fossa. DUS showed a DVT of common and deep femoral vein; then, started hypocoagulation with Rivaroxaban. She repeated screening for hereditary thrombophilia which was, again, negative. For a suspected DUS image, after

which Computed Tomography was performed and confirming the compression of the left iliac vein by the right common iliac artery - May-Thurner's syndrome.

The case describes a middle-aged female with MTS complicated by an extensive left leg DVT temporally associated with surgery and oral contraceptives. Risk factors precipitating MTS includes trauma, prolonged immobilization, dehydration, multiple pregnancies, postpartum, oral contraceptive therapy, and febrile illness. The syndrome is reportedly seen in approximately 18–49% of patients with left-sided lower extremity DVT. Failure to recognize underlying MTS may increase the risk of recurrent venous thromboembolism, attributing to increased risk of morbidity and mortality. Prognosis is good when MTS is diagnosed and treated promptly using endovascular approach.

P 36

ENCARCERAMENTO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA, UMA CAUSA INCOMUM DE DOR TORÁCICA

Rita J. Rodrigues, Flávia Santos,
Miguel Gonzalez Santos, Paula Gonçalves Costa,
Miguel Fernandes Neves, Marta Costa Gonçalves,
Marta Goja, Luisa Pinto, Alcina Ponte
Hospital de Santo André – Centro Hospitalar
de Leiria

Introdução: A dor torácica, motivo recorrente de ida ao serviço de Urgência (SU), pode ter várias etiologias, sendo prioritário excluir as cardiovasculares e pulmonares. Contudo, existem outras causas que devem ser consideradas.

Objetivos: A descrição deste caso clínico tem por objetivo sensibilizar os profissionais a ponderar as causas gastrointestinais como diagnósticos diferenciais de dor torácica.

Material e métodos: Mulher com 33 anos recorreu ao SU por dor torácica esquerda, de início súbito, em pontada, de características pleuríticas.

Como antecedentes referia: colocação da banda

gástrica em 2005; bypass gástrico em 2008 com consequente anemia ferropénica sob reposição marcial endovenosa; tireoidectomia total em 2017, sob levotiroxina sódica 0.125 mg id.

À observação manifestava apenas dor à digito-pressão na região torácica anterior esquerda. O eletrocardiograma e estudo analítico geral com enzimologia cardíaca e D-dímeros não revelaram alterações. No radiograma torácico observou-se uma hipotransparência irregular na base pulmonar esquerda, justacardiaca e justadiafragmática, além de aerocolia no hipocôndrio esquerdo. Solicitou-se tomografia computadorizada (TC) torácica que revelou “pequeno derrame pleural esquerdo” e “ar na cavidade pleural à esquerda adjacente à anastomose esofágica”. Após administração de contraste para exclusão de rutura da anastomose, não houve extravasamento do mesmo para a cavidade pleural esquerda.

Mais tarde, e apesar da analgesia, a doente reiniciou dor na base do hemitórax esquerdo e no hipocôndrio ipsilateral, tipo cólica, com irradiação para o ombro. Realizou endoscopia digestiva alta, sem alterações relevantes, e repetiu TC, que revelou “distensão do cólon direito com cerca de 9,5x7,4cm” e “zonas de menor calibre de distensibilidade havendo um segmento do cólon sigmóide irregular”. Realizou então colonoscopia total, com alterações sugestivas de invaginação intestinal. A doente foi submetida a cirurgia e, no intraoperatório, verificou-se hérnia diafragmática póstero-esquerda com ângulo esplênico do cólon e grande epíloon. Foram realizadas redução herniária e rafia da hérnia diafragmática e de zonas deserosadas do cólon.

Resultados e conclusões: O médico, que se confronta diariamente com queixas de dor torácica, deve estar sensibilizado para as suas diversas etiologias, incluindo as gastrointestinais, cujas apresentações podem constituir um verdadeiro desafio diagnóstico no SU, como demonstrado acima.

P 37

HEMORRAGIA INTRACEREBRAL APÓS QUEDA. SERÁ IATROGENIA?

Rodolfo Viríssimo Gomes, Rita Gameiro,
Bárbara Sousa Picado, Fernando Martos Gonçalves,
José Lomelino Araújo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Num traumatismo crânio-encefálico (TCE) fechado, as forças exercidas sobre o crânio podem produzir lesão vascular ou do parênquima cerebral; o hematoma subdural é o tipo de lesão mais encontrado neste contexto.

Objetivo: Avaliar factores de risco para hemorragia intracerebral após queda.

Métodos: Análise dos doentes que fizeram TC crânio-encefálica (TC-CE) urgente após queda da própria altura de janeiro 2018 a agosto 2018 – 191 doentes.

Resultados: População com distribuição semelhante entre sexos e idade média de 72 anos. Quanto às comorbilidades, diagnóstico de hipertensão arterial (HTA) em 69% (não controlada em 19%), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) em 34%, doença vascular aterosclerótica (DVA) em 21%, doença cerebrovascular (DCV) em 19%, insuficiência cardíaca (IC) em 17%, doença renal (DRC) significativa em 5% e doença hepática em 4%; sem alterações relevantes das contagens plaquetárias ou dos tempos de coagulação. Existência de fármacos com risco hemorrágico em metade dos casos (todos com indicação formal e doses ajustadas) e etanolismo em 14%. Do total, 14% apresentou alterações agudas atribuíveis à queda na TC-CE urgente realizada; 52% com hematoma subdural (1 caso com desvio de estruturas da linha média e herniação), 27% com hemorragia subaracnoideia, 18% com focos de contusão hemorrágicos e 1 caso de hemorragia cerebelosa.

Comparando os grupos de doentes com e sem hemorragia intracerebral (1 e 2, respecti-

vamente), a idade média foi 5,7 anos superior no grupo 1. Das comorbilidades, maior prevalência no grupo 1 de DM2 (+46%), IC (+32%), DVA (+19%), DRC significativa (+16%) e DCV (+8%); restantes resultados semelhantes em ambos os grupos. Houve ainda 11% mais doentes sob antiagregação plaquetária (AAG) ou hipocoagulação (HCG); enquanto que no grupo 2 destacaram-se os doentes apenas sob AAG simples (75%); no grupo 1, 69% fazia HCG (5 doentes com varfarina apesar de INR terapêutico, 2 com rivaroxabano 20 mg 1id e 1 com dabigatrano 110mg 2id). Dos doentes hipocoagulados por fibrilhação auricular, em média, o HAS-BLED era 0,7pts superior no grupo 1, mas o CHA2DS2-VASc foi também 1,2 pts superior.

Conclusão: Constatou-se que os doentes com mais idade, mais comorbilidades e polimedicados têm maior risco de complicações após TCE. Isto obriga à interpretação cuidadosa e adequação das guidelines a cada doente, sobretudo nos mais susceptíveis: elevado grau de dependência, baixo nível de vigilância, desnutrição, síndrome demencial e quedas frequentes.

P 38

SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR COMO APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA

Sara Nicolau, Ivan Velez, Jesennia Mata,
Iuliana Cusmir, Manuela Grego, Luís Siopa
Hospital de Santarém, E.P.E.

Introdução: A Síndrome da veia cava superior resulta da obstrução do fluxo sanguíneo ao longo da veia cava superior por invasão da parede do vaso, compressão extrínseca ou trombose. Estima-se que cerca de 60 a 85% dos casos sejam causados por neoplasia, principalmente pulmonar e linfoma não Hodgkin.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, com 64

anos de idade, fumador (40 UMA), com antecedentes pessoais irrelevantes e sem alergias medicamentosas conhecidas. O doente recorreu ao serviço de urgência por quadro, com 3 semanas de evolução e de agravamento progressivo, caracterizado por dispneia e edema da face. Ao exame objetivo apresentava perfil hemodinâmico estável, apirexia, polipneia, SaO₂ 87% em ar ambiente e edema cervicofacial e dos membros superiores. Analiticamente sem alterações de relevo. Gasimetria com insuficiência respiratória parcial. Radiografia torácica revelou uma hipotransparência perihilar esquerda. Realizada TC torácica com administração de contraste intravenoso que evidenciou “aspetos compatíveis com Síndrome da veia cava superior, com compressão da cava por múltiplas adenopatias mediastínicas patológicas (...) massa com 65x55mm no mediastino anterior, lateralizada à esquerda (conglomerado adenopático? Lesão primária do mediastino? Lesão primária do pulmão?)”. Caso discutido com a cirurgia cardiotorácica que deu indicação para realização de biópsia transtorácica e terapêutica inicial com corticoterapia e diuréticos. Realizada biópsia transtorácica da massa, em regime de internamento, cujo exame anatomopatológico revelou carcinoma do pulmão de pequenas células. Doente avaliado por Pneumologia/Oncologia tendo sido submetido a radioterapia e posteriormente quimioterapia com remissão completa da sintomatologia.

Conclusão: A síndrome da veia cava superior constituiu o quadro de apresentação em 10% dos casos de neoplasia pulmonar de pequenas células. Na maioria dos casos manifesta-se por dispneia e edema cervicofacial. É uma potencial emergência oncológica, sendo fundamental um elevado grau de suspeição clínica para a realização do seu diagnóstico. O tratamento depende da gravidade da sintomatologia, etiologia e tipo histológico da neoplasia.

P 39

NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA: UMA EMERGÊNCIA DERMATOLÓGICA

Ana Sá¹, Narciso Oliveira¹, Julieta Ramalho¹,
Inês Ínsua²

¹Hospital de Braga

²Centro Hospitalar de São João

Introdução: A necrólise epidérmica tóxica (NET) (também conhecida como S.Lyell) é uma patologia dermatológica rara e de extrema gravidade, caracterizada pelo aparecimento de febre, sinais de toxicidade sistémica e exfoliação mucocutânea intensa, com necrose da camada epidérmica da pele e sua separação da derme. A maioria dos casos parece relacionada com reacções idiossincráticas a fármacos induzindo apoptose, sendo os mais comuns os AINES, antibióticos, anticonvulsivantes, anti-retrovíricos e alopurinol.

Caso clínico: Mulher, 75 anos, com antecedentes de DRC estadio 5 em hemodiálise desde maio 2018 por CVC femoral esquerdo, epidermólise bolhosa, HTA e anemia multifactorial. Medicada com furosemida, amlodipina, epoetina, complexo de hidróxido férrico-polimaltose, ác.fólico, vit. D, bicarbonato, pantoprazol e medicação tópica para as lesões cutâneas (não sabe especificar).

Enviada ao SU pelo Centro de Hemodiálise da sua área de residência por disfunção progressiva do cateter desde a semana precedente, com exsudado purulento e necessidade de fibrinolítico. Após sessão hemodialítica hospitalar, colhidas hemoculturas e zaragatoa cutânea, sendo administrados vancomicina e gentamicina. Após 2 dias, foi removido o CVC femoral e implantado CVC tunelizado jugular direito, sendo realizada nova sessão hemodialítica com toma única de cefazolina. Zaragatoa com crescimento de MSSA, sendo retomada vancomicina no seu centro hemodialítico.

Após 9 dias, enviada novamente ao SU por

agravamento de lesões cutâneas, com prurido e dores intensas. À observação, múltiplas lesões cutâneas, mais extensas nos membros superiores e inferiores, nádegas e região cervical; face poupada. Língua eritematosa, sem atingimento ocular ou da mucosa genital. Sinal de Nikolsky no pescoço e mãos. Por suspeita de NET, a doente foi transferida para a Unidade de Queimados do Hosp. S. João. Realizada aí biópsia das lesões, observando-se “Erosão/ulceração epidérmica e aspetos de apoptose na epiderme adjacente, a integrar a hipótese de necrose epidérmica tóxica”. Apesar da terapêutica, a doente faleceu 2 dias após a admissão na Unidade.

Conclusão: A NET é uma emergência dermatológica de elevada mortalidade que necessita de diagnóstico célere. Este assenta no reconhecimento das lesões, história detalhada dos fármacos utilizados e biópsia cutânea. O tratamento implica a suspensão imediata do fármaco, administração de imunoglobulina IV, cuidados equivalentes aos de grande queimado e tratamento de comorbilidades.

P 40

A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO COMPLETO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Ana Sá, Paulo Medeiros, Narciso Oliveira
Hospital de Braga

Introdução: A história clínica e o exame físico completo são essenciais na abordagem inicial do doente urgente, para reconhecimento quer das situações comuns quer das situações raras que fazem perigar a vida do doente.

Caso clínico: Homem, 85 anos, autónomo. Antecedentes de HTA, obesidade, doença hepática alcoólica e gonartrose. Medicado com perindopril + indapamida, silimarina, tiaprida e oxazepam.

Recorreu ao SU por diminuição da força nos membros inferiores nos 4 dias prévios, com

incapacidade para deambular. Ao exame físico, consciente, colaborante e orientado. AC arritmica, com sopro sistólico grau II/VI mais audível no foco aórtico. AP normal. Abdômen com RHA+, globoso e distendido, timpanismo generalizado, mole, depressível e indolor à palpação. Exame neurológico: paraplegia espástica dos membros inferiores, com reflexos tendinosos presentes. Sensibilidade diminuída desde a raiz da coxa até ao pé bilateralmente e erros na sensibilidade proprioceptiva dos dedos dos pés. Sinal de Babinski bilateral. Sem outras alterações.

ECG com FA RVR (110bpm). Análises, GSA, Rx tórax e TAC-CE sem alterações.

Consultado o processo clínico do doente, constavam duas vindas ao SU nas 2 semanas anteriores após queda da própria altura, com traumatismo e fratura de múltiplos arcos costais, e episódio de obstipação. Na revisão da anamnese o doente refere que desde então mantém dores e obstipação; a diminuição da força nos membros inferiores agravava-se progressivamente, com incapacidade na deambulação autónoma. Solicitada então RMN da coluna, mostrando “fratura aguda do corpo vertebral de D12 com sinais sugestivos de mecanismo de hiperextensão com diástase dos topos fraturários(...)compressão medular central com edema medular associada a componente aparentemente hemático epidural anterior e posterior(...)edema somático de D11 por provável contusão sem seguros traços fraturários e da musculatura paravertebral D11/D12 traduzindo rotura.” Foi internado no serviço de Ortopedia, sendo realizada fixação transpedicular percutânea a 6 níveis + Laminectomia aberta D11-D12 com descompressão medular, que decorreu sem complicações.

Discussão: A enorme afluência aos serviços de urgência e pressão no sentido de com muita rapidez fazer um exame ou qualquer intervenção, não dispensam, ainda que célere,

uma avaliação precisa dos doentes. Essa sim permite poupar tempo e meios preciosos e tornar mais eficaz a respetiva orientação. O caso apresentado é paradigmático.

P 41

CETOACIDOSE DIABÉTICA GRAVE EM DIABETES TIPO 2 – UM CASO EXCEÇÃO

Andreia Diegues, Elisa Tomé, Rita Silva, Ana Sofia Alves, Ana Rita Alves Lopes, Andrei Gradinaru, Tiago Ceriz, Eugénia Madureira
ULSNE

Introdução: A cetoacidose diabética (CAD) é uma complicação metabólica da diabetes mellitus (DM), grave e potencialmente fatal. Caracteriza-se clinicamente pela tríade: hiperglicemia ($>250\text{mg/dL}$), cetonemia e acedemia com gap aniónico aumentado, com início súbito e é frequente na DM tipo 1. Na DM tipo 2 surge associada a uma deficiência de insulina pela regulação negativa do sistema de transporte da glicose, causando uma hiperglicemia persistente. Na maioria dos casos, esta ocorre em doentes jovens.

Objetivos: Exposição de um caso de cetoacidose diabética grave em diabético tipo 2.

Métodos: Avaliação clínica do doente e revisão da literatura

Resultados: Mulher de 55 anos, com diabetes tipo 2 sob insulinoaterapia e sulfonilureia com mau controlo metabólico (Hemoglobina glicada de 14.6%), admitida no Serviço de Urgência por ter sido encontrada inconsciente e com valores de Hi de glicemia capilar. Na 1ª abordagem com Glasgow de 7 (O2 V1 M4) e sinais de desidratação. Investigação laboratorial revelou acidose metabólica com gap aniónico aumentado (pH 6.689), hiperglicemia (797 mg/dL), potássio 3.1, leucocitose e neutrofilia, elevação de amilase e lipase (266 e 865) e cetonúria. Diagnosticada cetoacidose diabética desencadeada por pancreatite aguda provável, contexto infeccioso e

incumprimento terapêutico com mau controle metabólico. Terapêutica com correção de distúrbios eletrolíticos, bicarbonato, fluidoterapia e insulinoaterapia, sem melhoria do estado de consciência, apesar de melhoria dos valores dos iões e ph de controlo de 7.167. Entubação endotraqueal e admitida em Unidade de Cuidados Intensivos. Ao longo do internamento, com melhoria clinica e analítica progressiva. Do estudo etiológico, excluída pancreatite e diagnosticada pneumonia a Hemophilus Influenza, cumpriu ciclo de antibioterapia. Alta melhorada e orientada para consulta.

