



Portimão

CIDADE EUROPEIA
DO DESPORTO

European City
of Sports

2
01
9



5^o Congresso
Nacional
DA URGÊNCIA

(Re)Pensar a Urgência
nos 40 anos do SNS

11 a 13 de outubro de 2019
Teatro Municipal de Portimão

CURSOS PRÉ-CONGRESSO
10 e 11 de outubro de 2019

Imagem: Ad Médic



CURSOS PRÉ-CONGRESSO

- > Curso POCUS (Ecografia à cabeceira do doente)
- > Curso básico de Medicina Intensiva
- > Curso Competências Não Clínica



Consulte a versão digital
do programa com resumos

Programa Científico
Versão Digital



Quinta e Sexta-feira | 10 de outubro de 2019

CURSOS-PRÉ CONGRESSO

- 14:00-18:00h **Curso POCUS (Ecografia à cabeceira do doente)**
Coordenador: José Mariz
Local: Centro de Formação do Hospital de Portimão, CHUA
- 09:00-17:30h **Curso básico de Medicina Intensiva**
Coordenadores: Raquel Cavaco e Nuno Germano
Local: Espaço Raiz, Sede da Associação Teia D'Impulsos
- 09:00-18:00h **Curso Competências Não Clínica**
Coordenadora: Andreia Garcia
Local: Sala de formação do Hospital de Alvor, Grupo HPA Saúde



Quinta e Sexta-feira | 11 de outubro de 2019

- 08:30-19:00h **Curso POCUS (Ecografia à cabeceira do doente)**
Coordenador: José Mariz
Local: Centro de Formação do Hospital de Portimão, CHUA
- 09:00-17:30h **Curso básico de Medicina Intensiva**
Coordenadores: Raquel Cavaco e Nuno Germano
Local: Espaço Raiz, Sede da Associação Teia D'Impulsos
- 09:00-13:00h **Curso Competências Não Clínica**
Coordenadora: Andreia Garcia
Local: Sala de formação do Hospital de Alvor, Grupo HPA Saúde



Sexta-feira | 11 de outubro de 2019

5º CONGRESSO NACIONAL DA URGÊNCIA

SALA A – GRANDE AUDITÓRIO

- 16:00-18:00h **DESAFIOS NA GESTÃO DUM SERVIÇO DE URGÊNCIA**
– Workshop de melhoria contínua para Chefias de Serviços de Urgência
Rui Cortes
- 18:00-19:00h **SESSÃO DE ABERTURA**
Abertura do 5º Congresso Nacional da Urgência
CONFERÊNCIA DE ABERTURA
A HISTÓRIA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA EM 40 ANOS DE SNS
Presidente: Maria da Luz Brazão
Conferencista: João Sá
- 19:00h **COCKTAIL DE BOAS-VINDAS: ALGARVE DE HONRA**



07:30h	Abertura do Secretariado	
08:30-10:30h	ENCONTROS COM O ESPECIALISTA Moderador: Ricardo Louro EE1: Asma e DPOC na urgência João Munhá EE2: Tromboembolismo pulmonar Susana Marques EE3: Utilização racional dos antibióticos no serviço de urgência Domitília Faria	SALA A – GRANDE AUDITÓRIO
	ENCONTROS COM O ESPECIALISTA Moderadora: Marta Duarte EE4: O traumatismo crânio-encefálico na urgência Gonçalo Neto Almeida EE5: O traumatismo torácico na urgência Javier Gallego EE6: O traumatismo abdominal na urgência Tina Sanai	SALA B – PEQUENO AUDITÓRIO
10:30-11:00h	Pausa para café	
11:00-12:15h	MESA-REDONDA A URGÊNCIA DA CATÁSTROFE Presidente: Isilda Gomes Moderadores: Carlos Raposo e Inês Simões Situações de exceção Richard Marques A visão do pré-hospitalar Vasco Monteiro O serviço de urgência e a catástrofe Eugénio Mendonça	SALA A – GRANDE AUDITÓRIO
12:15-13:00h	COMUNICAÇÕES LIVRES Moderadoras: Luísa Arez e Zélia Lopes Prémio de investigação clínica	SALA A – GRANDE AUDITÓRIO
	COMUNICAÇÕES LIVRES Moderadores: Carla Araújo e Manuel Calzado Casos clínicos	SALA B – PEQUENO AUDITÓRIO

13:00-13:45h
 NOVARTIS

SIMPÓSIO INDÚSTRIA 1
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA URGÊNCIA

SALA A – GRANDE AUDITÓRIO

13:45-14:30h



SIMPÓSIO INDÚSTRIA 2
HIPOCOAGULAÇÃO NA URGÊNCIA, O QUE FAZER?

SALA B – PEQUENO AUDITÓRIO

13:15-14:15h

Almoço (Entrega das lunch box)

14:30-16:00h

MESA-REDONDA

SALA A – GRANDE AUDITÓRIO

O SERVIÇO DE URGÊNCIA E A ABORDAGEM DO DOENTE AGUDO

Presidente: Paulo Morgado

Moderador: Narciso Oliveira

A visão da medicina interna

João Araújo Correia

A visão da medicina geral e familiar

Rui Nogueira

A visão do administrador hospitalar

Xavier Barreto

MESA-REDONDA

SALA B – PEQUENO AUDITÓRIO

O PAPEL DO INTERNO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA [Organização do Núcleo de Internos de Medicina Interna]

Presidente: Armando Carvalho

Moderador: José Sousa

O interno equiparado a especialista no serviço de urgência

Edson Oliveira

O interno como médico autónomo num serviço de urgência fora do seu local de formação

Fábio Borges

Formação no serviço de urgência – Desafios e estratégias

Susana Marques

16:00-16:30h

Pausa para café

16:30-18:30h

ENCONTROS COM O ESPECIALISTA

SALA A – GRANDE AUDITÓRIO

Moderadora: Nádía Fernandes

EE7: Síndrome coronário agudo na urgência

Gonçalo Cardoso

EE8: Fibrilhação auricular

Francisco Araújo

EE9: Abordagem da insuficiência cardíaca aguda

Marco Fernandes

ENCONTROS COM O ESPECIALISTA

SALA B – PEQUENO AUDITÓRIO

Moderadora: Nina Fernandes

EE10: Dor Aguda

Sandra Gestosa

EE11: O síndrome confusional agudo no serviço de urgência

Hipólito Nzwalo

EE12: Via verde de AVC

Ana Paiva Nunes

18:30-19:15h

REUNIÃO

SALA B – PEQUENO AUDITÓRIO

NÚCLEO DE ESTUDOS DE URGÊNCIA E DO DOENTE AGUDO DA SPMI

18:30-19:15h

SESSÃO DE POSTERS 1

SALA “CAFÉ CONCERTO”

(3 sessões de E-posters simultâneas)



Domingo | 13 de outubro de 2019

08:30h

Abertura do Secretariado

08:30-09:15h

SESSÃO DE POSTERS 2

SALA “CAFÉ CONCERTO”

(3 sessões de E-posters simultâneas)

09:00-10:30h

MESA-REDONDA

SALA A – GRANDE AUDITÓRIO

CASOS CLÍNICOS DE URGÊNCIA INTERACTIVOS

Moderadores: João Porto e Luís Duarte Costa

Caso 1: Coordenação Ana Patrícia Pereira

Prelector: Sara Vilela (Hospital Garcia D’Orta)

Caso 2: Coordenação Luísa Guimarães

Prelector: Luciana Faria (Centro Hospitalar de Vila do Conde, Póvoa de Varzim)

Caso 3: Coordenação José Sousa e Costa

Prelectores: Teresa Goes e João Lopes (U. Local de Saúde do Litoral Alentejano)

Caso 4: Coordenação Sofia Amálio

Prelector: Sérgio Pina (Centro Hospitalar Universitário do Algarve)

(continua)

(continuação)

MESA-REDONDA

SALA B – PEQUENO AUDITÓRIO

ENFERMEIROS NA URGÊNCIA I

A Resposta Extra-Hospitalar tornou-se um maior desafio para a Enfermagem?

Moderadora: Leonor Luís

Na perspetiva da gestão do INEM

Rui Campos

A visão de um enfermeiro da SIV

Lúcio Reis

A visão de um enfermeiro da VMER

Nuno Ferreira

10:30-11:00h

Pausa para café

11:00-12:30h

CONTROVÉRSIAS

SALA A – GRANDE AUDITÓRIO

HOT TOPICS EM EMERGÊNCIA

Moderadora: Glória Campello

ECMO no pré-hospitalar

Phillip Fortuna

Fluidoterapia na Sepsis

Cristina Granja

Ecografia à cabeceira do doente em choque

José Mariz

MESA-REDONDA

SALA B – PEQUENO AUDITÓRIO

ENFERMEIROS NA URGÊNCIA II

Estratégias prioritárias para a enfermagem num SU – Qual o caminho...

Moderadora: Patrícia Pires

Via Verde Coronária

Joana Barbosa

Via Verde AVC

Ana Rita Gonçalves

Capnografia na Paragem Cardio-Respiratória

Guilhermino Reis

12:30-13:15h

SESSÃO DE ENCERRAMENTO – CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO

40 ANOS DE SNS: CRIAMOS UM SNS URGENCIOCÊNTRICO?

Presidente: Faustino Ferreira

Conferencista: António Martins Baptista

Conclusões e Entrega de Prémios aos melhores trabalhos, incluindo o Prémio Investigação Clínica em Urgência

Anúncio do 6º Congresso Nacional de Urgência



RESUMOS DOS TRABALHOS

COMUNICAÇÕES ORAIS

Prémio Investigação Clínica

CO 01

AVLIAÇÃO DA GRAVIDADE DA PNEUMONIA EM DOENTES ADMITIDOS NO SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO

Sérgio Ferreira Cristina, Tatiana Oliveira, Carolina Sepúlveda, Ana Rafaela Alves
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: A utilização do CURB-65 e o Índice de Gravidade da Pneumonia (PSI) é uma ferramenta validada e útil para decisão clínica em doentes com pneumonia

Objetivos: Avaliar se os doentes admitidos em serviço de observação (SO) com pneumonia são transferidos para domicílio, enfermaria ou Unidade de Cuidados Intermédios/Intensivos (UCI) de acordo com o CURB-65 e PSI. Métodos: Incluíram-se todos os doentes admitidos em SO com pneumonia em Janeiro de 2019. Avaliámos o destino após SO, a mortalidade, o CURB-65, o PSI, a dependência, a hipoxemia e o Sequential Organ Failure Assesment (SOFA) à admissão.

Resultados: Foram identificados 95 doentes com pneumonia. A maioria foi transferida para enfermaria (80%). Apenas 3 foram para UCI e 5 tiveram alta. A mortalidade foi de 23.2%. Dos 14 doentes com PSI classe I, II ou III (ambulatório), 64% foram para enfermaria e 28.6% tiveram alta. Um foi para UCI. Destaca-se um CURB-65 de categoria moderada em 2, um SOFA > 1 em 11 e hipoxemia em 8 doentes. Apenas 31 dos 81 doentes com PSI classe IV e V (internamento) eram autónomos, 82.7% foram para enfermaria, apenas 2 para UCI e

1 teve alta. A mortalidade foi de 22%. Seis tinham baixo risco pelo CURB-65 e 39.5% não tinham hipoxemia. Apenas 3 tinham SOFA < 2. Dos 22 doentes falecidos, apenas se verificou uma admissão na UCI, 63.6% foram para enfermaria e 31.8% faleceram no SO. Com o CURB-65, 1 doente foi classificado com baixo risco, 2 como moderado e os restantes como alto. O PSI mostrou melhor precisão, tendo classificado 4 em classe IV e os restantes na classe V. Nenhum apresentou SOFA < 2. Dos 5 óbitos em autónomos, o CURB-65 classificou 1 em baixo risco e os restantes em alto risco e o PSI 2 em categoria IV e 3 em V. O SOFA variou entre 4 e 7. Nenhum foi para UCI, 4 foram para enfermaria e 1 faleceu em SO.

Discussão: A maioria dos doentes apresenta gravidade no PSI e CURB-65 que sugere hospitalização. Verificámos que o PSI e o CURB-65 não foram suficientemente inclusivos para decisão única de internamento. De facto, 78.5% dos doentes em classe de risco baixo apresentavam disfunção multiorgânica. Parece existir uma subutilização das UCI nos doentes de alto risco, mostrando eventual dificuldade na identificação destes. Dos 5 doentes autónomos que faleceram, tanto o CURB-65 como o PSI colocaram alguns em categorias que não a de maior risco. O SOFA mostrou disfunção multiorgânica em todos estes, sugerindo que o seu cálculo poderá ser útil no apoio à decisão clínica.

CO 02

PARAGEM CARDIORESPIRATÓRIA: CASUÍSTICA DE UM ANO NUMA SALA DE EMERGÊNCIA

Cátia Ribeiro Santos, Cátia Faria, Cláudia Antunes,
João Santos, Célio Fernandes
*Centro Hospitalar de Leiria - Hospital de Santo André
- Medicina Interna II*

A paragem cardíorespiratória (PCR) súbita é uma importante causa de morte no mundo, com forte impacto social e económico. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados de saúde, as taxas de morbi-mortalidade associadas à PCR não diminuíram significativamente. O objectivo deste estudo foi caracterizar os doentes admitidos na sala de emergência (SE). Através de um estudo observacional retrospectivo dos casos de PCR admitidos na SE num período de 12 meses, analisou-se, com recurso aos processos clínicos, dados demográficos, origem da PCR, início de suporte básico de vida e avançado de vida, assistência pré-hospitalar, análise do 1º ritmo, tempo de manobras de reanimação, recuperação da circulação espontânea, óbitos, status funcional aos 3 meses após evento. Obtiveram-se 118 doentes em PCR na SE com uma mediana de idades de 79 anos e ratio feminino:masculino 1:1.31; 72 casos de PCR fora do hospital (PCRfH) e 46 casos de PCR na SE, posteriormente à admissão no serviço de urgência (PCRSU). A assistência pré-hospitalar nas PCRfH foi realizada pela VMER em 29 casos com início de manobras de SAV e em 38 casos pelos bombeiros com recurso a SBV+-DAE. O tempo de início de manobras de SBV foi maior nas PCRfH, registando-se 52 casos sem conhecimento dessa variável e sem manobras de SBV por leigo. A análise do 1º ritmo na PCRfH identificou-se em 63 casos, sendo o ritmo não desfibrilável o mais comum (51). Já no caso das PCRSU, 44 casos foram ritmo não desfibrilável. Em 77 casos determinou-se a causa reversível de PCR, sendo a hipóxia a

mais identificável. Recuperaram-se 31 casos de PCR (26.2%), com 16 casos de PCR com início no pré-hospital (22.2%) e 15 casos nas PCRSU (32.6%). Em 49.2% dos casos o tempo de manobras de reanimação foi entre 30-45 minutos. Em relação a co-morbilidades, 94 doentes apresentavam pelos menos um factor de risco vascular prévio ao evento. Dos 118 casos de PCR na SE, 18 foram admitidos em unidade de cuidados intensivos e a mortalidade efectiva na SE foi 73.7% e de 93% durante a hospitalização total. O status funcional aos 3 meses após alta hospitalar: 2 casos recuperaram autonomia, 2 casos com diminuição da mesma e 4 casos desconhece-se o outcome. O sucesso na ressuscitação cardiorespiratória e os seus efeitos na qualidade de vida dependem do reconhecimento precoce com desfibrilhação e das manobras de suporte de vida básico e avançado de qualidade. Na análise da casuística destaca-se a constatação da elevada mortalidade associada à PCR.

CO 03

ABORDAGEM DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDIZADA – A IMPORTÂNCIA DA DIURESE E O CONCEITO DE PRÉ-CARGA

Hugo Costa, Teresa Silva, Adriana Quitério,
Ana Baptista, Mário Lázaro
Centro Hospitalar Universitário Algarve

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica que se apresenta com sinais e sintomas típicos associada a uma morbi-mortalidade elevada. Embora sem impacto na mortalidade, a utilização de diuréticos e nitratos na IC agudizada (ICA) é fundamental na estabilização hemodinâmica e clínica do doente, o que pode permitir a não descontinuação e/ou introdução da terapêutica modificadora de prognóstico de forma precoce.

Objetivos: Primário: Determinar o número de doentes internados por ICA, num único dia, nos serviços de Medicina Interna de um hospital central, e verificar se a abordagem diurética

tica à admissão no SU e durante as primeiras 48 horas de internamento está otimizada. Verificar a utilização de nitratos nestes doentes. Secundário: Verificar se os doentes com ICA e uma abordagem diurética otimizada apresentam tempos de internamento mais curtos.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo-análise descritiva. Criados 2 grupos: DDO–Dose Diurética Otimizada; DDNO–Dose Diurética Não Otimizada. Define-se DDO como a administração de furosemida (FUR) à admissão e nas primeiras 48 horas de internamento em dose de: pelo menos 1mg/Kg/dose de FUR endovenosa (EV) (1); ou pelo menos 40mg de FUR EV se doente naíve (2); ou pelo menos FUR EV em dose igual à dose total diária de ambulatório (3). Verificar os dias de internamento e a utilização de nitratos nos grupos definidos, considerando internamento de curta duração (ICD) ≤ 15 dias, bem como a morbi-mortalidade. Foi utilizado para este efeito a verificação dos registos clínicos e de óbito.

Resultados: Identificados 50 doentes (N188), média 82 anos, 52% do sexo feminino. 54% DDO e 40% DDNO. Dos 54% DDO, 88% com ICD versus 26% DDNO. 60% com ICD, sendo 80% DDO e 20% DDNO. A estratégia da DDO foi 28% pelo método (3) e 26% pelo método (1). 4% foi a utilização de nitratos, sempre em doentes com IC e edema agudo de pulmão (EAP), incluídos no grupo DDO e com ICD. Registaram-se de 4 mortes, 3 no grupo DDNO.

Conclusões: 26% dos doentes internados tem diagnóstico principal de ICA. 54% DDO e destes 88% com ICD. A utilização de nitratos foi precária (4%), sempre associado a IC com EAP e DDO com ICD. Registaram-se 4 óbitos todos associados ao grupo DDNO. Verifica-se assim que a maioria dos doentes foi sujeita a uma DDO e que este grupo registou um maior número de ICD. Será necessário no futuro uma avaliação mais abrangente com o intuito de demonstrar ou não esta associação como potencial valor prognóstico.

CO 04

VIA VERDE CORONÁRIA – AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DO ANO DE 2018 NUM HOSPITAL CENTRAL

Teresa Fevereiro, Cláudia Lampreia, João Melo, Manuela Teotónio, Francisco Farrajota
Equipa Dedicada do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: A Via Verde Coronária (VVC) visa a rápida identificação do doente com enfarte agudo do miocárdio (EAM) no Serviço de Urgência (SU) e sua orientação para centro de angioplastia, reduzindo assim a morbimortalidade.

Objectivos: Avaliação dos resultados da VVC de modo a otimizar o seu funcionamento. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos episódios de urgência no ano de 2018, seleccionando aqueles em que se diagnosticou EAM com supradesnivelamento do segmento ST (EAMCSST). Avaliaram-se dados demográficos, triagem de Manchester, forma de admissão, tempos início triagem-electrocardiograma (ECG), porta-balão e admissão-alta do SU (“Door-in-Door-out”, DIDO), dado a Sala de Hemodinâmica distar 2.3 Km do SU.

Resultados: Identificaram-se 106 casos de EAMCSST nos 146469 episódios de urgência ocorridos em 2018, tendo-se incluído 93 e os restantes excluídos por dados incompletos. Sessenta e nove doentes (74%) eram do sexo masculino e a média de idades de 66 anos. Em 46% dos casos os doentes foram admitidos no SU entre as 8 e as 16 horas e em 74% com acompanhamento de equipa pré-hospitalar. Na maioria dos casos (71%) foi atribuída a prioridade laranja no algoritmo da triagem de Manchester e em 68% foi activada a VVC na triagem. A queixa mais frequente foi a dor retroesternal típica (63%), tendo menos de 2 h de evolução em 40% dos casos. Os fatores de risco mais frequentemente identificados foram a hipertensão arterial (60%), dislipidémia (49%) e tabagismo (44%). A maioria dos doentes (71%) realizou ECG nos

primeiros 10 minutos após o primeiro contacto médico. O cálculo da DIDO demonstrou que 25% dos doentes saíram do SU em 30 minutos ou menos após a admissão. Quarenta doentes (47%) chegaram à Sala de Hemodinâmica num intervalo de tempo igual ou inferior a 60 minutos e 69% dos doentes chegaram até aos 90 minutos. Em 19% dos casos o cateterismo teve início até aos 60 minutos desde o primeiro contacto médico e em 46% até aos 90 minutos.

Conclusões: As características demográficas, apresentação clínica e factores de risco cardiovascular identificados na nossa análise são sobreponíveis aos das séries publicadas, tanto a nível nacional como internacional. Os tempos admissão-ECG e porta-balão são satisfatórios e a DIDO calculada apresenta-se abaixo do valor da de outras séries consultadas, sendo no entanto intervalos que nos esforçaremos por encurtar. NOTA: Estes dados foram apresentados em mesa redonda num congresso de âmbito interno.

CO 05

INTOXICAÇÃO, A PERSPETIVA DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS – ESTUDO RETROSPECTIVO

Miguel Santos, Ana Luisa Antunes, Sheila Arroja, Cristiana Barbosa, José Mariz, Jorge Teixeira
Hospital de Braga

Introdução: As intoxicações são frequentes, abrangendo uma variedade de apresentações clínicas, evolução e prognóstico. A sua rápida identificação, início de tratamento são essenciais para uma abordagem eficaz destes casos.

Objectivos: Caracterização da população internada na Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (UCISU) com diagnóstico de Intoxicação, morbilidades, disfunções de órgão presentes assim como as medidas de suporte necessárias, durante 2 anos.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos, recolhendo informação sobre a data da intoxicação, natureza do

tóxico, intencionalidade, antecedentes psiquiátricos, disfunções órgão envolvidas assim como a terapêutica de suporte realizada.

Resultados: Foram admitidos 42 doentes: 66.7% são do sexo feminino e 33.3% do sexo masculino. O pico de incidência encontra-se entre a 3ª e a 5ª década de vida. A maioria das intoxicações decorreu na Primavera e Verão (76.2%). As intoxicações foram maioritariamente medicamentosas (83%), registando-se também casos de intoxicação por gases e fumos, drogas, álcool, pesticidas e produtos cáusticos. 81% das intoxicações foram voluntárias, no entanto apenas 52% dos doentes tinham antecedentes psiquiátricos conhecidos. Nos casos de intoxicação medicamentosa, as classes de fármacos mais frequentemente utilizados foram Psiquicofármacos (66.1%), seguidos de Analgesia (17.7%), Endocrinologia (11.3%) e Cardiovascular (4.8%). Destaca-se o papel das benzodiazepinas enquanto a 1ª causa mais frequente de intoxicações. De referir ainda aqui que o fármaco responsável pela intoxicação fazia parte do receituário habitual do doente em cerca de 80% de casos (N=28); As disfunções de órgão associadas foram: Neurológica (67%); Respiratória (48%); Cardiovascular (26%); Renal (17%); Hepática (5%) e Hematológica (2%). Nos casos de disfunção respiratória, foi necessário o uso de Ventilação mecânica em 85% dos casos, sendo necessário uso de Ventilação invasiva em 3 casos. Na disfunção cardiovascular foi usado vasopressor em 4 casos. Nos casos de disfunção renal foi apenas necessário o uso de hemodiálise em um caso.

Conclusões: Actualmente os casos de intoxicação encontram-se em aumento. Observando os resultados expostos torna-se evidente a necessidade de sensibilização dos Médicos que realizam Serviço de Urgência para a necessidade de rápida identificação e actuação, atendendo à morbimortalidade associada, de forma protocolizada.

Casos clínicos

CO 06

UMA CAUSA RARA DE AVC ISQUÊMICO

Sara Nicolau, Bruno Maia, Ana Nunes
Unidade Cerebrovascular, Hospital de São José

Introdução: Apenas 2% dos AVC isquémicos (AVCi) são causados por dissecção arterial cervical (DAC) no entanto, esta adquire maior destaque na população jovem, sendo responsável por cerca de 20% destes eventos nos doentes com idade inferior a 45 anos. Esta patologia é caracterizada pela presença de um hematoma intramural, geralmente resultante de uma lesão da camada íntima, que pode ocorrer de forma espontânea ou secundário a traumatismo. Vários estudos sugerem uma associação entre dissecção da artéria vertebral (AV) e tratamentos que envolvem manipulação cervical. Esta patologia ocorre tipicamente na quarta década de vida, manifestando-se geralmente por cefaleia, cervicalgia, AVCi ou AIT.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma doente com 46 anos, com antecedentes de perturbação depressiva. A doente recorreu ao serviço de urgência por quadro, com 2h30 de evolução e com início durante sessão de osteopatia envolvendo manipulação cervical, caracterizado por vertigem e parestesias ao nível do hemicorpo esquerdo. Ao exame objectivo apresentava apagamento do sulco nasogeniano esquerdo (SNGE), nistagmo em todas as posições do olhar, hemiparésia esquerda atáxica e hemihipostesia esquerda. Realizou TC CE que não revelou alterações vasculares agudas e angioTC CE que documentou aspectos compatíveis com dissecção arterial oclusiva ao nível dos segmentos V3 e V4 da AV esquerda. Foi submetida a fibrinólise EV, sem intercorrências. Realizou RMN que mostrou lesão isquémica aguda bulbar

posterior à esquerda. A TC CE de controlo às 24h não revelou alterações agudas pelo que iniciou terapêutica antitrombótica com ácido acetilsalicílico. O estudo por doppler foi compatível com dissecção oclusiva da AV esquerda, restante estudo vascular sem alterações de relevo. A doente apresentou melhoria clínica significativa durante o internamento e verificou-se resolução total do quadro neurológico ao terceiro mês de *follow-up*.

Conclusão: Com este caso os autores pretendem salientar a importância de se suspeitar de DAC em doentes jovens com AVCi e história de trauma cervical. A fibrinólise constitui um procedimento seguro e eficaz nestes pacientes. Encontra-se ainda recomendada a realização de terapêutica antitrombótica durante um período de 3 a 6 meses, com anti-coagulação ou antiagregação. Esta patologia apresenta geralmente bom prognóstico, com uma baixa taxa de recorrência de AVC nos doentes sob terapêutica médica otimizada.

