



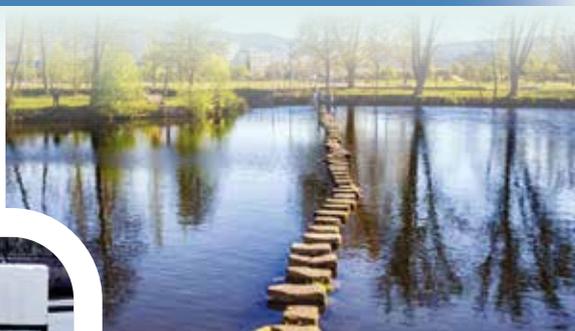
## Urgência de lés-a-lés

**8<sup>o</sup>** Congresso  
Nacional da  
**URGÊNCIA**

6 a 8 de outubro de 2023

**Hotel Premium Chaves** | Aquae Flaviae

**CURSOS** | 5 e 6 de outubro



## Programa

# **Congresso Nacional da** **URGÊNCIA**



## **Presidente do Congresso**

Dra. Maria da Luz Brazão

## **Secretária-Geral**

Dra. Sandra A. Morais

## **Comissão de Honra**

### **Bastonário da Ordem dos Médicos**

Dr. Carlos Cortes

### **Representante da Ordem dos Médicos – Sub-região de Vila Real**

Dr. Fernando Salvador

### **Presidente da Câmara Municipal de Chaves**

Dr. Nuno Vaz Ribeiro

### **Presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Interna**

Prof. Doutor Pedro Cunha

### **Presidente da Direção da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**

Profa. Doutora Lèlita Santos

### **Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro**

Dr. Ivo Dinis Oliveira

### **Diretor Clínico do Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro**

Dr. Francisco Esteves

### **Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro**

Enf. Júlio Azevedo

### **Diretora executiva do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Tâmega e Barroso**

Enfa. Laurentina Santa Teixeira

### **Presidente da Comunidade Intermunicipal do Alto Tâmega e Barroso**

Dr. António Alberto Pires Aguiar Machado

## **Comissão Organizadora**

Dra. Ana Luísa Gomes  
Dra. Andreia Vilas Boas  
Dr. António Martins Baptista  
Dra. Cristiana Sousa  
Dr. João Enes  
Dra. Luísa Guimarães  
Dra. Maria da Luz Brazão  
Dra. Maria João Lobão

Dra. Maria João Pinto  
Dra. Marta Lisboa  
Dr. Nuno Bernardino Vieira  
Dra. Raquel Cavaco  
Dra. Sandra Morais  
Dra. Sandra Tavares  
Dra. Sofia Nóbrega

## **Comissão Científica**

Dra. Adelaide Alves  
Dra. Adelina Pereira  
Dra. Ana Catarina Rodrigues  
Dra. Anabela Morais  
Enf. António Costa  
Dr. António Martins Baptista  
Dr. Artur Vale  
Dra. Betânia Ferreira  
Dr. Carlos Pintado  
Dra. Carmen Tavares Pais  
Dra. Dulce Maia  
Enfa. Elizabeth Calejo  
Enfa. Elvira Costa  
Dra. Ester Ferreira  
Dra. Fátima Pinto  
Dra. Fernanda Linhares  
Enfa. Fernanda Queiroga  
Dr. Fernando Guimarães

Dr. Fernando Próspero  
Dr. Fernando Salvador  
Dr. Francisco Esteves  
Dr. Gil Bebiano  
Enf. Guilherme Azevedo  
Dra. Inês Homem de Melo  
Dra. Inês Palma dos Reis  
Dra. Inês Pinho  
Dra. Inês Simões  
Dra. Joana Cunha  
Dra. Joana Lopes  
Dr. João Araújo Correia  
Dr. João Porto  
Dr. João Sá  
Dr. José Carlos Lage  
Dr. José João Eira  
Dr. José Luís Fernandes  
Dr. José Miguel Maia

Dr. José Romão  
Profa. Doutora Lèlita Santos  
Dra. Mafalda Santos  
Dra. Maria da Luz Brazão  
Dr. Miguel Cortez  
Dr. Nélson Barros  
Dr. Nélson Pereira  
Dr. Nuno Bernardino Vieira  
Enf. Nuno Claro  
Prof. Doutor Nuno Sevivas  
Dra. Patrícia Gago  
Prof. Doutor Pedro Cunha  
Dr. Ricardo Louro  
Enf. Ricardo Ribeiro  
Dra. Rosa Ribeiro  
Dra. Sandra Tavares  
Dra. Susana Marques

## **Júri das Comunicações Livres**

Dra. Ana Cristino  
Dra. Andreia Costa  
Dra. Beatriz Exposito  
Dra. Cátia Canelas  
Dr. Daniel Pereira  
Dra. Filipa Rebelo  
Dra. Helena Gonçalves  
Dra. Isabel Militão

Dra. Marta Laiz  
Dra. Marta Rodrigues  
Dra. Mónica Mesquita  
Dra. Natália Lopes  
Dr. Nuno Silva  
Dr. Paulo Carrola  
Dra. Rita Silva  
Dr. Romeu Pires

## **Júri dos Prémios**

Dr. António Martins Batista  
Dr. João Sá

Dr. Narciso Oliveira  
Dr. Nuno Bernardino Vieira



## Mensagem de Boas-Vindas

Caros(as) Colegas

Bem-vindos ao 8º Congresso Nacional da Urgência

“Urgência de lés-a-lés”, foi o tema geral que escolhemos este ano para este congresso. Prometemos um congresso cheio de vida, iniciativa, motivação e dinamismo, que vos levará a percorrer todo o país de lés a lés, e retratar as diferentes realidades encontradas nos mais diversos serviços de Urgência (SU) portugueses, desde centrais a periféricos. Pretendemos revisitar o passado, olhar o presente e pensar o futuro das urgências em Portugal, aprendendo com os erros, e juntos encontrar soluções e formas de colocá-las na prática.

Porque queremos valorizar e atualizar a nossa formação em urgência, selecionamos este ano 2 cursos pré-congresso: O curso de treino da ecografia á cabeceira do doente “*Point-of-care Ultrasound*” (POCUS), o curso básico de Medicina Intensiva, no qual será treinada a destreza na deteção precoce do doente crítico, e a correta abordagem das mais variadas situações emergentes que podemos encontrar no serviço de Urgência.

No decorrer do congresso, iremos debruçar-nos sobre os grandes desafios clínicos e não clínicos com que nos deparamos nos vários SU do país, em mesas-redondas, encontros com especialistas, sessões debate e conferências.

Desejamos que este evento seja um espaço de debate, e de troca de experiências, acrescentando conhecimento, apresentando soluções e formas de as colocar no terreno, contribuindo assim para melhorarmos as urgências em Portugal.

Todos juntos pretendemos substituir os problemas por soluções e podemos pensar melhor as urgências em Portugal.

Bem hajam

Dra. Maria da Luz Brazão

*Presidente do 8º Congresso Nacional da Urgência*



## CURSO 1

Local: Termas de Chaves

### **POINT-OF-CARE ULTRASOUND (POCUS)**

Coordenação: Dr. José Mariz

## CURSO 2

Local: Auditório do Hospital de Chaves

### **CURSO BÁSICO DE MEDICINA INTENSIVA (CbaMI)**

Coordenação: Dra. Raquel Cavaco



14:00h

Abertura do Secretariado

15:00-17:00h

Sala A

### **ENCONTROS COM O ESPECIALISTA**

#### **DESAFIOS NA URGÊNCIA I**

Moderadores: Dr. Artur Vale e Dra. Fernanda Linhares

**O doente com patologia pulmonar**

Dra. Adelaide Alves

**O doente com patologia endocrinológica**

Dr. Nuno Bernardino Vieira

**O doente com patologia hepática**

Dra. Inês Pinho

Sala B

#### **DESAFIOS NA URGÊNCIA NO PRESENTE E NO FUTURO**

Moderadores: Dra. Anabela Morais e Dr. Nélson Barros

**Agilizar o fluxo de doente: Via verde da sépsis**

Dr. José Miguel Maia

**Hiper-utilizadores do SU: Modelos de intervenção**

Dra. Joana Lopes

**O doente frágil no SU**

Dra. Carmen Tavares Pais

17:00-17:45h

Sala A

### **SIMPÓSIO**

#### **PRIMEIRO CONSENSO DE PORFIRIAS HEPÁTICAS AGUDAS: O PAPEL DO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Moderador: Dr. Nélson Pereira

Palestrante: Dr. Luís Brito Avô



- 17:45-18:45h **APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS I**  
Sala A Moderadores: Dr. Nuno Silva e Dra. Rita Silva  
CO 02 | CO 03 | CO 04 | CO 05 | CO 06 | CO 29 | CO 31
- Sala B Moderadores: Dra. Beatriz Exposito e Dr. Paulo Carrola  
CO 07 | CO 08 | CO 09 | CO 10 | CO 11 | CO 12 | CO 13 | CO 33
- 18:45h Fim das sessões do 1º dia



Sábado | 7 de outubro de 2023

- 07:30h Abertura do Secretariado
- 08:00-09:00h **APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS II**  
Sala A Moderadores: Dra. Marta Rodrigues e Dr. Romeu Pires  
CO 14 | CO 16 | CO 17 | CO 18 | CO 19 | CO 20
- Sala B Moderadoras: Dra. Ana Cristino e Dra. Filipa Rebelo  
CO 22 | CO 23 | CO 25 | CO 27 | CO 30 | CO 41 | CO 42
- 08:00-09:00h **APRESENTAÇÃO DE POSTERS I**  
Moderadoras: Dra. Andreia Costa e Dra. Mónica Mesquita  
POA 01 | POA 02 | POA 04 | POA 05 | POA 06 | POA 09 | POA 10 | POA 12
- 09:00-10:00h **MESA-REDONDA**  
Sala A **DIVÓRCIO ENTRE OS CSP E O SU/MI? PROBLEMAS E SOLUÇÕES**  
Moderadora: Deputada Fátima Pinto  
**Perspetiva da Medicina Interna**  
Dr. Fernando Salvador e Dra. Mafalda Santos  
**Perspetiva da Medicina Geral e Familiar**  
Dr. José Luís Fernandes e Dra. Rosa Ribeiro
- 10:00-11:00h **SESSÃO DE DEBATE**  
Sala A **AINDA EXISTE EQUIPA DE URGÊNCIA?**  
Moderadora: Profa. Doutora Lélita Santos  
Painel: Dra. Ana Catarina Rodrigues, Dra. Betânia Ferreira,  
Dr. João Araújo Correia, Dr. José Romão e Dra. Susana Marques

09:00-11:00h

Sala B

## **ENCONTROS COM O ESPECIALISTA**

### **DESAFIOS NA URGÊNCIA II**

Moderadores: Dra. Dulce Maia e Dr. José João Eira

**O doente com patologia psiquiátrica**

Dra. Inês Homem de Melo

**O doente com patologia cardiovascular**

Dr. Miguel Cortez

**A grávida na urgência – Da patologia geral à diferenciada**

Dra. Inês Palma dos Reis

11:00-11:30h

Pausa para café

11:30-12:15h

Sala A

## **SESSÃO DE ABERTURA**

12:15-13:00h

Sala A

## **CONFERÊNCIA DE ABERTURA**

### **EXPERIÊNCIA DAS 24H DE URGÊNCIA: PASSADO E PRESENTE**

Presidente: Dra. Maria da Luz Brazão

Conferencista: Dr. João Sá

13:00-14:15h

Almoço

14:15-15:30h

Sala A

## **MESA-REDONDA**

### **OS PESADELOS DO CHEFE DE EQUIPA**

Moderadores: Dr. Fernando Próspero e Dra. Sandra Tavares

**Visão da Medicina Interna**

Dr. João Porto e Dr. Néelson Pereira

**Visão da Cirurgia Geral**

Dr. José Carlos Lage

**Visão da Ortopedia**

Dr. Carlos Pintado

14:15-15:30h

Sala B

## **MESA-REDONDA**

### **ENFERMAGEM**

Moderadora: Enfa. Fernanda Queiroga

**Prevenção do *delirium* no serviço de Urgência**

Enfa. Elvira Costa e Enf. Ricardo Ribeiro

**Comunicação eficaz – Segurança de utentes e profissionais**

Enfa. Elizabete Calejo e Enf. Nuno Claro

15:30-16:15h

Sala A

Sala A

### **SIMPÓSIO**

#### **COVID-19: QUE URGÊNCIA?**

#### **COVID-19: QUE URGÊNCIA?**

Moderadora: Dra. Sofia Caetano

**Abordagem individualizada ao doente com COVID-19**

Dra. Carolina Garcia Vidal 

**Recomendações do NEUrgMI**

Dra. Maria da Luz Brazão

**Debate e Q&A**

16:15-16:45h

Pausa para café

16:45-18:45h

Sala A

### **ENCONTROS COM O ESPECIALISTA**

#### **A MULTIDISCIPLINARIDADE DO DOENTE POLITRAUMATIZADO**

Moderadores: Dr. Carlos Pintado e Dr. Francisco Esteves

**O trauma torácico e abdominal**

Dr. José Carlos Lage

**O traumatismo craneo-encefálico**

Dr. Gil Bebiano

**O trauma ortopédico**

Prof. Doutor Nuno Sevivas

Sala B

#### **A INFEÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Moderadores: Dr. Fernando Guimarães e Dra. Joana Cunha

**O doente oncológico sob quimioterapia**

Dra. Patrícia Gago

**O doente imunodeprimido I – A imunossupressão farmacológica**

Dra. Ester Ferreira

**O doente imunodeprimido II – A doença crónica**

Dra. Betânia Ferreira

18:45h

**Fim das sessões do 2º dia**

18:45-19:45h

### **REUNIÃO NEUrgMI**

20:30h

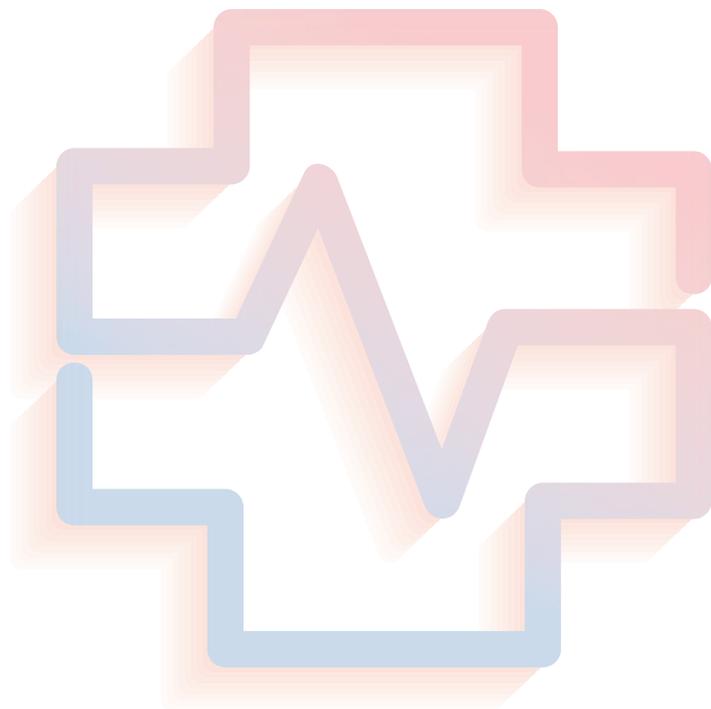
Jantar do Congresso



Domingo | 8 de outubro de 2023

- 07:30h Abertura do Secretariado
- 08:00-09:00h **APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS III**  
Sala A Moderadores: Dr. Daniel Pereira e Dra. Isabel Militão  
CO 01 | CO 21 | CO 26 | CO 32 | CO 34 | CO 35 | CO 36
- Sala B Moderadoras: Dra. Cátia Canelas e Dra. Natália Lopes  
CO 24 | CO 28 | CO 37 | CO 38 | CO 39 | CO 40 | CO 43
- 08:00-09:00h **APRESENTAÇÃO DE POSTERS II**  
Moderadoras: Dra. Helena Gonçalves e Dra. Marta Laiz  
POA 03 | POA 07 | POA 08 | POA 11 | POA 13 | POA 14 | POA 15 | POA 16 | POA 17
- 09:00-10:15h **SESSÃO DE DEBATE**  
Sala A **REFERENCIAÇÃO INTER-HOSPITALAR DE DOENTES**  
Moderador: Dr. Ricardo Louro  
Painel: Dra. Adelina Pereira, Enf. António Costa, Enf. Guilherme Azevedo e Dra. Inês Simões
- 09:00-10:15h **MESA-REDONDA**  
Sala B **NIMI**  
Moderadores: Dr. António Pedro Gonçalves e Dra. Filipa Rodrigues  
Novidades na abordagem de enfarte agudo do miocárdio  
Dr. Pedro Simões  
Novidades na abordagem de pneumotórax espontâneo  
Dra. Diana Brites
- 10:15-11:00h **SIMPÓSIO**  
Sala A **PORQUE O TEMPO CONTA: ACEMETACINA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA!**  
Moderador: Dr. Narciso Oliveira  
Palestrante: Dr. Tiago Meirinhos
- 11:00-11:30h Pausa para café
- 11:30-12:15h **CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO**  
Sala A **URGÊNCIA DE LÉS-A-LÉS**  
Presidente: Dr. António Martins Baptista  
Conferencista: Prof. Doutor Pedro Cunha
- 12:15-12:45h **SESSÃO DE ENCERRAMENTO E ENTREGA DE PRÉMIOS**  
Sala A

**Bial**  
Keeping life  
in mind.





# COMUNICAÇÕES LIVRES

**COMUNICAÇÕES ORAIS**

---

**POSTERS COM APRESENTAÇÃO**

---

**POSTERS**

---



### CO 01

#### **TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO: UM CASO DE HEMOTÓRAX SECUNDÁRIO A TERAPÊUTICA FIBRINOLÍTICA**

João Francisco Gouveia<sup>1</sup>; Duarte André Ferreira<sup>1</sup>;  
José Magalhães<sup>2</sup>; Francisco Gonçalves<sup>2</sup>;  
Lino Gonçalves<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Dr. Nélio Mendonça; <sup>2</sup>Centro Hospitalar e  
Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade  
de Coimbra

**Introdução:** O tromboembolismo pulmonar (TEP) é a terceira síndrome cardiovascular aguda mais prevalente, a qual pode apresentar níveis de gravidade muito variáveis. O uso de agentes fibrinolíticos está principalmente indicado no tratamento do tromboembolismo pulmonar de alto risco. Contudo, a sua utilização acarreta um risco aumentado de ocorrência de hemorragias major, potencialmente ameaçadoras da vida.

**Caso clínico:** Mulher de 62 anos, com dislipidemia e insuficiência venosa periférica, foi enviada ao serviço de Urgência (SU) por quadro de dispneia, dorsalgia à direita do tipo pleurítica e mal-estar generalizado de início súbito. Submetida, seis semanas antes, a cirurgia ortopédica, cumpriu anticoagulação profilática, até 3 dias antes da vinda ao SU (durante um total de 5 semanas). À observação em SU: apresentava-se pálida, com extremidades frias, taquicárdica, mas normotensa. Analiticamente: hsTNI 320 ng/L e NT-pro-BNP 994 pg/mL. Eletrocardiograma: taquicardia sinusal e padrão de S1Q3T3. Ecocardiograma transtorácico: dilatação franca das cavidades direitas e insuficiência tricús-

pide moderada. Angio-TC-tórax: aspectos compatíveis com tromboembolia pulmonar central maciça, com repercussão cardíaca; e área de densificação parenquimatosa no segmento póstero-basal do lobo inferior direito, suspeita de corresponder a enfarte pulmonar. Por agravamento hemodinâmico, realizou fibrinólise, tendo sido posteriormente admitida em Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC), por TEP maciço bilateral. Contudo, por novo agravamento do quadro clínico associado a instabilidade hemodinâmica e oligoanúria, iniciou suporte vasopressor e repetiu angio-TC-Tórax que revelou volumoso hemotórax de novo à direita. No contexto de choque cardiogénico e hipovolémico, necessitou de suporte transfusional com concentrados eritrocitários e colocação de dreno torácico à direita, que apresentou drenagem espontânea de mais de 1000 mL de conteúdo hemático. Foi intubada e iniciada ventilação mecânica invasiva, tendo a doente permanecido na UCIC para continuação de tratamentos. Ao longo do internamento e por boa evolução clínica, foi extubada e iniciada reabilitação cardiorespiratória e físico-motora, tendo tido alta com seguimento pelo seu médico assistente.

**Discussão:** O reinício da anticoagulação, neste caso, é controverso. Carece-se, por isso, de novos estudos e dados que nos permitam avaliar com maior precisão o seu risco-benefício e definir o tempo ideal para a sua reintrodução.

## CO 02

### SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Francisca Macedo Gomes<sup>1</sup>; Mafalda Macedo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ACES Alto Ave - Guimarães, Vizela e Terras de Basto - USF Serzedelo; <sup>2</sup>Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

**Introdução:** A síndrome confusional aguda, também conhecida como *delirium*, é uma alteração aguda do estado mental caracterizada por uma ampla gama de manifestações clínicas e três subtipos fenotípicos. Essa condição é comumente encontrada em pacientes idosos e é frequentemente observada em ambiente de serviço de Urgência. O reconhecimento precoce e a abordagem adequada são essenciais para evitar complicações e garantir melhores resultados clínicos.

**Objetivos:** Revisão de literatura recente para perceber a apresentação clínica/critérios de diagnóstico, os dados epidemiológicos, a fisiopatologia, os fatores de risco, a abordagem do doente no serviço de Urgência e a implementação de estratégias de prevenção.

**Material e métodos:** Para alcançar os objetivos propostos, foi realizada uma revisão não sistemática na base de dados PubMed de literatura publicada em língua inglesa nos últimos 10 anos, utilizando os termos de pesquisa *Acute Confusional State*, *Delirium*, *Cognitive Impairment* e *Emergency Service*. Os artigos incluídos foram selecionados através de revisão por título e abstract.

**Resultados:** A revisão de literatura recente revelou que o *delirium* apresenta uma ampla gama de manifestações clínicas (disfunção neurocognitiva, alterações sensorio-perceptivas, instabilidade emocional, perturbação do ritmo circadiano, distúrbios da atividade psicomotora) e três subtipos fenotípicos (hipoativo, hiperativo e misto). Em termos epidemiológicos, o *delirium* é um quadro frequente no serviço de Urgência, sendo um dos princi-

pais motivos de atendimento nesse contexto. Como fatores de risco, destacam-se a idade avançada, a existência de comorbilidades médicas, a polifarmácia, entre outros. A fisiopatologia é complexa e multifatorial, estando descritos vários modelos explicativos (hipótese neuroinflamatória, envelhecimento neuronal, stress oxidativo, neurotransmissores, neuroendócrina, desregulação diurna/da melatonina, desconexão cerebral). A abordagem deve incluir uma avaliação clínica minuciosa, com uso de ferramentas como o CAM (*Confusion Assessment Method*) para um diagnóstico precoce e uma adequada intervenção.

**Conclusão:** A síndrome confusional aguda é frequente em idosos no serviço de Urgência. A prevenção envolve a atenção aos fatores de risco, como a polifarmácia. As avaliações cognitivas e as ferramentas de rastreio ajudam no diagnóstico precoce, permitindo intervenções adequadas e melhores resultados clínicos. A rápida identificação e tratamento da causa são cruciais para uma abordagem clínica mais eficaz.

## CO 03

### ENTEROBACTERIÁCEAS PRODUTORAS DE BETA-LACTAMASES DE ESPETRO ALARGADO – PANORAMA NA MEDICINA INTERNA

Marisa Brochado; Mafalda Sousa;  
Mariana Moniz Ramos; Maxim Jitari; Viktor Baiherych;  
Iuliana Cusnir; Guilherme Miranda;  
Filipe Borges Rodrigues; Petra Margarida Pego;  
Luís Siopa  
*Hospital Distrital de Santarém, EPE*

**Introdução:** O uso abusivo de antibióticos tem sido citado como o maior responsável pela disseminação de bactérias multirresistentes na Europa e no resto do mundo, sendo considerado atualmente um problema de saúde pública. Neste âmbito, a emergência e persistência dos organismos multirresistentes, como as enterobacteriáceas produtoras de beta-lactamases de espectro alargado (ESBL)

é uma realidade atual geradora de preocupação acrescida na comunidade médica.

Este artigo tem como objetivo a caracterização da população de doentes internados num serviço de Medicina Interna nos quais foram isolados estirpes produtoras de ESBL procurando estabelecer-se o seu perfil clínico na admissão e no decurso do internamento.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo da população de doentes internados no serviço de Medicina Interna num Hospital Distrital, de 1 de janeiro de 2022 a 31 de dezembro de 2022, nos quais foram isolados, em culturas de produtos biológicos, bactérias produtoras ESBL. Foram analisadas as seguintes variáveis: caracterização dos doentes (género, idade, história pregressa de isolamento de microorganismos e antibioterapia nos últimos 3 meses); identificação de bactérias bem como a sua proveniência (comunidade ou nosocomial); identificação do produto biológico onde são isolados; antibioterapia utilizada e sua duração; inferência sobre as consequências provocadas pelas estirpes produtoras de ESBL no que se refere ao tempo médio de internamento e mortalidade.

**Resultados:** Foram observados isolamentos de estirpes produtoras de ESBL em 340 doentes. O isolamento das bactérias produtoras de ESBL ocorreu em doentes que na sua maioria eram do género feminino, com idade avançada. Cerca de 19% apresentavam história pregressa de isolamento de outros microorganismos. A maioria dos doentes encontrava-se sob antibioterapia ou tinha história recente de antibioterapia. A *Klebsiella pneumoniae* foi o agente mais frequentemente isolado (87,3%), sendo que 35% foram isolados em amostras provenientes da comunidade. O isolamento ocorreu na sua maioria em exame microbiológico de urina (52,3%). A duração média de internamento foi de 14,5 dias e antibioterapia mais utilizada foram os carbapenemos (82,6%). A taxa de mortalidade relacionada com a infeção a ESBL foi de 23,8%.

**Conclusão:** A análise destes dados alerta para a importância da identificação célere das estirpes produtoras de ESBL assim como a instituição precoce de antibioterapia, uma vez que, apresentam uma prevalência crescente não só hospitalar mas também na comunidade, prolongam o tempo de internamento e aumentam a mortalidade.

## CO 04

### EMPIEMA LOCULADO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Valériya Zaruba; Joana Carreira; Alexei Bucur; Sónia Serra; Ermelinda Pedroso  
*Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo*

Os autores apresentam o caso de um doente com vários fatores de risco para infeção grave que desenvolveu um empiema loculado após pneumonia pneumocócica.

Homem de 86 anos, autónomo, com história pessoal de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca com FEVE diminuída, fibrilhação auricular, diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratada, neoplasia da próstata submetido a radioterapia. Recorreu ao SU por tosse produtiva com laivos de sangue e lombalgia. Na admissão encontrava-se hipotenso, taquicárdico, polipneico com SatO<sub>2</sub> 75% em ar ambiente. Analiticamente a destacar hipoxemia e hipocapnia e elevação dos parâmetros inflamatórios. Radiografia torácica com infiltrado difuso na totalidade do hemitorax direito e 2/3 do hemitorax esquerdo e TC de tórax com extensas áreas de densificação com broncograma aéreo bilateralmente e derrame pleural bilateral. Antigenúria com isolamento de *Streptococcus pneumoniae*. Iniciou antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Por insuficiência respiratória tipo 1 iniciou VNI e foi transferido para a UCI onde evoluiu com necessidade de ventilação mecânica e suporte aminérgico. Paineal alargado com isolamento de *Moraxella catarrha-*

lis, antibioterapia foi alterada para ceftriaxone. Apresentou evolução clínica favorável, permitindo extubação nas primeiras 48 horas e diminuição gradual do suporte aminérgico e da sedoanalgesia. Foi transferido para enfermaria ao 5º dia de UCI. Em enfermaria iniciou febre de novo e nova elevação dos parâmetros inflamatórios pelo que iniciou piperacilina/tazobactam que cumpriu durante 8 dias. Por apresentar murmúrio vesicular persistentemente diminuído no hemitórax direito com macicez a percussão foi solicitada TC tórax que revelou condensações alveolares com broncograma bilateralmente e derrame pleural bilateral de maior espessura à direita. Tentativa de toracocentese evacuadora com saída de líquido límpido amarelo em pequena quantidade com características laboratoriais de empiema, tendo-se suspeitado de derrame loculado confirmado por ecografia torácica e colocado dreno torácico à direita que se manteve pouco funcionante. Iniciou novamente antibioterapia com piperacilina/tazobactam. Nas reavaliações radiológicas com diminuição do derrame mas ausência de expansão pulmonar, tendo-se colocado hipótese de plumão encarcerado. Repetiu TC tórax que mostrou derrame loculado à direita com várias bolhas gasosas no interior. Foi contactada Cirurgia Torácica que indicou remoção do dreno e marcou consulta para avaliação do doente. O doente evoluiu com agravamento clínico progressivo e veio a falecer.

O empiema é uma complicação infecciosa com elevada morbi-mortalidade e a deteção e intervenção precoces são fundamentais na melhoria do *outcome*. Alguns dos fatores de risco para empiema são diabetes mellitus e imunossupressão.

## CO 05

### DIABETES MELLITUS INAUGURAL: A CHAVE PARA O DIAGNÓSTICO DE ACROMEGÁLIA

Francisca Fonseca; António Pessoa; Daniela Brigas; Eugénio Dias; Ermelinda Pedroso  
*Centro Hospitalar de Setúbal*

Acromegalia é uma síndrome que resulta da produção excessiva de GH, cuja principal causa consiste em um adenoma localizado na hipófise anterior. Estima-se que a incidência anual seja de 6-8 casos/ milhão. Clinicamente, caracteriza-se por um sobrecrecimento acral e dos tecidos moles e espessamento da pele.

Descreve-se o caso clínico de uma doente de 54 anos de idade autónoma nas atividades de vida diária com antecedentes pessoais conhecidos de hipertensão arterial, bloqueio completo de ramo esquerdo e patologia degenerativa da coluna lombar.

A doente recorreu, previamente, a uma farmácia com queixas de tonturas com agravamento no período noturno com cerca de três semanas de evolução. Realizou uma medição da glicemia capilar com resultado HI e cetonemia de 1.8, neste contexto foi encaminhada para o SU. À admissão no SU é descrita como ligeiramente hipertensa, vígil e colaborante, mas com lentificação da compreensão, com fáceis acromegálico, mãos e pés proeminentes e restante exame objetivo sem alterações relevantes. Adicionalmente, mencionou poliúria e polidipsia também com início há três semanas, hirsutismo e pele espessa.

Análiticamente apresentava uma ligeira agudização da função renal, glicemia de 720 mg/dL e ligeira hipernatremia.

Realizou uma TC-CE que evidenciou uma lesão expansiva intra e supraselar mediana a merecer melhor caracterização por RM-CE.

A doente foi referenciada para consulta urgente de Neurocirurgia e ficou internada na enfermaria de medicina para controlo glicémico. O estudo analítico efetuado durante o

internamento comprovou a hipótese de diagnóstico de acromegalia.

Durante o internamento realizou TC de abdómen superior que excluiu a existência de neoplasia endócrina múltipla. Concomitantemente, efetuou uma RM-CE que evidenciou um volumoso macroadenoma hipofisário com invasão dos seios cavernosos e com deformação do quiasma ótico, sendo que a doente ficou inscrita para cirurgia.

Com este caso clínico pretende-se salientar a importância de um exame objetivo atento na formulação de hipóteses de diagnóstico diferencial e por outro lembrar a panóplia de manifestações clínicas (neste caso a diabetes mellitus) desta rara síndrome, fruto dos efeitos da hormona em excesso em órgãos e sistemas alvo.

## CO 06

### RESULTADOS DA VIA VERDE DE SEPSIS NUM HOSPITAL DISTRITAL

Diogo Alexandre Alves; Rita Morais Passos;  
Francisca Silva Cardoso; Patrícia Araújo;  
Ana Rita Branco; António Ferreira; Paula Pestana;  
Joana Abreu; Rogério Corga Silva;  
José Manuel Caldeiro  
*Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE /  
Hospital de Santa Luzia*

**Introdução:** Em Portugal, a Norma de Orientação Clínica 10/2016 foi criada para a implementação de Via Verde de Sepsis (VVS), levando à sinalização de casos suspeitos de sepsis na triagem do serviço de Urgência e permitindo mais célere observação médica e tratamento adequado. Os critérios para ativação baseiam-se na síndrome de resposta inflamatória sistémica (SIRS) e suspeita de infeção (SI).

**Objetivos:** Neste estudo, os autores procuraram compreender se a ativação precoce da VVS resultou em melhores desfechos para pacientes admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) em comparação com aqueles sem ativação.

**Metodologia:** Foi realizado um estudo retrospectivo monocêntrico, com acesso às bases de dados eletrónicas do hospital. Para o total dos doentes admitidos na UCI provenientes do serviço de Urgência, no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2021, com diagnóstico de sépsis ou choque séptico, foi calculado o tamanho da amostra representativa da população em estudo, com um intervalo de confiança de 95%, os dados foram recolhidos para pacientes selecionados aleatoriamente por sistema informático.

**Resultados:** Durante o período selecionado foram admitidos na UCI 262 pacientes, sendo 159 do sexo masculino (60,7%) e 103 do sexo feminino (39,3%), com uma idade média de 68 anos. Após cálculo de uma amostra representativa recolheu-se dados de 150 doentes, destes 38 foram excluídos por apresentarem registos incompletos.

A VVS foi ativada em 12,5% dos pacientes ( $n=14$ ), embora, em retrospectiva, 50,0% ( $n=56$ ) tivessem preenchido os critérios definidos para ativação (SRIS e SI) logo na triagem. Não foi observada diferença estatisticamente significativa ( $p=0,919$ ) na mortalidade aos 90 dias entre o grupo com ativação da VVS (28,6%) e o grupo sem ativação (29,9%). A mediana da escala SOFA aquando da admissão na UCI foi de 7 no grupo com ativação da VVS e de 6 no grupo sem ativação, também sem diferença estatisticamente significativa ( $p=0,703$ ).

Da análise do grupo de pacientes sem ativação de VVS, 79,6% receberam antibióticos ( $n=78$ ) e 63,3% receberam fluidos ( $n=62$ ), sendo que em 46,9% ( $n=46$ ) dos casos o tratamento foi administrado nas primeiras 3 horas após a admissão hospitalar.

**Discussão:** A evidência actual demonstra que o reconhecimento e tratamento precoces da sepsis resultam na redução da mortalidade, pelo que a utilização de sistemas de alerta precoce são recomendados. Apesar de a VVS

não ter sido ativada na maioria dos pacientes, no grupo sem ativação a maioria recebeu tratamento com antibióticos ou fluidos nas primeiras horas. Este tratamento adequado pode explicar a não existência de diferença significativa na mortalidade. Isto demonstra que, apesar de não se activarem métodos formais, os médicos sabem como lidar com a sépsis.

## CO 07

### DE UM EVENTO STRESSANTE À CARDIOMIOPATIA TAKOTSUBO

Bernardo Silvério<sup>1</sup>; Mariana Marques<sup>2</sup>; Inês Conde<sup>3</sup>; Cátia Oliveira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão; <sup>2</sup>Hospital de Vila Franca de Xira; <sup>3</sup>Hospital de Braga

A cardiomiopatia takotsubo (CT) é uma síndrome caracterizada por uma disfunção regional transitória, sobretudo do ventrículo esquerdo (VE), semelhante ao enfarte do miocárdio, mas sem evidência angiográfica de doença obstrutiva das artérias coronárias (DAC) ou rutura aguda de placa de ateroma.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 57 anos com antecedentes de distúrbio de ansiedade medicada com ansiolítico *on demand* e, uma episódio prévio de CT em 2020 após evento stressante (falecimento de familiar).

Admitida no serviço de Urgência por dor torácica retroesternal aguda após um evento stressante, sem referir outros sintomas como síncope ou sintomas de insuficiência cardíaca aguda. Colocadas os diagnósticos diferenciais de síndrome coronário agudo (SCA), CT e miocardite, a doente ficou internada na unidade coronária para estudo.

Dos exames realizados: eletrocardiograma em ritmo sinusal com frequência de 70/minuto; analiticamente com elevação de troponina de alta sensibilidade (2664pg/mL) e níveis normais de NT-proBNP, sem sinais de infeção ativa (sem leucocitose ou elevação de proteína C reativa); ecocardiograma trans-torácico (ETT)

a mostrar disfunção sistólica ligeira do VE (fração ejeção 45%) com *balloning* apical do VE. Uma vez que o ETT mostrava imagens típicas de CT não foi necessário realizar ressonância magnética cardíaca. Foi realizado cateterismo coronário que excluiu DAC.

Foi adotada uma estratégia de tratamento conservador que resultou numa resolução rápida dos sintomas com recuperação completa da função do VE em menos de 7 dias.

A CT é, geralmente, transitória e é tratada de forma conservadora com terapia de suporte, como fluidoterapia e gestão da ansiedade/stress que causaram o evento. A maioria dos doentes recupera, mas o risco de complicações severas intra-hospitalares é semelhante à das SCA. Aqueles que sobrevivem ao evento inicial recuperam, em regra, a função sistólica do VE em uma a quatro semanas.

Este caso mostra que, embora rara, a CT pode recorrer no mesmo doente. Lembra a importância dos diagnósticos diferenciais, da rápida abordagem do doente e correta marcha diagnóstica.

## CO 08

### QUILOTÓRAX COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL RARA DE LINFOMA: CASO CLÍNICO

Adriano Heemann Pereira Neto;

Daniela Cristina Maia Antunes;

Ricardo Miguel Martins da Ascensão;

Ana Inês Ferreira Ponciano

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

**Introdução:** O quilotórax é uma causa pouco frequente e de difícil diagnóstico de derrame pleural. Consiste na acumulação de líquido quiloso no espaço pleural resultante de ruptura, laceração ou obstrução do ducto torácico. Este contém linfa que é composta por ácidos graxos livres, fosfolípidos e colesterol, grande quantidade de proteínas, glicose, vitaminas, anticorpos, enzimas e uréia.

Pode ser dividido em três grandes categorias: espontâneo, idiopático e traumático, sendo

este último a causa mais comum, principalmente no pós-operatório de cirurgia torácica. As neoplasias, especialmente o linfoma, são a causa mais comum da forma espontânea de quilotórax.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de um homem de 74 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, que recorre à urgência por dispneia e tosse seca com 2 meses de evolução. Ao exame físico destacava-se taquipneia, murmúrio vesicular abolido na base do hemitórax direito e edema bi-maleolar. Analiticamente sem elevação de parâmetros inflamatórios ou outras alterações de relevo. O raio-X de tórax evidenciou derrame pleural direito. A toracocentese revelou um líquido amarelo leitoso, pH 8 e triglicéridos de 497mg/dL compatível com quilotórax. A pesquisa de células neoplásicas foi negativa. Os exames culturais foram negativos. Do estudo etiológico realizado destaca-se tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica a evidenciar múltiplas adenopatias mediastínicas. Dado as múltiplas adenopatias, realizou-se medulograma e biópsia excisional de uma adenopatia que mostrou tratar-se de um linfoma folicular.

No decorrer do internamento realizou toracoscopia seguida de pleurodese, tendo retirado um total de 2L de conteúdo quiloso. Em relação a estratégia nutricional foi instituída dieta com triglicéridos de cadeia intermédia.

**Conclusão:** O derrame pleural é reportado à apresentação em 18-20% dos casos de linfoma. Geralmente são exsudados, e raramente quilotórax. Valores de triglicéridos  $\geq 110$  mg/dL são muito específicos para este diagnóstico, o qual confere um pior prognóstico pela desnutrição e imunodeficiência secundárias, sendo importante a intervenção dietética.

Este caso tem como objectivo alertar para uma forma de apresentação pouco frequente do linfoma folicular, dado representar um desafio diagnóstico e terapêutico. Concomitantemente pretende-se divulgar a apresentação

de quilotórax permitindo o reconhecimento precoce e a terapia adequada na prevenção de depleção nutricional e linfocitária secundária, reduzindo, assim, a mortalidade associada.

## CO 09

### PLASMOCITOMA COMPRESSIVO – UM DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE MIELOMA MÚLTIPLO

Adriano Heemann Pereira Neto;

Daniela Cristina Maia Antunes; Catarina Domingues; Ricardo Miguel Martins da Ascenção; Cátia Faria  
*Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André*

**Introdução:** O mieloma múltiplo é uma neoplasia relativamente rara, representando cerca de 17% das neoplasias hematológicas e 1% de todos os novos casos de cancro em adultos. Este é caracterizado pela proliferação monoclonal de plasmócitos na medula óssea, ou a nível extramedular através de plasmocitomas.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de uma mulher de 63 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, admitida na urgência por síndrome constitucional, associadas a dores ósseas lombares exuberantes e parestesias nos membros inferiores, embora sem parestesia dos mesmos. Analiticamente apresentava-se com hemoglobina 10.1 g/dL; VS 64 mm, ureia 48 mg/dL, creatinina 4.3 mg/dL, LDH 322 U/L, potássio 5,6 mmol/L, e cálcio corrigido para albumina de 13,76 mg/dL. Já no internamento constatou-se reticulócitos de 1,1%, hipogamaglobulinemia, proteinúria 24 h de 15 g, cadeias leves com relação K/L 5189,89 e medulograma com estudo fenotípico a revelar presença de 38% de plasmócitos clonais para as cadeias Kappa.

Estudo imagiológico com raio-x do crânio demonstrou lesões líticas multifocais em padrão “sal e pimenta”, esqueleto com lesões líticas na coluna dorsal, bacia, braço direito e arcos costais direitos e esquerdo. Tomografia toraco-abdomino-pélvica com múltiplas lesões líticas interessando praticamente todos os

segmentos da coluna vertebral, assim como fractura patológica ao nível do corpo do esterno. Por fim, fez ressonância magnética com incontáveis lesões líticas dos elementos esqueléticos raquidianos, bem como da região sagrada e ilíaca, fracturas patológicas de D5, D7, D8 e L3 e volumoso componente tumoral intracanalicular com ponto partida no arco posterior de D6 gerando franca compressão medular.

Dada a massa compressiva da coluna dorsal e as parestesias no exame objetivo, a doente foi transferida para decompressão medular e ressecção da lesão, cuja biópsia revelou plasmocitoma. Perante os achados acima descritos confirmou-se mieloma múltiplo.

A doente iniciou radioterapia, e foi transferida para seguimento com equipa de hematologia para começo de quimioterapia.

**Conclusão:** Este caso evidencia uma utente com todos os critérios CRAB (hipercalcemia, lesão renal, anemia, lesão óssea) que fazem o diagnóstico de mieloma múltiplo. Além desses, o relato mostra-se interessante uma vez que, apresenta outros dois achados muito mais incomuns de serem encontrados: o raio-X de crânio em padrão sal-e-pimenta, e a presença de plasmocitoma extradural compressivo a determinar défices neurológicos. Este último constitui uma manifestação inicial rara da doença; no entanto, quando presente, representa uma emergência médica, tanto pela dor como pelo risco de défices permanentes. Por este motivo existe a necessidade de decompressão raquidiana rápida.