Conclusão: Apesar de característica cardinal da DM tipo 1, este caso alerta para a possibilidade de ocorrer CAD na DM tipo 2. A correção da hiperglicemia e distúrbios iónicos melhora a secreção de insulina e atividade celular, assim a fluidoterapia intensa e as outras medidas de correção dos distúrbios associados são cruciais e emergentes. Observando-se uma resposta laboratorial rápida a estas medidas, mesmo com valores tão baixos, descritos muitas vezes incompatíveis com a vida, de pH. Ainda, o tratamento da causa precipitante é essencial para conseguir o controlo glicémico.

P 42

POR DETRÁS DA ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA...

Catarina Teles Neto, Filipa Pedro, Marta Valentim, Sónia Almeida, Ana Gameiro, Margarida Cabrita
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) aguda é uma síndrome clínica de instalação rápida com necessidade de intervenção médica imediata. É uma causa frequente de admissão no serviço de urgência (SU) e na maioria dos casos ocorre por deterioração clínica num doente com IC previamente conhecida, contudo, em 20% dos doentes trata-se da primeira manifestação sendo a causa mais comum o enfarte agudo do miocárdio.

Objetivo: Salientar a importância do diagnóstico diferencial de um quadro de insuficiência cardíaca aguda de novo.

Material/Métodos: Consulta do processo clínico de um doente.

Caso clínico: Doente de 63 anos, autónomo, com história de acidente vascular cerebral isquémico sem sequelas há 10 anos, hipertenso, diabético tipo 2 e portador de prótese mecânica em posição aórtica, hipocoagulado com varfarina.

Trazido ao SU por alteração do estado de consciência de início indeterminado. À observação inicial estava vigil, agitado, afásico, cumpria algumas ordens simples e não apresentava sinais neurológicos focais; normotenso, apirético, taquipneico com SpO2 92% em ar ambiente, euglicémico e com INR infra-terapêutico. A angio-TC crânio e dos vasos do pescoço não mostrou alterações agudas. Durante a permanência no SU iniciou quadro compatível com edema agudo do pulmão não hipertensivo, com insuficiência respiratória parcial severa e hiperlactacidémia; teve necessidade de ventilação não invasiva com boa resposta embora mantendo alteração do estado de consciência. O ECG mostrava taquicardia sinusal, bloqueio completo de ramo direito e infra-ST difuso e o estudo analítico tinha como alterações elevação dos marcadores de necrose miocárdica e D-dímeros. A angio-TC torácica excluiu tromboembolismo pulmonar. Realizado ecocardiograma transtorácico que mostrou disfunção de prótese não sendo possível excluir trombose da mesma. Internado no serviço de Cardiologia, realizou ecocardiograma transesofágico que confirmou trombo parcial, com regurgitação aórtica major e estenose moderada.

Conclusão: Perante um doente com IC aguda de novo e história de prótese valvular é imperativo excluir disfunção da mesma. Neste caso, pela inadequada hipocoagulação e

inexistência de parâmetros inflamatórios, a trombose de prótese afigurava-se como principal causa da disfunção. A embolização cerebral como causa da alteração transitória do estado de consciência foi excluída após repetição de exames de imagem neurológicos tratando-se de provável estado de hipoperfusão cerebral por baixo débito cardíaco.

P 43

CRISE CONVULSIVA: FORMA DE APRESENTAÇÃO DE DIAGNÓSTICO RARO EM ADULTO JOVEM

Lígia Rodrigues Santos, Dalila Parente, Gisela Evaristo Vasconcelos, Margarida Silva Cruz, Vítor Fagundes, Alice Castro, Mari Mesquita
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

A crise convulsiva é uma emergência médica, sendo fundamental o diagnóstico diferencial da causa subjacente para uma terapêutica apropriada e individualizada após estabilização inicial.

Doente do género feminino, 20 anos de idade. Sem antecedentes médico-cirúrgicos ou história familiar de relevo. Medicada habitualmente com anticoncepcional oral combinado. Quadro de cefaleia frontal bilateral de intensidade moderada com cerca de 3 dias de evolução, apenas com resposta parcial à analgesia e com agravamento em decúbito provocando despertar noturno. Acresce uma crise convulsiva tónico-clónica generalizada (CTCG) objetivada em ambulatório, com cedência espontânea. Admitida na Sala de Emergência por nova CTCG. Ao exame objetivo sem défices neurológicos focais objetiváveis ou outras alterações. Analiticamente sem alterações de relevo, nomeadamente sem elevação de parâmetros inflamatórios sistémicos, distúrbios hidroeletrólíticos ou coagulopatia. Tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC CE) sem evidência de lesões vasculares de novo. Realizou ainda veno-TC CE a revelar defeito de preenchimento dos dois

terços anteriores do seio longitudinal superior, sugestivo de trombose venosa do mesmo. Iniciada hipocoagulação com heparina de baixo peso molecular e antiépilético (levetiracetam). Evolução clínica com afasia motora flutuante e TC CE às 24h a sugerir enfarte venoso secundário a trombose venosa cortical frontal para-sagital esquerda e do segmento anterior seio sagital/longitudinal superior. Portanto, quadro compatível com trombose venosa do seio longitudinal superior com enfarte venoso frontal para-sagital esquerdo.

A trombose venosa cerebral é uma causa rara de acidente vascular cerebral, diferindo deste a nível de fisiopatologia e estratégia terapêutica, e afetando sobretudo crianças e adultos jovens. A cefaleia é o sintoma mais frequente, sendo que a presença de crises convulsivas se verifica em menos de metade dos doentes. Dada a variabilidade das manifestações clínicas e a raridade desta patologia, a trombose venosa cerebral torna-se de diagnóstico difícil, requerendo um elevado nível de suspeição e posterior confirmação por neuroimagem, com a instituição de terapêutica adequada numa fase precoce a contribuir para uma melhoria de prognóstico.

P 44

UM SÍNDROME DE LERICHE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

João Cruz Cardoso, Maryna Telichko, Ana Filipa Matos
Hospital de Santarém, EPE

Introdução: A oclusão aguda da aorta (síndrome de Leriche) é um evento raro com elevada mortalidade. Está muitas vezes associada a aterosclerose ou aneurismas da aorta.

Discussão: Os autores apresentam o caso clínico de um doente de 83 anos com hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes tipo 2 e com doença arterial aterosclerótica, coronária e cerebral, admitido no serviço de Urgência

(SU) por quadro de início súbito e com 4 horas de evolução de diminuição da força muscular e da sensibilidade dos membros inferiores (MI) associado a dor abdominal generalizada. No exame objetivo, apresentava-se polipneico, com sudação profusa, tensão arterial de 216/100 mmHg, frequência cardíaca de 116 bpm e temperatura timpânica de 36.5°C. Objetivava-se a existência de paraplegia dolorosa extremidades frias e pulsos arteriais dos MI não palpáveis. No estudo analítico do sangue destacava-se leucocitose e D-Dímeros elevados. A angio-TC do abdômen revelou: “ausência completa de produto de contraste nos 48mm inferiores da aorta abdominal, nas ilíacas e nos vasos subsequentes em relação provável com trombose deste território”. A rápida deterioração do estado clínico do doente inviabilizou a opção cirúrgica, tendo vindo a verificar-se o falecimento do doente. **Conclusão:** A oclusão aguda da aorta é uma situação clínica emergente, que necessita de uma suspeita clínica muito elevada e diagnóstico imediato, dada a estreita janela terapêutica. Perante a elevada mortalidade e morbidade associada a esta patologia torna-se essencial uma rápida marcha diagnóstica a fim de possibilitar uma intervenção cirúrgica atempada.

P 45

DOIS RELATOS DE DIAGNÓSTICOS COMPLEXOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Laura Costa, Inês Gonçalves, Filipa Pinto, Marina Alves, Luísa Pinto, Francisco Gonçalves
Serviço de Medicina, Hospital de Braga

Caso clínico 1: Homem de 32 anos, sem antecedentes relevantes, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dor lombar bilateral intensa e vômitos. Sem febre ou sintomatologia urinária. Estudo analítico sem alterações. Teve alta após prescrição de analgesia. Regressa 5 dias depois com as mesmas queixas. Nessa altura é objetivada lesão renal aguda (creatinina

2.6 mg/dl), proteinúria e sinais ecográficos de nefropatia aguda. Tomografia computadorizada mostrou veia cava inferior e ilíacas de dimensões aumentadas, com alterações de permeabilidade, e fígado com sinais de congestão. Após discussão com Radiologia e Cirurgia Vascular considerou-se como mais provável o diagnóstico de trombose da veia cava inferior com envolvimento das veias renais.

Caso clínico 2: Homem de 27 anos, com excesso ponderal, sem outros antecedentes de relevo. Recorre ao SU por dor nos quadrantes inferiores do abdômen com uma semana de evolução e intensidade crescente, sem febre ou alteração do trânsito intestinal. Ao exame objetivo: dor à palpação profunda do hipogastro e fossas ilíacas. Estudo analítico e radiografia abdominal simples normais, pelo que tem alta medicado sintomaticamente com laxante. Regressou uma semana depois, com dor agravada. Nessa altura fez ecografia abdominal que detetou sinais de trombose aguda da veia mesentérica superior. Prosseguiu-se estudo com angiotomografia, que identificou trombose extensa da veia mesentérica superior e dos seus ramos e do ramo direito da veia porta.

Os doentes iniciaram de imediato hipocoagulação com enoxaparina e foram admitidos no serviço de medicina interna para estudo etiológico.

Os dois casos clínicos que relatamos tiveram uma apresentação que assentou em sintomas e sinais inespecíficos. Não obstante, foi possível chegar ao diagnóstico, ainda no SU, de entidades patológicas complexas, raras e com potencial para complicações major quando não reconhecidas e tratadas atempadamente. Sendo a trombose venosa de qualquer território uma entidade grave, que pode levar à embolia pulmonar e à síndrome pós-trombótica, o seu reconhecimento e a rápida instituição de hipocoagulação podem ditar o prognóstico do doente.

Apesar de muitas vezes o diagnóstico/etiologia de entidades só ser possível de obter após estudo exaustivo em internamento ou consulta externa, os casos apresentados ilustram a importância da correta valorização da anamnese/exame físico e da procura de um diagnóstico definitivo ainda em contexto de serviço de urgência.

P 46

EDEMA AGUDO DO PULMÃO: UM DIAGNÓSTICO COMPLEXO

Lígia Rodrigues Santos, Gisela Evaristo Vasconcelos, Margarida Silva Cruz, Teresa Dias Moreira, Tiago Rodrigues, Alice Castro, Mari Mesquita
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

O edema agudo do pulmão (EAP) é uma causa comum e potencialmente fatal de insuficiência respiratória aguda, com múltiplos fatores precipitantes identificados. Homem de 53 anos, autónomo. Antecedentes de diabetes tipo 2, dislipidemia e tabagismo cessado. Quadro constitucional com cerca de 1 mês de evolução, com astenia, anorexia e perda ponderal de 4Kg, associado a progressiva dispneia, ortopneia e dispneia paroxística noturna. Sem febre. À admissão em EAP. Gasimetricamente com IR tipo 2, hiperlactacidemia e acidemia grave multifatorial. Analiticamente com discreta disfunção renal e leucocitose, sem elevação da proteína C reativa. Electrocardiograma em fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, sem sinais de isquemia aguda. Radiografia torácica com sinais de estase pulmonar bilateral. Ecocardiograma transtorácico sumário sem alterações valvulares, fração de ejeção de difícil avaliação e sem derrame pericárdico. Iniciada terapêutica diurética e estratégia de controlo de frequência e ritmo, para além de ventilação mecânica não invasiva. Progressiva melhoria clínica, dos sinais congestivos, e das trocas gasosas com acidemia em resolução. Evolução clíni-

ca posterior com instalação súbita de afasia motora, hemianopsia homónima direita e hemiplegia direita. Tomografia computadorizada cranioencefálica (TC CE) e angio-TC CE sem evidência de lesões agudas ou trombos endoluminais. Admitido enfarte cerebral (NIHSS 22 pontos), tendo iniciado trombólise endovenosa às 2h. Em TC CE de controlo identificação de múltiplas novas lesões com extenso atingimento cortico-subcortical a nível da alta convexidade frontoparietal à esquerda e pequenas lesões a nível frontal paramediano e inferior à esquerda e ainda parietal, temporal e talâmica à esquerda. Lesões cerebrais com distribuição atípica a sugerir etiologia sistémica. Com a posterior realização de ecocardiograma transesofágico foi possível identificar vegetação adjacente à cúspide não coronariana da válvula aórtica. Assim, quadro compatível com endocardite de válvula aórtica com embolização séptica cerebral, a justificar início de antibioterapia empírica. A importância deste caso prende-se com a rápida evolução e complexidade clínica, pondo em destaque a relevância do raciocínio lógico na pesquisa de etiologia de uma das formas mais comuns de apresentação de emergência médica, sendo a história clínica e o exame físico detalhado e periódico parte fundamental da investigação.

P 47

O RASTREIO E O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO POR VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Bela Machado¹, Fernanda Almeida², Fátima Farinha²

¹Hospital Central do Funchal,

²Centro Hospitalar do Porto - Hospital Santo António

A infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) em Portugal apresenta uma incidência superior aos restantes países da Europa. Relativamente ao número de novos casos em Portugal no ano 2017, 53% apresentava um valor de células CD4 inferior a 350 e

16% uma doença definidora do síndrome de imunodeficiência humana, o que sugere um diagnóstico tardio.

Os autores apresentam o caso clínico de um indivíduo do género masculino, de 22 anos de idade, sem antecedentes pessoais conhecidos que recorreu ao serviço de urgência (SU) por queixas de cefaleia de localização frontal e occipital, contínua, de intensidade moderada sem fatores de alívio ou agravamento. Referia também um cansaço que associava ao excesso laboral. Após analgesia e melhoria da dor, o doente teve alta. Recorreu novamente ao SU passadas 2 semanas por erupção cutânea papular no tórax e genitais, não pruriginosa, com dois dias de evolução. Quando questionado confirmava relações sexuais desprotegidas. Ao exame objetivo apresentava adenopatias axilares e submandibulares móveis, uma erupção cutânea no tronco e genitais e duas úlceras na glândula. Perante a suspeita de sífilis, o doente fez tratamento com penicilina. Dada a oportunidade de rastreio, foram pedidas as restantes serologias, inclusive o VIH. O teste confirmatório de VIH 1 foi positivo, apresentando uma carga viral de 128 000 cópias e 308 células CD4 (23%). O doente foi orientado para a consulta de medicina interna a fim de vigilância e início de terapêutica anti-retroviral.

Este caso clínico pretende demonstrar a importância do rastreio VIH perante uma história clínica sugestiva desde a primeira observação do doente, sendo o rastreio no SU um contributo para o diagnóstico precoce de novas infeções VIH.

P 48

HEMIPARÉSIA E DISARTRIA – POR DETRÁS DE UM DIAGNÓSTICO RARO? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Miguel Santos, Adriana Bandeira,
Adriana Santos Silva, Tatiana Pires, Rita Rodrigues,
Miriam Magalhães, Alcina Ponte
Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: No dia-a-dia da urgência deparamo-nos com inúmeros doentes, cuja sintomatologia rapidamente evoca as possibilidades diagnósticas mais comuns. Não obstante, cabe ao Médico da Urgência ser também capaz de aprofundar estes sintomas e deslindar pequenos aspetos que conduzem a diagnósticos menos comuns.

Objetivos: Este caso clínico pretende sensibilizar o Médico que lida, no seu dia-a-dia, com inúmeras admissões no Serviço de Urgência sobre a necessidade de identificar diagnósticos raros e complexos de forma precoce. Para além disto procuramos estimular uma abordagem cada vez mais global e multidisciplinar, com colaboração de várias especialidades.

Materiais e métodos: Este trabalho descreve o caso clínico de uma doente de 71 anos trazida ao Serviço de Urgência por quadro de hemiparésia direita e disartria, com início na véspera. Ao exame objetivo destacava-se disartria ligeira, hemiparésia esquerda e parésia facial central homolateral.

Realizada TC-CE, esta revela “área lesional nodular hipodensa temporal direita, com 16mm por 9mm, rodeada de edema ” levantando como hipóteses diagnósticas lesão tumoral ou lesão infecciosa.

A doente apresenta, cerca de 4h mais tarde, agravamento do estado de consciência, encontrando-se agora prostrada, reativa apenas a estímulos dolorosos e febril. Este quadro foi seguido de várias crises convulsivas, inicialmente parciais e posteriormente generalizadas, de difícil controlo com medidas farmacológicas.

Analticamente destacava-se Leucocitose com neutrofilia e PCR de 421 mg/dl.

Iniciou terapêutica empírica com ceftriaxone, ampicilina e aciclovir.

Perante hipótese de infecção do SNS, realizou angioTC-CE, que descreve “lesão semiologicamente sugestiva de abscesso, assinalando-se o preenchimento de ambas cavidades tímpano-mastoideias de provável natureza inflamatória e possivelmente etiologia desta lesão.”.

Foi contactada a Neurocirurgia, e após discussão entre as várias especialidades, decidiu-se proceder à realização de RMN-CE de forma a caracterizar a lesão e posteriormente ser devidamente orientada a indicação cirúrgica da mesma.