CO 07

GANGRENA DE FOURNIER – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Rita Pereira, Maria Leonor Silva, Luís Andrade,
Vitor Paixão Dias
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho

Introdução: A Gangrena de Fournier é uma condição rara, fulminante e potencialmente fatal. Define-se como uma infeção polimicrobiana do tecido celular subcutâneo, acompanhada de fascíte necrotizante e gangrena, evoluindo rapidamente para sépsis e disfunção multiorgânica. Casos com ponto de partida na região perianal e colo-retal são mais frequentemente descritos, embora as infeções do trato genito-urinário também contribuam na sua etiologia. O tratamento incluiu antibioterapia de largo espectro, estabilização hemodinâmica e desbridamento cirúrgico emergente.

Caso clínico: Mulher, 45 anos, antecedentes pessoais irrelevantes, com quadro de febre,

polaquiúria, disúria e dor lombar esquerda, com 2 dias de evolução. Inicialmente observada pelo médico assistente, assumido diagnóstico de Pielonefrite e medicada com Ciprofloxacina. Recorre ao serviço de urgência por persistência no quadro clínico, associado a incontinência fecal e dor perianal de novo. Ao exame objectivo com febre, Murphy renal positivo e rubor da região genital e perineal. Analiticamente com leucocitose, elevação de PCR, lesão renal aguda e sedimento urinário com leucocitúria. Em TAC abdomino-pelvico identificada presença de grande quantidade de gás no tecido celular subcutâneo na região nadegueira e fossas isquiorrectais, com 13cm de extensão. Admitida para tratamento cirúrgico constatando-se áreas de necrose da pele com locas amplas e profundas com comunicação anterior e posteriormente ao canal anal, apresentando drenagem purulenta espontânea. Submetida a colostomia do sigmoide por recorrência de Gangrena de Fournier.

Conclusão: O diagnóstico de Gangrena de Fournier constitui um desafio num serviço de urgência, uma vez que se baseia no alto grau de suspeita clínica. A apresentação típica caracteriza-se por um quadro rapidamente progressivo, contudo em casos de apresentação subaguda pode mimetizar outra condição clínica, aumentando a dificuldade no diagnóstico. O desfecho clínico relaciona-se com a rapidez de intervenção, com uma taxa de mortalidade estimada em 20 a 40%. Os autores questionam a pielonefrite como o ponto de partida neste caso, embora consista numa das etiologias menos reconhecidas, em doente sem outros fatores de risco identificados. Adicionalmente, relembra a importância de questionar um diagnóstico pré-estabelecido e aponta a Gangrena de Fournier como uma emergência cirúrgica rara, contudo possivelmente abordada pelo médico de medicina interna inicialmente.

CO 08

A FACE MAIS OCULTA DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA– DESAFIOS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Joana Paixão, João Gaião Santos, David Sousa, Ana Isabel Maduro, Telma Alves*, Mafalda Correia, Vânia Constâncio, Manuel Baptista, Fátima Silva
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Entre as causas raras de hemorragia digestiva conta-se a fistula aortoentérica (FAE) que consiste numa comunicação entre a aorta abdominal e uma ansa intestinal. Classifica-se como primária na ausência de cirurgia aórtica prévia ou secundária, se ocorrer após procedimento cirúrgico, sendo esta a variante mais frequente. É fatal nos casos não tratados precocemente sendo a terapêutica invariavelmente cirúrgica. A apresentação clínica mais frequente é a hemorragia digestiva, sob a forma de hematemeses, melenas ou hematoquezia, podendo surgir como uma hemorragia maciça com choque hipovolémico ou de pequena magnitude a que se pode seguir uma hemorragia significativa.

Caso clínico: Doente de 72 anos, recorre à Urgência por episódio de síncope precedido de hematemeses. Antecedentes de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), gastrite crónica, hipertensão arterial, para as quais estava medicado com pantoprazol, sucralfato e alisartan, respectivamente. Apura-se ainda a toma diária na semana prévia, por dorso-lombalgia, de AINEs. Referia ainda, agravamento das habituais epigastralgias. Negava alterações do trânsito intestinal. À admissão, consciente e colaborante, com palidez da pele e mucosas, TA 114/80mmHg, FC 76bpm, apirético; auscultação cardiopulmonar inocente; palpação epigástrica e hipocôndrio direito dolorosas, sem sopros ou defesa; ausência de melenas no toque rectal. Gasimetricamente com Hb =6.7g/dl e lactacidémia de 8. Colocada SNG com drenagem abundante e

mantida de conteúdo hemático. Já na sala de emergência, sob transfusão de concentrado eritrocitário e plaquetas, inicia instabilidade hemodinâmica seguido de paragem cardio-respiratória, que reverte com manobras de SAV. É entubado e ventilado e, sob suporte aminérgico, realiza EDA que identifica volumoso coágulo duodenal e muito sangue que a angioTC subsequente identifica como originário em FAE. Submetido a laparotomia, constata-se ruptura de toda a parede anterior da aorta abdominal. Entrou novamente em PCR, malgradadamente, irreversível.

Conclusões: Este caso merece destaque, mais do que pela sua raridade na ausência de cirurgia aórtica prévia, sobretudo pela apresentação inespecífica, uma vez que, só cerca de 50% dos doentes apresentam dor abdominal ou lombar, mal-estar geral e febre, sendo raramente detectáveis uma massa ou um sopro abdominal. O diagnóstico, porque de exclusão, requer um elevado índice de suspeição e deve sempre incluir a endoscopia digestiva alta e baixa, se a primeira for inconclusiva.

CO 09

COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA – UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO DE LEUCEMIA AGUDA INCOMUM – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Miguel Santos, Ana Luísa Antunes, Sheila Arroja, José Mariz, Ana Paula Pacheco, Jorge Teixeira
Hospital de Braga

Introdução: A coagulação intravascular disseminada (CIVD) pode ser complicação de inúmeras situações clínicas – quadros sépticos, traumáticos, neoplásico, tóxicos, entre outros. A sua apresentação é a da condição subjacente, a que se associam frequentemente perdas hemáticas.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 49 anos de idade, trabalhador de uma empresa

de distribuição, residente em zona urbana, sem antecedentes patológicos de relevo, recorreu ao serviço de urgência por quadro com 6 dias de evolução de astenia marcada, seguido de mialgias, arrepios de frio e febre alta (39.5°C). Nesse dia tinha-se associado ao quadro, sufusões hemorrágicas conjuntivais e hematúria macroscópica. Ao exame físico, destacava-se perfil hipotensivo e sufusões hemorrágicas conjuntivais. O estudo analítico inicial apresentava creatinina 3.2mg/dL, ureia 194mg/dL, sem rabdomiólise nem aumento dos marcadores de citocolestase; proteína C reactiva 257mg/dL; procalcitonina 20.8ng/mL, hemoglobina 7.5g/dL; leucócitos 23.900/uL; plaquetas 25.000 /uL; INR 1.76s; aPTT 45.3s; Realizou tomografia computadorizada abdominal que descreve hepatoesplenomegalia homogéneas discretas e discreto edema perirrenal direito e perivesical, sugestivo de quadro inflamatório do trato urinário. Após colheita de estudos microbiológicos, iniciou Ceftriaxone e Doxiciclina. Foi admitido em unidade de Cuidados Intermédios, alargando-se o estudo analítico e demonstrando: Haptoglobina normal, estudo imunológico negativo; fibrinogénio 68mg/dL; D-dímeros >4400; LDH 1245 U/L. O esfregaço de sangue periférico revelava cerca de 30% de blastos. Foi depois transferido para centro de referência de hematologia, com diagnóstico sépsis com provável ponto de partida urinário, com lesão renal aguda e CIVD em doente com leucemia aguda.

Conclusões: Este caso reflecte a elevada complexidade dos quadros de leucemia aguda, que se podem apresentar com complicações infecciosas graves, sendo fundamental a alta suspeição clínica, para diagnóstico precoce e início rápido de terapêutica adequada.

CO 10

ALÉM DA VIA VERDE

Laura Bonito Moreira, Joana Ferrão,
Margarida Antunes, Teresa Garcia
Centro Hospital Universitário de Lisboa Central

O acidente vascular cerebral (AVC) caracteriza-se clinicamente pela ocorrência aguda de défices neurológicos focais. É uma causa importante de morbimortalidade e o seu prognóstico depende do tempo de atuação. Neste contexto, foi criada a via verde AVC (VV-AVC) para acelerar o processo de tratamento e melhoria dos resultados. Apresentamos o caso de um homem de 60 anos, natural de Angola, a viver em Portugal há 30 anos, com antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2 e hipertensão arterial sistémica medicadas, mas não controladas, transportado ao Serviço de Urgência (SU) em contexto de 2 episódios de tontura, com mal-estar geral e perda generalizada de forças. Negava outras queixas. À admissão apresentava-se hipertenso com tensão arterial 185/87 mmHg, tinha pulso, auscultação e exame neurológico normais. Os marcadores de necrose do miocárdio seriados foram negativos e o eletrocardiograma não revelou alterações sugestivas de isquemia aguda. Ficou em vigilância no SU e em reavaliação clínica, constatou-se um défice de força muscular no membro inferior esquerdo (grau 4/5) bem como um apagamento do sulco nasogeniano esquerdo. Foi ativada a VV-AVC e o doente fez imediatamente tomografia computadorizada cranioencefálica (TC CE) que revelou lesão hipodensa mal caracterizada na região talâmica direita, sem características agudas. Complementarmente, realizou ressonância magnética (RM) CE que revelou lesão expansiva anterolateral talâmica direita, com limites mal definidos, com 9x5.5x10 mm, com área central com restrição à difusão e realce periférico após administração de contraste, verificando-se também edema perilesional com efeito de

massa. Concomitantemente identificaram-se áreas lesionais dispersas sugestivas de lesões de etiologia vascular isquémica recente. Estes aspetos levantaram a hipótese de abscesso intraparenquimatoso associado a lesões por êmbolos sépticos e o doente ficou internado no serviço de infeciologia para investigação etiológica e tratamento. A constatação de défices neurológicos focais agudos, particularmente a perda de força nos membros, parésia facial ou disartria, deve motivar a realização imediata de uma TC CE por forma a diagnosticar precocemente AVC. No entanto, nem todos os défices agudos tem etiologia isquémica. Este caso clínico pretende ilustrar isto, com o objetivo de sublinhar a importância de rapidez de atuação, mas também a importância de considerar e procurar ativamente outros diagnósticos, nomeadamente as lesões ocupantes de espaço.

POSTERS COM APRESENTAÇÃO

PO 01

SÍNDROME DE TAKOTSUBO: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Carla Marques Pires, Isabel Campos, Cátia Oliveira,
Paulo Medeiros, Rui Flores, Fernando Mané,
Nuno Antunes, Jorge Marques
Hospital de Braga

Introdução: A dor torácica é um motivo prevalente de recorrência ao serviço de urgência (SU). Face há panóplia de diagnósticos, é essencial que os profissionais adotem uma abordagem sistematizada para excluir, sem falha, as patologias potencialmente fatais.

Caso clínico: Mulher de 62 anos com síndrome depressivo, dislipidemia e obesidade como antecedentes de relevo. Referiu que no dia 10 de Agosto, às 11 horas, após uma discussão com um familiar teve uma lipotímia seguida de dor torácica retrosternal, opressiva, intensa, com duração superior a 30 minutos. Acrescenta que durante esse dia teve vários episódios autoli-

mitados de dor retrosternal, sem associação com o esforço e por esse motivo recorreu SU. À admissão o electrocardiograma evidenciou ritmo sinusal com inversão de ondas T em DI, aVL, V5-V6 e QTc de 444ms. Analiticamente doente sem anemia, sem leucocitose, com plaquetas normais, com função renal normal, sem elevação dos parâmetros inflamatórios e com ligeira elevação dos marcadores de necrose miocárdica (Tn I máxima 1,3 ng/mL). O ecocardiograma sumário evidenciou função sistólica do ventrículo esquerdo no limite inferior da normalidade com acinésia/hipocinésia dos segmentos médios de todas as paredes. Portanto, por possível Enfarte agudo do miocárdio (EAM) sem elevação do segmento ST iniciou-se antiagregação e anticoagulação e internou-se no serviço de Cardiologia. No 1º dia de internamento realizou estratificação invasiva que excluiu doença coronária significativa e ventriculografia que demonstrou acinésia de todos os segmentos mesoventriculares. Com vista à exclusão de cicatriz de EAM realizou-se ressonância magnética cardíaca que demonstrou hipocinésia e edemas dos segmentos médios da parede anterolateral e inferolateral, sem fibrose miocárdica. Portanto face à clínica e aos resultados dos exames complementares considerou-se, como hipótese diagnóstica mais provável, Síndrome de Takotsubo com distribuição atípica.

Discussão: O diagnóstico de Síndrome de Takotsubo é frequentemente desafiante face à similaridade fenotípica com o EAM. Esta entidade caracteriza-se por disfunção ventricular esquerda transitória, geralmente precedida por um estímulo emocional e/ou físico e afecta sobretudo mulheres pós-menopáusicas. Apesar de ser uma condição reversível podem ocorrer complicações como insuficiência cardíaca aguda/choque cardiogénico e arritmias cardíacas que requerem monitorização rigorosa durante o internamento.

PO 02

COGUMELO PROIBIDO, COGUMELO MAIS APETECIDO

Sandra Lucas, Inês Santos, Ireneia Lino, Francisco Azevedo
Hospital do Espírito Santo de Évora

O diagnóstico de micetismo exige um elevado nível de suspeição. As síndromes mais frequentes têm uma apresentação idêntica com sintomas gastrointestinais, distinguindo-se pelo período de latência inferior a 6h, na síndrome gastrointestinal e superior a 6h na síndrome hepatotóxica potencialmente fatal em 2-30% dos casos. Na região a maioria dos micetismos ocorrem pela de *Amanita verna*, com a intenção de consumo de *Amanita ponderosa*. Doente de 91 anos, sexo feminino, independente nas AVD's. Recorreu ao SU, 15h após o início vómitos, diarreia e dor abdominal que se iniciaram 4h após comer cogumelos selvagens "silarcas", encontrando-se os restantes comensais assintomáticos. Na admissão apresentava-se com vómitos incoercíveis de conteúdo bilioso, hemodinamicamente estável. Abdómen doloroso na palpação profunda do epigastro, restante exame objetivo sem alterações. Doente melhorada após tratamento sintomático, sem alterações analíticas inicialmente, que permaneceu em vigilância no SU. Ao 2º dia após a ingesta de cogumelos documenta-se ALT 1377U/L, bilirrubina total 1,13mg/dL, INR 1,65, admitiu-se hepatotoxicidade por amatoxina e internou-se em SO onde iniciou protocolo para a intoxicação: penicilina G, silibinina, acetilcisteína e terapêutica de suporte. Ao 4º dia, mantém agravamento com náuseas, diarreia e icterícia, ALT 6373U/L, bilirrubina total 3,51mg/dL, INR 3,69, discutiu-se o caso em equipa face às recentes indicações para realização de plasmaferese e decidiu-se otimizar a terapêutica médica com ácido ascórbico. Por melhoria clínica e laboratorial ao 5º dia é transferida para a enfermaria. A doen-

te teve alta ao 8º dia de internamento, apurando-se a ingestão de 2 cogumelos de aspeto diferente dos restantes, cozinhados separadamente. O diagnóstico de micetismo com síndrome hepatotóxica raramente descrita com sintomas antes das 6h, levou ao atraso no reconhecimento e na instituição da terapêutica. Realça-se a importância da vigilância, neste caso, a melhoria clínica correspondeu à fase 2 do quadro tóxico. Por se tratar de uma doente com 91 anos, com pouca reserva funcional, não é candidata a transplante hepático, nem à plasmaferese para remoção da amatoxina da corrente sanguínea que carece de estudos de eficácia. Segundo o princípio “primum non nocere”, optou-se por uma terapêutica médica conservadora com antagonistas da ação tóxica da amatoxina, antioxidantes e estabilizadores de membrana do hepatócito, já que não existe um verdadeiro antídoto da amatoxina.

PO 03

SÍNDROME STEVENS JOHNSON SECUNDÁRIO A METAMIZOL

Sérgio Gomes Ferreira, Maria Manuel Costa, Joana Sequeira
Hospital São Sebastião, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

O Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é uma reação de hipersensibilidade tipo IV, rara, de múltiplas etiologias e atingimento principalmente mucocutâneo, sendo classificado como SSJ se envolver até 10% da área corporal; de 10-30%, overlapping de SSJ/ Necrólise Tóxica Epidérmica (NTE); e superior a 30% classifica-se como NTE. O exantema inicialmente é macular, podendo evoluir até eritema confluyente. As lesões são geralmente não pruriginosas, “em alvo” (patognomónico), tendo apenas duas zonas de coloração o que as diferencia do Eritema Multiforme. Confinam-se geralmente a uma área corporal, mais usualmente no tronco, apesar de atingirem também palma e dorso das mãos,

plantas dos pés e superfícies extensoras. O envolvimento das mucosas pode incluir desde eritema até necrose. O diagnóstico definitivo do SSJ é anatomopatológico após biópsia das lesões. A abordagem terapêutica depende da etiologia, e caso seja induzido por fármacos a interrupção do mesmo deve ser efectuada. A maioria dos pacientes recebem tratamento sintomático de cuidados de penso das lesões e controlo algico. Apresenta-se o caso de uma mulher de 74 anos de idade, com antecedentes clínicos de S. de Sjogren, doença renal crónica, diabetes, dislipidemia e hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência por exantema macular com 2 dias de evolução, com atingimento inicial na face interna das coxas e rápida progressão para outras áreas cutâneas e atingimento da mucosa oral. Apresentava também odinofagia e disfagia. Negava outra sintomatologia. Referia introdução recente de metamizol na sua medicação. Apresentava exantema maculopapular disperso doloroso e descamativo com atingimento da mucosa oral. Realizou biópsia cutânea e perante resultado histológico e a clínica assumiu-se diagnóstico de SSJ tendo como etiologia mais provável a iatrogenia por metamizol. Durante o internamento cumpriu corticoterapia e terapêutica com imunoglobulina assim como cuidados de limpeza e higiene das lesões e pensos diários. Apresentou melhoria das queixas algicas e das lesões cutâneas identificadas à admissão sem aparecimento de novas lesões. Teve alta com corticóide em esquema de redução de dose, orientada para consulta de Imunoalergologia. É importante realçar que as entidades clínicas de SSJ e NTE são, na maioria dos casos, induzidas por fármacos e poderão ter consequências graves com disfunção multiorgânica ou até morte. É fundamental que o fármaco causador seja interrompido, não devendo ser reintroduzido.

PO 04

VÔMITOS: SINTOMA DE ROTURA DE ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL?

André Peixoto¹, João Filipe Gomes²,

Eduardo Rosa¹, Fonseca Santos¹

¹Serviço de Imagiologia Geral do CHULN; ²Serviço de Medicina Interna A do CHUC

Introdução: Os vômitos são um dos sintomas encontrados com frequência em doentes que recorrem ao Serviço de Urgência (SU). A sua etiologia é variada: gastrointestinal, cardíaca, labirintite, alterações metabólicas, patologia psiquiátrica, etc. A gravidade da etiologia abrange quadros benignos como gastroenterites autolimitadas, a quadros graves que necessitam de internamento e intervenções urgentes como colecistite, apendicite, pancreatite, oclusão intestinal ou isquemia intestinal.

Caso clínico: Indivíduo do sexo masculino, J.A., 74 anos, ex-fumador, com antecedentes de síndrome metabólico e acidente vascular cerebral há 1 ano, recorre ao SU por vômitos, náuseas, dores e mal-estar generalizado com início há cerca de 12 horas. Refere episódio no mesmo dia de precordialgia tipo aperto, autolimitada (3-4 minutos), com irradiação ao membro superior esquerdo. Ao exame físico salienta-se hipertensão arterial de 190/100 mmHg. No electrocardiograma (ECG) pré-hospitalar observa-se bloqueio completo do ramo direito, verificando-se no ECG realizado no SU inversão de novo das ondas T de V4-V6. A avaliação seriada do ECG e das troponinas não mostra evolutividade, ficando em vigilância. Existe persistência dos vômitos, dor abdominal nos quadrantes esquerdos com irradiação para a região lombar, prostração e hipotensão de novo (85/50 mmHg). Na inspeção abdominal verificou-se maior volume nos quadrantes esquerdos e diminuição dos ruídos hidroaéreos. Na ecografia identifica-se aneurisma da aorta abdominal com trombo instável confirmando-se a rotura de

aneurisma da aorta abdominal infrarrenal na tomografia computadorizada (TC). O doente foi submetido a intervenção pela Cirurgia Vasculuar com colocação de prótese aorto-aórtica. Durante a intervenção verificou-se a hipoperfusão difusa do intestino delgado e cólon, em especial do cólon esquerdo.

Conclusão: Os aneurismas da aorta abdominal são maioritariamente de causa degenerativa/aterosclerótica, sendo o risco de rotura diretamente relacionado com o seu diâmetro: <5 cm 1-2% em 5 anos, >5 cm 20-40% em 5 anos. Os aneurismas abdominais geralmente são assintomáticos, a presença de dor torácica, abdominal ou lombar aguda é geralmente precursora de rotura, podendo esta ocorrer sem clínica prévia. A presença de dor intensa e hipotensão arterial deve levar à suspeita deste diagnóstico. O diagnóstico e avaliação dos aneurismas e das suas complicações é feito através de TC, sendo por vezes possível a sua identificação por ecografia.

PO 05

NEM TUDO O QUE PARECE É – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Leonor Soares, Raquel Matos, António Eliseu, Patrícia Semedo

Hospital de São José - CHULC; Hospital de São Bernardo - CHS; Hospital de Santa Maria - CHLN

Homem de 55 anos transportado ao serviço de urgência (SU) por hipoglicémia sintomática no transporte público. Como antecedentes pessoais referia neoplasias múltiplas (testículo, próstata, cólon e tiróide) com 1º diagnóstico há 20 anos, associadas a metastização óssea (lombar), pulmonar e do Sistema Nervoso Central (SNC), que condicionavam queixas álgicas importantes. Submetido a várias cirurgias, a quimio e radioterapia (último ciclo em janeiro do presente ano). Seguimento em Consulta de Oncologia e de Cuidados Paliativos de dois hospitais diferentes, estando medicado com hidromorfona, morfina oral, paracetamol, pre-

gabalina e alprazolam, mas com mau controlo álgico, com internamento por dor não controlada em 2018. Referia ainda Diabetes *Mellitus* tipo 2 tratada apenas com insulina de acção rápida (SOS). Ao exame objectivo a destacar: bom estado geral, obesidade, cicatriz cirúrgica ao nível da fossa ilíaca direita, sem quaisquer outras alterações dignas de relevo. Feita uma revisão dos antecedentes descritos recorrendo a dados da Plataforma de Dados da Saúde (PDS) e concluindo-se o seguinte: orquidectomia esquerda em 1999, não sendo possível apurar o motivo; tireoidectomia por bócio colóide, confirmada por relatório de anatomia patológica (AP); Apendicectomia (sem registo de neoplasia do cólon); Hipertrofia benigna da próstata submetida a ressecção trans-uretral, também confirmada por relatório de AP. Tomografias computadorizadas (TC) crânio-encefálicas, lombares, do pescoço e tórax e ecografias renais e abdominais sem evidência de lesão primária ou secundarização. Contactado o Serviço de Oncologia referido pelo doente que negou o seu seguimento, actual ou passado. Ainda se concluiu uma recorrência semanal a SU de diferentes hospitais por queixas álgicas diversificadas, sempre com necessidade de terapêutica opioide. Admitiu-se então como hipóteses diagnósticas: Síndrome de Munchausen/ Dependência de Opióides e Hipoglicémia iatrogénica. O doente acabou por ser transferido para o hospital de área de residência (a pedido), após discussão do caso com a equipa médica responsável.

Conclusão: A livre circulação de doentes pelos diferentes hospitais do SNS tem como objectivo a prestação de melhores cuidados. Este caso exemplifica não só o sobre-uso dos cuidados de saúde (muitas vezes mascarada por esse 'livre-trânsito') mas também a dificuldade no cruzamento de informação, que permite que situações destas possam passar despercebidas durante vários anos.

PO 06

ESCROTO AGUDO APÓS TRAUMA

André Peixoto¹, João Filipe Gomes², Rafaela Pereira¹, Fonseca Santos¹

¹Serviço de Imagiologia Geral do CHULN; ²Serviço de Medicina Interna A do CHUC

Introdução: As causas de dor escrotal aguda englobam diversas entidades sendo a torção do cordão espermático e do testículo e as epididimites ou orquiepididimites agudas causas frequentes de dor escrotal aguda. Quando é difícil a distinção entre estas entidades apenas com dados clínicos e laboratoriais a ecografia com avaliação Doppler é o método de eleição. No traumatismo fechado a ecografia assume um papel importante na sua avaliação, permitindo a identificação de rotura testicular e a consequente necessidade de exploração cirúrgica precoce.

Caso clínico: Jovem do sexo masculino de 23 anos, P. L., sem antecedentes patológicos de relevo, recorre ao SU por dor escrotal com cerca de 2 semanas de evolução. O doente já tinha recorrido ao SU no exterior em duas ocasiões, a primeira por dor abdominal nos quadrantes direitos com irradiação para o hemiescroto ipsilateral após episódio de traumatismo escrotal durante a prática de desporto nesse mesmo dia, tendo realizado ecografia escrotal que refere ausência de alterações de relevo. 5 dias após esse episódio recorre de novo ao SU por agravamento da dor, tendo alta medicado com antibioterapia e analgesia. No nosso SU ao exame físico objetiva-se edema e rubor do escroto e dor à palpação mais evidente à direita. Na avaliação laboratorial não apresenta alterações de relevo. Solicita-se ecografia que documenta testículo direito com ecoestrutura marcadamente heterogénea, apenas sinal Doppler cor à periferia, globosidade e rotação do cordão espermático e hidrocelo homolateral multiseptado – alterações sugestivas de torção

testicular não recente e sinais de sobreinfecção. Foi submetido a orquidectomia direita e a fixação do testículo esquerdo.