## CO 10

### MÚLTIPLOS ABSCESSOS POR INFECÇÃO ODONTOGÉNICA: UM RELATO DE CASO

Adriano Heemann Pereira Neto;

Daniela Cristina Maia Antunes;

Ricardo Miguel Martins da Ascenção;

Catarina Domingues; Ana Inês Ferreira Ponciano

*Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André*

**Introdução:** As infeções da cavidade oral, mais comumente cáries, gengivites e periodontites, são doenças relativamente comuns causadas por microrganismos anaeróbios, embora com risco de complicações sérias, nomeadamente a nível sistémico. As infeções sistémicas mais comuns são decorrentes da aspiração das bactérias para o pulmão. Contudo, complicações decorrentes da disseminação hematogénica da infeção também existem e são graves. Embora a endocardite seja uma das disseminações da doença mais conhecidas, uma infeção odontológica pode disseminar-se para locais como meninges, parênquima cerebral, pulmão, fígado, entre outros locais.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de um homem de 31 anos, sem antecedentes patológicos, trazido ao serviço de Urgência por quadro de febre e mal-estar com uma semana de evolução, acompanhado de desorientação, alterações do comportamento e cefaleia. À observação, encontrava-se lentificado, hipotenso, taquicárdico, febril e com saturação periférica de 91 % em ar ambiente. Apresentava maus cuidados de higiene e cavidade oral com dentes cariados, desgaste do esmalte e dentina exposta, e gengivite marcada. Analiticamente apresentava gasimetria arterial com insuficiência respiratória tipo I, lactatos de 10 mmol/L, ausência de leucocitose, mas trombocitopenia grave e PCR 163 mg/dL. Realizou raio-x e tomografia (TC) de tórax que mostraram múltiplos abscessos pulmonares bilateralmente, juntamente com

abscessos hepáticos, e esplênicos. Efetuou ecocardiografia transesofágica que excluiu endocardite. TC cranioencefálica excluiu abscesso cerebral. Realizados testes sorológicos que excluíram infecção VIH. Colheu hemoculturas e realizou punção lombar, com saída de líquido turvo cérebro-espinhal com análise citológica compatível com meningite, tendo iniciado prontamente antibioterapia empírica com extensão de cobertura anaeróbia, tendo sido admitido em Cuidados Intensivos com diagnóstico de sepsis grave. Com o resultado da hemocultura e cultura do líquido, demonstrou-se a presença de parvimonas micra e *Prevotella oralis*, bactérias da flora oral, consequentemente dirigindo-se a antibioterapia com meropenem. Foi observado por estomatologia, que realizou extração dentária para controlo de foco, tendo, por fim, tido alta em bom estado geral após 17 dias e seguido antibióticoterapia domiciliar por 6 semanas.

**Conclusão:** Não há, nos últimos 20 anos, nenhum caso descrito na literatura médica a mostrar a associação de abscessos pulmonares, hepáticos e esplênicos, à meningite, provocados por duas bactérias anaeróbias facultativas da flora bacteriana comensal da cavidade oral em doentes sem imunossupressão. Assim demonstra-se a importância do controlo do foco séptico oral sempre que presente para evitar complicações sistêmicas graves.

## CO 11

### ORGANOFOSFORADOS, COMO SE MORRE?

Inês Benedito Martins; Dulce Pascoalinho;  
Pedro Moreira

*Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE*

**Introdução:** Os compostos organofosforados (OF) são inibidores das colinesterases, causando acumulação de acetilcolina nas fendas sinápticas e junção neuromuscular. O aumento da estimulação dos receptores muscarínicos e nicotínicos, determina a sintomatologia do quadro agudo. A inibição torna-se com o

tempo irreversível (entre 24-36h). A absorção pode ocorrer por inalação, ingestão ou contacto. O diagnóstico da intoxicação é baseado na história e quadro clínico. A causa de morte mais comum é a falência respiratória aguda, motivada pelo quadro de broncoconstrição, broncorreia, depressão respiratória central e/ou fraqueza/paralisia dos músculos respiratórios. No entanto, a toxicidade cardíaca, resultante de uma actividade extrema e prolongada parassimpática reacional à hiperactividade simpática pode determinar arritmias fatais, como a torsades de pointes (TP). A TP é uma taquiarritmia ventricular polimórfica, distinguindo-se por ter uma alteração sinusoidal, progressiva e cíclica do eixo QRS, acabando por se assemelhar a uma torção dos mesmos em volta da linha isoeletrica.

**Caso clínico:** Doente de 63 anos que ingeriu, voluntariamente, uma quantidade desconhecida de OF. Horas após a ingestão recorre ao serviço de Urgência por hipersalivação, broncorreia, incontinência urinária, diarreia, náuseas e vômitos. Necessidade de intubação orotraqueal para protecção da via aérea. Realizada atropinização e iniciada obidoxima, sendo transferido para Unidade de Cuidados Intensivos. Nas primeiras 12h desenvolve quadro de fasciculações, mioclonias, miose, bradicardia, hipotensão e broncoespasmo reiniciando atropina. Nas 12h seguintes evolui com episódios autolimitados de taquicardia de complexos largos com períodos de ausência de pulso, revertido após desfibrilhação. A análise dos registos eletrocardiográficos evidencia ritmo compatível com TP. Administrado bólus de 5 gr, e iniciada perfusão contínua de sulfato de magnésio, para concentração alvo entre 3.6 e 4.9 mmol/L, com resolução da situação. A evolução do quadro foi favorável, a permitir extubação ao 5º dia de internamento e posterior alta sem aparentes sequelas.

**Conclusão:** Não sendo a toxicidade cardíaca

e a Torsade de Pointes a causa mais frequente de mortalidade na intoxicação por OF é essencial ter um elevado nível de suspeição para estas manifestações incomuns. O reconhecimento imediato desta alteração maligna de ritmo e a instituição de terapêutica adequada e atempada são determinantes para o sucesso do desfecho clínico.

## CO 12

### SÍNDROME DE RAMSAY HUNT – UMA MANIFESTAÇÃO INVULGAR DO HERPES ZOSTER

Glória Gonçalves; Filipa Guedes;  
Margarida Arantes Silva; Marta Novais da Silva;  
Ângela Coelho; Mário Esteves  
*Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de  
Vila Nova de Famalicão*

O herpes zoster é uma doença causada pela reativação do vírus Varicella-zoster. O diagnóstico é clínico, sendo a sua manifestação mais comum, as erupções cutâneas e a neurite aguda. Contudo, existem outras manifestações menos típicas e, por vezes, menos evidentes pela sua clínica fruste e menos visível. Apresentamos o caso de uma mulher de 55 anos, fumadora, hipertensa e com antecedentes de varicela na infância. Observada no médico assistente por quadro de vertigens e otalgia esquerda com 4 dias de evolução, tendo sido medicada com beta-histina. Recorreu ao serviço de Urgência 4 dias depois por manutenção das queixas e assimetria facial de novo. Ao exame neurológico identificou-se paresia facial periférica esquerda com limitação da oclusão do olho esquerdo. Otoscopia com edema e vesículas no pavilhão auricular esquerdo e dor na sua mobilização e sinais inflamatórios do canal auditivo esquerdo. Identificada, também, hipoacusia esquerda durante a entrevista. Analiticamente sem alterações. Tomografia cerebral sem lesões isquémicas agudas. Assumida como etiologia uma infeção herpes zoster com atingimento

do nervo facial e vestibulo-coclear, medicada com corticoide e antivírico oral, antibiótico tópico e encaminhada para otorrinolaringologia para realização de audiograma urgente e para fisioterapia. Audiograma realizado confirmou atingimento auditivo com surdez neurossensorial. A doente foi reavaliada 2 meses após conclusão do tratamento, tendo-se observado uma resolução total da paresia facial mas mantendo surdez de grau ligeiro no ouvido esquerdo. Trata-se de um caso de paresia facial periférica que apresentava sintomas atípicos, como a otalgia e a hipoacusia, que nos fizeram suspeitar e realizar um exame objetivo mais minucioso. A suspeita clínica foi fundamental para identificação da causa e, conseqüentemente foi, possível tratar, não apenas os sintomas, mas também a etiologia, permitindo, assim, um prognóstico favorável.

## CO 13

### INGESTÃO MEDICAMENTOSA VOLUNTÁRIA NUM HOSPITAL COM SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE

Cristina Gonçearuc<sup>1</sup>; Artur Trigo Peixoto<sup>1</sup>;  
Mariana Brás Lourenço<sup>1</sup>; Pedro Miguel Pinto Sintra<sup>1</sup>;  
Ricardo A. Afonso<sup>1,2</sup>; Cátia Carvalho<sup>1</sup>;  
Maria do Carmo Fevereiro<sup>1</sup>; Teresa Fevereiro<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Serviço de Urgência Geral Polivalente, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; <sup>2</sup>CHRC, Nova Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, NMS|FCM, Universidade Nova de Lisboa.

**Introdução e objetivos:** A ingestão medicamentosa voluntária (IMV) é motivo de admissão frequente no serviço de Urgência Geral Polivalente (SUGP) e é uma causa importante de morbi-mortalidade. O empobrecimento e falta de suporte familiar e social, as perturbações psiquiátricas e o fácil acesso a medicação na generalidade são fatores predisponentes a esta conduta. O nosso objetivo foi caracterizar a população admitida por IMV no SUGP de um Hospital Terciário, bem como os cuidados clínicos e orientações prestadas.

**Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo através da consulta dos processos clínicos dos doentes admitidos na SUGP por triagem compatível com IMV entre janeiro de 2021 e junho de 2023.

**Resultados:** No período referido registaram-se 921 episódios de urgência admitidos por IMV, que foi confirmada em 460 episódios que correspondem a 408 pessoas, dos quais 141 homens e 267 mulheres, com a idade compreendida entre 18 e 92 anos e idade média de 38,6 anos. Dessa amostra 77,9% tinham patologia psiquiátrica, sendo que 71,3% estavam medicadas cronicamente. A maioria dos doentes vieram por episódio único de IMV (88,4% casos); sendo 5 o número de episódios máximos recorrentes, observado em 0,4% dos casos.

Relativamente ao suporte social registado 59,56% doentes tinham pelo menos 1 pessoa de confiança. Durante a observação foi contactado o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) em 11,3% dos casos. Estes episódios ocorreram na maioria em contexto de intoxicação com único fármaco 60,43% restante com múltiplos fármacos 39,56% ou associação com álcool em 21,95%.

Os grupos de fármacos mais utilizados em IMV foram: Benzodiazepinas (50,21%); Antipsicóticos (18,7%); Inibidores de recaptção de serotonina (SSRI) em 16,0%; Paracetamol (12,39%); Anticonvulsivantes (4,56%); ADT (4,34%); Opioides (1,73%); entre ?Outros? em 43,69%. Quando a abordagem clínica no SU, foi necessária lavagem gástrica em 33,69% dos casos, com uso de carvão em 11,08%.

Foram observados pela psiquiatria em 76,9% casos, sendo necessária a permanência em enfermaria psiquiátrica em 14,5% e incrementar o nível de vigilância em Unidade Cuidados Intensivos (UCI) em 1,3%. O destino mais frequente foi alta para consulta externa de Psiquiatria 29,3%; alta por abandono 25,8%; e domicílio em 19,5%; sendo que cer-

ca de 8,4% tiveram alta para seguimento em MGF e 0,6% em consulta de Medicina Interna. Registrou-se apenas 1 óbito (0,2%).

**Conclusões:** IMV é um motivo de ida ao SUGP que abrange todas as faixas etárias, sendo as pessoas com antecedentes psiquiátricos mais vulneráveis e com tendência à recorrência mais agressiva (aumento da dose e das classes farmacológicas). Deste modo, torna-se crucial o seguimento pós-alta por Psiquiatria nos casos de IMV. Parece-nos também importante a padronização da abordagem a estes doentes no SUGP e uma adequada coordenação multidisciplinar intra-hospitalar, não esquecendo o recurso ao CIAV.

## CO 14

### METORRAGIAS OU MELENAS?

#### A MEDICINA INTERNA COMO GESTORA DO DOENTE COMPLEXO NA URGÊNCIA

Cristiano Gante<sup>1</sup>; Adriana Watts<sup>1</sup>; Maria Carlos<sup>2</sup>; Gonçalo Cristovão<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de São José; <sup>2</sup>CHULC

**Introdução:** A vastidão sintomática que conduz os doentes ao serviço de Urgência (SU) é de tal forma complexa que a visão integradora e aprofundada da Medicina Interna se torna necessária ao abordar doentes graves ou muito graves. Apresentamos o caso de uma jovem que foi admitida na sala de emergência por perdas hemorrágicas de foco mal-esclarecido.

**Caso clínico:** Trata-se de uma doente de 27 anos a residir em Portugal há 1 ano. Negava antecedentes, medicação habitual ou alergias. Inicialmente recorreu ao SU de um hospital particular por dor abdominal e cansaço com uma semana de evolução documentando-se anemia (Hb 8.7g/L) e sugeridos exames complementares que a doente recusou. Por manutenção do quadro e dúvida na origem das perdas, recorreu à urgência de Ginecologia por suspeita de hemorragia vaginal que não se confirmou. Foi transferida para o SU, onde

é abordada na sala de emergência por um internista em formação. Apuraram-se antecedentes de amenorreia, adinamia e alteração do trânsito gastrointestinal com fezes líquidas e escuras desde há 10 dias. Do exame objetivo destacava-se obnubilação, hipotensão, taquicardia e febre. Estava ainda descorada e desidratada com palpação abdominal dolorosa no hipogastro, sem defesa. Toque retal e vaginal sem alterações. Gasimetricamente com alcalose respiratória. Repetiu avaliação analítica destacando beta-hCG negativo e anemia (Hb 7.6g/L) microcítica, mas sem outras alterações, nomeadamente elevação dos parâmetros inflamatórios. Realizou tomografia computadorizada do abdómen e pelvis que mostrou espessamento desde a ampola retal até ao transversal suspeitando-se de colite de origem indeterminada. Realizou rectosigmoidoscopia que foi interrompida por risco de iatrogenia tendo em conta mucosa congestiva e ulcerada. Realizou biópsias e pesquisa de citomegalovírus (CMV) por método de PCR. Colheu culturas e serologias, iniciando-se *Piperacilina-tazobactam* e *galanciclovir* face aos achados. Durante estes procedimentos, aguardava-se serologia para despiste de infeção por VIH, que retornou positiva para VIH-1. Neste contexto, admitiu-se o diagnóstico de colite a CMV em doente com VIH inaugural. Foi transferida para o serviço de Infeciologia onde prosseguiu estudo. Durante o internamento, apresentou evolução desfavorável com megacolon e necessidade de hemicolectomia esquerda com construção de colostomia. Por fim, teve alta com autonomia total, medicada para a colite e para o VIH, com indicação para comparecer às consultas de especialidade de Infeciologia, Cirurgia Geral e Gastroenterologia.

**Conclusões:** À semelhança de muitos casos abordados pela Medicina Interna no SU, este reafirma mais uma vez a importância da especialidade na abordagem ao doente grave,

seja pela abrangência de conhecimento e capacidade diagnóstico bem como pela capacidade de discussão clínica com outras especialidades essenciais à marcha diagnóstica e terapêutica.

## CO 16

### HEMATOMA SUBDURAL ESPONTÂNEO EM DOENTE COM DOENÇA DE KIKUCHI-FUJIMOTO

Miguel F. Oliveira; Ana Rita Silva; Sofia Miranda; Patrícia Aranha; Ana Beatriz Amaral; Bianca Ascensão; Vitor Carneiro; Luís Dias  
*Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada*

A doença de Kikuchi-Fujimoto, ou linfadenite histiocítica necrotizante idiopática, é uma doença rara, caracterizada pelo desenvolvimento de adenopatias necrotizantes, imunorreativas não neoplásicas, subagudas e sintomatologia constitucional, nomeadamente febre. Ocasionalmente, verifica-se o envolvimento de outros tecidos, nomeadamente a pele, medula óssea e, mais raramente, do sistema nervoso central (SNC). Apesar de se tratar de uma patologia autolimitada, o envolvimento do SNC pode condicionar um prognóstico mais reservado. De entre as várias formas de envolvimento do SNC descritas, o hematoma subdural espontâneo é raro, mas potencialmente grave. No presente estudo, apresentamos aquele que será o segundo caso de hematoma subdural espontâneo na doença de Kikuchi-Fujimoto descrito na literatura, até ao momento. Doente do sexo feminino, com 41 anos, natural do Brasil. Com antecedentes pessoais de enxaqueca e ansiedade. Apresentou-se com quadro de 3 semanas de evolução de febre, adenopatias generalizadas e cefaleia holocraniana, sem alterações ao exame neurológico. O diagnóstico de doença de Kikuchi-Fujimoto foi estabelecido por avaliação histopatológica e imunohistoquímica de biópsia excisional de uma adenopatia cervical, e após exclusão de patologia linfoproliferativa, infecciosa

e autoimune. O quadro teve uma duração aproximada de 4-5 semanas, com resolução espontânea, sob terapêutica sintomática. Quatro semanas após alta hospitalar, a doente desenvolveu desequilíbrio na marcha, a condicionar quedas, sem traumatismo cranioencefálico, e parestesias da mão direita, com agravamento progressivo. À observação, pontuava 14/15 (M604V4) na escala de coma de Glasgow, encontrando-se desorientada no espaço, com lentificação psicomotora, sem sinais neurológicos focais no restante exame neurológico. Encontrava-se apirética; analiticamente sem leucocitose ou neutrofilia, com proteína C reativa de 1.57 mg/dL. Realizou tomografia computadorizada cranioencefálica que revelou a presença de volumoso hematoma subdural subagudo à esquerda, com 19mm de espessura máxima, a condicionar desvio da linha média para a direita, herniação transtentorial e alargamento do ventrículo cerebral direito. Assim, a doente foi avaliada por neurocirurgia, tendo sido submetida a trepanação frontal e parietal esquerda com evacuação de hematoma subdural subagudo. Teve alta após nove dias de internamento em neurocirurgia, um dos quais em Unidade de Cuidados Inter-médios, sem qualquer défice neurológico. Pela sua gravidade, mesmo que raro, o índice de suspeição para o envolvimento do SNC na doença de Kikuchi-Fujimoto deverá ser elevado, mesmo após resolução do *flare* inicial da doença. Mais estudos são necessários para o esclarecimento da fisiopatologia subjacente ao desenvolvimento de hematomas subdurais espontâneos na doença de Kikuchi-Fujimoto.

## CO 17

### PANCREATITE AGUDA, UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE HIPERCALCÊMIA

Carolina Roias; Daniel Calado; Sofia Sousa; Sofia Miranda; Mariana Oliveira; Mariano Pacheco; Luís Dias

*Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada*

A hipercalcémia é um achado laboratorial frequente. A maioria dos casos está associado com hiperparatiroidismo primário ou mesmo malignidade. Manifesta-se através de uma variedade de sinais e sintomas comuns, incluindo ansiedade, disfunção cognitiva, fraqueza muscular, obstipação, náuseas e vômitos, disfunção renal e alterações electrocardiográficas. Uma das manifestações não usuais é a pancreatite. Apresenta-se um caso de uma mulher com 64 anos, sem história médica relevante, que recorreu ao serviço de Urgência por quadro arrastado caracterizado por disfunção cognitiva, vômitos e dor epigástrica. Ao exame objectivo com dor à palpação do epigastro com sinais de irritação peritoneal. Realizou TC abdominal que mostrou pancreatite aguda edematosa, sem causa aparentemente atribuível. Analiticamente destacava-se cálcio de 22,5 mg/dL. Iniciada correcção deste distúrbio com hidratação vigorosa e diurético em altas doses. Com este caso, pretende-se alertar para a importância de estarmos atentos às diferentes manifestações que um distúrbio electrolítico poderá ter, especialmente quando estas são fatais, como era o caso desta doente.

## CO 18

### INSULINOMA MASCARADO

Andreia Coutinho; Alexandra Silva Azevedo; Glória Gonçalves; Violeta Iglesias; Mário Esteves  
*CHMA*

**Introdução:** O insulinoma é um tumor neuroendócrino raro, que se caracteriza pela produção exagerada de insulina, provocando hipoglicemia, mais comumente durante o

jejum, mas pode também ocorrer em período pós-prandial. O diagnóstico é feito quando se demonstra hiperinsulinismo endógeno em período de hipoglicemia espontânea ou provocada (teste de jejum de 72h): doseamento de insulina  $\geq 3$  mU/mL e de peptídeo C  $\geq 0.6$  ng/mL, com ou sem beta-hidroxibutirato  $\leq 2.7$  mmol/L, na presença de glicemia  $< 55$  mg/dL. Para obter a localização exata do tumor recorre-se a exames de imagem. O tratamento de eleição é a ressecção cirúrgica.

**Caso clínico:** Sexo feminino, 59 anos, antecedentes de epilepsia, dislipidemia, etilismo crônico e oligofrenia; estava medicada com atorvastatina, clopidogrel, levetiracetam, oxazepam e tiaprida, mas não cumpria adequadamente. Encaminhada ao serviço de Urgência pela trigésima vez em 7 meses, décima primeira vez com admissão na sala de emergência, após ter sido encontrada caída na via pública. À admissão estava bem acordada e orientada, mas lentificada; hemodinamicamente estável, mas apresentava glicemia capilar de 40 mg/dL. Negava qualquer sintomatologia, incluindo não conseguia explicar a queda, e não apresentava outras alterações ao exame físico, inclusivé neurológico. As análises mostraram aumento ligeiro isolado da gama-glutamil transferase (40 UI/L) e doseamento de etanol positivo (0.35 g/L) e a tomografia computadorizada cerebral não revelou alterações agudas. Até à data, os episódios de hipoglicemia tinham sido enquadrados em contexto de alcoolismo e má nutrição. Durante a permanência no serviço de Urgência, apesar de estar a ser alimentada corretamente e de ter feito correção da glicemia com glicose 30%, voltou a fazer 2 episódios de hipoglicemia (43-47 mg/dL). No último destes episódios foi pedido doseamento de insulina e peptídeo C, ambos elevados. Em tomografia computadorizada e posterior ressonância magnética abdominal identificou-se pancreatite crónica atrofia e nódulo de 9mm, intraluminal

na região caudal do Wirsung. Assim, perante o diagnóstico de insulinoma e após partilha do caso com endocrinologia, a doente foi encaminhada para consulta urgente desta especialidade para seguimento e posterior orientação (incluindo ressecção cirúrgica).

**Conclusão:** O insulinoma é uma patologia rara, que necessita de um elevado grau de suspeição para ser diagnosticado. Este caso apresentava ainda um fator confundidor - doseamentos de etanol sempre positivos aquando dos episódios de urgência - provocando o atraso no diagnóstico final.

Assim, este caso clínico pretende relembrar esta patologia e, sendo esta de fácil diagnóstico, com recurso a métodos não invasivos, deve ser prontamente pesquisada no contexto clínico adequado.

## CO 19

### TERAPÊUTICA DE REPERFUSÃO DO ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRAST NUM HOSPITAL DA REGIÃO INTERIOR

Jaime Miguel Abreu; Mafalda Neves; Nulita Lourenço; João Freixo; João Gabriel; Maria Eugénia André  
*Unidade Local de Saúde de Castelo Branco*

**Introdução:** O tratamento precoce do Enfarte Agudo do Miocárdio com elevação do segmento ST (EAMcST) é crucial para minimizar lesão cardíaca e suas consequências. A eficácia dos cuidados pré-hospitalares e hospitalares podem variar em diferentes regiões. Perante um doente admitido por dor torácica, o eletrocardiograma (ECG) deve ser realizado até 10 minutos após triagem. Após o diagnóstico, uma estratégia de reperfusão deverá ser decidida. A estratégia preferencial será a intervenção coronária percutânea (ICP), devendo ser realizada até 60 ou 120 min após o diagnóstico num hospital com capacidade de ICP ou não, respetivamente. Quando esta não é possível, a fibrinólise deverá ser iniciada até

10 min, devendo ser realizada ICP de recurso em 2-24 horas após fibrinólise. Com o intuito de caracterizar a realidade da prestação de cuidados em doentes com EAMcST numa Região do Interior, fez-se o presente estudo.

**Materiais e métodos:** Realizou-se um estudo de coorte retrospectivo dos doentes com EAMcST admitidos no serviço de Urgência de um Hospital sem capacidade de PCI durante 2022. Foram recolhidos dados biográficos, realização e análise de ECG, estratégia terapêutica e tempos de triagem e alta do SU.

**Resultados:** Em 2022 foram diagnosticados 36 doentes com EAMcST, 27 do sexo masculino e 9 do sexo feminino, cujas idades variaram entre 31 e 97 anos de idade. A principal localização foi a parede inferior. 20 doentes foram transferidos para ICP primária, 13 iniciaram fibrinólise, 2 internados para tratamento conservador e 1 transferido para ICP de recurso. 33 foram transferidos para um hospital com capacidade de ICP, 2 acabaram por falecer no SU e 1 foi internado no hospital. Dos doentes estudados, 4 realizaram ECG em menos de 10 minutos após a triagem. A fibrinólise foi iniciada até 10 minutos após a realização de ECG em 2 dos 13 doentes. Todos os doentes permaneceram no SU mais de 1 hora e 30 minutos.

**Conclusão:** Os resultados demonstram que nenhum dos doentes diagnosticados com EAMcST da Região do Interior conseguiram realizar ICP primária em menos de 120min. Assume-se assim que a fibrinólise como terapêutica possível e disponível, realizando ICP de recurso em 2-24 horas após a fibrinólise. Nos doentes em que o ECG foi feito 1 hora ou mais após triagem, verificou-se que foram triados por fluxogramas inespecíficos, por não apresentar sintomatologia típica de patologia do foro cardíaco. Embora o presente estudo tenha uma amostra reduzida, propõem-se estratégias pré-hospitalares e hospitalares que devam ser otimizadas na prestação de cui-

dados em doentes com suspeita de EAMcST nos hospitais geograficamente distantes de um centro com possibilidade de ICP.

## CO 20

### DISSECÇÃO AÓRTICA: DA DOR TORÁCICA AO DESFECHO FATAL

Flávia Freitas; Beatriz Rosa; Joana da Silva Costa; Gabriela Paulo; Ilda Coelho; João Mota; Carlos Oliveira  
*Hospital Santa Maria Maior, Barcelos*

**Introdução:** A dissecção aórtica resulta de um rompimento espontâneo da camada íntima com consequente dissecção de sangue na camada média da aorta. A principal causa é a hipertensão. Existem dois tipos de dissecções de acordo com o local de origem - tipo A de Stanford que tem origem no arco aórtico e a tipo B de Stanford com origem inferior à veia subclávia. O tipo A apresenta um pior prognóstico, podendo ser fatal em poucas horas.

**Caso clínico:** Mulher, 45 anos, autónoma. Antecedentes de hipertensão, dislipidemia, obesidade e tabagismo ativo (31 UMA). Medicada com anti-hipertensores e estatina que não cumpria desde o mês anterior. Recorreu ao serviço de Urgência por dor torácica. Apresentou dor retroesternal em aperto súbita com a duração de 2 minutos e irradiação dorso-lombar que mantinha à admissão. Referiu associadamente hipersudorese e náuseas sem vômitos. Sem outras queixas. Ao exame objetivo, apresentava-se desconfortável, em posição antálgica (inclinação anterior), sem discrepância tensional entre membros superiores, apirética e hemodinamicamente estável. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, com elevação do segmento ST de V1 a V3 e inversão da onda T de V1 a V6. Gasimetricamente com hiperlactacidemia sem acidemia. Analiticamente com elevação de d-dímeros, sem outras alterações. Realizou angiografia toracoabdominopélvica que demonstrou dissecção aórtica desde o plano acima da válvula aórtica até à ilíaca comum esquerda

(Dissecção do tipo A de Stanford) sem sinais de rotura, sendo que a artéria renal esquerda tinha origem no falso lúmen. Tendo em conta o diagnóstico, foi instituído repouso e terapêutica de suporte para controlo tensional apertado. Procedeu-se à transferência urgente para um centro hospitalar com Cirurgia Cardiotorácica. A doente apresentou evolução desfavorável tendo vindo a falecer.

**Discussão:** A dissecção aórtica constitui uma verdadeira emergência devendo-se sempre descartar a mesma em doentes com dor retroesternal súbita com irradiação posterior e com hipertensão arterial. O controlo tensional é extremamente relevante para prolongar a sobrevivência destes doentes.



## CO 21

### TROMBOSE VENOSA INTRAABDOMINAL: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS DESAFIANTES

Daniela Augusto<sup>1</sup>; Filipe Martins<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de S. João, EPE

**Introdução:** A trombose venosa intraabdominal ocorre, geralmente, em doentes com cirrose ou distúrbios pró-trombóticos. Após a suspeita clínica, quando sintomatologia presente – dor abdominal, sintomas dispépticos ou febre – o diagnóstico é confirmado por tomografia computadorizada com contraste, de forma a avaliar condições predisponentes, extensão e anatomia de eventuais colaterais, bem como deteção de isquemia intestinal.

**Caso clínico:** Homem de 47 anos, com antecedentes de tromboembolismo pulmonar de alto risco, com necessidade de trombólise endovenosa e complicado de derrame pleural por enfarte pulmonar, filiado em trombose venosa da veia femoral profunda esquerda, após cirurgia ortopédica em 2018. Observado no serviço de Urgência (SU) por dor abdominal em moedeira, associada a anorexia, enfartamento precoce, obstipação e febre com uma semana de evolução. Ao exame objetivo, abdómen ligeiramente distendido, mas indolor à palpação. Analiticamente, elevação dos parâmetros inflamatórios, sem outras alterações de relevo. Realizada tomografia computadorizada (TC) que demonstrou trombose da veia porta, esplénica e mesentérica superior. Iniciada hipocoagulação terapêutica e admitido a internamento para estudo complementar. Após marcha diagnóstica exaustiva – excluída neoplasia sólida/hematológica e hemoglobinúria paroxística noturna, bem como, estudo imune, trombofílico e marcadores víricos negativos – assumido provável Síndrome Antifosfolípido (SAF) seronegativo.

Apresenta-se, por outro lado, o caso clínico de uma mulher de 68 anos, com antecedentes de hipertensão arterial primária, dislipidemia e tromboembolismo pulmonar de baixo grau em 2013, após viagem de carro prolongada, mas sem evidência de trombose venosa profunda. Realizou, nessa altura, estudo pró-trombótico com presença do alelo 4G do PAI-1. Recorreu ao SU por dor abdominal generalizada, com 4 dias de evolução, associada a anorexia e perda ponderal há aproximadamente 8 meses. Estudo analítico com elevação de parâmetros inflamatórios e objetivação de trombose aguda da veia porta em TC. Iniciada, igualmente, hipocoagulação terapêutica e realizada investigação previamente mencionada. Dada a exclusão de outra filiação etiológica, assumiu-se a presença de PAI-1 como fator de risco trombótico. Alta de ambos com indicação para hipocoagulação *ad eternum*, até ao momento, sem novos episódios trombóticos objetivados.

**Conclusão:** Em doentes não cirróticos, a trombose intraabdominal é uma entidade rara, na qual os distúrbios pró-trombóticos devem assumir uma das principais hipóteses diagnósticas, sobretudo quando objetivados eventos trombóticos múltiplos, como nos casos apresentados. A sua deteção e tratamento devem ser precoces, com início ainda no SU, de forma a evitar uma apresentação catastrófica, com trombose generalizada e dano multiorgânico.

## CO 22

### PNEUMONIA POR HERPES VARICELLA-ZOSTER

Francisco Simões; Diana Ferreira Lopes;  
Juliana Justino Andrade; Rita Matos Sousa;  
Inês Manuel Gonçalves; Cristina Cruz Ângela;  
Alexandre Carvalho  
*Hospital de Braga*

**Introdução:** A varicela é uma patologia que raramente afeta adultos saudáveis e imunocompetentes, embora tenha um prognóstico pior que nas crianças, podendo dar origem a complicações graves, como é o caso da pneumonia.

**Caso clínico:** Doente de 39 anos, sem antecedentes pessoais de relevo e sem história de alergias, recorreu ao serviço de Urgência por quadro de febre e mialgias com 4 dias de evolução. Com o mesmo tempo de evolução, referia exantema maculo-papular, com vesículas e raras crostas, muito pruriginoso e com progressão cefalo-caudal. Descrevia também odinofagia e dispneia em repouso com 2 dias de evolução, associada a acessos de tosse seca e irritativa.

Previamente ao início dos sintomas, contactou com crianças com infeção por Herpes varicella zoster (VZV). Ao exame físico, normotenso e normocárdico, mas polipneico, com saturações periféricas de 92% (com necessidade de oxigenoterapia complementar com 3L/min por cânula nasal). Destacava-se também auscultação pulmonar com crepitações bilaterais dispersas e as alterações cutâneas já referidas. Na gasimetria arterial com insuficiência respiratória hipoxémica, sem outras alterações. Analiticamente, com ligeira citólise hepática e elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR 83 mg/dL), sem outras alterações. A pesquisa de vírus respiratórios (SARS-cov-2, vírus sincicial e influenza A) e os antígenos urinários de pneumococco e legionella foram negativos. Realizou TC-Tórax que evidenciou nódulos milimétricos não

calcificados, dispersos confluentes com áreas de vidro despolido e áreas consolidativas. Colheu zaragatoa de DNA VZV que foi positiva. Iniciou aciclovir endovenoso com boa resposta clínica e com boa evolução, tendo tido alta ao 5º dia de internamento com melhoria dos parâmetros inflamatórios, resolução das alterações hepáticas durante o internamento e com desmame progressivo da oxigenoterapia suplementar, até ar ambiente. Completou em ambulatório aciclovir oral por mais 3 dias, totalizando 8 dias de tratamento eficaz.

**Conclusão:** A pneumonia por varicela associa-se a elevada mortalidade, com sintomas respiratórios graves, sobretudo quando não é tratada adequadamente e atempadamente. A maioria dos casos ocorre em doentes imunocomprometidos, no entanto, esta etiologia também deve ser considerada em imunocompetentes. Assim, a avaliação do adulto com varicela deve ser cuidadosa, já que a presença desta complicação implica internamento e tratamento com aciclovir endovenoso.

## CO 23

### DESVENDAR OS SINAIS DE ALERTA: CEFALEIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Joana Varela; Mário Amaro; Maria Francisca Delerue  
*Hospital Garcia de Orta, EPE*

**Introdução:** A hemorragia subaracnoídea perimesencefálica (PMHSA) caracteriza-se por um padrão de hemorragia restrito às cisternas perimesencefálicas ou pré-pontinas. As causas não aneurismáticas são diversas, sugerindo uma rutura capilar ou venosa ao nível do hiato tentorial. Apenas uma pequena percentagem será devida à rutura de um aneurisma. É essencial, na presença desta entidade, a exclusão de um aneurisma intracraniano por angiografia dado a sua gravidade e necessidade de intervenção. Na abordagem de um doente com cefaleia no serviço de Urgência é necessário a pesquisa de sinais de alarme para esta entidade não ser desconsiderada.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino de 42 anos, sem fatores de risco vascular ou medicação habitual, recorreu ao serviço de Urgência (SU) por instalação súbita de cefaleia occipital com intensidade máxima em menos de um minuto após esforço ligeiro, com posterior irradiação holocraniana e região cervical, com fotofobia. Ao exame neurológico apresentava rigidez da nuca, sem sinais focais. A tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica (CE) evidenciava hemorragia subaracnoídea na cisterna pré-pôntica (padrão perimesencefálico), sem evidência de aneurisma por angioTC CE. Realizou, igualmente, angiografia cerebral urgente que excluiu malformações aneurismáticas ou malformações arteriais/venosas. Ficou internada para vigilância clínica. Foi medicada com nimodipina e analgesia com melhoria progressiva da cefaleia. A doente teve alta com indicação para manter seguimento em consulta, sem necessidade de angiografia de reavaliação por ausência de achados duvidosos na primeira angiografia e por não ter apresentado re-hemorragia.

**Conclusão:** A PMHSA apresenta-se como uma cefaleia súbita de grande intensidade, podendo ser acompanhada de náuseas, vômitos e fotofobia. É importante distinguir das cefaleias primárias, como a enxaqueca, pela sua instalação súbita, intensidade e pela presença de meningismo ao exame objetivo, não desvalorizando a cefaleia à admissão no SU. Pode acontecer associado a esforço físico. É imperativo a realização urgente de TC CE e, caso esta não revele a presença de hemorragia, deve considerar-se a realização de punção lombar. Dado a mortalidade associada ao aneurisma, este deve ser sempre excluído através de uma angiografia de subtração digital. Não é necessário a repetição deste exame se este excluir inicialmente a presença de malformações dado o bom prognóstico desta entidade, excepto em casos de re-hemorragia por esta ser sugestiva de aneurisma oculto.

## CO 24

### MUCOSITE POR ALOPURINOL – EFEITO ADVERSO RARO

Diana Cardoso; Raquel Moniz; Monique Alves;  
Cátia Ribeiro; Maria João Alves Pinto; Marta Rodriguez;  
Marta Laiz; Beatriz Exposito; Fernando Salvador  
*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,  
EPE / Unidade Hospitalar de Chaves*

**Introdução:** A mucosite é mais frequentemente observada em contexto de efeito colateral pós quimioterapia/radioterapia, podendo ter diferentes graus de severidade. O alopurinol é um fármaco frequentemente utilizado para o tratamento da hiperuricemia, com possíveis efeitos colaterais, sendo a afetação cutânea presente em menos 10% dos casos, dos quais menos 1% estão descritos situações severas.

**Caso clínico:** Mulher de 82 anos de idade, autônoma, com hipertensão arterial, hiperuricemia, insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular, hipertensão pulmonar grave, alergia à penicilina. Recentemente iniciara alopurinol e prednisolona. Recorreu ao serviço de urgência por odinofagia, disfagia e lesões cutâneas. Ao exame objetivo apresentava: lesões extensas ulcerosas da mucosa labial, língua depapilada; exantema da região cervical, torácica, abdominal e membros superiores e ainda a nível da mucosa genital; sem vesículas ou prurido, sendo na região abdominal mais recente; edemas interfalângicos com úlcera no polegar direito; apirética e normotensa. Por suspeita de crise de gota teria iniciado recentemente alopurinol, sendo que surgiram progressivamente lesões cutâneas que foram progredindo e agravando. Iniciou prednisolona a baixa dose sem evolução favorável do quadro. Admitida em internamento por mucosite e eritrodermia com artrite dos dedos das mãos e dactilite com um mês de evolução. Iniciou solução IPO (bicarbonato, lidocaína e nistatina), antibioterapia e antifúngico. Analiticamente a destacar lesão renal aguda e

citólise hepática em provável contexto de desidratação e desnutrição. Realizou ecografia abdominopélvica: “vesícula biliar de parede fina com lama no seu interior” sem outras alterações. Marcadores víricos estavam negativos, assim como estudo auto-imune. Foi discutido caso com dermatologia que deu indicação para iniciar prednisolona 80mg/dia e bacitracina tópica. Avaliada por otorrinolaringologia que objetivou atingimento da cavidade oral até à parede posterior da orofaringe. Apresentou boa resposta à terapêutica instituída com evolução favorável das lesões cutâneas e consequente melhoria progressiva da disfagia e odinofagia.  
**Conclusão:** Devemos recordar que qualquer fármaco pode apresentar reações adversas. Perante uma reação incomum sem causa evidente aparente é importante fazer uma revisão da medicação habitual e dos possíveis efeitos adversos, ainda que pouco frequentes, para evitar complicações mais severas.



## CO 25

### PEMBROLIZUMAB/LENVATINIB – TRATAMENTO COMO CAUSA DE PERITONITE?

Beatriz Machado; Joana Ferreira; Mariana Silva Leal;  
Jorge Almeida

Centro Hospitalar de S. João, EPE

**Introdução:** O *pembrolizumab* (anticorpo monoclonal inibidor do receptor PD-1) e o *lenvatinib* (inibidor multiquinase) são utilizados como estratégia terapêutica em várias neoplasias, nomeadamente no carcinoma endometrial avançado. São escassos na literatura os casos de peritonite em doentes sob os fármacos referidos, estando habitualmente relacionados com efeitos adversos - peritonite secundária a perfuração de víscera ou peritonite bacteriana espontânea, nomeadamente sob *lenvatinib*, associada a mucosite e subsequente translocação bacteriana.

**Caso clínico:** Sexo feminino, 70 anos, com diagnóstico prévio de carcinoma endometrial em estadio IV sob 2ª linha de tratamento com *pembrolizumab/lenvatinib*, recorre ao serviço de Urgência por febre, dor e noção de aumento do perímetro abdominal, associados a náuseas e vômitos. Referência a aumento do trânsito intestinal, com fezes moles, sem sangue ou muco. Ao exame objetivo, de relevo, sinal de onda ascítica e maciez nos flancos, com dor difusa à palpação. Analiticamente, elevação marcada dos parâmetros inflamatórios (leucocitose e PCR ~240 mg/L). Realizada paracentese com líquido ascítico citrino, >250 polimorfonucleares, glucose <10 mg/dL, proteínas 65,1 g/L, ADA 175 U/L e DHL 3500 U/L; gradiente albumina sero-ascítico <1.1. Citologia compatível com inflamação. Ecografia abdominal a demonstrar ascite de grande volume, confirmada em TC-TAP, sem áreas nodulares captantes ou outras alterações. Iniciada antibioterapia empírica com Ceftriaxone, com melhoria inicial dos parâ-

metros inflamatórios, no entanto com recrudescência da febre e ascite. Do estudo microbiológico, hemoculturas negativas, líquido ascítico com pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* (exame direto e cultural) negativa e bacteriológico com isolamento de *Bacteroides thetaiotaomicron*. Ajustada antibioterapia para piperacilina/tazobactam e realizada nova paracentese evacuadora, com posterior apirexia, resolução da ascite e normalização dos parâmetros inflamatórios.

**Conclusões:** Este caso constituiu um desafio diagnóstico, mas também terapêutico, tendo sido essencial a exclusão de possíveis complicações e o isolamento microbiológico para terapêutica dirigida. Os autores consideram



que o tratamento com *pembrolizumab/lenvatinib* poderá ter sido um fator precipitante, sendo essencial considerar a sua implicação, que pode apresentar um impacto significativo na gestão terapêutica, nomeadamente suspensão ou interrupção destes agentes.

## CO 26

### LINFOMA CARDÍACO PRIMÁRIO: UMA CAUSA RARA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Mariana Esteves; Rita Reis Bragança;

Sandra A. Morais

*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro*

**Introdução:** O linfoma primário do coração é definido como um linfoma não Hodgkin que envolve o coração e/ou o pericárdio. Trata-se de uma neoplasia rara que envolve principalmente as cavidades direitas e, em especial, a aurícula direita; sendo mais frequente em mulheres entre a terceira e quarta décadas de vida.

**Caso clínico:** Homem de 81 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e fibrilhação auricular. Admitido no serviço de Urgência por queixas de astenia e dispneia para esforços progressivamente menores com 2 meses de evolução. Medicado nessa altura com furosemida, com algum alívio sintomático. No entanto, nas 24 horas prévias à admissão apresentava agravamento importante do estado geral, com dispneia para mínimos esforços, ortopneia e palpitações. Ao exame objetivo, polipneico (FR 28 cpm) e taquicárdico (FC 110 bpm), com pressão arterial 110/58 mmHg e turgescência venosa jugular a 90°. Analiticamente, apenas a destacar pro-BNP 1332 pg/ml e LDH 430 U/L. Contudo, a radiografia torácica apresentava cardiomegalia acentuada, levantando a suspeita de derrame pericárdico de grande volume. Realizou ecocardiograma transtorácico que confirmou derrame pericárdico de grande volume, circunferencial, de predomínio apical e mostrou massa/imagem de ecogenecidade aumentada, de limites mal definidos ao nível das câmaras

direitas com extensão à raiz da aorta e artéria pulmonar, com compressão das câmaras cardíacas direitas. Posteriormente, foi solicitado angioTC torácico que asseverou presença de massa sólida de 82x44 mm em íntima relação com o pericárdio anteriormente, sem plano de clivagem com a parede anterior do ventrículo direito e da aurícula direita, com envolvimento de grandes vasos. Realizou pericardiocentese, com saída no total de 3000 mL de líquido hemático. Imunofenotipagem não conclusiva. Doente foi admitido ao internamento para estudo, tendo realizado biópsia de massa cardíaca, com histologia compatível com linfoma de grandes células B. Iniciou corticoterapia, com melhoria clínica e posteriormente quimioterapia com protocolo R-CHOP. Neste momento, mantém estabilidade da doença.