Conclusão: Este caso reflete a importância do médico de urgência estar sensibilizado para diagnósticos complexos assim como a necessidade cada vez mais crescente de colaboração inter-especialidade para uma devida orientação clínica destes casos. Num mundo Médico cada vez mais especializado, é a capacidade de integrar diversas perspetivas e conhecimentos que define o papel do Médico na Urgência.

P 49

CORPO ESTRANHO FARÍNGEO

Joana Carreira, Carolina Palma,
Hugo Jorge Casimiro, Beatriz Navarro
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

A ingestão de corpos estranhos (ICE) e a impatuação alimentar (IA) representam um desafio clínico ao nível do serviço de urgência. Se não tratadas atempada e adequadamente, estas emergências podem acarretar morbilidade e, por vezes, mortalidade significativas. Apresenta-se o caso de um homem de 83 anos, admitido no serviço de urgência por sensação de corpo estranho ao nível da orofaringe após o almoço. Ao exame objetivo sem sinais de dificuldade respiratória nem

sialorreia; inspeção da orofaringe sem corpo estranho identificável. Efetuou tomografia computadorizada da faringe que mostrou lesão na orofaringe e hipofaringe ligeiramente hiperdensa com cerca de 9 cm de extensão longitudinal. Posteriormente foi realizada endoscopia digestiva alta que permitiu visualizar edema das cordas vocais e prótese dentária encravada abaixo da epiglote; após sedação do doente foram removidas duas próteses completas com palato. Dada presença de edema na região cricoideia, o doente realizou corticoterapia sistémica, tendo alta assintomático após 48 horas de vigilância.

Estima-se que 80% da ICE ocorra na população pediátrica. Nos adultos, a IA é um problema mais comum com uma incidência anual estimada de 13/100.000 pessoas. Existem certos grupos de risco para ICE e IA na população adulta nomeadamente edêntulos ou portadores de próteses dentárias, alcoólicos, indivíduos com doença psiquiátrica/neurológica, ou reclusos.

A apresentação clínica típica é o início agudo de disfagia ou incapacidade total para deglutir saliva. A localização e identificação radiográficas do corpo estranho antes de tentativas de extração é importante em muitos doentes. A abordagem subsequente depende do tipo e localização do objeto bem como do estado clínico do doente.

P 50

UM CASO ATÍPICO DE CEFALEIA. OS SINAIS DE ALARME

Ivan Cadena Velez, Jessenia Chinchilla,
Sara Nicolau, Manuela Grego
Hospital Distrital de Santarém

Os autores apresentam um caso clínico de um doente do sexo feminino de 31 anos, caucasiana com antecedentes de tabagismo ativo (10-15 cigarros/dia há 5-6 anos). Medicada em ambulatório com contraceptivo oral com-

binado (Etinilestradiol + Gestodeno), que se encontrava a tomar desde há 2 anos.

Recorreu ao serviço de urgências por quadro clínico de uma semana de evolução de cefaleia retro-orbitária direita, de início insidioso e intensidade moderada, tipo pressão, acompanhada de ligeira fotofobia, náuseas e sem outros sintomas associados. Refere que automedicou-se com anti-inflamatórios sem melhoria. Negava febre, vômitos, alteração da acuidade visual, deficit motor, sensitivo ou agravamento com manobras de Valsalva. À observação apresentava-se consciente, orientado e colaborante. TA:140/89 mmHg FC: 79bpm Temp: 37°C. Exame neurológico sem defeito de campo visual. Pupilas isocóricas e isoreactivas. Sem oftalmoparésias ou nistagmo. Sem assimetria facial. Sem alterações da força global ou da sensibilidade. O estudo analítico e eletrocardiográfico convencional sem alterações. Pela cefaleia intensa e refractaria ao tratamento instituído. Realizou TC-CE sugestiva de trombose venosa cerebral (TVC) dos seios transversos e sigmoideos direitos. Perante a este resultado se optimizou tratamento medico com anticoagulante e transferida para unidade cerebrovascular para avaliação e orientação terapêutica, onde continuo a anticoagulação em dose terapêutica (enoxaparina 1 mg/kg 12-12 horas) e acetazolamida par 250 mg 8/8h. Realizou durante uma ressonância magnética (RM) e Venografia cerebral que confirmaram trombose venosa cerebral seio lateral com extensão a jugular direita + hematoma de 4cm maior eixo associado.

Conclusão: A trombose dos seios venosos é uma doença relativamente rara e potencialmente fatal com múltiplas manifestações clínicas é uma das principais causas de AVC em mulheres jovens que está associada a um bom prognóstico quando é diagnosticada e tratada precocemente. O diagnóstico da TVC pode ser suscitado com a tomografia de crânio

contrastada, porém a ressonância magnética (RM) de crânio com angioressonância venosa é o método diagnóstico de eleição.

P 51

SEM SUPRA ST: CONFIRMAR ANTES DE TRATAR

Carla Marques Pires, Margarida Gonçalves,
Rosa Macedo Carvalho, Carina Arantes,
Sónia Magalhães
Hospital de Braga

Introdução: A Via Verde Coronária (VVC), pretende minimizar o tempo entre o diagnóstico e o adequado tratamento da síndrome coronária aguda (SCA). Face à panóplia de patologias que mimetizam a SCA, é essencial que os profissionais de saúde reconheçam os diagnósticos diferenciais de forma a evitar a administração precoce de terapêutica que pode ser deletéria, nomeadamente a terapêutica antitrombótica.

Caso clínico: Homem de 36 anos, fumador e sem outros antecedentes pessoais relevantes, sem história familiar de doença cardíaca ou morte súbita cardíaca.

Recorreu ao serviço de urgência por dor opressiva com 3 horas de evolução, intermitente e de carácter migratório (inicialmente localizada na região interescapular e à admissão na região retroesternal).

Foi admitido como VVC e realizou imediatamente eletrocardiografia que evidenciou ritmo auricular ectópico e infradesnivelamento do segmento ST nas derivações precordiais. Na avaliação clínica, o doente estava pálido, diaforético e com hipotensão diastólica. Associadamente, apresentava sopro sistólico e diastólico, audível em todo o precórdio, com irradiação cervical. Por dúvida no diagnóstico, não foi iniciada terapêutica antitrombótica e solicitou-se avaliação por Cardiologia.

No ecocardiograma detetou-se um aneurisma da aorta ascendente com imagem compatível com flap ao nível da raiz da aorta que

condicionava insuficiência aórtica severa por protrusão ao nível das cúspides. A Angiotomografia torácica confirmou a dissecação da raiz da aorta, sem extensão para os vasos supra-aórticos. O doente foi encaminhado para cirurgia cardiorádica para intervenção cirúrgica urgente.

Conclusão: A dissecação da aorta é um diagnóstico diferencial de SCA, infrequente e potencialmente fatal. O seu reconhecimento precoce é crucial dado à taxa de mortalidade correlacionar-se de forma positiva com o tempo de evolução.

O resultado catastrófico da terapêutica anti-trombótica num doente com dissecação da aorta, corrobora que perante alterações da repolarização ventricular que não o supradesnivelamento ST, devem estar reunidos os critérios de enfarte agudo do miocárdio antes de iniciar terapêutica específica.

P 52

QUANDO A IATROGENIA EXCEDE O BENEFÍCIO TERAPÊUTICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Naia L.¹, Rabadão T.¹, Pinto S.¹, Neves V.²,

Cunha B.¹, Eulálio M.¹, Rocha E.¹.

¹Serviço Medicina Interna – Hospital Infante D. Pedro, Centro Hospitalar Baixo Vouga,

²Serviço Medicina Interna – Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: Os anti-inflamatórios não esteroides (AINES) são uma das classes de fármacos mais utilizadas a nível mundial. Apesar do seu consumo generalizado e livre, estes podem desencadear efeitos adversos graves e potencialmente fatais.

Caso clínico: Homem de 69 anos, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por disúria e polaquíúria desde há 1 dia, sem outros sintomas; foi diagnosticada infecção urinária e teve alta medicado com naproxeno 500mg 2id, metamizol magnésico 575mg 3id e ciprofloxacina 500mg 2id. Passados 6 dias, admitido no SU

por dispneia, prostração, vômitos e dejeções escuras com odor fétido. Antecedentes de hipertensão arterial e hiperplasia benigna da próstata, medicado com silodosina e candesartan/hidroclorotiazida. Ao exame objetivo: polipneico, sudorético, mucosas descoradas, TA 104/62mmHg, FC 82bpm, auscultação pulmonar com crepitações bibasais, auscultação cardíaca e abdómen sem alterações. Realizou eletrocardiograma (ECG) que evidenciava elevação do segmento ST nas derivações inferiores e posteriores e o ecocardiograma transtorácico hipocinésia inferolateral com fracção de ejeção ligeiramente deprimida, o que motivou a toma de ácido acetilsalicílico 300mg e ticagrelor 180mg. Gasometria arterial com acidemia metabólica, K⁺ 7,6mmol/L e lactatos normais. Analiticamente: hemoglobina 8,9g/dL (queda de 7,9g/dL em 6 dias), neutrofilia, creatinina 10mg/dL, ureia 515mg/dL, Troponina I 6,87ng/mL e PCR 9,24mg/dL. Iniciou correcção da hipercaliémia e repetiu ECG, já sem alterações. Perante a descida do valor de hemoglobina e das queixas, foi realizado toque rectal e objectivadas melenas. Iniciou pantoprazol e realizou endoscopia digestiva alta que mostrou úlcera gástrica extensa com hemorragia activa. Foi efetuada hemóstase e a biópsia excluiu colonização por *Helicobacter pylori*. Apresentou boa evolução, com normalização da função renal, estabilização dos valores de hemoglobina e troponina I em decrescendo; ECG com ondas Q em DIII. Encontra-se medicado com pantoprazol, beta-bloqueante, inibidor da enzima de conversão da angiotensina e estatina, sem antiagregação.

Discussão: A evolução da Medicina oferece um arsenal cada vez maior de fármacos. Contudo, aumenta também o risco de iatrogenia, com as consequências nefastas associadas, devendo ser sempre avaliado o risco/benefício de qualquer terapêutica. Neste caso, a ia-

trogenia do naproxeno, potenciada pela toma dos antiagregantes, traduziu-se em hemorragia gastrointestinal grave por úlcera gástrica.

P 53

UMA LOMBALGIA INVULGAR

José Miguel Viegas, Ema Ferreira Leal,
Afonso Rodrigues, Maria do Carmo Fevereiro,
Ana Rita Estriga
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.

Introdução: O aneurisma da aorta abdominal (AAA) é uma dilatação patológica e permanente da aorta abdominal, habitualmente de etiologia degenerativa. Tem como fatores de risco o sexo masculino, idade avançada, tabagismo, hipertensão e história pessoal de doença cardiovascular aterosclerótica. São geralmente assintomáticos e detetados de modo incidental, porém dor abdominal e lombalgia podem estar presentes. Por forma a prevenir a rutura (associada a uma mortalidade >60-70%), a correção dos AAA está indicado na presença de sintomas, diâmetro > 55mm ou rápido crescimento (> 10mm/ano).

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 75 anos, com história de hipertensão e dislipidemia, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de lombalgia bilateral com 3 dias de evolução, com irradiação à região hipogástrica e face antero-lateral das coxas. Negava outra sintomatologia acompanhante, fatores de alívio ou de agravamento, ou contexto de trauma recente. À observação encontrava-se hemodinamicamente estável, apirético, destacando-se uma massa pulsátil à palpação abdominal, imediatamente à direita da linha mediana, com res-tante exame objetivo inocente. Analiticamente a realçar PCR 24 mg/L, sem outras alterações, com exame sumário de urina com sedimento não patológico. Solicitou-se ecografia abdominal que evidenciou aneurisma fusiforme da aorta abdominal infra-renal, medindo cerca

de 9 x 10 cm (antero-posterior e transversal) que se estendia numa distância aproximada de 16cm, com trombose mural concêntrica. Após melhor caracterização do aneurisma por angio-TC, o doente foi submetido a intervenção endovascular urgente que decorreu sem complicações.

Conclusão: A apresentação clínica do AAA é habitualmente inespecífica e com frequência mimetiza outras patologias. A dor aneurismática é geralmente precursora de rutura, pelo que não deve ser negligenciada no diagnóstico diferencial de lombalgia. Os autores pretendem igualmente salientar a importância da palpação abdominal como parte do exame cardiovascular, assim como o valor da ecografia no SU como modalidade de imagem inicial para o diagnóstico de doenças da aorta abdominal.

P 54

CRISE TIREOTÓXICA

Felisbela Miguel Gomes,
Co-autores: Claudia Neves, Ana Bravo, Rita Santos,
Claudia Janeiro, Daniela Carneiro, Inês Urmal
Centro Hospitalar Lisboa Central - H. Santo António dos Capuchos.

A crise tireotóxica é incomum, acometendo apenas 1% dos casos de tireotoxicose. É uma emergência endocrinológica frequentemente fatal (mortalidade ~90%) se não for tratada de forma atempada. Apresentamos o caso de uma doente de 68 anos com antecedentes pessoais conhecidos de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e síndrome depressiva. Admitida na sala de reanimação por taquidisritmia com frequência cardíaca (FC) de 165bpm. A doente referia quadro com 4 dias de evolução de palpitações e cansaço de agravamento progressivo. À observação encontrava-se vígil, orientada e colaborante. Pressão arterial de 111/61mmHg, FC 169bpm, apirética e SatO2 94% (ar ambiente). Eupneica

em repouso. AC: s1+ s2 arrítmicos, sem sopros audíveis; AP: murmúrio vesicular simétrico, com crepitações bibasais. ECG documentou FA com FC de ~170 bpm. Analiticamente com hipertiroidismo (TSH <0.01uUI/mL, FT4 2.89 ng/dL, FT3 2.32pg/mL) com TRABs positivo. Foi admitida crise tireotóxica, segundo critérios de Burch e Wartofsky, no contexto de provável D. Graves não conhecida. Apesar da terapêutica instituída (propiltiouracilo, corticóide sistêmico e betabloqueante em perfusão) foi difícil o controlo da frequência cardíaca, tendo desenvolvido sinais de insuficiência cardíaca descompensada associada a edema agudo do pulmão. Foi transferida para a unidade de cuidados intensivos onde permaneceu sem necessidade de suporte de órgão. Assistiu-se a uma evolução clínica favorável com progressivo controlo da frequência cardíaca com a normalização da função tiroideia. Realizou ainda ecografia da tiróide que revelou estrutura levemente grosseira com 2 pequenos nódulos de estrutura mista predominantemente sólida (7 e 10 mm). Teve posteriormente alta referenciada à consulta de Endocrinologia para seguimento e orientação complementar. Sendo uma situação clínica rara é importante que o clínico esteja familiarizado com as alterações clínicas e laboratoriais na crise tireotóxica, possibilitando o diagnóstico precoce e consequente tratamento, determinante na evolução e no prognóstico do doente.

P 55

FEBRE SEM FOCO – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Rita Martins Fernandes, Ana Isabel Rodrigues,
Catarina Jorge, Domingos Sousa,
Sérgio Antunes Silva, José Manuel Ferreira
Centro Hospitalar Universitário do Algarve
– Unidade de Faro

Doente do sexo feminino, 36 anos, leucodérmica, independente nas atividades de vida diária. Sem diagnósticos prévios conhecidos, vem ao

serviço de Urgência (SU) por febre quantificada em 39.0°C, diarreia, vômitos e quadro confusional de início agudo. Apresentava-se sem cefaleia ou sinais meníngeos, com discurso fluente e sem sinais neurológicos focais. Negava ingestão de tóxicos e crises convulsivas anteriores.

Analiticamente apresentava leucocitose com linfopenia absoluta de 1.100/L, proteína C-reativa normal. Análise sumária de urina sem leucocitúria. Pesquisa de anfetaminas, cocaína e opiáceos na urina negativa.

Realizada tomografia computadorizada crâneo-encefálica que não revelou alterações. No tempo de permanência no SU manteve febre e iniciou empiricamente ceftriaxone 2gr para um quadro de febre sem foco esclarecido, após colheita de rastreio séptico.

Foi realizada punção lombar com colheita de 4 tubos de líquido céfalo-raquidiano límpido e incolor, pesquisa de *Cryptococcus* negativa, contagem de 2 células e sem outras alterações de relevo.

Foram pedidas serologias, sendo positiva a do vírus da imunodeficiência humana (VIH).

Internada com a hipótese diagnóstica de seroconversão do VIH.

Este é um caso relevante porque relembra a importância de incluir a infeção por VIH no diagnóstico diferencial de qualquer adulto que vem ao SU. A doente deste caso não apresentava foco esclarecido para a febre e, ao apresentar serologia positiva para o VIH, colocou-se como hipótese um quadro de seroconversão. Ao diagnosticar o doente nesta fase, algo raro na prática clínica, podemos evitar maior transmissão do vírus pela população.