Conclusão: A torção do cordão espermático e do testículo representa apenas 20% da dor escrotal aguda após a puberdade. O seu diagnóstico precoce é essencial uma vez que a destorção cirúrgica efetuada até 6 horas após o início da dor resulta em viabilidade testicular em 80-100% dos casos. A avaliação ecográfica com Doppler tem sensibilidade que entre 80-98%, sendo os casos de torção parcial, torção/destorção causas de mal interpretação dos achados ecográficos. A dor escrotal aguda deve ser sempre avaliada com cuidado, devendo estar presente a hipótese de torção testicular mesmo que exista história de trauma ou exame ecográfico sem alterações.

PO 07

UM CASO DE ODINOFAGIA COM 2 DIAS DE EVOLUÇÃO

André Peixoto¹, João Filipe Gomes², Ricardo Dias¹, Leonor Fernandes¹, Fonseca Santos¹

¹Serviço de Imagiologia Geral do CHULN; ²Serviço de Medicina Interna A do CHUC

Introdução: A odinofagia é um dos sintomas em Otorrinolaringologia (ORL) que motivam mais vindas ao Serviço de Urgência (SU), podendo ser um sintoma isolado ou associado outros: dor cervical, trismo, otalgia, tosse, disfagia, febre e mialgias. Entre os diagnósticos diferenciais incluem-se: amigdalites, faringites, fleimão/abscesso amigdalino, laringites e epiglotites. A associação com disфония sugere envolvimento laríngeo.

Caso clínico: Indivíduo do sexo masculino, R.P., 53 anos, com antecedentes de apneia do sono que é encaminhado pelo médico assistente ao SU por odinofagia com 2 dias de evolução e de agravamento progressivo, associada a disфония e edema na região cervical. Na avaliação laboratorial, apresenta leucocitose (13 x10⁹/L) com neutrofilia e marcado

aumento da PCR (43 mg/dL). A avaliação por laringoscopia indireta identifica epiglotite com edema generalizado. Realiza TC do pescoço que documenta marcada globosidade das paredes da orofaringe, hipofaringe, andares supraglótico e glótico da laringe com envolvimento da epiglote; diminuição do calibre da via aérea; áreas de fleimão/coleção desde a tonsila palatina direita até à vertente posterior do osso hioide; e extensão do processo inflamatório ao mediastino superior anterior. Inicia antibioterapia e é submetido a cirurgia urgente pela ORL com realização de traqueostomia cirúrgica e drenagem transoral da coleção. É internado no Serviço de Medicina Intensiva, com ventilação invasiva e estabilização hemodinâmica.

Conclusão: A epiglotite tem frequentemente etiologia bacteriana pelo *Haemophilus influenzae* e espécies de *Streptococcus*. A vacinação contra o *Haemophilus influenzae* é importante na diminuição da sua prevalência. Um dos sintomas cardinais é a odinofagia severa associada a disfagia, disфония, dispneia e sintomas generalizados como febre. O diagnóstico precoce é importante pelo risco de compromisso da via aérea. Na radiografia cervical em perfil é possível identificar um aumento da sombra da epiglote. No exame de TC uma marcada globosidade e edema da epiglote e pregas ariepiglóticas aumenta a suspeição desta patologia. Em casos graves pode existir edema cervical resultante de celulite dos tecidos moles adjacentes, tendo a TC particular importância para caracterizar a extensão do processo de fleimão/coleções. O tratamento inclui sempre internamento e antibioterapia endovenosa. Em casos graves pode haver necessidade de intubação endotraqueal e internamento em Serviço de Medicina Intensiva.

PO 08

OBSTRUÇÃO AGUDA DA AORTA

Alexandra Dias, Catarina Medeiros, Ana Araújo,
Tiago Pereira, Lucília Pessoa, Nuno Catorze
Centro Hospitalar do Médio Tejo

A obstrução aguda da aorta (OAA) é um evento raro, mas catastrófico. Este quadro tem uma mortalidade elevada, que ronda os 75%, mesmo após a revascularização. As causas mais frequentes incluem a trombose *in situ*, a embolização e o trauma. Na presença de dor, palidez, ausência de pulso e parestesias dos membros inferiores deveremos ter em mente o diagnóstico diferencial com esta entidade clínica. Apresenta-se o caso de um homem de 72 anos de idade com hábitos de alcoolismo e tabagismo. Sem outros antecedentes de relevo. Sem medicação habitual. Admitido no SU, por dor abdominal nos quadrantes inferiores e vômitos alimentares, com 24 horas de evolução, sem outras queixas. À observação inicial na sala de emergência, apresentava-se taquicárdico, obnubilado, polipneico e com má perfusão periférica e ausência de pulsos femurais. Os exames complementares de diagnóstico apresentavam, acidemia metabólica com hipoxemia e hiperlactacidemia, lesão renal aguda e D-dímeros elevados. A Angio TC toraco-abdomino-pélvica revelou: “Ateromatose aórtica calcificada difusa, sem opacificação da aorta desde a transição toraco-abdominal até as ilíacas externas.” Assumindo-se o diagnóstico de obstrução aguda da aorta torácica, foi contactada a Cirurgia Vasculor de referência para tratamento cirúrgico. Antes de se proceder à transferência do doente, realizou-se entubação oro-traqueal para proteção da via aérea. Realizou laparotomia exploradora com construção de bypass com prótese entre aorta torácica descendente distal, artéria mesentérica superior e artéria femoral comum esquerda, apesar das medidas instituídas o doente veio a falecer. A

OAA é um evento raro e emergente. Períodos superiores a 5 horas de isquemia estão associados a lesões irreversíveis e mortalidades mais elevadas. O maior preditor prognóstico é o tempo de duração da isquemia. Pelo que, um diagnóstico rápido e uma intervenção cirúrgica precoce são decisivos no prognóstico do doente e na redução da morbidade e mortalidade.

PO 09

ROTURA DE ANEURISMA DO SEIO DE VALSALVA PARA AS CAVIDADES DIREITAS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ivanna Ostapiuk, Paulo Zoé Costa, Joana Caires,
Barbara Saraiva, Orlando Mendes
ULS Guarda

Introdução: O aneurisma do seio de Valsalva é uma anomalia cardíaca rara, geralmente detectada na terceira ou quarta década de vida, altura em que pode ocorrer rotura, com formação de fistula. O seio não rompido dos aneurismas de Valsalva geralmente permanece assintomático, mas uma vez rompido, a mortalidade é muito alta, a menos que seja reparada.

Caso Clínico: Rapaz, 25 anos, previamente saudável, foi admitido na sala de emergência (SE) por paragem cardiorrespiratória (PCR) em dissociação eletromecânica. Segundo os familiares, nos dois dias precedentes referia palpitações, dor abdominal e vômitos, com agravamento progressivo. O ecocardiograma realizado na SE revelou deterioração moderada a severa da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e dilatação do ventrículo direito (VD). Ainda na SE sofreu mais duas PCR. Evoluiu para falência multiorgânica com necessidade de suporte respiratório, aminérgico e hemodiafiltração venosa contínua. Foi realizado angio tomografia computadorizada (TC) de tórax e excluído tromboembolismo pulmonar. O doente foi transferido para um hospital central para esclarecimento etiológico. O

ecocardiograma realizado à chegada revelou uma fistula entre o seio coronário direito e o VD com cerca de 8 mm, tendo sido submetido a encerramento cirúrgico de emergência, que decorreu sem complicações. Apesar da melhoria clínica, hemodinâmica e analítica, o ecocardiograma pós-operatório mostrou fistula residual com 3.4mm e FEVE 30-35%. A TC cranio-encefalico mostrou várias hipodensidades da substância branca profunda por provável hipoxia cerebral. Hemodinamicamente estável, consciente e orientado, mas completamente dependente nos auto-cuidados, foi transferido para o hospital da área de residência para fisioterapia. Posteriormente sem qualquer limitação física ou sintomática, ainda que com manutenção da fistula aorto-ventricular, à data com 7mm. É seguido em consulta de cardiologia encontrando-se sem sintomas de IC, palpitações ou síncope.

Conclusões: A rotura de aneurisma do seio de valsava para as cavidades direitas é uma deformidade cardíaca rara e frequentemente causadora de instabilidade hemodinâmica grave. Quanto o tratamento cirúrgico é precoce o prognóstico é geralmente bom. No caso clínico reportado verifica-se a manutenção de uma fistula residual entre a aorta e o ventrículo direito, assintomático e sem agravamento ecocardiográfico.

PO 10

O ECOCARDIOGRAMA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA

Isabel Cruz, Henrique Guedes, Daniela Carvalho
Hospital Pedro Hispano

Desenvolver uma lista de diagnósticos diferenciais é essencial no serviço de urgência, de forma a não falhar um diagnóstico potencialmente ameaçador da vida do doente. Os autores apresentam o caso de um homem de 67 anos, sem antecedentes de relevo, que

recorreu ao Serviço de Urgência com um quadro com 3 semanas de evolução de dispneia para esforços progressivamente menores e agravamento súbito nesse dia. Concomitantemente referia picos febris ocasionais, sem horário preferencial. Sem outras queixas, nomeadamente dor torácica. Admitido na sala de emergência por sinais de dificuldade respiratória, hipotensão e taquicardia. A gasimetria revelou hiperlactacidemia e insuficiência respiratória global e o eletrocardiograma ritmo sinusal, com infraST em II, III, aVF e V2-V6 com supraST em aVR. Analiticamente com elevação da troponina e dos parâmetros inflamatórios. Levantada suspeita de insuficiência cardíaca aguda no contexto de enfarte do miocárdio mas, por quadro atípico, realizada ecoscopia que revelou insuficiência aórtica aguda e depressão severa da função do ventrículo esquerdo, sem etiologia clara. O angioTC torácico excluiu disseção da aorta e infeção pulmonar. Assumida endocardite aórtica com destruição valvular. Necessidade de suporte vasopressor e ventilação mecânica invasiva por má resposta à ventilação não invasiva. Iniciou antibioterapia empírica e foi transferido para a cirurgia cardiorácica. O ecocardiograma transesofágico confirmou endocardite da valvula aórtica com insuficiência excêntrica grave e depressão grave da função biventricular. O doente foi submetido a cirurgia cardíaca emergente mas acabou por falecer no bloco. Posteriormente, nas hemoculturas e na massa excisada, foi isolado um *Streptococcus pneumoniae* multissensível. A insuficiência cardíaca é uma complicação relativamente frequente da endocardite (EI) e a que apresenta maior taxa de morbilidade, a curto e longo prazo. A endocardite pneumocócica é rara (<3% de todas as EI), principalmente em doentes sem fatores de risco, como é o caso deste doente. Este agente apresenta características próprias, como infeção mais

frequente de válvula aórtica, infecção de válvulas morfológicamente normais, evolução aguda e alta taxa de mortalidade. A natureza agressiva desta infecção torna a sua identificação precoce essencial. Para isso, salientamos a importância dum ecocardiograma à cabeceira do doente, muitas vezes decisivo para os diagnósticos diferenciais de insuficiência cardíaca aguda.

PO 11

HEMORRAGIA INTRACEREBRAL DE CAUSA INFECIOSA

Isabel Cruz, Sofia Monteiro, Sara Ramos, Cristina Oliveira
Hospital Pedro Hispano

As hemorragias intracerebrais têm uma alta taxa de morbimortalidade e a identificação da sua causa tem implicações terapêuticas e prognósticas. Os autores apresentam o caso de um homem de 72 anos, com hipertensão arterial, dislipidemia e insuficiência aórtica grave, que recorreu ao serviço de urgência por défice de força do membro inferior esquerdo com 16 horas de evolução e cefaleia holocraneana intensa súbita. Referência ainda a um quadro com 2 meses de evolução de febre, sintomas constitucionais e episódios de confusão em estudo, com anemia e elevação da proteína C reativa (75mg/dL) e sem alterações no TC toraco-abdomino-pélvico. Admitido na sala de emergência como via verde de AVC. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, com disartria, hemiparesia esquerda com face e neglect visual e sensitivo esquerdo, sem outros défices neurológicos (NIHSS 10). Realizou TC cerebral que revelou hematoma lobar temporal direito com halo de edema adjacente. Admitido na Unidade de Cuidados Intermédios. Pela suspeita de endocardite iniciou antibioterapia empírica. Evolução desfavorável no primeiro dia, com agravamento do estado de consciência e aumento dimensional da hemorragia, tendo sido

transferido para o serviço de neurocirurgia. Os ecocardiogramas transtorácico e transesofágico confirmaram vegetação móvel de 16 mm na válvula aórtica com perfuração da mesma. Após exclusão de outras causas, assumida hemorragia cerebral nesse contexto. Isolamento de *Streptococcus sanguinis* nas hemoculturas. Foi ainda detectada espondilodiscite a nível L2-L3. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia com ceftriaxone com boa evolução. À data de alta sem evidência de novo foco de embolização, recuperação dos défices neurológicos e insuficiência cardíaca classe II de NYHA a aguardar cirurgia de substituição valvular. Identificados como predisponentes à endocardite o agente comensal da flora oral e realização de tratamento dentário no ano anterior e diagnóstico inaugural de diabetes *mellitus*. A hemorragia intracerebral é uma forma rara de apresentação de endocardite, mas défices neurológicos de novo num doente com febre sem foco e cardiopatia valvular devem levantar esta suspeita. O nosso doente tinha indicação cirúrgica dado o tamanho da vegetação com embolização sistémica, mas esta foi protelada dada a hemorragia cerebral. O diagnóstico e tratamento antibiótico atempado são a melhor maneira de prevenir estas complicações.

PO 12

MAL ASMÁTICO

– A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Medeiros, Alexandra Dias, Ana Araújo, Tiago Pereira, Lucília Pessoa, Nuno Catorze
Centro Hospitalar Médio Tejo

A Asma é uma doença inflamatória comum, caracterizada pela limitação do fluxo expiratório, causando sintomas como dispneia, pieira e tosse, que variam ao longo do tempo e em intensidade. Existem fatores desencadeantes bem identificados como o exercício, exposição a alérgenos, alterações climatéricas ou infeções virais. A identificação e intervenção

precoce numa exacerbação asmática são fundamentais para uma evolução favorável. Apresentamos o caso de um homem, 29 anos, de nacionalidade indiana, com antecedentes pessoais de asma, automedicado com Salbutamol inalado, encontrado com alteração do estado de consciência. Apresentava Escala de Coma de Glasgow de 5 (O2, V1, M2), com broncospasmo marcado e sem outras alterações ao exame objetivo. Submetido a entubação oro-traqueal e ventilação mecânica. À entrada na Unidade de Cuidados Intensivos constatou-se marcada desadaptação da ventilação, com silêncio à auscultação pulmonar, hipotensão e taquicárdico. Na Gasometria Arterial apresentava acidemia respiratória grave (pCO₂ 102 mmHg), normoxemia e hiperlactacidemia. Medicado de imediato com Cetamina, Salbutamol subcutâneo, Adrenalina intramuscular, Sulfato de Magnésio e Hidrocortisona teve melhoria do broncospasmo. Otimizou-se a ventilação mecânica mantendo relação inspiração/ expiração baixa (1:4,9), Volume tidal elevado e Frequência respiratória baixa com melhoria progressiva da retenção de dióxido de carbono (CO₂). No dia seguinte por manter broncospasmo marcado e acidose respiratória grave optou-se por manter Cetamina e iniciar remoção extracorpórea de CO₂. Desde então, rápida melhoria clínica e laboratorial com descontinuação ventilatória, sendo retirado o tubo oro-traqueal ao terceiro dia de internamento. Entre os doentes internados com exacerbação aguda e severa da Asma, cerca de 3-5% irão necessitar de ventilação mecânica, sendo a insuficiência respiratória aguda a indicação principal. A hiperinsuflação dinâmica é um problema comum dos doentes asmáticos e deve ser tida em consideração aquando da ventilação. Quando a ventilação mecânica não é suficiente para atingir os objetivos pretendidos, o suporte extracorpóreo com a remoção de CO₂ mostrou ser benéfico.

As exacerbações severas que necessitam de ventilação estão associadas a maior mortalidade, razão pela qual o controlo adequado da patologia e seus fatores desencadeante são de extrema importância.

PO 13

VIA VERDE AVC – UM CASO DE DISSECÇÃO AÓRTICA AGUDA

Cátia Ribeiro Santos, Cláudia Antunes, Maria João Palavras, Raquel Silva, Célio Fernandes
Centro Hospitalar de Leiria - Hospital de Santo André - Medicina Interna II

A dissecção da aorta é uma emergência médica de carácter agudo, que se apresenta tipicamente como dor torácica abrupta. Contudo, a sintomatologia neurológica induzida pela dissecção da aorta também está presente em casos raros, que muitas vezes levam ao diagnóstico tardio porque mimetizam o acidente vascular cerebral ou hemorragia intracraniana. A sobrevida da dissecção aórtica aguda está dependente de um diagnóstico precoce, baseado num elevado grau de suspeição e na orientação célere para tratamento. Os autores apresentam o caso de um homem de 72 anos, autónomo e antecedentes de obesidade, HTA e dislipidemia. Admitido no serviço de urgência por alteração súbito do estado de consciência e hemiparesia esquerda com necessidade de intubação endotraqueal e ventilação mecânica invasiva no pré-hospitalar. Na sala de emergência, segue-se protocolo de Via Verde de AVC com realização de TC-CE com contraste sem lesão isquémica aguda constituída e sem evidência de oclusão de grandes vasos. Assim, perante instabilidade hemodinâmica, nomeadamente agravamento da hipotensão, taquicardia e ingurgitamento jugular, procede-se de imediato a realização de TC tórax com contraste, identificando-se dissecção da aorta tipo A com dissecção da raiz de ambas as carótidas. A ecoscopia de cabeceira revela volumoso derrame pericárdico com sinais

de tamponamento cardíaco com compromisso diastólico do ventrículo direito. Perante o diagnóstico de dissecção aórtica aguda com critérios de tamponamento cardíaco, o doente é transferido para um centro de referência e submetido de urgência a reparação cirúrgica com substituição da aorta torácica ascendente. Posteriormente, após período de internamento prolongado, doente com recuperação do estado neurológico e estabilidade hemodinâmica sem compromisso da função cardíaca, com referenciação para programa de reabilitação motora. A dissecção aórtica aguda pode causar complicações neurológicas, especialmente em doentes com dissecção clássica do tipo A. Sendo a manifestação mais comum o acidente vascular cerebral isquémico e a encefalopatia hipóxica. Assim, é importante percebê-los, pois a dominância dos sintomas neurológicos na fase inicial da dissecção aórtica pode dificultar o seu diagnóstico precoce com consequente aumento da mortalidade.

PO 14

UMA CAUSA POUCO FREQUENTE DE PANCREATITE AGUDA

Margarida L. Nascimento, Filipa Malheiro,
Alexandra Bayão Horta
*Serviço de Medicina Interna, Hospital da Luz Lisboa,
Portugal*

A pancreatite aguda (PA) é uma das causas principais de etiologia gastro-intestinal que levam à hospitalização. A litíase biliar (40-70%) e o consumo de álcool (25-35%) correspondem à maioria dos casos. Das etiologias não-litiásicas, os tumores pancreáticos quísticos são causas infrequentes. Estes contribuem para PA pela obstrução do ducto pancreático. Doente do sexo masculino, 64 anos, com história pessoal de hipertensão arterial, psoríase, litíase biliar submetido a colecistectomia aos 40 anos e síndrome depressivo. Sem hábitos tabágicos ou etílicos. Recorre ao Serviço de Urgência por um quadro com

48 horas de evolução de dor abdominal em cinturão e náuseas. Ao exame objectivo apresentava-se desidratado e com um abdómen ligeiramente distendido e doloroso no epigastro. Analiticamente tinha leucocitose, PCR 1,72 mg/dL, bilirrubina total e transaminases normais, fosfatase alcalina 120 UI/L, gama-glutamil transferase 233 UI/L, amilase 472 UI/L e lipase 5894 UI/L. Ecografia abdominal sem dilatação das vias biliares ou sinais de coledocolitíase, com quisto do corpo pancreático inespecífico. Foi internado com o diagnóstico de PA alitiásica, iniciando soroterapia e mantendo-se em jejum. Do estudo analítico triglicéridos e cálcio normais. Realizou ressonância magnética abdominal com estudo colangio-RM que identificou neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) do pâncreas multifocal de ramo periférico, densificação da gordura mesentérica e peri-pancreática e pequenas formações ganglionares reactivas de reduzida expressão; sem coledocolitíase. A evolução clínica foi favorável, com início de dieta sem recorrência de sintomas e normalização das enzimas pancreáticas. O doente foi referenciado à consulta de Gastrenterologia com indicação para realizar eco-endoscopia (EUS). A IPMN é uma neoplasia potencialmente maligna. A sua incidência é desconhecida e a idade de apresentação varia entre a 5ª e 7ª décadas de vida; sem distribuição de género. A maioria é diagnosticada acidentalmente, mas a PA é uma forma de apresentação (12 a 67% na maior série publicada). É classificada consoante a localização: ducto pancreático principal e/ou ramo periférico. Ambos podem ser causa de PA e o risco parece ser similar. Segundo o consenso de Fukuoka, após episódio de PA o doente deve realizar EUS de modo a definir tratamento cirúrgico ou apenas vigilância imagiológica. A ressecção cirúrgica geralmente é recomendada quando existe displasia de alto grau ou carcinoma invasivo.

PO 15

VERÃO NO BAIXO ALENTEJO: UM CASO EXTREMO DE GOLPE DE CALOR

Mariana Nápoles, Rosa Mendes
*Medicina Interna, Hospital José Joaquim Fernandes,
Beja*

O golpe de calor é uma condição provocada por excesso de exposição solar e calor, acontecendo quando a temperatura corporal ultrapassa os 40°C. É mais comum em climas quentes e secos. Há grupos vulneráveis (crianças, idosos, imunodeprimidos e certos doentes crónicos) e fatores precipitantes (exposição solar prolongada sem uso de protetor, prática de atividade física extenuante em ambientes propícios, uso roupa desadequada, ausência de hidratação adequada, situações que provoquem desidratação). Os sintomas dependem da gravidade, podendo ir desde tonturas, cefaleias, náuseas e confusão a convulsões, alteração do estado de consciência e morte. O diagnóstico é clínico. Homem de 39 anos é trazido ao SU após indisposição súbita, enquanto trabalhava ao sol e num dia quente, sem qualquer hidratação. Na véspera, ingeriu grande quantidade de bebidas alcoólicas. À admissão: inconsciente, reativo à dor, temperatura não mensurável, FC 169bpm, traçado eletrocardiográfico arritmico, polipneico e SatO₂ 91%. Removem-se as roupas, aplicam-se placas de gelo nas axilas, abdómen e virilhas e toalhas embebidas em água fria no resto do corpo. Inicia fluidoterapia com NaCl frio e administra-se paracetamol. A primeira temperatura mensurável é de 42.9°C. É entubado, ventilado e algaliado com saída de urina residual. Coloca-se cateter venoso central. Analiticamente: creatinina 1.75mg/dL, ureia 22mg/dL, aumento da enzimologia hepática (TGO 260U/L, TGP 183U/L, GGT 324U/L). Gasimetricamente, lactatos 5.3mmol/L. Durante a permanência no SU, mantém-se taquicárdico, atingindo a apirexia

2h após a admissão. Apresenta vários episódios convulsivos que revertem com a administração de diazepam. Após estabilização, é transferido para a unidade de cuidados intensivos, onde, apesar das medidas terapêuticas instituídas, vem a falecer. Quando identificado e tratado numa fase mais inicial, o prognóstico do golpe de calor é bom. Tratando-se este de uma situação extrema, logo à admissão, foram evidentes sinais de gravidade: temperatura não mensurável, alteração do estado de consciência, convulsões, a traduzir provável afeção cerebral; alterações da função renal e da enzimologia hepática em provável dependência do compromisso desses órgãos. O tempo desde o início dos sintomas até ao atingimento da apirexia podem ter sido determinantes no desfecho deste caso. Sobrevivendo, ficaria provavelmente com sequelas neurológicas. É muito importante prevenir, evitando ou tratando os fatores precipitantes.

PO 16

HERPES HUMANO-6, UMA CAUSA POUCO COMUM DE MENINGOENCEFALITE NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA DE MEDICINA INTERNA – CASO CLÍNICO

Sandra D. Santos¹, Telma Alves¹, Sandra Simões¹
¹*Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra Clínica Universitária de
Medicina Interna, FMUC*

Introdução: As encefalites/meningites são doenças raras, mas potencialmente fatais, que se caracterizam por um processo inflamatório agudo no sistema nervoso central, sendo as infeções virais uma das causas mais comuns.

Caso clínico: Mulher de 69 anos, autônoma, foi levada ao Serviço de Urgência (SU) por obstrução da via aérea, alteração do comportamento e paragem cardiorrespiratória. Tinha como antecedentes hipertensão arterial, fibrilhação auricular paroxística e dislipidemia; era medicada com atenolol/clorotalidona, li-

sinopril e flecainida. Foi entubada pelo INEM, encontrando-se à admissão E4VtM4, apirética, com tensão arterial de 150/75 mmHg, normocardica, com SpO2 de 90% sob 3L O2/min. Encontrava-se prostrada, mas reativa a estímulos externos. A auscultação cardíaca era normal e apresentava roncospersos à auscultação pulmonar. O abdómen era indolor e não apresentava edemas ou sinais de má perfusão periférica. Gasimetricamente encontrava-se hipoxémica e tinha uma hipocaliemia ligeira. Nesta fase, conseguiu extubar-se a doente com sucesso, intensificou-se a terapêutica broncodilatadora e corrigiram-se os níveis de potássio. Analiticamente com Nt-proBNP de 5358 pg/ml (N<450) e D-dímeros de 7048 ng/mL (N<230). O Rx torax mostrava sinais de congestão bilateral. A TC-CE evidenciava uma sinusopatia inflamatória etmoidal bilateral e a Angio-TC excluiu tromboembolia pulmonar. No 2º dia de permanência no SU, apresentava ainda lentificação psico-motora e afasia. Repetiu TC-CE que era sobreponível à anterior e, por manutenção do quadro neurológico e temperaturas sub-febris, realizou-se uma punção lombar (PL) e foram pedidas diversas serologias, bem como hemoculturas e urocultura. Destaca-se desse painel analítico, a deteção do herpes vírus humano 6 (HHV-6) no líquido cefalorraquidiano. Iniciou-se terapêutica com Ganciclovir para a meningoencefalite a HHV-6 e internou-se a doente no Serviço de Infecçiology, de onde teve alta ao fim de 20 dias, com recuperação total da função neurológica.