**Conclusões:** Os tumores primários do coração são neoplasias raras, sendo o linfoma cardíaco primário apenas responsável por 1,3% destas; o que demonstra a raridade do caso clínico descrito. Além disso, são habitualmente mais frequentes em doentes do sexo feminino. Estes tumores não raramente apresentam sintomas vagos e poucos específicos, o que dificulta o seu diagnóstico; e são, particularmente, neoplasias de crescimento rápido e com um mau prognóstico a curto prazo, pelo que a sua identificação precoce é fundamental.





## CO 27

### CRISES FOCAIS E HIPONATRÊMIA NA URGÊNCIA: UM CASO DE ENCEFALITE ANTI-LGI1

Henrique Gouveia Rodrigues<sup>1</sup>; Fabiana Rodrigues<sup>1</sup>;  
Ana Isabel Gonçalves<sup>1</sup>; Marcelo Sousa Aveiro<sup>2</sup>;  
Teresa Carolina Aguiar<sup>1</sup>; Teresa Faria<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Dr. Nélio Mendonça - SESARAM EPE;

<sup>2</sup>Hospital dos Marmeleiros - SESARAM EPE

**Introdução:** A encefalite anti-LGI1 é uma encefalite autoimune rara, caracterizada pela presença de anticorpos leucine-rich-glioma-inactivated 1 (LGI1) no líquido cefalorraquidiano (LCR) e/ou no soro. A sua apresentação clínica inclui declínio cognitivo subagudo, hiponatrêmia, crises epilépticas (motoras, discognitivas e disautonômicas) e crises distônicas faciobraquiais (CDFB). As CDFB são patognomônicas desta encefalite e caracterizam-se por movimentos involuntários, breves, de contração tónica e síncrona do membro superior e da face. Podem ser unilaterais ou bilaterais e podem surgir em qualquer fase da doença.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, de 79 anos, admitida no serviço de Urgência (SU) por episódios repetidos de perda de contacto com 7 dias de evolução. A família referia que a doente apresentava rotação cefálica para a direita e flexão dos membros direitos, recu-

perando a consciência em poucos segundos, sem confusão pós crítica, tendo, naquele dia, observado 10 episódios. Trazia consigo uma tomografia computadorizada cranioencefálica (TC-CE) e um eletrocardiograma sem alterações. No SU teve episódio semelhante mas sem movimentos ou posturas anormais, com perda de resposta ao estímulo externo e duração de breves segundos (crise discognitiva). Iniciou terapêutica antiepilética no SU e foi internada para estudo. Foram adicionados 3 fármacos antiepiléticos sem resposta clínica e mais tarde apresentou crises compatíveis com CDFB. Realizou punção lombar que não revelou alterações citoquímicas, bacteriológicas e de vírus neurotrópicos e ficou a aguardar pesquisa de autoanticorpos no LCR e soro. Pela elevada suspeição clínica, iniciou imunoglobulina IV 5 dias. Realizou várias ressonâncias magnéticas cranioencefálicas (RM-CE), e apenas na terceira apresentava hipersinal hipocámpico, bilateral e simétrico, sugerindo encefalite límbica. O eletroencefalograma mostrava lentificação de predomínio fronto-temporal esquerdo mas sem atividade paroxística. Mais tardiamente desenvolveu hiponatremia e ao fim de 45 dias detectou-se presença de anticorpos LGI1 no LCR, permitindo o diagnóstico definitivo de encefalite anti-LGI1.

**Conclusão:** Em fases iniciais da doença as alterações clínicas são subtis e o seu reconhecimento permitem uma instituição terapêutica precoce, não devendo esperar pela confirmação dos auto-anticorpos ou por alterações imagiológicas. No SU a presença de crises focais de novo refratárias, assim como hiponatremia podem ser pistas para este diagnóstico.

## CO 28

### QUANDO AS EMOÇÕES FORTES PODEM MESMO PARTIR O CORAÇÃO

Beatriz Marques; Elisabete Cerqueira; Mariana Nunes; Pedro Sá Almeida  
*Chtmad-Chaves*

**Introdução:** A síndrome coronária aguda (SCA) é um dos diagnósticos diferenciais mais comuns em contexto de serviço de Urgência (SU), uma vez que a dor torácica continua a ser uma das grandes causas de recorrência a este serviço.

**Caso clínico:** Mulher, 72 anos. Autônoma, hipertensa mas sem medicação antihipertensora, medicada com estatina para uma dislipidemia e seguida em consulta de Pneumologia por doença pulmonar obstrutiva crônica. Recorre ao SU dor torácica em aperto há cerca de 4 horas atrás, associada a tonturas e náuseas, com ligeira melhoria desde então, mas sem resolução a dor. Refere ainda episódio de lipotímia precedido de tonturas e mal-estar 2 dias antes e que na última semana andaria bastante ansiosa pelo falecimento de uma amiga próxima. Objetivamente normotensa, ligeiramente taquicárdica, e polipneica. Sem outras alterações ao exame físico. ECG em ritmo sinusal, sem supra ST, com ondas T invertidas de V3-6, DI e aVL e aplanadas em V1-2. Analiticamente com troponina T 0.182 ng/mL (normal < 0.05) e pro-BNP 5269 pg/mL, sem outras alterações. Rx tórax sem derrame pleural. Após contacto com Cardiologia, foi excluído a hipótese de tromboembolismo pulmonar com recurso a angio-TC e foi transferida aos cuidados dessa especialidade, na hipótese de uma SCA sem supra do segmento ST ou uma síndrome de Takotsubo. Realizou ecocardiograma sumário que mostrou um ventrículo esquerdo ligeiramente dilatado com depressão grave da sua função (fração de ejeção 25%). O cateterismo cardíaco não mostrou qualquer doença coronária, pelo que

o quadro clínico foi interpretado como cardiomiopatia de stress, ou síndrome Takotsubo.

**Discussão:** A cardiomiopatia de stress, também denominada de síndrome Takotsubo ou síndrome do coração partido, ocorre em cerca de 1-2% dos casos de troponina T positiva na suspeição de SCA. É bastante mais frequente em mulheres, em algumas séries chegando aos 85%. A patofisiologia ainda é incerta mas há teorias sobre a libertação de catecolaminas induzidas pelo stress que vão causar vasospasmo das artérias coronárias ou disfunção das mesmas. O stress pode ser físico, emocional ou ambos e as consequências podem ser igualmente devastadoras a outros SCA, desde instabilidade hemodinâmica à admissão, até disfunção cardíaca crônica após o episódio.

## CO 29

### DIFICULDADES NA TOMADA DE DECISÃO NA FASE AGUDA DO AVC – A PROPÓSITO DE UM CASO DE AVC EM IDADE JOVEM

Rita Magalhães<sup>1</sup>; Beatriz Riquito<sup>1</sup>; Margarida Montes<sup>2</sup>; Daniela Augusto<sup>2</sup>; Sara Lima<sup>2</sup>; Catarina Silva<sup>2</sup>; Ricardo Almendra<sup>2</sup>; Beatriz Exposito<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>CHTMAD - Chaves; <sup>2</sup>- CHTMAD*

**Introdução:** A relação entre o AVC e as neoplasias ainda se apresenta como território incerto no que respeita à fisiopatologia e biomarcadores envolvidos. No entanto, esta relação é evidente, complexa e pode advir de mecanismos como infiltração vascular direta dos vasos sanguíneos, embolias tumorais ou aumento da viscosidade sanguínea por libertação de micropartículas, fatores pró-trombóticos ou ativação plaquetária. A anemia é vista cada vez mais como um possível fator de risco vascular.

**Caso clínico:** Homem, 47 anos de idade, autónomo, que dá entrada no serviço de Urgência com clínica de hemiparesia esquerda de predomínio braquial e disartria com duas horas de evolução. De antecedentes pessoais

apresentava uma anemia hipocrômica microcítica e perda ponderal em estudo no médico assistente, bem como um papiloma do plexo coroideu operado em 2019 com epilepsia lesional sequelar. Consequentemente encontrava-se medicado com levetiracetam 750mg bidário.

Perante a clinica aguda foi ativada a Via Verde do AVC. O doente apresentava síndrome parcial da circulação anterior direita, com NIHSS de 12. A angio-TC revelou uma imagem STOP em M2 distal da artéria cerebral média direita, assim como um trombo aderente à parede da artéria carótida interna direita cervical. Apresentava ainda uma hemoglobina de 6.4 g/dL. Apesar de se encontrar em janela terapêutica para trombólise, pela suspeita de hemorragia ativa não prosseguiu o tratamento. O trombo em localização distal inviabilizou também tratamento endovascular.

Foi admitido na unidade de AVC, para controlo da anemia e antiagregação plaquetária. Relativamente à etiologia, as serologias dirigidas à síndrome antifosfolipídica e trombofilias hereditárias retornaram negativas. O controlo por doppler carotídeo permitiu avaliar o desparecimento do trombo da carótida interna direita cervical. Prosseguiu-se com estudo endoscópico e TC abdomino-pélvico que revelou uma massa necrotizada com cerca de 7 cm de diâmetro a ocupar todo o ângulo hepático com o cólon ascendente e com continuidade com cólon descendente.

O caso foi avaliado em conjunto com Cirurgia Geral concluindo o diagnóstico de adenocarcinoma do angulo hepático. O doente foi submetido a colectomia esquerda e quimioterapia adjuvante. Iniciou hipocoagulação, recuperou neurologicamente (NIHSS 8), sendo encaminhado para uma unidade de reabilitação.

**Conclusões:** Os AVC em doentes jovens merecem uma investigação detalhada. É necessário excluir etiologias menos comuns. Importa atentar causas de estados pró-trombóticos

quer hereditários como as trombofilias, quer adquiridos como neoplasias. Embora raro, o evento vascular cerebral pode ser a primeira manifestação de uma neoplasia inicialmente oculta e deve ser considerada. A relação entre neoplasia, anemia e trombo aderente à parede arterial já foi descrita como possível causa de eventos vasculares.

## CO 30

### FOI UM CALOR QUE LHE DEU

Patrícia Tenreiro; Mariana Paulos Carriço; Miguel Gonçalves Pereira; Bárbara Saraiva; Ana Teresa Moreira; Adriano Cardoso  
*Hospital Dr. Sousa Martins - Guarda*

**Introdução:** O golpe de calor é uma patologia que ocorre quando a temperatura corporal é igual ou superior a 40,5°C, tendo associadas alterações neurológicas como confusão, alucinações, convulsões ou síncope, podendo apresentar também arritmias, disfunção hepática e renal, taquipneia, vômitos ou diarreia. Pode estar ou não associado ao exercício. É uma emergência médica potencialmente fatal, que deve ser tratada com a maior brevidade.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, de 29 anos, emigrante em França e de férias em Portugal. Encontrava-se a fazer um percurso pedestre, sob temperaturas de 45°C, quando apresentou fraqueza generalizada e alteração súbita do estado de consciência. À chegada dos bombeiros a doente estava inconsciente, e foi constatada temperatura corporal (T<sup>a</sup>) >43°C, tendo sido realizado arrefecimento com água fria. Posteriormente assistida pela VMER, realizou fluidoterapia endovenosa (ev) fria, teve episódio de vômito em jato e convulsão tónico-clónica generalizada para a qual fez 10 mg de diazepam. Deu entrada na sala de emergência com T<sup>a</sup> de 42°C, Glasgow 8 (O1V2M5). Foram iniciadas medidas de arrefecimento corporal, apresentou nova convulsão, sendo necessárias sedação e entubação orotraqueal. Analiticamente com

hiperlactacidemia grave, rabdomiólise, e alterações do ECG, com elevação de marcadores de necrose miocárdica, entre outras.

Para continuação de cuidados a doente foi transferida para o serviço de Medicina Intensiva. **Conclusão:** As sequelas do golpe de calor dependem da duração e gravidade da hipertermia, pelo que o tratamento atempado é fundamental para evitar complicações. O tratamento mais eficaz consiste no arrefecimento corporal. Este deve ser iniciado o mais rápido possível, idealmente nos primeiros 30 minutos após a apresentação, reduzindo assim o risco de morbimortalidade.

### CO 31

#### **APOPLEXIA HIPOFISÁRIA: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO IMEDIATO**

André Macedo Ribeiro; Ana Carvalho; Catarina Coelho; Marta Barrigas; Raquel Moniz  
*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves*

**Introdução:** A apoplexia hipofisária constitui um evento vascular agudo na hipófise de potencial gravidade, podendo ser desencadeada tanto por eventos isquémicos como por hemorragias espontâneas nessa glândula. Esta condição ocorre com maior frequência em pacientes que já tenham histórico de neoplasias cerebrais. Clinicamente, manifesta-se geralmente através de cefaleias de início súbito ou pode ocorrer no contexto de um quadro de pan-hipopituitarismo agudo. No contexto do serviço de Urgência, a presença de sintomas inespecíficos pode atrasar o diagnóstico e tratamento adequados, aumentando o risco de insuficiência adrenocortical aguda, uma complicação potencialmente fatal.

**Caso clínico:** Doente de sexo masculino, 73 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial essencial, hipercolesterolemia e carcinoma urotelial *in situ* de alto grau, diagnosticado em 2019 e tratada com ressecção transuretral-vesical e mitorocina

C adjuvante. Recorre ao serviço de Urgência por anorexia e cefaleia frontal com 3 dias de evolução. Estava medicado com pravastatina 20 mg/id, valsartan/hidroclorotiazida 160 mg + 12.5 mg/id e amlodipina 5 mg. Ao exame físico apresentava ptose palpebral direita, midríase fixa direita e ausência do movimento de adução do olho dto. Sem queixa de diminuição acuidade visual ou diplopia. A avaliação laboratorial sumária era normal com função tiroideia também normal. A TC CE evidenciava “eventual aneurisma ao nível da vala silvica esquerda e macroadenoma intra e supra-selar”. Ainda no serviço de Urgência, prosseguiu-se estudo com RM CE, que veio a confirmar a presença de macroadenoma hipofisário sangrante, de maior diâmetro 2.7 cm. Realizou hidrocortisona 200 mg e.v. em bólus e foi posteriormente transferido para a Neurocirurgia do Hospital de São de João. Realizou cirurgia trans-esfenoidal ao 4º dia de internamento e teve alta com prednisolona 2,5 mg e desmopressina 0,06 mg à noite por queixa de nictúria. Na consulta de reavaliação apresentou uma recuperação integral da paresia do III par.

**Conclusões:** A apoplexia hipofisária representa uma condição potencialmente fatal que requer intervenção terapêutica imediata assim que é diagnosticada no serviço de Urgência. Mesmo sendo um quadro raro, deve ser sempre considerada como um diagnóstico diferencial em casos de cefaleias associadas a alterações neuro-oftalmológicas.



## CO 32

### APLICAÇÃO DO PROTOCOLO RUSH NUM DOENTE EM CHOQUE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Rodrigo Duarte<sup>1</sup>; Sofia Moura de Azevedo<sup>2</sup>; Jéssica Krowicki<sup>2</sup>; Dolores Vazquez<sup>2</sup>; Sheila Arroja<sup>2</sup>; José Mariz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; <sup>2</sup>Hospital de Braga

**Introdução:** O protocolo RUSH (*Rapid Ultrasound in Shock and Hypotension*) é uma avaliação clínica que utiliza ecografia *point-of-care* para diagnosticar rapidamente as causas de choque ou hipotensão indiferenciada, permitindo decisões terapêuticas imediatas.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de uma mulher, 86 anos, autónoma, sem medicação habitual ou antecedentes de relevo. Trabalhadora rural. Recorre ao serviço de Urgência por dor lombar, sem critérios de gravidade, com alta com analgesia. Retorna no dia seguinte por mal estar geral, hipotensão franca e sinais de má perfusão periférica. À avaliação com protocolo RUSH a revelar hidronefrose unilateral esquerda, com suspeita de cálculo pielocalicial. Algaliada com saída de urina piúrica. Diagnóstico de provável choque séptico de ponto de partida urinário complicado de obstrução ureteral. Colheita de produtos e antibioterapia empírica com ceftriaxone. Evolução rápida com necessidade de suporte aminérgico, e pedido prontamente apoio de Urologia para realização de derivação urinária e colocação de cateter duplo J. Admitida para internamento hospitalar, isolamento *E.Coli* a permitir descalada de antibioterapia para amoxicilina/clavulanato de acordo com perfil sensibilidades.

**Conclusões:** Este caso demonstra o papel da ecografia *point-of-care* na orientação do doente em choque, e a sua natureza não invasiva permite a sua utilização segura. Esta modalidade é o verdadeiro 5º pilar do exame físico, reconhecida pelas sociedades de cuidados

intensivos como uma ferramenta para prestar cuidados de excelência. Neste caso, a sua utilização permitiu um controlo de foco infeccioso mais rápido e eficiente, vital em doentes sépticos. Qualquer médico com atividade em serviço de Urgência deve adquirir competências na utilização de ecografia *point-of-care* para prestar os melhores cuidados aos seus doentes.

## CO 33

### UM FELTYE UM CRYPTOCOCUS ENTRAM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

David Ferro Tomás; Joana Silvério Simões; Andreia Paulos; Valéria Zaruba; Alexandra Gaspar; Hugo Barros Viegas; Susana Marques; Ermelinda Pedroso  
Centro Hospitalar de Setúbal

**Introdução:** A síndrome de Felty é uma manifestação extra-articular grave que ocorre em doentes com artrite reumatoide (AR) seropositiva, caracterizado por neutropenia e esplenomegalia. Estes doentes apresentam um estado de imunossupressão grave, com um elevado risco de infeções graves e recorrentes, constituindo um verdadeiro desafio clínico na sua abordagem no serviço de Urgência.

**Caso:** Mulher, 79 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de artrite reumatóide há 30 anos, neutropenia (em estudo há cerca de um ano), hérnia do hiato de deslizamento, osteoartrose. Medicada com prednisolona 5 mg e gabapentina. Foi trazida ao serviço de Urgência por quadro de prostração, febre e recusa alimentar com 5 dias de evolução. Na observação febril 38°C, hipotensa MAP 60-80 mmHg, taquicárdica (110-120bpm), prostração alternada com desorientação, abdómen moderadamente distendido difusamente doloroso, sem aparentes organomegalias. No exame neurológico com duvidosa rigidez da nuca. Alterações articulares com dedos em pescoço de cisne, mão com desvio ulnar e pés em trígono. Analiticamente: Anemia 11.7g/dL, Leucopénia 3600 UI, 245 neutrófi-

los e proteína C reativa elevada 16.21 mg/dL. Assumiu-se sépsis e foi iniciada fluidoterapia. Perante neutropenia acompanhada de febre, assumiu-se neutropenia febril com um score de MASCC <21, pelo que foram realizadas colheitas culturais e iniciada antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam.

Na continuação do estudo etiológico e rastreo infeccioso realizou TC-CE que revelou leucoencefalopatia vascular sem alterações agudas e TC-TAP que identificou hepatoesplenomegalia. Por manter alteração do estado de consciência foi submetida a punção lombar com saída de líquido cristal de rocha com pressão de abertura normal, citoquímico com predomínio de linfócitos, tinta da china com leveduras redondas com cápsula compatíveis com *Cryptococcus*, corroborado no painel agentes neutrotrópicos com PCR *Cryptococcus Neoformans* positivo.

Neste contexto assumiu-se meningoencefalite criptocócica em doente imunodeprimida com síndrome de *Felty*.

Transferida para a unidade cuidados intermédios de Medicina Interna, iniciou terapêutica dirigida com anfotericina B lipossômica e flucitosina com boa evolução clínica e corticoterapia com melhoria da neutropenia. Após cumprir o esquema terapêutica em contexto de internamento, a doente teve alta clínica no seu estado clínico habitual.

**Discussão:** A síndrome de *Felty* é uma complicação rara (1% dos casos de AR) que ocorre sobretudo em mulheres entre os 50-70 anos. A sua gestão contempla o despiste de eventuais focos infecciosos subjacentes em doente imunodeprimida e paralelamente a resolução da neutropenia, que poderá ser atingida pela administração de G-CSF para um efeito a curto prazo ou corticoterapia/DMARD's para controlo da atividade da AR. O prognóstico é geralmente mau com uma mortalidade de 36% em 5 anos.

## CO 34

### “VER MAIS ALÉM: DO CORAÇÃO AOS OLHOS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO”

Cristiana Ferreira Teles; Ana Sofia Costa; Ana Raquel Figueiredo; João Morais Lopes; Elisa Tomé; António Novais Grilo; João Preto; Domingos Fernandes

*Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE / Hosp. de Mirandela (Hosp. Nossa Senhora do Amparo)*

**Introdução:** A cegueira bilateral aguda tem um conjunto de diagnósticos diferenciais que requer uma história clínica e um exame físico cuidadoso. Os enfartes bilaterais do lobo occipital no território vascular das artérias cerebrais posteriores são a causa mais comum de cegueira cortical. A endocardite infecciosa (EI) no coração esquerdo pode ser complicada por acidente vascular cerebral.

**Caso clínico:** Masculino, 61 anos, antecedentes de dislipidemia, diabetes mellitus, hipertensão arterial, ex-fumador e válvula aórtica bicúspide com estenose moderada. Recorre ao serviço de Urgência por diminuição da acuidade visual bilateral há 2 dias com evolução para cegueira, associado a astenia e arrepios. Negava trauma, dor ocular, sintomas bulbares ou diminuição da força muscular. Na admissão hospitalar encontrava-se apirético, com hipotensão arterial e taquicardia. Ausência de percepção luminosa bilateral, reflexos pupilares normais. Restante exame neurológico sem alterações. Auscultação cardio-pulmonar com sopro sistólico aórtico. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios e lesão renal aguda AKIN 1. Fez tomografia computadorizada (TC) cerebral com angiografia sem lesões isquémicas agudas. Electrocardiograma em ritmo sinusal, sem outras alterações. Foi avaliado pela Oftalmologia que assumiu o diagnóstico de neuropatia ótica isquémica (NOIA), excluída causa arterítica. Evolução desfavorável com depressão do estado de consciência, febre, taquicardia e cho-

que. Gasimetria com hipoxemia e acidemia metabólica. TC toraco-abdomino-pélvico sem alterações. Colheu rastreio séptico e realizou punção lombar que excluiu infecção do sistema nervoso central.

Foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos com o diagnóstico de choque séptico de ponto de partida indeterminado e NOIA. Realizou ressonância craniana a revelar isquemia bilateral occipital, ecocardiograma transtorácico (EcoTT) com evidência de vegetação aórtica. Isolado *Staphylococcus aureus* meticilino sensível em hemoculturas. Evolução para choque cardiogénico, EcoTT com evidência de fistula e rotura de folhetos. Foi submetido a cirurgia de substituição de válvula aórtica com boa evolução posterior. Alta após realização 6 semanas de flucloxacilina com normalização praticamente completa da visão.

**Conclusão:** A isquemia bilateral dos lobos occipitais, secundária à oclusão das artérias cerebrais posteriores, é incomum, porém quando detetada associada doente com predisposição cardíaca e febre, deve levantar a suspeita de embolização, nomeadamente secundária a EI. O diagnóstico atempado tem impacto no prognóstico, uma vez que o tratamento da EI pode reverter as alterações visuais. O objetivo deste caso é alertar os clínicos para uma apresentação rara de endocardite infecciosa.

## CO 35

### HEMATOMA DA FOSSA POSTERIOR

Sofia Sequeira<sup>1</sup>; Ana Maria Carvalho<sup>2</sup>;

Sara Portugal Lima<sup>2</sup>; Rafael Jesus<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

A fossa posterior é um espaço pequeno, ocupado por estruturas importantes, onde qualquer lesão pode traduzir-se em graves consequências. Os hematomas da fossa posterior podem ser espontâneos ou traumáticos e têm uma mortalidade elevada (entre 20 a

75%), sobretudo quando existe envolvimento do quarto ventrículo, afetando a normal circulação de líquido céfalo-raquidiano, levando a hidrocefalia e aumento da pressão intracraniana. Os sintomas iniciais podem ser inespecíficos e insidiosos, frequentemente evoluindo de forma abrupta.

**Caso clínico:** Homem, 61 anos, antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II, medicadas. Apresenta-se no serviço de Urgência com quadro de cefaleia occipital com irradiação anterior para a frente bilateralmente de predomínio direito, em peso, inaugural, de intensidade severa *ad initio*, náuseas e modificação da tonalidade da voz. Evoluiu desfavoravelmente com paragem cardio-respiratória, com necessidade de intubação orotraqueal e sedoanalgesia. Ao exame neurológico apresentava anisocoria, ausência de reflexos fotomotores, corneanos e oculocefálicos, sugerindo lesão do tronco cerebral. A tomografia computadorizada (TC) cerebral mostrou hemorragia cerebelosa e das cisternas perimesencefálicas e protuberanciais, com importante efeito de massa nas estruturas envolventes, obliteração do quarto ventrículo e hidrocefalia ativa. Completou estudo com angioTC que evidenciou uma malformação arteriovenosa (MAV) cerebelosa. Foi transferido para abordagem neurocirúrgica urgente com craniectomia descompressiva suboccipital tendo, posteriormente, sido excluída a MAV por abordagem cirúrgica.

**Conclusão:** Apresenta-se um caso clínico de uma cefaleia sintomática com evolução abrupta com depressão do estado de consciência, secundária a uma hemorragia da fossa posterior por rutura de uma MAV nessa topografia. As hemorragias na fossa posterior correspondem a cerca de 10% das hemorragias cerebrais, sendo as MAV uma das etiologias, mais frequentes em idades mais jovens. A evolução com hidrocefalia é frequente, sobretudo se a hemorragia tem mais de 3cm de

maior eixo e se envolve o 4º ventrículo, carecendo de uma abordagem precoce e a maior parte das vezes é uma emergência médica ou cirúrgica.

### CO 36

#### QUANDO A APARÊNCIA ENGANA... ABCESSO DISFARÇADO DE TUMOR

Ana Figueiredo; Sara Remelhe Sá;  
Cristiana Ferreira Teles; João Morais Lopes;  
Teresa Guimarães Rocha; Cristiana Batouzas;  
Miriam Blanco  
*ULSNE, Unidade Hospitalar de Bragança*

**Introdução:** O abscesso cerebral é caracterizado pela acumulação de pus no parênquima cerebral resultante de uma infeção local, regional ou sistémica. Os sintomas mais frequentes são: cefaleia, febre com tremor, convulsões e défices neurológicos. O diagnóstico passa pela realização de tomografia computadorizada (TC) e/ou ressonância magnética (RM) e o tratamento inclui antibioterapia e/ou intervenção cirúrgica.

**Caso clínico:** Homem, 68 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, hiperplasia benigna da próstata e depressão. Trazido à urgência por febre, cefaleia, desequilíbrio, hemianopsia direita e quadro confusional com 6 dias de evolução. Realizou TC cerebral que revelou hipodensidade parieto-occipital direita compatível com lesão expansiva de conteúdo necrótico. RM cerebral a revelar lesão expansiva de contorno bem definido, estrutura sólida e heterogénea, condicionando efeito de massa e edema peri-lesional. Discutido e transferido para o serviço de Neurocirurgia por lesão ocupante de espaço. Realizou exérese por craniotomia occipital que resultou em extravasamento abundante de material purulento. Iniciou empiricamente antibioterapia de largo espectro com posterior descalada para ceftriaxone 2 g aquando saída de antibiograma (isolamento de *Streptococcus intermedius* e *Aggregatibacter aphrophilus*,

ambas sensíveis). No decorrer do internamento objetivada insuficiência respiratória hipoxémica, tendo realizado angio-TAC do tórax sendo diagnosticado de tromboembolismo pulmonar (TEP) de risco intermédio-baixo, iniciando hipocoagulação com enoxaparina. Alguns dias após, com início de cefaleia tendo-se verificado no TC CE de controlo a presença de hematoma cerebral, tendo necessidade de nova intervenção para drenagem do mesmo. Do estudo complementar excluiu-se infeção por HIV, endocardite infecciosa ou infeção com disseminação sistémica. Foi ainda avaliado por estomatologia verificando-se múltiplas cáries com necessidade de exodontia, provável foco etiológico. Cumprido ciclo de 6 semanas de antibioterapia dirigida em dose meníngea e corticoterapia em esquema de desmame. À data de alta do internamento, sem défices neurológicos focais e orientado para seguimento em consulta de Neurocirurgia e Estomatologia.

**Conclusão:** O abscesso cerebral é uma patologia associada a complicações graves e potencialmente fatais, podendo resultar de infeções comuns como as da cavidade oral.

### CO 37

#### RECUSA ALIMENTAR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: DA INFEÇÃO URINÁRIA AO DIAGNÓSTICO DE ACALÁSIA

Margarida Almeida; Mariana Miller; Joana Mota;  
Francisco Mendes; Paulo Almeida; Jorge Almeida  
*Centro Hospitalar São João*

**Introdução:** A recusa alimentar é um motivo frequente de admissão no serviço de Urgência, sendo a infeção uma das causas. A inespecificidade deste sintoma dificulta a sua abordagem, realçando-se a importância da sua correta caracterização. Os distúrbios da motilidade esofágica, embora não sendo a etiologia mais frequente, são responsáveis por anorexia, podendo esta ser a sua única manifestação. **Caso clínico:** Mulher, 84 anos, com pluri-

patologia e déficit cognitivo ligeiro admitida na urgência por recusa alimentar, dor abdominal no hipogastro e diminuição do débito urinário com cerca de 2 dias de evolução. Após observação e realização de exames foi internada por cistite aguda sem via oral patente. Na colheita da anamnese, foram referidos episódios de engasgamento frequentes principalmente com alimentos sólidos, sem disfagia para os líquidos, com cerca de 2 anos de evolução. Durante o internamento foi objetivada dificuldade na deglutição e regurgitação após alimentação, com desnutrição e sarcopenia significativas. Realizou endoscopia digestiva alta que revelou exuberante dilatação do esôfago e lúmen preenchido por restos alimentares ao longo de toda a sua extensão. Foi colocada sonda nasogástrica para assegurar alimentação. A manometria esofágica confirmou ausência de contractilidade do corpo esofágico em resposta à deglutição e trânsito esofágico com marcada redução do calibre do esôfago distal, sugerindo o diagnóstico de acalásia. Decidiu tratamento médico com colocação de toxina botulínica no esfíncter esofágico inferior (EEI), com melhora clínica significativa.

**Discussão:** Os autores realçam a importância da correta caracterização de sintomas inespecíficos como a recusa alimentar através de uma exaustiva história clínica a fim de distinguir e estudar a várias etiologias possíveis. A acalásia resulta da incapacidade de o EEI relaxar durante a deglutição que se manifesta por dificuldade em engolir, associada a refluxo gastroesofágico, regurgitação ou dor torácica. A abordagem da acalásia no serviço de Urgência pode exigir intervenção médica urgente em casos de complicações graves, como a obstrução total do esôfago. O tratamento depende da gravidade e das preferências do doente.

## CO 38

### ESTRIATOPATIA DIABÉTICA – UMA COMPLICAÇÃO RARA DA DIABETES MELLITUS COM MAU CONTROLO GLICÉMICO

Filipe Pimenta Ribeiro; Luís Henrique Luz;  
Rita J. Rodrigues; Cátia Faria; Filipa Alçada;  
Margarida Cerqueira; Renato Saraiva  
*Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André*

**Introdução:** A estriatopatia diabética (ED) constitui uma síndrome neurológica rara, consequência de um estado hiperglicémico, que integra o espectro de manifestações hiperosmolares não cetónicas da diabetes mellitus (DM). Caracteriza-se por um quadro de discinesia, manifestado por hemicoreia ou hemibalismo, que se associa a lesões reversíveis hiperintensas no estriado contralateral, evidenciadas em exames de imagem. Os fatores de risco incluem idade avançada e sexo feminino.

**Caso clínico:** Os autores apresentam um caso clínico de uma mulher de 78 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade e DM tipo 2 sob dapagliflozina 10mg. Trazida ao serviço de Urgência por paresia facial central esquerda, espasticidade e noção de diminuição da força do membro superior esquerdo, com 5 dias de evolução.

Ao exame objetivo, consciente e orientada em todas as esferas, com perda de mobilidade do membro inferior esquerdo, que se encontrava rígido e em flexão, e com movimentos coreiformes do membro superior ipsilateral, persistentes e irruptivos, que condicionavam lesões traumáticas autoinfligidas. A gasometria evidenciou hiperglicemia (379 mg/dL), sem acidemia. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica que revelou hiperdensidade espontânea do estriado direito. Iniciou haloperidol e terapêutica insulínica.

Foi internada para continuidade do estudo, revisão global do perfil, manutenção de cuidados dirigidos e reconciliação terapêutica.

Realizou ressonância magnética crânio-encefálica: hipersinal T1 do núcleo lenticulado direito sem tradução na difusão (excluindo, assim, hemorragia). A hemoglobina glicada era de 14.1%. Assumiu-se assim, hemico-reia/hemibalismo esquerdo em contexto hiperglicêmico. Após o controlo adequado do quadro hiperglicêmico observou-se resolução completa do quadro neurológico. Teve alta clínica com ajuste da terapêutica antidiabética, referenciada para as consultas de Medicina Interna e Neurologia.

**Conclusão:** Com este trabalho, os autores pretendem realçar que a ED deve ser considerada em doentes com DM (com mau controlo glicêmico, no diagnóstico inaugural ou na hiperglicemia aguda), que se apresentem com discinesia e exame de imagem compatível. Esta atitude permite iniciar atempadamente o tratamento que, em geral, culmina na remissão do quadro, após controlo glicémico adequado.

## CO 39

### COLECISTITE ALITIÁSICA DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

Mariana Ramos; Inês Ambrosio; Frederica Ferreira; Mafalda Sousa; Marisa Brochado; Manuela Grego; Luis Siopa  
*Hospital de Santarém*

**Introdução:** Colecistite alitiásica aguda é uma inflamação da vesícula biliar sem evidência de cálculos biliares que pode ocorrer em qualquer idade, é predominante no sexo masculino, muitas vezes devido a infeção. A listeriose é uma infeção bacteriana rara causada pela listeria *monocytogenes*, através da ingestão de alimentos contaminados (lactícínios, legumes e carnes cruas). As apresentações clínicas da listeriose incluem bacterémia, meningite e gastroenterite. Colecistite aguda causada por listeria é ainda mais incomum, com apenas 23 casos relatados na literatura. Apresenta-se o caso de um doente

com bacterémia devido a colecistite a listeria *monocytogenes*.

**Caso clínico:** Homem, 65 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, medicado com antidiabético oral, trazido ao serviço de Urgência por febre e alteração do estado de consciência com 24 horas de evolução. Objetivamente apresentava Glasgow 10 pontos e abdómen doloroso à palpação generalizada. Não tinha rigidez da nuca nem sinais meníngeos. Dos exames complementares destaca-se: analiticamente hemoglobina 13.4 g/dL; leucócitos  $11.2 \times 10^9/L$ ; neutrófilos 9100; plaquetas 140.000; INR 1.26; Ureia 55 mg/dL; Creat 1.4 mg/dL; K 3.0 mEq; Bilirrubina total 1.7; Bilirrubina directa 0.7; AST 68 U/L; ALT 55 U/L; LDH 273 U/L; GamaGT 137 U/L; CK 1037; Amilase 139 U/L; PCR 5.80 mg/dL, antigenurias negativas, exame sumário de urina inocente; tomografia computadorizada craneoencefálica e radiografia de tórax sem alterações; radiografia abdominal com aerocolia e ecografia abdominal com vesícula medianamente distendida, admitindo-se discreto espessamento parietal difuso, sem litíase ou lama biliar, achados compatíveis com colecistite alitiásica. Foi submetido a colecistectomia e fez antibioterapia de largo espectro durante 14 dias. As hemoculturas foram positivas para listeria *monocytogenes*.

**Conclusões:** A listeriose é uma patologia rara, ocorre apenas em 2-15% de todos os casos de colecistite aguda e a maioria dos doentes afetados são imunocomprometidos. No entanto, em cerca de 25% dos casos ocorre em doentes aparentemente saudáveis com mais de 60 anos. Nos doentes diabéticos devemos ter sempre atenção aos possíveis focos infecciosos. O tratamento precoce é fundamental pela severidade da doença e elevada taxa de mortalidade.

## CO 40

### SÍNCOPE DE REPETIÇÃO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO!

Margarida Almeida; Maria João Oura; Joana Mota; Mariana Miller; Paulo Almeida; Jorge Almeida  
*Centro Hospitalar São João*

**Introdução:** As perdas transitórias do estado de consciência são um motivo frequente de observação no serviço de Urgência. A síncope é uma das causas de perda de consciência transitória que deve ser distinguida de outras causas, como crises convulsivas, alterações metabólicas ou lesões cerebrais traumáticas após quedas acidentais. Nos idosos, em particular, é importante excluir causas como hipotensão ortostática, iatrogenia farmacológica, doenças neurológicas e arritmias previamente não diagnosticadas.

**Caso clínico:** Mulher, 81 anos, com neoplasia da mama e síndrome metabólica, funcionalmente autónoma e a viver sozinha. História de vários episódios no serviço de Urgência em cerca de 3 meses por quedas após síncope com consequências graves, como hemorragia cerebral. Associadamente com deterioração funcional e necessidade de institucionalização. Admitida na urgência após mais um episódio de perda de consciência transitório associado a movimentos involuntários dos membros sem pródromos e com amnésia para o sucedido. Objetivamente à admissão a realçar ausência de alterações ao exame neurológico. A tomografia computadorizada cerebral revelou discreto aumento do conteúdo hemático dos hematomas prévios. Assumiu-se provável crise epileptiforme em contexto de hemorragia cerebral em agravamento, tendo sido internada para vigilância clínica e titulação de terapêutica anti-epiléptica. Durante o internamento, procedeu-se ao estudo das várias causas de síncope, tendo sido excluída etiologia reflexa e hipotensão ortostática. Realizou holter que revelou períodos de

bloqueio aurículo-ventricular do 2º grau 2:1 e bloqueio de ramo direito em todo o registo, já existente no eletrocardiograma à admissão. Após confrontação com eletrocardiogramas prévios percebeu-se que haveria alternância do bloqueio de ramo direito com esquerdo tendo decidido colocar pacemaker. Desde então doente assintomática, sem novos episódios de perda de consciência ou quedas.

**Discussão:** Os episódios de síncope podem ser a primeira manifestação de diversas patologias e o serviço de Urgência é o local por excelência para descartar causas potencialmente fatais como arritmias cardíacas, tromboembolismo pulmonar ou hemorragia cerebral. No caso apresentado, o diagnóstico tardio teve consequências clinicamente muito graves, realçando-se a hemorragia cerebral com epilepsia secundária e a deterioração funcional com a institucionalização subsequente e perda da qualidade de vida e autonomia.

## CO 41

### ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO DA ANEMIA: UTILIZAÇÃO DO FERRO INTRAVENOSO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

David Ferro Tomás; Andreia Oliveira Baptista; Galyna Kostyk; Hugo Barros Viegas; Paulo Lago; Ermelinda Pedroso  
*Centro Hospitalar de Setúbal*

**Introdução:** A anemia é um diagnóstico frequente no contexto do serviço de Urgência (SU). Em casos de anemia sintomática com instabilidade hemodinâmica a transfusão com concentrado eritrocitário (CE) é o *gold standart* terapêutico. Contudo, doentes estáveis com anemia ferropénica crónica a administração de ferro intravenoso (carboximaltose férrica) (FI) é um tratamento seguro, simples e duradouro que permite uma gestão mais eficaz de componentes sanguíneos, aplicando os princípios de *Patient Blood Management* (PBM).

**Objetivos:** Estudo exploratório observacional

retrospectivo sobre a utilização de FI no tratamento de anemia microcítica no SU para desenho de algoritmo de apoio à decisão clínica. **Material e métodos:** Foi realizada a análise de registos clínicos informáticos (ASIS, SCÍ-nico e Maxdata) dos doentes admitidos no SU com anemia microcítica, no período de janeiro a março de 2023. Foram incluídos doentes com hemoglobina  $<9\text{g/dL}$  e VGM  $<80$ . Na ausência de estudo da cinética do ferro no laboratório do SU, foi admitida microcitose como sugestiva de ferropénia. Foram excluídos doentes com antecedente conhecido de tálassemia e submetidos a transfusão maciça. **Resultados:** Foram incluídos 169 doentes, 109 do sexo feminino, mediana de idades 76 anos, hemoglobina mediana de  $7.7\text{g/dL}$ , com um total de 114 CE's e 7 FI administrados. Agrupando os doentes incluídos: 97 doentes (57%) não fizeram tratamento com CE ou FI, 61 doentes (37%) foram transfundidos apenas com CE, 4 doentes (2%) realizaram transfusão de CE e administração de FI simultaneamente e a 7 doentes (4%) apenas foi administrado FI. A utilização de FI não variou significativamente com a idade ( $p=0.160$ ) nem com o valor de hemoglobina ( $p=0.615$ ), nem com VGM ( $p=0.566$ ). Nos doentes que realizaram FI houve resposta  $>1\text{g}$  de Hb na reavaliação em 10/11 doentes (90%), sendo que nenhum doente neste grupo careceu de transfusão ou de reinternamento nos cinco meses seguintes. No grupo que não realizou FI no SU, 24 (14%) foram reinternados e 42 (25%) careceram de transfusão com CE. **Conclusões:** O presente estudo exploratório demonstra uma utilização sub-ótima de FI no tratamento de anemia microcítica no SU em doentes estáveis, que demonstrou benefícios na redução no reinternamento e necessidade de transfusões. O desenvolvimento de algoritmos de decisão personalizados ao ambiente clínico e a avaliação da cinética de ferro no SU poderão ser as soluções para este problema.

## CO 42

### PARTICULARIDADES DA MEDICINA INTERNA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR PORTUGUÊS

Ricardo Ribeiro; Elvira Ferreira; Elizabete Alves; Maria Fernanda Silva; Nuno Silva  
*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves*

**Introdução:** Pretendemos analisar as características dos doentes assumidos por Medicina Interna no serviço de Urgência (SU) de um centro hospitalar português, de modo a conhecer melhor a realidade destes doentes. **Objetivos:** - Caracterizar os doentes, a afluência e a triagem de Manchester (TM); - Explorar a relação das características dos doentes, da afluência e da TM com a idade dos doentes.

**Material e métodos:** Foram incluídos na análise todos os episódios de urgência de um centro hospitalar português, num período de 6 anos (2017 a 2022), em doentes com idade igual ou superior a 18 anos, num total de 779185 episódios, sendo que 94432 (12,1%) eram referentes a doentes assumidos por Medicina Interna (MI). Os dados foram obtidos através da consulta da plataforma Oracle BI. Foi realizada análise retrospectiva utilizando os softwares Microsoft Excel e IBM SPSS. Foi assumido um nível de confiança de 95%. A idade dos doentes foi a única variável dependente.