P 56

CÁLCIO; UM IÃO ESQUECIDO

António Eliseu, Lúcia Gil, Teresa Furtado, Filipa Silva, Rita Silvério

Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de São Bernardo - Serviço de Medicina Interna

Introdução: A hipercalcémia é uma alteração metabólica urgente relativamente frequente. Está geralmente associada a hiperparatiroidismo primário ou a doença neoplásica (~90% dos casos). Por outro lado, é um dos distúrbios electrolíticos mais frequentes em adultos com neoplasia. Gastanaga et al estimou que cerca de 2-3% de todos os doentes com Neoplasia nos EUA entre 2009-2013 tinham hipercalcémia, sendo a patologia mais frequente o mieloma múltiplo (7.5-10.2%). Uma crise hipercalcémica ou hipercalcémia grave define-se por um valor sérico de cálcio corrigido >14 mg/dL associado a sinais e sintomas agudos que requerem tratamento imediato.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 46 anos de idade, raça caucasiana, autónoma nas AVD's.

Recorreu ao serviço de Urgência por um quadro com 1 semana de evolução de vômitos incoercíveis. Associadamente com perda ponderal inusitada superior a 10% no último mês. Ao exame objetivo destacava-se palidez mucocutânea e dor à palpação no hipocôndrio direito, sem outras alterações. Analiticamente constatou-se: Anemia NN, trombocitopenia, função renal agravada, hipercalcémia grave (17.48 mg/dL) e padrão de citocolestase com PTH intacta normal. Neste contexto foi iniciada hidratação intensiva, corticoterapia e ácido zolendróico e procedeu-se ao internamento por hipercalcémia grave de etiologia a esclarecer. Do estudo efetuado em internamento salienta-se: 1) Electroforese das proteínas sem pico monoclonal, 2) Ratio Kappa/Lambda: 81, 3) TC-TAP: lesões ósseas de natureza tumoral secundária distribuída pelas vertebrae lombares e bacia com disrupção cortical óssea da articulação sacro-iliaca e infiltração do músculo glúteo médio. Lesões nodulares hepáticas sugestivas de hiperplasia nodular focal, 4) Mielograma com 70% de plasmócitos e 8% de plasmablastos, 5) Biópsia óssea com células de mieloma múltiplo: CD138+, CD56+, Cadeias Kappa +, Cadeias lambda-, 6) OncoFISH: IGH/CCND1 associado a t(11,14)(q13,q22).

Assim, confirmou-se a hipótese diagnóstica de mieloma múltiplo secretor apenas de cadeias K estadio IIIB/ISS III com anemia, hipercalcémia, lesões líticas e insuficiência renal associadas. A doente foi referenciada a consulta de hemato-oncologia tendo sido iniciada terapêutica com bortezomib, ciclofosfamida e dexametasona.

Conclusão: A hipercalcémia grave é uma emergência médica relativamente frequente que carece de intervenção imediata. A sua abordagem e reconhecimento atempados é crucial em contexto de Urgência.

P 57

TRATAMENTO DE MALÁRIA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA – O QUE HÁ A MELHORAR?

Catarina Lameiras, Énia Ornelas, Marta Lopes, Afonso Sepúlveda Santos, Inês Silva, Maria do Céu Dória

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Introdução: Os derivados da artemisina são a terapêutica de primeira linha da malária recomendada pela *World Health Organization* (WHO). A via oral é preferida nos casos não graves. O tratamento adequado influencia o prognóstico da doença, pelo que é essencial que os serviços de urgência (SU), onde a maioria dos casos são inicialmente medicados, estejam informados sobre as recomendações terapêuticas.

Objetivo: Caracterizar o tratamento da malária não grave à admissão no SU de um hospital português.

Métodos: Análise retrospectiva dos casos de malária diagnosticados no SU entre janeiro de 2012 e junho de 2018, incluindo variáveis demográficas, gravidade de doença pelos critérios da WHO, evolução clínica, tratamento e intercorrências.

Resultados e conclusões: De um total de 179 casos de malária, 133 não apresentavam critérios de gravidade. A média de idades foi de $41,0 \pm 12,9$ anos. A maioria foi importada de Angola (63,9%) e o *Plasmodium falciparum* foi o agente mais frequente (95,5%). Tiveram alta do SU 32 doentes, 53,1% sob artemeter-lumefantrina, 21,9% quinino-doxiciclina e 25,0% com outros antimaláricos. Os restantes ($n=101$) foram tratados em internamento, inicialmente com quinino-doxiciclina (66,3%), artemeter-lumefantrina (27,7%), quinino (5%) ou cloroquina (1%). A razão mais frequente para escolha de quinino foi a indisponibilidade de artemeter-lumefantrina durante a noite (36,1%). No entanto, não foi apurada nenhuma justificação em 43,1% dos casos. Dos 72 doentes sob quinino (36 endovenoso), 24 (33,3%) apresentaram toxicidade medicamentosa, nomeadamente hipoglicemia (50%), intolerância gastrointestinal (25%), ototoxicidade (12,5%), neurotoxicidade (12,5%), cardiotoxicidade (4,1%) e oculotoxicidade (4,1%). Não foi documentada toxicidade aos restantes antimaláricos. O tempo de hospitalização dos doentes com toxicidade medicamentosa ($M=6,5$ dias; AIQ 3,5-9,5) foi significativamente superior comparativamente aos doentes sem toxicidade ($M= 5,0$ dias; AIQ 2,0-8,0) (valor $p < 0,001$).

O tratamento da maioria dos casos analisados de malária não grave não respeitou as recomendações atuais. Quinino-doxiciclina foi a terapêutica mais utilizada, tendo sido responsável por vários casos de toxicidade e maior duração do internamento. A terapêutica com artemisinina-lumefantrina foi bem tolerada.

A educação médica e a disponibilização no SU de artemeter-lumefantrina durante 24 horas deverão ser fomentadas para uma maior utilização de derivados de artemisinina neste hospital.

P 58

TROMBOSE DA VEIA JUGULAR – QUE ETIOLOGIA?

Ana João Carvalho, Sónia Santos, Ana Albuquerque, António Antunes
Centro Hospitalar de Leiria

A trombose da veia jugular interna é uma condição rara mas potencialmente fatal. Atualmente a causa mais frequente é a cateterização vascular invasiva, nomeadamente a colocação de cateteres venosos centrais a nível jugular. Outras causas possíveis são as infeções da orofaringe, o trauma cervical e as neoplasias de cabeça e pescoço. Em alguns casos não é possível estabelecer uma causa.

Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 48 anos, fumadora, com antecedentes de carcinoma papilar da tiroide operado em 2017 (tireoidectomia total), atualmente em vigilância e sem evidência de recidiva. Neste contexto foi submetida de forma programada a ecografia tiroideia que mostrou ausência de tecido tiroideu remanescente bem como de adenopatias de dimensões patológicas. A avaliação vascular, no entanto, revelou a presença de uma opacidade da veia jugular ao nível da lócula tiroideia, sugestivo de trombose venosa jugular interna. A doente foi encaminhada ao serviço de urgência para avaliação complementar. Relatava nesta altura queixas de cefaleias sobretudo matutinas com cerca de três meses de evolução, associado a tonturas sem vertigem. Ao exame físico apresentava desconforto à palpação latero cervical esquerda, sem outros achados de relevo. Analiticamente

não apresentava também alterações. Ficou internada para estudo. Realizou tomografia computadorizada (TC) crânio encefálica e veno-TC, sem alterações, realizou também TC cervical que não mostrou outras alterações além da trombose jugular já conhecida. Iniciou heparina de baixo peso molecular antes de colher estudo da coagulação com pesquisa de trombofilias. Teve alta assintomática e encaminhada para a consulta externa onde mantém vigilância e estudo.

P 59

TEMPESTADE NUM COPO DE ÁGUA!

Rita Caldeira da Rocha, Margarida Jacinto,

Francisco Azevedo

Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução: A amiodarona é um antiarritmico classe III, que contém 37% de iodo, e possui alguma similaridade estrutural com a tiroxina. A sua semivida biológica é altamente variável, desde 50-100 dias. A tirotóxicose induzida por amiodarona tem uma incidência de até 10% e o seu risco é directamente proporcional à dose do fármaco.

Descrição: Mulher de 78 anos, com antecedentes de HTA, bócio multinodular eutiroideu sem medicação dirigida, e FA medicada com betabloqueante e anticoagulada com um dos novos anticoagulantes orais. Tinha história de episódio recente de FA com RVR controlado com amiodarona, sem reações descritas. Veio ao SU por cansaço fácil com 3 semanas de evolução. Ao exame objetivo apresentava TA 100/58 mmHg e o ECG comprovou FA com RVR, FC 150 bpm. Nesse contexto foi submetida a indução com Amiodarona com controlo rápido da FC. Simultaneamente iniciou quadro súbito de dispneia, broncospasmo, má perfusão periférica, pico tensional de 200/110 mmHg e pico febril de 39°C. Foi medicada com clemastina, metilprednisolona, hidro-

cortisona e broncodilatadores, com involução sintomatológica. Realizou controlo analítico com doseamento de TSH ($< 0,015 \mu\text{UI/mL}$) e FT4 ($2,887 \text{ ng/dL}$). Foi assumida tempestade tiroideia induzida pela amiodarona. Posteriormente, medicou-se com propiltiouracilo 200 mg 6/6h e propranolol 40 mg 6/6h. Durante o internamento verificou-se agravamento da função cardíaca, com diminuída fração de ejeção, e manutenção de episódios de RVR. Que estratégia terapêutica poderia ser utilizada?

Conclusão: Apesar de ser uma situação relativamente pouco frequente é fundamental que a mesma não passe despercebida principalmente pela elevada morbimortalidade que lhe está associada (30-50% na presença de disfunção ventricular e tirotóxicose). A estratégia terapêutica poderá passar pela tireoidectomia radical de forma a permitir utilizar a amiodarona como controlador de ritmo e frequência em doentes com disfunção ventricular.

P 60

DOR TORÁCICA: CASO CLÍNICO

Ana Cláudia Antunes, Adélia Miragaia

Medicina 2, Centro Hospitalar de Leiria, CHL Leiria, Portugal

Introdução: A toracalgia é um sintoma comum que obriga à exclusão de doença cardiovascular, nomeadamente cardiopatia ou embolia pulmonar. A miocardite tem uma apresentação clínica variável, com predomínio na faixa etária entre os 20 e 50 anos. O exame complementar de diagnóstico *gold standard* é a biópsia endomiocárdica, o que dificulta o estabelecimento do diagnóstico definitivo e a determinação da incidência desta entidade.

Caso clínico: 21 anos, sexo masculino, com antecedentes de tabagismo que recorre ao serviço de urgência por toracalgia ântero-su-

perior à esquerda, com cerca de 3 horas de evolução - ao acordar, com irradiação para o membro homolateral, tipo aperto, sem fatores de alívio ou agravamento, acompanhada de palpitações, sudorese e tonturas. Negou dispneia, tosse, febre, infecções recentes, sem exposição a tóxicos e sem doenças auto-imunes conhecidas. Ao exame objetivo encontrava-se normotenso (125/76 mmHg), normocárdico (76 bpm), eupneico, sem insuficiência respiratória, com temperatura timpânica de 37.4 °C, auscultação cardiopulmonar e restante exame sem alterações. Analiticamente com 9300/mm³ leucócitos, linfopenia de 10.5% e monocitose de 11.4%, proteína C reativa de 7.9, troponina 1.27 ng/mL, CK elevada 205 IU/L (CK-MB normal 21.0), sem elevação de D-Dímeros. A radiografia do tórax não revelou alterações. Electrocardiograficamente apresentava ritmo sinusal, infraST >1mm DIII e padrão *high take-off* V2-V3. O ecocardiograma revelou espessamento concêntrico ligeiro do ventrículo esquerdo com FEVE 64%, regurgitação mitral discreta, sem outras alterações, nomeadamente pericárdicas. Foi colocada a hipótese diagnóstica de miocardite, foi medicado com ácido acetilsalicílico 100 mg e transferido para o Serviço de Cardiologia, onde permaneceu um dia, com melhoria clínica e descida na troponina em medições seriadas. Teve alta com indicação de cumprir ácido acetilsalicílico 4 dias, 1000 mg de 8/8 horas, e repouso de 6 meses.

Conclusão: A realização de RMN cardíaca de forma precoce poderia fornecer pistas etiológicas, que possibilitassem direcionar o tratamento, uma vez que tem correlação com os achados na biopsia em doentes com elevação das troponinas e sem coronariopatia. A biópsia endomiocárdica está recomendada nos doentes com quadro de insuficiência cardíaca aguda de rápida evolução com compromisso hemodinâmico, refractários à terapêutica ini-

cial, ou de etiologia desconhecida associada a doença progressiva do sistema de condução ou arritmias.

P 61

NEM TUDO O QUE PARECE É!

Rita Caldeira da Rocha, Margarida Jacinto,
Francisco Azevedo
Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução: A Medicina Interna sempre apresentou grande interesse pela multiplicidade diagnóstica. Ser “Bom internista” é simplificar a complexidade da Medicina, chegando a diagnósticos-chave, aos mais frequentes. Porém, por vezes é necessário saber questionar e complicar os “rótulos” colocados no Serviço de Urgência (SU)!

Caso clínico 1: Homem, 53 anos, com história de asma, DM tipo 2 e cardiopatia isquémica, recorre ao SU por dispneia súbita. Ao exame objetivo, saturação de O₂ de 75%, FC 110 bpm, extremidades frias, hipersudorético, diminuição global do MV com fervores na base pulmonar direita e broncospasmo. Gasimetricamente em ar ambiente pO₂ 55 mmHg, pCO₂ 32 mmHg, pH 7,26, HCO₃-14 mmol/L, lact 8,7 mmol/L, analiticamente elevação dos parâmetros infecciosos. Assumida sépsis de ponto de partida respiratório, iniciou piperacilina/tazobactam, com melhoria clínica e analítica. Por sopro diastólico de novo realizou durante o internamento ecocardiograma transtorácico, onde se destacou imagens hiperecogénicas nas extremidades das cúspides da válvula aórtica, correspondendo a vegetações e causando insuficiência aórtica grave. Foi feito o diagnóstico de endocardite aguda.

Caso clínico 2: Mulher, 76 anos, com internamento recente por Pielonefrite aguda, recorre ao SU por dor lombar direita com irradiação ao flanco com 5 dias de evolução. Negava febre, náuseas, vômitos, disúria, polaquiúria ou desconforto supra-púbico. Objetivamente, sinal de

Murphy renal positivo à direita. Analiticamente elevação dos parâmetros inflamatórios, urina II: Leucócitos 3+. UroTAC: Cálculo renal não obstrutivo no grupo calicial inferior, de 5mm, e um milimétrico no grupo calicial médio à esquerda, não obstrutivos. Admitida pielonefrite complicada à direita, pelo que iniciou ceftriaxone. No internamento por persistência da dor com fraca resposta à analgesia realizou RMN coluna onde se verificou irregularidades das plataformas vertebrais com focos de destruição das corticais ósseas e espessamento dos tecidos moles paravertebrais, compatíveis com espondilodiscite em L1-L2.

Discussão: Alguns estudos estimam que o erro diagnóstico é cerca de 15-30% em contexto de urgência. O SU é um local em que é de imensa premência diagnosticar e orientar o mais rapidamente possível os doentes que aí se dirigem. Os casos descritos permitem-nos refletir sobre as abordagens tidas nesse local. A Medicina é uma arte nem sempre linear e por vezes os diagnósticos são camuflados por sintomas inespecíficos. Perante determinados quadros clínicos, é preciso procurar diagnósticos raros.

P 62

STROKE MIMICS – DO CLÁSSICO AO IMPROVÁVEL

Carolina Amado, Inês Zão, Sara Barbosa, Marcelo Aveiro, Mariana Maranhas, Margarida Cruz
Centro Hospitalar Baixo Vouga – Aveiro

O início súbito de défices neurológicos focais que identificam um território vascular corresponde quase sempre a um quadro de acidente vascular cerebral (AVC). No entanto, tumores cerebrais, infeções, doenças psiquiátricas e alterações induzidas por toxicidade ou metabólicas, como a hipoglicemia, podem apresentar manifestações clínicas idênticas, sendo frequentemente considerados mimetizadores. A hipoglicemia é uma das complicações da Diabetes Mellitus (DM) que

justifica a admissão frequente no serviço de Urgência (SU).

Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher com DM tipo 2 insulinotratada, trazida ao SU por desorientação e afasia, em contexto de hipoglicemia.

Mulher, 68 anos, autónoma, com antecedentes de DM tipo 2 insulinotratada sob insulina bifásica, sem consumo de psicofármacos, drogas ou hábitos alcoólicos conhecidos. Foi admitida na sala de Emergência, como Via Verde de AVC (VAVC), apresentando desorientação temporo-espacial e afasia de expressão, desde o acordar, com 2 horas de evolução. Sem outras alterações no exame neurológico. Apresentava hipoglicemia de 40 mg/dL, tendo iniciado de imediato correção endovenosa, com normalização do perfil glicémico. Restante exame objetivo sem alterações. Analiticamente, a registar, apenas, hipoglicemia, com doseamento de etanol e pesquisa de drogas de abuso na urina negativos. Foi desativada a VAVC.