Conclusão: Os autores apresentam um caso que ilustra uma causa pouco comum de alteração neurológica no adulto, a meningoencefalite a HHV-6. Este vírus é neurotrópico e tem sido associado a vários distúrbios neurológicos em indivíduos imunocompetentes. Em doentes com alteração do exame neurológico e sem alterações de relevo na TC-CE, é im-

portante não esquecer o valor da PL na identificação de agentes etiológicos que possam causar quadros infecciosos menos típicos.

PO 17

EXANTEMA MACULAR – DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Natacha Silveira, Liliana Pedro, Joana Nascimento, Raquel Pinho, Glória Cabral Campello
Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão

Introdução: A endocardite infecciosa caracteriza-se pela infecção das estruturas valvulares cardíacas ou do endocárdio mural. Apesar dos avanços terapêuticos, permanece uma doença com mortalidade elevada e associada a complicações graves.

Caso Clínico: Mulher de 25 anos com antecedentes pessoais de consumo de cocaína e canabinóides. Contexto epidemiológico de contacto com cães. Recorreu ao serviço de Urgência por quadro com 3 dias de evolução de mal estar, sensação de febre não quantificada, sudorese nocturna, mialgias e vômitos. Ao exame objectivo à admissão verificou-se exantema macular generalizado com atingimento das palmas das mãos e plantas dos pés, FC 120bpm, auscultação cardíaca com sons rítmicos, sem sopros audíveis. Analiticamente a salientar trombocitopenia 64000uL, elevação das transaminases (AST 92U/L, ALT 52U/L), PCR 323mg/L, lactato 1.8, presença de canabinóides e cocaína na urina. Foi internada com hipótese diagnóstica inicial de febre escarionodular e iniciou doxiciclina. No decorrer do internamento verificou-se aparecimento de máculas eritematosas pequenas e algumas hemorrágicas (compatíveis com lesões de Janeway) e hemorragia em estilhaço nas unhas. Desenvolveu disfunção neurológica (TAC CE sem alterações) e disfunção cardiocirculatória e hematológica com agravamento progressivo, tendo sido admitida em Unidade

de Cuidados Intensivos. Do rastreio microbiológico isolou-se *Staphylococcus aureus* metilicilino-sensível nas hemoculturas. Foi alterada a antibioticoterapia para flucloxacilina assumindo-se o diagnóstico de endocardite infecciosa em válvula nativa. Realizou ecocardiograma transtorácico que evidenciou vegetação na válvula mitral. Apresentou melhoria clínica e reversão das disfunções de órgão, pelo que foi transferida para enfermaria de medicina. O ecocardiograma transesofágico demonstrou regurgitação mitral moderada com destruição do bordo valvular. Por manutenção da febre e agravamento clínico foram procurados eventuais focos de infecção e foi detectado abscesso cerebral. A doente foi transferida para Cirurgia Cardiorádica para posterior intervenção cirúrgica.

Conclusão: Os autores pretendem alertar para a necessidade de pensar no extenso diagnóstico diferencial de lesões cutâneas e na importância da vigilância clínica. As complicações associadas à endocardite infecciosa são graves e potencialmente fatais, como a regurgitação valvular, insuficiência cardíaca, eventos embólicos e sepsis.

PO 18

HAEMOPHILUS INFLUENZAE – A IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO

Olga Jesus, Flávia Santos, Ana Ponciano, Filipa Alçada, Maria de Jesus Banza, Célio Fernandes
Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: *Haemophilus influenzae* é um bacilo Gram negativo, que coloniza as vias aéreas do ser humano, sendo este o único hospedeiro. A transmissão ocorre de indivíduo para indivíduo por gotícula ou contacto directo com secreções respiratórias infetadas. Na era pré vacinação cerca de 20% das crianças eram colonizadas no 1º ano de vida, e mais de 50% aos 5 anos, podendo manter-se assintomáticas até surgir doença invasiva, sendo portadoras e possíveis transmissoras da bac-

téria. Com a vacinação esta taxa foi reduzida para menos de 1%.

Caso clínico: Os autores vêm apresentar o caso de uma jovem de 23 anos, género feminino, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por febre alta, com 2 semanas de evolução e agravamento progressivo, com intervalos de cerca de 4h, associada a anorexia, náuseas e mialgias intensas. Trata-se de uma jovem natural da Ucrânia, atualmente a estudar na Polónia e de férias com os Pais em Portugal há poucos dias. Nega outros sintomas. Nega outras viagens, sem outro contexto epidemiológico de relevo. Saudável, refere apenas antecedentes de sinusite e rinite alérgica, sem medicação habitual, sem história de imunossupressão. À observação no SU, febril (38.3°C), taquicárdica, pálida. Orofaringe hiperemiada, sem hipertrofia amigdalina e sem exsudato. Sem alterações à auscultação. De referir, ligeira hepatomegalia com bordo regular. Dos exames iniciais, estudo analítico com linfopenia discreta, sem leucocitose, mas PCR 287.4 mg/L, com aumento das transaminases e fosfatase alcalina; Rx Tórax bem; SU tipo2 bem; Serologias de HIV, Hepatite A, B e C negativas, não imunizada para a Hepatite B. Colheu culturas e iniciou antibioticoterapia empírica. Foi internada para vigilância e terapêutica. Posteriormente foi isolado *Haemophilus influenzae* nas hemoculturas e alterada a antibioticoterapia para Levofloxacina, que cumpriu durante 14 dias. Dados os antecedentes realizou TC seios perinasais que revelou preenchimento dos seios maxilares bilateralmente. **Conclusão:** Com este caso clínico os autores pretendem demonstrar que é de vital importância que a abordagem em contexto de urgência seja abrangente, com uma anamnese dirigida mas completa e um raciocínio clínico que tenha em conta as particularidades de cada doente. Neste caso em específico, a doente, natural da Ucrânia, não teve acesso

à vacinação para o *Haemophilus influenzae*, podendo estar colonizada desde a sua infância, apresentando-se assintomática até ao surgimento de doença invasiva (bacteriemia).

PO 19

NO LIMITE DA MEDICINA

Ana Clara Dinis, David Ferreira, Cátia Figueiredo, Cátia Teixeira, Isabel Martins, Ana Vila Lobos
Centro Hospitalar Médio Tejo

Introdução: Frequentemente com apresentação indolente, sintomatologia transversal a múltiplas outras patologias, como náusea e vômitos, a lesão renal aguda é uma disfunção orgânica que pode acarretar consequências graves, até mesmo fatais, não devendo ser descorada a sua exclusão.

Caso clínico: Homem de 60 anos, autónomo. Hipertenso controlado com Perindopril+Indapamida. Recorre ao Serviço de Urgência por queixas álgicas no ombro esquerdo, associadas ao esforço, tendo sido constatadas fraturas do 4º arco costal e da clavícula esquerdas, sem trauma associado. À admissão, clinicamente apenas com queixas de náusea e vômitos com um mês de evolução, sem qualquer outra sintomatologia associada. Ao estudo analítico constatada lesão renal aguda com retenção azotada marcada (Creatinina: 26.5mg/dL e Ureia: 630mg/dL) com hipercalemia severa (K+:9.1mmol/L) e Acidemia metabólica (pH: 7.18; pCO₂: 19; HCO₃⁻: 7.1) associadas, e anemia normocítica e normocrômica (Hb: 8.1g/dL). ECG: ritmo sinusal, 65bpm, ondas T hiperagudas. Inicia diálise urgente, com resolução progressiva da ca-liemia e da acidemia. Contudo manteve-se dependente de hemodiálise, com diminuição progressiva do débito urinário. Ao estudo, em regime de internamento, diagnosticado Mieloma Múltiplo IgG/Lambda com atingimento renal (biopsia renal compatível com nefropatia de cilindros). Iniciou terapêutica dirigida com Dexametasona e Bortezomib, e terapeut-

cia dialítica com filtros de alto cut off, com melhoria clínica considerável.

Conclusão: A insuficiência renal (IR) é uma complicação frequentemente associada ao Mieloma Múltiplo, podendo estar presente aquando do diagnóstico em cerca de 35% dos doentes. O mecanismo mais frequente de IR é o chamado 'Rim Mieloma', que decorre da excreção de cadeias leves, provocando lesão tubulo-glomerular. Quando diagnosticado atempadamente, o início de terapêutica dialítica e quimioterapia precoces podem alterar significativamente o prognóstico funcional e vital do doente.

PO 20

A PSORÍASE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Adriano Pacheco Mendes, André Mendes, Rúben Raimundo, Joana Cochicho, José Silva, Isabel Lavadinho, Isabel Soles
*Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
- Hospital de Portalegre*

Introdução: A psoríase é uma doença inflamatória sistémica que afecta a pele, unhas e articulações de cerca de 250 mil portugueses. Existem vários subtipos de psoríase incluindo a do couro cabeludo, a vulgar, a pustular, a gutata, a inversa e a eritrodérmica. Este último, é o subtipo menos comum ocorrendo apenas em menos de 3% de todos os doentes mas também um dos mais graves devido ao risco associado no desenvolvimento de complicações. Dos factores desencadeantes da psoríase e pela relevância neste caso, destaca-se o stress emocional e a medicação antidepressiva.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente de 55 anos, do sexo masculino, com história de hipertensão arterial, dislipidémia e síndrome depressivo, que recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro de mal estar generalizado e lesões eritematosas descamativas generalizadas associadas a prurido e a marcado edema subcutâneo, também genera-

lizado, com 3 dias de evolução e agravamento progressivo. Ao exame objectivo apresentava lesões descamativas eritodérmicas em toda a superfície corporal, poupando apenas a face e couro cabelo, francamente agravadas nas palmas das mãos e nos pés. Dado o quadro clínico e as características das lesões, fez-se o diagnóstico de psoríase eritodérmica e iniciou-se tratamento com acitretina oral e corticoterapia tópica associada a hidratante corporal. Teve alta após 24 horas de vigilância, com estabilidade hemodinâmica, termoregulatória e metabólica mantidas e indicação para manter a terapêutica instituída durante 3 meses.

Conclusão: A psoríase eritodérmica é uma variante incomum e grave, sendo caracterizada por um eritema generalizado em mais de 75% da superfície corporal e pelas suas possíveis e sérias complicações hemodinâmicas, metabólicas e termoreguladoras. Como tal, é imperativo o reconhecimento deste subtipo de psoríase potencialmente fatal.

PO 21

DOR ABDOMINAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Filipa Silva, Ana Antunes, Sheila Ferreira,
Jorge Teixeira

Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal e Serviço de Urgência do Hospital de Braga

Introdução: O infarto esplênico resulta do compromisso vascular do território esplênico, venoso ou arterial, conduzindo a isquémia do parênquima e necrose tecidual. As duas principais causas são a doença tromboembólica e as doenças hematológicas infiltrativas (mais comuns em doentes com menos de 40 anos).

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 47 anos, fumadora ocasional. Medicada com contraceptivo oral. Recorreu ao SU por náuseas, vômitos de conteúdo alimentar e dejeções líquidas, sem sangue, muco ou pus, aos quais se associou dor abdominal em “cinturão” nos quadrantes superiores do abdómen, com irradiação para o dorso e braço esquerdo,

sem factores de alívio. Do estudo realizado salienta-se, analiticamente hemograma, ionograma, função renal, marcadores de citocolestase, amilase e lipase sem alterações. Gasometricamente com alcalémia respiratória e acidose metabólica, com hiperlactacidémia. Radiografia e ecografia abdominais sem alterações. ECG com infra de ST de V1-V4 e sem alteração dos marcadores de necrose do miocárdio seriados. Por manter dor abdominal com 8 horas de evolução, refractária à analgesia, apesar da resolução dos vômitos e dejeções diarreicas, foi realizada angio-tomografia computadorizada abdominopélvica na qual foi observado “infarto esplênico extenso (...) espessamento da artéria esplênica no seu segmento hilar, com perda progressiva da opacificação do lúmen a jusante (...)”. Para exclusão de causa cardioembólica realizou ecocardiograma transtorácico cujo resultado não tinha alterações de relevo. A doente ficou internada para estudo etiológico do infarte esplênico.

Conclusões: O tratamento do enfarte esplênico varia consoante a etiologia subjacente, porém a terapêutica de suporte é transversal (analgesia, hidratação, anti-eméticos). O tratamento cirúrgico pode ser necessário quando existe causa traumática ou surgem complicações (pseudoquisto, abscesso, aneurisma, ruptura). Este caso clínico apresenta uma causa rara de dor abdominal no Serviço de Urgência e demonstra como uma dor abdominal pode esconder patologias de gravidade distinta, sendo o elevado grau de suspeição a chave do diagnóstico.

PO 22

CAUSA RARA DE CRISE CONVULSIVA

Maria Manuel Costa, Joana Rodrigues
Hospital São Sebastião

A hipomagnesemia é uma entidade comum em doentes com défices nutricionais e cognitivos a. A sua detecção deve ser considerada

quando nos deparamos com factores de risco ou com manifestações clínicas secundárias ao défice, como a arritmia cardíaca potencialmente fatal. Por estar muitas vezes associada a outras alterações, é um desafio atribuir o quadro clínico em exclusivo ao défice isolado de magnésio. O tratamento passa por reverter a causa do défice aliado a suplementação. Apresenta-se o caso de homem de 58 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca, artrite reumatóide, anemia crónica, tabagismo e a alcoolismo pesado no passado. Da medicação crónica de salientar pantoprazole e furosemida. Recorre ao serviço de urgência por diarreia aguda e alteração do estado de consciência. Aí objectivada crise convulsiva, havendo referência a outra crise no domicílio cerca de uma semana antes. Sem fármacos introduzidos recentemente ou alteração dos hábitos. Do estudo realizado de salientar tomografia computadorizada crânio-encefálico sem lesões hemorrágicas ou isquémicas agudas ou imagem de oclusão de vasos; análises com aumento da PCR, hipocalcemia e hipomagnesemia grave, hiperfosfatemia, paratormona normal, hipocalcemia. Assumiu-se doente com hipomagnesemia grave em provável relação com uso crónico de diurético da ansa e inibidor da bomba de prótons associado a diarreia aguda. A hipomagnesemia cursa com hipocalcemia e resistência a paratormona, o que se traduz numa alteração do metabolismo do cálcio e fósforo com consequente hiperfosfatemia e hipocalcemia. Filiou-se assim a causa da crise convulsiva na hipocalcemia grave consequente ao défice de magnésio. Com este caso os autores pretendem apresentar uma causa de crise convulsiva de frequência e importância crescentes. Serve ainda para alertar que fármacos de uso corrente na prática clínica podem cursar com alterações graves. Fármacos como os IBP e diuréticos têm sido apontados como causadores de hipomagnesémia.

PO 23

SÍNDROME DE WUNDERLICH

Pedro Rodrigues, Jorge Almeida
Centro Hospitalar Universitário de São João

A síndrome de Wunderlich é uma entidade clínica rara, definida por hemorragia renal subcapsular ou retroperitoneal, espontânea. A apresentação clínica clássica, conhecida como tríade de Lenk, consiste em dor abdominal ou lombar, tumefação abdominal dolorosa e choque hipovolémico. Estão descritas várias etiologias: coagulopatia, rotura da artéria renal, malformações vasculares, poliartrite nodosa, rotura de quisto renal, nefrolitíase, neoplasia (a mais frequente) e, raramente, causas extrarrenais. Perante a suspeita do diagnóstico a tomografia computadorizada (TC) abdominal é o exame de eleição, com sensibilidade de 100%. Mulher de 77 anos com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, fibrilhação auricular hipocoagulada e doença renal crónica em terapia de substituição da função renal. Admitida no Serviço de Urgência (SU) por dor abdominal no quadrante superior direito, náuseas e vômitos, de início agudo. Ao exame objetivo revelava-se taquipneica, sem instabilidade hemodinâmica: pressão arterial de 130/80mmHg. Sem febre. O abdómen encontrava-se distendido, doloroso na palpação do quadrante superior direito, sem sinais de irritação peritoneal. As análises evidenciaram queda de hemoglobina para 6,8g/dL (basal de 9g/dL) e INR de 1,9. Durante a permanência no SU, evoluiu com hipotensão, alteração do estado de consciência e hiperlactacidemia, não responsivos a medidas de ressuscitação volémica. Foi revertida a hipocoagulação e realizou TC abdominal, com hematoma renal direito com 130x95x80mm de dimensão e líquido no espaço perirrenal. A angiografia do rim direito não vislumbrou hemorragia ativa ou malformação vascular, pelo que não se procedeu a embolização. A doente

foi internada em unidade cuidados intensivos, após estabilização hemodinâmica. Nas 24h seguintes, evoluiu com choque hipovolêmico, com necessidade crescente de suporte vasopressor, tendo ido ao bloco operatório: identificado volumoso hematoma retroperitoneal direito, sem evidencia de hemorragia ativa, foi realizada nefrectomia direita. Manteve choque com disfunção multiorgânica. Faleceu ao fim de 72 horas. A Síndrome de Wuerdlich é uma entidade clínica potencialmente letal na ausência de diagnóstico e tratamento oportunos. A estratégia terapêutica preconizada depende da etiologia e da apresentação clínica. A cirurgia emergente é o tratamento de eleição nas situações de instabilidade hemodinâmica. A embolização arterial seletiva é uma alternativa a considerar em casos selecionados.

PO 24

GAP OSMÓTICO E ANIÓNICO AUMENTADOS: QUAL O DIAGNÓSTICO?

Pedro Rodrigues, Jorge Almeida
Centro Hospitalar Universitário de São João

A acidose metabólica é um distúrbio frequente nos doentes que recorrem ao Serviço de Urgência com condições potencialmente graves. O diagnóstico diferencial é extenso, mas a presença de gap aniônico aumentado limita as hipóteses diagnósticas. Em situações pontuais, o gap osmolar confere valor discriminativo adicional: na suspeita de ingestão de álcoois tóxicos.

Caso clínico: Homem de 48 anos sem antecedentes de relevo. Admitido no Serviço de Urgência por prostração e vômitos, após ingestão voluntária de líquido anticongelante de automóvel. Ao exame objetivo, apresentava-se letárgico, hipotenso (pressão arterial de 95/50mmHg) e apirético. Realizada gasometria arterial, com acidemia metabólica, gap aniônico aumentado, glicemia normal e ele-

vação marginal de lactato. Na restante avaliação analítica, com função renal e ionograma normais, pesquisas de etanol, salicilatos e acetaminofeno negativas. A análise sumária da urina era normal. Por suspeita de ingestão de etilenoglicol foi calculado o gap osmolar (aumentado -191) e solicitado o doseamento sérico de etilenoglicol, cujo resultado, em diferido, confirmou níveis tóxicos. O doente foi admitido em unidade de cuidados intensivos, com disfunção neurológica e circulatória. O tratamento consistiu em bicarbonato de sódio parentérico, fomepizole (5mg/kg de dose de carga seguido de 4 doses de 10mg/kg a cada 12h) e hemodiafiltração venovenosa continua. Teve alta ao fim de 72 horas, sem disfunções orgânicas, após correção de gap osmolar e aniônico e clearance de etilenoglicol (níveis inferiores a 20mg/dl). A intoxicação por etilenoglicol é potencialmente letal. A sua toxicidade é mediada pelos metabolitos (ácido glicólico, glioxalato e oxalato), produtos da oxidação pelas enzimas álcool desidrogenase e aldeído desidrogenase. O diagnóstico e tratamento oportunos são essenciais para o prognóstico. O tratamento consiste na inibição da álcool desidrogenase (fomepizole) e correção da acidemia, uma vez que esta é facilitadora o efeito tóxico dos metabolitos. A hemodiálise está indicada nos doentes com acidose metabólica com gap aniônico aumentado (indicador indireto da presença de metabolitos tóxicos) e/ou disfunção orgânica. A piridoxina e a tiamina são terapêuticas adjuvantes, potenciadoras de vias secundárias de metabolização dos mediadores tóxicos.

PO 25

DISSECÇÃO DA AORTA – EXEMPLO DA COMPLEXIDADE DE DIAGNÓSTICO NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE

Ricardo A Afonso, Agnieszka Czajkowska, Rafael Luvisotto, Marona Beja, Manuela Teotónio, Teresa Fevereiro, Francisco Farrajota

1Serviço de Urgência Geral, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC); 2Nova Medical School, Universidade Nova de Lisboa

Introdução: A dissecção da aorta (DA) é uma emergência hospitalar com elevada mortalidade em função do tempo de instalação dos sintomas, pelo que o diagnóstico precoce é essencial. Apesar do tratamento ser potencialmente cirúrgico, a abordagem inicial é quase sempre da Medicina Interna.

Objetivo: Análise casuística da frequência da DA no Serviço de Urgência (SU) de um Hospital Central, caracterizando a amostra com base na demografia, clínica, exames complementares de diagnóstico (ECDs), tratamento e outcome.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos em que se realizou TAC torácica entre Março de 2018 e Março de 2019, seleccionando os casos de DA, analisando a incidência dos diferentes tipos de DA (sistemas de Stanford e de DeBakey) e caracterizando a amostra (vide Objectivos).

Resultados: Das 1532 TACs torácicas realizadas no ano em que incidiu o estudo, confirmou-se DA em 9 casos (0.59%): 7 do tipo A e 2 tipo B (Stanford); 4 do tipo I, 2 tipo II e 3 tipo III (DeBakey). A idade média dos doentes era 62 anos, sendo 8 do sexo masculino. Triage: pouco urgentes (2); urgentes (3); muito urgentes (4). Os factores de risco clássicos mais frequentes foram hipertensão arterial (66.7%), idade superior a 65 anos (55.6%) e aneurisma aórtico (33.3%). Dos outros antecedentes, os mais frequentes foram dislipidémia (55.6%) e diabetes (33.3%). Principais sintomas apresentados: toracalgia

anginosa de início abrupto (55.6 %); alteração transitória do estado de consciência (44.4%); dorsalgia, dor abdominal e astenia (33.3%). Todos tiveram apresentação inferior a 1 mês e 77.8% inferior a 1 semana. Os sinais mais frequentes foram hipotensão (33.3%), taquicárdia (22.2%) e assimetria de pulsos (22.2%). Analiticamente: elevação de D-Dímeros (55.6%), leucócitos (55.6%) e PCR (66.7%); alterações na GSA (44.4%); elevação da Tnl em apenas 22.2%. Observaram-se alterações no ECG e RX em 77.8 %. Entre a inscrição no SU e realização da Angio-TAC decorreram 9.4+/-3.74 h. Tratamento: cirurgia em 55.6% e terapêutica médica em 33.3%. Outcome: 22.2 % falecidos, 33.3 % internados em enfermaria, 22.2% em UCI e 11.1 % em cuidados intermédios. Tempo médio de internamento: 9.9 dias.

Conclusões: A DA foi mais frequente em homens. A clínica é muito variável, o que pode explicar a demora para realização da angio-TAC confirmatória e início do tratamento. Assim, a integração dos vários sinais e sintomas é essencial para colocar precocemente a hipótese diagnóstica de DA.

PO 26

TUBERCULOSE NA URGÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Leila Duarte, Ana Coelho Gomes, Teresa Rodrigues, Anabela Oliveira

Centro Hospitalar Universitário Lisboa – Norte

Introdução: A tuberculose é a principal causa de morte por patologia infecciosa na população adulta em todo o mundo. São diagnosticados ~10 milhões de novos casos/ano. Em Portugal, a incidência é de 15,6/100000 habitantes e, segundo o último relatório da Direção Geral de Saúde, assistiu-se a uma diminuição de 40% da taxa de notificação e incidência entre 2007 e 2017. Dos 1244 casos com tuberculose pulmonar diagnosticados em 2017 (71,5% do total de casos notificados), 700 (56,3%) ti-

nham exame direto positivo, conferindo maior risco de transmissão.

Objetivos: Caracterizar os doentes com tuberculose pulmonar bacilífera observados no serviço de urgência central (SUC) de um hospital terciário e a abordagem efetuada durante a sua permanência no SUC.

Material e métodos: Estudo descritivo e retrospectivo. Incluídos 33 doentes com exame direto de expetoração positivo para *Mycobacterium tuberculosis* efetuado no SUC entre Janeiro 2018 e Abril 2019. Recolha de dados por consulta de processos clínicos informáticos e tratamento dos mesmos em Excel®. **Resultados:** Nesta amostra, 76% dos doentes eram do sexo masculino e 27,2% estrangeiros: 5 africanos, 3 asiáticos e 1 brasileiro. A média de idade foi de 43,2±18,4 anos. Antecedentes de tuberculose foram identificados em 27,2% doentes, 6% eram VIH positivo e 15,1% tinham hábitos tóxicos. Na triagem 6% foram triados de azul, 18,1% de verde, 60,6% de amarelo, 12,1% de laranja e 3% de vermelho. Há referência a colocação de máscara bico de pato em 27% dos doentes e 76% permaneceram em quarto de isolamento no SUC. O tempo médio de espera até à primeira observação médica foi de 1h35±57 min e o tempo médio de permanência no SUC de 10±8h. 42,4% dos doentes foram transferidos para outro Hospital por ausência de vagas de isolamento no internamento. Verificou-se 1 óbito durante a permanência no SUC por choque séptico com ponto de partida respiratório. **Conclusões:** A maioria dos doentes era do sexo masculino e com fatores associados a baixo nível socioeconómico, o que está de acordo com os dados da literatura. Apesar da tuberculose ser mais frequente em doentes com fatores de risco, na amostra descrita estes apenas se encontravam descritos em 21,1% dos doentes. Os dados apresentados refletem a dificuldade de gestão de doentes

bacilíferos no SUC, explicado em parte pela sintomatologia inespecífica desta doença. A elaboração de um algoritmo de triagem, com orientação para isolamento precoce dos doentes, pode minimizar o risco de transmissão.