**Resultados:** A idade média dos doentes de MI era mais elevada do que a das restantes especialidades (69,5 anos,  $p=0,000$ ). A idade média das mulheres era superior à dos homens (71 vs 68 anos,  $p=0,000$ ). MI foi a especialidade que assumiu mais doentes (12,1%), sendo apenas ultrapassada pela triagem médica. Em média, MI assumiu 43 doentes por dia, sendo que o valor mais baixo de afluência foi nos anos de 2020 e 2021. A idade média dos doentes de MI foi mais baixa no ano de 2020 (68,5 anos,  $p=0,000$ ). A duração média

da TM foi mais elevada nos doentes assumidos por MI, em relação à globalidade dos doentes (3:08 min vs 2:29 min,  $p=0,000$ ). A duração da TM foi superior nos anos de 2020 e 2021, tanto nos doentes assumidos por MI como na globalidade dos doentes. 85% dos doentes foram triados com gravidade urgente ou superior. O fluxograma de triagem mais usado foi dispneia (31,9% dos casos), sendo que este fluxograma foi também aquele em que a idade dos doentes era mais avançada (79,3 anos). O discriminador de urgência mais escolhido foi saturação de oxigénio muito baixa (21,2% dos casos), verificando-se que eram também os doentes com idade mais avançada (81,7 anos). Em relação às avaliações na triagem, verificamos que a glicemia capilar aumentava com a idade ( $r$  de Pearson 0,160,  $p=0,000$ ) e a saturação periférica de oxigénio, escala de coma de Glasgow, dor e frequência cardíaca diminuía com a idade (com valores de  $r$  de Pearson -0,363; -0,208; -0,178; -0,129, respetivamente,  $p=0,000$ ). Em relação à temperatura timpânica, não se verificaram diferenças.

**Conclusões:** A idade revelou-se um fator relacionado com algumas variáveis analisadas, sendo que MI apresentou doentes com idades mais avançadas que os doentes assumidos pelas restantes especialidades. Algumas variáveis estudadas apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação aos anos de 2020 e 2021, o que poderá estar relacionado com a pandemia de COVID19.

## CO 43

### UMA INTOXICAÇÃO PALPITANTE

Sofia Camões; João Fiuza; Beatriz Silva; Tatiana Cardoso; Hugo Ventura; André Martins; Ricardo Lavaio; Ana Cabral Miguel Sequeira; Rachel Silvério; Edite Nascimento  
*Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE*

**Introdução:** A torsades de pointes é uma variante de taquicardia ventricular polimórfica, potencialmente fatal. Caracteriza-se por complexos QRS pontiagudos com uma variação regular do eixo, o que lhe confere um aspeto sinusoidal. Frequentemente associada a distúrbios eletrolíticos, uso de medicamentos que prolongam o QT ou síndromes genéticas.

**Caso clínico:** Mulher, 65 anos, com antecedentes pessoais de síndrome depressivo, hipotireoidismo, dislipidemia, hipertensão arterial e etilismo crónico. Medicada com lorazepam, trazodona, escitalopram, losartan, rosuvastativa, levotiroxina e acamprosatato. Admitida no serviço de Urgência (SU) por intoxicação voluntária com organofosforados (Destroyer 480EC). À admissão, foi realizada lavagem com saída de conteúdo sugestivo de pesticida, administrado carvão ativado e iniciou Obidoxima. Teve episódios de diarreia, no entanto, sem bradicardia, miose ou vômitos. Gasimetricamente com acidose metabólica compensada, hiperlactacidémia e hipocalcémia entretanto corrigida. Nas análises com colinesterase  $<1363\text{U/L}$  (N 4900-11900). No eletrocardiograma (ECG) foi objetivado um ligeiro prolongamento do QTc. A doente ficou em vigilância com monitorização contínua, constatando-se um prolongamento progressivo do QTc em ECGs seriados, atingindo  $\text{QTc}>600\text{ms}$ . A destacar múltiplos episódios de taquicardia ventricular não sustentada (TVNS) polimórfica (Torsades de Pointes). Neste contexto, a doente realizou bólus de 4mg de sulfato de magnésio, sem reversão da arritmia. Por manutenção de episódios de

TVNS polimórfica não responsivos à terapêutica, optou-se por colocação de pacemaker provisório, com resolução da disritmia. Posteriormente, foi admitida em internamento para vigilância após overdrive pacing, temporário, até normalização QTc.

**Discussão:** Este caso retrata um episódio de intoxicação por organofosforados que precipitou um aumento do QTc que manteve episódios de TVNS polimórfica não responsivos à terapêutica médica optando-se por colocar pacemaker provisório. A implementação de pacemaker reduz o risco de bradicardia, e consequentemente o risco de Torsade de Pointes. Destaca-se, assim, a necessidade de identificação precoce desta entidade e intervenção adequada para prevenir complicações graves e potencialmente fatais.



### POA 01

#### SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR DEVIDO A PACEMAKER – UM DIAGNÓSTICO RARO

Catarina Santos Reis; Paula Ferraz;  
João da Silva Gomes; Carlos Grijó; Isabel Camões;  
Jorge Almeida; Maria João Oura  
*Centro Hospitalar de S. João, EPE*

**Introdução:** A síndrome da veia cava superior (SVCS) é uma entidade rara que se define pela obstrução do fluxo sanguíneo na veia cava superior, frequentemente por invasão tumoral, compressão extrínseca ou trombose. A sua gravidade é determinada pela velocidade de progressão e do grau de desenvolvimento de colateralização.

**Caso clínico:** Homem de 41 anos, portador de pacemaker desde 1989 por BAV completo congénito (substituição eletiva de gerador em 10/2022), sem medicação habitual. Recurso ao serviço de Urgência por quadro de edema da face e pescoço, tonturas, dispneia de agravamento progressivo, ortopneia e tosse produtiva com expectoração mucóide com 4 dias de evolução. Sem sintomas constitucionais. Dois dias antes, pela mesma sintomatologia, foi avaliado pelo médico assistente tendo sido medicado com antibiótico, corticóide oral e anti-histamínico. Ao exame objetivo, com edema cervico-facial, turgescência das veias jugulares e circulação colateral visível na face anterior do tórax. Gasimetria arterial sem insuficiência respiratória. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, sem alterações no estudo analítico. Realizou angiografia torácica que revelou redução de calibre do segmento

distal da veia cava superior (VCS), a jusante da veia ázigos, com trombo endoluminal. Ainda, sinais de marcada circulação colateral sugerindo sequelas de trombose crónica do segmento distal da VCS e provável oclusão no segmento distal da veia subclávia direita e veia braquiocefálica esquerda e segmento proximal da VCS, cujas áreas de trombose apresentavam relação com localização de eletrocateres do pacemaker. Iniciou hipocoagulação com heparina não fracionada com swith para anticoagulante oral direto passados 15 dias. Após discussão multidisciplinar e atendendo à evolução clínica e imagiológica favorável, decidido manter estratégia conservadora com hipocoagulação.

**Conclusão:** A SVC é uma complicação rara que pode ocorrer em até 2,5% dos doentes submetidos a implantação de pacemaker. A sua ocorrência não parece ter relação com o tempo decorrido desde o procedimento. A sintomatologia inicial pouco evidente é explicada pelo desenvolvimento de circulação colateral, sendo responsável pelo atraso diagnóstico frequentemente verificado. O seu diagnóstico constitui um desafio clínico atendendo a todas as outras causas que merecem exclusão na investigação deste tipo de síndrome. No entanto, a deteção atempada desta entidade permite uma gestão diagnóstica e terapêutica mais adequada. A maioria dos doentes não responde à terapêutica isolada com hipocoagulação, apresentando taxas de recorrência de sintomas entre os 20%-50%.

## POA 02

### SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR ASSOCIADO A IMPLANTOFIX APÓS 12 ANOS

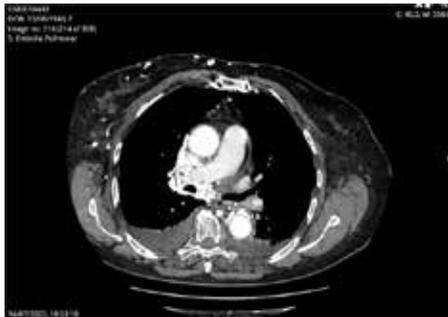
Alexandre Castro Lopes; Rita Sousa Figueira;  
Ana Rocha Oliveira; Joana Melo  
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante  
D. Pedro, EPE

**Introdução:** O síndrome da veia cava superior (SCVS) define-se como uma obstrução do fluxo sanguíneo na veia cava superior com edema dos membros superiores, face e tecidos moles cervicais, formação de trajetos venosos colaterais na parede torácica, podendo evoluir para edema cerebral e dificuldade respiratória. Classicamente caracterizado como uma emergência oncológica, a incidência de SVCS associado a causas benignas, nomeadamente dispositivos intra-vasculares, tem vindo a aumentar.

**Caso clínico:** MALCN, sexo feminino, 82 anos de idade, parcialmente dependente, cognitivamente íntegra, recorreu ao serviço de Urgência (SU) por noção de dispneia, palpitações, odinofagia e edema dos tecidos moles do pescoço. Esteve neste SU dois dias antes por dispneia, ortopneia e edemas dos membros inferiores, assumindo-se diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada e tendo alta com ajuste de diurético. Tinha como antecedentes ICfEp, hipotiroidismo, trombofilia por alteração genética de significado incerto, hipertensão arterial, dislipidemia, talassémia minor e adenocarcinoma rectal submetido a RT/QT neo-adjuvante e amputação abdomino-perineal em 2011 na Alemanha. Ao exame objetivo apresentava-se apirética, polipneica com hipoxémia (SpO<sub>2</sub> 93% sob O<sub>2</sub> 5L/min), edema periorbitário e submentoniano, diminuição do MV nos 1/3 inferiores do tórax, sem edemas dos membros inferiores. Por suspeita de IC descompensada, foi administrado diurético ev e iniciou estudo complementar: - Análises: função re-

nal e tiroideia normais, parâmetros inflamatórios negativos, NT-proBNP 578; - Exame Sumário de Urina: inocente, sem proteinúria significativa; - GSA: hipoxemia apenas; - Rx Tórax: sem alterações, cateter venoso central (CVC) permanente (implantofix). Afastando hipóteses como IC descompensada, síndrome nefrótica e hipotiroidismo mal controlado, e evidenciando a presença de CVC (associado a QT em 2011), realizou angioTC torácico e do pescoço, que mostrou “marcada circulação colateral, mediastínica e no hemitórax anterior direito, a que se associa aparente ausência de preenchimento com contraste na veia cava superior, onde se identifica o cateter de implantofix, sugerindo trombose venosa”, confirmando o diagnóstico suspeito de SVCS. Iniciou hipocoagulação com enoxaparina, sendo submetida a remoção do CVC e stent endovascular em internamento com resolução completa do quadro clínico e alta para unidade de convalescença.

**Conclusões:** O reconhecimento de SVCS pode ser difícil em doentes com IC que se apresentem com dificuldade respiratória, mas a presença de fatores de risco (trombofilia ou dispositivos intra-vasculares) devem-nos alertar para o diagnóstico. Classicamente associado a neoplasias, o SVCS de causa benigna tem aumentado, englobando estratégias terapêuticas diferentes.





### POA 03

## ANEURISMA EM ROTURA CONTIDA – UMA CAUSA POUCO COMUM DE DOR LOMBAR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Isabel Muinga; António Lubanzadio, Wilson da Silva,  
Mário Soares e Naima Andrade  
*Serviço de Medicina da Clínica Sagrada Esperança,  
Luanda-Angola*

**Introdução:** Dor lombar é um motivo frequente de admissão no serviço de Urgência. As causas mais comuns associadas a esta queixa são infecções do trato urinário, lombalgia em relação com esforço e cólica renal. O aneurisma da aorta abdominal deve ser um diagnóstico diferencial presente na abordagem sistematizada de todo o doente com dor abdominal no serviço de Urgência (SU). A sua não identificação célere, conduz inevitavelmente a um desfecho fatal. Também é conhecido que mesmo identificado as probabilidades de sucesso cirúrgico são baixas. O mais comum é ser um achado imagiológico ou diagnosticado em autópsia. O aneurisma em rotura contida é uma emergência rara, que oculta a manifestação clínica típica e atrasa o diagnóstico, dado que estruturas retroperitoneais adjacentes contêm transitoriamente o sangramento mantendo a perfusão e estabilidade hemodinâmica, retardando por isso a sintomatologia que indicia esta Emergência médica.

**Caso clínico:** Os autores apresentam um caso

de uma mulher de 50 anos, hipertensa que recorre a Urgência com quadro de dor lombar esquerda, intermitente, sem irradiação com 24h de evolução, vômitos alimentares/aquosos e sem queixas urinárias associadas. Apresentava dor a punho percussão esquerda mas não foram constatados outros sinais importantes como febre, hipotensão, massa abdominal palpável ou pulsátil, alterações de perfusão das extremidades. Seis horas após admissão, evolui com ansiedade e agitação no leito, taquicárdia persistente, hipotensão, palpação de massa não pulsátil no flanco esquerdo e oligúria, que justificou pedido de tomografia abdominal e definiu o diagnóstico de aneurisma em rotura contida. Admitida na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) após avaliação de Cirurgia Vascular e iniciada preparação pré-operatória. Duas horas após admissão na UCI teve paragem cardiorrespiratória irreversível.

**Conclusões:** A ocorrência de um aneurisma em rotura contida neste caso, não evidenciou a partida, os elementos clínicos clássicos desse diagnóstico. A doente apresentava estabilidade clínica e portanto a abordagem inicial foi orientada para outros diagnósticos mais comuns num SU. Em avaliações posteriores foram identificados sinais que justificaram outros exames complementares e intervenção da Cirurgia Vascular. Apesar de toda preparação pré-operatória na UCI e bloco operatório o mais célere possível o desfecho foi fatal. O SU é um ambiente muitas vezes caótico, que exige do médico foco, abordagem sistematizada e organizada. É muito importante ter conta apresentações atípicas de patologias graves embora o doente se apresente com queixas comuns. Este caso clínico realça também a importância das avaliações subsequentes dos doentes em observação na Urgência, que nos podem permitir reunir novos elementos definidores de diagnóstico.

## POA 04

### HIPERTENSÃO ARTERIAL SECUNDÁRIA A DISPLASIA FIBROMUSCULAR

Jorge Luís Simões Amorim Moreno Governa<sup>1</sup>;  
Maria Gomes<sup>2</sup>; Vasco Fonseca<sup>3</sup>; Luzia Bismarck<sup>1</sup>;  
Ana Cláudia Ribeiro<sup>3</sup>; José Vale<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; <sup>3</sup>Hospital Beatriz Ângelo

**Introdução:** A displasia fibromuscular (DFM) caracteriza-se pela proliferação de tecido conjuntivo e fibras musculares ao nível da parede arterial, sem componente inflamatório ou aterosclerótico, condicionando estenose, oclusão ou aneurisma e limitação da perfusão do órgão afetado. As artérias renais, carótidas internas e vertebrais são as mais afetadas. A hipertensão arterial secundária e o acidente vascular cerebral são manifestações clínicas frequentes da DFM, ilustradas no presente caso clínico.

**Caso clínico:** Homem de 39 anos, leucodérmico, antecedentes de hipertensão arterial, medicado irregularmente em ambulatório com Amlodipina 10mg e Valsartan 160mg. Recorreu ao serviço de Urgência por quadro de diminuição da força muscular à esquerda com incapacidade para a marcha, com uma semana de evolução. À observação, apresentava-se hipertenso (189/98mmHg), auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações, com hemiparésia direita de predomínio crural e marcha hemiparética. A TC-CE inicial e de controlo às 24h não revelou sinais de lesão isquémica ou hemorrágica aguda. O ECG revelou ritmo sinusal e sinais voltaicos de hipertrofia ventricular esquerda. O estudo ecocardiográfico revelou hipertrofia ventricular esquerda, dilatação auricular esquerda e insuficiência mitral de grau ligeiro. O Doppler transcraniano não evidenciou shunt direito-esquerdo. A RMN-CE revelou lesão isquémica na vertente direita da protuberância, com angio-RMN a revelar ausência de fluxo no

segmento V4 da artéria vertebral esquerda e redução do normal calibre da artéria carótida interna esquerda. Analiticamente verificou-se agravamento da função renal com o início de terapêutica com IECA. O estudo de trombofilias foi negativo. Por suspeita de estenose da artéria renal, realizou Angio-TC que revelou dilatações saculares em ambas as artérias renais com morfologia em colar de pérolas, sugestivas de displasia fibromuscular. Optou-se por terapêutica médica com controlo da pressão arterial. O doente iniciou reabilitação motora com recuperação parcial dos défices neurológicos, tendo tido alta para seguimento em consulta externa.

**Conclusões:** Neste doente, a DFM esteve na origem do AVC isquémico que motivou o internamento. A coexistência de hipertensão arterial de difícil controlo com lesão de órgão alvo num adulto jovem levou à suspeição de hipertensão arterial secundária cujo estudo etiológico permitiu o diagnóstico de DFM.

## POA 05

### DESAFIO DIAGNÓSTICO DE UMA SÍNCOPE – O CAIR DA MÁSCARA!

Elisa Caldeira; Teresa Silva; Sofia Almada;  
Sara Gomes; Miriam Capelo; Maria da Luz Brazão;  
Teresa Faria  
*Hospital Nélio Mendonça*

**Introdução:** O cancro é a segunda principal causa de morte em Portugal e a sua marcha diagnóstica é muitas vezes iniciada em contexto de urgência. O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma complicação frequente e potencialmente fatal associada às neoplasias, em especial, do foro hematológico.

**Caso clínico:** Homem, 50 anos, ex-fumador (22UMA), natural de Angola, com antecedentes pessoais de úlcera venosa crónica do membro inferior (MI). Recorreu ao serviço de Urgência (SU) por síncope com consequente traumatismo cranio-encefálico, com pródromos de visão turva, “aperto no peito” *sic* e

náuseas. Adicionalmente, queixava-se de dor abdominal no quadrante superior direito, constante, com agravamento com a respiração profunda e com o decúbito, com cerca de 5 dias de evolução. Objetivamente apresentava sopro sistólico grau II/VI mais audível no foco mitral, o abdómen era pouco depressível, com dor generalizada à palpação superficial, aliviando com a palpação profunda da região periumbilical, sem outras alterações de relevo. Analiticamente, apresentava linfopenia de  $0.5 \times 10^3/\text{mL}$ , D-Dímeros  $6531 \text{ ng/mL}$ , proteína C reativa de  $14.85 \text{ mg/L}$  e Troponina T de  $0.126 \text{ ng/mL}$ . A gasimetria realizada em ar ambiente apresentava um pH de 7.42,  $\text{pCO}_2$   $40.6 \text{ mmHg}$ ,  $\text{pO}_2$   $75 \text{ mmHg}$ ,  $\text{HCO}_3$   $26.4 \text{ mmol/L}$  e  $\text{SatO}_2$   $94.6\%$ . O eletrocardiograma apresentava aumento da amplitude da onda P nas derivações DII, DII e AVR e AVF. Imagiologicamente identificou-se TEP agudo central, adenomegalias mediastínicas, volumoso conglomerado adenopático ao longo dos grandes vasos com encarceramento de vasos renais e veia cava inferior (VCI), trombo endoluminal ao nível do segmento intrahepático da VCI e lesões hipodensas esplénicas. Ficou internado para estudo, a realizar enoxaparina em dose terapêutica. Durante o internamento, detetou-se adenopatia cervical, que foi posteriormente biopsada, revelando linfoma folicular.

**Conclusões:** O TEP paraneoplásico é uma complicação que deve ser recordada no SU, podendo manifestar-se de forma subtil, mas traduzir patologias de carácter mais grave, pelo que devemos manter um elevado nível de suspeição em doentes sem causa óbvia identificada. O risco de TEP pode chegar aos 78% de superioridade em doentes com cancro, comparativamente à população em geral. É essencial salientar a relevância da história clínica, que nos fornece informação crucial para atingirmos o nosso objetivo: o diagnóstico precoce, evitando atrasos no tratamento e aumento na morbilidade e mortalidade.

## POA 06

### ANEMIA HEMOLÍTICA: UM CASO DE FENÓMENO DE LIONIZAÇÃO DO X

Inês de Campos Pereira<sup>1</sup>; Bárbara Jesus<sup>2</sup>; Cátia A. Pereira<sup>1</sup>; Joana Coelho<sup>1</sup>; Lèlita Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Centro Hospitalar Universitário de Coimbra*; <sup>2</sup>*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A glicose-6-fosfato-desidrogenase (G6PD) é um enzima que reage com espécies reativas de oxigénio (EROs) desempenhando uma função de protecção celular contra o stress oxidativo. Os eritrócitos são particularmente suscetíveis às EROs e o défice deste enzima conduz a fenómenos de hemólise. O défice de G6PD, também denominado de favismo, é uma doença hereditária ligada ao X que se expressa clinicamente por episódios de colúria e hemólise após a ingestão de favas e alguns fármacos. Afeta sobretudo homens podendo a expressão em mulheres heterozigóticas ter uma apresentação clínica variável com a anemia hemolítica a constituir uma manifestação rara.

**Caso clínico:** Mulher de 53 anos recorre ao serviço de Urgência (SU) por quadro de fraqueza generalizada, hematúria franca e dor suprapúbica com um dia de evolução, após ingestão de favas. Quando questionada, referiu consumo prévio de favas, por vezes associado a episódios breves de “urina escura” SIC, sem outras complicações associadas. De antecedentes de relevo, destaca-se perturbação depressiva, medicada com venlafaxina e alprazolam, e história familiar de um irmão com diagnóstico de défice de G6PD. Ao exame objetivo, apresentava escleróticas ictericas. O estudo analítico revelou Hb  $9.3 \text{ g/dL}$  com 4.6% de reticulócitos, LDH  $1018 \text{ U/L}$ , elevação ligeira das transaminases, gama glutamil transferase (GGT) e hiperbilirrubinemia ( $4.3 \text{ mg/dL}$ ) à custa da indireta. O teste de antiglobulina direta foi negativo. Foi pedido o doseamento do enzima G6PD que se mos-

trou diminuído (7.9 UI/hHb, sendo o controlo 12.0 UI/gHb). O esfregaço de sangue periférico mostrou “blister cells” compatíveis com défice de G6PD. Iniciou fluidoterapia e permaneceu no SU para vigilância. Repetiu o estudo analítico posteriormente que revelou Hb 7.8 g/dL, LDH 1074U/L, Bilirrubina total 3.9 mg/dL, com ionograma e função renal normais. A doente não realizou transfusão de sangue. Teve alta com indicação para evicção total de favas e fármacos desencadeantes. Mantém seguimento em consulta de hematologia onde repetiu doseamento quantitativo de G6PD que revelou 5.4 UI/gHb. Encontra-se a aguardar estudo de lionização do X.

**Conclusão:** A anemia hemolítica por défice de G6PD afeta preferencialmente homens e o seu diagnóstico ocorre habitualmente em idade pediátrica. Devido a fenómenos de lionização do X, pode surgir em mulheres adultas portadoras deste gene, devendo ser colocado como hipótese diagnóstica quando há história familiar, clínica e análises compatíveis.

## POA 07

### **PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO DE REPETIÇÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Isabel Muinga; António Lubanzadio; Maria Vidal; Claudio Gancho; Teresa Finde; Naima Andrade  
*Serviço de Medicina da Clínica Sagrada Esperança, Luanda-Angola*

**Introdução:** Pneumotórax (presença de gás no espaço pleural) é uma emergência médica com desfecho potencialmente fatal se não identificado e abordado correctamente. A determinação da etiologia do pneumotórax constitui um elemento fundamental na abordagem imediata e justifica em determinadas situações clínicas, continuidade de estudo após estabilização, prevenindo-se assim complicações e recorrências. A linfangiomiomatose (LAM) é uma doença rara que caracteriza-se pela presença de células

musculares atípicas nos pulmões, e constitui uma das causas de pneumotórax espontâneo de repetição. Afecta principalmente mulheres em idade fértil, com incidência entre 0.5 a 1 por 1.000.000 de mulheres no mundo. O achado imagiológico característico da doença é a presença de quistos de apresentação difusa, geralmente nos pulmões, rins e sistema linfático. A causa da LAM ainda é desconhecida, mas pensa-se estar associada a mutações nos genes TSC1 e TSC2. É uma doença progressiva e degenerativa de evolução variável e de mau prognóstico. Não há tratamento curativo, porém os inibidores de mTOR (*Mammalian Target of Rapamycin*), como o sirolimo, melhoram a qualidade de vida.

**Caso clínico:** Mulher de 38 anos, G2P2, fumadora 5 UMA, sem doença pulmonar prévia documentada. Admitida na Urgência com quadro de dispneia, toracalgia à direita, tosse seca e cansaço fácil com uma semana de evolução. Referia episódios anteriores e autolimitados semelhantes em anos anteriores, sem relação com período menstrual. Trazia consigo uma radiografia torácica de 3 anos antes que evidenciava pneumotórax à esquerda. Ao exame físico, eupneica, SpO2 97% aa, normotensa e taquicárdica. Murmúrio vesicular abolido a direita. Fez TC torácica que confirmou o diagnóstico de pneumotórax e identifica doença quística pulmonar bilateral. Submetida a pleurotomia mínima e colocação de pleurocath com melhoria clínica e imagiológica. Por impossibilidade de realizar biópsia e estudos histológico e imunohistoquímicos, para confirmação de diagnóstico, diante da gravidade do prognóstico, decidida evacuação para o exterior do país.

**Conclusões:** Deve-se suspeitar de LAM em mulheres em idade fértil, com dispneia progressiva, pneumotórax recorrente ou derrame pleural quiloso. As manifestações típicas da doença são respiratórias e têm carácter progressivo. Os achados imagiológico em TC

são muito sugestivos. O nível sérico elevado do factor de crescimento endotelial vascular D (VEGF-D) > 800 mg/L é específico da LAM e confirma o diagnóstico diante de um quadro provável. A biópsia com histologia e imunohistoquímica podem ser alternativas a este meio de diagnóstico. O transplante pulmonar único/bilateral é realizado quando outras opções não têm sucesso. A taxa de progressão da doença e a gravidade são altamente variáveis e têm relação directa com o grau de afectação respiratória.

## POA 08

### UMA COMPLICAÇÃO RARA DA MENINGITE BACTERIANA AGUDA

Ana Jorge Martins; Joana Paixão; Dilva Silva  
*Centro Hospitalar Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A meningite bacteriana aguda é uma emergência médica, que apresenta elevada mortalidade e morbilidade, estando associada a muitas complicações neurológicas. A trombose venosa cerebral é uma entidade pouco frequente e uma complicação rara da meningite bacteriana.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 71 anos, previamente autónoma. Admitida no serviço de Urgência por alteração do estado de consciência, agitação, vômitos e incontinência urinária com algumas horas de evolução, existindo história de otalgia à esquerda com uma semana de evolução. Sem antecedentes pessoais ou medicação habitual de relevo. Objetivamente, apresentava febre (39,2°C), Escala de Coma de Glasgow (ECG) 6, movimentos espontâneos do hemicorpo esquerdo, hemiparésia flácida do hemicorpo direito, anisocória com diâmetro pupilar do olho esquerdo superior ao direito e ausência de reflexo pupilar fotomotor. Foi realizada TC-CE que mostrou otomastoidite esquerda complicada com extensão intracerebral, trombose venosa cerebral dos seios sigmoides esquerdo, longitudinal superior e trans-

versos, hidrocefalia e herniação amigdalina. Apresentou rápido agravamento clínico com deterioração do estado de consciência (ECG 3) e instabilidade hemodinâmica. Foi realizada entubação orotraqueal e iniciada ventilação mecânica invasiva, fluidoterapia, suporte aminérgico, terapêutica com ceftriaxone, ampicilina, aciclovir e dexametasona e colocada derivação ventricular externa, com saída de líquido cefalorraquidiano a pressão elevada. Posteriormente, foi admitida em Unidade de Cuidados Intensivos. Analiticamente com elevação da Proteína C reativa (24,09 mg/dL) e hemoculturas negativas. O estudo do líquor mostrou proteinorráquia de 48 mg/dL e pleocitose de 25 cél/mm<sup>3</sup> com 55% de polimorfonucleares; teste PCR múltiplo meningites/encefalites negativo, exame direto com raros leucócitos e alguns cocos Gram positivo e cultura positiva para *Streptococcus pyogenes* (Grupo A) multissensível, tendo sido descalada a antibioterapia para ceftriaxone. Apesar das medidas terapêuticas instituídas, a evolução foi desfavorável resultando em óbito ao 11º dia de internamento.

**Conclusões:** A suspeição diagnóstica de meningite bacteriana e início precoce de tratamento empírico são fundamentais. A trombose venosa cerebral é uma complicação incomum, no entanto, como descrito neste caso, ocorre mais frequentemente quando a etiologia da infeção é por contiguidade como na presença de otite ou sinusite. A apresentação inicial com coma e défices neurológicos focais é mais frequente, sendo estas alterações neurológicas as que se associam a pior prognóstico.

## POA 09

### SÍNDROME HEMAFAGOCÍTICO POR LINFOMA HODGKIN “OCULTO”

Joana Varela; Joana Lopes; Mário Amaro; Maria Francisca Delerue1  
*Hospital Garcia de Orta, EPE*

**Introdução:** O síndrome hemofagocítico (SHF) é um processo de ativação imune excessiva que afeta múltiplos sistemas. Surge após um trigger infeccioso, inflamatório ou neoplásico, sendo as neoplasias responsáveis por 50%. O SHF é potencialmente fatal, sendo importante reconhecê-lo de forma urgente e identificar a causa, muitas vezes oculta.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 81 anos, seguido em consulta de hematologia há 2 meses por perda de peso (10%) em 3 meses e sudorese noturna, com achados de biópsia óssea compatível com síndrome mielodisplásico (SMD) (imunofenotipagem e medulograma sem alterações). Recorreu ao serviço de Urgência por febre (39°) mantida de 10 dias, sem sintomas ou sinais acompanhantes. Justificou-se o internamento para estudo etiológico. Apresentou ao longo do internamento hemoculturas e serologias vastas negativas. Da marcha diagnóstica inicial realizada a destacar TC toraco-abdomino-pélvica com presença de gânglios mediastínicos e hepatoesplenomegalia moderada e PET confirmando envolvimento ganglionar supra e infra-diafragmático. Foi realizada apenas biópsia ganglionar cervical. Dado a presença de febre mantida, agravamento da pancitopenia, ferritina (3071 ng/mL), triglicéridos aumentados (184 mg/dL) e hepatoesplenomegalia, assumiu-se SHF. Realizou posteriormente biópsia de medula óssea e iniciou corticoterapia. A biópsias ganglionar e a medular evidenciaram aspetos histológicos sugestivos de linfoma de Hodgkin (células de Reed-Sternberg e positividade para PAX5, CD15 e CD30). Foi transferido para hematologia para início de quimioterapia.

**Discussão:** Um dos maiores obstáculos do SHF é o seu reconhecimento urgente, podendo existir um estado latente seguido de declínio rápido. Deve ser considerada em doentes que desenvolvam disfunção multiorgânica no contexto de febre e pancitopenia progressiva. É essencial a identificação da causa pois o tratamento, para além de imunossupressão, passa por controlar a doença de base.

## POA 10

### WALLENBERG: UM AVC DELICADO FACILMENTE INDETETÁVEL

Joana Varela; Mário Amaro; Maria Francisca Delerue  
*Hospital Garcia de Orta, EPE*

**Introdução:** A síndrome de Wallenberg é a apresentação mais comum do acidente vascular isquémico da circulação posterior. Ocorre associada a lesão da artéria cerebelar lateral e pósterio-inferior, resultando em sintomas por envolvimento da região lateral medular. O diagnóstico é realizado através de um exame neurológico cuidadoso, sendo frequentemente sub-diagnosticada pela ausência de fraqueza muscular, presença de clínica parcial e pela reduzida pontuação na escala NIHSS. É de destacar a importância da elevada sensibilidade na sua deteção pela possibilidade frequente de disfunção respiratória súbita por envolvimento do centro respiratório (região ventrolateral medular).

**Caso clínico:** Sexo masculino, 50 anos, antecedentes de hipertensão arterial, hábitos tabágicos e alcoólicos marcados, foi admitido no serviço de Urgência por instalação súbita de vertigem, instabilidade na marcha, alteração da articulação verbal e dificuldade na deglutição. Ao exame neurológico apresentava pupila direita miótica associada a ptose palpebral do olho direito (síndrome de Horner), nistagmo na posição primária do olhar e gaze-evoked, sem diplopia, hipostesia algica na hemiface direita, paresia facial central direita, desvio da úvula para a direita, disartria, prova

de braços estendidos com inclinação para a direita, força global mantida, hipostesia álgica do hemicorpo esquerdo, ataxia apendicular no hemicorpo direito (NIHSS 6). A Tomografia Computorizada crânio-encefálica (CE) não revelou alterações. Ficou internado para vigilância clínica com monitorização dos sinais vitais. A destacar a ocorrência de períodos de dessaturação noturna frequentes o que motivou a monitorização durante 10 dias até ausência de novo episódio pelo risco de paragem respiratória. A ressonância magnética (RM) CE revelou a presença de uma lesão isquémica aguda no bulbo lateral direito. Considerou-se etiologia indeterminada e iniciou prevenção secundária com antiagregante e estatina.

**Conclusão:** O enfarte lateral medular ocorre sobretudo na sexta década de vida por oclusão ateroembólica e associa-se a hipertensão arterial e tabagismo. A clínica pode incluir sintomas vestibulocerebelares- vertigem, diplopia, nistagmo, ataxia apendicular, hipostesia ipsilateral da face e contralateral dos membros-, sintomas bulbares- disfagia, rouquidão, disfonia e disartria-, disfunção respiratória e autonómica- síndrome de Horner, hipersudorese, taquicardia. O gold standard diagnóstico é a RM CE. Deve ser ponderada a realização de trombólise intravenosa ou revascularização endovascular em casos específicos.

## POA 11

### VANISHING LUNG SYNDROME: FATORES DE RISCO E TRATAMENTO

Bruna Rodrigues Barbosa; Andreia Meseiro; Inês de Gouveia Bonito; Carolina Xavier de Sousa; Joana Lopes Ferreira; Laurinda Pereira; Ana Paula Pona; Teresinha Ponte; Martinho Fernandes  
*Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário*

**Introdução:** O enfisema bolhoso gigante idiopático ou *vanishing lung syndrome*, é uma condição rara e é caracterizada pela presença de grandes bolhas ocupando pelo menos um

terço do hemitórax, causando compressão do parênquima pulmonar circundante. O termo bolha gigante é usado para bolhas que ocupam pelo menos 30% num hemitórax. Esta entidade apesar de comumente ser uma consequência do tabagismo, podem ter etiologia idiopática ou ocorrer devido a outros processos, como deficiência de alfa-1 antitripsina, uso de drogas injetáveis ?? ou infecção por COVID-19.

**Caso clínico:** Homem de 57 anos, autónomo, com antecedentes pessoais: hipertensão arterial, nódulos tiroideus, síndrome depressivo, doença renal crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica tabágica (42 UMA) com enfisema pulmonar grave (diagnóstico desde 2021, acompanhamento em Pneumologia) e dislipidemia. Medicado com budesonida + formoterol + brometo de glicopirrónio 160 µg + 5 µg + 7.2 µg e salbutamol em caso de exacerbação. Recorre ao serviço de Urgência por agudização da patologia pulmonar, após ter estado a efetuar trabalhos de pintura. Na admissão, doente apirético, com pressão arterial sistólica de 200 mmHg, normocárdico, com saturação periférica de 96% com suplementação de oxigénio por máscara facial a 4L/min. À auscultação pulmonar broncospasmo acentuado. Realizou 200 mg de hidrocortisona, 2 mg de morfina, 2 mg de dinitrato de isossorbida e terapêutica broncodilatadora. Laboratorialmente sem alterações de relevo. Radiografia de tórax com hipotransparência na metade inferior do hemitórax direito, com suspeita de bolha de enfisema. Tomografia computadorizada revelou enfisema pulmonar severo, com presença de extensa imagem de conteúdo quase inteiramente gasoso, centrada nos campos pulmonares inferior e médio à direita (contexto de enfisema bolhoso gigante nesta região? *vanishing lung syndrome?*). Repetiu terapêutica broncodilatadora com melhoria do quadro, suspendeu-se gradualmente a oxigenoterapia com tolerância,

doente teve alta com indicação para manter seguimento em Pneumologia.

**Conclusões:** Esta entidade é frequentemente detectada por uma radiografia de tórax. Quando o doente está assintomático não é necessária terapêutica específica, para além da cessação tabágica. Caso existam sintomas, para além da cessação tabágica, é necessária a otimização da terapêutica médica e de suporte para a doença pulmonar obstrutiva crónica. Para doentes com alívio inadequado da dispneia com terapêutica médica e reabilitação pulmonar, a bulectomia VATS (*video-assisted thoracoscopic surgery*) pode proporcionar uma melhoria sintomática e funcional, a qual permite a reexpansão do tecido pulmonar comprimido e a resolução completa dos sintomas.

## POA 12

### EMERGÊNCIAS CARDIOVASCULARES NA PERIFERIA

Monique Correia Alves; Cátia Cunha Ribeiro; Raquel Moniz; Diana Mimoso; Beatriz Exposito  
*CHTMAD*

**Introdução:** As emergências cardiovasculares são prevalentes no serviço de Urgência (SU) e causa importante de morbimortalidade. Nas unidades sem apoio presencial da Cardiologia, Cirurgia Vasculuar ou Medicina intensiva, o especialista em Medicina Interna é o gestor de todas as emergências. Os autores apresentam uma serie de casos representativos dos desafios com que se deparam habitualmente no serviço de Urgência de um hospital periférico.

**Casos clínicos:** - Homem, 46 anos, autónomo. Recorreu ao SU, por dor torácica. Eletrocardiografia (ECG) em ritmo sinusal (RS) 70 batimentos/minuto (b/min). Supra-desnívelamento do Segmento ST (S-ST) em V3. Contactada Cardiologia de referência. Seguido protocolo terapêutico. Aquando da transferência, doente desenvolve fibrilação ventricular. Foi

desfibrilhado, estabilizado e transferido para a unidade de hemodinâmica (60 km). Coronariografia revelou oclusão trombótica aguda da coronária direita, realizada angioplastia, sem imagem de estenose e obtenção de fluxo distal TIMI 3.

- Mulher, 80 anos, autónoma. Recorreu ao SU por dor torácica irradiada ao membro superior esquerdo, nauseada, com sensação de morte iminente. ECG a revelar RS Fc 78 b/min com S- ST nas derivações V1-V6. Realizado protocolo terapêutico. Transferida para a unidade de referência (60 km). Coronariografia revela tronco comum com estenose 50% na origem, descendente anterior com 70%, coronária direita com doença parietal em todos os segmentos. Angioplastia primária com bom resultado final, sem imagem de estenose residual e fluxo distal TIMI3.

- Mulher, 78 anos, autónoma. Sincopes em investigação com Holter em ambulatório a revelar pausas de 3.9 segundos (s). Recorreu ao SU por agravamento da astenia. Objetivada anemia. Em telemetria pausas superiores a 5s, mesmo após resolução da anemia. Necessidade de Isoprenalina. Transferida para Cardiologia (60 km) para colocação de pacemaker definitivo.

- Homem, 72 anos, autónomo, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao SU por dor localizada ao esófago, associada a náuseas e mau estar geral. TAC de tórax revelou aneurisma com disseção da aorta tipo B de stanford. Após estabilização clínica transferência para a unidade de Cirurgia Vasculuar de apoio à urgência (150 km).

**Conclusão:** Num hospital da periferia acresce ao desafio do diagnóstico a rápida intervenção e estabilização do doente em situações emergentes para um transporte seguro e em tempo útil.

## POA 13

### **PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE, AGUDIZAÇÃO EM CONTEXTO INFECCIOSO**

Filipe Borges Rodrigues; Cristina Santos;  
Teresa Rodrigues; Gustavo Reis; Inês Ambrosio;  
Mariana Moniz Ramos  
*Hospital de Santarém*

**Introdução:** A pneumonite de hipersensibilidade (PH) ou alveolite Alérgica extrínseca (AAE), é uma doença pulmonar granulomatosa, que resulta da exposição recorrente e sensibilização a partículas orgânicas inaladas (fungos, proteínas das aves) mas também de natureza química (anidridos). Uma grande variedade de poeiras, podem induzir doença pulmonar manifestando-se como um processo inflamatório de predomínio mononuclear, que frequentemente se organiza em granulomas e evolui para fibrose.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino com 33 anos, natural do Paquistão, a residir em Portugal há cerca de um ano, que recorreu ao serviço de Urgência (SU), por dispneia com cerca de 2 meses de evolução de instalação progressiva, motivo pelo qual já tinha recorrido ao SU em diversas ocasiões no último mês, tendo sido medicada com terapêutica sintomática, sem melhoria das queixas. Nesta ocasião apresentava à admissão saturações periféricas de O<sub>2</sub> na ordem dos 80% em ar ambiente, cansaço para pequenos esforços e febre de 38,1°C. Do exame objectivo destacava-se polipneia e à auscultação pulmonar sibilância dispersa. Do exame analítico realça-se pesquisa de Metapneumovirus positiva, gasimetria em ar ambiente com pO<sub>2</sub> 49,2 mmHg, leucocitose com neutrofilia e PCR de 4,62 mg/dL. Realizou em SU TC-torácica que revelou achados compatíveis com pneumonite de hipersensibilidade subaguda. Foi neste contexto internada por PHS subaguda com insuficiência respiratória parcial grave. Iniciou corticoterapia sistémica

(prednisolona 1 mg/kg) e foi instituída reabilitação respiratória diária.

**Conclusões:** A doente apresentou evolução clínica e gasimétrica favoráveis, acompanhada de melhoria radiológica. Neste caso revê-se a importância da colheita de história clínica e da sua correlação com o exame objectivo, colocando hipóteses diagnósticas e a possibilidade da sua confirmação por meios complementares de diagnóstico disponíveis no SU, permitindo a intervenção terapêutica precoce e orientação adequada do doente.

## POA 14

### **MASSA CERVICAL ABCEDADA... HÁ ANIMAIS POR PERTO?**

Eduarda Jordão; Beatriz Lima, Bárbara Baptista;  
Sara Faria; Patrícia Almeida; Isabel Bessa;  
Susana Magalhães; Abílio Gonçalves  
*Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE*

**Introdução:** A *Pasteurella* é um pequeno cobicilo gram-negativo, anaeróbio facultativo, presente nas mucosas da cavidade oral de cães e gatos. Origina infeção por mordedura ou arranhadela, podendo desencadear quadros infecciosos graves, especialmente em indivíduos imunocomprometidos e com potencial envolvimento respiratório, meníngeo e hematológico.