Por persistência dos défices neurológicos após a correção da hipoglicemia, a etiologia vascular voltou a surgir como hipótese diagnóstica. Realizou TC-CE que excluiu alterações agudas. Manteve-se em observação, com perfil glicémico persistentemente estável, tendo recuperado dos défices na totalidade mais de 12 horas após a instalação do quadro. Desta forma, e uma vez excluídas outras etiologias, foi assumido o diagnóstico de encefalopatia metabólica por hipoglicemia. A hipoglicemia é sobejamente conhecida como mimetizador de AVC, condicionando défices neurológicos como hemiparésia e afasia, que geralmente resolvem rapidamente com o tratamento da causa subjacente. O caso clínico pretende destacar a necessidade de considerar a hipoglicemia no diagnóstico diferencial de quadros neurológicos agudos, podendo estes persistir por longos períodos,

apesar da correção adequada e normalização do perfil glicêmico. O diagnóstico precoce e correto permite evitar intervenções terapêuticas desadequadas, especialmente na área da doença vascular, onde a terapêutica trombolítica é uma opção.

P 63

DOS SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS À HIPERCALCÉMIA GRAVE: A PROPÓSITO DE UM CASO DE HIPERPARATIROIDISMO

Catarina Jorge, Rui Osório, Ramiro Sá Lopes, Ana Verónica Varela, David Dias, Domingos Sousa, Ana Isabel Rodrigues, Rita Fernandes
Centro Hospitalar Universitário do Algarve
— *Unidade Faro*

Introdução: O hiperparatiroidismo primário é um distúrbio endócrino caracterizado pela hipersecreção da paratormona resultante de uma lesão benigna (hiperplasia/adenoma) ou carcinoma, com consequente hipercalcémia. Ocorre frequentemente no género feminino e a partir da 5ª década de vida.

Caso clínico: Homem de 77 anos, parcialmente autónomo, com antecedentes de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e síndrome depressivo, recorreu ao serviço de urgência por síncope e movimentos clónicos nos quatro membros, sem incontinência de esfíncteres, mantendo-se consciente. Reportada insónia com cerca de 5 meses de evolução, refratária a medicação hipnótica, períodos de maior agitação noturna e ansiedade com agravamento nos últimos 2 meses. Ao exame objetivo, doente consciente, dirige o olhar e tenta verbalizar, mas de difícil compreensão. Mioclonias generalizadas nos quatro membros e espasticidade dos membros superiores. Hemodinamicamente estável, apirético, eupneico em repouso. Na auscultação cardiopulmonar evidencia-se s1 e s2 rítmicos, sopro sistólico grau III/VI e crepitações nas bases pulmonares. À admissão, interpretado como crise convulsiva clónica tendo sido avaliado por neurologia, que pediu

eletroencefalograma, o qual excluiu etiologia epileptogénica e TC crânio sem lesão estrutural. Complementou-se com estudo analítico iónico, tendo-se objetivado hipercalcémia grave (cálcio não ionizado corrigido 16.1 mg/dL) sintomática e creatinina 1.6mg/dL. Iniciou fluidoterapia, ácido zolendronico, diurético e hemodiálise. Hipercalcémia grave refratária a 2 sessões de hemodiálise, apenas responsiva após a 3ª sessão. Doseamento da paratormona 1916 pg/mL e TC pescoço revelou lesão nodular retrotireoideia sugestiva de adenoma paratireoideu. Admitiu-se hiperparatiroidismo primário por adenoma paratireoideu associado a hipercalcémia sintomática. Evolução clínica e analítica favorável sob terapêutica dialítica, sendo posteriormente referenciado para paratireoidectomia.

Conclusão: A relevância do presente caso prende-se com a demonstração das manifestações clínicas do hiperparatiroidismo, em crescendo, que culminam em crises mioclonais associadas a uma hipercalcémia grave. Pretende-se, ainda, enfatizar que a sintomatologia neuropsiquiátrica pode surgir no quadro clínico inaugural desta doença, o que reforça a necessidade de excluir causa orgânica, antes de se assumir um diagnóstico do foro psiquiátrico.

P 64

D-DÍMEROS E FENÓMENOS TROMBOEMBÓLICOS: UMA VERDADE ABSOLUTA?

Ana Cláudia Antunes, Adélia Miragaia
Medicina 2, Centro Hospitalar de Leiria, CHL Leiria, Portugal

Introdução: A dissecação da aorta afeta principalmente homens, a sua incidência aumenta com a idade e, o principal fator de risco é a hipertensão arterial, principalmente mal controlada. A toracalgia é o principal sintoma, com predomínio anterior, sendo que o início súbito é a característica mais específica. Embora a

assimetria de pulsos seja um sinal clássico desta entidade, está presente apenas entre 15-30% dos casos.

Caso clínico: 42 anos, sexo masculino, com antecedentes de leucemia e tromboflebite da veia safena interna direita, sem medicação de ambulatório, que recorre ao serviço de urgência por quadro de pré-cordialgia, de início súbito, ao acordar, de moderada intensidade, com cerca de duas horas de evolução, de tipo pleurítico, sem irradiação, acompanhada de náusea e sudorese. Ao exame objetivo o doente encontrava-se suado, consciente e orientado, hemodinamicamente estável, com pressão arterial de 121/60mmHg, com bradicardia de 43 batimentos/minuto, apirético e eupneico com saturação de oxigénio de 99% (FiO2 21%). A auscultação cardiopulmonar, exame abdominal e avaliação dos pulsos periféricos não apresentavam alterações. Membros inferiores sem edema e sinal de Homans negativo bilateralmente. Analiticamente verificou-se leucocitose 12900/mm3 com neutrofilia 82.5%, proteína C reactiva de 2.2, função renal e hepática sem alterações, troponina negativa e D-Dímeros 6252 ng/dL. Gasometricamente apresentava lactatos de 2.3 mmol/L. A radiografia torácica não revelou alterações. Electrocardiograficamente apresentava bradicardia sinusal, com bloqueio incompleto de ramo direito. Perante a elevação dos D-Dímeros foi solicitada Angiotomografia Torácica que excluiu tromboembolismo pulmonar e revelou a presença de dissecção aórtica tipo II, com extensão às ilíacas. O doente manteve-se sempre hemodinamicamente estável e foi transferido para a Cirurgia Vascular. Após cinco dias, por má perfusão renal direita, foi submetido a correção endovascular que decorreu sem intercorrências.

Conclusão: O doseamento de D-Dímeros é solicitado principalmente na exclusão de eventos cardioembólicos. Contudo, na dissec-

ção da aorta, este marcador encontra-se tipicamente consideravelmente elevado logo na primeira hora, onde tem maior valor diagnóstico. Perante uma toracalgia moderada com uma avaliação semiológica e analítica sem achados de relevo, este marcador revelou-se fundamental no diagnóstico.

P 65

SINDROME DE DRESS

– UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Ana Rita Barradas, Ivone Valadão, Sérgio Pereira, Pedro R. Santos, Isabel Madruga, Alberto Mello E Silva
Hospital Egas Moniz (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental), Lisboa, Portugal

Introdução: *Drug reaction with eosinofilia and systemic symptoms* (DRESS) é um síndrome raro induzido por fármacos, caracterizando-se clinicamente por um exantema cutâneo, alterações hematológicas e atingimento de órgão alvo. Pode apresentar um período de latência entre as duas a oito semanas desde a exposição ao fármaco e o início dos sintomas. **Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 66 anos, com antecedentes de prótese valvular mitral, hipotireoidismo cirúrgico e síndrome depressivo. Medicada com propranolol, furosemida, atorvastatina, levotiroxina e terapêutica psiquiátrica para o síndrome depressivo. Recorreu ao serviço de urgência por febre associada a um rash generalizado e edema facial com cerca de 4 dias de evolução. Na anamnese apura-se início de alopurinol há cerca de um mês atrás e um ciclo de cotrimoxazol terminado há 3 semanas. Ao exame objetivo estava hemodinamicamente estável, mas febril, com temperatura timpânica de 39.5°. Apresentava pápulas e placas eritematosas na face, tronco e membros superiores, não poupando as palmas e maculas, manchas e pápulas violáceas nos membros inferiores até à raiz da coxa. Analiticamente a destacar no hemograma presença de eosinofilia e

trombocitopenia. Elevação do padrão de citocolestase com agravamento da função renal e proteína C reativa de 15.8 mg/dL. A doente foi internada na Medicina Interna para estudo etiológico. Durante o internamento manteve febre e agravamento do padrão de citocolestase. O estudo serológico foi negativo exceto para o citomegalovirus IgG que apresentou um título superior a 500U/mL. No estudo imunológico não houve alterações. A biopsia cutânea foi compatível com toxidermia. Iniciou terapêutica com corticoterapia com resolução do rash, do edema facial e da febre e melhoria paulatina da função hepática e renal.

Conclusão: No caso clínico supracitado foi assumido o diagnóstico de síndrome de DRESS secundário ao alopurinol. O DRESS é potencialmente fatal e caracteriza-se por uma reação de hipersensibilidade exuberante, no entanto o seu mecanismo fisiopatológico ainda não é claro, sendo atribuída grande importância ao papel de reativação de alguns vírus. Desta forma, o caso clínico apresentado pretende alertar para a gravidade deste tipo de reações, sendo necessário um elevado grau de suspeição clínica dada a grande variabilidade em termos de apresentação e a baixa prevalência da patologia, nomeadamente em contexto de urgência, uma vez que a instituição rápida da terapêutica é fulcral.

P 66

SALMONELOSE: DE UMA INFECÇÃO INOFENSIVA A POTENCIALMENTE GRAVE

Bárbara Oliveira Ribeiro, Ana Margarida Mosca,
David Garcia, Rosário Araújo, Carlos Capela
Hospital de Braga

Introdução: A gastroenterite aguda (GEA) por *Salmonella* é uma infecção frequente sobretudo na população idosa. É clinicamente indistinguível das GEA causadas por outros agentes, no entanto o risco de doença invasiva é superior.

Caso clínico: Sexo masculino, 69 anos, autónomo, antecedentes pessoais de DPOC GOLD III/Grupo B, hábitos tabágicos passados (60 UMA) e múltiplos fatores de risco vascular (dislipidemia, hiperuricemia e HTA primária) medicados e controlados. Admitido no serviço de Urgência por quadro com 48 horas de evolução de diarreia sanguinolenta profusa e febrícula (temperatura axilar máxima 37.8°C). Concomitantemente referia diminuição do débito urinário e dispneia em repouso com 24h de evolução. Negava náuseas ou vômitos, dor abdominal, disúria, poliaquiúria ou hematúria macroscópica. Negava queixas respiratórias. Sem história de viagens recentes ou consumo de produtos lácteos não pasteurizados, carne ou peixe mal cozinhados. Sem ciclos recentes de antibióterapia nem internamentos prévios. Ao exame objetivo, encontrava-se prostrado, hipotenso, taquicárdico, taquipneico e subfebril. Apresentava-se desidratado, cianosado e com pele marmórea. Dos exames complementares de diagnóstico efetuados, destaca-se insuficiência respiratória hipoxémica (PaO₂/FiO₂ <200), acidemia metabólica com AG aumentado, uma hiperlactacidemia, lesão renal aguda AKI 3 e proteína C reativa de 212mg/L. Hemograma com trombocitopenia (85000/uL plaquetas), sem outras alterações. Colheu exames culturais (sangue e fezes) e iniciou empiricamente ciprofloxacina por suspeita de GEA bacteriana. Após a 1ª toma de antibiótico, o doente apresentou um rash maculopapular eritematoso disperso pelo tronco e membros e foi admitido na Unidade de Cuidados Intermediários em choque séptico com necessidade de suporte aminérgico e realização de terapêutica de substituição renal. Nas coproculturas e numa hemocultura foi isolada uma estirpe de *Salmonella typhimurium* multissensível. Foi alterado antibiótico para ceftriaxone e o doente evoluiu favoravelmente clínica e analiticamente, tendo tido alta ao 14º dia com recuperação

da função dos múltiplos órgãos.

Conclusão: Com este caso os autores pretendem demonstrar que a *Salmonella* é responsável por um espectro amplo de infecção com diferentes níveis de gravidade clínica e que apesar da maioria dos doentes apresentarem um quadro autolimitado de diarreia, existe uma pequena percentagem que evolui para sépsis com disfunção multiorgânica.

P 67

PLASMODIUM, O (IN)SUSPEITO DO COSTUME

Bárbara Oliveira Ribeiro, Ana Margarida Mosca,
David Garcia, Rosário Araújo, Carlos Capela
Hospital de Braga

Introdução: A malária é uma doença infecciosa causada pelo parasita do género *Plasmodium* transmitido ao ser humano através da picada da fêmea de mosquitos Anopheles. Existem cinco espécies que causam doença no homem: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* e *P. knowlesi*. As complicações são mais frequentes na infecção por *P. falciparum* e por *P. knowlesi*. De entre as complicações, a forma central (malária cerebral) é a mais preocupante. No entanto, a infecção pode estar associada a disfunção de qualquer órgão vital.

Caso clínico: Doente sexo masculino, 63 anos, emigrado em Angola há 10 anos, com antecedentes de malária diagnosticada em Angola há 1 anos atrás, para a qual se desconhece o tratamento instituído. Recorreu ao SU do nosso hospital no início do ano 2018 por febre sustentada com 6 dias de evolução (temperatura máxima 38.5°C) associada a mialgias e cefaleias. Concomitantemente referia diminuição do débito urinário. Negou dor abdominal, diarreia, náuseas ou vômitos, dispneia, tosse ou expectoração. Negou hipersudorese nocturna, perda ponderal, anorexia ou perdas hemáticas visíveis. Ao exame objetivo, encontrava-se prostrado, hipotenso,

desidratado e com febre. Sem outras alterações ao restante exame. Os exames complementares de diagnóstico realizados no serviço de Urgência revelaram lesão renal aguda AKI 3, PCR 205 mg/L, Hb 9.8g/dl e 56 000 plaquetas. Não apresentava leucocitose nem alterações dos marcadores de lesão e/ou função hepática. Realizou também uma radiografia torácica e uma ecografia abdominal que não revelaram alterações. Tendo em conta o elevado índice de suspeição clínica, foi pedida a pesquisa do parasita no sangue. O antígeno do *P. falciparum* foi positivo e o método do PCR confirmou a presença de infecção com uma parasitemia de 8%. Por agravamento da disfunção hematológica e renal, o doente foi transferido para UCISU para suporte hemodinâmico e transfusional. Cumpriu 5 dias de Quinino com necessidade de suspensão por ototoxicidade e 8 dias de doxiciclina. Teve alta para o domicílio ao 14º dia com recuperação da disfunção multiorgânica.

Conclusão: As tensões geopolíticas mundiais alteram os fluxos migratórios e, à imagem de outras infeções no passado, a malária torna-se hoje uma entidade infecciosa sistémica potencialmente grave para a qual se deve ter um alto nível de suspeição quando a história epidemiológica o sugere.

P 68

FREQUENTEMENTE, UM AZAR NUNCA VEM SÓ

Francelino Ferreira, Ruben Reis, Magda Silva,
Ana Paula Pona, Anneke Joostem
Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução: A dor torácica é uma das causas de admissão mais frequentes no serviço de urgência. Importa estabelecer um diagnóstico rápido e correto, uma vez que pode fazer a diferencia na sobrevivência do doente. A dissecção da aorta é uma emergência potencialmente fatal, cuja perceção diagnóstica nem sempre é imediata e a apresentação clínica

pode mimetizar outras patologias.

Objetivos: Os autores descrevem um caso clínico a propósito da dissecação da aorta.

Material e métodos: Caso clínico - Homem de 59 anos, com antecedentes de tabagismo e hipertensão arterial. Admitido no serviço de urgência por dor torácica súbita, com perda de consciência. Na admissão encontrava-se agitado, com hemiparésia esquerda, sudorético, polipneico, TA 75/45 mmHg no membro superior direito e 155/87 mHg no membro superior esquerdo; apresentava os membros inferiores frios, sem pulsos palpáveis e com o membro inferior direito, por comparação, mais pálido; auscultação cardíaca com tons hipofonéticos; auscultação pulmonar com murmúrio globalmente diminuído. Laboratorialmente com Hb 10.6 g/dL e troponina de alta sensibilidade 46.10 pg/mL, sem outras alterações; O ECG mostrou infradesnívelamento de ST em D1, aVL e V4 a V6 e o ecocardiograma mostrou dilatação da raiz aorta e ascendente, ventrículo esquerdo com hipocinesia global e fracção de ejeção aproximada de 40 %. A tomografia computadorizada craneo encefálica não mostrou alterações e a Angio TC toracoabdominal documentou uma dissecação da aorta, com extensão desde a aorta ascendente até as ilíacas (tipo A) e, concomitantemente, processo neofornativo no reto, com adenopatias locoregionais e imagens nodulares no fígado sugestivas de metastização hepática bilobar. O doente foi transferido para o serviço de cirurgia vascular e foi submetido a substituição da aorta descendente por prótese tubular, sem intercorrências. Durante o internamento apresentou evolução estável e com resolução completa dos défices neurológicos. Realizou colonoscopia e biópsia da lesão cujo resultado foi compatível com adenocarcinoma do reto.