PO 27

REVISITAR O PNEUMOTÓRAX – CASUÍSTICA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Daniela Antunes, Tatiana Salazar,
Carla Madureira Pinto, Augusto Duarte
Centro Hospitalar Médio Ave

Introdução: O pneumotórax é definido pela presença de ar na cavidade pleural, normalmente virtual, responsável por um colapso pulmonar parcial ou total. É uma causa clássica e potencialmente grave de dispneia aguda ou toracalgia em doentes admitidos no serviço de urgência. O tratamento passa por obter re-expansão pulmonar e identificar a etiologia de forma a prevenir recorrência.

Objetivos: Análise retrospectiva de dados clínico-patológicos de indivíduos diagnosticados com pneumotórax durante um período de 5 anos (2014-2018). Foram excluídos os doentes que não necessitaram de internamento e permaneceram no Serviço de urgência menos de 24 horas.

Resultados: De um total de 56 doentes, 75% são homens, a média de idades foi de 37,6 anos e a demora média de internamento 9,2 dias. Todos os pneumotórax foram unilaterais, 51,8 % foram à direita. Foi classificado como primário em 50 % dos doentes e secundário a doença pulmonar em 46,4% dos casos. Em 3,6 % doentes a causa foi iatrogénica. A taxa de recorrência foi de 28,6%. Em 85,7% dos doentes tinham critério para a colocação de dreno torácico, e destes, 58,3% foi colocada aspiração de baixa pressão. O tempo médio de drenagem foi de 6,95 dias. 30% dos doentes necessitaram de tratamento cirúrgico, tendo sido transferidos para Cirurgia Torácica. Dos achados em tomografia computadorizada

tóricica (TC Tórax), 39,3% doentes apresentavam enfisema pulmonar, 30,4% derrame pleural, 30,4 % consolidação, 8,9% nódulos pulmonares sem significado patológico, 7,1 % espessamento pleural e 7,1 % bronquiectasias e 21,4% dos doentes sem alteração imagiológica no TC de tórax. Como patologias associadas 10,7% dos casos tinham doença pulmonar crónica obstrutiva, 3,6% neoplasia de pulmão e 3,6% outra neoplasia com atingimento pulmonar. Em 7% dos casos foi identificado défice de alfa 1 antitripsina.

Conclusão: Esta revisão estatística serviu para demonstrar que apesar de muitos doentes com Pneumotórax não terem doença pulmonar estrutural identificada ou sintomática a grande maioria (78.6%) apresentava alterações radiológicas em TC Tórax que poderiam estar na base etiológica desta patologia. O pneumotórax foi mais prevalente no género masculino e em idades mais jovens, o que vai de encontro com a literatura. Outros estudos de maior grandeza serão necessários para identificar outras causas de Pneumotorax.

PO 28

CASUÍSTICA DOS DOENTES COM HIPERTERMIA ADMITIDOS NO SU DO CHLO NOS 3 DIAS COM AS TEMPERATURAS MAIS ALTAS DE 2018

Monteiro, Marta C; Rocha, Sara; Cidade, José Pedro; Domingos, Raquel
Serviço de Medicina II, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO)

Introdução: Hipertermia consiste na elevação da temperatura, devido à falha na termorregulação. Difere de febre, induzida pela ativação de citocinas devido à inflamação. Com as alterações climáticas, estima-se que a morbimortalidade associada ao calor aumentará 2.5 vezes até 2050. Define-se golpe de calor como o aumento da temperatura corporal, associada a sintomas neurológicos, num contexto de calor. Classifica-se em 3 estádios, câibras e

síncope, exaustão pelo calor e golpe de calor.

Objetivos: Distinguir entre infeção e golpe de calor e validar a instituição de terapêutica adequada. Alertar para a taxa de mortalidade por golpe de calor, bem como para a importância do seu reconhecimento e instituição de tratamento imediato.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo observacional com base na consulta de registos médicos do serviço de urgência, de doentes admitidos nos dias 4, 5 e 6 de Agosto de 2018 no SU do CHLO. Os parâmetros avaliados foram: sexo, idade, exposição, temperatura, sinais e sintomas, métodos complementares de diagnóstico, terapêutica e mortalidade. Para o diagnóstico de golpe de calor foi utilizada a classificação de 2015 da Associação Japonesa de Medicina Intensiva - *Committee related to heatstroke*.

Resultados: Dos 52 doentes com hipertermia, 51 foram incluídos no estudo, 18 homens e 33 mulheres. 28 cumpriram critérios para golpe de calor (12 estágio I, 10 estágio II e 6 estágio III), sendo os restantes diagnósticos de infeção e descompensação de comorbilidades. Foi instituída hidratação endovenosa em 68.6% dos doentes. Em 54.9%, foram aplicadas medidas de arrefecimento, invasivas em 11.8% (arrefecimento por sonda vesical e soro refrigerado). A 43.1% foram administrados antipiréticos, dos quais 36.4% tinham diagnóstico de golpe de calor, e destes, apenas 12.5% apresentavam evidência de foco infeccioso para a febre. Instituição de antibioterapia empírica em 51% dos doentes. A taxa de mortalidade no local foi de 7.8%.

Conclusões: Apesar de, na maioria dos casos, o diagnóstico ter sido correto, e ter sido instituída terapêutica adequada, verificou-se que em 28.6% dos doentes com golpe de calor, a abordagem inicial foi direcionada a tratamento de infeção. O golpe de calor é uma entidade clínica frequente, cujo diagnóstico é clínico e

a sintomatologia inespecífica, implicando elevado grau de suspeita e exposição sugestiva. O reconhecimento precoce é fundamental dada a rápida evolução com disfunção multiorgânica e elevada morbimortalidade.

PO 29

RASTREIO DE VIH NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Ana Luísa Esteves, Ana Rita Barradas, Sara Pocinho, Ana Pãosinho, Sérgio Pereira, Jorge Azinheira, Inês Jorge, João Pereira
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução: A infeção por VIH representa mundialmente um importante problema de saúde pública. Na Europa, estima-se que 15% dos infetados não se encontrem diagnosticados, prevendo-se que este valor seja inferior a 10% em Portugal. A partir de 2000, verificou-se uma tendência decrescente no número de novos casos de infeção por VIH e de SIDA, contudo a taxa de diagnóstico tardio mantém-se das mais elevadas na União Europeia. **OBJETIVO** Caracterizar a população com rastreio de VIH no serviço de urgência (SU).

Métodos: Estudo retrospectivo e observacional baseado na análise de processos clínicos dos doentes a quem foi pedido teste de 4ª geração para deteção de VIH no SU de um hospital central no período de Outubro a Dezembro de 2018.

Resultados: Foram pedidos 303 testes de VIH no SU. Destes, 63% eram do sexo masculino, a média de idade era 44 anos e 30% não apresentavam antecedentes patológicos. Dos rastreios, 22% foram pedidos previamente ao início de terapêutica antipsicótica e 10% por relações sexuais de risco recentes. Dos doentes admitidos pela Psiquiatria, 37% apresentavam psicose como diagnóstico de saída. De todos os que tiveram contacto com fluídos biológicos, 59% referia contacto sexual e 41% recorreu por acidente de trabalho associado a picadas, sendo que na maioria

(68%) o contacto havia ocorrido há menos de 1 hora. De todas as pesquisas efetuadas, 96% dos resultados foram negativos e 4% (n= 12) positivos. Daqueles com exposição, apenas 2 resultados foram positivos e ambos referiam contacto sexual de risco há mais de 72 horas. Apenas 4% dos doentes realizou profilaxia pós-exposição. Relativamente ao destino à alta, 33% não foram referenciados, 15% foram internados na Psiquiatria e 9% foram referenciados ao Hospital Dia de Infeciologia. Todos os doentes com resultado negativo que repetiram pesquisa 1 mês depois (n= 14), mantiveram-se negativos.

Conclusão: A epidemia de VIH apresenta-se como uma das mais desafiantes deste século e urge os diagnósticos e tratamentos precoces. Revela-se crucial a pesquisa em SU a todos os doentes com fatores de risco. Com o rastreio realizado, estes doentes obtiveram a possibilidade de início de tratamento atempado, retardando a evolução da doença e prevenindo complicações a curto prazo. Contribui-se assim para o atingimento das metas “90-90-90” da ONUSIDA.

PO 30

IMPACTO POR GOLPE DE CALOR NUMA POPULAÇÃO DE DOENTES ADMITIDOS EM SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Bruno Gonçalves de Sousa, Ricardo Mateus, Rosa Alves, Vanda Spencer, Tiago Judas
Hospital Garcia de Orta

Introdução: No período de 1 a 6 de Agosto de 2018 verificou-se a ocorrência de uma onda de calor em Portugal, com 40 a 55% das estações a registarem temperaturas máximas > 40°C. A ocorrência destes fenómenos tem impacto directo na saúde, com descompensação de doenças crónicas ou síndrome de Golpe de Calor (GC). Esta síndrome define-se por uma temperatura corporal > 40°C associada a disfunção

do sistema nervoso central (SNC), secundária a aumento da temperatura externa. Objectivos: Caracterização da população de doentes admitida no serviço de urgência no período de 4 a 7 de Agosto, identificando as diferenças entre os doentes sobreviventes e os falecidos. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes admitidos com os critérios de inclusão: temperatura corporal auricular > 38°C, disfunção do SNC e exposição a temperaturas externas extremas. Os dados obtidos foram analisados com recurso ao programa informático IBM SPSS®.

Resultados: Admitidos 21 doentes por GC, com predomínio de mulheres (76,2%, n=16), idade média de 81,62 anos. Mais de 85,7% dos doentes tinham idade < 70 anos, sendo que 71,4% (n=15) tinham algum grau de dependência. Dos 21 doentes, 47,6% (n=10) faleceram durante o internamento. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à idade (77,09 vs 88,50 anos, p=0,044), temperatura (40,96°C vs 39,60°C, p=0,048), ocorrência de crise convulsiva (4 vs 0, p=0,039), insuficiência respiratória (0 vs 4, p=0,003) e valor de creatinina (Creatinina 1,13 vs 1,90 mg/dL, p=0,042) entre os doentes sobreviventes e falecidos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as co-morbilidades, medicação habitual e abordagem inicial dos doentes. **Conclusões:** A ocorrência de GC é um fenómeno raro e atinge um diminuto número de pessoas. A abordagem destes doentes necessita de ser estruturada, com o desenvolvimento de protocolos de actuação baseados na evidência. A idade e presença de disfunção respiratória e renal tiveram impacto negativo no prognóstico dos doentes, enquanto a ocorrência de convulsões teve impacto positivo. As dimensões reduzidas da amostra não permitiram identificar diferenças entre as restantes variáveis avaliadas.

PO 31

DIAGNÓSTICO INFREQUENTE DE CONVULSÃO

Fabiana Pimentel, Cristina Miranda, Teresa Brandão, Paulo Freitas

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A facilidade do acesso a drogas ilegais no mundo actual força o clínico a estar alerta para a diversidade de apresentações associadas aos quadros de intoxicação. Além do consumo, o transporte intra-abdominal de substâncias é um problema crescente. Os riscos médicos envolvidos prendem-se com a possibilidade de obstrução ou perfuração intestinal e de ruptura dos pacotes, com mortalidade imediata elevada.

Caso clínico: Homem, 50 anos de idade, previamente saudável. Admitido no serviço de urgência (SU) por dor precordial seguido de convulsão. Na sala de triagem apresentou crise tónica clónica generalizada, revertida após terapêutica com benzodiazepinas. Objectivamente destaca-se score de glasgow 7, hipertensão (TA 241/102mmHg), pulso rítmico e taquicárdico (FC 105bpm), abdómen distendido, mas indolor. Electrocardiograma em ritmo sinusal, com prolongamento do QT. Análises com Troponina negativa e CK 6869U/L. Tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica sem alterações. Na sequência de episódio de vômito com saída de material plástico, realizou Rx Abdominal com estômago preenchido por corpos estranhos. TC abdominopélvica confirmando a existência de um “body-packer” com múltiplos pacotes radiodensos que preenchem todo o estômago, o cego, o ângulo esplénico do cólon, o cólon descendente/sigmóide e o recto. Doseamento toxicológico positivo para cocaína (9363ng/mL). Foi avaliado pela Cirurgia Geral, procedendo-se a gastrotomia e remoção de 51 pacotes íntegros que preenchiam o estômago e extracção pelo recto de 21 pacotes, um dos quais com rotura prévia da cápsula (contagem final 72

pacotes). Admitido na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos com evolução neurológica e abdominal favoráveis.

Conclusão: A gestão dos casos de “correio de droga” está pouco documentada na literatura actual. Este caso realça a importância de um elevado grau de suspeição para diagnósticos alternativos em doentes admitidos no SU por crise convulsiva, sem diagnóstico prévio de epilepsia.

PO 32

FAVAS NÃO, OBRIGADO!

Fabiana Pimentel, Lisete Nunes, Ivone Barracha, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras

Introdução: A deficiência de glucose-6-fosfato (G6PD) é a deficiência enzimática mais comum. Assintomática na maioria das pessoas, pode manifestar-se através de icterícia neonatal ou anemia hemolítica após exposição a diversos agentes oxidativos (favas, fármacos ou infecção). Na ausência de comorbilidades, a recuperação é completa quando superado o insulto inicial, não sendo necessário qualquer tipo de tratamento específico além do suporte transfusional.

Caso clínico: Homem, 68 anos de idade. Antecedentes pessoais de depressão, medicado diariamente com Trazodona. Admitido no Serviço de Urgência (SU) por sensação de mal-estar generalizado, astenia, dor lombar esquerda com irradiação ao epigastro e colúria, com início no próprio dia. Objectivamente salienta-se mucosas pálidas, anictéricas, pulso rítmico, taquicárdico (FC 103bpm). Abdómen mole e indolor, sem hepatoesplenomegália palpável. Murphy renal ausente. Analiticamente com anemia macrocítica hiperocrômica e leucocitose (Hb 6.4g/dl, VGM 116.6fL, HGM 37.4pg, leucócitos 11100/uL), reticulocitose (9.3%), LDH aumentado (762U/L), hiperbilirrubinemia indirecta (bilirrubina total 1.8mg/

dl, bilirrubina directa 0.7mg/dl) e haptoglobina diminuída (9mg/dl). Estudo do ferro sem alterações. Esfregaço de sangue periférico com evidência de policromatofilia com eritrócitos tipo ‘bite cells’ e corpos de “Pappenheimer”, sugestivo de anemia hemolítica oxidativa (défice de G6PD). Doseamento de G6PD reduzido (2.3IU/g Hb). Após história clínica detalhada, o doente afirmou ter ingerido favas há cerca de 3 dias. Admitiu-se Anemia Hemolítica por Défice de Glucose-6-Fosfato, secundária a ingestão de favas. Transfusão de 2 unidades de concentrado eritrocitário e mantida vigilância clínica com evolução favorável.

Conclusão: O caso apresentado destaca-se pela marcha diagnóstica e realça o papel fulcral de uma história clínica detalhada, muitas vezes difícil de obter no ambiente anárquico do SU.

PO 33

A VOAR DE HOSPITAL EM HOSPITAL – OS RISCOS DA AUTOMEDICAÇÃO

Maria Vilela, Renato Nogueira, Cláudia Maio
Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução: Lipotímia e episódios similares constituem motivos frequentes de admissão no Serviço de Urgência (SU), sendo a melhor ferramenta diagnóstica uma anamnese pormenorizada.

Caso clínico: Mulher, 54 anos, autónoma e cognitivamente íntegra. Residente nos Estados Unidos da América (EUA). Antecedentes de tabagismo ativo e excesso ponderal. Sem medicação habitual ou alergias conhecidas. Admitida no SU após ter sido encontrada pelo companheiro caída, com vômito alimentar, prostrada e com perda de memória para o sucedido. Cerca de 10 minutos antes tinha telefonado ao companheiro que não se encontrava em casa a avisar que não se sentia bem. Negava alteração de hábitos alimentares, ingestão de bebidas alcoólicas, fármacos ou

chás e consumo de substâncias ilícitas. Tinha feito voo EUA-Portugal horas antes. Relatava episódio de instalação de mal-estar geral e perda de forças há cerca de 1 mês, após viagem Portugal-EUA, depois de se ter levantado rapidamente, caindo no chão amparada pela filha e tendo 2 vômitos alimentares. Negava perda de consciência mas refere ter ficado “lentificada”. Do estudo efetuado, exceptuando hiperlactidémia de 2 mmol/L que reverteu à data de alta, não apresentava do estudo analítico (EA), eletrocardiograma (ECG) ou tomografia axial computadorizada (TAC) cerebral, tendo alta clínica. À admissão hospitalar apresentava-se hipotensa, lentificada mas orientada, sem outras alterações ao exame físico. Do estudo realizado, não apresentava alterações no EA, ECG e TAC cerebral e foi excluído tromboembolismo pulmonar por angio-TAC. Permaneceu em vigilância sobre monitorização hemodinâmica e eletrocardiográfica, estando estável durante todo esse período. Após exaustiva anamnese, doente confessou ter tomado 1 comprimido de cafeína anidra (diurético de venda livre nos EUA) previamente aos 2 voos de longo curso referidos, para prevenir edema dos membros inferiores. Assumida hipotensão iatrogénica a cafeína anidra. Doente teve alta orientada para consulta externa de medicina para re-avaliação, com indicação para não voltar a tomar o referido fármaco e manter aporte hídrico 1,5 a 2L/dia.

Conclusão: Existem muito poucos relatos de efeitos secundários a cafeína anidra, existindo apenas 1 caso publicado de intoxicação com grave instabilidade hemodinâmica e desequilíbrio hidroelectrolítico. A venda livre de substâncias aparentemente inócuas é um fenómeno em crescendo e todo o clínico deverá estar alerta para esta problemática.

PO 34

SÍNDROME DE BRUGADA: “DORMIR” EM SORESSALTO

Nídia Oliveira, Cátia Figueiredo, Catarina Almeida, Gabriela Venade, Joana Lemos, Alexandra Vaz
Centro Hospitalar de Tondela / Viseu

Introdução: A síndrome de Brugada (SB) é uma doença genética provocada por uma mutação no gene SCN5A e que predispõe a arritmias ventriculares potencialmente fatais, principalmente em repouso ou durante o sono. Afeta predominantemente homens e tem uma prevalência de 1 em 2000 indivíduos na Ásia e 1 em 5000 indivíduos no resto do mundo. O seu diagnóstico é estabelecido através de um padrão electrocardiográfico específico, que surge espontaneamente ou após testes de provocação farmacológica.

Caso clínico: Homem de 56 anos, com antecedentes pessoais de doença de Menière, hipotiroidismo e distúrbio de ansiedade. Admitido na sala de emergência a 05/07/2019 por episódio de síncope, precedida de pró-dromo com embotamento visual, sensação de “aperto” epigástrico sem irradiação, palpitações e hipersudorese. Refere ter tido 3 episódios semelhantes no período nocturno na última semana que ocorreram quando está a dormir, tendo acordado aflito, suado, com tremor generalizado, sendo que depois perde os sentidos. Nega jejum, febre, precordialgia, dispneia, ortopneia, cefaleias ou náuseas, alterações motoras ou da sensibilidade, movimentos involuntários ou incontinência de esfíncteres. Ao exame objectivo apresentava-se consciente e orientado na pessoa, tempo e espaço. Ansioso, mas colaborante. Normotenso. Normocárdico. Apirético. Eupneico em ar ambiente com saturações 96%. Sem alterações da auscultação cardiopulmonar. Exame neurológico sem alterações. Analiticamente sem parâmetros inflamatórios aumentados, mioglobina e troponina I dentro dos valores de

referência. Radiografia de tórax, gasimetria e tomografia cranioencefálica sem alterações. No electrocardiograma (ECG) com bloqueio incompleto de ramo direito e padrão de Brugada tipo 2.

Conclusão: apesar da SB ser uma entidade clínica recentemente descrita (1992) deve ser amplamente difundida, uma vez que está associada a elevado risco de morte súbita cardíaca. O cardiodesfibrilhador implantável é a única terapêutica eficaz, recomendando alguns autores, terapêutica farmacológica adicional com o objectivo de reduzir as descargas eléctricas do desfibrilhador. É assim necessário continuar a investir na procura de marcadores e/ou testes provocatórios adicionais que identifiquem mais precocemente indivíduos em fase subclínica sob risco de MSC para assim otimizar a estratificação. Realça-se ainda a importância do rastreio familiar, dado ser uma alteração genética transmitida em cerca de 50% às gerações seguintes.

PO 35

QUANDO NÃO É APENAS UMA CEFALEIA

Cátia Ribeiro Santos, Joana Raquel Monteiro, Sónia Santos, Ana Ponciano, Fernanda Pinhal, José Leite, Célio Fernandes
Centro Hospitalar de Leiria

A trombose venosa cerebral é uma doença cerebrovascular com múltiplas manifestações clínicas, muitas vezes subdiagnosticada. Os autores descrevem o caso de uma doente de 39 anos, com antecedentes pessoais de endometriose intestinal, medicada com anticoncepcional oral há 25 dias, antecedentes familiares de acidente vascular cerebral e enfarte agudo do miocárdio, admitida no serviço de urgência por cefaleia hemcraniana direita, início súbito, carácter pulsátil, náuseas associadas, cinco dias de evolução. Sem défices neurológicos ao exame objetivo. Tinha recorrido ao seu médico assistente que a medicou com anti-inflamatório e triptano com melhoria

parcial. Trazia consigo o relatório de TC cerebral realizada no próprio dia em ambulatório que relatava: Hiperdensidade espontânea dos seios transversos, sigmóide e jugular direitos e do segmento proximal da veia jugular interna do mesmo lado, sugestiva de trombose venosa. Completou-se estudo com venoTC, que confirmou a trombose das referidas estruturas. Os restantes seios venosos estavam permeáveis, assim como a circulação venosa profunda, mas os seios contralaterais eram moderadamente hipoplásicos. Sem lesões expansivas nem vasculares neoforativas. Colhido estudo de trombofilias e iniciada hipocoagulação com enoxaparina em dose terapêutica, além de analgesia e colocação da cabeceira a 30°. Durante o internamento, melhora da cefaleia após optimização da analgesia. Analiticamente – Hiperhomocisteinemia. AngioRM cervical e intracraniana venosa – ausência de fluxo no seio lateral direito, evidenciando hipersinal em T1 e T2 e T2 FLAIR, aspetos sugestivos de trombose do seio lateral direito. Coexistiam aspetos sugestivos de trombose da veia jugular direita. EcoDoppler Carotídeo Vertebral e EcoDoppler Venoso dos membros inferiores – sem alterações. Observada pela Neurologia que recomendou suspensão do anticoncepcional oral, introdução de varfarina a manter nos seis meses seguintes e orientação em consulta externa da especialidade. Mantém-se sem intercorrências a registar e a reavaliação aos seis meses por VenoRM do crânio e vasos do pescoço revelou repermeabilização do seio lateral direito, mantendo irregularidades no preenchimento. Este caso ilustra a importância da valorização da clínica do doente e da suspeição diagnóstica, para abordagem e terapêutica precoce de situações potencialmente fatais. A ponderar o papel dos anticoncepcionais orais enquanto fator de risco numa multiplicidade de patologias.

PO 36

TROMBOSE DA VEIA JUGULAR COMO APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA GÁSTRICA

Cátia Ribeiro Santos, Ana Ponciano,
Joana Raquel Monteiro, Fernanda Pinhal, José Leite,
Célio Fernandes
Centro Hospitalar de Leiria

A trombose da veia jugular interna é pouco frequente e geralmente associa-se ao uso de drogas endovenosas, acesso venoso central e infecção dos tecidos ao nível da região cervical. Contudo, raramente se apresenta como manifestação inicial de neoplasia. O adenocarcinoma gástrico associa-se a elevada mortalidade em todo o mundo e, nos casos mais avançados, apresenta-se com obstrução gástrica, dispepsia e metastização. A trombose da veia jugular é uma apresentação muito pouco frequente da doença.

Caso: Mulher de 31 anos que recorreu ao serviço de urgência por cervicálgia e edema cervical à esquerda com 4 dias de evolução, associado a dispneia e odinofagia. A doente negou febre, sudorese nocturna ou perda ponderal. Sem antecedentes pessoais ou patológicos relevantes. A observação revelou edema difuso e com aumento da temperatura na região cervical esquerda associado a engorgitamento das veias superficiais homolaterais. Ecografia revelou extensa trombose das veias jugular esquerda e subclávia. A doente iniciou anticoagulação com heparina de baixo peso molecular e foi admitida em internamento para estudo complementar. Tomografia computadorizada confirmou trombose venosa assim como presença de múltiplas adenopatias no tronco celíaco. Estudo de coagulação sem alterações, pelo que foi realizada biópsia de adenopatia. O exame anatomopatológico permitiu o diagnóstico de carcinoma. O estudo do tubo gastrointestinal permitiu, através de endoscopia digestiva alta, estabelecer como diagnóstico definitivo

de adenocarcinoma invasivo após biópsia de úlcera no corpo gástrico. Apesar do início de quimioterapia, verificou-se rápido declínio e progressão de doença, acabando a doente por falecer 6 meses após o diagnóstico.

Discussão: Trombose venosa geralmente atinge os membros inferiores. O sistema venoso cervical e crânio é menos susceptível a fenómenos trombóticos dado a ausência de valvas e pelo auxílio da gravidade na drenagem venosa em ortostatismo. A trombose da veia jugular interna pode surgir como manifestação inicial de neoplasia, apesar de pouco frequente. Na ausência de patologia cervical, evento desencadeante ou patologia hematológica, deve-se suspeitar de neoplasia nos casos de trombose venosa jugular.

PO 37

PRIMOINFEÇÃO A CITOMEGALOVIRUS NO ADULTO

Olga Jesus, Flávia Santos, Ana Ponciano,
Maria de Jesus Banza, Célio Fernandes
Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: A infeção por Citomegalovirus (CMV) no adulto imunocompetente é geralmente assintomática. No entanto, pode apresentar-se como uma síndrome mononucleose-like com febre e sintomas sistémicos, podendo levar a complicações específicas de órgão com morbilidade e mortalidade importantes.