**Caso clínico:** Homem, autónomo, de 87 anos, que recorreu ao serviço de Urgência por quadro odinofagia, disфонia e disfagia, com 24 h de evolução e agravamento progressivo. Sem noção de febre. Residente em meio rural e em contacto com cão e gato, sem qualquer evidência de arranhadela ou mordedura recente. Como antecedentes relevantes, apresentava hipertensão arterial mal controlada e neoplasia da próstata em tratamento. Ao exame objetivo, o doente apresentava-se apirético e hemodinamicamente estável. À inspecção da orofaringe visualizava-se eritema palatino sem exsudato, sendo possível palpar massa cervical dolorosa, imóvel e sem adenomega-

lias adjacentes. Analiticamente com elevação dos marcadores inflamatórios. Realizou TAC cervical que demonstrou “massa hipodensa, de captação heterogênea irregular, em topografia pós-cricóide, mediana e paramediana bilateral com 28x21,5x18mm...ponderar natureza tumoral...sobreposição infecciosa não pode ser excluída.” Posto isto, foram colhidas hemoculturas e o doente iniciou antibioterapia empírica com cefazolina e metronidazol, mantendo vigilância ao cuidado da Medicina Interna e consultadoria com ORL. Verificou-se uma eficaz resposta à terapêutica, com melhoria sintomática e analítica, com significativa redução da tumefação cervical. Ao 6º dia de tratamento, foram isoladas nas hemoculturas colónias multissensíveis de *Pasteurella multocida*, confirmando a etiologia infecciosa do quadro clínico, pelo que teve alta medicado com amoxicilina e ácido clavulânico. Em consulta, o doente apresentava-se com bom aspeto geral, sem massa cervical palpável, mantendo apenas disfonía ligeira, a aguardar avaliação por ORL. **Conclusões:** Os autores intendem alertar para a habitual não identificação da porta de entrada nas infeções invasivas a *Pasteurella*, o que dificulta o diagnóstico precoce e reforça a importância da história clínica detalhada e colheita microbiológica. Ainda, alertar que apesar da gravidade clínica, em particular nos doentes imunocomprometidos, estas infeções são facilmente tratadas com antibióticos comuns, dada a parca existência de resistências farmacológicas.

## POA 15

### INSUFICIÊNCIA SUPRA-RENAL AGUDA – UMA ENTIDADE POR VEZES ESQUECIDA.

Christine Canizes; João Peixoto; Ana Rita Ramalho; Bernardo Belchior; Daniela Marado  
*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra*

**Introdução:** A insuficiência supra-renal aguda é uma condição ameaçadora de vida, que pode ocorrer em até 50% dos doentes com doença de Addison, tendo como uma das principais causas, as intercorrências infecciosas. Sintomas típicos e/ ou hipotensão refractária a fluidoterapia em doentes com insuficiência supra-renal conhecida, deve levar à administração imediata de hidrocortisona 100 mg, seguida de 200 mg ev/im nas próximas 24h.

**Caso clínico:** Homem de 79 anos, com antecedentes de Doença de Addison, sob Hidrocortisona 10 mg + 5 mg. Recorre ao serviço de Urgência (SU) por quadro de febre e desorientação, sem outra clínica focalizadora. À chegada consciente e orientado, taquicárdico (FC 101 bpm), febril (T<sup>a</sup> 39,6°C), mas hemodinamicamente estável (TA 101/64 mmHg). Estudo analítico mostrou elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR 14,66 mg/dL), mas RX tórax e sumária de urina não sugestivas de infecção respiratória ou tracto urinário. Inicou fluidoterapia, mantendo-se em vigilância, com posterior indicação para alta com cefuroxima e azitromicina. No decorrer da permanência no SU, apresentou quadro de hipotensão (TA 82/56 mmHg), refractária a fluidoterapia, tendo sido iniciado suporte vasopressor, hiperlactacidémia (4.2 mmol/L) e insuficiência respiratória grave (pO<sub>2</sub> 47 mmHg) com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo. Foi assumido choque séptico de ponto de partida indeterminado, e insuficiência supra-renal aguda, pelo que iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e corticoterapia com hidrocortisona 50 mg 6/6h

ev, aguardando confirmação de ATCH e cortisol. Apesar da terapêutica instituída, doente letárgico, em anúria com necessidade de hemodiálise. Foi descartada infecção do sistema nervoso central; no entanto dada identificação de bacilo gram positivo em hemocultura, escalou-se antibioterapia para piperacilina + tazobactam e ampicilina. Confirmou-se insuficiência aguda da supra-renal, com cortisol baixo (1.3 ug/ml) e ACTH elevada (106 pg/ml), aumentando-se hidrocortisona para 100 mg 6/6h. Verificou-se progressiva melhoria clínica, com suspensão de suporte vasopressor ao 3º dia de permanência e boa resposta à antibioterapia instituída.

**Discussão:** A insuficiência supra-renal aguda apesar de incomum, tem uma elevada taxa de mortalidade. Os autores apresentam um caso de insuficiência supra-renal aguda secundária a patologia infecciosa, realçando a importância do seu reconhecimento precoce e instituição imediata de corticoterapia em doses adequadas, independentemente de esperarmos pela sua confirmação analítico ou causa etiológica.

## POA 16

### LESÕES VESICULARES: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Rafael Pinheiro Ramos; Rita Soares Costa;  
Joana Fontes; Maria Manuel Costa  
*Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE /  
Hospital de S. Sebastião*

**Introdução:** As lesões cutâneas são um motivo frequente de ida ao serviço de Urgência (SU), com características sugestivas de variados diagnósticos. A presença de sintomatologia adicional, como febre, pode tanto auxiliar como constituir um fator confundidor na marcha diagnóstica.

**Caso clínico:** Mulher de 28 anos, trabalhadora em limpezas, com antecedentes de herpes labial recorrente, sem medicação habitual ou alergias conhecidas. Recorreu ao SU por lesões vesiculares pruriginosas indolores com

1 dia de evolução, inicialmente nos membros inferiores, com progressão para o tronco e membros superiores. Referia ainda síndrome febril com 3 dias de duração na semana precedente, mas com resolução 2 dias previamente ao aparecimento das lesões, bem como uma lesão labial com 3 dias de evolução, compatível com herpes labial. Sem picadas/mordeduras animais conhecidas, alterações dos hábitos alimentares ou introdução recente de medicação/produtos de aplicação cutânea/detergentes. Sem conviventes afetados, contexto epidemiológico de relevo, contactos sexuais ou consumos tóxicos de risco. À observação, apresentava lesões vesiculares com halo eritematoso dispersas pelo tronco e membros, com distribuição simétrica, sem atingimento da face, mucosas ou couro cabeludo. Destacava-se uma lesão em crosta após rotura espontânea, com drenagem de conteúdo seroso (figuras 1 e 2). No estudo complementar não se verificaram alterações analíticas de relevo, realçando-se serologias compatíveis com infeção passada por Herpes e pesquisas por PCR negativas referentes a herpes simplex, varicella zoster e DNA Mpx em amostras vesiculares. A doente iniciou terapêutica com anti-histamínico oral e tópico e, após reavaliação na mesma semana, atendendo à evolução das lesões (figura 3) e ausência de outra sintomatologia, foi presumido o diagnóstico de prurigo estrófulo, tendo sido adicionado corticoide sistémico e tópico ao esquema terapêutico, com melhoria sintomática e remissão das lesões.

**Conclusões:** O prurigo estrófulo corresponde a uma dermatose enquadrável numa reação de hipersensibilidade à saliva de artrópodes. É geralmente autolimitado, cursando com lesões papulares eritematosas, por vezes com evolução para lesões vesiculares/bolhosas, habitualmente em áreas da pele expostas a picadas, sendo o prurido intenso associado um sintoma frequentemente presente.

O diagnóstico baseia-se nas características típicas das lesões e história clínica sugestiva. No caso descrito, a síndrome febril precedente ao aparecimento das lesões constituiu um fator confundidor, ditando a necessidade de exames complementares. Realça-se a importância do reconhecimento de padrões característicos de doença complementados pela elaboração de uma história clínica completa, atendendo à frequência de observação de lesões cutâneas no SU e o seu vasto diagnóstico diferencial.



**POA 17**  
**DIFICULDADES INERENTES**  
**AO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA ONCOLÓGICA**  
**EM DOENTE COM PATOLOGIA ADITIVA**  
**COMÓRBIDA**

Patrícia Albuquerque; Bernardo Belchior;  
Ana Margarida Abrantes; Pedro Rocha;  
Joana Paixão; Jorge Fortuna; Lélita Santos  
*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** O diagnóstico de doença oncológica nos doentes com patologia aditiva comórbida é especialmente complexo e desafiante atendendo a variáveis de natureza clínica mas também sócio-económicas. Se, por um lado, existem factores de risco específicos para doença oncológica com prevalência aumentada nesta população, há que ter, igualmente, em consideração outras variáveis, em concreto, o isolamento social, as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde e factores individuais de vulnerabilidade, em particular, a co-morbilidade psiquiátrica.

**Caso clínico:** Homem de 47 anos, ex utilizador de drogas endovenosas, em programa de substituição de opióides, sob protocolo com

metadona, enviado ao serviço de Urgência por crise hipertensiva e alterações neurológicas com dois dias de evolução, que incluíam cefaleias, desequilíbrio e diminuição de força dos membros inferiores. Realizou TC-CE que evidenciou múltiplas lesões cerebrais, abrangendo ambos os hemisférios com edema vasogénico associado. Analiticamente, com discreta elevação de parâmetros inflamatórios. Atendendo aos antecedentes do doente e características imagiológicas, sugeriu-se como primeira hipótese diagnóstica, abscessos cerebrais, sugestivos de criptococcose, tendo iniciado terapêutica empírica com ceftriaxone, metronidazol e vancomicina, que cumpriu durante 20 dias. Para avaliação da eficácia terapêutica, repetiu TC-CE que foi sobreponível à prévia, levantando, em alternativa, a hipótese de metastização cerebral. Assim, e considerando tabagismo activo, realizou TC torácica que identificou lesão expansiva no lobo inferior esquerdo, sugestivo de lesão neoplásica primitiva pulmonar. Após biópsia e estadiamento, diagnosticou-se um adenocarcinoma primário do pulmão em estadio IV-B (metastização cerebral múltipla, óssea costal e adenopatias abdominais). Por intercorrência, desenvolve pneumonia nosocomial com ARDS pelo que iniciou antibioterapia de amplo espectro. Analiticamente, com citocolestase e hiperbilirubinémia de novo, tendo a ecografia abdominal evidenciado trombose da veia porta. A degradação clínica progressiva, apesar dos esforços terapêuticos, impediu a radioterapia programada, tendo-se verificado o óbito, cerca de 2 semanas após o diagnóstico.

**Conclusão:** Este caso visa salientar a importância da abordagem holística e multidisciplinar dos doentes, considerando os seus antecedentes e factores de risco, factos que podem ter um papel preponderante no diagnóstico atempado e com potencial impacto na sobrevivência de doentes, em particular, com patologia aditiva.



### PO 01

#### **CARCINOMA TÍMICO EM DOENTE COM INFEÇÃO A HIV – A PROPÓSITO DUM CASO CLÍNICO**

Carlos M Nancassa; Adelaide Figueiredo;  
João Cruz Cardoso; Viktor Baiherych  
*Hosp. Distrital Santarem*

**Introdução:** O carcinoma mico é uma neoplasia rara do epitélio tímico, representando <1% das neoplasias malignas do timo, com comportamento agressivo, altas taxas de metástases e predisposições as recorrências conferindo o pior prognostico. Afeta mais homens, com a idade media entre 50 a 60 anos. Raramente associa-se síndromes paratímicas (como a miastenia gravis e outras), apresentando ao diagnostico a doença avançada com invasão de estruturas mediastínicas contíguas com dor torácica, tosse, dispneia, menos comumente a paralisia do nervo frénico ou síndrome da veia cava superior. O diagnostico definitivo baseia-se em correlação clínica, radiológica e anatomopatológica cuidadosa uma vez que não existem características morfológicas e imunofenotípicas únicas. A abordagem multimodal envolvendo ressecção cirúrgica alargada, quimioterapia e radioterapia representam a abordagem terapêutica preferida.

**Caso clínico:** Masculino, 65 anos, caucasiano, com antecedentes pessoais de enfarte agudo do miocárdio inferior submetido angioplastia da coronária direita distal, infeção a HIV, medicado com acido acetilsalicílico, bisoprolol, ramipril, pravastatina e bictarvy. Admitido no

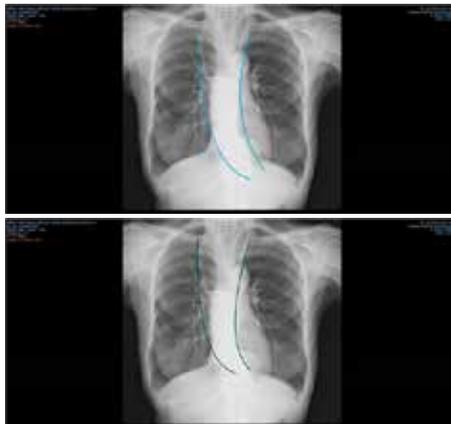
serviço da urgência por dor torácica e lombodorsal a esquerda tipo moimha que agrava em posição supina, não associada aos esforços físicos, com febre, sudorese noturna, anorexia, perda ponderal e dispneia há 1 mês. O exame objetivo febril sem outras alterações. Dos exames realizados (radiografia, tomografia e ressonância magnética) revelaram massa mediastínica anterior com envolvimento da aorta torácica, pericárdio, nódulos pleurais, adenopatias e doença metastática óssea da coluna dorsal. Os exames laboratoriais incluindo os marcadores tumorais estavam normais. Posteriormente submetida cirurgia torácica vídeo-assistida com biopsia pleural que mostrou aspectos morfológico e perfil imunofenotípico favorável ao diagnóstico de carcinoma de origem tímico. Nesse contexto foi referenciado ao IPO, onde cumpriu radioterapia paliativa antiálgica, iniciou quimioterapia com carboplatina e paclitaxel e *follow-up*. **Discussão:** Dada a baixa incidência, ausência de biomarcadores precoce, um sistema de estadiamento mais precisos e estudos prospetivos randomizados, faz com que esta neoplasia requer especial atenção. Este caso clínico destaca-se pela sua raridade e, por isso, constitui um desafio diagnostico.

## PO 02

### ACALÁSIA – A IMPORTÂNCIA DA RADIOGRAFIA COM CONTRASTE NO DIAGNOSTICO INICIAL

Carlos M. Nancassa; Adelaide Figueiredo;  
João Cruz Cardoso; Viktor Baiherych  
Hosp. Distrital Santarem

**Introdução:** Feminino, 56 anos, caucasiana, recorreu ao serviço de Urgência por disfagia para líquidos e sólidos e dor retrosternal há 1 ano. Na esofagograma baritada observou-se imagem de adição mediastínica de formato cónico de vértice inferior mimetizando lápis afiado hipotransparente ate ao botão aórtico sugerindo dilatação a montante do esófago. O estudo com endoscopia digestiva alta (EDA) e tomografia computadorizada mostraram esófago dilatado e tortuoso, afilamento terminal sem aparente alteração da mucosa, ultra-passável com ressalto, sem espessamento parietal e sem causa obstrutiva, alterações sugestivas de acalásia. Fez manometria esofágica que confirmou o diagnostico. O nosso trabalho visa reforçar atenção da importância de radiografia torácica com contraste no estudo inicial da disfasia.



## PO 03

### DA DORSOLOMBALGIA AO MIELOMA MÚLTIPLO: UM CAMINHO A NÃO ESQUECER

Catarina Dos Santos Reis; Francisco Santos Dias;  
Joana Santos; Ana Ribeiro; Jorge Almeida;  
Maria João Oura  
Centro Hospitalar de S. João, EPE

**Introdução:** O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica maligna, de etiologia desconhecida que se caracteriza pela expansão plasmocitária clonal na medula óssea. O atingimento ósseo é uma complicação frequente e grave, associandose a elevada morbimortalidade, mas subdiagnosticado numa percentagem significativa de doentes.

**Caso clínico:** Mulher de 76 anos, com hipertensão arterial, obesidade mórbida, SAOS grave e patologia osteoarticular da coluna dorsal e lombar. Clínica de dorsolombalgia com cerca de 3 meses de evolução, refratária à analgesia e fisioterapia, que condicionou inúmeros contactos médicos previamente. Recurso ao serviço de Urgência por agravamento das queixas algícas supracitadas, astenia intensa e anorexia com 1 semana de evolução. Objetivamente, sem compromisso neurológico. Realizou radiografia dorso-lombar seguido de ressonância magnética da coluna dorso-lombar que revelou fraturas em D8, D11, L1, com massa de tecidos moles de D10 a D12 condicionando moldagem ténue do cordão medular. Iniciado repouso absoluto no leito com dorsolombostato. Analiticamente com anemia (Hb 9 mg/dL) e hipercalcemia (cálcio ionizado de 5,04 mg/dL). Tomografia computadorizada toracoabdominopélvica excluiu envolvimento orgânico. A eletroforese de proteínas evidenciou pico monoclonal IgA kappa elevada na imunofixação sérica e urinária, beta-2-microglobulina aumentada e proteinúria de Bence-Jones com aumento significativo das cadeias livres kappa (relação kappa/lambda aumentada). O mielograma revelou 7% de plasmócitos. Assumido diagnóstico de MM sintomático IgA Kappa risco ISS III, tendo iniciado terapêutica de indução

(bortezomib melfalano, dexametasona) e radioterapia externa sobre D10 a D12, com boa resposta imagiológica e clínica.

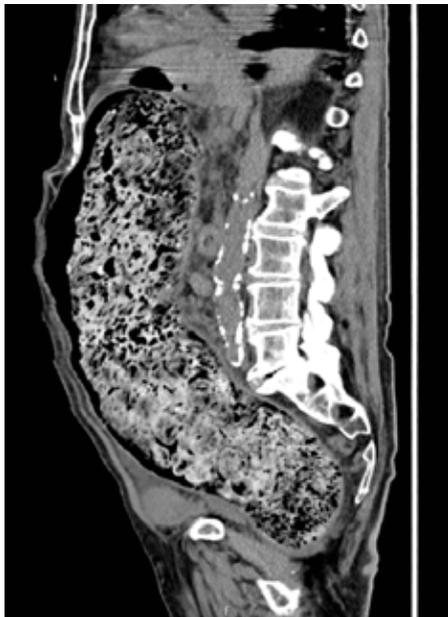
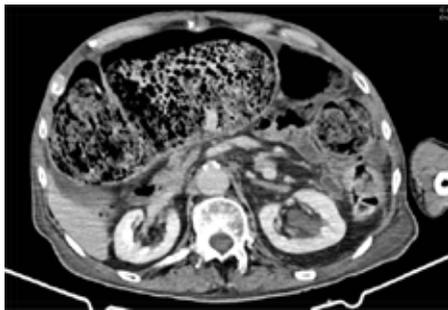
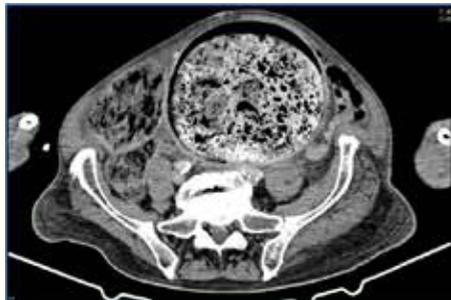
**Conclusão:** A apresentação clínica do MM é heterogênea e o seu diagnóstico desafiante. Este caso ilustra a importância do diagnóstico diferencial de um sintoma frequente e despercebido no serviço de Urgência, a lombalgia, com ênfase para as causas menos comuns tantas vezes esquecidas.

#### PO 04

### A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO DA OBSTIPAÇÃO CRÔNICA NO DOENTE IDOSO

Catarina Santos Reis; Paula Ferraz; Adriana Luísa Costa; Isabel Camões; Jorge Almeida; Maria João Oura; Helena de Oliveira  
*Centro Hospitalar de S. João, EPE*

Homem de 84 anos, totalmente dependente por demência vascular, com esquizofrenia e obstipação crônica, admitido por vômitos e obstipação desde há 8 dias. Apresentava massa pétreo palpável nos quadrantes esquerdos do abdômen; com lesão renal aguda AKIN 3 oligoanúrica e hiperlactacidemia. Imagens a revelar exuberante fecaloma (15x30 cm) desde o cólon sigmóide ao epigastro. Estratégia terapêutica com laxantes, enemas e extração manual ineficaz, culminando em morte. A obstipação crônica apresenta um impacto significativo na qualidade de vida do idoso. Mesmo quando agressivamente tratadas, as causas e complicações da exacerbação aguda podem conduzir à morte.



#### PO 05

### DISSEMINAÇÃO ENDOBRÔNQUICA DE TUBERCULOSE PULMONAR

Helena de Oliveira; Diogo Gonçalves Santos; Rúben Costa; Adriana Costa; Cristina Marques Baptista; Tiago Valente; Ana Luísa Rodrigues; Marta Patacho; Jorge Almeida  
*Centro Hospitalar de S. João, EPE*

**Introdução:** Os pulmões correspondem ao principal local de infecção primária por *Mycobacterium tuberculosis* (MTC). A tuberculose pulmonar (TB) endobrônquica corresponde à doença tuerculosa com envolvimento da árvore traqueobrônquica podendo desenvolver-

-se por extensão direta para os brônquios a partir de um foco de parênquima adjacente ou por disseminação de organismos para os brônquios por secreções infectadas.

**Caso clínico:** Homem, 64 anos, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crônica, hepatite C crônica (perda de seguimento em 2016), abuso crônico do álcool e ex-toxicodependente (sob terapêutica de substituição com metadona). Admitido no serviço de Urgência por dispneia e tosse com expectoração hemoptóica associada a quadro constitucional com 1 mês de evolução. Objetivada insuficiência respiratória hipoxêmica e auscultatoriamente com diminuição bilateral dos sons respiratórios. Analiticamente com leucocitose (10640/UL) e neutrofilia (88%) e elevação de PCR (172 mg/dL). Radiografia torácica com infiltrados pulmonares bilaterais. Realizada colheita de secreções traqueobrônquicas com pesquisa do DNA MTC positiva e pesquisa do vírus de inumodeficiência humana (VIH) com resultado negativo. Internado ao cuidado de Pneumologia tendo iniciado terapêutica antibacilar com HZRE (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol).

**Discussão:** O diagnóstico de TB resulta da integração de dados clínicos, analíticos e imagiológicos. Doentes com manifestações clínicas (tosse, febre vespertina, hipersudorese noturna, perda ponderal e adenomegalias) e com contexto epidemiológico (história de infecção prévia por TB ou doença, exposição conhecida ou possível à TB e/ou residência anterior ou atual ou viagem para uma área onde a TB é endêmica) devem levantar a suspeita de TB e motivar a sua pesquisa ativa. O diagnóstico é definitivamente estabelecido pela identificação de MTC de uma secreção ou fluido corporal.



## PO 06

### TROMBOCITOPENIA INDUZIDA PELA HEPARINA

Helena de Oliveira; João P. Rocha; Maria João Oura; Mariana Lobo<sup>1</sup>; Margarida Paraíso; Carla Andrade; A. Vieira-Lopes; Jorge Almeida  
*Centro Hospitalar de S. João, EPE*

**Introdução:** A trombocitopenia induzida pela heparina (TIH) resulta da exposição a heparina com formação de autoanticorpos contra o complexo FP4-heparina, conduzindo a fenómenos trombóticos por ativação plaquetária e a trombocitopenia, quer por consumo, quer por remoção das plaquetas pelo sistema reticuloendotelial.

**Caso clínico:** Homem, 60 anos, com antecedentes de cardiopatia valvular reumática e fibrilhação auricular hipocoagulada com varfarina, recorreu ao serviço de Urgência 3 dias após ter sido submetido a hemorroidectomia por dispneia para pequenos esforços, tendo suspenso varfarina 5 dias antes da intervenção cirúrgica e tido alta sem retomar hipocoagulação. Analiticamente, com trombocitopenia (130000/uL), elevação de D-dímeros (0,66), INR infraterapêutico (1,3) e angio-TC torácico a evidenciar TEP subsegmentar de baixo risco. Iniciou hipocoagulação com heparina não fracionada (HNF) com agravamento posterior de trombocitopenia (mínimo

112000/uL com prévio de 277000/uL) e anti-PF4 positivos, pelo que foi diagnosticada TIH, suspensa perfusão de HNF e iniciado argatroban com ponte de varfarina com recuperação de contagens plaquetárias.

**Discussão:** O diagnóstico de TIH resulta da integração de dados clínicos e analíticos, devendo ser ponderada em doentes medicados com heparina no momento ou nos 10 dias precedentes que tenham trombocitopenia de novo, descida superior a 50% da contagem de plaquetas, fenómenos trombóticos ou lesões necróticas nos locais de administração de heparina. A suspeição diagnóstica deve ser elevada dado que a instalação da trombocitopenia frequentemente antecede os fenómenos trombóticos que são causa major de morbimortalidade nestes doentes. A suspensão atempada da heparina com administração de hipocoagulantes não heparínicos diminui a probabilidade de complicações e melhora o prognóstico.

## PO 07

### AVC HEMORRÁGICO CATASTRÓFICO

Helena de Oliveira; Ana Cristina Peixoto; Catarina Reis; Ana Catarina Alves; Helena Costa e Silva; Rúben Costa; Marta Patacho; Jorge Almeida  
*Centro Hospitalar de S. João, EPE*

**Introdução:** A hemorragia intracerebral (HIC) é a segunda causa mais comum de acidente vascular cerebral (AVC), no entanto é responsável por uma enorme morbimortalidade cerebrovascular. Os objetivos do tratamento inicial incluem prevenir a expansão da hemorragia, monitorizar e controlar a pressão intracraniana bem como outras complicações neurológicas e médicas.

**Caso clínico:** Homem, 84 anos, com antecedentes de bloqueio auriculoventricular de 1º grau (com implantação de pacemaker por síncope de repetição) e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e hipertensão pulmonar de provável grupo 3. Admitido no serviço de Urgência por náuseas com cerca

de 7 dias de evolução em agravamento, sem vômitos. Doente incapaz de fornecer história, hemodinamicamente estável, som dor à palpação abdominal, desorientado, pouco colaborante no exame neurológico mas sem aparentes défices (ECG 13/15). Analiticamente com hiponatremia grave ( $\text{Na}^+$  119 mEq/L), hipoclorémia e elevação de BNP (380 pg/mL). Enquanto aguardava realização de TC cerebral com evolução rápida em postura de descerebração e aparente babinsky bilateral (ECG 4/15) tendo sido transferido para a sala de emergência. TC cerebral e angio-TC com extensa hemorragia tempo-parieto-occipital esquerda e fossa posterior com inundação ventricular e desvio da linha média associado, sendo que a interpretação do estudo angiográfico (para tentativa de exclusão da presença de malformações arteriovenosas e/ou formações aneurismáticas) foi impossibilitada pela sobreposição do elevado conteúdo hemático. Discutido benefício de craniotomia de descompressão com Neurocirurgia que atendendo à gravidade clínica considerou o doente não candidato a intervenção cirúrgica, tendo o mesmo falecido cerca de 24 horas após a admissão. Um dos principais marcadores de prognóstico nas HIC agudas corresponde ao volume da hemorragia na TC cerebral inicial sendo que a extensão intraventricular é um preditor de mau prognóstico.



## PO 08

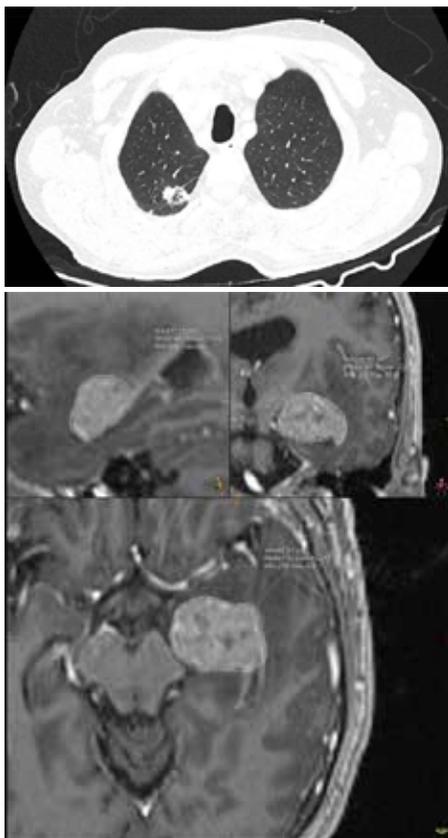
### LOE CEREBRAL COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ADENOCARCINOMA PULMONAR METASTIZADO

Helena de Oliveira; Rúben Costa; Patrícia Gomes; Joana A. Lopes; Rita Pinho; Maria João Oura; Marta Patacho; M. João Lima; Jorge Almeida  
*Centro Hospitalar de S. João, EPE*

**Introdução:** As neoplasias pulmonares correspondem à principal causa de morte por doença oncológica em Portugal com incidência e prevalência crescentes. A maioria dos pacientes apresenta doença avançada à data de diagnóstico o que pode traduzir o comportamento agressivo da doença e a frequente ausência de sintomas até que a mesma se encontre localmente avançada ou metastizada.

**Caso clínico:** Homem, 60 anos, com antecedentes de cirrose hepática de etiologia alcoólica e vírica (hepatite B crónica), ex-toxicodependente (sob terapêutica de substituição com metadona) e fumador ativo (CT 50 UMA), admitido no serviço de Urgência por hemiparésia direita por lesão ocupante de espaço (LOE) cerebral com edema vasogénico e hidrocefalia obstrutiva (Imagem 1). Submetido a 2 tentativas mal sucedidas de colocação de derivação ventricular externa e iniciado tratamento com corticoterapia sistémica, com posterior reversão total dos défices neurológicos. Internado no serviço de Medicina Interna tendo realizado RMN cerebral com lesão compatível com glioblastoma ou lesão metastática. Realizado TC-toraco-abdomino-pélvico com lesão pulmonar no lobo superior direito e múltiplas adenomegalias hilares e supraclaviculares (Imagem 2). Submetido a biópsia aspirativa transtorácica com análise imuno-histoquímica compatível com adenocarcinoma pulmonar com alteração no gene Myc. Diagnosticado formalmente com adenocarcinoma pulmonar estadio IV (metastização cerebral e ganglionar), proposto para radio-

terapia holocraniana e encaminhado para consulta externa de Pneumologia Oncológica. **Discussão:** LOE no sistema nervoso central podem ser decorrentes de múltiplas causas, principalmente tumorais, sendo as metástases as mais frequentes. As características da RMN da LOE podem ser inespecíficas sendo por isso necessária uma abordagem holística com pesquisa ativa de uma neoplasia noutra localização seguida de um estudo anatomo-patológico adequado que permita a obtenção do diagnóstico definitivo.



## PO 09

### A PONTA DO ICEBERG – UM CASO DE METASTAZIAÇÃO

Soraia Pinho Duarte; Bárbara Lemos;  
Mauro Gomes Marques; Joana Pereira Moniz;  
Diana Fernandes; Renato Saraiva  
*Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André*

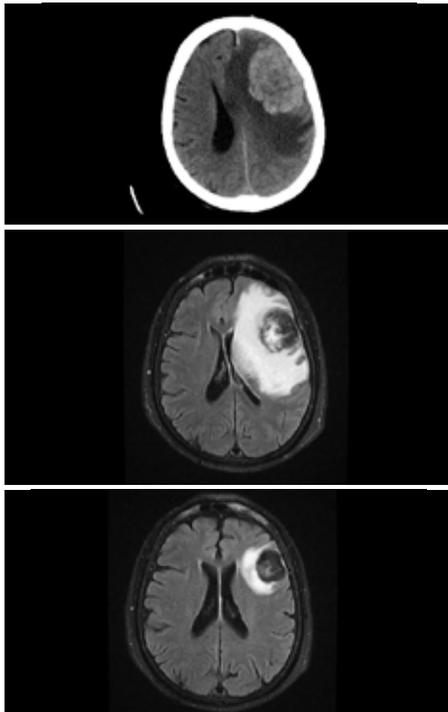
**Introdução:** As metástases cerebrais são uma complicação comum a várias neoplasias e o tipo mais frequente de tumor cerebral. As neoplasias que mais frequentemente metastizam para o cérebro são as do pulmão, mama e o melanoma, contudo, outras neoplasias podem também estar envolvidas e a sua pesquisa não deve ser descurada. Pese embora o baixo potencial curativo das neoplasias e consequente metastização, a sobrevivência a longo prazo e a palição são possíveis com efeitos adversos mínimos para os pacientes. Como tal e a fim do mesmo ser possível, estes quadros devem ser abordados e orientados rapidamente. **Caso clínico:** Mulher, 52 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu ao serviço de Urgência (SU) por parestesias frontais com 6 horas de evolução, sem outros défices neurológicos. Realizou TC CE que demonstrava lesão ocupante de espaço, caracterizada por RM-CE como metástase com hemorragia intra-lesional (imagem M1).

A doente foi posteriormente internada e o estudo da neoplasia primária revelou adenocarcinoma do recto distal estadio IV com metastização hepática e pulmonar. Foi orientada para quimioterapia, radioterapia e cuidados paliativos sendo que a doente não compareceu às consultas agendadas.

Três meses depois, recorre ao SU por prostração, realiza TC CE com aumento das dimensões da lesão e efeito de massa (imagem M3 e M2). A doente acabou por falecer.

**Conclusões:** A neoplasia do recto não metastiza frequentemente para o cérebro, daí a importância de um estudo alargado destes doentes. Pre-

tende-se com este caso alertar para a valorização das queixas e avaliação cuidada do doente, a fim de uma identificação precoce de doenças rapidamente progressivas. Alerta-se também para a importância da compreensão e valorização por parte do doente da sua situação clínica.



## PO 10

### SÍNDROME DE FOURNIER, O DIAGNÓSTICO URGENTE

Francisco Simões; Diana Ferreira Lopes;  
Inês Manuel Gonçalves  
*Hospital de Braga*

**Introdução:** A fascíte necrosante perineal que constitui o Síndrome de Fournier tem por base a infeção por microorganismos aeróbios e anaeróbios, que levam à necrose do tecido celular subcutâneo perineal. O seu diagnóstico exige O prognóstico é mau sem uma atitude imediata de antibioterapia e desbridamento cirúrgico.

**Caso clínico:** Um homem de 77 anos deu entrada no serviço de Urgência com queixas de dor abdominal infraumbilical com irradiação à região escrotal, com alívio à anteroflexão do tronco e com início das queixas após uma sessão de fisioterapia. Ao exame físico apresentou-se em consciente, orientado e colaborante, hemodinamicamente estável, sem insuficiência respiratória, mas polipneico, com defesa à palpação abdominal. À inspeção, foi visível um eritema de início súbito na região perineal e nos quadrantes inferiores do abdómen, com rubor e limites bem definidos, que se estendia ao escroto. Com trânsito intestinal mantido, negou náuseas e vômitos. Analiticamente, com leucocitose e neutrofilia marcadas e PCR elevadas. Faz TC abdomino-pélvica que revela densificação da gordura subcutânea da parede abdominal, suprapúbica e escrotal, bem como processo infeccioso na escavação pélvica, com evidência de enfisema e esboço de coleções várias com conteúdo infeccioso. É observado pela Urologia que inicia Pipetazo e prepara o doente para tentativa de desbridamento cirúrgico. No bloco operatório, são drenados os abscessos que libertam conteúdo seroso. Depois de avaliada a integridade da parede abdominal, foram colocados drenos tubulares e o conteúdo foi enviado para análise.

**Conclusão:** O síndrome de Fournier é uma patologia que, mesmo quando diagnosticada precocemente, tem um mau prognóstico, pelo que, quando na presença de sintomas e imagiologia compatível, o tratamento deve ser iniciado de imediato.

## PO 11

### **ENDOCARDITE INFECCIOSA: UM DIAGNÓSTICO PERTINENTE NUM DOENTE CONSUMIDOR DE DROGAS ILÍCITAS**

Francisca Fonseca; David Tomás; Ana Reis;  
Pedro Vasques; Pedro Freitas; Pedro Correira;  
Susana Marques; Ermelinda Pedroso  
*Centro Hospitalar de Setúbal*

Descreve-se o caso de uma doente de 42 anos de idade, autónoma, com antecedentes pessoais de diabetes gestacional e hábitos toxicofílicos.

Doente recorreu ao SU por astenia e dispneia com 2 dias de evolução. À admissão, descrita como consciente, orientada, sub-febril, restante exame objetivo sem alterações. Gasimetricamente apresentava acidemia metabólica e glicemia de 322 mg/dL. Analiticamente com trombocitopenia, leucocitose com neutrofilia, PCR 32 mg/dL, creatinina de 1,3 mg/dL, hipocaliemia de 2,8 mmol/L e cetonemia de 4,9.

Doseamento urinário de drogas positivo para cocaína, benzodiazepinas e canabinóides. Realizou angioTC tórax, onde se salientam focos de condensação dispersos pelos lobos pulmonares.

Iniciou medidas médicas para correção da cetoacidose diabética, colheu hemoculturas e iniciou ceftriaxone e azitromicina empiricamente. Posteriormente, com cetonemias negativas apresentou-se desorientada e prostrada. Pela trombocitopenia protelou-se a realização de punção lombar, colheu novas hemoculturas e iniciou empiricamente ampicilina e aciclovir.

Por suspeita de foco infeccioso de origem cardíaca associou-se vancomicina. Adicionalmente, realizou ecocardiograma que evidenciou uma vegetação contígua à válvula tricúspide.

Ao 3º dia de vancomicina isolou-se MSSA em hemoculturas, o que permitiu a substituição para flucloxacilina. Face à melhoria sustentada do estado neurológico suspendeu-se a restante antibioterapia.

A doente foi discutida com especialidade de

Cirurgia Cardíaca para planeamento de intervenção cirúrgica.

Com este caso clínico pretende-se evidenciar um desafio comum na prática médica: a seleção do esquema antibiótico mais adequado, bem como a necessidade de ajuste do mesmo face à evolução clínica e achados fornecidos pelos meios complementares de diagnóstico. Intenciona-se, ainda, realçar a importância de perante um doente com foco infeccioso por esclarecer, considerar a hipótese de endocardite infecciosa, uma patologia com manifestações clínicas inespecíficas cujo atraso no diagnóstico e tratamento está associado a complicações como regurgitação valvular, insuficiência cardíaca, eventos embólicos e sépsis.

## PO 12

### DOR GEMELAR NÃO LINEAR

Soraia Duarte; Joana Pereira Moniz; Bárbara Lemos; Mauro Gomes Marques; Diana Fernandes; Renato Saraiva

*Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André*

**Introdução:** O osso é o terceiro local mais comum passível de metastização após os pulmões e o fígado. As neoplasias que mais frequentemente metastizam para o osso são as do pulmão, próstata e mama. Enquanto que a sobrevida dos doentes com neoplasia da mama ou da próstata com metastização óssea pode ir até alguns anos, no caso dos doentes com neoplasia do pulmão com metastização ronda os 6 a 7 meses. Desta forma, é importante um estudo e orientação rápida dos doentes que se apresentam com lesões ósseas secundárias.

**Caso clínico:** Mulher, 58 anos, fumadora, antecedentes de adenoma tóxico da tiróide.

Admitida por dor e edema gemelar à esquerda. Realizou doppler dos membros inferiores, com identificação de coleção anterior ao perónio. Por manter dor, observada novamente no serviço de Urgência onde realizou Rx da perna, com identificação de lesão lítica na diáfise do perónio (imagem em anexo). Do estudo com-

plementar realizado, destaca-se TAC toraco-abdomino-pélvico com identificação de formação nodular de contorno espiculado no lobo superior do pulmão direito (imagem em anexo). A doente foi então orientada para realização de broncofibroscopia com biópsias compatíveis com carcinoma de não pequenas células. Desta forma, foi admitido o diagnóstico de neoplasia primária do pulmão com metastização óssea.

**Conclusão:** Com este caso, os autores pretendem enaltecer a valorização e exploração das queixas do doente, bem como a orientação célere destes casos a fim de realização de tratamento que, embora paliativo, pode permitir uma melhor qualidade de vida.



## PO 13

### A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA HIPOTERMIA DA VÍTIMA DE TRAUMA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.

Carolina Alves

*Hospital de Santa Maria*

**Objetivo:** Identificar as intervenções de enfermagem especializadas na gestão da hipotermia na pessoa vítima de trauma em contexto de cuidados críticos.

**Metodologia:** Realizada uma revisão integrativa da literatura que visa a identificação da mais recente evidência científica, focalizando as intervenções do enfermeiro especialista na gestão da hipotermia. Neste âmbito foi elaborado uma pesquisa na plataforma EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL *complete with full text*, MEDLINE *complete with full text*, *Web of Science full text*.

**Resultados:** Uma abordagem focalizada neste preditor garante melhores resultados para a pessoa, sendo identificado que as intervenções na gestão da hipotermia são transversais aos contextos do doente crítico e quando aplicadas precocemente revelam melhoria no *outcome* da vítima de trauma. A gravidade do preditor é reconhecida por vários autores, com impacto direto no aumento do tempo de internamento nas unidades de cuidados de intensivos e agravamento do risco de ocorrência de sepsis (Erkens *et al*, 2019; Laposolle *et al*, 2021; Veelen & Maeder, 2021).

**Conclusão:** A temática é reconhecida por muitos como relevante, ainda se constitui um desafio na prática de enfermagem em ambientes altamente desenvolvidos e tecnológicos como os serviços de urgência e UCI. A presente revisão integrativa da literatura reflete sobre o impacto e a preponderância da intervenção do enfermeiro especialista neste fator tão mortífero. Sugere-se a elaboração de estudos sobre a existência de protocolos de atuação e sua efetividade.

## PO 14

### PTI: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO EMERGENTES

Bernardo Silvério; Inês Albuquerque;

Núria Condé Pinto; Sílvia Oliveira; Isabel Vinhas;

Mário Esteves

*Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão*

Trombocitopenia imune, ou púrpura trombocitopénica idiopática, é uma trombocitopenia adquirida causada por autoanticorpos contra antígenos plaquetários, causando uma diminuição do número de plaquetas e diminuição de produção. É uma das causas mais comuns de trombocitopenia em adultos. A principal manifestação clínica é a hemorragia (ocorre em 2/3). O diagnóstico faz-se excluindo outras potenciais causas de trombocitopenia, incluindo fármacos, esplenomegalia, infeções víricas e doenças auto-imunes. A decisão terapêutica baseia-se no risco hemorrágico e/ou na gravidade da hemorragia, passando por corticoterapia, imunoglobulinas e/ou transfusão de plaquetas. A maioria dos adultos atinge uma contagem segura de plaquetas com o tratamento, sendo que 10-20% dos casos tem remissão espontânea. Apresenta-se o caso de um homem de 63 anos, autónomo. Antecedentes de febre escaro-nodular com internamento recente (fez doxiciclina), Covid19 e dislipidemia. Recorreu ao serviço de Urgência por atalguas e mialgias que mantém desde o internamento por febre escaro-nodular (alta 1 semana antes), associado a petéquias na cavidade oral com início há 1 dia. Na admissão com petéquias dispersas no tronco e membros. Analiticamente: trombocitopenia grave (4000/uL), confirmado em tubo de citrato. TC abdominal a excluir esplenomegalia. Marcadores víricos (VIH, VHB e VHC) negativos. Contactada Hematologia do Centro Hospitalar Universitário de S João – pulsos de metilprednisolona 1g

3-5 dias e posteriormente prednisolona 1-1,5 mg/kg/dia. Como não tinha hemorragia ativa, não tinha indicação para transfusão de plaquetas. Ficou internado no serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de púrpura trombocitopénica imune (PTI), consequência da febre escarar-nodular ou efeito secundário da doxiciclina. Iniciou pulsos de metilprednisolona 1g que realizou 5 dias. Resolução inicial rápida das petéquias e subida da contagem de plaquetas. Posteriormente ficou medicado com Prednisolona 1,5 mg/kg/dia, mantendo boa evolução. Tendo em conta evolução favorável (subida da contagem de plaquetas - 42000/uL), foi re-discutido o caso com Hematologia, teve alta sob prednisolona com consulta de Hematologia agendada para 1 semana após a alta. À data de alta com estudo auto-imune em curso, incluindo anti-corpos anti-plaquetários e CH50.