Conclusão: Este caso clínico demonstra a importância de um exame objetivo abrangente,

aliado à suspeição clínica no diagnóstico da dissecação da aorta, cuja apresentação neste doente pode confundir-se com enfarte do miocárdio e AVC isquémico. Neste caso, em particular, também foi diagnosticada uma neoplasia metastizada que, apesar do sucesso na abordagem cirúrgica da dissecação da aorta, compromete o prognóstico global.

P 69

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDIZADA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Couto, Gisela Evaristo Vasconcelos, Dalila Parente, Rita Meireles, Jorge Herbert, Marco Ribeiro, Fátima Santos, Maria José Fernandes, Estêvão LaFuente
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica comum e resulta de qualquer alteração cardíaca estrutural ou funcional que altere a função sistólica ou diastólica ventricular. São causas de IC: a doença miocárdica, pericárdica ou endocárdica, alterações valvulares, dos vasos ou distúrbios metabólicos.

Caso clínico: Homem, 68 anos. Antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidade, tabagismo, doença renal crónica estadio 3a KDIGO, insuficiência cardíaca com fração de injeção preservada e aneurisma da aorta ascendente com 5 cm. Medicado habitualmente com furosemida, ramipril, amlodipina, nevigolol, linagliptina, ropinirol e tansulosina. Recorreu ao Serviço de Urgência por clínica de dispneia súbita e toracalgia direita de características pleuríticas, sem outras queixas associadas. Objetivados sinais de dificuldade respiratória, sons respiratórios diminuídos na base direita, crepitações bibasais e sopro cardíaco sistólico, grau III/VI, audível em todo o precórdio. Gasimetria a revelar insuficiência respiratória hipoxémica e acidemia metabólica. Do estudo analítico, de referir ligeira elevação dos parâmetros

inflamatórios, agravamento da função renal e elevação do BNP. Electrocardiograma sem alterações sugestivas de isquemia e marcadores de necrose do miocárdio negativos. Radiografia do tórax a documentar infiltrado no 1/3 inferior do campo pulmonar direito. Assumida pneumonia adquirida na comunidade, com insuficiência respiratória, sendo iniciada antibioterapia empírica. Evolução rápida para falência respiratória e cardiovascular, a justificar admissão no serviço de Medicina Intensiva. Realizado ecocardiograma transtorácico, que revelou insuficiência mitral (IM) severa e *flail* do folheto anterior, por rotura de corda tendinosa. Excluída endocardite e história de traumatismo. Assim, insuficiência mitral aguda em contexto de rotura espontânea de corda tendinosa. Transferido para o serviço de cirurgia cardiorrácica, sendo submetido a valvuloplastia mitral.

Conclusão: A IM aguda ocorre normalmente em contexto de rotura do músculo papilar ou da corda tendinosa e é várias vezes confundida com um processo pulmonar agudo ou insuficiência cardíaca esquerda. O ecocardiograma assume um papel importante já que é essencial para o diagnóstico. A maioria dos doentes requer tratamento cirúrgico.

P 70

FEBRE ESCARO-NODULAR COMPLICADA COM MENINGOENCEFALITE

Alexandra Dias, Eva Claro, Cátia Teixeira,
Daniela Brito, Joana Alfaiate, Maria Aurora Duarte,
Fátima Pimenta
Centro Hospitalar do Médio Tejo

Introdução: A febre escaro-nodular (FEN) é comum em Portugal e no Sul da Europa, ocorre com maior frequência entre julho e setembro, caracterizando-se por um rash cutâneo, febre e escara de inoculação. Geralmente, é autolimitada e benigna, contudo pode apresentar formas mais graves e complicadas

como choque, coagulação intravascular disseminada, insuficiência renal e respiratória, meningoencefalite e necrose tecidual.

Caso clínico: Doente de sexo feminino, de 83 anos, independente para às atividades da vida diária, recorre ao serviço de urgência por cervicalgia e lombalgia secundária a uma queda. Inicialmente, observada pelas especialidades de Ortopedia e Cirurgia que, após exclusão de patologia traumática, ficou ao cargo da Medicina interna por alteração do estado de consciência e discurso incoerente. Ao exame objetivo, a doente encontrava-se subfebril e prostrada; à auscultação cardíaca apresentava um sopro sistólico grau III/IV com irradiação para as carótidas, sem outras alterações. Por aumento dos parâmetros inflamatórios, trombocitopenia, enzimas hepáticas e hipoxemia em gasometria, foi realizado rastreios microbiológicos e iniciado empiricamente amoxicilina/ácido clavulânico e claritromicina. Após 24 horas apresentou exantema maculopapular, tendo-se colocado a hipótese de alergia a antibioterapia. Por possível exposição a carraças, iniciou doxiciclina por hipótese de FEN. O doseamento dos anticorpos para a *Rickettsia conorii* (RC) foi inicialmente negativo, tornando-se positivo num segundo doseamento efetuado 5 dias mais tarde. O restante estudo foi negativo, inclusive o imagiológico.

Ao 5º dia de internamento, verificou-se agravamento da prostração, rigidez da nuca, mantendo febre e exantema generalizado com atingimento palmo-plantar, pelo que foi efetuado punção lombar. O líquido cefalo-raquídeo (LCR) revelou 67mg/dL de proteínas, glucose normal e 20/mm³ leucócitos com 92% de mononucleares. Manteve doxiciclina e associou-se ampicilina e ceftriaxone. A pesquisa de RC em LCR, foi reativo, confirmando a hipótese de FEN complicada com meningoencefalite.

Cumpriu durante o internamento 14 dias de doxiciclina com melhoria do quadro clínico e analítico.

Conclusão: A FEN tem geralmente uma evolução benigna. As apresentações mais severas são pouco comuns, mas estão associadas a pior prognóstico com maior morbidade e mortalidade. Deste modo, um diagnóstico precoce e uma terapêutica adequada nos doentes sintomáticos é fundamental, evitando complicações mais graves.

P 71

GOLPE DE CALOR – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Gisela Vasconcelos, Catarina Couto, Ana Neto, Rita Meireles, Jorge Herbert, Marco Ribeiro, Fátima Santos, Maria José Fernandes, Estêvão Lafuente

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução: O golpe de calor é definido como elevação da temperatura corporal, normalmente acima dos 40°C, associado a disfunção do sistema nervoso central, em contexto de exposição a temperatura ambiente elevada. O diagnóstico diferencial inclui patologia infecciosa, endócrina e do sistema nervoso central.

Caso clínico: Mulher, 72 anos. Antecedentes de dislipidemia, obesidade e tetraparesia-sequelar a traumatismo vertebro-medular. Medicada habitualmente com pravastatina, gabapentina, baclofeno e lorazepam. Admitida na sala de emergência por alteração do estado de consciência com dois dias de evolução, associada a hipertermia severa sem resposta aos antipiréticos. História de exposição a elevada temperatura ambiente. Objetivamente em coma (pontuação de 3 na Escala de Coma de Glasgow), febril (40°C), com sinais de hipervolemia e hemorragia ativa. Fibrilação auricular com resposta ventricular rápida e lesão miocárdica. Lesão renal aguda oligúrica, citólise hepática e rabdomiólise, sem alterações de ionograma. Acidose metabólica. Trombocito-

penia grave e coagulopatia com prolongamento do TP e aPTT, hipofibrinogenemia e elevação dos D-dímeros. Acrescia leucocitose com neutrofilia. Instituídas medidas de arrefecimento corporal, fluidoterapia e proteção da via aérea, com intubação oro-traqueal. Assumido golpe de calor com coagulação intravascular disseminada (CID) e falência multiorgânica, sendo admitida a internamento no Serviço de Medicina Intensiva. Fornecido suporte vasopressor, sob monitorização hemodinâmica invasiva, ventilação mecânica invasiva e técnica de substituição renal contínua. Submetida a politransusão de glóbulos vermelhos, plaquetas e factores de coagulação. Verificado controlo da hemorragia e melhoria progressiva das várias disfunções, a permitir descalar nível de cuidados após 7 dias de internamento, com transferência para unidade de cuidados intermédios.

Conclusão: Os doentes idosos são particularmente susceptíveis a elevadas temperaturas ambiente, dados mecanismos de termorregulação estarem comprometidos. Nesta doente para além da idade, também a obesidade e o estado funcional são factores de risco para golpe de calor. Esta condição precipita muitas vezes disfunção multiorgânica e CID, associando-se a uma elevada morbi-mortalidade. A hipertermia não responde ao tratamento com anti-piréticos. As medidas de arrefecimento corporal são a base do tratamento, sendo que a rapidez na instituição das mesmas é determinante para o prognóstico.

P 72

HÁ MALES QUE VÊM POR BEM

Diogo Canudo, Sofia Calaça, Iolanda Oliveira, Diana Coutinho, Inês Santos, Susana Carvalho
Hospital do Espírito Santo de Évora.

Introdução: Um aneurisma arterial é definido como uma dilatação focal de um vaso sanguíneo em relação ao seu tamanho original. O risco para aneurismas da aorta abdominal (AAA)

aumenta dramaticamente na presença dos seguintes factores: idade superior a 60 anos, fumadores, hipertensão arterial e etnicidade caucasiana. A maioria dos AAA são assintomáticos, silenciosos até que exista ruptura e de detecção incidental.

Caso clínico: Homem, 97 anos, com antecedentes pessoais relevantes de hipertensão arterial, ressecção transuretral da próstata, abuso do etanol (cerca de 80gr/álcool/dia) e fumador; medicado com anti-hipertensor (cujo nome desconhecia); foi trazido ao serviço de urgência após ter sido encontrado caído, no domicílio, onde reside sozinho.

À observação destacava-se: orientado nos tempo, espaço e pessoa, equimoses do membro superior esquerdo e coxa esquerda. À palpação abdominal profunda destacou-se massa pulsátil na região justa-umbilical esquerda.

Tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica e da coluna cervical sem alterações.

Analiticamente com hiperlactacidemia, leucocitose, proteína C reactiva elevada; trombocitopenia moderada; ureia e creatinina elevadas; Creatinina Kinase (CK) 39205 U/L.

Ficou internado numa unidade de internamento de curta duração médico-cirúrgica com o diagnóstico de Rabdomiólise com insuficiência renal aguda pós-queda.

Manteve-se sob fluidoterapia e vigilância, com melhoria significativa de CK nas primeiras 72h (39205--> 482U/L), mas por agravamento da função renal, apesar de terapêutica médica optimizada, foi pedida ecografia renal e vesical, que foi complementada por TC, onde se documentou: “importante aneurisma da aorta abdominal inferior, com o lúmen patente de cerca de 34 mm, trombo parietal, maior diâmetro transversal de 8cm ... e grosseiro hematoma retroperitoneal esquerdo... provável ruptura de aneurisma...”

Foi contactado a Cirurgia Vascular do Hospital de Santa Marta e o doente foi transferido.

Discussão: A probabilidade de ruptura de um aneurisma é influenciado pelo seu tamanho, expansão, continuação de consumo de tabaco e hipertensão arterial persistente. O risco anual estimado de ruptura de aneurismas com diâmetro superior a 8 cm é de 30% to 50%. Este caso é particularmente interessante por se tratar de AAA já em evolução para ruptura, mas de forma completamente assintomática.

P 73

QUANDO DEMORAR NÃO É UMA OPÇÃO

Adriano Pacheco Mendes, Ana Rita Parente, Sara Viana, Rúben Raimundo, José Miguel Silva, Maxim Suleac, Ana Martins Neves, Socrates Vargas Naranjo, Nidia Calado, Ana Maria Costa, Isabel Soles

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

As arritmias ventriculares são as disritmias cardíacas que têm origem no tecido cardíaco distal ao nódulo atrioventricular. Incluem um largo espectro de arritmias, desde a mais inocente extrassístole ventricular isolada até à arritmia ventricular maligna.

Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino de 79 anos de idade, autónoma, que recorreu ao serviço de urgência durante o início da tarde por quadro súbito de palpitações e mal estar generalizado com início na manhã do próprio dia. Na sala de emergência e ao exame objetivo, apresentava-se consciente, orientada, agitada, taquipneica, com pele fria, palidez cutânea acentuada e sudorese profusa. Na avaliação cardiopulmonar salientava-se de pulso carotídeo com frequência superior a 160 bpm, sons cardíacos compatíveis com taquicardia, com um ritmo aparentemente regular e um murmúrio vesicular mantido mas com presença de fervores crepitantes em ambas as bases pulmonares. As extremidades encontravam-se frias, sem pulsos palpáveis e o tempo de perfusão capilar era superior a 7 segundos. A pressão arterial era imensurável assim como não foi possível

determinar a saturação periférica de oxigênio. O ECG de 12 derivações mostrou uma taquicardia ventricular monomórfica sustentada com frequência de 204 bpm. Dada a instabilidade hemodinâmica, na iminência de paragem cardio-respiratória e perante uma taquicardia ventricular com pulso, procedeu-se à cardioversão elétrica com 200J, sem recurso a sedação, tendo revertido para ritmo sinusal a 85 bpm e com a presença de extrassístoles ventriculares frequentes. Fez 300mg de Amiodarona endovenosa em 30 minutos e ficou com uma perfusão de 600mg a 4mL por hora. Foi transferida para a enfermaria de Medicina Interna após 72 horas de vigilância e de estabilidade hemodinâmica.

Este caso não só demonstra o grande valor do trabalho de equipa organizado e coordenado em contexto de urgência, mas também a importância da rapidez e eficiência diagnóstica, assim como a abordagem individualizada e de acordo com a apresentação clínica de cada doente.

A taquicardia ventricular monomórfica sustentada é uma patologia com elevada taxa de mortalidade sendo fundamental a sua rápida identificação e respectivo tratamento para alteração da história natural da doença.

P 74

HEMORRAGIA ALVEOLAR, MAS QUAL DAS ETIOLOGIAS?

Ana Rita Parente, Sara Viana, Nidia Calado,
Sócrates Vargas Naranjo, Ruben Raimundo,
Adriano Pacheco Mendes, José Miguel Silva,
Ana Maria Costa, Pedro Costa, António Sousa,
Isabel Soles

ULSNA - Hospital Dr. José Maria Grande

Introdução: A hemorragia alveolar é um motivo pouco frequente de admissão no Serviço de Urgência (SU), causada pela presença de sangue no espaço alveolar por lesão da membrana alvéolo-capilar.

Objetivos: Evidenciar a importância do dia-

-gnóstico atempado e tratamento adequado diante de uma entidade clínica pouco comum. **Caso clínico:** Mulher de 43 anos, com nefrosclerose do rim esquerdo, recorreu ao SU por hemoptise há 24 horas, associada a odinofagia de 1 mês de evolução. Negava febre ou suores noturnos mas referia episódio único de calafrio no dia da admissão. Em Tomografia Computorizada de Tórax documentou-se densificação do interstício pulmonar bilateral, sobretudo esquerdo, com pesquisa de bacilo de Koch negativa. Doente com dispneia, com saturação de oxigênio (O2) >94% sob aporte suplementar de O2. Admitida nos Cuidados Intermédios para vigilância do quadro clínico, com necessidade de suporte transfusional de concentrado de eritrócitos. Após estabilização clínica, foi realizada broncofibroscopia em que se visualizaram vestígios hemáticos ao longo da árvore brônquica esquerda. Por suspeita de Vasculite, foi pedido estudo dirigido. Iniciada metilprednisolona 1 grama durante 5 dias na enfermaria de Medicina, com manutenção de corticoterapia oral após terapia de pulso. Estudo analítico com positividade para cANCA e *Borrelia burgdorferi* IgM. Admitida Granulomatose com poliangeíte e Doença de Lyme. Realizada antibióterapia com doxicilina e redução progressiva da dose de drednisolona até 30mg/dia que manteve à data da alta clínica, sem novos episódios de hemorragia.

Resultados e conclusões: A hemorragia alveolar representa um desafio diagnóstico pela sua variedade etiológica, e terapêutico pela sua elevada mortalidade. A instauração do tratamento correto melhora o prognóstico e pode evitar danos irreversíveis.

P 75

DE NOVO O TÉTANO

Catarina Carvalho, Alexandra Albuquerque,
Fátima Campante
Centro Hospitalar Barreiro Montijo

O tétano é uma infeção grave provocada por uma neurotoxina produzida pelo *Clostridium tetani*, com um período de incubação entre 3 e 21 dias. É caracterizada por espasmos musculares que podem atingir o diafragma, levando à morte do doente em até 60% dos casos. Felizmente, uma condição cada vez mais rara graças à vacinação. O diagnóstico é essencialmente clínico (apenas 30% das culturas microbiológicas são positivas) e o tratamento na maioria dos casos é de suporte.

Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, 78 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e diabetes mellitus, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por rigidez do pescoço, sudorese profusa, disfagia e palpitações. História recente de traumatismo do membro superior esquerdo com fratura da extremidade distal do rádio e pequena ferida incisa na mesma localização 5 dias antes da admissão; segundo os registos do SU terá sido feita limpeza e desinfeção, não sendo questionada quanto a vacinação para o tétano. Após a observação da doente verifica-se doente consciente e orientada, com trismo, espasmo cervical, confirma-se diaforese e monitoriza-se em taquicardia sinusal. Inicia oxigénio em alta concentração por baixas saturações periféricas com resposta e faz administração de diazepam com cedência parcial dos espasmos. Retira tala gessada e é feita exploração da ferida verificando-se infeção com conteúdo purulento e exposição de tendões; procede-se a limpeza, desinfeção e administração de imunoglobulina anti-tetânica. Gasimetricamente com hipoxemia e lactacidemia e analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios.

Apesar da estabilidade da doente, esta evolui para opistótono. É decidida entubação orotraqueal, sedação e curarização da doente, com transferência para uma Unidade de Cuidados Intensivos de outra instituição hospitalar.

Trata-se de um caso cuja principal hipótese diagnóstica é o Tétano, que poucos profissionais e saúde têm oportunidade de ver durante a sua vida profissional.

P 76

MEN BROKE MY HEART

Sofia Calaça, Iolanda Oliveira, Diogo Canudo,
Diana Coutinho, Francico Rebocho, Inês Santos,
Francisco Bastida, Francisco Azevedo
Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução: A miocardiopatia de Takotsubo (MT) é caracterizada por uma disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (VE), na ausência de doença coronária obstrutiva significativa e é mais frequente em mulheres pós-menopausa. A clínica assemelha-se à do enfarte agudo do miocárdio (EAM) e é precipitada normalmente após *stress* físico ou emocional, sendo por isso também conhecida por miocardiopatia de *stress* ou *broken-heart syndrome*. Apresenta-se frequentemente com alterações electrocardiográficas sugestivas de EAM, elevação das enzimas cardíacas e hipocinésia apical ventricular com hipercontractilidade basal.

Caso Clínico: Mulher, 56 anos, caucasiana, autónoma com antecedentes de Síndrome MEN2A, hiperparatiroidismo e hipotiroidismo secundário a tireoidectomia por carcinoma medular da tiróide, actualmente sem vigilância por abandono das consultas, HTA mal controlada e dislipidemia. Admitida por dor retroesternal intensa com irradiação ao epigastro e face anterior do pescoço com 3 horas de evolução acompanhada de sudorese, palidez e vômitos. Encontrava-se ansiosa por filha ter sido submetida a uma cirurgia. À observação:

PAS 220mmHg. ECG: RS, FC 75bpm, supra ST em aVR e infra ST nas restantes derivações (excepto DIII, aVL e V1). Foi submetida a cateterismo cardíaco de urgência que não identificou lesões angiograficamente significativas. Analiticamente: elevação da troponina I (valor máximo 18.8). ECO TT: função sistólica global do VE conservada com hipocinésia dos segmentos basais e medianos inferiores e hipercontractilidade apical, compatível com MT invertido. Por apresentar análises de ambulatório com metanefrinas elevadas, realizou TC abdominal que revelou massas nas suprarrenais compatíveis com o diagnóstico de feocromocitoma.

Conclusão: A MT é uma síndrome habitualmente benigna, transitória, cuja fisiopatologia não está bem esclarecida, contudo parece estar relacionada com uma estimulação simpática exagerada, uma vez que os doentes apresentam habitualmente níveis de catecolaminas aumentadas. Neste caso, a evolução, tanto clínica como ecocardiográfica com resolução da alteração da contração segmentar, confirma o diagnóstico de MT invertido enquadrável no contexto de feocromocitoma e eventual stress emocional relacionado com cirurgia da filha.

P 77

IDIOPATHIC SYSTEMIC CAPILLARY LEAK SYNDROME, UM CASO DE CHOQUE E POLIGLOBULIA

Ana Morais Alves, Marta Lisboa, Luis Loureiro, Marta Rodriguez Mardanas, Cristiana Sousa, Olivia Cardoso, Paula Vaz Marques
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: *Idiopathic systemic capillary leak syndrome* (ISCLS) é uma doença extremamente rara que se caracteriza por episódios repetidos de hipotensão, hemoconcentração e hipoalbuminemia. Causado por disfunção do endotélio vascular que origina extravasamento de plasma e proteínas para o inters-

tício. Os episódios de ISCLS apresentam três fases: pródromo, extravasamento capilar e recuperação, sendo a sua frequência e severidade variável, podendo ser fatal. A lesão renal aguda (LRA), rabdomiólise e insuficiência cardiopulmonar são complicações do ISCLS.

Caso clínico: Homem, 65 anos, desde há dois anos com síncope de repetição associadas a poliglobulia de etiologia não esclarecida precedidos de hipersudorese, palidez e fadiga (estudo prévio extenso e inconclusivo); teve episódio severo recuperado de choque distributivo, em seguimento periódico; também hipertensão portal de etiologia indeterminada. Recorre ao serviço urgência por fadiga, palidez, tonturas e hipersudorese desde há dois dias, similar a episódios prévios, também dor abdominal. Exame objetivo a salientar: pele suada e pálida, hipotensão 90/30mmHg e edemas membros inferiores. Análises: poliglobulina 19.5 g/dL com hematócrito (Htc)58% sem aumento parâmetros inflamatórios; LRA; hipoproteinemia(5.2g/dL) e hipoalbuminemia(3.2g/dL). Resposta favorável a volume, admitido em observação. Doente evolui com hipotensão, pele suada e pálida, insuficiência respiratória, oligúria e deterioração neurológica; repete estudo. Análises: agravamento poliglobulia 23.2g/dL, Htc 66.3%, LRA e hipoalbuminemia (2.5 g/dL); de novo leucocitose e neutrofilia com PCR negativa, rabdomiólise. Gasometria: acidemia metabólica, hiperlaticidemia. Tomografia axial torax/abdomen: derrame pleural, pericárdio e perihepático; excluído tromboembolismo pulmonar. Ecocardiograma: derrame pericárdico, excluído tamponamento cardíaco. Assumido choque distributivo, iniciado suporte aminérgico e ventilatório, admitido em cuidados intensivos tendo falecido.

Conclusões: Com este caso expomos um choque distributivo por ISCLS, excluídas outras causas, extremamente raro, potencial-

mente fatal, cuja etiopatogénese permanece desconhecida. O doente apresentava sempre a fase de pródromo procedida de extravasamento capilar com a tríade: hipotensão, hemoconcentração e hipoalbuminemia, com recuperação após tratamento de suporte, no entanto este severo episódio teve desenlace fatal. Referir que a sintomatologia de repetição que permitiu o raro diagnóstico.

P 78 Trabalho retirado

P 79

PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA NO PRÉ-HOSPITALAR – EXPERIÊNCIA DE UMA VMER FORA DOS GRANDES CENTROS

Ana Corte Real, Joana Louro, Joaquim Urbano
Centro Hospitalar do Oeste – Hospital de Caldas da Rainha

Introdução: A paragem cardiorespiratória (PCR) é uma das principais emergências que motiva o acionamento da Viatura Médica de Emergência (VMER). O outcome favorável depende do sucesso dos 4 elos da cadeia de sobrevivência, onde o desfibrilhador automático externo (DAE) surgiu como complemento, com aumento significativo da probabilidade de sobrevivência das vítimas.

Objetivos: Análise epidemiológica da abordagem das PCRs pela VMER de um hospital distrital.

Métodos: Estudo descritivo retrospectivo longitudinal centrado na revisão das fichas das ativações (n= 289) da VMER de 01/07/2017 a 30/06/2018.

Resultados: 55,7% das vítimas eram do género masculino com idade média de 73,8 anos (min 2 meses; máx 101 anos). 59,2% das ocorrências foram no “domicílio”, 29,4% no “lar/casa de acolhimento” e 10% na via pública. 87,2% das PCRs foram por doença súbita, das quais 32,5% das vítimas tinham história de neoplasia em fase terminal ou

dependência total. Em contexto de trauma, o “acidente de viação” e o “enforcamento” foram as causas mais frequentes (29,7% e 27,0%). Em 57,4% dos registos referia-se o uso de DAE pelos bombeiros, registando-se ritmo desfibrilhável em apenas 4,2%. Em média, esta equipa esteve em manobras 12,7 min até à chegada da VMER. Nesta altura, 2,8% das vítimas apresentava ritmo desfibrilhável na 1ª avaliação. Em 18,7% iniciou-se SAV, 66.6% com via aérea avançada, e em 13,0% houve recuperação da circulação espontânea. Em 95.8% foi declarado óbito no local. O tempo médio de ocupação da VMER foi de 29,3 min. Fevereiro/2018 foi o mês com maior número de ativações por dia (1,14) seguido da janeiro/2018 (1,03).

Conclusão: Para a otimização da atuação e do outcome é essencial conhecer a nossa realidade. Nesta amostra destacam-se os eventos no género masculino por doença súbita não traumática, a par do facto de 32,5% das vítimas terem história de doença oncológica terminal ou dependência total. Ressalvar a baixa incidência de ritmo desfibrilhável à avaliação pelos bombeiros com DAE e pela VMER. O elevado tempo de ocupação pode ser interpretado pela dimensão geográfica coberta pela nossa VMER.

P 80

UM CASO DE SUCESSO DE LEPTOSPIROSE: QUANDO O DIAGNÓSTICO PRECOCE EVITA A ADMISSÃO EM UCI

Laura Costa, Inês Gonçalves, Filipa Pinho, Isabel Silva, Marcelo Andrade, Luísa Pinto, Francisco Gonçalves, Carlos Capela
Serviço de Medicina do Hospital de Braga

A leptospirose é uma zoonose de distribuição global, predominando em regiões temperadas. Caracteriza-se por grande variabilidade clínica, sendo a apresentação inicial semiológicamente pobre e pouco definida. Por essa razão, a rápida deterioração pode ocorrer an-

tes que o diagnóstico seja feito, à custa de mortalidade elevada.

Caso clínico: homem de 81 anos, autônomo. Antecedentes de adenocarcinoma gástrico com gastrectomia total em 2012. Observado no Serviço de Urgência por icterícia que se instalou e agravou em apenas três dias e colúria. Referiu anorexia, mialgias e noção de diminuição da diurese. Sem febre ou alteração do trânsito intestinal. Ao exame físico: emagrecido, icterícia da pele e escleróticas e desconforto à palpação do hipocôndrio direito. Analiticamente constatada lesão renal aguda (creatinina sérica 3.4 mg/dl), citocolestase com hiperbilirrubinemia mista e proteína C reativa (PCR) de 93 mg/L, sem leucocitose. Efetuou tomografia toraco-abdominopélvica que identificou hepatomegalia e vestígios de gastrectomia sem aparentes alterações perianastomóticas, sem dilatação das vias biliares.

Foi admitido para investigação adicional do quadro clínico que foi inicialmente interpretado como desidratação e recidiva tumoral com envolvimento hepático.

Na enfermaria apresentou deterioração em 24-48 horas, com oligúria, creatinina em perfil ascendente apesar de fluidoterapia; disfunção hepatocelular e citocolestase em agravamento; aumento de PCR até máximo de 350 mg/dl, leucocitose, disfunção hematológica com trombocitopenia ($20 \times 10^9/L$) e coagulopatia. Evoluiu para anasarca, com insuficiência respiratória tipo 1. Manteve-se apirético e sem evidência de disfunção neurológica. É conhecido resultado de investigação analítica com identificação de IgM anti-Leptospira no soro. Iniciada dose de carga endovenosa de doxiciclina, seguida de terapêutica oral, com excelente resposta. Ao fim de uma semana de tratamento, houve resolução de todas as disfunções (renal, hepática, hematológica e respiratória). Teve alta após 14 dias de inter-

namento. Em reavaliação na consulta após 3 meses: assintomático, sem alterações analíticas além de IgG anti-leptospira, sem IgM doseável.

A leptospirose é frequentemente identificada em fases avançadas, quando a sua gravidade impõe admissão em cuidados intensivos para suporte de órgãos. Neste caso a precocidade do diagnóstico permitiu a intervenção atempada e bem-sucedida, ilustrando a importância de um elevado grau de suspeição clínica.

P 81

“PSIQUIÁTRICO”: UM RÓTULO E UM OBSTÁCULO À INVESTIGAÇÃO MAIS APROFUNDADA?

Andreia Paulo, Andreia Ribeiro, Carolina Cadório, Cláudia Rocha, Pedro Madeira Marques, Sónia Costa, Vânia Almeida, Ana Alvarez Pidal, José Augusto Barata, Cândida Barroso, Ana Cristina Rodrigues
Hospital Vila Franca de Xira

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 25 anos, previamente autónoma e com patologia depressiva medicada com venlafaxina. Por melhoria, decide suspender medicação e inicia náuseas e vômitos. Recorre ao serviço de urgência (SU) sendo o quadro interpretado no contexto de interrupção do fármaco. Após observação e ajuste terapêutico pela psiquiatria, tem alta. No entanto, os sintomas persistem e a eles se associam perda ponderal, astenia, adinamia, que motivam recorrentes idas ao SU com vários esquecimentos re-introdução de venlafaxina até que é colocada a hipótese de síndrome depressivo com vômitos psicogénicos. Por agravamento do quadro acompanhado de retenção urinária é admitida. Repetiu análises e tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica (CE) que não demonstram alterações. A doente referia apenas sintomas depressivos mas à observação apresentava diplopia, disartria e sialorreia marcadas, parésia atáxica do mem-

bro superior esquerdo e membros inferiores e sinal de babinski à esquerda. Colocada a hipótese de lesão do tronco cerebral e realiza ressonância magnética (RM) CE que revelou lesão na transição bulbomedular hipointensa em t1 e hiperintensa nas sequências TR longo e FLAIR, discretamente heterogênea em T2, limites bem definidos com características ligeiramente expansivas, aspeto sugestivos de glioma ou rombencefalite. O líquido mostrou ligeira pleocitose com predomínio de células mononucleadas, disfunção ligeira da barreira hematoencefálica e suspeita de síntese de IgG intratecal. A presença de anticorpos (ac) anti aquaporina 4 no soro permitiu o diagnóstico de doença do espectro da neuromielite óptica. Iniciou metilprednisolona com melhoria clínica e imagiológica progressivas. Teve alta mantendo imunossupressão, recuperando a autonomia.

A neuromielite óptica é uma doença inflamatória rara do sistema nervoso central, que classicamente afecta os nervos óticos e/ou medula espinhal. Outros locais podem ser afectados, como o tronco cerebral, constituindo as doenças do espectro da neuromielite óptica, sendo a determinação dos ac anti aquaporina 4 essenciais para o seu reconhecimento.

Um caso peculiar não só pela infrequente entidade nosológica como pela forma de apresentação (repetidamente interpretada como psicogénica, o que protelou o diagnóstico) e impressionante regressão do quadro após instituída a terapêutica adequada.

P 82

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NO TRAUMA ESPLÊNICO: NA PRÁTICA, QUAL A SUA IMPORTÂNCIA?

Cátia Felício, Miguel Brito, Ana Freire Gomes, Teresa Pereira, Cristina Lavado, João Coutinho
Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, Departamento de Cirurgia Geral

Introdução: A abordagem do trauma esplénico tem-se baseado no grau da lesão anatómica de acordo com a classificação da Associação Americana de Cirurgia do Trauma (AAST-OIS) devendo, contudo, também incluir o estado hemodinâmico do doente e lesões associadas, o que foi englobado na classificação da Sociedade Mundial de Emergência Cirúrgica (WSSES) de 2017. De acordo com esta, o trauma esplénico pode ser menor (classe I), moderado (classe II e III) ou severo (classe IV).

Objetivos: Pretende-se realçar a importância da abordagem multidisciplinar no trauma esplénico através da avaliação retrospectiva das suas características, terapêutica adotada, necessidade de cuidados de nível II e III, bem como da mortalidade aos 30 dias.

Material e métodos: Incluíram-se doentes com idade ≥ 18 anos, admitidos em Urgência, de julho 2013 a junho 2018, com trauma esplénico em ecografia e/ou tomografia computadorizada abdominal. Analisaram-se as características clínicas, abordagem terapêutica, necessidade de admissão em unidade de nível II ou III, tempo de internamento e mortalidade aos 30 dias.

Resultados e conclusões: Avaliaram-se 93 doentes (68,8% homens) com idade média $49,57 \pm 20,56$ anos, admitidos por trauma na maioria resultante de acidente de viação ou queda (61,3% e 30,1% dos casos, respetivamente). Objetivou-se trauma abdominal contuso em 92,5% (n=86) dos casos e penetrante nos restantes. À admissão 58,1% (n=54) dos doentes tinham instabilidade

hemodinâmica, sendo a maioria politraumatizados com necessidade de admissão em unidade de nível III em 57% dos casos (n=53) e 10,8% (n=10) em unidade de nível II. A duração média do internamento foi de 23,09±22,8 dias. Verificou-se uma mortalidade de 19,4% (n=18) aos 30 dias.