Caso clínico: Os autores vêm apresentar o caso de uma mulher de 54 anos, previamente saudável, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por um quadro de astenia, fraqueza muscular e sudorese noturna com cerca de 15 dias de evolução e agravamento progressivo, com aparecimento de febre, de cerca de 38°C, de predomínio noturno, nos últimos 4 dias. Nega perda ponderal, sintomas respiratórios, genito-urinários ou gastro-intestinais. Do contexto epidemiológico refere beber água de fontes e ter contacto com cães, ga-

tos e aves. Nega consumo de leite ou queijo não pasteurizados. Ao exame objetivo, sem alterações de relevo, nomeadamente lesões cutâneas, adenopatias palpáveis ou hepatomegalia. Dos exames iniciais, o estudo analítico revelou aumento das transaminases e da LDH, sem leucocitose ou neutrofilia; SU tipo2 bem; Rx Tórax bem; Ecografia reno-vesical bem; HIV e Hepatite B e C negativas, Reação de Widal, Weil-Félix, Paul-Bunnell e Rosa de Bengala negativas. Foram pedidas serologias de EBV, CMV, Toxoplasma e Rickettsia. Permaneceu no SU em vigilância, tendo apresentado febre de cerca de 38-39°C, pelo que iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina e ac. clavulânico tendo desenvolvido rash cutâneo maculo-papular, que resolveu com a suspensão do antibiótico. Os resultados das serologias revelaram IgM CMV elevado, com IgG CMV negativa, restantes serologias negativas. Foi suspenso antibiótico e a doente foi encaminhada para consulta, tendo repetido serologias após cerca de 1 mês, que apresentaram a evolução esperada, diminuição da IgM CMV e positividade para IgG CMV, com normalização das transaminases. Realizou também ecografia abdominal que não apresentou alterações.

Conclusão: Com este caso, os autores pretendem evidenciar que apesar da seroprevalência do CMV ser maior em países em desenvolvimento, aumentar com o decorrer da idade, e tratar-se de uma infeção geralmente assintomática em idade adulta, é uma causa de síndrome mononucleose-like que não pode ficar no esquecimento. É geralmente auto-limitada, com uma recuperação total em dias ou semanas sem necessidade de tratamento dirigido, no entanto as complicações de órgão devem ser monitorizadas.

PO 38

CEFALEIA – UM DESAFIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO DE TOXOPLASMOSE CEREBRAL

Catarina Louro, Andreia Ribeiro, Carla Tonel, Leuta Araújo

Hospital Vila Franca de Xira

Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 30 anos, natural da Guiné-Bissau e residente em Portugal há 10 anos, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de cefaleia e vômitos com 6 dias de evolução, desenvolvendo alteração do comportamento no dia da admissão. Hábitos tabágicos ativos, sem outros antecedentes pessoais ou medicação habitual e negando hábitos alcoólicos ou toxicófilos. À entrada, apresentava-se apirética, com lentificação psico-motora, sem défices neurológicos focais ou sinais meníngeos e hemodinamicamente estável. Analiticamente, com leucopenia ligeira de 3200 (com 810 linfócitos), LDH 304, PCR<0.5. A TAC crânio-encefalica mostrou múltiplas lesões cerebrais espontaneamente densas, com edema peri-lesionais. Realizou ecocardiograma transtorácico que não mostrou sinais de vegetação ou outras alterações. Foi feita RMN-CE ainda em contexto de urgência e pedida serologia VIH1/2, que foi positiva. O relatório da RMN-CE foi compatível com múltiplas lesões focais, com padrão imagiológico sugestivo de neurotoxoplasmose. Foi feita punção lombar e pedidas serologias no sangue, assim como caracterização do estágio de infecção VIH, iniciando terapêutica para toxoplasmose cerebral. Dos exames complementares de diagnóstico efectuados, há a referir: serologias para hepatites virais, VDRL, CMV e Epstein Barr negativas; IgG Toxoplasma +; CD4 11 e CV 29750 cópias; exame citoquímico do LCR: 18 células (4 PMN, 14 MN), glicose 46, proteínas 78, ADA normal; PCR toxoplasma no

LCR +. Verificou-se agravamento do quadro clínico, com progressão para estado de mal epiléptico, refractário aos anti convulsivantes, tendo vindo a falecer ao 6º dia de internamento. Os autores querem demonstrar com este caso clínico a importância da abordagem à cefaleia, queixa muito frequente em contexto de urgência, por vezes bastante desafiante do ponto de vista de diagnóstico diferencial, e a importância de um atempado diagnóstico correcto, com impacto na mortalidade.

PO 39

IATROGENIA: DA CADEIRA DO DENTISTA À SALA DE EMERGÊNCIA

Daniela Brito, Telma Elias, Lídia Caley, Lara Adelino, Fátima Pimenta
Centro Hospitalar do Médio Tejo

Introdução: O enfisema subcutâneo e o pneumomediastino são definidos pela presença de ar nos tecidos moles e no mediastino. Podem resultar de causas iatrogénicas, traumáticas, infecciosas ou espontâneas. Dentro das causas iatrogénicas, esta complicação após extração dentária é rara, sendo o primeiro caso descrito em 1900.

Caso clínico: Homem de 21 anos transportado ao serviço de urgência (SU) pela SIV (Suporte Imediato de Vida) por ter apresentado edema da face após procedimento dentário com anestesia local. Atendendo-se ao facto de se considerar uma reacção anafilática à lidocaína fez, no local, epinefrina 300mcg intramuscular, hidrocortisona 200mg endovenoso (EV) e clemastina 2mg EV. No SU apresentou-se hemodinamicamente estável e sem dificuldade respiratória. À observação com edema na hemiface direita, mas sem edema da língua ou úvula, à palpação do pescoço apresentava crepitação. Face aos achados realizou tomografia computadorizada do pescoço e tórax que mostrou extenso enfisema subcutâneo facial e cervical estendendo-se ao mediastino superior. Ficou internado para vigilância

do quadro, tendo-se iniciado antibioterapia profiláctica com Amoxicilina/Ácido Clavulânico e Metronidazol. Houve melhoria progressiva, não havendo necessidade de intervenção cirúrgica.

Conclusão: O diagnóstico diferencial do edema do face/pescoço após procedimento dentário inclui angioedema, enfisema subcutâneo, reacção alérgica, celulite e hematoma. É essencial o diagnóstico correcto para a sua orientação terapêutica. O tratamento do enfisema subcutâneo, nestes casos, é conservador tratando-se de uma situação benigna e autolimitada.

PO 40

DOR TORÁCICA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Inês Santos, Sandra Lucas, Francisco Rebocho, Diana Coutinho, Sofia Calaça, Diogo Canudo, João Barros, Ireneia Lino, Francisco Azevedo
Hospital Espírito Santo de Évora

Doente de 58 anos, fumador, sem outros antecedentes, sem medicação crónica, inicia quadro dor torácica retroesternal, com irradiação ao dorso e mandíbula, agravada com o esforço, com 2 horas de evolução, com queixas semelhantes há algumas semanas mas que cessavam com o repouso. Exame objectivo sem alterações relevantes, a destacar: TA 155/94 mmHg, FC 63 bpm, SatO₂ 95% (aa). ECG com hipertrofia ventricular por critérios de voltagem. Gasimetria e análises normais. Ecocardiograma com boa função sistólica, sem alterações segmentares. Por suspeita de EAM sem supra ST é medicado com AAS e nitroglicerina sublingual, com melhoria das queixas, mantendo vigilância. Durante a permanência no SU desenvolve quadro de dor torácica semelhante ao anterior. ECG com infraST <1mm em avL, V5-V6 e analiticamente com troponina negativa mas D-dímeros de 5.88 µg/mL. Realiza coronariografia que mostra possível dissecação da aorta. Durante o procedimento

evolui com falência respiratória, procedeu-se a ventilação mecânica invasiva. Realiza Angio-TC para exclusão de síndrome aórtico agudo que revela dissecação da aorta ascendente (extensão à artéria subclávia e carótida direita), crossa e aorta descendente (falso lúmen irrigando a artéria renal esquerda). É transportado para cirurgia vascular mas acaba por falecer após umas horas. A dissecação da aorta é uma emergência, tem uma incidência de 3 casos em 100.000/ano. É 6 vezes mais frequente no sexo masculino. O principal factor de risco é a hipertensão arterial, sendo o tabagismo um factor de risco importante. Nas dissecações Stanford A, a dor irradia sobretudo para a região cervical e as tipo B mais frequentemente para o dorso. As Stanford A tipo I (extensão à aorta descendente) acarretam pior prognóstico, com uma mortalidade / semana de 50-91%, necessitando de intervenção cirúrgica emergente. É essencial que o diagnóstico diferencial de dor torácica esteja presente para se actuar de forma rápida, melhorando o prognóstico dos doentes.

PO 41

HIPERFREQUENTADORES NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE – UM PROBLEMA QUE QUEREMOS CONHECER!

André Martins, Sara Encarnação, Margarida Tojo, Cristina Ferreira, Cristina Amaral, Teresa Feveiro, Manuela Teotónio, Francisco Farrajota
*Serviço Geral Polivalente Centro Hospitalar
Universitário Lisboa Central*

Introdução: Os hiperfrequentadores (HPF) do Serviço de Urgência (SU) são definidos como utentes com 4 ou mais episódios anuais que resultam em elevado consumo de recursos técnicos e humanos do SU. Objectivo: Caracterizar a população de HPF com vista a delinear estratégias de adequação dos cuidados a estes doentes que permitam libertar os recursos do SU.

Material e métodos: Identificação retrospectiva de todos os HPF no ano de 2018 num serviço de urgência geral polivalente (SUGP). Extração de uma amostra aleatória de 1676 doentes (1 em cada 5) com 5596 episódios. Foram avaliados, de forma descritiva, parâmetros demográficos, estado de isenção, forma de admissão, prioridade atribuída na triagem de Manchester e especialidade de referência. Foi também calculada a demora média, o número e tipo de exames complementares realizados, a administração de terapêutica, o pedido de apoio ao Serviço social e destino.

Resultados: Os HPF determinaram 27440 episódios, 18,7% do total anual (146469) que correspondem a 4790 HPF. A idade média dos utentes HPF é de 60,2 anos (18 a 104 anos); 53.1% eram do sexo feminino. A distribuição etária é trimodal e foi escalonada em grupos de 5 anos. 63.7% eram utentes isentos de taxa moderadora. A cor (prioridade) da Triagem de Manchester mais frequentemente atribuída foi a “Amarela” (Urgente) 47.8%, seguindo-se a “Verde” (Pouco Urgente) 41.2%. A maioria, 61,4% foram referenciados à Medicina Interna seguida de 13,3% à Cirurgia Geral. Foram pedidas análises em 46.3% dos episódios e em 37% pedidos RX. Em 51.9% episódios foi administrada terapêutica. A mediana da permanência no SU é de 4 h 24 minutos (min=3 min, max=10 dias) Em 89.8% o doente teve alta e apenas em 10,2% foi internado. Foi pedido o apoio ao S Social no SU em 3.6% dos episódios.

Conclusões: O HPF deste SUGP obedece a perfis distintos: um doente mais idoso, cuja ida ao SU exige a realização de exames complementares e culmina com alguma frequência em internamento, ou doentes mais jovens, com provável disfunção social a permitir isenção de taxa moderadora, facultando acesso gratuito ao SU em todas as suas valências,

contornando as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde primários e listas de espera. A abordagem destes doentes, com vista a evitar as suas múltiplas vindas ao SU, terá que ser, obrigatoriamente, multidisciplinar e em forte articulação com os cuidados de saúde primários e eventual criação de uma consulta de urgência.

PO 42

REAÇÕES ADVERSAS E INTOXICAÇÕES NA EMERGÊNCIA: 5 ANOS DE ESTUDO RETROSPECTIVO E OBSERVACIONAL

Ana Rita Barradas, Ana Luisa Esteves, Margarida Fonseca, João Lopes Delgado, Isabel Madruga
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital de Egas Moniz

Introdução: As reações adversas a fármacos são definidas como efeitos nocivos, não intencionais e indesejados de um fármaco que está a ser utilizado em doses adequadas. Já as intoxicações voluntárias são definidas como a autoexposição de um indivíduo a uma quantidade de substância com potencial deletério. Independentemente da intenção, a morbimortalidade é elevada.

Objetivo: Caracterizar os doentes admitidos na sala de emergência (SE) com o diagnóstico de reação adversa a fármacos ou intoxicação voluntária.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e observacional, baseado na revisão dos processos clínicos de doentes admitidos na SE com o diagnóstico de reação adversa a fármaco ou intoxicação entre janeiro de 2014 e dezembro de 2018.

Resultados: Foram incluídos neste estudo 62 doentes. Destes 37 eram mulheres. A idade média foi de 50 anos (18 a 91 anos). Os doentes com intoxicações eram mais jovens que os doentes do grupo de efeitos adversos (45,9 anos versus 74,1 anos). A precariedade social associou-se às intoxicações com álcool e drogas de abuso. Os doentes com intoxicação

voluntária mais provavelmente residiam sozinhos e a maioria apresentava história psiquiátrica ou tentativa de suicídio prévia. Em 45,2% (n= 28) dos casos estavam implicadas 2 ou mais substâncias sendo que 89,3% (n=25) corresponderam a intoxicações voluntárias. Encontraram-se 21 classes de substâncias, sendo as mais frequentes as benzodiazepinas (13,4%). Os psicofármacos são os mais associados a intoxicações voluntárias, o álcool é o mais frequente nas drogas de abuso e os opióides e beta-bloqueantes são os principais responsáveis por reações adversas. A disfunção orgânica mais frequente foi a metabólica com 45,39% (n=29), seguida pela cardiovascular com 39% (n=25). Um quarto dos doentes foram entubados orotraquealmente. O tempo de protrombina apenas se mostrou prolongado em dois casos, nenhum deles com disfunção hepática grave. Relativamente ao desfecho, 46,8% (n=29) tiveram alta e 29% (n= 18) foram admitidos em Cuidados Intensivos. A taxa de mortalidade global foi de 6,5% (n=4). A média do APACHE II foi de 14,2.

Conclusões: Os efeitos adversos e intoxicações são eventos comuns. Os fármacos mais vulgarmente implicados são de prescrição ubíqua e as consequências que daí advêm são variadas, desde o ligeiro até ao fatal. Existe uma associação clara com aspetos sociais e psicológicos no tipo de evento adverso. O manejo adequado e multidisciplinar das situações é fundamental.

PO 43

GRIPE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: A PERSPECTIVA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Ana Portas, Joana Carvalho, Lesya Yefimenko, Elsa Filipe, Manuela Teotónio, Francisco Farrajota
Equipa Dedicada do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: Os sintomas gripais são um dos principais motivos de procura do serviço de urgência (SU) nos meses de maior actividade

de epidemiológica do vírus Influenza. Grande parte dos casos de gripe apresentam evolução benigna mas outros casos exigem tratamento dirigido e abordagem das complicações, pelo que é importante o seu reconhecimento.

Objectivos: Caracterização dos casos confirmados de gripe diagnosticados no SU de um hospital central.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos casos de gripe identificados no SU por zaratogoa nasofaríngea em indivíduos com indicação para terapêutica com oseltamivir, entre 1 de Outubro de 2018 e 31 de Março de 2019. Avaliaram-se variáveis demográficas, factores de risco, manifestações clínicas e abordagem.

Resultados: Das 1291 amostras colhidas por zaratogoa nasofaríngea neste período, 377 foram positivas para vírus Influenza, sendo que a estirpe mais frequente foi o Influenza A H3N2 (76.1%), seguindo-se o Influenza A H1N1 (20.4%). A maioria dos casos ocorreram nos meses de Janeiro (41.9%) e Fevereiro (38.2%). Duzentos e cinco doentes (54.4%) eram do sexo feminino e a média de idades de 68 anos. Os factores de risco mais comuns foram doença pulmonar e doença cardiovascular, presentes em 36.6% e 36.3% dos casos, respectivamente. Os sintomas mais frequentes foram tosse (78.8%), febre (61.3%) e dispneia (54.6%). Contudo, em 41.4% dos casos não se documentou febre à admissão. As alterações radiológicas mais comuns foram infiltrado unilateral (13.0%) e infiltrado bilateral (10.6%), sendo que em 66.5% dos casos o Rx de tórax era normal ou semelhante ao prévio. Em 37.4% dos doentes verificou-se hipoxémia na gasimetria arterial. Em 79.8% dos doentes foi iniciado ou prescrito para o exterior oseltamivir e em 46.4% antibioterapia empírica. Duzentos e doze (56.2%) doentes foram internados, 11 destes em unidades de cuidados intensivos ou inter-

médios. A duração média do internamento foi de 11 dias. Dezassete doentes necessitaram de ventilação não invasiva e 8 doentes de ventilação mecânica invasiva. Em 32% dos doentes internados foi assumida pneumonia com sobreinfecção bacteriana, sendo que o *Streptococcus pneumoniae* foi o agente mais frequentemente isolado (13 casos). Verificaram-se 15 óbitos, 9 destes directamente relacionados com a gripe.

Conclusões: A gripe continua a ser uma importante causa de morbidade e mortalidade em doentes com factores de risco, sendo necessário internamento hospitalar em grande parte destes casos.

PO 44

ANÁLISE DOS DOENTES REFERENCIADOS PELA SAÚDE 24 QUE CHEGAM A UM HOSPITAL CENTRAL

Sara Encarnação, Martim Henriques, Olga Capontes, Joana Ribeiro, Ana Tomaz, Raquel Matos, Francisco Farrajota

Equipa Dedicada do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: A Linha de Saúde 24 visa responder às necessidades manifestadas pelos cidadãos em matéria de saúde, contribuindo para ampliar e melhorar a acessibilidade aos serviços e racionalizar a utilização dos recursos existentes, através do encaminhamento dos Utentes para as instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde mais adequadas. São referenciados para o Serviço de Urgência cerca de 22% das chamadas.

Objectivos: Caracterizar os doentes que chegam a um Serviço de Urgência Polivalente de Adultos de um Hospital Central referenciados pela Saúde 24.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes assinalados à entrada como provenientes da Saúde 24 no ano de 2018. Análise comparativa com todos os doentes entrados no Serviço de Ur-

gência Polivalente de Adultos no ano de 2018.

Resultados: O número total de doentes atendidos no ano de 2018 foi 146469. Foram analisados 5558 episódios de doentes assinalados à entrada como provenientes da Saúde 24, correspondendo a 4934 doentes com uma média de utilização de 1,13 chamadas/utente. A percentagem de mulheres utilizadoras do Saúde 24 é maior do que a percentagem de mulheres em geral (63 vs. 52%). Os utilizadores têm uma idade mais jovem (média de 45 vs. 53 anos). Os doentes foram sobretudo triados para Medicina (64% vs 52% do grupo geral). O grau de prioridade atribuído de acordo com a triagem de Manchester foi muito semelhante, com percentagem de Amarelos de 47% para ambos os grupos e de soma Verdes + Azuis muito aproximada (49% na Saúde 24, 46% no grupo geral). Realizaram exames complementares 60% dos doentes provenientes da Saúde 24. No entanto, apenas 3,5% necessitaram de dar entrada em SO (vs. 8,3% do grupo geral). Apenas 5% dos doentes referenciados pela Saúde 24 necessitaram de internamento vs 11,6% do grupo geral. Cerca de 3% abandonaram o Serviço de Urgência ou saíram contra parecer do médico, 46% dos doentes foram referenciados ao Centro Saúde e 13% a Consultas Externas Hospitalares, 31% tiveram alta para o exterior, não referenciados. Apenas 3 doentes faleceram.

Conclusões: A percentagem de doentes com prioridade Verde e Azul atribuída pela Triagem de Manchester é apenas ligeiramente inferior à do grupo geral. Apesar da necessidade frequente de realização de exames complementares, apenas uma pequena percentagem de doentes necessitou de observação em SO ou teve necessidade de internamento.

PO 45

“EXPERIÊNCIA DE TRABALHO NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA NUMA REGIÃO COM DUPLA INSULARIDADE”

Cristina Ornelas
SESARAM EPE

Introdução: O Serviço de Urgência (SU) de Julho a Setembro apresenta um atendimento permanente de 24 horas, com uma equipa de 2 médicos e 3 enfermeiros. Tem apoio de um serviço de Radiologia e Análises Clínicas em permanência que permitem a realização de exames complementares de diagnóstico durante as 24 h, evitando em muitos casos, a transferência de doentes para o SU do hospital de referência mais próximo. Nestes meses existe o apoio de uma equipa de emergência pré hospitalar -médico e enfermeiro.

Objectivos: O objectivo deste trabalho é caracterizar o fluxo de doentes que se dirigiram ao SU de uma região com dupla insularidade num determinado período de tempo e avaliar os casos em que foi necessário proceder à evacuação dos doentes mais instáveis e de maior gravidade para o hospital de referência mais próximo.

Material/Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo dos atendimentos no SU, com base na consulta do processo clínico dos doentes. A amostra foi caracterizada quando ao género, grupo etário, motivo de ida ao SU e evacuações para o hospital de referência. **Resultados:** No período de tempo estudado, houve uma afluência de 511 utentes ao SU, 240 do género masculino M (47%) e 271 do género feminino F (53%). 49 utentes do género M e 58 do género F pertenciam ao grupo pediátrico. Nos adultos, o grupo etário mais prevalente tanto no género M como no F foi dos 40-60 anos (86 utentes-45% e 84 utentes-39%), respectivamente. No grupo pediátrico, o grupo etário mais prevalente tanto no género M como no F foi dos 1-10 anos (18

utentes-37% e 29 utentes-50%), respectivamente. 238 utentes eram residentes (46,6%), 232 eram não residentes de nacionalidade Portuguesa (45%) e 41 eram estrangeiros (8%). O atendimento nocturno teve uma média de 5 doentes por noite. Neste período foram evacuados 8 doentes: 4 pela Força Aérea, 2 de avião e 2 de barco. Destes apenas 1 regressou à residência, tendo os restantes ficado internados no hospital.

Conclusões: A experiência de trabalho num SU de uma região com dupla insularidade, constituiu um desafio, nomeadamente na tomada decisão dos doentes de maior gravidade que tiveram de ser enviados ao hospital através do avião da Força Aérea, o qual apresenta um custo muito elevado. O apoio da equipa de emergência pré hospitalar tornou-se uma mais valia no apoio fornecido, reforço da equipa multidisciplinar e avaliação dos doentes. Apesar de tudo, é um trabalho extremamente aliciante para quem gosta de trabalhar em urgência.

PO 46

O TRIÂNGULO ENIGMÁTICO: CETOACIDOSE, HIPERTRIGLICERIDEMIA E PANCREATITE

Ana Isabel Rodrigues, Rita Martins Fernandes, Margarida Viana Coelho, Catarina Jorge, Hugo Calderon, Cristina Granja
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Hospital de Faro

Introdução: A cetoacidose diabética (CAD) é uma complicação aguda e emergente da Diabetes *Mellitus* (DM) sendo, por vezes, a apresentação clínica inicial da DM tipo 1 ou mesmo da tipo 2. Frequentemente, a CAD é desencadeada por um fator precipitante, tais como infeções ou incumprimento terapêutico. A pancreatite, por sua vez, é um fator desencadeante menos comum.

Caso clínico: Doente de 31 anos, masculino, obeso e hipertenso, recorre ao serviço de urgência por epigastralgias, náuseas e vômitos

com 24 horas de evolução. Objetivamente febril, taquicárdico, taquipneico e dor abdominal nos quadrantes superiores. Na gasimetria evidenciava acidemia metabólica, hiperglicemia 455 mg/dL e cetonemia 4.9. Admitido pela Medicina Interna iniciou tratamento para CAD que manteve durante 24 horas sem correção da acidemia ou melhoria da dor. Do estudo analítico destacava-se leucocitose, hiperamilasemia (1019 U/L) e proteína C reativa elevada. Não foram obtidos vários resultados analíticos por amostra sanguínea lipémica. Na tomografia computadorizada abdominal observou-se no corpo do pâncreas uma área hipodensa com 28 mm, em provável relação com necrose. Ausência de litíase vesicular ou dilatação das vias biliares. Ligeiro derrame peritoneal. Pedido perfil lipídico com hipertrigliceridemia (HTG) (3031 mg/dl) e hipercolesterolemia (>705mg/dl). O doente foi transferido para a Unidade de Cuidados Intermédios após constatação de pancreatite aguda (PA) por HTG. Por persistência de síndrome de resposta inflamatória sistémica, CAD e níveis elevados de triglicéridos, foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos onde fez plasmaferese com redução dos níveis de triglicéridos e correção da CAD. Fez-se o diagnóstico de DM inaugural com HbA1c 13.2%, peptídeo C 2.1 ng/mL e anticorpos anti GAD e ilheus Langerhans negativos. Por evolução favorável foi transferido para o país de origem.

Conclusões: A CAD e a PA coexistem em 10-15% dos casos. A PA pode ser mascarada, uma vez que a dor abdominal e a elevação da lipase e amilase ocorrem em simultâneo na CAD. Neste caso foi colocada a hipótese de PA, dada CAD refratária ao tratamento. A HTG como fator precipitante da PA é pouco comum, ocorrendo em 1-11% dos casos, sendo que a plasmaferese conseguiu uma redução significativa (90%) da HTG e correção da CAD. Que seja do nosso conhecimento,

este será um caso raro em que CAD, PA e HTG coexistem e em que a plasmaferese provavelmente contribuiu para a evolução favorável do quadro clínico.

PO 47

QUANDO A GLICÊMIA NORMAL NÃO QUER DIZER NADA

Margarida Massas, Diogo Canudo, Mariana Soares, Sara Correia, Maria Menezes, Leila Barrocas, Ana Pedrosa, Vera Sarmento, Vasco Neves, Ana Bernardo, Joana Santana, Tereza Veloso, Conceição Barata
Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução: A Cetoacidose Diabética Euglicémica é definida por uma tríade composta por: acidose metabólica de gap aniônico aumentado, cetonémia ou cetonúria e valores de glicémia $<250\text{mg/dL}$. É este último ponto que faz com que esta entidade clínica seja um desafio diagnóstico que carece de maior nível de suspeição.