## PO 15

### HEPATITE AGUDA: UMA GESTÃO DESAFIANTE

Bernardo Silvério; Inês Albuquerque; João Cardoso; Adriana Almeida; Isabel Vinhas; Mário Esteves  
*Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão*

Hepatite aguda é uma lesão hepática aguda com alteração da função hepática e encefalopatia, em doente com cirrose ou doença hepática prévia. As etiologias são variadas: infeções víricas, fármacos ou isquemia. Na hepatite alcoólica aguda existem consumos alcoólicos marcados e rácio AST/ALT  $\geq 2$  (valores  $< 300$  U/mL). Clinicamente com icterícia, anorexia, hepatomegalia com dor à palpação e encefalopatia. Diagnóstico definitivo por biópsia hepática. Deve manter-se vigilância apertada para ajustar o tratamento à gravidade da disfunção. Apresenta-se o caso de uma mulher de 34 anos, autónoma. Antecedentes de consumos etílicos abusivos. Recorre ao serviço de Urgência por

obstipação, dor abdominal com aumento do perímetro abdominal e edema dos membros inferiores. Sem alterações de terapêutica ou estilo de vida. Emagrecida, lentificada, icterica, polipneica com respiração superficial e edema da parede abdominal e membros inferiores. Onda ascítica positiva. Analiticamente: anemia macrocítica, leucocitose, citocolestase (bilirrubina total/direta 7.99/5.6 mg/dL, AST/ALT 129/43 U/L), disfunção hepática (INR 1.7, albumina 19 g/L). Acidemia metabólica. TC abdominal com hepatopatia crónica, alterações sugestivas de hepatite fulminante/aguda e ascite de grande volume. Fez paracentese diagnóstica, sem critérios de peritonite bacteriana espontânea e gradiente sero-ascítico a favorecer hipertensão portal. Diagnosticada aguda on chronic liver failure de provável etiologia alcoólica, com encefalopatia hepática. Por mau prognóstico no score de Maddrey iniciou prednisolona 40 mg/dia. Ainda no SU, diagnosticada pneumonia de aspiração com insuficiência respiratória global com necessidade de VNI. Foi admitida na Unidade de Cuidados Intermédios, com MELD 18. Iniciou protocolo de acetilcisteína. Por apresentar coagulopatia persistente, fez vitamina K. Após 4 dias foi transferida para enfermaria de Medicina Interna. Por bom prognóstico no score de Lille ao 7º dia manteve corticoterapia 28 dias. Estudo etiológico negativo. Progrediu no desmame de VNI até à suspensão. Dificuldade na gestão volémica, com ajustes frequentes de diurético e alteração da função renal. Necessidade de duas paracenteses evacuadoras. À data de alta, com função renal e hepática normalizadas. Orientada para consulta de Doenças Hepáticas.

## PO 16

### ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE ENDOCARDITE

Bernardo Silvério<sup>1</sup>; João Cardoso<sup>1</sup>; Andreia Coutinho<sup>1</sup>; Maria Teresa Brito<sup>2</sup>; Joana Tender Vieira<sup>2</sup>; Prof. Fernando Friões<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de S. João, EPE

A gestão de uma endocardite infecciosa (EI) inclui um diagnóstico rápido, antibioterapia e, em alguns casos, tratamento cirúrgico. Deve suspeitar-se de EI em doente com febre e/ou fatores de risco cardíacos (doença cardíaca congénita, válvulas protésicas...) ou não cardíacos (drogas injetadas, má higiene dentária...). O diagnóstico é dificultado pelos sintomas inespecíficos. Devem utilizar-se os critérios de Duke modificados. O atraso no diagnóstico pode resultar em complicações: valvulares, insuficiência cardíaca, eventos embólicos (até 25%), neurológicas (até 40%) e sépsis. Na presença de clínica aguda com sinais e sintomas altamente sugestivos de EI, deve iniciar-se antibioterapia empírica após colheita de hemoculturas. Apresenta-se o caso de um homem de 62 anos, autónomo. Antecedentes de situs inversus totalis. Recorreu ao serviço de Urgência por prostração, anorexia e febre com 3 dias de evolução. Apresentava hemineglect esquerdo com alien limb, hemianopsia homónima esquerda, paresia facial central esquerda, hemianestesia esquerda. Analiticamente com subida de marcadores inflamatórios e coagulopatia. TC de crânio com possível alteração da coluna de contraste em P2 direito. Ecocardiograma transtorácico com espessamento de cúspides aórticas. Punção lombar com liquor purulento (1394 leucócitos/uL com 98.8% PMN). Colheu hemoculturas e iniciou empiricamente ampicilina, flucloxacilina e gentamicina. Foi admitido na unidade de cuidados intermédios e acrescentou-se ceftriaxone para

tratamento empírico de meningite e endocardite provável. Ecocardiograma transesofágico com fenestrações na válvula aórtica. RM de crânio: estenose da cerebral posterior direita, enfarte talâmico direito, lesões embólicas cortico-subcorticais, pus nos ventrículos. TC toraco-abdomino-pélvica com embolização esplénica. Isolado um *S. aureus* meticilino-sensível (SAMS) tendo suspenso ceftriaxone, gentamicina e ampicilina. Diagnosticada bacteriemia por SAMS com provável ponto de partida em endocardite de válvula nativa que se apresentou com meningoencefalite com ventriculite purulenta, medicado com Flucloxacilina. Manteve-se hemodinamicamente estável e com ligeira melhoria inicial dos défices neurológicos. Foi transferido para Enfermaria de Medicina Interna para continuidade de cuidados.

## PO 017

### NÃO NOS PODEMOS ESQUECER DA ISQUEMIA MESENTÉRICA

Ana Paula Rezende; Emanuel Fernandes; Jerina Nogueira; Nídia Calado; Armando Cruz Nodarse; Isabel Lavadinho  
*ULSNA*

A isquemia mesentérica (IM) consiste numa lesão isquémica provocada pelo desequilíbrio entre a perfusão vascular mesentérica e as necessidades metabólicas. É uma patologia pouco prevalente que apresenta elevadas taxas de morbi-mortalidade, em parte motivadas pela dificuldade diagnóstica. O pilar terapêutico é a abordagem cirúrgica. A isquemia mesentérica é classificada em aguda ou crónica, consoante a sua apresentação clínica. A isquemia mesentérica aguda é uma emergência vascular, que se caracteriza por instalação súbita dos sintomas. Pode ser multifatorial, mas mais frequentemente associa-se a oclusão embólica de artéria mesentérica Superior que ocasiona interrupção abrupta. A isquemia mesentérica crónica apresenta uma

clínica mais insidiosa resultante da oclusão progressiva da vasculatura mesentérica num contexto de doença aterosclerótica (DA) e é frequentemente um diagnóstico de exclusão. Em ambos os casos o diagnóstico é estabelecido após suspeição clínica e comprovado com documentação imagiológica do atingimento vascular mesentérico.

Doente do sexo masculino 71 anos recorreu ao serviço de Urgência por dor abdominal intensa com irradiação para os membros inferiores com uma hora de evolução. Tem como antecedentes pessoais doença arterial periférica dos membros inferiores. Doente deu entrada na sala de emergência com TA imensuráveis, taquicardico, pouco reativo a estímulos verbais. No exame objetivo destacava-se dor intensa à palpação superficial do abdómen, principalmente na zona do hipogastrio, incapacidade de mobilizar os membros inferiores pela dor, e apresentava livedo reticular em ambos os membros. Iniciado fluid challenge e realizado angio TAC abdómino pélvica que descreveu: “Dilatação das ansas do cólon e intestino delgado que apresentavam pneumoperitoneu, trombose da artéria e veia mesentérica superior. Doente com resposta favorável ao fluid challenge, hemodinamicamente estável (TA 115/70 mmHg) e recuperação do estado consciência. Discutido caso com a Cirurgia Geral para realização da Cirurgia Vascular emergente.

A compreensão da IM permite o reconhecimento de quadros e contextos epidemiológicos sugestivos, sustentando a suspeita clínica que conduzirá ao diagnóstico. O diagnóstico atempado e uma abordagem terapêutica adequada são fatores determinantes de prognóstico e contribuem para a redução das altas taxas de morbilidade e mortalidade.

## PO 018

### UM CASO DE AMILOIDOSE CARDÍACA

Ana Paula Rezende; Jerina Nogueira; Emanuel Fernandes; Nídia Calado; Armando Cruz Nodarse; Isabel Lavadinho  
*ULSNA*

A amiloidose é uma doença sistémica causada pela deposição extracelular de fibrilhas insolúveis de proteínas de baixo peso molecular. São conhecidas pelo menos 30 proteínas diferentes, sendo as mais comuns as cadeias leves (amiloidose AL), a proteína amiloide tipo A sérica (amiloidose AA) e a transtirretina (ATTR). Estas proteínas depositam-se na forma de amiloide nos vários órgãos, de forma localizada ou sistémica. A amiloidose cardíaca surge da deposição de amiloide no tecido cardíaco, sendo a forma de miocardiopatia restritiva mais frequente no mundo ocidental. Doente do sexo masculino de 75 anos, autónomo que recorreu ao serviço de Urgência por uma dor torácica inespecífica, centrotóraxica, sem irradiação para membro ou mandíbula, sem características opressivas. Não agrava/melhora com mudanças posturais, sem fatores desencadeantes. Na escala de dor refere uma intensidade de 4 pontos. Nega outra sintomatologia. Como antecedentes pessoais de relevo destaca-se adenocarcinoma prostático e fibrilação auricular. Ao exame objetivo, doente normotenso, normocárdico, apirético e com boas saturações periféricas de oxigénio em ar ambiente, destacando-se a presença de anasarca e uma auscultação arritmica, sem sopros. Tinha realizado um ecocardiograma recente que descrevia: “Ventrículo esquerdo não dilatado, com hipertrofia severa das paredes. Fração ejeção preservada, mas *Strain Longitudinal Global* diminuído (GLS =8,1%). Derrame pericárdico moderado (11mm).

**Conclusão:** Estudo compatível com miocardiopatia restritiva secundária a infiltração

parietal difusa por amiloidose cardíaca. ECG: Fibrilação auricular, FC 70bpm de baixa voltagem, sem outras alterações. Analiticamente sem elevação dos marcadores cardíacos, relação Kappa/ Lambda normal. Foi realizada biopsia de gordura e cintigrafia óssea fosfato e uma ressonância magnética cardíaca para o estudo. Na Cintigrafia óssea de corpo inteiro: “alterações cintigráficas compatíveis com amiloidose cardíaca”.

A amiloidose cardíaca é uma doença rara, mas é necessário um diagnóstico precoce porque quando há envolvimento cardíaco há rápida progressão da doença a curto prazo se não for medicado. O diagnóstico exige um elevado índice de suspeição com base na clínica e nos achados dos exames complementares não invasivos (ecocardiograma e ressonância magnética cardíaca). Doente enviado para a consulta de Cardiologia para continuação do estudo e início de tratamento.

## PO 019

### SERÁ QUE PODE SER UM LINFOMA?

Ana Paula Rezende; Emanuel Fernandes;  
Nídia Calado; Armando Cruz Nodarse;  
Isabel Lavadinho  
*ULSMA*

O linfoma difuso de grande células B é a 5ª causa mais comum de neoplasia, representando 31% de todos os linfomas não Hodgkin e tem uma incidência na Europa de 3 a 4 novos casos por 100 000 habitantes por ano. Os fatores de risco para o desenvolvimento deste tumor são: imunodeficiência e outras alterações imunológicas, bem como fatores que predispõem à produção de anomalias moleculares. A idade média de apresentação é por volta dos 70 anos. Normalmente, os doentes apresentam uma massa tumoral de crescimento rápido, sendo que cerca de 50% dos diagnósticos são feitos numa fase avançada da doença. É um tumor de apresentação heterogénea e agressiva, associado a um

prognóstico reservado, com uma sobrevida média sem tratamento inferior a 1 ano. Doente do sexo masculino de 58 anos, autónomo sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual que recorre ao serviço de Urgência de um hospital periférico por quadro de mal-estar geral, sudorese, febre (T<sup>a</sup> máxima de 38,5°C) com anorexia marcada (perda de 8 kg em 3 meses) e tosse seca com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo destaca-se: Pele e mucosas descoradas, mas hidratadas. Adenopatias cervicais bilaterais, algumas com > 3 cm de diâmetro, não dolorosas e não aderentes e adenopatias axilares. Analiticamente destacava-se uma anemia macrocítica (Hb 6,6 g/dl VCM 110fL) com presença de linfócitos atípicos. No esfregaço de sangue periférico: série branca com presença de 9% linfocitos atípicos/blastos, na série vermelha: Rouleaux marcado e agregados plaquetários na série plaquetar. Realizou uma tomografia axial computarizada do tórax- abdómen e pélvica que identificou adenopatias múltiplas cervicais, no mediastino anterior, dos espaços axilares, do espaço pré vascular, janela aortopulmonar, e um aglomerado adenopático celíaco mesentérico e retroperitoneal múltiplo. Foi realizado biopsia do gânglio cervical que evidenciou uma doença linfoproliferativa compatível com linfoma difuso de grandes células B com origem centrofolicular. Doente teve necessidade de várias transfusões de unidades de concentrado de eritrocitários sem recuperação dos valores de hemoglobina. Tratando-se de uma doença com um prognóstico reservado e uma sobrevida média inferior a um ano de vida sem tratamento específico, destaca-se a importância de um alto nível de suspeição em pacientes sintomáticos para garantir-se um diagnóstico precoce de forma que receba o tratamento o mais rápido possível.

## PO 020

### ENOXAPARINA – O EQUILÍBRIO DIFÍCIL ENTRE A PROFILAXIA, O TRATAMENTO E A COMPLICAÇÃO

Inês De Almeida Ambrosio; Mariana Moniz Ramos; Mafalda Cordeiro Sousa; Vasco Gaspar; Bernardo Silva; Beatriz Louro; Manuela Grego; Luís Siopa

*Hospital Distrital de Santarém, EPE*

**Introdução:** A terapêutica com heparinas, apesar de necessária, não é inócua. Comparativamente com a heparina não fraccionada, as heparinas de baixo peso molecular, como a enoxaparina, apresentam uma eficácia semelhante, mas um perfil de segurança melhor. Ainda assim, também comportam um risco de complicações associadas à sua utilização. Na terapêutica com enoxaparina torna-se difícil o equilíbrio entre a profilaxia, o tratamento eficaz e a evicção de complicações, como se reporta neste caso clínico.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, de 81 anos, internada com a suspeita diagnóstica de tromboembolismo pulmonar (TEP). Com história pessoal de hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade e hipotiroisismo, estando medicada habitualmente com amlodipina/valsartan, atorvastatina, ezetimiba, levotiroxina sódica e prednisolona desde o dia anterior ao internamento, por suposta reação alérgica recente. Desde a admissão no internamento, foi instituída terapêutica anticoagulante com enoxaparina, tendo, ao 7º dia, desenvolvido um quadro clínico de hipotensão, prostração e dor abdominal generalizada, com aparecimento de tom arroxeadado da pele na região supra-púbica e do períneo e tumefação palpável e dolorosa, localizada no hipogastrio com extensão à fossa ilíaca esquerda. Realizou angioTAC abdominal e pélvica que revelou “volumoso hematoma recente, com aparente origem no músculo recto abdominal esquerdo, junto ao qual se identifica foco de hemorragia activa com débito significativo”.

Da avaliação analítica efetuada nesta data destacava-se anemia agudizada com hemoglobina de 5.1 gr/dL, leucocitose com neutrofilia, estudo da coagulação com prolongamento do aPTT, tempo de protrombina e INR e lesão renal aguda. Após estabilização inicial com terapêutica médica, a doente foi transferida para um centro com radiologia de intervenção para realização de angioembolização urgente. Verificou-se uma evolução desfavorável, tendo a doente vindo a falecer dois dias depois.

**Conclusões:** Com este caso, pretende-se alertar para uma das complicações potencialmente fatais associadas à terapêutica com enoxaparina. De realçar que, apesar de se poderem identificar alguns factores que contribuem para o risco hemorrágico, os factores individuais inerentes a cada doente dificultam a avaliação do risco-benefício e a antecipação destas intercorrências.



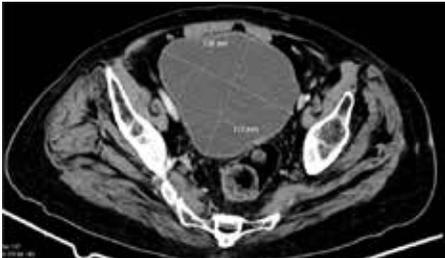
## PO 21

### OBSTIPAÇÃO POR BEXIGOMA EM DOENTE COM POLINEUROPATIA GRAVE

Helena de Oliveira; Adriana Luísa Costa; Rúben Costa; Joana Mota; Joana Andrade Lopes; João P. Rocha; Marta Patacho; Jorge Almeida  
*Centro Hospitalar de S. João, EPE*

**Caso clínico:** Homem, 66 anos, com antecedentes de traumatismo cranio-encefálico na infância com epilepsia focal sequelar e poli-

neuropatia sensitiva e motora grave de predomínio axonal com evolução crónica (neuropatia axonal iatrogénica a antiepiléticos vs síndrome paraneoplásico - doente com anticorpos onconeuronais positivos), admitido no serviço de Urgência por obstipação (sem trânsito gastrointestinal para fezes há 5 dias) e dois episódios de vômitos escuros descritos como fecalóides. Negada dor abdominal e náuseas. Referida noção de diminuição de débito urinário recente. Por suspeita de quadro oclusivo solicitado radiografia abdominal com evidência de níveis hidroaéreos (imagem 1) e subsequentemente TC abdominal com volumoso bexigoma com volume intra-vesical calculado de 1750 mL (imagem 2), sem outras alterações a destacar. Algaliado com saída de 1500 mL de urina tendo alta algaliado, com indicação para toma de tansulosina e encaminhado para consulta de Urologia para reavaliação.



## PO 22

### FITOFOTODERMATOSE

#### – UMA APRESENTAÇÃO ALARMANTE DE SIMPLES RESOLUÇÃO

Rúben Alexandre Nogueira Costa; Mariana Cascais; Helena de Oliveira; Patrícia Moreira Gomes; Marta Patacho

*Centro Hospitalar de S. João, EPE*

**Introdução:** A fitofotodermatose está classificada entre as afeções cutâneas que manifestam uma resposta exacerbada após a exposição solar. Neste contexto, o estímulo é de natureza exógena, estando associado à exposição tópica a derivados de plantas que contêm furocumarinas. Após a exposição à radiação UVA, podem manifestar-se sintomas como eritema, edema e formação de bolhas, de acordo com a distribuição da área de pele em contacto com o agente causador.

**Caso clínico:** Sexo masculino, 22 anos, autónomo, jardineiro de profissão, com antecedentes de Síndrome de Asperger medicado com ritalina 20mg id, apresenta-se no serviço de Urgência por edema, eritema, bolhas e erosões dispersas na região dorsal de ambas as mãos e antebraços. Evolução das lesões em 48h. Com ardor associado. Negava prurido. Associava os sintomas com o contacto com plantas trepadeiras no trabalho. A realizar bilastina 20mg e desinfeção local com iodopovidona. Colheu estudo analítico perante a suspeita de se tratar de uma infeção de pele e tecidos moles: sem leucocitose e com PCR < 2 mg/L. Foi então orientado para o domicílio com evicção de exposição a trepadeiras, evicção de exposição solar, compressas quentes locais e aceponato de metilprednisolona a 0,1% (advantan), com indicação para ser reavaliado se ausência de melhoria das lesões.

**Conclusões:** O aparecimento súbito de múltiplas bolhas em região fotodistribuída perante o contacto com plantas deve levantar a suspeita de fitofotodermatose. Ao exame objetivo

deve-se excluir uma sobreinfecção bacteriana eventualmente causada pela coceira. O diagnóstico é clínico e pode envolver o uso de corticoides tópicos ou mesmo corticoides orais se reação exuberante.



## PO 23

### ANEMIA MEGALOBLÁSTICA, A GRANDE IMITADORA

Sofia Miranda<sup>1</sup>; Miguel Oliveira<sup>1</sup>; Guilherme Assis<sup>2</sup>; Rita Bragança<sup>2</sup>; Mariana Azevedo<sup>2</sup>; Mariana Esteves<sup>2</sup>; Ricardo Pereira<sup>2</sup>; Filipa Rebelo<sup>2</sup>; Fernando Salvador<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada;

<sup>2</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

As anemias megaloblásticas são um subtipo de anemias macrocíticas causadas, de forma geral, por défices vitamínicos que resultam numa síntese inadequada de ADN durante o processo de eritropoiese.

Homem de 52 anos, com antecedentes de

esquizofrenia. Recorre ao serviço de Urgência (SU) por sensação de astenia com 1 mês de evolução, sem outra sintomatologia associada. Referia alterações dietéticas recentes por alterações da dinâmica familiar, baseando-se sobretudo em açúcares de rápida absorção. Objectivamente, sem alterações além de palidez muco-cutânea. Analiticamente, destacavam-se anemia com hemoglobina (Hb) de 5.5 g/dL com hiper Cromia, RDW 22%, trombocitopenia de  $137 \times 10^9/L$ , AST 69 U/L, ALT 52U/L e bilirrubina directa 0.4 mg/dL. Realizou transfusão de 2 unidades de concentrado eritrocitário e foi realizado estudo etiológico complementar.

À reavaliação em SU com subida da Hb para 7.3 g/dL e resolução da trombocitopenia, mantendo hiper Cromia, RDW aumentado e padrão hepatocelular. Do estudo etiológico inicial, a destacar índice de reticulócitos  $<2$ , LDH 2036 U/L, haptoglobina 3 mg/dL, ferro 192 mcg/dL, ferritina 301 ng/mL, saturação de transferrina 97%, vitamina B12 100pg/mL, ácido fólico 2.8 ng/mL e hipotireoidismo subclínico com TSH de 9 mIU/L. Para exclusão de anemia hemolítica, foram solicitados esfregaço de sangue periférico, que revelou aniso e poiquilocitose, macroovalócitos e neutrófilos hipersegmentados, bem como teste de Coombs e serologias virais (HIV, hepatite B e C, citomegalovírus, Epstein-Barr e parvovírus B19), que foram negativos. Assim, foi assumido diagnóstico de anemia megaboblástica com hemólise intra e extramedular, tendo efectuado reposição com cianocobalamina e ácido fólico e sido enviado para reavaliação em Hospital de Dia.

Em reavaliação em ambulatório com resolução da anemia. O estudo etiológico pendente revelou ANA e ANCA negativos, mas anticorpos anti-célula parietal e tiróide peroxidase positivos, tendo-se assim assumido os diagnósticos de anemia perniciosa e tireoidite autoimune. Embora a presença de parâmetros indica-

tivos de hemólise nos faça pensar num primeiro momento em causas infecciosas ou imunológicas, é sempre importante ter em consideração que as anemias megaloblásticas podem cursar com significativa hemólise intra e mesmo extramedular e constituir um relevante diagnóstico diferencial. A investigação etiológica das mesmas deve constituir o passo seguinte, pois não só causas dietéticas podem estar na sua base. A presença de anemia perniciosa deve ser sempre equacionada, uma vez que altera não só a conduta terapêutica como a vigilância a longo prazo, pela sua possível associação com malignidade do tracto gastrointestinal. Também não despendiêndola é a sua associação a outras patologias autoimunes, como a tiroidite auto-imune, que assim devem ser estudadas e tratadas adequadamente.

## PO 24

### **DOR ABDOMINAL RECORRENTE – A PROPÓSITO DE UM CASO DE PERFURAÇÃO INTESTINAL**

Helena Margarida Silva; Joana Conde Gonçalves;  
Helena de Oliveira; Maria João Lume;  
Jorge Almeida; Leonardo Araújo-Andrade;  
Sara Filipa Monsanto  
*Centro Hospitalar de S. João, EPE*

**Introdução:** O trato gastrointestinal é um sistema contínuo que contacta com vários espaços e que pode ser perfurado, ao longo do seu trajeto, quer em traumas abertos quer em traumas fechados, libertando o seu conteúdo na cavidade concomitante. Os sintomas são agudos, e na maioria dos casos seguidos rapidamente por sinais de choque. O diagnóstico de perfuração intestinal é feito pela presença de ar livre na cavidade abdominal, visível em métodos de imagem. O tratamento é cirúrgico. A taxa de mortalidade é elevada, conforme as comorbilidades do doente. A história prévia de cirurgia abdominal aumenta o risco de perfuração.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de uma mulher de 43 anos, com história de cirurgia bariátrica nos últimos 6 meses, que se dirige ao serviço de Urgência por dor abdominal ligeira, já observada previamente, três vezes no espaço de uma semana, com diagnóstico final de cólica renal, tendo-se instituído terapêutica dirigida sem controlo da dor.

Estudo analítico e de imagem nas avaliações prévias sem alterações significativas.

Nesta observação, a destacar ao exame físico dor abdominal generalizada, ruídos hidroaéreos diminuídos, sem defesa na percussão mas com dor à descompressão. Raio-x abdominal em pé, sem sinal de foice gasosa. Por manter dor abdominal de difícil controlo e de novo febre, realizou tomografia computadorizada, que demonstrou presença de ar livre intraperitoneal, com presença de líquido livre nos fundos-de-saco. Realizou intervenção cirúrgica urgente decorrida sem intercorrências, tendo alta alguns dias após a intervenção.

**Conclusão:** Perante dor abdominal recorrente, em doentes com história prévia de intervenção cirúrgica abdominal, e que apesar de terapêutica otimizada, mantêm dor, deve ser sempre realizado estudo imagiológico para esclarecimento diagnóstico. Um diagnóstico atempado permite uma rápida intervenção e uma redução marcada da taxa de mortalidade associada.

## PO 25

### **EQUIVALENTES ANGINOSOS – NUNCA ESQUECER!**

Joana Conde Gonçalves; Helena Margarida Silva;  
Maria João Lume; Jorge Almeida  
*Centro Hospitalar de S. João, EPE*

**Introdução:** A identificação precoce de uma síndrome coronária aguda permite o início rápido de terapêutica apropriada, minimizando os danos cardíacos funcionais e estruturais. Apesar de a dor retroesternal tipicamente “isquémica” ser o sintoma mais comum, existem doentes com apresentações atípicas, o

que constitui um desafio diagnóstico.

**Caso clínico:** Um homem de 54 anos com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II e doença arterial periférica recorreu ao serviço de Urgência por dispneia, dor dorsal pleurítica e tosse seca. Objetivamente, encontrava-se hipotenso, taquicárdico e com auscultação pulmonar com crepitações bibasais. Eletrocardiograma com taquicardia sinusal e hipertrofia ventricular esquerda e radiografia torácica com padrão congestivo. Analiticamente, com aumento dos parâmetros inflamatórios e troponina I de alta sensibilidade com curva ascendente: 2759,4 > 6237,6 ng/L. Ecocardiograma com comprometimento marcado da função sistólica do ventrículo esquerdo e hipocontratibilidade de todos os segmentos “de novo”. Foi realizado o diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST e instituída dose de carga de antiagregação. Em diferido, o doente foi submetido a coronariografia, que constatou estenose de 90% do tronco comum e estenose severa da descendente anterior e circunflexa (para além de estenose crónica da coronária direita), não passíveis de revascularização percutânea. Discutida a possibilidade de cirurgia cardíaca, porém concluído não existirem condições nem benefício relevante de revascularização do miocárdio. Assim, optou-se por dupla antiagregação, terapêutica modificadora de prognóstico para a insuficiência cardíaca e orientação para a consulta de Cardiologia.

**Conclusão:** Determinadas tipologias de doentes, nomeadamente os diabéticos, podem ter apresentações atípicas de doença coronária, tal como a dispneia. A presença de equivalentes anginosos nesta população deve ser sempre tida em conta, uma vez que o correto e atempado diagnóstico confere melhor prognóstico e qualidade de vida a longo prazo.

## PO 26

### QUANDO DESCONFORTO TORÁCICO TRADUZ ALGO PREOCUPANTE

Helena Margarida Silva; Joana Conde Gonçalves; Helena de Oliveira; Maria João Lume; Jorge Almeida; Leonardo Araújo-Andrade; Sara Filipa Monsanto  
*Centro Hospitalar de S. João, EPE*

**Introdução:** Nem sempre a clínica que traz um doente ao serviço de Urgência ou a forma como este se apresenta traduz a verdadeira gravidade clínica. Muitas vezes, existe uma dissociação clínica analítica ou clínica imagiológica. Não pedir os exames certos pode trazer graves consequências ao doente.

**Caso clínico:** Homem de 60 anos, normoponderal, com antecedentes de tabagismo (5 UMA) sem outras patologias relevantes.

Recorre ao serviço de Urgência por dor interescapular intensa, em rasgão, com início em repouso, contínua, sem fatores de alívio ou de agravamento, com um dia de evolução. Ao exame físico com dor, perfil tensional tendencialmente hipertensivo, auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações, sem edema, pulsos radiais e femorais mantidos e simétricos. ECG mostrou elevação milimétrica do segmento ST DI a aVL e esboço de onda Q nas mesmas derivações, amputação R V2 e V3.

Analiticamente sem anemia ou leucocitose, Função renal e ionograma sem alterações, troponina I de alta sensibilidade de 16 997 ng/L. D-dímeros normais.

Ecocardiograma sumário com ventrículos não dilatados com função biventricular preservada, acinesia médio-apical lateral e apical anterior, sem alterações valvulares major, sem complicações mecânicas. Fez doses de carga de aspirina e ticagrelor.

Após observação por Cardiologia, foi efetuado cateterismo emergente, com observação de estenose de 70 % no segmento médio, a envolver a origem da Dg1. Bom vaso distal. Dg1 ocluída no óstio. Submetido a angioplastia

com stent. Bom resultado angiográfico. Sem complicações.

Interna-se na Unidade de cuidados intensivos de Cardiologia. Após realização do cateterismo, com ECG sobreponível, com subida de marcadores de necrose miocárdica, troponina I de 31705,1 ng/L.

**Conclusão:** Nem sempre o enfarte agudo do miocárdio tem tradução no eletrocardiograma ou se apresenta como dor torácica típica. É importante não desvalorizar outros equivalentes anginosos ou apresentações menos comuns.

## PO 27

### A IMPORTÂNCIA DA ECOGRAFIA PULMONAR NA REDUÇÃO DO TEMPO ENTRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO NA URGÊNCIA

Marta Barrigas Santos<sup>1</sup>; Catarina Coelho<sup>1</sup>; André Ribeiro<sup>1</sup>; Sandra Tavares<sup>1</sup>; Fernando Salvador<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Para avaliação pulmonar é frequente recorrer ao uso de radiografia torácica ou tomografia axial computadorizada (TC) contudo o uso de ecografia no serviço de Urgência por profissionais treinados permite um diagnóstico rápido, com elevada sensibilidade e com mínimos efeitos colaterais para o doente.

Este é o caso de uma mulher de 57 anos, saudável e sem antecedentes médicos relevantes, não fumadora, que recorre ao serviço de Urgência por tosse persistente e dor de características pleuríticas no hemitórax esquerdo, associada a dispneia agravada para esforços progressivamente menores.

Ao exame objetivo com estabilidade hemodinâmica e de realçar na auscultação pulmonar, murmúrio vesicular ausente à esquerda.

Foi realizada ecografia pulmonar em que se observou que no hemitórax esquerdo, no modo M, não existia deslizamento pleural e se observava sinal da estratosfera, correspondendo a uma situação em que o pulmão

esquerdo não estava a ser ventilado. Foi diagnosticado um pneumotórax e foi colocado dreno torácico. Após procedimento realizou TC pulmonar para melhor esclarecimento do restante parênquima, cujo relatório revelou “Desvio esquerdo do mediastino, pneumotórax de cerca de 13 cm em drenagem. Densificação da base esquerda com 3,8x 5,4 cm com broncograma aéreo e enfisema subcutâneo axilar e da parede torácica esquerda”. A doente foi internada no serviço de observações para monitorização contínua e vigilância do dreno sendo posteriormente transferida para o serviço de Pneumologia onde permaneceu 27 dias. À data de alta com reexpansão completa do pulmão esquerdo e a realizar reabilitação respiratória. Este caso demonstra que o domínio da técnica da ecografia permitiu acelerar o diagnóstico clínico e consequente tratamento da patologia. É uma técnica segura e eficaz de muita utilidade no serviço de Urgência, sendo apenas dependente do profissional que está a observar o doente.



## PO 28

### AMLODIPINA – UM CASO DE INTOXICAÇÃO POR BLOQUEADORES DE CANAIS DE CÁLCIO (BCC)

Ana Magalhães<sup>1</sup>; Pedro Cunha<sup>2</sup>; Isabel Campos<sup>2</sup>; Sílvia Ferreira<sup>3</sup>; Rita Jorge<sup>4</sup>; Inês Carvalho<sup>2</sup>; Filipe Conceição<sup>2</sup>; José Manuel Pereira<sup>2</sup>; José Artur Paiva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.;

<sup>2</sup>Centro Hospitalar de S. João, EPE; <sup>3</sup>Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; <sup>4</sup>Hospital Beatriz Ângelo

**Introdução:** A intoxicação por BCC pode ter efeitos cardiovasculares e metabólicos graves. Estes fármacos bloqueiam principalmente os canais de cálcio do tipo L, resultando numa diminuição da contratilidade do miocárdio, vasodilatação periférica e redução da condução através do nódulo auriculoventricular. As manifestações de toxicidade dos BCC incluem bradicardia, hipotensão e acidose metabólica. O gluconato de cálcio, que antagoniza competitivamente os efeitos dos BCC, em altas doses, faz parte do tratamento desta patologia visto estabilizar os níveis de cálcio e a membrana. Além disso, pode ser necessário o recurso a vasopressores para neutralizar os efeitos vasodilatadores. Em casos graves, a hemodiálise pode ajudar a remover os metabólitos tóxicos e a corrigir as anomalias metabólicas. A perfusão de insulina em altas doses e glucagon estão descritos para estabilização hemodinâmica, apesar de permanecer desconhecido o mecanismo. Na literatura está descrita uma diminuição do tempo de uso de vasopressores quando associado este tratamento.

**Caso clínico:** Mulher de 56 anos, admitida no SU por intoxicação medicamentosa voluntária com benzodiazepinas e amlodipina, apresentava-se sonolenta e desorientada, hipotensa (PA: 47/28 mmHg) com FC: 62 bpm e SpO<sub>2</sub>: 89% em ar ambiente. Na gasometria arterial apresentava acidemia metabólica e hipoxemia. Realizada lavagem gástrica sem saída

de comprimidos. Administrado carvão ativado. Iniciou perfusão de flumazenil com melhoria ligeira do estado de consciência. Dado o agravamento clínico com hipotensão grave, assumida sobredosagem com BCC. Administrado gluconato de cálcio e iniciada fluidoterapia sem resposta. Admitida em unidade de Cuidados Intensivos (UCI) com necessidade crescente de vasopressores e oxigenioterapia nasal de alto fluxo (60L/60%). No ecocardiograma apresentava baixa contractibilidade cardíaca sem sinais sugestivos de responsividade a fluidos. Dada a ausência de resposta à terapêutica instituída, iniciou glucagon (5mg/h), perfusão gluconato cálcio 10% (máximo 1.2mL/Kg/h) e insulina EV alta dose (20UI/h). Perante a melhoria hemodinâmica e respiratória progressiva teve alta da UCI no 4º dia de internamento.

**Conclusão:** Este caso tem como objetivo enaltecer os efeitos dos bloqueadores dos canais de cálcio aquando a sua sobredosagem, mostrando a importância da instituição de um tratamento dirigido, precoce e agressivo para a sua resolução. Na literatura ainda é desconhecido o efeito hemodinâmico da insulina em alta dose e do glucagon.

## PO 29

### UMA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA PAUCISSINTOMÁTICA

Ana Amarante; Daniela Olívia Gomes  
Centro Hospitalar de S. João, EPE

**Introdução:** A hemorragia subaracnoideia é uma entidade com morbimortalidade importante associada a prolongados tempos de hospitalização. Tem como apresentação clássica uma cefaleia súbita e muito intensa.

**Desenvolvimento:** Apresenta-se o caso de um doente de 65 anos, autónomo para as atividades da vida diária, com antecedentes pessoais relevantes de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hiperuricemia e enucleação com prótese ocular no olho esquerdo. Recor-

re ao serviço de Urgência com queixas de um episódio de vômito alimentar seis dias antes e, desde então, mialgias generalizadas, cefaleia holocraniana de intensidade moderada, lombalgia e fadiga. Sem alterações de relevo ao exame objetivo exceto dor com os movimentos oculares do olho direito ao exame neurológico sumário. Analiticamente, a destacar proteína C reativa 39 mg/L. Sem alívio da cefaleia após analgesia. Novo exame neurológico sumário objetivou dor à mobilização cervical. Realizada tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE), demonstrada hemorragia subaracnoideia dispersa nas regiões frontobasal, temporal e occipital bilateralmente e ainda nas cisternas da base, e angiogramia computadorizada (angio-TC) cerebral, com suspeita de aneurisma da artéria cerebral média direita e da artéria cerebelosa superior direita. O doente foi orientado para internamento ao cuidado da especialidade de Neurocirurgia.

**Conclusões:** A hemorragia subaracnoideia pode, raramente, apresentar-se de forma paucissintomática. Desta forma, no serviço de Urgência, é fulcral o exame objetivo dirigido às queixas do doente, e o exame neurológico é uma ferramenta fundamental para orientar o diagnóstico do doente com queixa de cefaleia.

### PO 30

#### **TOXIDERMIA PROVOCADA POR AMOXICILINA**

Marta Barrigas; Raquel Moniz; Daniela Pinheiro; Cátia Ribeiro; Monique Alves; Diana Mimoso; Cristiana Sousa; Sandra Tavares; Fernando Salvador  
*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro*

As reações cutâneas adversas a fármacos são comuns. Há poucos estudos sobre as mesmas devido à desvalorização da sua reportagem por parte dos clínicos e também devido à dificuldade em relacionar o agente com clínica já que esta se manifesta de forma semelhante a outras patologias dermatoló-

gicas. Habitualmente é feito um diagnóstico presuntivo com base numa história clínica detalhada e exame objetivo minucioso.

Apresenta-se um caso de uma mulher de 69 anos, obesa e com demência de Parkinson. A doente foi medicada a 14 de Julho de 2023, pela primeira vez com amoxicilina para extração dentária, com aparecimento passado 5 dias de exantema maculo papular disperso por todo o corpo. Recorreu ao médico assistente onde foi medicada com corticoide oral e anti-histamínio com melhoria parcial das lesões. A 20 de Agosto recorre ao serviço de Urgência (SU) por manter o exantema, com edemas dos membros inferiores e flictenas com sinais inflamatórios. Iniciou furosemida e novo ciclo de amoxicilina. Após 3 dias é admitida novamente por exantema exuberante descamativo em placas a afetar as zonas fotoexpostas associado a prurido intenso. Analiticamente com discreta anemia normocítica e normocrômica (Hb 11,7 g/dl), Leucocitose (18170 uL) e PCR aumentada (16,58 g/dl).

Doente admitida no internamento para controlo de risco infeccioso causado pela perda da barreira cutânea e para tratamento sintomático pelo elevado desconforto da paciente.

Este caso ilustra o quão complicado é estabelecer uma relação causa efeito entre o tóxico e a toxidermia principalmente pela extensão temporal em que se deu a reação. É importante identificar o tóxico para que seja registado no processo clínico no doente e para que não sejam administrados mais fármacos da mesma classe. No entanto se o fármaco for imprescindível para o doente, o diagnóstico definitivo poderá passar por um teste de provocação com posterior dessensibilização desse mesmo fármaco, caso não se encontre uma alternativa mais segura para administrar.



## PO 31

### PSORÍASE – COMO UMA DOENÇA CRÔNICA SE PODE TORNAR UMA EMERGÊNCIA

Marta Barrigas; André Ribeiro; Catarina Coelho; Ana Maria Carvalho; Rita Magalhães; Pedro Almeida; Ana Sofia Alves; Sandra Tavares; Marta Rodriguez; Beatriz Expósito; Fernando Salvador  
*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro*

A psoríase é uma doença crônica e sistêmica com elevado impacto na qualidade de vida e na saúde mental. A associação a fatores genéticos é comum, sendo exacerbada por vários outros fatores como obesidade, hábitos tabágicos ou alcoólicos. A afetação da pele merece especial atenção pois quando a barreira cutânea se encontrar fragilizada torna-se mais suscetível a sobreinfecção bacteriana, podendo quando muito extensa tornar-se um caso de emergência.

Descreve-se um caso de um homem de 55 anos, autônomo, com antecedentes de etilismo crônico e obesidade, com diagnóstico de psoríase desde 2005. Na altura do diagnóstico com placas psoriáticas e cobrir mais de 70% da superfície corporal, foi seguido em consulta de Dermatologia e realizou tratamento com ustekinumab com resolução completa das lesões. Em 2021 abandonou consultas e tratamento. Recorre posteriormente ao serviço de Urgência por a lesões psoriáticas agravadas com fissuras e exsudado. Estas afetavam todo o tronco, membros, mãos, pés, face e todo o couro cabeludo. Associadamente com queixas de intensas dores articulares. Doente foi internado por psoríase extensa em placas sobreinfetada com envolvimento universal da pele com envolvimento articular. Iniciou prednisolona 40 mg id, ciclosporina 400 mg id e amoxicilina – ácido clavulânico 1200 mg 3id, associada a terapêutica tópica com ácido salicílico e clobetasol. Após 8 dias de internamento já com melhoria significativa do quadro. Foi posteriormente transferido para a unidade de dermatologia do Hospital de São

João para continuação dos cuidados. À data de alta, praticamente sem lesões, orientado para consulta de Medicina Autoimunes onde foi novamente iniciado tratamento de Ustekinumab e SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas dependências). Este caso demonstra como a exacerbação aguda de uma doença crônica pode comprometer a integridade física e psicológica de um doente, sendo o fundamental o papel do médico não só no tratamento em crise mas também na promoção de estilos de vida saudáveis e adesão à terapêutica que evitem futuros internamentos.



## PO 32

### QUANDO UMA AORTA VERMELHA É AZUL

Rodrigo Duarte<sup>1</sup>; Ana Isabel Duarte<sup>1</sup>; Antony Dionísio<sup>2</sup>; Catarina Gama<sup>1</sup>; Carolina Santos<sup>1</sup>; Inês Carolino<sup>1</sup>; João Carlos Oliveira<sup>2</sup>; Guadalupe Gomes<sup>2</sup>;

Jorge Fernandes<sup>2</sup>; Joana A. Duarte<sup>2</sup>; Célia Henriques<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

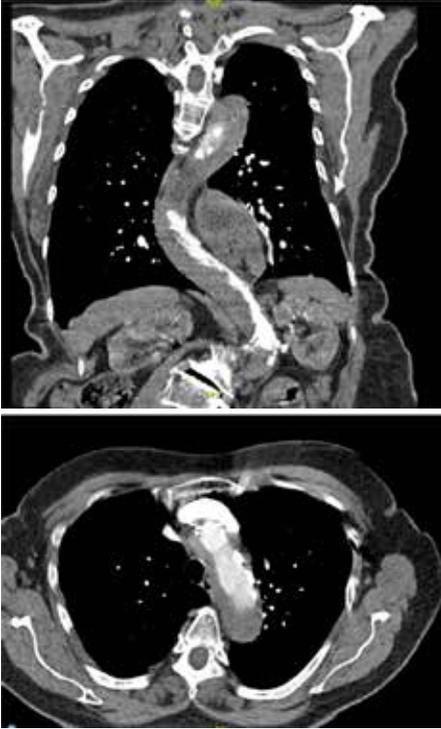
**Introdução:** A disseção da aorta é uma emergência cardiovascular frequentemente fatal, que exige elevada suspeição e um diagnóstico célere para uma abordagem cirúrgica curativa precoce. Apresenta-se o caso de uma mulher de 83 anos triada como não urgente (azul) de acordo com os critérios de triagem de Manchester, por dor torácica intermitente com 2 meses de evolução, em que a colheita de história clínica robusta e o diagnóstico diferencial permitiram chegar ao diagnóstico correto.