Face ao trauma esplênico 47,3% (n=44) dos doentes tinham lesão classe I, 14% (n=13) classe II, 3,2% (n=3) classe III e 35,5% (n=33) classe IV. Após avaliação 46,2% (n=43) dos doentes foram submetidos a esplenectomia e os restantes (n=50) a terapêutica conservadora. Destes últimos, em 4 houve necessidade de realizar esplenectomia por rotura em 2º tempo/falso aneurisma. Retrospectivamente, 3 doentes poderiam ter realizado angiografia ± angioembolização.

Nesta amostra o trauma esplênico surgiu, na maioria, em contexto de politraumatismo severo, implicando não só uma abordagem multidisciplinar perante as lesões existentes, mas também uma abordagem multidisciplinar face à necessidade de estabilizar e otimizar homeostasia fisiológica do doente o que tem impacto no seu prognóstico.

P 83

ABORDAGEM DE TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Pereira, Catarina Vilaça; Marques, José Cunha; Soares, Pedro Ribeiro; Nogueira, Fernando; Soares, Marta; Marujo, Cristina; Almeida, Jorge
Centro Hospitalar de São João

Introdução: As taquicardias supraventriculares (TSV) incluem-se no grupo de taquicardias regulares de complexos estreitos, sendo que a taquicardia de reentrada nodal auriculo-ventricular (TRNAV) constitui o subtipo mais frequente.

A abordagem terapêutica desta patologia inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas, sendo que as não farmacológicas

dizem sobretudo respeito à Manobra de Valsalva e as farmacológicas à administração de bólus endovenosos de adenosina, com elevadas taxas de sucesso descritas na literatura.

Objetivos: O presente estudo pretendeu proceder à caracterização da população de doentes de um Hospital central com diagnóstico de saída do episódio de urgência de taquicardia supraventricular paroxística e estabelecer comparação e paralelismo com a literatura em relação às TSV.

Material e métodos: Assim, procedeu-se à análise retrospectiva dos episódios de urgência com o diagnóstico de saída de “taquicardia supraventricular paroxística” entre os anos 2015 e 2017, num total de 240 processos clínicos. Foram analisados os motivos de admissão no Serviço de Urgência, cor da triagem de Manchester atribuída, tempo de permanência no SU entre a primeira observação e alta médicas, meios complementares de diagnóstico e terapêuticos (MCDTs) realizados e terapêuticas administradas no episódio de urgência em questão. Adicionalmente foram estudadas as orientações dos doentes à data da alta.

Resultados e conclusões: Entre os processos clínicos estudados foi evidente uma maior prevalência da atribuição de cor laranja na Triagem de Manchester, com um tempo de permanência no SU variável. Foi possível observar que a maioria dos doentes teve alta para ambulatório, na sua grande maioria orientados para Consulta Externa de Cardiologia.

Assim, com o presente estudo pretendeu-se evidenciar a forma de apresentação das taquicardias supraventriculares, caracterização da população quanto ao género e idade, forma de abordagem e orientação dos doentes em contexto de Serviço de Urgência de um Hospital central.

P 84 Trabalho retirado

P 85

DOR TORÁCICA: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Filipa Batista, Ana F. Costa, Fábio Almeida,
Joana Antunes, Luísa Loureiro, Sónia Campelo,
Teresa Alfaiate, Amélia Pereira
Hospital Distrital da Figueira da foz

Introdução: A dor torácica (DT) é uma causa comum de vinda ao serviço de Urgência (SU). A sua avaliação é um desafio, pela variedade de causas possíveis.

Objetivos: Caracterizar a população e a gravidade dos doentes triados por DT e determinar a sua relação com o diagnóstico final.

Material e métodos: Realizou-se um estudo prospetivo, observacional, procedendo-se à consulta dos processos dos doentes admitidos num SU por DT através da Triagem de Manchester, de janeiro a junho de 2018. A análise estatística foi feita usando o programa SPSS, 23.0.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 1752 doentes (54.6% mulheres, com média de idades de 55.48 ± 18.69 anos). Destes, 20.7 % foram triados como laranja. A maioria dos doentes foi orientado para a Clínica Geral (CG). Os diagnósticos prevalentes foram patologia das vias respiratórias (PVR) (33.2%), patologia músculo esquelética (PME) (24.7%) e patologia cardiovascular (PCV) (10.6%). Os doentes triados com maior gravidade eram significativamente mais velhos.

Dos triados de laranja, 99.7% foram encaminhados para a Medicina Interna (MI), sendo que os diagnósticos prevalentes foram PCV (34.5%), patologia psicogénica (PP) (18.2%) e trauma (17.7%). Os triados de amarelo foram maioritariamente encaminhados para a CG. Os diagnósticos prevalentes foram PVR (36.7%) e PME (27.9%).

Foram triados 559 doentes para a MI, 64.6% laranjas e 33.5% amarelos. Os diagnósticos prevalentes foram PCV (27.7%), PME (17%), trauma (17%), PVR (16.1%) e PP (15%).

Os doentes diagnosticados com síndrome co-

ronário agudo (SCA) representaram 2.8% da totalidade da amostra e 26.3% dos doentes com PCV. Destes, 79.6% foram triados de laranja e 93.9% triados para a MI. Os diagnósticos foram de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) sem supra ST em 53.1% dos doentes, EAM com supra ST em 28.6% e Angina instável em 18.4%. O tempo entre a triagem-observação pelo médico foi significativamente inferior no EAM com supra ST. Verificou-se uma correlação entre a gravidade atribuída na triagem e o diagnóstico de SCA. Deste grupo, 91.8% foi encaminhado para a Cardiologia. Em conclusão, a Triagem de Manchester permite identificar as situações graves. No entanto, uma grande percentagem de doentes com patologia não emergente é triado com gravidade laranja, o que pode atrasar a observação e tratamento dos doentes com situações potencialmente fatais. Será importante criar novos fluxogramas na urgência para melhorar a atribuição de prioridades.

P 86

SÍFILIS – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ana Rita Lambelho, Andreia Machado Ribeiro,
Pedro Madeira Marques, Carolina Cadório,
Andreia Paulo, Cláudia Rocha, Isabel Costa,
Ana Rodrigues, José Augusto Barata
Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: Sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*, sendo a terceira infecção bacteriana sexualmente transmitida mais frequente, que é a sua principal via de transmissão. É conhecida por apresentar uma grande multiplicidade de manifestações com diferentes fases clínicas (primária, secundária e terciária). Recentemente, a incidência de sífilis primária e secundária tem vindo a aumentar.

Objetivos: Este caso clínico pretende fazer uma revisão teórica da abordagem clínica da sífilis e das suas principais formas de apresentação.

Material e métodos: Apresenta-se o caso de um homem de 33 anos, melanodérmico, autônomo, que recorreu ao serviço de Urgência (SU) por quadro com 2 semanas de evolução de lesões cutâneas, queixas de cefaleia e mialgias com 4 dias de evolução e pico febril isolado prévio à vinda ao SU. Sem antecedentes de úlceras genitais indolores. À observação, exibia exantema maculopapular disperso com placas descamativas, que não poupava palma das mãos e planta dos pés, com agravamento progressivo e progressão cefálica, sem prurido. Apresentava ainda conjuntivite bilateral e adenopatia inguinal esquerda dolorosa. Da avaliação analítica destacava-se leucocitose de 15,0 103/μL 79 e PCR elevada de 8,02 mg/dl, padrão colestático (GGT 139 UI/L, FA 141 UI/L), assim como VDRL positivo (título 1/32) e VIH 1/2 negativo. Por suspeita de meningite sífilítica, foi realizada tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica que não revelou alterações significativas. Neste contexto foi realizada punção lombar com saída de líquido cefalorraquidiano (LCR) límpido sem características patológicas. Foi assumida sífilis secundária e realizou Penicilina G 2.4 MUI intramuscular. O doente foi internado para vigilância. Da restante avaliação analítica efetuada, a destacar TPHA positivo, anticorpo Anti-Treponema pallidum IgM/IgG positivo e VDRL (LCR) negativo. Durante o internamento observou-se melhoria progressiva do quadro clínico, tendo alta com exantema em fase de regressão.

Resultados e conclusões: A sífilis continua a ser um desafio diagnóstico devido às suas manifestações multiformes. Salienta-se a importância de uma abordagem completa do doente no SU e de um elevado índice de suspeita clínica. De realçar ainda que cerca de 30% dos doentes não tratados progridem para sífilis terciária, com elevada morbidade e mortalidade, o que enfatiza a importância do diagnóstico e tratamento precoces.

P 87

DISPNEIA VALE MAIS QUE UM DIAGNÓSTICO

Pedro Madeira Marques, Carolina Cadório, Andreia Ribeiro, Ana Rita Lambelho, Andreia Paulo, Nuno Sousa, Cláudia Rocha, Ana Rodrigues, José Barata
Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: Os aneurismas saculares da aorta torácica são situações clínicas que exigem diagnóstico rápido pela sua alta taxa de mortalidade, sendo este muitas vezes desafiante pela inespecificidade do quadro clínico e pelos diagnósticos diferenciais existentes.

Objetivos: Apresentação de um caso clínico de patologia aórtica com clínica respiratória.

Materiais e métodos: Caso clínico de doente internada por uma infeção respiratória que ocultou a presença de aneurisma sacular da aorta.

Resultados e discussão: Mulher, 81 anos, trazida ao serviço de Urgência de um Hospital Distrital por febre (38.3°C), toracalgia de agravamento progressivo, dispneia, pieira, tosse e odinofagia com uma semana de evolução. À observação encontrava-se hipertensa, taquicárdica, com pulso pouco amplo, apirética, com fevres crepitantes basais e edemas maleolares. A gassimetria apresentava acidemia metabólica e hiperlactacidemia. Analiticamente apresentava anemia, elevação dos parâmetros inflamatórios, trombocitose, elevação de D-dímeros, lesão renal aguda com hipercaliemia, lesão hepática, pro-BNP elevado e ligeira elevação da troponina. Sem alterações do débito e das características da urina. Serologia para pneumococos positiva. O electrocardiograma demonstrava taquicardia sinusal. A Radiografia de tórax revelou alargamento do mediastino e desvio da traqueia para a direita, sem hipotransparências. A doente foi internada com a hipótese diagnóstica de sépsis grave com ponto de partida respiratório a pneumococcus e foi iniciada terapêutica com ampicilina e azitromicina. Ecocardiograma transtorácico sem alterações. No internamento manteve

vários episódios de hipertensão sintomática, pieira intensa sem sinais de congestão pulmonar, dispneia em repouso e precordialgia. Dado a agravamento dos sintomas e o alargamento do mediastino foi realizada tomografia computadorizada torácica que demonstrou a presença de aneurisma sacular do arco aórtico com sinais de marcada compressão extrínseca sobre a traqueia por hematoma.

A compressão aneurismática da árvore traqueobrônquica exarcebou a clínica respiratória, dificultando assim o diagnóstico. Com este caso pretende-se alertar para a importância de exclusão de diagnósticos diferenciais, nomeadamente o aneurisma da aorta torácica, que acarreta elevada mortalidade. Ainda que a apresentação possa ser inespecífica, deve haver um alto grau de suspeição e integrar os elementos clínicos, laboratoriais e imagiológicos para chegar ao diagnóstico precocemente.

P 88

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR “EM TOM DE AZUL”

Leila Duarte¹, Ana Coelho Gomes², Anabela Oliveira³

¹Interna do 2º ano Formação Especializada Medicina Interna no Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Santa Maria – Serviço Medicina 2, ²Assistente Hospitalar do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar Lisboa Norte,

³Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna – Diretora do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: O sistema de triagem de Manchester caracteriza como azul um doente não urgente, que deverá ser avaliado em regime de urgência até 240 minutos após a sua admissão. A triagem surge como arma à organização do serviço de Urgência, não devendo comprometer a correta avaliação e caracterização de todos os doentes.

Caso clínico: Mulher de 51 anos, autónoma, com história prévia de doença cerebrovascular, hipertensão arterial essencial, status

pós-encerramento de foramen oval patente e tabagismo ativo (30 UMA).

Recorreu ao serviço de urgência por dor na grelha costal lateralizada à esquerda após trauma 15 dias antes, que agravava com a inspiração profunda e não cedia à analgesia, sendo triada com pulseira azul.

Ao exame objetivo apresentava GCS 15, TA: 119/86 mmHg, FC: 87 bpm, polipneia apesar de SpO2 95% (FIO2 21%) e auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. Laboratorialmente destacava-se alcalemia respiratória e hipoxemia (pH 7,463 mmHg; pCO2: 26,2 mmHg; pO2: 55,4 mmHg; satO2 89%, HCO3-:

21,6 mmol/L, lactatos 7 mmol/L), discreta elevação dos D-dímeros 0,49 ug/mL e do NT proBNP 1653 pg/mL, troponina T dentro dos valores de referência (9 ng/L) e ausência de anemia, leucocitose ou neutrofilia e PCR negativa. A radiografia de tórax não evidenciava fratura de arcos costais, o eletrocardiograma apresentava inversão das ondas T em avF, DII e de V3 a V6 e o ecocardiograma transtorácico cavidades direitas dilatadas, função longitudinal ventrículo direito ligeiramente comprometida, TAPSE 15 mm, regurgitação tricúspide grave 4,6 m/s; gradiente 86,3 mmHg com PSAP 101 mmHG e veia cava inferior dilatada. A angio-TC torácica revelou defeitos de repleção em ramos segmentares e subsegmentares das artérias pulmonares em relação com tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo, coexistindo sinais de TEP crónico. A doente foi internada e excluídas trombofilias, etiologia neoplásica e patologia autoimune.

Conclusão: O presente caso descreve uma doente com TEP agudo e crónico (CTEPH - *Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension*) causa rara e progressiva de hipertensão pulmonar, acompanhada de disfunção do coração direito. Este caso salienta as limitações da triagem de Manchester na estratificação do risco dos doentes e realça a importância da anamnese e exame objetivo para o seu diagnóstico e tratamento.



Intervenientes no Congresso

Ana Azevedo – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Anabela Oliveira – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E.
André Goulart – Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, E.P.E.
Andrea Salgueiro – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Andreia Costa – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
António Martins Baptista – Hospital Beatriz Ângelo
Augusta Borges – Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
Bárbara Lobão – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Betânia Ferreira – Hospital da Luz Arrábida, Vila Nova de Gaia
Bruno Rodrigues – Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
Cândida Fonseca – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
Carla Araújo – Hospital Beatriz Ângelo
Carlos Godinho – Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Carmo Caldeira – Centro Hospitalar do Funchal
Catarina Bekerman – Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
Catarina Conceição – Hospital de São Francisco Xavier
Ermelinda Pedroso – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Eugénio Dias – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Fátima Campante – Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.
Fernando Salvador – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
Francisco Mota – Grupo Luz Saúde
Inês Palma dos Reis – Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.
Isabel Fragata – Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
João Gonçalves Pereira – Hospital Vila Franca de Xira
João Pacheco Pereira – Hospital Beatriz Ângelo
João Sá – Hospital da Luz
Jorge Lima – Hospital CUF Descobertas
Jorge Teixeira – Hospital de Braga
José Mariz – Hospital de Braga
José Pereira – Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.
Luís Bento – Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
Luísa Rebocho – Hospital do Espírito Santo, E.P.E.
Margarida Madeira – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Maria da Luz Brazão – Centro Hospitalar do Funchal
Miguel Tavares – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
Narciso Oliveira – Hospital de Braga
Nuno Bernardino Vieira – Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Nuno Germano – Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
Nuno Luís – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Olga Gonçalves – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
Paula Brito – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Paulo André – Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.
Paulo Freitas – Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.
Paulo Pina – Casa de Saúde da Idanha
Pedro Carreira – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Pedro Moraes Sarmiento – Hospital da Luz de Lisboa
Ricardo Matos – Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
Rui Matos – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Sara Gonçalves – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Sónia Serra – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Susana Neves Marques – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Tiago Judas – Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
Umbelina Caixas – Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
Vitor Augusto – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Zélia Lopes – Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

ORGANIZAÇÃO



PRESIDENTE DO CONGRESSO

António Martins Baptista

SECRETÁRIA-GERAL

Susana Neves Marques

COMISSÃO ORGANIZADORA

Bárbara Lobão
Beatriz Navarro
Ermelinda Pedroso
Eugénio Dias
Hugo Casimiro
Paula Lopes
Pedro Carreira
Sónia Serra

COMISSÃO CIENTÍFICA

Amadeu Prado Lacerda
António Messias
Armando Carvalho
Carla Araújo
Carlos Carvalho
Carlos Miranda
Clara Rosa
Fernando Martos Gonçalves
Francisco Pestana Araújo
João Araújo Correia
João Porto
João Sá

José Lomelino Araújo
José Mariz
Manuela Fera
Maria da Luz Brazão
Mário Alcatrão
Mário Parreira
Sofia Corredoura
Sofia Nóbrega
Sofia Silva
Vargas Xavier
Villa Brito
Vitor Augusto

JÚRI DE POSTERS

Maria da Luz Brazão
Nuno Bernardino Vieira
Susana Neves Marques

JÚRI DE COMUNICAÇÕES ORAIS

António Martins Baptista
Ermelinda Pedroso
Zélia Lopes

APOIO



MAJOR SPONSORS



SPONSORS



SECRETARIADO



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10
E: paula.cordeiro@admedic.pt
W: www.admedic.pt