Caso clínico: Homem, 49anos, caucasiano, com antecedentes de Diabetes *mellitus* sob Metformina, Vidagliptina e Empaglifozina, e hernioplastia inguinal esquerda e umbilical eletiva 5 dias antes, recorre ao Serviço de Urgência por perda de apetite e náuseas com 4 dias de evolução, agravadas por vômitos e dor abdominal desde esse dia. Realizado na triagem BMTest de 199mg/dL . Objetivou-se hipertensão arterial ($177/98\text{mmHg}$), taquipneia e tiragem supraclavicular, com boa saturação periférica, sem sinais de complicação da cirurgia recente. A gasimetria inicial revelou acidose metabólica com anion gap aumentado (pH 7,06, pCO_2 $13,5\text{mmHg}$, HCO_3^- $3,9\text{mmol/L}$, Gap aniônico 27,2) com Glucose $192,0\text{mg/dL}$. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia e PCR ligeiramente aumentada. A análise sumária de urina mostrou 4+ glicose e 4+ corpos cetônicos. Admitiu-se uma cetoacidose diabética euglicémica, tendo iniciado fluidoterapia com glucose 5% + cloreto de

sódio, reposição de potássio e perfusão endovenosa de insulina, com normalização do gap aniônico ao fim de 4 horas.

Conclusões: Neste caso, a cirurgia recente, a diminuição da ingestão oral e posteriormente os vômitos, juntamente com o uso de um inibidor da SGLT2, terão sido o trigger da cetoacidose. Está estabelecida uma associação entre os inibidores da SGLT2 e a cetoacidose diabética euglicémica. Apesar de esta associação ser mais frequente em doentes diabéticos tipo 1, existem também casos descritos em diabéticos tipo 2. No entanto, no caso dos últimos, está maioritariamente associada a doentes insulino-tratados. O facto de este doente não ser insulino-tratado torna o caso ainda mais desafiante e interessante, sendo por isso um bom exemplo de como o valor de glicémia capilar não pode ditar o estado de alerta do médico perante um doente diabético na urgência. A Cetoacidose Diabética Euglicémica é uma entidade clínica que carece de elevado índice de suspeição por parte do clínico, de modo a evitar o atraso desnecessário do início da terapêutica.

PO 48

PNEUMONIA NÃO RESOLVIDA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Pedro Rodrigues, Jorge Almeida
Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João

A pneumonia é um diagnóstico frequente no serviço de urgência, habitualmente, realizado em doentes com síndrome clínica e padrão radiográfico sugestivos. As manifestações são, todavia, inespecíficas e algumas patologias não infecciosas podem apresentar-se de forma similar e mimetizar a pneumonia. Homem de 82 anos com antecedentes de tabagismo, hipertensão arterial e fibrilhação auricular. Admitido no Serviço de Urgência por clínica com 3 meses de evolução caracterizada por sintomas constitucionais (fadiga, anorexia e

perda ponderal), tosse seca, dispneia e ortopneia, de agravamento progressivos. Febre nos últimos 3 dias. Ao exame objetivo revelava-se polipneico com derrame pleural bilateral, confirmado em radiografia de tórax, que também revelava opacidades pulmonares bilaterais. Apresentava insuficiência respiratória tipo 1 com ratio PaO₂/FiO₂ de 186 e elevação dos marcadores de inflamação, sem eosinofilia periférica. Admitidos os diagnósticos de insuficiência cardíaca de novo e pneumonia adquirida na comunidade - medicado com ceftriaxone, azitromicina e diurético parentérico. Após 72 horas, manteve hipoxemia, febre e elevação de marcadores inflamatórios, sem melhoria com a substituição de antibioterapia para vancomicina e piperacilina/tazobactam. Realizada tomografia computadorizada torácica, a exibir múltiplas opacidades alveolares com distribuição periférica, sugestivas de pneumonia organizativa. Efetuada broncofibroscopia com lavado broncoalveolar, com as amostras microbiológicas colhidas negativas e padrão de celularidade misto. Excluídas outras causas secundárias de pneumonia organizativa, inclusive autoimune. Perante a recusa de biópsia pulmonar, foi estabelecido o diagnóstico de presunção de pneumonia organizativa criptogénica e iniciada corticoterapia (1 mg/kg/dia), destacando-se a rápida melhoria clínica e radiográfica, abonatória deste diagnóstico. A pneumonia organizativa criptogénica é um subtipo de doença do interstício pulmonar, de causa idiopática. O diagnóstico é sugerido pela clínica e padrão radiológico: nas formas típicas com opacidades pulmonares bilaterais, periféricas e migratórias. O diagnóstico definitivo é obtido com o exame histopatológico e a exclusão das causas secundárias de pneumonia organizativa. Em doentes com clínica e padrão radiográfico muito sugestivo é lícito o diagnóstico de presunção (sem biópsia). O tratamento consiste

em corticoides, habitualmente, com excelente e rápida resposta clínica e radiológica.

POSTERS SEM APRESENTAÇÃO

PO 49

ANGIOEDEMA MUITO TARDIO

Adriano Pacheco Mendes, Rúben Raimundo, André Mendes, Maxim Suleac, Sara Viana, Ana Rita Parente, Isabel Lavadinho, Isabel Soles
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - Hospital de Portalegre

Introdução: Os inibidores de enzima de conversão de angiotensina (IECA) são fármacos amplamente utilizados no tratamento de patologias cardiovasculares e renais. Constituem uma das principais causas de angioedema induzido por fármacos, com uma incidência de 0.1-0.6%, que aumenta até 5 vezes na raça negra e até 5 vezes mais nos doentes medicados com inibidores da dipeptidil peptidase 4 (IDPP4). A maioria dos casos de angioedema secundário aos IECA ocorre nos primeiros meses de tratamento e cursa com envolvimento da língua, lábios, face ou via aérea superior, sem urticária ou prurido.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 64 anos, leucodérmico, autónomo, com história de cardiopatia isquémica há 13 anos, diabetes *mellitus* tipo 2 não insulino tratada, hipertensão arterial, artrite gotosa e dislipidémia, medicado habitualmente com perindopril, furosemida, carvedilol, atorvastatina, metformina+sitagliptina, ácido acetilsalicílico, alopurinol e omeprazol. Foi trazido ao Serviço de Urgência acompanhado pela VMER por angioedema da língua, sem urticária ou prurido associado, com algumas horas de evolução e agravamento progressivo. Tanto no local como no serviço de urgência foi administrada adrenalina, anti-histamínicos e corticoterapia, mas sem resposta significativa e eficaz. Ao exame objectivo encontrava-se com via aérea

permeável, eupneico, SpO₂ 100% sem oxigênio-terapia e sem outras alterações relevantes. Posto o presente quadro, com o potencial de obstrução de via aérea e via aérea difícil e por não haver um antagonista dos receptores B₂ da bradicinina, ficou em vigilância. Apesar de se encontrar medicado com o mesmo IECA há 13 anos, da ausência de resposta favorável à terapêutica instituída, pelo facto de não haver história sugestiva de outra etiologia e sendo o perindopril um dos IECA mais implicados, assumiu-se assim um angioedema bradicinérgico secundário ao IECA. Teve alta após 24h de vigilância, medicado com um antagonista do receptor da angiotensina e referenciado para consulta de Imunoalergologia.

Conclusão: Devido à diminuição da atividade da dipeptidileptidase 4 pela gliptina em doentes tratados concomitantemente com um IECA, existe um risco aumentado de angioedema. O diagnóstico de angioedema associado ao IECA é clínico e, após vários anos de tratamento, raro. Este caso demonstra a necessidade de uma atenção redobrada nos doentes tratados simultaneamente com estas duas classes de fármacos, mesmo após vários anos de estabilidade terapêutica.

PO 50

DA SUSPEIÇÃO AO DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS

Daniela Neto, Salomé Marques, Catarina Longras, Filipe Gonçalves, Jorge Cotter
Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução: A sífilis é a infeção causada pelo *Treponema pallidum* que pode ser assintomática ou evidenciar uma evolução por diferentes estágios, se não tratada. O estadio precoce inclui a sífilis primária e secundária que se caracterizam, a primária por uma lesão local – cancro duro (primeiros 21 dias após infeção); e a secundária (semanas a meses após inoculação) por sintomas constitucionais, adenopatias, rash cutâneo, alopecia, cefaleias e/ou alterações oculares. A sinto-

matologia deste estadio geralmente resolve espontaneamente. A progressão da doença não tratada pode envolver diversos sistemas e tecidos, mas mais frequentemente envolve a sífilis cardiovascular, a sífilis gomata e o acometimento do sistema nervoso central. O presente caso clínico evidencia uma situação de sífilis secundária.

Caso Clínico: Sexo masculino, de 24 anos, autónomo. Antecedentes de Síndrome de Waardenburg, sem medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência por tumefação na região inguinal esquerda com 15 dias de evolução. De salientar, da anamnese a prática de comportamentos sexuais de risco. Ao exame objetivo foram objetivadas adenomegalias: uma inguinal esquerda com cerca de 3-4 cm de maior diâmetro, dolorosa, pétérea e imóvel, com sinais inflamatórios e outras à direita com cerca de 1,5cm, móveis e indolores. Estas adenomegalias foram documentadas em ecografia “adenomegalias inguinais bilaterais, a maior à esquerda com 30 x 23mm e à direita com 17 x 13mm” e TAC toracoabdominoplevica que também as confirmou e descartou envolvimento de outras estruturas. Analiticamente de relevo, com PCR de 45.6. Ficou internado aos cuidados da Medicina Interna para esclarecimento etiológico. Durante o internamento foi realizado mielograma e imunofenotipagem do aspirado medular sangue periférico e ecografia escrotal que não revelaram alterações, as serologias (HIV, VHC e VHB) foram negativas e o sífilis screening foi positivo. Posteriormente, RPR foi positivo com título de 1/8 e IgG 5.151 e IgM 2.9. Outras serologias foram negativas para infeção aguda. Foi feita terapêutica intramuscular com penicilina G 2.4 milhões de U.I. Ficou orientado para a consulta externa.

Conclusões: A incidência de infeção pelo *Treponema pallidum* está a aumentar e dado o grande leque de sintomas associados aos

diferentes estádios da doença é necessário manter um limiar baixo para a suspeição. Este torna-se fulcral uma vez que a doença evolui e pode acometer diversos sistemas de forma grave e irremediável.

PO 51

TORACALGIA EM JOVENS

Carla Marques Pires, Isabel Campos, Cátia Oliveira, Paulo Medeiros, Rui Flores, Fernando Mané, Nuno Antunes, Jorge Marques
Hospital de Braga

Introdução: A miocardite aguda consiste num processo inflamatório do miocárdio que pode ser provocada por múltiplos agentes infecciosos, doenças sistémicas, reacções de hipersensibilidade a fármacos e toxinas. Nos países desenvolvidos os agentes víricos são o principal agente etiológico.

Caso clínico: Homem de 26 anos, fumador, sem outros antecedentes de relevo. Conta que na semana prévia à admissão teve 3 dias com febre (máximo 38,3 °C), mal-estar generalizado e odinofagia. Na manhã do dia prévio à admissão no Serviço de Urgência (SU), após realizar uma corrida de 2km, sentiu uma dor torácica precordial esquerda, opressiva, de intensidade moderada que durou cerca de 2 horas. Na madrugada do dia de admissão estava em repouso no leito e teve recorrência da sintomatologia, com maior intensidade, sem posição antálgica, durante mais de 2 horas, motivo pelo qual recorreu ao SU. O electrocardiograma à admissão evidenciou ritmo sinusal, sem alterações sugestivas de isquemia aguda e a radiografia do tórax excluiu consolidação, congestão pulmonar e pneumotórax. Analiticamente o doente apresentava hemoglobina de 13,1g/dL, leucocitose (GB 11,4X10³/ul), plaquetas normais, função renal normal, elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR 69mg/L), elevação do BNP (610 pg/ml), D-Dímeros normais e elevação dos marcadores de necrose miocárdica (pico

de troponina I 19,6 ng/mL). O ecocardiograma sumário evidenciou boa função biventricular, sem alterações evidentes da cinética segmentar. Face à idade, aos antecedentes e há história clínica considerou-se mais provável o diagnóstico de miocardite aguda. Em contexto de internamento o doente realizou Ressonância Magnética Cardíaca (RMN-C) que demonstrou achados compatíveis com miocardite aguda. No 5º dia e internamento teve alta assintomático e com marcadores de necrose miocárdica em perfil descendente.

Conclusão: A miocardite aguda é cada vez mais diagnosticada face à disponibilidade crescente da RMN-C, porém, a sua identificação permanece desafiante pela heterogeneidade de apresentações clínicas. É importante saber que a valorização da história clínica (a destacar a presença de infecções prévias recentes e as características clínicas da toracalgia) em junção com a idade e os antecedentes do doente muitas vezes auxiliam na diferenciação de Miocardite aguda e Síndrome coronária aguda, evitando exames invasivos adicionais.

PO 52

SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR E SÍNCOPE

Pedro Rodrigues, Jorge Almeida
Centro Hospitalar Universitário de São João

A síndrome de veia cava superior (VCS) é resultado da obstrução do fluxo sanguíneo na VCS, secundária a trombo intraluminal, invasão ou compressão extrínseca. Define-se pela presença de sinais e sintomas tais como: plethora, edema, cianose e ingurgitamento venoso ao nível da face, pescoço e membros superiores. A etiologia mais frequente é a doença neoplásica. A síndrome da VCS associada a dispositivos intravasculares é uma entidade com prevalência crescente. Homem de 63 anos com antecedentes de adenocarcinoma

gástrico a realizar quimioterapia neoadjuvante através de CVC totalmente implantado na veia jugular interna. Sem história de patologia cardíaca ou síncope. Admitido no Serviço de Urgência por clínica, com algumas horas de evolução, de início agudo, caracterizada por dispneia, dificuldade respiratória, tonturas e episódio de síncope. No exame objetivo revelava-se consciência, colaborante, taquicárdico e taquipneico. Respiração ruidosa, sem insuficiência respiratória. Apresentava pletora, cianose e edema da face, pescoço e membros superiores, com ingurgitamento jugular. A auscultação cardiopulmonar era normal. Realizada laringoscopia para entubação orotraqueal, com edema da laringe. Em tomografia computadorizada com estudo angiográfico do tórax e região cervical foi observada obstrução venosa ao nível da cava superior por trombo adjacente a CVC. Foi tratado com administração fibrinolíticos e remoção de CVC. A síncope é um motivo frequente de recurso ao Serviço de Urgência. As principais etiologias são a neurocardiogénica e a cardíaca, no entanto o diagnóstico diferencial é abrangente. A síndrome de veia cava superior pode precipitar síncope por compromisso do retorno venoso cerebral. O diagnóstico desta condição é clínico. O tratamento e prognóstico dependem da etiologia subjacente. A síndrome de veia cava superior é uma causa rara, mas importante a considerar no diagnóstico diferencial de síncope.

PO 53

TROMBOEMBOLISMO RECORRENTE NUMA JOVEM – DOAC VS VARFARINA

David Ferreira, Catarina Medeiros, Rui Assis,
Rita Serras Jorge, Fátima Pimenta
Centro Hospitalar Médio Tejo

Introdução: A proteína S, uma proteína dependente de vitamina K, é um cofator para clivagem mediada por proteína C ativada dos fatores Va e VIIIa. A deficiência heterozigota

da proteína S no plasma predispõe à trombose venosa e é similar à deficiência de proteína C em termos de transmissão genética, prevalência, teste laboratorial, tratamento e precauções.

Caso clínico: Relatamos o caso de uma mulher com 42 anos de idade, com antecedentes de deficiência heterozigota das proteínas C e S, múltiplos episódios de trombose venosa profunda resultante na colocação de um filtro na Veia Cava inferior há 14 anos e historial de reação alérgica a contraste iodado. A doente já foi medicada com varfarina previamente à colocação do filtro, sendo suspenso quando engravidou e posteriormente iniciou rivaroxaban. Devido a novo evento trombótico, o anticoagulante foi alterado para dabigatran 150 mg 2 vez dia nos 6 meses anteriores a este episódio. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor torácica precordial com irradiação para o ombro direito, sem dispneia ou outra sintomatologia. Referia também cansaço fácil com 2 meses de evolução. Objetivamente sem critérios de instabilidade hemodinâmica ou alterações ao exame objetivo. Analiticamente com D-dímeros de 5627 ug/L e imagiologicamente com Tomografia Computorizada do Tórax sem alterações significativas, mas apenas sinais de hipoventilação. Realizou Ecocardiograma com sinais de dilatação da artéria pulmonar. Inicialmente foi internada por suspeita de hipertensão pulmonar, mas atendendo aos antecedentes pessoais e quadro clínico apresentado, optou-se por realizar uma Cintigrafia Pulmonar de Ventilação/Perfusão que revelou ser compatível com fenómeno embólico do segmento posterior do lobo superior direito. Iniciou de imediato anticoagulação com enoxaparina (ponte) e varfarina até INR terapêutico. Teve alta sem registo de intercorrências.

Discussão: Neste caso é evidente a ineficácia dos anticoagulantes orais diretos (DOACs)

nesta doente com doença pró-trombótica. A doente foi sujeita a 2 DOACS diferentes sem prevenção de novos eventos trombóticos. Foi encontrado escassos estudos que validam a utilização de rivaroxaban no doente com déficit de Proteína C como terapêutica inicial para eventos trombóticos. Mas atendendo aos múltiplos eventos trombóticos sob vários DOACS e a ausência de estudos suficientes, a escolha mais indicada para a doente seria um antagonista de vitamina K.

PO 54

ENCEFALITE HERPÉTICA A VÍRUS DA VARICELA ZOSTER

Daniela Antunes, Tatiana Salazar,
Carla Madureira Pinto, Carla Melo, Augusto Duarte
Centro Hospitalar Médio Ave

O doente internado ao cuidado do serviço de Medicina Interna é maioritariamente idoso ou muito idoso, com pluripatologia, polimedicado, dependente nas atividades básicas de vida diária. A abordagem ao doente deve ser feito de forma holística. A encefalite é uma complicação conhecida do varicela-zoster, descrita em pacientes imunocomprometidos e, raramente, imunocompetentes. Cerca de 9% de todos os pacientes com herpes zoster têm envolvimento ocular, mas a proporção de casos complicados por encefalite é desconhecida. Manifestações clínicas incluem febre, dor de cabeça, delírio e sinais neurológicos focais. Os autores apresentam um caso de uma doente com 90 anos parcialmente dependente, internada por Insuficiência respiratória tipo 2 multifatorial (insuficiência cardíaca descompensada e doença pulmonar crónica descompensada) com necessidade de ventilação não invasiva, broncodilatação, corticoterapia e diurético endovenoso. A doente apresenta como antecedentes patológicos relevantes: Hipertensão arterial essencial, Dislipidemia, Acidente vascular isquémico (outubro 2010), Doença

Renal Crónica. Durante o internamento desenvolveu um quadro de edema palpebral unilateral com vesículas purulentas na zona do ramo V1 do nervo oftálmico tendo iniciado tratamento. Após cinco dias apresenta alteração do estado da consciência e mioclonias dos membros superiores. Analiticamente e gasimetricamente sem alterações de novo face as prévias. Foi avaliada por Oftalmologia que verificou que a córnea não tinha sido atingida. Realizou Tomografia Computorizada do crânio sem alterações. Realizou punção lombar cujo seu microbiológico mostrou Vírus varicella zoster pelo que se fez diagnóstico de encefalite herpética a vírus da varicela zoster. Um diagnóstico de encefalite herpética a vírus varicela zoster deve ser considerado em doentes tratados com corticoterapia que se apresentam com alteração do estado da consciência. O tratamento recomendado inclui o aciclovir intravenoso por 10 a 14 dias. A mortalidade é de cerca de 10%, independentemente do tratamento.

PO 55

TORACALGIA: UMA PANÓPLIA DE DIAGNÓSTICOS

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

Introdução: A Via Verde Coronária pretende diminuir o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o tratamento do síndrome coronário agudo (SCA). Sendo o tempo crucial, é importante que os profissionais de saúde saibam identificar e quais os diagnósticos diferenciais de SCA.

Caso clínico: Homem de 66 anos com hipertensão arterial, Diabetes *Mellitus* tipo II, dislipidemia, excesso de peso e hábitos tabágicos como antecedentes de relevo. Foi admitido no Serviço de Urgência (SU) por toracalgia esquerda, sem irradiação, em facada, de intensidade 8/10, que agravava com a inspiração

profunda e com a palpação da região medial e anterior do 4º e 5º espaço intercostal esquerdo com 1 hora de evolução. À avaliação o doente estava hipersudorético, taquicárdico, sem outra alteração no exame físico. Realizou eletrocardiografia (ECG) nos primeiros 10 minutos, que evidenciou ritmo sinusal sem alterações do segmento ST-T. Melhoria da intensidade da dor após a administração de Dinitrato de isossorbida (DNS) sublingual. O doente realizou uma radiografia torácica, sem alterações significativas. O primeiro doseamento dos biomarcadores cardíacos (BMC), 1 hora após início da dor, foi negativo. Contudo, 2 horas após a admissão teve um agravamento da toracalgia, que não cedeu com o Paracetamol. Foi realizado outra ECG, sobreponível à inicial. Face à intensificação da toracalgia à palpação, colocou-se a hipótese de costochondrite e administrou-se um anti-inflamatório não esteroide. A melhoria significativa em associação com o doseamento seriado negativo dos BMC, estabeleceu costochondrite como diagnóstico provável. Teve alta com explicação dos sinais de alarme e medicação analgésica.

Conclusão: É essencial frisar que no SU a atuação deve ser sistematizada, para excluir patologias potencialmente fatais. No âmbito da toracalgia é importante descartar SCA, tromboembolismo pulmonar, disseção da aorta, sem esquecer causas benignas de dor, como costochondrite. A costochondrite consiste na inflamação da articulação costochondral ou costosternal. Geralmente, a dor é insidiosa, agrava com inspiração e palpação das articulações afetadas. O diagnóstico assenta na exclusão de causas graves e na prova terapêutica. Neste caso, a dor súbita, associada com a resposta parcial ao DNS e os fatores de risco cardiovascular tornavam menos intuitivo o diagnóstico. Todavia, é importante valorizar a semiologia, pois a dor agravava com a pal-

pação, algo incomum do SCA.

PO 56

CASO INESPERADO DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

Maria Manuel Costa, Joana Rodrigues,
Ana Luísa Rodrigues
Hospital São Sebastião

A traqueomalácia consiste na fraqueza segmentar ou difusa da traqueia, causando obstrução do lúmen na expiração e aumento exagerado do mesmo na inspiração. Pode ser uma alteração congénita, podendo ser assintomática ou manifestar-se na infância, ou adquirida secundária a múltiplas causas. Cursa geralmente com dispneia, tosse e retenção de expectoração, contudo há que salientar que estes são sinais e sintomas muito inespecíficos com vasto diagnóstico diferencial. O diagnóstico é geralmente feito com recurso a exame de imagem juntamente com a realização de broncofibroscopia. O tratamento passa geralmente por corrigir a causa. Apresenta-se caso de doente sexo feminino, 71 anos, dependente e demente, polimedicada, com antecedentes de meningiomatose submetida a várias cirurgias de exérese e parkinsonismo secundário a radioterapia craniana (por quisto cerebral). Recorre ao serviço de urgência com quadro de tosse produtiva com expectoração, com dificuldade de exteriorização da mesma e dispneia. Do estudo realizado de salientar insuficiência respiratória e D-Dímeros aumentados. Para esclarecimento do quadro realizou tomografia computadorizada torácica a qual descartou evento tromboembólico e quadro infeccioso, tendo contudo sido observada acentuada redução do diâmetro ântero-posterior da traqueia, aspect sugestivo de traqueomalácia. A doente foi internada para prosseguir estudo, nomeadamente realização de broncofibroscopia. Com este caso os autores pretendem demonstrar um caso inesperado de insuficiência respiratória, alertando

para a necessidade do clínico manter espírito crítico. Alerta ainda para a importância de uma boa avaliação do doente em regime de urgência com intuito de melhor orientar o doente a nível de internamento, local de eleição para terminar o estudo e iniciar tratamento adequado.

PO 57

REVERSÃO AGUDA URGENTE DOS ANTICOAGULANTES: UMA URGÊNCIA MÉDICA

Rita Marçal, Enrique Romero, Narciso Barbancho
Hospital Particular do Algarve - Gambelas

Resumo: Com o envelhecimento da população e as consequentes comorbilidades associadas, o uso de anticoagulantes tem se tornado cada vez mais prevalente. Os novos anticoagulantes orais constituem um grande avanço na trombopprofilaxia e no tratamento da doença tromboembólica. A facilidade de uso, a ampla janela terapêutica e o fato de não exigirem o controle da anticoagulação e a necessidade apenas de ajustes terapêuticos dependentes da função renal, resultaram em um aumento no uso dessa classe de medicamentos em substituição aos Antagonistas da vitamina K. Um grande obstáculo associado ao seu uso é o medo de sangramentos significativos e a necessidade de reverter o efeito anticoagulante. Independentemente das complicações hemorrágicas, os pacientes anticoagulados também podem precisar de rápida reversão do tratamento perante traumas ou para poder ser submetidos a cirurgia e outros procedimentos invasivos de natureza urgente. Os autores apresentam os casos de dois doentes admitidos no Serviço de nosso hospital no contexto de hematoma subdural agudo pós traumático previamente anticoagulados com Vafarina e rivaroxaban respetivamente no contexto de fibrilação auricular permanente com a necessidade urgente de reverter os efeitos anticoagulantes perante

a situação clínica de ambos anteriormente descrita. Perante a necessidade de reversão da anticoagulação, deve-se considerar primeiro a gravidade da hemorragia ou a urgência da intervenção. Assim, em pacientes com hemorragias com risco de vida ou cirurgias muito urgentes, é necessária uma reversão rápida e total da anticoagulação. Por outro lado, em casos de sangramento moderado a leve ou procedimentos menos urgentes, a suspensão do medicamento anticoagulante pode ser suficiente, levando em consideração a meia-vida do tipo de anticoagulante que está sendo administrado e o risco trombótico subjacente. Em geral, as terapias de reversão da anticoagulação podem ser classificadas como inespecíficas que consistem na administração de agentes procoagulantes as específicas dirigidas especificamente a neutralizar o fármaco anticoagulante. Atualmente, existem três agentes disponíveis para a reversão do efeito desses anticoagulantes: Andexanet alfa, Ciraparantag (anteriormente como aripazina) e Idarucizumabe. Múltiplos estudos que avaliam a eficácia e segurança desses agentes estão em curso na atualidade. Os autores consideram que a reversão da anticoagulação em urgência é uma situação incomum, porém desafiadora.