**Caso clínico:** Mulher de 83 anos, autónoma, com história médica de hipertensão arterial essencial, controlada com irbesartan. Recorre ao serviço de Urgência (SU) por dor interesternal intermitente, com 2 meses de evolução, mas com agravamento súbito e intenso nessa manhã com diminuição abrupta global da força muscular nos membros inferiores. À admissão no SU, apresentava-se hemodinamicamente estável, eupneica e com oximetria adequada em ar ambiente, com sons cardíacos rítmicos e regulares com sopro sistólico III/VI mais audível no foco aórtico, com pés frios, ainda que com pulsos palpáveis. Eletrocardiograma com bradicárdia de 56bpm, em ritmo sinusal, sem outras alterações de relevo; radiografia de tórax com ligeiro alargamento do mediastino superior, sem condensações ou alterações pleuroparenquimatosas. Do estudo analítico, destacava-se a presença de D-dímeros de 68487ng/mL, que motivaram a realização de tomografia computadorizada angiográfica, com evidência de disseção aórtica torácica deBakey tipo 1 e tipo A de *Stanford*.

À reavaliação, apresentava o seguinte perfil tensional dos membros: membro superior direito 115/51 mmHg, superior esquerdo 113/45 mmHg, inferior direito 109/54 mmHg, inferior esquerdo 93/54 mmHg. Contactada a Cirurgia Cardiorácica, tendo a doente indicação cirúrgica urgente, com substituição da aorta ascendente com interposição de conduto Dacron em posição supra coronária. Pós-operatório sem intercorrências de relevo, tendo a doente tido alta ao 17º dia de internamento.

**Conclusão:** A triagem de Manchester pretende definir níveis de prioridade para observação médica na admissão dos doentes no SU, tendo por base critérios de gravidade. Este trabalho ilustra o caso de um doente com uma emergência cardiovascular com elevada mortalidade triado como não urgente. Com o presente trabalho pretende-se realçar a importância de uma anamnese cuidada e de um exame físico minucioso como pilares da observação clínica, permitindo um diagnóstico célere e abordagem terapêutica precoce.





### PO 33

#### ROTURA ESPONTÂNEA DO ESÓFAGO APÓS CÓLICA RENAL – SINDROME DE BOERHAAVE

Andreia Meseiro; Inês Bonito; Bruna Barbosa;  
Alexandra Roque; João Paulo Caixinha;  
Rosário Ginga; Martinho Fernandes  
*CHBM - Hospital do Barreiro*

**Introdução:** O síndrome de Boerhaave define-se como a rotura espontânea do esófago por aumento súbito da pressão intra-esofágica muitas vezes associado a episódios de vômito. Trata-se de uma patologia rara (corresponde a cerca de 15% das causas de rotura esofágica), porém com uma elevada mortalidade, a rondar os 20% que quando não tratada em 48 horas pode chegar aos 89%.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 77 anos, autónomo. História de litíase renal, sem medicação habitual. Recorreu ao SU por

quadro de dor abdominal intensa ao nível da fossa ilíaca direita, sem irradiação, associada a náuseas e 2 episódios de vômito desde há 2 horas. Negava dor epigástrica, cervical ou torácica, dispneia ou síncope. Ao EO apresentava um abdómen mole, depressível e ligeiramente doloroso à palpação da fossa ilíaca direita, sem defesa ou reação peritoneal. Hemodinamicamente estável. Analiticamente com discreta leucocitose ( $13,6 \times 10^9/L$ ) com neutrofilia ( $11,6 \times 10^9/L$ ), função renal, hepática e ionograma sem alterações, PCR negativa. Urina II relevou hematúria microscópica. Sendo a principal hipótese diagnóstica a cólica renal por litíase renal, o doente foi medicado, com melhoria parcial da dor. Foi pedida TAC abdominal e pélvica por indisponibilidade de ecografia no momento. A TAC revelava ureterohidronefrose ligeira a moderada em relação com cálculo obstrutivo com 6mm no ureter lombar direito. Destacava-se ainda a presença de conteúdo gasoso extra luminal envolvendo a porção visualizada do esófago, coexistindo pequenas bolhas de pneumoperitoneu adjacentes ao fundo gástrico. Por suspeita de ruptura esofágica, foi pedida a avaliação da cirurgia geral que colocou a hipótese diagnóstica de síndrome de Boerhaave no contexto dos 2 episódios de vômito causados pela dor associada à cólica renal. Durante o tempo no serviço de Urgência o doente ainda se alimentou sem indicação médica, não tendo apresentado dispneia, dor cervical ou torácica. Foi internado em unidade de cuidados intermédios para vigilância. Repetiu TAC abdominal e pélvica com contraste às 24h: “idêntico grau e volume de gás em redor do segmento distal do esófago, transição esofagogástrica acima dos pilares do diafragma. Este achado atribuível a pequena perfuração esofágica, da transição gastroesofágica parecendo que o local de solução de continuidade se localiza às 5h da parede esofágica, parede póstero lateral esquerda do

esôfago. Não há extravasamento de contraste oral com a deglutição e não há pneumoperitoneu. Admite-se perfuração contida, selada a acompanhar clinicamente”. Dada a estabilidade clínica o doente foi transferido para enfermaria de cirurgia.

**Conclusões:** Este doente realizou ceftriaxone e metronidazol e ficou em dieta zero. Teve alta após 7 dias, sem necessidade de intervenção cirúrgica. Trata-se assim de um caso de Síndrome de Boerhaave com bom prognóstico dada a rapidez do diagnóstico e início de terapêutica.



## PO 34

### AVC – QUANDO AS ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS PASSAM DESPERCEBIDAS

Bárbara Lemos<sup>1</sup>; João Carlos Oliveira<sup>2</sup>; Tiago Marques<sup>3</sup>; Diogo Mendes Pedro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier; <sup>3</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

No que respeita aos enfartes do território das artérias cerebrais posteriores, a sua maioria ocorre devido a embolias com origem a nível cardíaco, aorta ou artérias vertebrais, sendo a hemianopsia a apresentação mais frequente dos eventos isquémicos com afeção deste território.

Homem, 76 anos, com antecedentes de amaurose bilateral, diabetes mellitus tipo 2, fibrilhação auricular hipocoagulada, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e doença renal crónica.

Doente levado ao serviço de Urgência por febre e alteração do comportamento, tendo sido internado com o diagnóstico de sépsis com ponto de partida em úlcera do pé, e medicado empiricamente com piperacilina-tazobactam. No decorrer do internamento, por identificação de sopro cardíaco de novo, foi feito o estudo ecográfico, sugestivo de endocardite infecciosa, posteriormente confirmada com crescimento em hemoculturas de *Enterococcus faecalis*. Assim, a antibioterapia foi otimizada para ampicilina e gentamicina.

Ao 25º dia de internamento, com a evolução favorável do quadro cardíaco, bem como da úlcera do bordo externo do pé direito, foi possível a deslocação do doente através de marcha com apoio de terceiros. Durante o percurso realizado, acabou por haver a noção de uma marcha atáxica, identificando-se, de seguida, uma discreta diminuição de força do membro superior direito e dismetria do mesmo (NIHSS 4), desconhecendo-se a data de início das alterações. Assim, foi realizada

TC-CE que revelou a presença de um acidente vascular cerebral (AVC) isquémico do território das artérias cerebrais posteriores, com transformação hemorrágica petequial. O doente foi medicado com antiagregação simples e acabou por ter alta após a resolução do quadro infeccioso, permanecendo com os mesmos défices neurológicos. Com este caso clínico, pretende-se retratar a importância da avaliação neurológica completa dos doentes, nomeadamente a marcha e a avaliação de dismetria, e em especial nos doentes com amaurose bilateral ou com algum tipo de alteração visual. Frequentemente, nos AVC da circulação posterior, a alteração mais proeminente ao exame neurológico sumário é a hemianopsia, que poderá ser indetetável nos doentes com limitações da acuidade visual. Neste caso, apesar de o doente ter o diagnóstico de endocardite e apresentar, por isso, um considerável risco embólico, o AVC da circulação posterior foi identificado apenas após o início da marcha, impedido assim que fosse iniciada terapêutica adequada ainda na fase aguda.

## PO 35

### **DA CELULITE AO VÍRUS – QUANDO A PESQUISA DE VÍRUS HERPES É A CHAVE PARA O DIAGNÓSTICO**

Barbara Lemos<sup>1</sup>; João Carlos Oliveira<sup>2</sup>; Raquel Diogo<sup>3</sup>; Diogo Mendes Pedro<sup>3</sup>; Tiago Marques<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier; <sup>3</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Estima-se que 67% da população mundial seja portadora do vírus herpes simplex 1 (VHS-1), sendo este transmitido pessoa a pessoa. Após a infeção inicial, estabelece-se a forma crónica, frequentemente assintomática. No entanto, por vezes surgem reativações que podem manifestar-se com uma panóplia de sinais e sintomas, tais como, lesões orais ou periorais, oculares e encefalite. As infe-

ções oculares ocorrem em menos de 5% dos casos, mas podem associar-se a alterações da acuidade visual e perda completa de visão, sendo as complicações mais comuns a queratite e necrose retiniana aguda. Homem, 72 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e fibrilhação auricular, sem história de lesões herpéticas prévias. Observado por rubor facial, parestesias na região frontal, edema periorbitário e rubor ocular direitos, com exsudado, acompanhados de cefaleia e dor cervical. Negava trauma ou alterações da acuidade visual. Foi realizada TC cranioencefálica e maxilofacial que revelou celulite peri-orbitária e pré-septal, tendo sido iniciada antibioterapia empírica com amoxicilina-ácido clavulânico. Mais tarde, o doente referiu diminuição da acuidade visual, pelo que foi observado pela Oftalmologia e pela Infeciologia, que objetivaram edema palpebral e do pavilhão auricular direitos, úlceras nas pálpebra superior e fundo necrótico no canto interno. Nesse sentido, considerou-se uma provável infeção por vírus varicela zoster, associando-se valaciclovir, ganciclovir tópico e cloranfenicol colírio à terapêutica previamente iniciada.

Ao 4º dia de antibioterapia foram recebidas culturas negativas, bem como estudo de biologia molecular que foi positivo para VHS-1. Assim, foi assumido o diagnóstico definitivo de infeção por VHS-1 da órbita associado a celulite peri-orbitária e pré-septal, mantendo-se a terapêutica antibiótica e antivírica. A evolução foi favorável, registando-se uma resolução praticamente completa do quadro ao 9º dia de tratamento, permitindo a suspensão de toda a terapêutica. Com este caso pretende-se alertar para a importância do diagnóstico correto e atempado das lesões cutâneas pois, por vezes, uma celulite revela-se, na verdade, uma sobreinfeção bacteriana de uma infeção viral primária. Neste caso em particular, tal diagnóstico é particularmente

relevante dada a existência de terapêutica eficaz, uma vez que existe o risco de infeções herpéticas com esta localização progredirem com afeção do sistema nervoso central.

### **PO 36**

#### **SÍFILIS OCULAR – UMA CAUSA POUCO COMUM DE DIMINUIÇÃO DE ACUIDADE VISUAL**

Barbara Lemos<sup>1</sup>; João Carlos Oliveira<sup>2</sup>; Raquel Diogo<sup>3</sup>; Diogo Mendes Pedro<sup>3</sup>; Tiago Marques<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier; <sup>3</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A neurosífilis consiste numa infeção do sistema nervoso central por *Treponema pallidum*. Os casos de sífilis ocular, embora possam implicar praticamente qualquer estrutura do olho, apresentam-se mais frequentemente com uveíte posterior e panuveíte.

Homem de 61 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos, nem toma de medicação habitual.

Recorreu ao serviço de Urgência por queixas de diminuição da acuidade visual (AV), bilateralmente, com cerca de três anos de evolução, e agravamento nas duas semanas anteriores, com limitação das suas atividades de vida diárias. Foi realizada TC-CE que excluiu lesão compressivas ou outras alterações de relevo. Posteriormente, foi observado por Oftalmologia que descrevia edema discreto dos discos, referindo ainda catarata bilateral.

Na investigação etiológica destacava-se RPR e TPHA positivos e VIH 1/2 negativo. Assim, assumindo sífilis ocular, o doente foi internado tendo sido iniciada terapêutica com penicilina e corticoterapia.

Atualmente, o doente mantém o seguimento regular pela infeciologia e oftalmologia, tendo vindo a registar-se uma melhoria gradual da AV. Este caso retrata uma situação de diminuição da AV com uma evolução lenta, valorizada

apenas após causa compromisso sério no dia-a-dia do doente. Casos como este surgem frequentemente, quer em contexto de urgência como de consulta, sendo comumente desvalorizados pela idade e/ou co-morbilidades já previamente apresentadas.

Com este caso em particular, pretende-se ressaltar a importância da suspeita diagnóstica e a confirmação de rastreios de doenças infecciosas, muitas vezes não realizados em doentes desta faixa etária e que poderão ser a resposta para as queixas apresentadas. Aqui, embora a catarata bilateral fosse também uma causa da sua diminuta AV, através da terapêutica iniciada após o diagnóstico de sífilis ocular, foi possível reverter parte das alterações e permitir uma reaquisição da sua autonomia.

### **PO 37**

#### **REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE CUTÂNEA GRAVE – UM CASO CLÍNICO DO SU**

Arnaldo Pires; Ana Luísa Antunes; Ines Neves; Sandra Correia  
*Hospital de Braga*

**Introdução:** Apesar de a mortalidade pela infeção VIH (vírus da imunodeficiência humana) ter diminuído com a introdução de novos fármacos, os regimes de antirretrovirais têm sido associados a um largo espectro de reações cutâneas graves.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 66 anos, com antecedentes de infeção por VIH, em tratamento desde 2000. Desde então, com necessidade de várias alterações do esquema terapêutico, por toxicidade hematológica e/ou reações alérgicas. Tinha iniciado bictegravir/emtricitabina/tenofovir 10 dias antes de recorrer ao SU por sintomatologia com 48h de evolução de tosse com expectoração amarelada, disfonia e odinofagia. Referia ainda hiperémia conjuntival com secreções purulentas, a que posteriormente se associou rash cutâneo, de predomínio no tronco e membros inferiores. Referência a pico febril isolado. À admissão,

de relevo, a doente apresentava acessos de tosse produtiva frequentes; descamação dos lábios e língua; eritema periorbitário, com secreção purulenta; lesões eritematosas com ~0.5 cm de diâmetro, confluentes nalgumas zonas, duas flictenas no dorso com ~4 cm de diâmetro e outras duas de ~0.5 cm na região torácica anterior. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios, sem disfunção de órgão associada, à exceção de insuficiência respiratória com necessidade de oxigenoterapia a 28%. Assumido diagnóstico de Síndrome de Steven-Johnsons, sendo admitida na unidade de cuidados intermédios, sob medidas de suporte e corticoterapia. Nas primeiras 12h verificou-se uma evolução desfavorável, com agravamento franco das lesões, com áreas de erosão ao nível do abdómen/tórax, lesões em bolha na planta dos pés, abdominais e predominantemente no dorso, onde apresentava descolamento cutâneo extenso (sinal Nikolsky positivo); conjuntivite purulenta bilateral, erosões e crostas hemorrágicas dos lábios, bem como erosões dolorosas das mucosas vaginal/vulvar. Após discussão multidisciplinar, foi transferida para uma unidade de queimados, para continuação de cuidados.

**Discussão:** A síndrome de Steven-Johnson e a necrólise epidermoide tóxica são mais frequentes nos doentes com infeção por VIH do que na população em geral. Associam-se a elevadas taxas de mortalidade, permanecendo o tratamento ainda controverso, apesar de vários estudos terem sugerido o benefício da corticoterapia, imunossuppressores, imunoglobulinas ou plasmaferese. Dadas as especificidades do tratamento destes doentes, a transferência para unidades diferenciadas deve ser equacionada a curto prazo.

## PO 38

### A LEPTOSPIROSE PARA ALÉM DA DOENÇA DE WEIL

Barbara Lemos<sup>1</sup>; Raquel Diogo<sup>2</sup>; Pedro Rodrigues Santos<sup>3</sup>; Tiago Marques<sup>2</sup>; Diogo Mendes Pedro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; <sup>3</sup>IPO Lisboa

A leptospirose é considerada a zoonose mais frequente em todo o mundo, estimando-se que ocorram anualmente mais de 1 milhão de infeções e 60000 mortes. A sua prevalência é maior no sul e sudeste asiático, Oceânia, Caraíbas e algumas regiões da África subsaariana e América Latina.

A clínica é variável sendo a maioria das infeções ligeiras ou assintomáticas, distinguindo-se dois síndromes: leptospirose anictérica e icterica, esta última de maior gravidade. Homem, 48 anos, natural do Bangladesh, a residir em Portugal há 4 anos. Sem antecedentes pessoais relevantes e com viagem recente ao seu país de origem. Foi observado 11 dias após o regresso a Portugal por quadro de febre, tosse seca, dor abdominal e lombar, odinofagia e cefaleia. Verificou-se elevação dos parâmetros inflamatórios, sem alterações imagiológicas relevantes, tendo o doente abandonado o serviço de Urgência (SU). Cinco dias depois, foi encontrado no aeroporto de Lisboa, com aparente síndrome confusional e readmitido no SU. Apresentava-se estuporoso, pontuando 8 na Escala de Coma de Glasgow. Do estudo complementar, a salientar elevação dos parâmetros inflamatórios, TC e RMN crânio-encefálica sem alterações relevantes, eletroencefalograma com atividade lenta frontal, central e temporal bilateral, primeira punção lombar sem alterações e segunda com proteinorráquia, pleocitose com predomínio de polimorfonucleares, sem hipoglicorráquia e com filmarray negativo. Assumiu-se meningoencefalite e o doente foi

admitido. Foi realizado estudo para diversos microrganismos endêmicos, destacando-se PCR do líquido cefalorraquidiano positiva para *Leptospira* spp., pesquisa de vírus respiratórios positiva para adenovírus, e soro com IgA adenovírus e IgM leptospira spp. positivos. Foram estabelecidos os diagnósticos de leptospirose anictérica com meningoencefalite e pneumonia viral por adenovírus, tendo sido medicado com doxiciclina, com resolução completa do quadro. Após vários meses de seguimento, mantém-se assintomático, apenas com amnésia para o evento agudo. A leptospirose pode ter uma apresentação clínica variável, que pode ser confundível com outras etiologias. Tratando-se este caso de um doente com origem geográfica no Bangladesh, bem como uma visita recente ao país, revelou-se pertinente a exclusão de outras etiologias infecciosas de meningoencefalite, o que contribuiu para uma maior riqueza e dificuldade diagnósticas, revelando-se esta fundamental para um diagnóstico correto e atempado.

### PO 39

#### PERCEVEJOS – UMA PRAGA EM FÉRIAS

Rúben Costa; Helena de Oliveira;  
Patrícia Moreira Gomes; Marta Patacho  
*Centro Hospitalar de S. João, EPE*

**Introdução:** Os percevejos ou *bed bugs* são insetos que se alimentam obrigatoriamente de sangue que infetam as residências humanas e que causam reações locais na pele após mordedura. Consistem em insetos ovalados, planos, com olhos bem separados e boca em retroversão que são atraídos pelo calor e dióxido de carbono e que habitualmente se alimentam durante o sono humano. Um percevejo adulto pode sobreviver até 1 ano sem se alimentar. As manifestações clínicas cutâneas são variadas e podem variar. A manifestação mais clássica consiste numa pápula com um ponto hemorrágico central associada a prurido. Podem surgir apenas máculas purpúricas

assintomáticas, reações bolhosas ou mesmo reações urticariformes. As reações habitualmente detetam-se após acordar ou mesmo vários dias após a mordida. Caso clínico: Descreve-se o caso de um utente do sexo masculino, autónomo, com 21 anos, antecedentes de bicuspidia aórtica e sem alergias medicamentosas, que recorre ao serviço de Urgência pela primeira vez por exantema pruriginoso com 3 dias de evolução. A colocar maleato de dimetideno (fenistil) topicamente com alívio parcial. Teria estado de férias há 5 dias em Marbella, Espanha, tendo dormido em alojamento local. Ao exame objetivo apresentava-se com pápulas eritematosas com ponto hemorrágico central em distribuição linear na região anterior do antebraço direito e um conglomerado de lesões papulares eritematosas, algumas com ponto hemorrágico central, na região abdominal direita. Foi feito o diagnóstico presuntivo de picada por percevejo, tendo o doente alta médica com prescrição de anti-histamínico oral durante uma semana para controlo de prurido, corticoide tópico de média potência e indicação para cortar unhas das mãos e evitar coceira para não infetar secundariamente lesões.

**Conclusões:** O tratamento desta condição no doente é meramente sintomático (anti-histamínico e corticoide tópico). As picadas resolvem individualmente numa semana. Deve-se suspeitar do diagnóstico perante uma viagem recente com dormida em condições pouco salubres ou se em local já com infestação conhecida, lesões em coabitantes, deteção de lesões após acordar, lesões papulares com ponto hemorrágico central e distribuição linear. O diagnóstico só é confirmado após deteção da presença dos percevejos, para o qual se deve enviar uma equipa de desinfestação para a casa. Neste caso tratou-se de um diagnóstico de presunção visto que o provável contágio ocorreu durante o período de férias.



#### PO 40

### **PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO – RELATO DE UM CASO DE URGÊNCIA PARA ALÉM DE UMA AGUDIZAÇÃO DE ASMA**

Joana Pereira Moniz; Bárbara Lemos;  
Francisco Monteiro Henriques; Mauro Gomes Marques;  
Rita Santos Martins; Soraia Pinho Duarte;  
Pedro Neves Tavares; Rita Lizardo Grácio;  
Renato Saraiva

*Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André*

**Introdução:** O pneumomediastino define-se pela presença de ar no mediastino, podendo ser espontâneo ou traumático. Apesar de ser uma patologia pouco prevalente, um estudo revelou que cerca de 0,3 a 5% das crianças que se apresentam no serviço de Urgência por agudização de asma apresentaram também um pneumomediastino espontâneo.

**Caso clínico:** O presente caso clínico refere-se a uma doente do sexo feminino com 18 anos de idade e independente nas atividades de vida diárias, com antecedentes pessoais de diabetes tipo 1, tiroidite autoimune, asma

e tabagismo. Recorreu ao serviço de Urgência por dispneia súbita (associada a inalação de fumo por óleo queimado) e dor torácica que associava aos episódios vigorosos de tosse aquando do episódio. À admissão apresentava-se polipneica sob O<sub>2</sub> a 3L/min, sem tiragem supraclavicular e com dor de características pleuríticas. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido e simétrico mas com sibilância marcada e aumento do tempo expiratório. Assumida agudização de asma e efetuada terapêutica broncodilatadora e corticoterapia. Dos exames complementares de diagnóstico, a destacar gasimetria arterial com hipoxemia; análises com D-dímeros 717 ng/mL [ $<500$ ] e troponinas negativas, sem outras alterações; eletrocardiograma sem alterações; radiografia de tórax (imagem 1) sem alterações pleurais ou do parênquima, mas com infiltrado de ar a nível do mediastino. Realizada TC de Tórax (imagem 2) com evidência de pneumomediastino, enfisema centrilobular e incipientes bolhas parasseptais, sem presença de tromboembolismo pulmonar. A doente foi então internada para vigilância e continuação de cuidados, tendo-se verificado uma melhoria clínica e radiológica com tratamento conservador.

**Conclusões:** Apesar do pneumomediastino espontâneo ser uma patologia geralmente autolimitada e com um bom prognóstico, este caso alerta-nos para a importância do conhecimento dos fatores de risco e da colheita de uma anamnese cuidada e detalhada, mesmo em contexto de urgência, por forma a que exista um maior índice de suspeição quanto a este diagnóstico.



## PO 41

### **PATOLOGIA BOLHOSA CUTÂNEA NA URGÊNCIA... E AGORA?**

Rosario Calado; Ana Luisa Antunes; Arnaldo Pires  
*Hospital de Braga*

**Introdução:** As doenças bolhosas constituem um espectro alargado de patologias, com diferentes níveis de gravidade. A abordagem no SU é dificultada pela escassez de meios complementares, sendo fundamental a colheita de uma história clínica detalhada. A fitofotodermatite é um diagnóstico clínico e relativamente comum, sobretudo nos meses da primavera e verão. Faz diagnóstico diferencial com as dermatites de contacto, queimadura

solar, herpes simplex, reações a fármacos e porfíria cutânea tarda.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 38 anos de idade, sem alergias medicamentosas, antecedentes patológicos de relevo ou medicação habitual. Recorre ao serviço de urgência por quadro com 5 dias de evolução de rash eritematoso não pruriginoso no tronco e membros superiores, em agravamento progressivo. Cerca de 48h depois do início de sintomas, refere aparecimento de lesões vesiculares e flictenas, a maior na região umbilical, com cerca de 4cm de diâmetro, com drenagem de líquido seroso em quantidade abundante. Negava febre ou conviventes doentes, assim como qualquer factor despolotante. Quando questionado directamente, referiu que 2 dias antes do aparecimento dos sintomas tinha trabalhado no campo, com exposição solar e sem proteção adequada. Estabeleceu-se assim o diagnóstico de Fitofotodermatite. Teve alta sob corticoterapia e anti-histaminico, associado a evicção solar, com evolução favorável.

**Discussão:** A fitofotodermatite é uma reacção dermatológica fototóxica, desencadeada pela exposição a raios ultravioleta associada a absorção cutânea de compostos de furocumarinas (presente em plantas das famílias Apiaceae e Rutaceae). As manifestações atingem um pico de gravidade às 72h após exposição. A doença ligeira caracteriza-se por um eritema linear, seguido de hiperpigmentação cutânea. Nos casos mais graves, surge edema marcado e presença de vesículas e bolhas. As lesões nunca são pruriginosas e são raros os relatos de sobreinfecção bacteriana. A abordagem terapêutica passa pelo controlo de sintomas com a administração de corticoide oral, antihistaminicos e compressas frias. A evicção solar é mandatória.

## PO 42

### CETOACIDOSE DIABÉTICA, UM CASO CLÍNICO

Inês Correia Brasil; Pedro Miguel Rocha;  
Alice Fonseca Marques; Joana C. Ramos;  
Tatiana Gonçalves; Eugénia Germano; Paulo Martins  
*CHUC*

**Introdução:** A cetoacidose diabética (CAD) é uma das complicações mais frequentes da diabetes mellitus, caracterizando-se por acidose e hiperglicemia. Está frequentemente associada a processos infecciosos, baixa ingestão hídrica e má adesão terapêutica. A CAD tem habitualmente instalação rápida, frequentemente menos de 24 horas, manifestando-se com alterações neurológicas, dor abdominal, taquicardia, taquipneia, hipotensão e hálito cetónico.

**Caso clínico:** Mulher de 57 anos, encaminhada dos Cuidados de Saúde Primários ao serviço de Urgência (SU) por dor abdominal e vômitos com 5 horas de evolução. Na avaliação prévia à transferência a hiperventilar, hipertensa (268/119 mmHg), com glicémia capilar aumentada (531 mg/dl), tendo sido medicada com captopril sublingual, diazepam, insulina rápida e fluidoterapia. À admissão no SU, apresentava-se consciente, polipneica em ar ambiente (com respiração de Kussmaul), sendo transferida para a sala de Emergência de imediato. Objetivamente destaco tensão arterial 185/89 mmHg, frequência cardíaca 123 bpm, saturação periférica de 98%. Foi feita medição de glicemia capilar e cetonemia ambas impossíveis de determinar “HI”. Gasometricamente acidose metabólica (pH:6.89, bicarbonato: 1.7, pCO<sub>2</sub>:8.8, pO<sub>2</sub>:140.6, potássio: 5.96, Gap aniónico:42, glicose:723 e lactatos:5.50). Iniciou perfusão de insulina, cloreto de sódio 0.9%, bicarbonato 8.4% e oxigenoterapia. Face à gravidade clínica foi contactada a equipa de Medicina Intensiva, sendo sedada, entubada e ventilada mecani-

camente em volume controlado (Vt 580/PEEP de 5 e FIO<sub>2</sub> 100%).

**Conclusão:** Os autores consideram pertinente o relato deste caso face à sua gravidade, onde a doente foi transferida com nível de cuidados inadequados e transportada sem apoio de enfermagem ou médico. Salientam ainda a necessidade de uma rápida abordagem inicial. A utilização de recursos como determinação da glicemia capilar, cetonemia e gasometria permitiram perceber a gravidade e instituir as medidas terapêuticas necessárias. As alterações gasimétricas e o estado clínico da doente foram indicativas da severidade do quadro, permitindo o início de suporte ventilatório invasivo de forma precoce ainda na sala de emergência.

## PO 43

### SÍNDROME DE HAMMAN: PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO EM DOENTE ASMÁTICO

Isabel Muinga; Fernando Flora, Jorge Molina,  
Naima Andrade  
*Serviço de Medicina da Clínica Sagrada Esperança,  
Luanda-Angola*

**Introdução:** Síndrome de Hamman ou pneumomediastino espontâneo, significa presença de ar no mediastino na ausência de trauma, cirurgia ou procedimentos. Resulta da ruptura alveolar desencadeada por factores como tosse vigorosa, vômitos, exercício físico e inalação de drogas e está associado por vezes a doenças intersticiais pulmonares, enfisema e asma. É uma entidade descrita como pouco frequente que afecta principalmente homens entre 17-25 anos.

**Caso clínico:** Doente de 17 anos, masculino, sem hábitos tabágicos, com asma brônquica, medicado irregularmente com broncodilatores inalatórios.

Recorre à consulta externa (CE) por apresentar, tosse seca irritativa, rinorreia não purulenta e congestão nasal. Apresentava biotipo longilíneo, estava eupneico, apirético, murmúrio

vesicular mantido e com sibilos dispersos em ambos hemitóraces. Realizou terapêutica de urgência e teve alta com broncodilatadores inalatórios e anti-histamínico oral. Por persistência de tosse seca com dor retroesternal ligeira, foi reavaliado no serviço de Urgência. Mantinha-se eupneico, boa saturação periférica, mas a palpação apresentava sinais de enfisema subcutâneo na região cervical e auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. A radiografia torácica pósterio-anterior (PA) revelou enfisema subcutâneo e sinais sugestivos de pneumomediastino. A tomografia (TC) torácica confirmou pneumomediastino e enfisema subcutâneo sem afectação pleural nem parenquimatosa sugerindo etiologia espontânea. Por se apresentar assintomático, manteve-se internado por 24 h, sob tratamento conservador. Foi realizada radiografia evolutiva que evidenciou melhoria relativa das alterações identificadas, tendo o doente tido alta com indicação de seguimento em CE.

**Conclusões:** Na síndrome de Hamman a tosse, toracalgia e dispneia são os sintomas mais frequentes. Neste caso admitimos a tosse vigorosa como factor desencadeante. A presença de sinal de Hamman é importante para diagnóstico. A presença de sinal de Hamman é importante para diagnóstico. A radiografia torácica em incidências PA e perfil, é um exame acessível, rápido e com 90% de sensibilidade. Os principais achados incluem imagens lineares de gás no mediastino, geralmente seguindo até o pescoço, colecções de ar delineando os vasos sanguíneos mediastinais, vias aéreas de maior calibre, esófago ou coração. A TC torácica com contraste permite confirmação em casos em que a radiografia é normal ou inconclusiva, melhor definição anatômica e é o exame de eleição para detectar complicações. Estudos endoscópicos e broncofibroscópicos não são recomendados por rotina. A evolução é benigna na maior parte das vezes e sob tratamento conserva-

dor. Possíveis complicações como pneumomediastino sob tensão, pneumopericárdio e pneumorragia condicionam o prognóstico e devem ser prontamente excluídas.

#### **PO 44**

### **DOENÇA DE KIKUCHI-FUJIMOTO: UM DIAGNÓSTICO RARO MAS DESAFIANTE**

Beatriz Gomes Rosa; Flávia Freitas;  
Catarina Pinto Silva; Carina Costa e Silva;  
Joana da Silva Costa; Francisca Pereira;  
Marinha Silva; Carlos Oliveira  
*Hospital Santa Maria Maior, Barcelos*

**Introdução:** A doença de Kikuchi-Fujimoto (DKF), ou linfadenite histiocítica necrotizante, é uma doença rara, benigna e auto-limitada, de etiologia desconhecida, que se caracteriza por febre e linfadenopatia cervical numa mulher jovem. O diagnóstico é histopatológico, através da biópsia excisional de gânglio. O tratamento é de suporte.

**Caso clínico:** Mulher de 22 anos, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de Urgência por tumefações cervicais dolorosas bilaterais e febre com 7 dias de evolução, associados a mal estar generalizado e cefaleia temporoparietal bilateral com foto e fonofobia. Ao exame objetivo, encontrava-se normotensa e normocárdica, febril, com adenopatias cervicais palpáveis bilateralmente, de pequena dimensão e dolorosas à palpação. Sem alterações auscultatórias. Sem hepatoesplenomegalia palpável. Exame neurológico sem alterações. Analiticamente, com leucocitose com neutrofilia, trombocitose, anemia normocítica normocrômica, elevação da ferritina, da desidrogenase láctica, da proteína C reativa e da velocidade de sedimentação. Foi internada e completado o estudo com serologias para o vírus da imunodeficiência humana e vírus hepatotrópicos, teste de monospot, painel de autoimunidade, quantiferon-TB e pesquisa de vírus respiratórios, tendo tudo sido negativo, exceto a pesquisa de adenovírus positiva.

Realizou tomografia computadorizada de crânio, pescoço, tórax, abdómen e pélvis que mostrou aspeto globoso das amígdalas palatinas e adenomegalias jugulocarotídeas bilaterais, sem mais alterações. Realizou biópsia excisional de gânglio cervical direito, cujo resultado revelou linfadenite necrotizante, com múltiplos focos de necrose rodeados por histiócitos epitelióides, a favor da DKF. Manteve-se sob tratamento sintomático, evoluindo com melhoria e resolução do quadro.

**Conclusão:** Numa doente jovem o aparecimento subagudo de adenopatias generalizadas com características benignas, sintomas gerais e alterações laboratoriais é sugestivo de DKF, que foi confirmada pelo exame anátomo-patológico do gânglio excisado. Este diagnóstico implica uma elevada suspeição clínica. O diagnóstico diferencial requer a exclusão de doenças linfoproliferativas e infecciosas com implicações no prognóstico e tratamento do doente.

#### PO 45

### QUANDO O CANCRO ENCONTRA A INFEÇÃO: UM CASO DE ADENOCARCINOMA E ABCESSO PULMONAR

Jorge Luís Simões Amorim Moreno Governa;  
Beatriz Marquês; Pedro Dinis Avelar; Luís Mateus;  
Maria João Tavares; Dulce Bonifácio; Joana Ferra;  
Liliana Simões; Sérgio Vilela Borges; Paula Raimundo;  
Natália André; Ana Costa; Rosa Amorim  
*Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de  
Torres Vedras*

**Introdução:** Uma das possíveis manifestações clínicas do tumor pulmonar é a infeção respiratória, nomeadamente a pneumonia e mais raramente o abcesso pulmonar, seja pela obstrução brônquica condicionada e acumulação de secreções a montante ou pela sobreinfeção de tecido tumoral necrosado. Neste caso clínico, um abcesso pulmonar diagnosticado incidentalmente revelou um processo neoplásico subjacente num doente internado por AVC agudo em evolução.

**Caso clínico:** Homem de 82 anos, leucodérmico, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, fibrilhação auricular permanente e doença cerebrovascular. Admitido no serviço de Urgência por desorientação temporo-espacial e discurso incoerente de instalação aguda. À observação encontrava-se hemodinamicamente estável, apirético, eupneico. Ao exame neurológico sem assimetrias faciais ou défices motores. A TC-CE revelou AVC isquémico agudo no território da artéria cerebral posterior direita. Por alterações na auscultação pulmonar, realizou RxTórax que revelou condensação no lobo superior esquerdo (LSE) com nível hidroaéreo. A TC Tórax confirmou tratar-se de lesão cavitada correspondente a abcesso pulmonar com 6cm de diâmetro transversal, múltiplas adenopatias mediastínicas e volumoso derrame pleural esquerdo. Iniciou antibioterapia de largo espectro e tratamento de suporte. O estudo complementar com broncofibroscopia revelou edema da mucosa do brônquio lobar superior esquerdo, cujas biópsias evidenciaram infiltração por adenocarcinoma do pulmão (CK7+, TTF1+). O estudo microbiológico das secreções brônquicas do LSE revelou exclusivamente presença de *Candida krusei*. Repetiu TC Tórax às três semanas que mostrou agravamento volumétrico da lesão cavitada, com conteúdo aéreo e líquido medindo cerca de 11.7x8.5 cm de maiores eixos, e do conglomerado adenopático mediastínico. Considerando o estado geral do doente, o AVC em evolução e a extensão loco-regional do tumor pulmonar foi instituída apenas terapêutica paliativa, vindo o doente a falecer ao 37º dia de internamento.

**Conclusões:** No presente caso clínico, uma condensação pulmonar em radiografia torácica num doente com AVC em progressão evocou o diagnóstico de abcesso pulmonar. Contudo, o estudo complementar revelou um volumoso tumor primitivo pulmonar cavitado,

sobreinfetado por *Candida krusei*. Não tendo o doente sido submetido a qualquer tratamento oncológico, a volumosa cavitação tumoral resultante de necrose espontânea constituiu neste doente uma manifestação clínica pouco usual, sobretudo quando confirmada a ausência de infecção bacteriana, nomeadamente *M. tuberculosis*, nas secreções brônquicas.

#### PO 46

### QUANDO O DOENTE É TRIADO PARA A MEDICINA E É UM DOENTE CIRÚRGICO

Daniela Pinheiro; Raquel Moniz; André Ribeiro; Marta Barrigas; Catarina Coelho; Cristiana Sousa; Fernando Salvador

*CH Trás-os-Montes (Chaves)*

**Introdução:** *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*) os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) prejudicam as defesas e a capacidade de reparação da mucosa, tornando-a mais suscetível ao ácido gástrico. O abuso do álcool e a radioterapia podem igualmente associar-se a úlcera gástrica. *H. Pylori* é a causa da infecção em 50 a 70% dos pacientes com úlcera duodenal e em 30 a 50% dos pacientes com úlcera gástrica. O uso de AINEs responde por mais de 50% das úlceras pépticas.

**Caso clínico:** Sexo masculino, 87 anos, autônomo. Admitido no serviço de Urgência por epigastria com um dia de evolução, agravamento progressivo, sem irradiação e com episódios prévios semelhantes. Referiu obstipação com 3 dias de evolução. Negou vômitos, hematemeses. Negou toracalgia, dispneia ou ortopneia. Com antecedentes de hipertensão arterial, hiperuricemia, parkinsonismo e melanoma maligno nodular, nível V de Clark, tratado cirurgicamente. Por patologia osteoarticular, recorria frequentemente ao uso de AINE. Negou hábitos tabágicos. Hábitos etílicos pesados. Análises clínicas sem alterações de relevo. Realizou radiografia torácica e de abdome sem alterações. Por manutenção das queixas, realizou tomografia

computorizada toracoabdominoélvica, que revelou sinais sugestivos de perfuração na parede anterior do antro gástrico com pequeno pneumoperitoneu e pequena quantidade de líquido livre intraperitoneal. Espessamento do antro com edema da submucosa sugerindo alterações de gastrite, com imagem de úlcera com 2 cm na parede anterior. Foi submetido a laparotomia de urgência por perfuração de úlcera pré-pilórica. Realizou piloroplastia que decorreu sem intercorrências.

**Conclusão:** Com este caso clínico os autores pretendem alertar para o facto de ser importante pensar neste diagnóstico, quando existe uma clínica sugestiva e fatores de risco presentes. O tratamento é normalmente uma intervenção cirúrgica, em casos pontuais pode dar-se um encerramento espontâneo, com medidas conservadoras. A prevenção passa pelo controlo de todos os fatores de risco (evicção de AINEs e álcool, neste caso). No caso dos anti-inflamatórios, se eles forem indispensáveis, deve-se utilizar também inibidores da bomba de prótons. Seria importante neste caso em particular, o despiste de *H. Pylori*, uma vez que quando se erradica, somente 10% dos pacientes apresentam recorrência da doença ulcerosa péptica, comparados a 70% de recorrência em pacientes tratados com supressão ácida isoladamente.

#### PO 47

### “DOUTOR, NÃO CONSIGO LER!” – UM CASO DE AVC CRIPTOGÉNICO

Elisa Caldeira; Teresa Silva; Sofia Almada; Sara Gomes; Miriam Capelo; Maria da Luz Brazão; Teresa Faria

*Hospital Nélito Mendonça*

O foramen oval está presente no feto e permite a passagem do sangue venoso diretamente para a aurícula esquerda, fazendo *bypass* ao pulmão fetal não funcionante. Se esta comunicação persiste para além do primeiro ano de vida, é denominada de foramen

ovale patente (FOP). O FOP está presente em cerca de 27% da população geral, e é uma causa rara de acidente vascular cerebral (AVC). O risco de um primeiro AVC em indivíduos com FOP sem outras causas concomitantes é muito baixo (0.1%), ocorrendo sobretudo em adultos jovens (<55 anos).

Apresentamos o caso de uma mulher de 63 anos, natural do Brasil, sem antecedentes pessoais conhecidos, não fumadora, com alergia ao iodo. Teria sido submetida a artroplastia total do joelho a 04/08/2023, estando medicada desde a alta clínica com rivaroxabano 10 mg para trombopprofilaxia primária e analgesia. Recorreu ao serviço de Urgência no dia 13/08/2023 por alteração da visão que descrevia como uma “dificuldade em ler as palavras por completo, tinha de ler uma letra de cada vez” sic, com início no período pós-operatório da artroplastia. Objetivamente, apresentava-se hemodinamicamente estável, apirética, eupneica em repouso e ar ambiente, sem alterações de relevo, à exceção de hemianópsia homónima direita no exame neurológico sumário. O eletrocardiograma mostrava ritmo sinusal e as análises eram inócentes. Foi pedida tomografia computadorizada cranioencefálica, que mostrou “hipodensidade cortico-subcortical esquerda, compatível com enfarte em território da ACP esquerda em fase subaguda”. Posto isto, ficou internada para estudo etiológico do AVC, tendo sido detetada, em ecocardiograma transtorácico (ETT), a presença de FOP. A doente teve alta, sem alterações verificadas no restante estudo, medicada com anti-agregante plaquetário e estatina e referenciada para consulta de Medicina Física e Reabilitação.

Algumas características neste caso clínico sugerem FOP como causa do AVC, nomeadamente a existência de circunstâncias favorecedoras de trombose das veias pélvicas/membros inferiores (cirurgia, imobilidade prolongada) e ausência de fatores de risco

cardiovascular. De acordo com a literatura atual, o risco de recorrência de AVC é menor com o encerramento do FOP em detrimento da terapêutica médica, no entanto, a maioria dos estudos realizados não abrange indivíduos com >60 anos.