PO 58

HULK-LIKE URINE

Maria Vilela, Carla Melo, Cláudia Maio
Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução: As intoxicações agudas constituem um motivo frequente de admissão em Serviços de Urgência (SU). A vigilância do estado de consciência, avaliação do perfil hepático e renal e monitorização hemodinâmica e eletrocardiográfica apresentam-se como elementos chave no tratamento destes doentes. Por vezes, no entanto, existem alterações bastante específicas, que podem levantar

dúvidas e gerar incertezas quanto ao curso terapêutico a seguir.

Caso clínico: Homem, 58 anos, autônomo e cognitivamente íntegro, com antecedentes de Hipertensão Arterial, Diabetes *Mellitus* tipo 2 e Doença Cerebrovascular, é trazido ao SU por alteração do comportamento de novo, com cerca de 14 horas de evolução. Esposa refere que previamente à instalação do quadro doente tinha tomado 10 comprimidos de Flupirtina por ideação suicida. À admissão no SU encontrava-se pouco colaborante, com resposta verbal escassa e incoerente e tremulo generalizado. Não apresentava alterações analíticas ou gasimétricas de relevo e a Tomografia Axial Computorizada cranioencefálica, para além de dois pequenos enfartes lacunares crónicos, não demonstrava lesões de novo. A urina apresentava-se alterada, de cor verde límpida, sem sedimento perceptível, com exame sumário da urina sem alterações de relevo e a pesquisa de drogas de abuso negativa. Contactou-se o Centro de Informação Antivenenos que constatou que a alteração da cor da urina para um tom esverdeado era possível de ocorrer na intoxicação com Flupirtina. O doente foi observado por Neurologia, que confirmou tratar-se de alteração do comportamento de novo por intoxicação aguda a Flupirtina, tendo indicação para manter vigilância e ser depois avaliado por Psiquiatria. Manteve-se em vigilância no SU nas 12 horas seguintes, com melhoria do estado de consciência, ficando vigil, orientado e sem défices neurológicos focais, sendo transferido para Psiquiatria para observação e posterior orientação.

Conclusão: Este caso sublinha a necessidade da correcta identificação da substância que provocou a intoxicação pois, dado que certos sinais/sintomas são bastante específicos, poder-se-á garantir que as alterações encontradas ao exame físico e/ou nos exames

complementares de diagnóstico são consequentes da intoxicação.

PO 59

UM CASO DE LINFOMA

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

O linfoma B difuso de grandes células faz parte do grupo de linfomas não-Hodgkin. Embora de crescimento rápido e agressivo, com atingimento esplâncnico e ganglionar, responde a bem ao tratamento. A tuberculose pode ter manifestações semelhantes, sendo a rara a associação entre as duas. Apresentamos o caso de um homem de 72 anos, com antecedentes de diabetes *mellitus*, obstipação crónica e polipose do cólon. Recorreu à urgência por agravamento de obstipação, dor abdominal e perda ponderal de cerca de 10 Kg em 2 meses, com ascite volumosa, derrame pleural e adenopatias palpáveis. Fez tomografia computadorizada abdominal com múltiplas adenopatias abdominais e pélvicas patológicas, pelo que foi internamento no Serviço de Medicina para estudo. Realizou paracentese e toracocentese com citocímica com predomínio de mononucleares e adenosina deaminase elevada nestes fluidos e no soro, sugestivos de tuberculose, iniciando tuberculostáticos. Procedeu-se também a mielograma (diagnóstico de doença inflamatória/infecciosa crónica), biópsia óssea, excisão ganglionar e a realização de endoscopia digestiva alta com lesão ulcerada que se biopsou. No dia 19 de internamento são conhecidas as citologias dos fluidos e biópsia ganglionar com infiltração de linfoma B difuso de grandes células. O caso foi discutido com a Hematologia, com indicação para manter antibióticos e ser referenciado para consulta. No dia 25 de internamento ocorre agravamento clínico do doente com devido a pneumonia nosocomial com falência respiratória, choque

e coma, sendo admitido na Unidade de Cuidados Intensivos. É conhecido resultado de biópsia gástrica com infiltração do linfoma e biópsia óssea sem infiltração hematopoética. Transferido para o serviço de Hematologia após estabilização contudo, manteve agravamento do quadro clínico, tendo vindo a falecer. Pretendemos transmitir que o diagnóstico atempado pode mudar o prognóstico, embora muitas vezes esteja dependente do resultado dos exames complementares.

PO 60

FRATURA DA BACIA EM *OPEN BOOK* – ABORDAGEM NUMA SALA DE EMERGÊNCIA

Liliana Pedro, Natacha Silveira, Maksym Dykyy,
Glória Cabral Campello
Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Portimão

Introdução: As fracturas pélvicas representam 9% das fracturas nos doentes com trauma fechado. Comparativamente com o traumatismo crânio-encefálico responsável por 31% da mortalidade no traumatizado, a mortalidade atribuível à fractura pélvica pode atingir os 39% estando associada ao desenvolvimento de choque hemorrágico. Na maioria dos casos a hemorragia é secundária à lesão dos ramos da artéria ilíaca interna. A complexidade destas fracturas está associada à dificuldade no controlo do foco hemorrágico pelo que é necessária a estabilização da cintura pélvica. A abordagem destes doentes exige uma equipa multidisciplinar, com envolvimento da Medicina Intensiva, Ortopedia e da Imunohemoterapia, daí a importância da sua abordagem numa sala de emergência ou numa Sala de Trauma.

Caso clínico: Homem, de 74 anos, com antecedentes de SAOS, dislipidemia, cardiopatia isquémica e doença renal crónica. Vítima de acidente de mota (trauma de alta cinética), do qual resultou traumatismo fechado da pélvis e das extremidades. À entrada na Sala de

Emergência encontrava-se com Glasgow 15, hemodinamicamente estável. Diagnosticaram fractura exposta do membro inferior direito (tíbia e perónio) e fractura pélvica Tipo B1 (“Open Book”). Feita analgesia, estabilização temporária da bacia com cinta pélvica. Submetido a cirurgia com osteotaxia com fixador externo no ilíaco e encavilhamento estático da tíbia. Sem intercorrências durante o internamento, tendo iniciado programa de reabilitação.

Conclusões: Relata-se um caso de uma fractura pélvica (Tipo B1), no qual a precocidade com que foi efectuada a estabilização temporária de bacia na Sala de Emergência foi definitiva para o sucesso da evolução do doente. A identificação precoce da fractura, a sua estabilização e o tratamento de suporte são fulcrais na sobrevida destes doentes.

PO 61

MANIFESTAÇÕES NEUROPSIQUIÁTRICAS DO HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO: UM CASO CLÍNICO

Vanda Conceição, Alexandra Ávila, Nuno Vieira,
Maria José Grade, Luísa Arez
Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão e Lagos

Introdução: O hiperparatiroidismo primário é um distúrbio endócrino frequente, que resulta do excessivo funcionamento das glândulas paratiróides, com aumento da produção de paratormona e levando a sinais e sintomas decorrentes de hipercalcémia, osteopenia/osteoporose e cálculos renais. Pode ser provocado por tumores benignos, hiperplasia ou muito raramente por tumores malignos. A apresentação clínica mais comum é a hipercalcémia assintomática (50% dos casos), porém segundo os níveis encontrados de cálcio sérico, podem existir manifestações renais, gastrointestinais, cardiovasculares, músculo-esqueléticas e neuropsiquiátricas.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso

de um homem de 85 anos, com antecedentes de hipertensão e diabetes *mellitus* tipo 2, que recorreu ao serviço de urgência com quadro clínico de convulsão e bradicardia, com necessidade de colocação de pacemaker, que no internamento desenvolveu síndrome confusional agudo. Concomitantemente apresentou alterações analíticas de hipercalcemia grave (Ca 13.7 mg/dl) com hipofosfatemia (P 1.8 mg/dl). A determinação de PTH estava elevada significativamente 344,6 pg/ml (valores de referencia de nosso laboratorio 15-65) e com déficit de vitamina D 5,75 ng/ml (Valores de referencia: 20-70). Na ecografia tiroideia não foram observadas as glândulas paratiroideias. Na TAC cervical visualizou-se formação nodular sugestiva de adenoma da paratiróide superior esquerda. Foi colocada a hipótese diagnóstica de Hiperparatiroidismo primário de etiologia em estudo. A cintigrafia confirmou a existência de adenoma da paratiróide superior esquerda. Iniciou correção com hidratação endovenosa, diurético de ansa, corticóide e bifosfonato. Feita a correção da calcémia registou-se melhoria dos sintomas, mantendo seguimento em consulta externa de Medicina Interna e, por ter indicação cirúrgica, foi encaminhado para consulta de cirurgia.

Conclusão: Muitos distúrbios neuro-psiquiátricos têm sido associados à hipercalcémia, contudo, continua a ser uma entidade subvalorizada na prática clínica. A deficiência de vitamina D é comum nestes doentes e leva ao aumento da probabilidade de ocorrência de sintomas atípicos. Porém é fundamental excluir outras causas, nomeadamente os adenomas das paratiróides.

PO 62

TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA NA DOR TORÁCICA REFRACTÁRIA À ANALGESIA

André Peixoto¹, João Filipe Gomes², Luísa Costa¹, Leonor Fernandes¹, Fonseca Santos¹

¹Serviço de Imagiologia Geral do CHULN; ²Serviço de Medicina Interna A do CHUC

Introdução: A dor torácica é um dos motivos mais frequentes de vinda ao Serviço de Urgência (SU), sendo a sua correta avaliação um desafio. A dor torácica tem uma grande variedade de etiologias, algumas com risco de vida imediato, como síndromes coronárias agudas, tromboembolismo pulmonar, doenças aórticas agudas, derrame pericárdico, pneumotórax sob tensão; outras com evolução mais benigna, nomeadamente doenças gastrointestinais, musculoesqueléticas ou psicogénicas. A desproporção entre a apresentação clínica e a gravidade da situação torna ainda mais difícil a adequada avaliação diagnóstica.

Caso clínico: A doente A.S., mulher de 45 anos, com antecedentes pessoais de HTA não vigiada, recorre ao SU por dor torácica severa, retrosternal, com irradiação para o dorso, com 1 mês de evolução, agravamento com inspiração profunda, movimentos e em decúbito dorsal. Esta dor já tinha sido motivo de vinda ao SU há 2 dias, na altura foi medicada com analgesia e teve alta para o domicílio após explicados os sinais de alarme. Ao exame físico objetiva-se taquicardia, com valores entre 120-140 bpm. No electrocardiograma (ECG) apresenta taquicardia sinusal. A avaliação laboratorial documenta aumento dos parâmetros inflamatórios e ligeira elevação dos D-dímeros. Na radiografia do tórax existe aumento da silhueta cardíaca e apagamento do seio costofrénico esquerdo. É efetuada tomografia computadorizada (TC) do tórax que identifica moderado derrame pericárdico, com espessamento e realce dos folhetos pericárdicos, achados compatíveis com o diagnóstico de pericardite.

Conclusão: A dor torácica é um sintoma importante na pericardite aguda, sendo habitualmente uma dor retroesternal ou precordial severa associada ou não a outros sintomas. O diagnóstico inclui a história clínica e exame físico, dados do ECG, ecocardiograma, radiografia do tórax e dos exames laboratoriais. A TC é útil em casos atípicos quer para a confirmação diagnóstica quer para a identificação de outras causas graves de dor torácica. O diagnóstico precoce é importante, permitindo uma terapêutica adequada e a prevenção de complicações potencialmente fatais como o tamponamento cardíaco.

PO 63

O ROUBO DA SUBCLÁVIA – A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA CLÍNICA

Hugo Costa, Teresa Silva, Adriana Quitério,
Ana Baptista, Mário Lázaro
Centro Hospitalar Universitário Algarve

Introdução: A síndrome de roubo da subclávia refere-se a um fenómeno vascular que se caracteriza pela inversão do fluxo sanguíneo na artéria vertebral como consequência a uma estenose hemodinamicamente significativa na artéria subclávia proximal ipsilateral. É uma entidade relativamente rara e na maioria dos casos assintomática, embora possa precipitar isquemia cerebral transitória.

Caso Clínico: Homem de 68 anos, hipertenso, diabético e fumador, com enfarte agudo do miocárdio anterior e patologia da válvula aórtica (VA). Internamento recente por anemia ferropénica. Enviado ao serviço de urgência (SU) por diferencial tensional nos membros superiores (MS). Anamnese: cansaço progressivo, tonturas e cefaleias na região occipital episódicas e pulsáteis. Nega toracalgia, síncope, alterações da acuidade visual ou da temperatura, força e sensibilidade nos MS. Exame físico: diferencial tensional de pressão arterial sistólica (PAS) >80mmHg nos MS. Pulsos radiais assimétricos, pulso radial esquer-

do bastante deprimido mas membro bem perfundido. Auscultação com sopro sistólico grau II/VI na área aórtica, com irradiação carotídea, sem sopros a nível paraclavicular. Exame neurológico sem alterações. Estudo analítico: anemia microcítica/hipocrómica, NT-proBNP elevado e D-Dímeros negativos. Angio-TC torácica com descrição de oclusão completa da artéria subclávia esquerda logo após a sua origem, com reperfusão a jusante.

Conclusões: O caso relata uma síndrome rara em doente com múltiplos factores de risco cardiovascular. Embora aparentemente assintomático, esmiuçada a anamnese foi notória a referência a sintomas de isquemia cerebral transitória, valorizados pese embora a instalação crónica dos sintomas. Os registos no internamento recente evidenciavam perfil tensional oscilante, apoiando a medição em braços diferentes e reforçando as suspeitas. Na abordagem no SU, um diferencial tensional >80mmHg com diminuição do pulso radial e patologia conhecida da VA com sopro associado pontua 2 no score de alto risco para dissecção aórtica (ADD-RS≥2). Embora com queixas frustres, sem toracalgia e D-Dímeros negativos, este diagnóstico diferencial pode passar despercebido mas deve ser excluído pois compromete a vida do doente. A Angio-TC torácica confirmou a hipótese diagnóstica mais provável. Contactado serviço de cirurgia vascular com indicação para antiagregação e urgente referenciação para consulta, com proposta para correcção da estenose em contexto eletivo.

PO 64

CEFALEIA SECUNDÁRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Telma Alves, João Pina Cabral, David Lopes Sousa, Joana Paixão, Fátima Silva, Ana Figueiredo
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra - Medicina Interna H

Introdução: A cefaleia é um sintoma comum do sistema nervoso e uma das causas mais frequentes de recurso ao Serviço de Urgência. Afecta cerca de metade da população mundial, na maioria mulheres. Geralmente, é um episódio auto-limitado, que cede ao tratamento analgésico, sem necessidade de investigação adicional. Predominam as cefaleias primárias, sem lesão estrutural, tendo as secundárias causa estrutural, infecciosa ou vascular. O seu diagnóstico requer um elevado índice de suspeição, mas o seu pronto reconhecimento e tratamento etiológico, particularmente no contexto de urgência, é fundamental dado o elevado risco de morbidade e mortalidade a que se associam.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 48 anos, independente para as atividades de vida diária. Referenciada pelo Médico Assistente ao Serviço de Urgência por quadro de cefaleia holocraniana de novo com evolução de 15 dias com astenia progressiva. A cefaleia era constante, escala da dor 9 (0-10), com agravamento à flexão cervical anterior e alívio parcial com o decúbito dorsal. Sem fotofobia ou fonofobia, alterações visuais, convulsões, alterações da consciência, alterações do comportamento ou outros sinais/sintomas neurológicos. Com evidente refratariedade ao tratamento analgésico escalonado. Antecedentes pessoais relevantes de disfunção da articulação temporomandibular. Ao exame neurológico sumário a salientava-se dismetria terminal à direita na prova dedo-nariz. Realizou-se TC-CE que apresentava: múltiplas lesões expansivas endocranianas intra-axiais sobretudo cortico-subcorticais, de morfologia

arredondada ou ovalar, aparentemente capsuladas e com conteúdo hipodenso, relativamente homogéneo, sugestivas de metástases cerebrais. Foi internada no Serviço de Medicina Interna para estudo etiológico de neoplasia primária. A TC cervico-abdomino-pélvica e broncoscopia com biópsia –permitiu o diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar. Dado o prognóstico manifestamente reservado, foi instituído tratamento com o intuito paliativo.

Conclusão: Em contexto de urgência a prioridade do médico face a um quadro de cefaleias deverá passar por saber distinguir uma cefaleia benigna de uma apresentação clínica que evidencie sinais de alarme, denunciando uma cefaleia de alto risco. Independentemente das características do doente (idade, sexo ou antecedentes pessoais), o diagnóstico a excluir, de imediato, é uma cefaleia secundária. Concretamente merecem atenção alterações do padrão habitual da cefaleia.

PO 65

HIPERCALIEMIA, UM DISTURBIO VITAL

Ana Clara Dinis, David Ferreira, Telma Elias, Isabel Martins, Fátima Pimenta
Centro Hospitalar Médio Tejo

Indivíduo de 85 anos de idade, do sexo masculino. Trazido ao Serviço de Urgência por lipotímia. À admissão, constatada bradicardia de 21bpm e no eletrocardiograma bloqueio auriculoventricular completo. Analiticamente creatinina: 2.5mg/dL, ureia: 85mg/dL e hipercaliemia de 7.4mmol/L. Gasimetria com acidose metabólica. Sem resposta a atropina, com necessidade de colocação de Pacemaker externo e suporte aminérgico transitoriamente, e terapêutica dirigida a hipercaliemia. Por se constatar ausência de débito urinário, e impossibilidade de cateterização vesical por obstrução, é colocado cistocáteter suprapúbico e iniciada terapêutica de substituição renal transitória, na Unidade de Cuidados Intensivos, com melhoria analítica e eletrocardiográfica.

fica. A ecografia renal e pélvica evidenciava lesão nodular em declive com 47x34mm no contorno inferior lateral esquerdo vesical, adjacente ao contorno prostático. O doente foi posteriormente transferido para o hospital da sua área de residência para continuação de cuidados. Antecedentes pessoais relevantes de diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial. Medicado habitualmente com Amlodipina 5mg, Olmesartan 20mg, Gliclazida 30mg e Sitagliptina 100mg.

Conclusão: Doente com lesão nodular intra-vesical obstrutiva, a condicionar lesão renal aguda pós-renal, com acidose metabólica e hipercaliemia associadas, que, por sua vez, desencadeou um bloqueio aurículo ventricular completo, com bradicardia sintomática. No Serviço de Urgência, as situações de hipercaliemia sintomática são muito frequentes, principalmente na população idosa polimedcada. Tendo como expressão clínica mais grave a bradicardia extrema, com risco iminente de paragem cardíaca. Sendo fulcral o seu diagnóstico e tratamento atempados, de forma a evitar tais complicações letais.

PO 66

DE UMA MONONUCLEOSE INFECCIOSA AO DIAGNÓSTICO DE INFEÇÃO POR HIV

Salomé Marques, Daniela Neto, Clarisse Neves, Sofia Xavier, Emília Lopes, Helena Sarmento, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução: infeção aguda pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) pode ser assintomática ou apresentar-se com uma síndrome tipo mononucleose que, sem um grande índice de suspeita, pode passar despercebido na prática clínica. A sintomatologia é variável: sintomas constitucionais, adenomegalias, odinofagia com edema e hiperemia da orofaringe. O presente caso clínico evidencia uma infeção recente pelo HIV com uma infeção por EBV sobreposta.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 19 anos, sem antecedentes pessoais de relevo nem medicação habitual, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por odinofagia, náuseas, vômitos, febre e perceção de adenomaglias cervicais, tendo sido feito o diagnóstico de mononucleose infecciosa (evidenciava 35% linfócitos atípicos e uma reação de Paul Bunnell de resultado duvidoso) e teve alta medicado sintomaticamente. Voltou ao SU 2 dias depois por intolerância alimentar e com evidente progressão da doença: elevação das transaminases e inversão da fórmula leucocitária. Ficou internado pela intolerância alimentar e para melhor esclarecimento do quadro. Durante o internamento foram objetivos múltiplos gânglios ao longo das cadeias jugulo-carotídeas bilateralmente de provável natureza reativa. A disfunção hepatocelular evidenciou um pico máximo ao 2º dia de internamento, com posterior melhoria sustentada e sem alterações em ecografia abdominal. Do restante estudo etiológico, de referir: infeção recente por EBV firmada por uma IgM de 160 U/mL (positivo se > 40 U/mL), VHC e VHB negativos, mas detetada infeção recente pelo VIH1 com quantificação de RNA > 10 000 000 de cópias/ml, apesar de Western Blot negativo. Constatado ainda risco epidemiológico no mês anterior à admissão. Teve alta orientado para a Consulta Externa de Medicina Interna – Doenças Infecciosas, onde iniciou terapêutica antirretroviral e mantém seguimento com melhoria do seu estado geral.

Conclusão: Infeções causadas por vírus responsáveis por síndromes do tipo mononucleosídico, entre os quais se encontram o EBV e o HIV, são muitas vezes clinicamente indistinguíveis pelo que é necessária a confirmação pelas serologias. Podem ocorrer reações cruzadas nos testes diagnósticos no contexto de infeção aguda das duas entidades deste caso clínico, EBV e HIV. Tal não foi o caso, pois

apesar de o teste confirmatório de HIV (Western Blot) ter tido negativo, a quantificação de RNA viral revelou uma contagem elevada de cópias.

PO 67

QUANDO O CÁLCULO SE TRANSFORMA EM TROMBO

Ana Clara Dinis, David Ferreira, Telma Elias, Tiago Alves, Rui Assis, Isabel Martins, Fátima Pimenta

CHMT - Hospital de Abrantes

RESUMO: A lombalgia, queixa relativamente comum na nossa sociedade, pode advir de múltiplas patologias, desde um simples distúrbio musculoesquelético, a um episódio de litíase renal, até mesmo a uma situação de isquemia. Daí ser de extrema relevância a caracterização completa da dor e a sua contextualização. Caso Clínico: Homem, 50 anos, autónomo, história de litíase renal recorrente, que se encontrava temporariamente incapacitado para trabalhar desde há 4 dias, por suposto estiramento do membro inferior direito (MID). Recorreu ao médico por lombalgia direita súbita, intensidade crescente, sem posição de alívio, dor descrita como semelhante à cólica renal habitual, contudo de aparecimento súbito, sem outros sintomas. Foi medicado com antibioterapia. Pela persistência da dor com agravamento à inspiração profunda, recorreu à Urgência. À admissão, hemodinamicamente estável, a realçar Murphy renal presente à direita. Analiticamente com Leucocitose de 14320g/dL e PCR de 4mg/dL, sem outras alterações. Na Uro-TC: "Tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo no lobo inferior direito, sem alterações relevantes no trato urinário", confirmado após a AngioTC Torácica. Assumindo o diagnóstico de TEP agudo e na ausência de contraindicações, iniciou de imediato terapêutica hipocoagulante. Durante o internamento realizou vários exames complementares, entre eles uma VenoTC dos mem-

bro inferiores que diagnosticou um trombose venosa profunda do MID recente. Do estudo pró-trombótico: portador em heterozigotia do gene Protrombina 20210G, gene MTHFR 677 e em homozigotia do gene PAI-1. Doente com evolução favorável, com resolução gradual da dor (lombalgia e do MID) ao 4º dia de hipocoagulação, tendo tido alta sob hipocoagulação, orientado para consulta de Cirurgia Vasculosa. O diagnóstico de TEP é sempre desafiador, uma vez que mesmo com uma apresentação indolente e, tão inespecífica com a lombalgia, caso não seja atempadamente tratado pode acarretar consequências graves ao nível quer do prognóstico funcional, quer vital.

Presidente do Congresso

Faustino Ferreira

Secretário-Geral

Nuno Bernardino Vieira

Comissão de Honra

Presidente da República

Presidente da ARS Algarve

Presidente da CMP

Presidente do CA do CHUA

Diretor Clínico do CHUA

Presidente do Grupo HPA Saúde

Presidente do ABC

Presidente da Sub-região Algarve da OM

Presidente do Colégio da SPMI

Presidente Direção SPMI

Coordenador do NEUrgMI

Comissão Organizadora

João Estevens

Ricardo Louro

Manuel Calzado

Nina Fernandes

Nádia Fernandes

Inês Simões

Marta Duarte

José Maia Sousa

Comissão Científica

Presidente: Maria da Luz Brazão

Andreia Cruz

Andreia Vilas-Boas

António Martins Baptista

Carla Araújo

Daniel Nunez

Glória Campello

Henrique Rita

João Sá

João Porto

José Mariz

José Sousa e Costa

Luís Bento

Luís Duarte Costa

Luísa Arez

Luísa Guimarães

Rita Marçal

Rui Tomé

Sofia Amálio

Susana Marques

Zélia Lopes

Júri de Melhor Poster

Presidente: Maria da Luz Brazão

José Sousa e Costa

João Estevens

Luísa Guimarães

Susana Marques

Júri de Melhor Caso Clínico (Comunicação Oral)

Presidente: António Martins Baptista

Carla Araújo

João Porto

José Mariz

Luís Duarte Costa

Júri do Prémio de Investigação Clínica em Urgência

Presidente: Faustino Ferreira

João Araújo Correia

João Sá

Luísa Arez

Zélia Lopes



Organização



SPMI
Sociedade Portuguesa
de Medicina Interna

Patrocínio Científico



Apoios



Patrocínios

Major Sponsors



Sponsors



Secretariado

ad medic⁺ paula.cordeiro@admedic.pt