#### PO 48

### MENINGOENCEFALITE PNEUMOCÓCICA COMPLICADA COM SURDEZ BILATERAL E ATAXIA DA MARCHA

Elisabete Lobo Cerqueira; Mariana Nunes; Beatriz Riquito; Marta Rodriguez; Fernando Salvador  
*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro*

**Introdução:** A meningoencefalite bacteriana consiste na inflamação das meninges causada por bactérias, podendo atingir o parênquima encefálico. Os agentes etiológicos mais comuns na população adulta são *Streptococcus pneumoniae* e *Nisseria meningitidis*. As manifestações clínicas à apresentação incluem cefaleia severa, febre, rigidez da nuca, alteração do estado mental e náuseas. Apresenta-se um caso de meningoencefalite pneumocócica complicada com surdez bilateral e ataxia da marcha.

**Caso clínico:** Doente sexo masculino, 75 anos, autónomo. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, ex-fumador e herpes zoster do olho esquerdo. Trazido ao serviço de Urgência por cefaleia incapacitante, no início do dia, e, à tarde, maior prostração. Ao exame objetivo à admissão: escala coma de Glasgow de 10 (O4V1M5). Pupilas anisocóricas, afasia global, períodos de agitação alternados com maior prostração. Mobiliza os 4 membros sem aparentes assimetrias. Períodos de bradipneia, saturação periférica de O<sub>2</sub> de 94%. Febre. Enquanto estava a ser conduzido para tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC CE), período de agitação e vômito. Foi admitido na sala de emergência, submetido a entubação orotraqueal e ficou sob sedação e ventilação mecânica. Realizou Angio TC CE

que não demonstrou evento vascular agudo ou lesão ocupante de espaço, revelou aspectos inflamatórios polissinusais e otomastoides bilateralmente. Efetuada punção lombar com saída de liquor turvo e pleocitose com predomínio de polimorfonucleares e hiperproteinorraquia. Iniciou empiricamente ceftriaxone, aciclovir e ampicilina. Foi admitido, inicialmente, em unidade de cuidados intensivos (UCI). O painel de meningite bacteriana foi positivo para *Streptococcus pneumoniae*, também isolado no bacteriológico de liquor. Realizou corticoterapia com dexametasona e dirigiu-se antibioterapia ao TSA, tendo mantido ceftriaxone durante 14 dias. Objectivou-se melhoria progressiva do estado de consciência, tendo sido extubado. Verificou-se complicação de meningoencefalite com surdez bilateral e ataxia da marcha. Realizou estudo de imagem com ressonância magnética cerebral que excluiu complicações endocraneanas de meningoencefalite e demonstrou integridade dos complexos acústico-facial. Foi avaliado por Medicina Física e Reabilitação, tendo iniciado reabilitação fisiátrica no internamento com melhoria progressiva da marcha. Foi orientado por também por Otorrinolaringologia.

**Conclusões:** Este caso trata de uma meningoencefalite pneumocócica associada a otomastoidite bilateral complicada com surdez bilateral e ataxia da marcha que, em contexto de serviço de Urgência, motivou admissão em sala de emergência para estabilização e posterior admissão a UCI. A destacar que, qualquer forma de meningoencefalite bacteriana, quando não é tratada ou quando é tratada tardiamente, é quase sempre fatal.

## PO 49

### DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA AO SHUNT ARTERIO-VENOSO CEREBRAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Pinto Silva

Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

**Introdução:** A malformação arteriovenosa (MAV) cerebral apresenta-se como uma anomalia do desenvolvimento vascular de carácter não neoplásico, definida por um complexo de artérias aferentes que drenam para veias através de um leito capilar anormal, denominado nidus (podendo ou não conter conexão arteriovenosa direta - *shunt*). A MAV tem como apresentação clínica mais frequente a hemorragia, pelo que o défice focal sem sangramento surge como uma apresentação incomum.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 52 anos, antecedentes patológicos pessoais de doença hepática crónica (DHC) de etiologia em estudo em consulta externa de Medicina Interna - já com um internamento por encefalopatia hepática e descompensação edemo-ascítica, sob lactulose, tiaprida 100 mg/dia e espirolactona 100 mg/dia. A doente recorreu ao serviço de Urgência (SU) com quadro clínico caracterizado por períodos de confusão temporo-espacial, lentificação psicomotora e disartria ligeira com um dia de evolução. De relevo da história clínica, trânsito intestinal mantido com 2 dejeções diárias e sem outra clínica valorizável. Ao exame objetivo, lentificação de discurso e episódios intermitentes de desorientação, sem outras alterações. Neste contexto, realizou TC de crânio simples que revelou hipodensidade que envolvia córtex e subcórtex fronto-insular à esquerda. Analiticamente de relevo, título de anticorpos ANCA 1/80 (P-ANCA atípico X-ANCA). Realizou ainda ecocardiograma transtorácico com regurgitação mitral ligeira e RMN do crânio com angioRMN que demonstrou a presença de shunt arteriovenoso fronto-oper-

cular esquerdo, conectando ramos da artéria cerebral média, potencial nidus malformativo de 19 mm e veia transependimária ectasiada drenando para o sistema venoso profundo. Assim, assumiu-se evento isquémico central agudo em contexto de shunt-arteriovenoso. Discutido caso com Neurocirurgia pelo que se encontra a aguardar agendamento de consulta. **Discussão:** O presente caso clínico pretende demonstrar o desafio diagnóstico em Medicina Interna e nomeadamente em regime de Urgência. De facto, nem sempre o mais provável é o diagnóstico definitivo, o que nos deve alertar para a investigação e contextualização perante o doente que se apresenta, do ponto de vista holístico, já que o tratamento é diferenciador e interfere no prognóstico da doença.

## PO 50

### A IMPORTÂNCIA DO INTERNISTA NA URGÊNCIA

Andreia Coutinho; Rita S Xavier;  
Margarida Arantes Silva; Violeta Iglesias; Mário Esteves  
*CHMA*

**Introdução:** A pielonefrite aguda manifesta-se por sinais sistémicos e/ou dor lombar/sinal de Murphy renal positivo, podendo estar associado a sintomas urinários baixos. Os exames de imagem são importantes para o diagnóstico de complicações, como cálculos, obstrução e/ou abscessos. A pielonefrite aguda obstrutiva é uma urgência urológica e acarreta um elevado risco de evolução para urossépsis. O tratamento envolve o rápido controlo do foco infeccioso através da desobstrução do trato urinário e início de fármacos antimicrobianos.

Embora o tratamento passe, pelo menos em parte, pela Urologia, muitas vezes o diagnóstico é feito pelo médico internista. "(...) o internista é um médico que dedica a sua atenção à pessoa como um todo e (...) o perito na abordagem clínica exaustiva de cada doente." (Definição do Dr. Vasco Barreto, em

nome da direção da SPMI).

**Caso clínico:** Sexo feminino, 74 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, doença arterial periférica e litíase renal. Episódio de urgência a 5/maio por dor no flanco esquerdo. Apresentava leucocitose (23.000/mcL), proteína C reativa (PCR) de 10 mg/dL e lesão renal aguda (creatinina 1.88 mg/dL); a análise sumária de urina não tinha alterações relevantes; a tomografia computadorizada abdominal mostrava dilatação pielocalicial esquerda e um cálculo com 0,6 cm. Foi avaliada por Urologia que considerou tratar-se de um cálculo sem sobreinfecção e a doente teve alta com medidas de alcalinização urinária. A 7 e 10 de maio tem novos episódios de urgência por manter a dor e apresentar de novo vômitos; no dia 10 foi identificado, de novo, sinal de Murphy renal positivo à esquerda e leucocitúria ligeira. Assim, teve alta medicada com cefixima. Volta a 23/maio, agora também com febre (38.7°C), hipotensão e polipneia com hipoxia. As análises mostravam agravamento da PCR (18mg/dL) e da creatinina (2.03 mg/dL); a ecografia apresentava sinais de pielonefrite, ligeira ectasia e pionefrose à esquerda. Só neste momento é pedida colaboração à Medicina Interna. Revendo todo o quadro clínico, a Medicina Interna fez o diagnóstico de sépsis com ponto de partida em pielonefrite obstrutiva esquerda; a doente colheu exames culturais de sangue e urina (que acabaram por revelar candidémia e candidúria) e foi transferida para Urologia para derivação urinária urgente. Após o procedimento e aplicação de terapêutica antimicrobiana dirigida, a doente começou finalmente a melhorar.

**Conclusão:** Este caso clínico ressalta a importância da Medicina Interna num serviço de Urgência. A doente foi observada diversas vezes, por diferentes médicos, mas apenas quando foi observada por um internista obteve o diagnóstico e tratamento adequados. O

médico internista é por excelência o médico do diagnóstico, aquele que trata holisticamente o doente, sendo exatamente isso que este caso clínico pretende ressaltar.

## PO 51

### DESAFIOS DE UM SINDROME BRADI-TAQUI NO SU

Tiago Valente; Catarina Oliveira; Helena Oliveira; Ana Rita Pires; Filipe Martins; Jorge Almeida  
*Centro Hospitalar de S. João, EPE*

O síndrome de bradicardia-taquicardia, é caracterizado por episódios alternados bradicardia e taquicardia. Está associado a distúrbios da condução cardíaca ao nível do nódulo sinusal. As principais queixas incluem palpitações, tonturas, fadiga e até síncope. A alternância do ritmo cardíaco nesta síndrome representa um desafio na sua abordagem dado que o tratamento direcionado a um tipo de ritmo pode exacerbar o outro. A abordagem terapêutica baseia-se na estabilização do ritmo cardíaco e no alívio dos sintomas, com recurso a fármacos como betabloqueadores ou bloqueadores dos canais de cálcio (que potencialmente poderão exacerbar a bradicardia), podendo ser necessário o implante de pacemaker permanente para controlo do ritmo cardíaco. Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 83 anos, com antecedentes de obesidade SAOS, fibrilação auricular hipocoagulada com apixabano e dislipidemia, que recorreu ao serviço de Urgência por mal estar generalizado, tonturas sem síncope associada. Objetivamente mau estar geral, taquicárdica (FC 150bpm), sem alterações na gasimetria, com flutter e RVR no ECG. Face a sintomas, perfil tensional baixo e doente já hipocoagulada decidido controlo de frequência com amiodarona. Realizou pequena dose com controlo de resposta ventricular - ~50 bpm pelo que se suspendeu o bolus. Cerca de 1h após evoluiu em bradicardia extrema e assistolia com ne-

cessidade transitória de *fist pacing* até colocação de pacing externo. Analiticamente sem alterações. Ecograficamente sem disfunção ventricular, Admitida na UCI-Cardiologia para colocação de pacemaker sem recorrência de episódios após procedimento. O síndrome de bradicardia-taquicardia é uma patologia com uma abordagem diagnóstica e terapêutica desafiante. Atendendo à variabilidade do ritmo cardíaco, o tratamento baseia-se na combinação de terapêutica farmacológica e na implantação de pacemaker. A intervenção oportuna tem impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes.

## PO 52

### PRIAPISMO SECUNDÁRIO A TRAZODONA

Tiago Valente; Catarina Oliveira; Helena Oliveira; Ana Rita Pires; Filipe Martins; Jorge Almeida  
*Centro Hospitalar de S. João, EPE*

O priapismo é uma emergência urológica caracterizada por uma ereção persistente e muitas vezes dolorosa, não relacionada com a excitação sexual com duração superior a quatro horas. Etiologicamente pode ser precipitado por distúrbios hematológicos como anemia falciforme, fármacos (particularmente aqueles usados na disfunção erétil e na patologia psiquiátrica), pelo uso recreativo de drogas e pelo trauma. A fisiopatologia envolve uma interrupção nos mecanismos regulatórios normais da ereção peniana, levando à retenção de sangue nos corpos cavernosos (priapismo isquémico) ou ao influxo arterial desregulado (priapismo não isquémico). Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 46 anos, com antecedentes de HIV, hepatite C prévia, tabagismo e perturbação do uso de substâncias (com consumos frequentes de cocaína), que recorreu ao serviço de Urgência por priapismo doloroso com 3 dias de evolução. Referia consumos de cocaína frequente e nos 2 dias anteriores trazodona 150 mg por insónia. Apresentava-se apiréti-

co, com ereção dolorosa à mobilização, sem sinais de isquemia ao exame objectivo. Com hiperlactacidemia na gasimetria de sangue peniano aspirado. Foi realizada aspiração e drenagem do sangue peniano, com melhoria das queixas iniciais. Teve alta orientado para consulta de Urologia. O priapismo é uma patologia que exige identificação e intervenção oportunas. É importante reconhecer a causa subjacente e distinguir entre isquémico e não isquémico para determinar a melhor abordagem terapêutica. O reconhecimento da etiologia é fundamental, nomeadamente, nos casos associados a fármacos para evitar a recorrência, sendo que a associação temporal entre o consumo e o início da sintomatologia é, muitas vezes, fundamental na determinação da etiologia subjacente.

## PO 53

### CARCINOMA EPIDERMÓIDE INVASOR: RELATO DE CASO

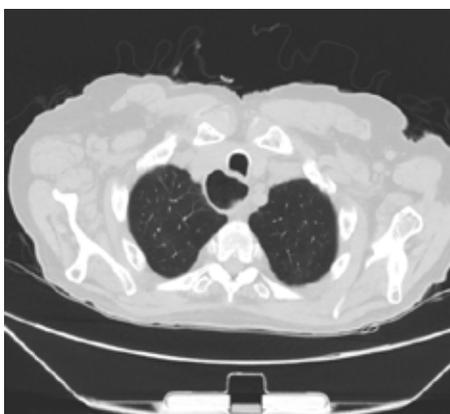
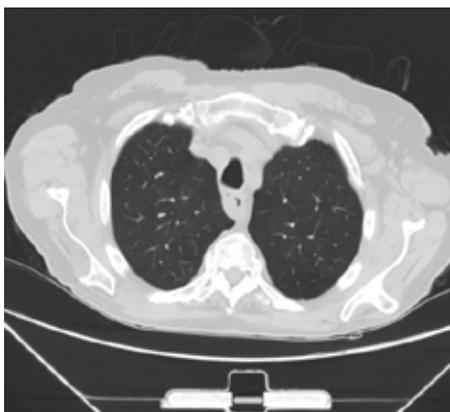
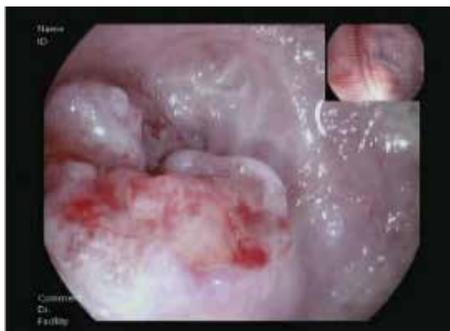
Daniela Pinheiro<sup>1</sup>; Raquel Moniz<sup>1</sup>;  
Cátia Cunha Ribeiro<sup>1</sup>; Diana Mimoso<sup>1</sup>;  
Monique Alves<sup>1</sup>; Herculano Moreira<sup>2</sup>;  
Mónica Vieira Cid<sup>1</sup>; Marta Rodrigues Madarnas<sup>1</sup>;  
Cristiana Sousa<sup>1</sup>; Fernando Salvador<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CH Trás-os-Montes (Chaves); <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

**Introdução:** É um cancro particularmente agressivo, apresentando-se na maioria dos doentes já na fase de doença localmente avançada e, por isso, continua a ter um prognóstico reservado, com sobrevida aos 5 anos inferior a 10%. Caracteriza-se como pouco sintomática na sua fase inicial, o que configura a importância dada ao rastreio da mesma e, o diagnóstico em estadios tardios reflete o rápido crescimento tumoral e o grande potencial de metastização deste tumor. O principal sintoma deste tumor – a disfagia – não se manifesta até que o tumor tenha crescido o suficiente para causar sintomas obstrutivos.

**Caso clínico:** Sexo masculino, 80 anos, autônomo. Admitido no serviço de Urgência por disfagia com alguns meses de evolução, inicialmente para sólidos e posteriormente para líquidos. Já teria tido dois episódios de impactação alimentar prévios, tendo recorrido ao Centro de Saúde, onde colocaram sonda nasogástrica para desimpactação. Referia emagrecimento, não quantificado. Com antecedentes de linfoma de Hodgkin, tendo feito quimioterapia nesse contexto. Análises clínicas sem alterações de relevo. Realizou tomografia computadorizada toracoabdominopélvica, que revelou um volumoso divertículo esofágico superior a montante de setor médio com espessamento parietal concêntrico e regular, com transição abrupta entre as diferentes expressões murais. Realizou endoscopia digestiva alta, que revelou a 22 cm da arcada dentária uma lesão vegetante envolvendo circunferencialmente o esófago, condicionando estenose, realizadas biópsias, cuja histologia revelou um carcinoma epidermóide invasor. Foi submetido a gastrostomia cirúrgica, para alimentação. Realizou tomografia por emissão de positrões para estadiamento tumoral, sem outros focos de hipercaptção sugestivos de lesões tumorais malignas em atividade a outros níveis. Realizou ainda broncofibroscopia sem evidência de invasão traqueal por neoplasia do esófago. Foi poposto para radioterapia e quimioterapia.

**Conclusão:** No tratamento de indivíduos com cancro do esófago é mandatório um plano interdisciplinar e uma equipa multidisciplinar. A decisão terapêutica vai depender do estadios e localização do tumor, tipo histológico e o estado geral do doente. Assim como ocorre com os outros tumores, o diagnóstico precoce e a conduta terapêutica adequada constituem parte fundamental do sucesso terapêutico e da sobrevida a longo prazo. Neste caso, em particular, teria sido importante valorizar a clínica, de modo a não atrasar o diagnóstico, já de si tardio.



## PO 54

### **FOLLOW-UPS 2022 – PROJETO DE MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE**

Sara Friza; Liliana Silva; Francisco Gregório; Pedro Martins; Ângelo Rodrigues; Cristina Ricardo; Diogo Costa; Ivan Duarte; Luis Rodrigues; Marina Sousa; Pedro Quintino; Nicole Silva; Rafaela Fernandes; Tânia Fernandes  
*Clinica CUF Almada*

**Problemática:** A qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma preocupação crescente na atualidade, com evidência que a satisfação dos clientes constitui um legítimo indicador de qualidade. A realização de telefonemas pós alta - *Follow-Ups* permite avaliar o impacto das intervenções realizadas nos serviços de saúde na recuperação do cliente, identificar novas e possíveis necessidades, bem como compreender a efetividade e a eficiência do processo de alta no serviço de Urgência.

**Objetivo:** Expor os resultados dos dados tratados e analisados relativamente aos telefonemas de *follow-ups* realizados no ano de 2022 no serviço de atendimento médico permanente.

**Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional descritivo, tipo corte.

Foram selecionados 30 clientes diariamente, dando prevalência nessa seleção aos triados (de acordo com o protocolo de triagem de Manchester) com prioridade emergente, muito urgente e urgente (amostragem de conveniência), sendo os restantes selecionados de forma aleatória até perfazer os 30 clientes por dia.

**Resultados:** Foi analisada uma amostra de 10.885 clientes de um total de 39.801 que recorreram ao atendimento médico permanente da clínica CUF Almada no ano de 2022 entre os dias 1 de janeiro de 2022 e o dia 31 de dezembro de 2022. Foram selecionados 30 clientes diariamente e analisados fatores como a sua faixa etária, a afluência por serviço (pediatria e adultos), se atenderam ou não chamada de *follow* pós alta, cor da pulseira

atribuída na triagem e a satisfação em relação ao serviço prestado.

**Conclusão:** A CALM procura destacar-se como uma referência para a excelência nos cuidados de saúde. Para alcançar esse objetivo, é imprescindível a opinião dos clientes. A sua avaliação desempenha um papel fundamental na constante melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Em síntese, ao examinarmos a caracterização da amostra concluímos que:

Num universo de 39801 clientes, foram contactados telefonicamente 10885 no âmbito deste projeto. Dos clientes contactados, 29,1% (3168) pertenciam à faixa etária pediátrica, em contraste com a maior expressividade de clientes em idade adulta 70,9% (7717). No que diz respeito à prioridade segundo o protocolo de triagem de Manchester, a cor amarela (prioridade Urgente) foi a mais prevalente com 57,5% (6259). Nos 10885 clientes contactados, 50% atenderam a chamada. Foi possível também verificar que 98,8% dos clientes participantes neste estudo, referiram haver melhoria na sua situação clínica, sendo um excelente indicador da qualidade dos cuidados prestados. Analisando o grau de satisfação dos clientes em relação à equipa multidisciplinar, concluímos que a grande maioria está muito satisfeita sendo destacada, a simpatia, a excelência e grande profissionalismo. Como sugestões de melhoria, identificam a inexistência de um bar e elevado tempo de espera para a consulta médica.

## PO 55

### CEFALEIA – UMA CAUSA RARA

Viktor Baiherych<sup>1</sup>; Tetiana Baiherych<sup>1</sup>;  
Marisa Brochado<sup>1</sup>; Cláudia Abranches Belo<sup>2</sup>;  
Adelaide Figueiredo<sup>1</sup>; Cristina Esteves<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Distrital de Santarém, EPE; <sup>2</sup>USF D. Sancho I

**Introdução:** A cefaleia é uma das causas mais frequentes que motivam a vinda ao serviço de Urgência. As causas mais prevalentes são: acidente vascular cerebral, enxaqueca, crise

hipertensiva, doenças infecciosas, doenças do foro ORL. Aliás, existem outras causas de cefaleia mais raras, incluindo por exemplo, lesão ocupante espaço, cefaleia em salvas e hipertensão intracraniana.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 68 anos de idade, autónomo nas atividades de vida diária, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia. O doente recorreu ao serviço de Urgência por quadro de cefaleia, vômitos alimentares com 12 horas de evolução, sem outra sintomatologia associada. À observação salientava-se, doente consciente e orientado, hemodinamicamente estável, apiretico, sem outras alterações ao exame objetivo, incluindo um exame neurológico normal. Analiticamente verificou-se só neutrofilia sem leucocitose, nem outras alterações. Por cefaleia intensa e resistente a medidas terapêuticas, foi realizada tomografia axial computadorizada que revelou: “Massa selar e perisselar, com invasão do seio esfenoidal e parcial apagamento da cisterna supraselar, isodensa e pequenas dispersões hiperdensidades hemáticas agudas.” O doente ficou internado com a hipótese diagnóstica de macroadenoma hipofisário vs metástases cerebrais. No primeiro dia do internamento o doente evoluiu desfavoravelmente afundando o estado de consciência e diplopia. Ao terceiro dia do internamento, o doente apresentou quadro de cegueira binocular, confusão mental e hipotensão arterial, quadro sugestivo de apoplexia pituitária, pelo que foi transferido para o serviço de Neurocirurgia e operado de urgência. A RM CE pré operatória veio a confirmar: “necrose hemorrágica em doente com provável macroadenoma hipofisário subjacente (27 mm), admitindo-se repercussão sobre as vias ópticas com provável edema do quiasma e fita óptica esquerda e supradesnívelamento do quiasma óptico.” O exame histológico veio a revelar tumor neuroendócrino pituitário. O pe-

riodo pós-operatório não teve intercorrências e ao 18º dia o doente teve alta, passando a ser seguido em consulta de Neurocirurgia.

**Conclusão:** A cefaléia, apesar de ser uma queixa muito prevalente no serviço de Urgência, pode ter causas mais raras e potencialmente ameaçadores de vida. Este caso clínico de apoplexia pituitária em doente com macroadenoma de hipófise, manifestado por cefaléia, reforça a importância do despiste de causas raras na abordagem ao doente com esta sintomatologia.

## PO 56

### O DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE POLIMALGIA REUMÁTICA E ARTRITE DE CÉLULAS GIGANTES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Flávia Freitas; Dany Cruz; Catarina Pinto Silva; Flávia Ramos; João Pedro Abreu; João Mota; Carlos Oliveira

*Hospital Santa Maria Maior, Barcelos*

**Introdução:** A polimalgia reumática é uma doença inflamatória que atinge sobretudo mulheres com mais de 50 anos. O diagnóstico é clínico baseando-se na afetação das cinturas escapular e pélvica com rigidez matinal e sintomas constitucionais associados que respondem favoravelmente à corticoterapia. Em 50% dos casos pode estar associada a artrite de células gigantes, cujo diagnóstico é clínico e histopatológico/imagiológico.

**Caso clínico:** Mulher, 85 anos, autônoma. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e bronquite crônica. Medicada com anti-hipertensor, estatina e broncodilatador. Em estudo analítico prévio apresentava elevação da VS (120 mm) e da PCR, anemia normocítica normocrômica e hiperferritinemia inflamatória. Recorreu ao serviço de Urgência por episódios de síncope. Na colheita da anamnese, verificou-se que apresentava uma clínica com 1 a 2 meses de evolução de cefaleia frontotemporal direita intensa com alteração da visão súbita ipsilateral, dor de caracterís-

ticas inflamatórias e rigidez matinal de cerca de quatro horas na cintura escapular e pescoço, com dificuldade na abdução, perda ponderal significativa (8 kg em 1 mês), anorexia, náuseas e vômitos. O exame objetivo não demonstrou alterações de relevo, sobretudo ao nível das artérias temporais. O estudo analítico apresentava a manutenção das alterações já presentes previamente. Dada a idade da doente e a clínica apresentada, levantou-se a hipótese de polimalgia reumática com artrite de células gigantes. Agendou-se biópsia de artéria temporal direita e iniciou corticoterapia em alta dose (prednisolona 50 mg por dia), tendo sido orientada para consulta externa de medicina.

A biópsia da artéria temporal demonstrou alterações histomorfológicas de uma arterite de células gigantes. A angiografia TC dos restantes vasos demonstrou espessamento da aorta torácica mas sem estenoses evidentes. Clinicamente, a doente apresentava melhoria clínica significativa com regressão dos sintomas apresentados. Neste contexto, foi possível o desmame progressivo de corticoterapia e o início de metotrexato como poupador de corticoide.

**Discussão:** Este caso clínico demonstra que por vezes os motivos que levam os doentes ao serviço de Urgência encobrem um contexto clínico menos evidente mas mais relevante. Assim, torna-se importante a colheita de uma história adequada com um elevado nível de suspeição para um diagnóstico adequado e o início de terapêutica adequada.

## PO 57

### PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC) INCOMUM

Ana Santos Costa; Francisca Fonseca; António Pessoa; Francisca Santos; Daniela Félix Brigas; Eugénio Dias; Ermelinda Pedroso

*Centro Hospitalar de Setúbal*

A meningite a *Neisseria meningitidis* (NM) é a principal manifestação da infecção, sendo a pneumonia a segunda causa mais frequente,

embora seja incomum e frequentemente sub-notificada. Ocorre entre 5 a 10% dos doentes já com infecção meningocócica, estando associada a grande morbidade e mortalidade. Os factores de risco incluem: idade avançada (>50 anos), tabagismo, contactos próximos, infecções prévias, neoplasias, doenças crônicas (asma, DPOC), e imunodeficiência. Os sintomas mais comuns incluem febre, calafrios e dor torácica pleurítica, sendo a tosse produtiva e a dispneia menos frequentes. O tratamento é habitualmente realizado com uma cefalosporina de 3ª geração. Está recomendada a profilaxia aos contactos próximos destes doentes.

Mulher de 57 anos com antecedentes de asma brônquica mal controlada (medicada com corticoide), rinite alérgica, surdez congénita, diverticulose e enteropatia. Recorre ao serviço de Urgência (SU) por dispneia, toracalgia tipo pleurítico e febre de 40°C com 3 dias de evolução (com síncope no dia da admissão). Ao exame objectivo encontrava-se pálida, hipotensa (com necessidade de ressuscitação volémica), saturações periféricas de 80% (ar ambiente) e broncospasmo. Analiticamente com neutrofilia e elevação da PCR; gasimetricamente com hipoxémia; antigenúrias negativas; painel de vírus respiratório negativo; TC tórax com extensa consolidação com broncograma aéreo de ambos os lobos inferiores; e centrais no segmento externo do lobo médio. Ficou internada, no SU, por PAC e insuficiência respiratória parcial, sendo colhidas hemoculturas e iniciando-se corticoterapia, broncodilatadores, ceftriaxona e azitromicina, e oxigenoterapia a 2 l/min. Por manutenção da hipoxémia teve necessidade escalar oxigenoterapia e iniciar oxigenoterapia nasal de alto fluxo. Em D3 de antibioterapia identifica-se *Neisseria meningitidis*, nas hemoculturas; suspendeu-se azitromicina e manteve-se antibioterapia dirigida com ceftriaxona. Por melhoria clínica e gasimétrica foi

possível reduzir oxigenoterapia para máscara HEPA a 15 l/min, sendo transferida para a unidade de cuidados intermédios. No restante internamento manteve-se hemodinamicamente estável, apirética, cumprindo 13 dias de antibioterapia. Houve resolução da dispneia, broncospasmo, toracalgia, da hipoxémia, sendo possível reduzir a oxigenoterapia (até ficar em ar ambiente) e a corticoterapia até à sua dose basal. Foram realizados rastreio e profilaxia aos contactos mais próximos da doente. A pneumonia a NM pode levar a grande morbidade e mortalidade, devendo ser considerada como uma possível causa de pneumonia, sobretudo em doentes com fatores de risco. O reconhecimento e o tratamento precoces são fundamentais para a evolução positiva da situação clínica, sendo fundamental a profilaxia antibacteriana aos contactos mais próximos deste doentes, de modo a prevenir meningite ou septicémia.

## PO 58

### DOR INESPECÍFICA COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE MIELOMA MÚLTIPLO

Flávia Freitas; Beatriz Rosa; Joana da Silva Costa; Dany Cruz; Rita Sevivas; João Mota; Carlos Oliveira  
*Hospital Santa Maria Maior, Barcelos*

**Introdução:** O mieloma múltiplo resulta da proliferação neoplásica de células plasmocitárias com produção monoclonal de imunoglobulinas. Afeta sobretudo adultos com mais de 65 anos. Manifesta-se com dor óssea, presença de um pico monoclonal de uma proteína no sangue e urina e, conseqüentemente, evidência de lesão de órgão alvo como anemia, lesão renal aguda e hipercalcémia.

**Caso clínico:** Mulher, 73 anos, autónoma. Antecedentes pessoais de dislipidemia e osteoporose. Medicada com estatina, trazodona e benzodiazepina. Seguida em consulta de Medicina Geral e Familiar sem alterações de relevo em análises de janeiro de 2023. No início de julho de 2023, iniciou quadro de dor em

toda a coluna de características mecânicas, seguida de dor torácica anterior e posterior e dor no flanco direito. Recorreu ao serviço de Urgência por agravamento das queixas algícas, sobretudo da toracalgia posterior. Negou perda ponderal, hipersudorese noturna, febre ou outras queixas. Na observação no serviço de Urgência, apresentava anemia normocítica e normocrômica e trombocitopenia, lesão renal aguda e hipercalcemia. Realizou TC abdominopélvico que não demonstrou alterações de relevo e TC tórax que demonstrou derrame pleural bilateral, provável linfangite e lesões ósseas no esterno e vertebrais de características metastáticas com afundamento vertebral de D7. Ficou internada no serviço de Medicina para estudo etiológico e controlo algíco. Do estudo realizado, apresentava elevação de IgA e pico monoclonal da fração beta na eletroforese de proteínas e imunoelectroforese sérica. A cintigrafia óssea apresentava focos de hiperatividade osteoblástica em D7, L3 e L4. Mamografia, ecografia tiroideia, ecografia ginecológica e estudo endoscópico sem evidência de neoplasia primária. Manteve anemia e lesão renal aguda sem melhoria e hipercalcemia em agravamento. Dada a suspeita de mieloma múltiplo, foi transferida para o serviço de Hematologia de outro hospital, tendo-se confirmado o diagnóstico e iniciada terapêutica.

**Discussão:** Este caso demonstra como dores ósseas generalizadas com fraca resposta à analgesia habitual mesmo sem outros sintomas devem levantar a suspeita de possível mieloma múltiplo. A doente apresentou uma evolução clínica em 6 meses com afetação de vários órgãos à admissão.

## PO 59

### NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA – SUSPEITAR PERANTE MUCOSITE E BOLHAS CUTÂNEAS

Rúben Costa; Helena de Oliveira; Patrícia Moreira Gomes; Diana Oliveira; Marta Patacho; Gilberto Pires Rosa; Pedro Matos; Ana Pedrosa; Filomena Azevedo; Jorge Oliveira  
*Centro Hospitalar de S. João, EPE*

**Introdução:** A necrólise epidérmica tóxica constitui uma reação mucocutânea severa, habitualmente causada por fármacos, que se caracteriza por uma necrose extensa com descolamento de mais 30% da pele. A maioria dos casos (cerca de 90%) têm etiologia farmacológica. A infeção por *mycoplasma pneumoniae* também é um desencadeante comum, especialmente em crianças. A clínica baseia-se num pródromo de febre e sintomas gripais com desenvolvimento de lesões mucocutâneas - máculas eritematosas com posterior desenvolvimento de vesículas, bolhas e descolamento da pele. Nas mucosas podemos observar lesões crostosas labiais. Complicações sistémicas graves podem surgir, nomeadamente distúrbios hidroelectrolíticos, choque hipovolémico, bacteriemia e disfunção multiorgânica.

**Caso clínico:** Apresenta-se no serviço de Urgência uma mulher de 87 anos, parcialmente dependente, com antecedentes de síndrome demencial, DM NIT, FA hipocoagulada com DOAC e internamento recente por choque hipovolémico sediado em úlcera duodenal. De me icação habitual realizaria edoxabano, bisoprolol, metformina, tramadol, paracetamol e teria iniciado quetiapina cerca de 1 mês antes. Referia queixas de anorexia, retorragias e lesões cutâneas bolhosas, com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo, apresentava crostas hemorrágicas a nível labial, com erosões na mucosa do lábio inferior. Na pele apresentava bolhas e erosões nos antebraços, região torácica anterior, membros inferiores e dor-

so. O sinal de Nikolsky era positivo. O toque retal não mostrava evidência de retorragias. Na gasimetria em ar ambiente com hiperlactacidemia de 3 mmol/L, sem alterações das trocas gasosas e hiponatremia 128 mmol/L. As serologias de *Mycoplasma Pneumoniae* foram negativas. No rastreo séptico, identificação de bacteriemia por *Staphylococcus aureus* resistente a oxacilina, sensível a vancomicina. Foi internada ao cuidado da dermatologia com a suspeita de síndrome de Steven Johnson/Necrólise Epidérmica tóxica/síndrome de pele escaldada estafilocócica. Realizou biópsia cutânea. Iniciou terapêutica com imunoglobulinas endovenosas (3 g/kg), prednisolona 40 mg e vancomicina pela bacteremia, com suspensão da quetiapina. Por agravamento do descolamento da pele, especialmente na região dorsal e face, com superfície de pele afetada superior a 50%, foi proposta para unidade de queimados para cuidados de suporte. Acabou por falecer por disfunção multiorgânica. A biópsia viria a corroborar a hipótese diagnóstica de necrólise epidérmica tóxica.

**Conclusões:** A necrólise epidérmica tóxica é uma doença com mortalidade acentuada. É importante suspender atempadamente o fármaco mais provavelmente desencadeante e iniciar cuidados de suporte com gestão das lesões cutâneas, fluidos, eletrólitos e suporte nutricional. É fulcral reconhecer que podemos estar perante este diagnóstico atempadamente, de forma a permitir uma intervenção precoce.



## PO 60

### INTOXICAÇÃO POR LÍLIO

Sofia Sequeira<sup>1</sup>; Ana Maria Carvalho<sup>2</sup>; André Costa<sup>3</sup>; Ricardo Almendra<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves; <sup>3</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

O lítio tem aplicações industriais químicas e farmacêuticas, sob a formulação de carbonato ou citrato de lítio. É utilizado fundamentalmente no tratamento de doenças psiquiátricas nomeadamente na doença bipolar ou em quadro depressivos. Apesar da sua eficácia clínica apresenta uma janela terapêutica estreita, exigindo monitorização frequente dos seus níveis séricos e apresenta interação com múltiplos fármacos.

O sistema nervoso central é afetado por esta intoxicação apresentando-se com um espectro clínico de gravidade distinta consoante as concentrações séricas e o tempo de instalação da intoxicação.

Apresenta-se um caso clínico de uma doente do sexo feminino, 63 anos com seguimento regular em consulta de Neurologia por 2 episódios de AVC hemorrágico em idade jovem e em Psiquiatria por doença bipolar. Medicada regularmente com bupropion 150 mg/dia, quetiapina 150 mg/dia, perindopril 10 mg/dia, ferro oral, e carbonato de lítio (Priadel) 1000 mg/dia. Sem alterações recentes da dose de lítio, a realçar apenas titulação da dose de quetiapina nos dias prévios.

Recorreu ao serviço de Urgência por um quadro com 2 dias de evolução de menor iniciativa verbal e motora, sonolência, agravamento da funcionalidade motora com marcha impossível e movimentos involuntários dos membros superiores e tronco, breves, abruptos e ritmados. Em termos objetivos, bradipsiquismo, síndrome cerebeloso estático e mioclonias axiais e dos membros superiores. Efetuou investigação com bioquímica nor-

mal, apresentando anemia microcítica hipocrômica e litêmia 2,47 mmol/L (N 0,3-1,3). Realizou TAC cerebral que excluiu lesões de novo. Redução do carbonato de lítio para 800mg/dia, com recuperação clínica da vigília, marcha e desaparecimento rápido das mioclonias em menos de 72 horas e com níveis de litêmia posteriores em margem terapêutica (0,54 mmol/L).

O sistema nervoso central é particularmente afetado na intoxicação por lítio, podendo ser leve, moderada a grave.

A interação com outros fármacos nomeadamente com neurolépticos atípicos (neste caso a quetiapina pode aumentar os níveis de lítio mesmo não existindo titulação de fármaco).

A revisão farmacológica detalhada, história de modificações terapêuticas recentes e o conhecimento das interações farmacológicas são vitais para o diagnóstico e compreensão da clínica que neste caso teve um perfil agudo. O acesso ao doseamento de lítio em contexto de urgência é importante para a investigação e exclusão de intoxicação nestes doentes.

## PO 61

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA ESCABIOSE NORUEGUESA – A “SUPER SARNA”.

Jorge Luís Simões Amorim Moreno Governa;  
Beatriz Marquês; Pedro Dinis Avelar;  
Manuel da Silva Ribeiro; Dulce Bonifácio;  
Liliana Simões; Ana Costa; Rosa Amorim  
*Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras*

**Introdução:** A sarna crostosa, também conhecida como escabiose norueguesa, é uma doença dermatológica rara, altamente contagiosa, causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*. Caracteriza-se por manchas eritematosas na pele que rapidamente evoluem para crostas espessas, sendo mais frequente em populações com imunidade celular comprometida ou em idosos. Neste caso clínico apresentamos uma doente que recorreu ao serviço de

Urgência por descontrolo metabólico, cujo exame físico revelou exuberantes manifestações dermatológicas.

**Caso clínico:** Mulher de 83 anos, leucodérmica, dependente de terceiros, institucionalizada em Lar. Antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Admitida ao serviço de Urgência por descompensação metabólica com hiperglicemia de 600 mg/dL. Durante a abordagem para controlo glicémico, em doente normotensa, apirética, com auscultação cardíaca e pulmonar normais, salientava-se à inspeção da pele e faneras exuberante dermatite eritematosa com crostas espessas e intensa descamação atingindo mãos, pés, escalpe e proeminências ósseas dos membros inferiores, com maior expressão a nível interdigital onde apresentava fissuração. Analiticamente com hiperglicemia de 612 mg/dL, eosinofilia e elevação da PCR. Paralelamente, foi admitida pelo mesmo motivo no serviço de Urgência outra doente, proveniente da mesma instituição, com lesões dermatológicas semelhantes. Discutiu-se o caso com a Dermatologia e admitiu-se o diagnóstico de sarna crostosa. Ambas as doentes iniciaram terapêutica com permetrina gel 5% e Ivermectina 14 mg com melhoria progressiva das lesões. Por se tratar de uma doença altamente contagiosa, contactou-se a Instituição onde as doentes residiam para informar da necessidade de isolamento e de profilaxia de exposição aos contactos diretos destas doentes.

**Conclusões:** A sarna crostosa, a forma mais rara e grave da sarna humana, devido à grande carga de parasitas transportada pelo doente, torna-se extremamente contagiosa, sendo a transmissão possível mesmo com um só contacto furtivo de pele com pele, ou com fômites do doente. A rápida identificação de um caso clínico permite uma intervenção preventiva mais célere na residência onde vive, assim como limitar o número de contactos

destes utentes na Instituição de Saúde onde permaneçam para os respetivos cuidados.

## PO 62

### CETOACIDOSE ALCOÓLICA – O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Francisco Simões; Diana Ferreira Lopes;  
Gonçalo Alcobia Santos; Inês Manuel Gonçalves;  
Alexandre Carvalho  
*Hospital de Braga*

**Introdução:** A cetoacidose alcoólica é uma alteração metabólica que cursa com acidose metabólica de AnionGAP aumentado, associada à interrupção abrupta do consumo de álcool em doentes com consumos crónicos, associada ao jejum prolongado, que condiciona um aumento da cetonemia.

**Caso clínico:** Doente de 63 anos, do sexo feminino, autónoma para as atividades de vida diária dá entrada no serviço de Urgência após ter acordado com astenia generalizada, incapacitante, que a impediu de se levantar da cama. Refere que se teria levantado para urinar 2 h antes, sem qualquer sintomatologia. Refere apenas não ter feito ceia no dia anterior, como faz habitualmente. Nega sintomas nos dias anteriores. Nega dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia ou outras alterações gastrointestinais. Nega perda de consciência, movimentos tónico-clónicos. De antecedentes pessoais apenas há a referir HTA, um pólipó cólico aos 15 cms da margem anal e consumo alcoólico crónico. Está medicada com perindopril + amlodipina (10 mg + 5 mg) e bisoprolol 10 mg, que toma de forma consistente e nega alergias medicamentosas ou outras. À admissão, apresenta-se normotensa e normocárdica, apirética, consciente, orientada e colaborante, com auscultação cardiopulmonar sem alterações. Apenas há a destacar uma dor à palpação do abdómen, de forma generalizada, não apresentando edema periférico. No ECG, em ritmo sinusal, sem alterações do segmento ST.

Colhe gasimetria arterial com pH 7.268, pO<sub>2</sub> 93.5 mmHg e paCO<sub>2</sub> 25.2 mmHg, HCO<sub>3</sub> 11.3 mEq/L, Anion Gap 34.3, lactato de 5.86 g/L e glicose normal, estudo analítico com pCr 2.7 mg/dL, Hipercaliémia, ALT e AST aumentadas proporção 2:1, marcadores de necrose miocárdica negativos, etanol 0.41 mg/dL e glicose normal. Realiza fluidoterapia e apresenta melhoria clínica na gasimetria arterial com pH 7.49, pO<sub>2</sub> 79 mmHg, pCo<sub>2</sub> 33 mmHg, lactato 1.53 g/L e HCO<sub>3</sub> 24.6 mEq/L. Faz ecografia renovesical que apresenta rins sem alterações e como achado hepatomegalia compatível com estatose/hepatopatia crónica. A doente é internada para tratamento de cetoacidose com fluidoterapia e tiamina, de modo a corrigir os distúrbios ácido-base. Ao fim de 2 dias de internamento, apresenta função renal normalizada, correção completa dos distúrbios ácido-base, cetonemia corrigida e citólise hepática em melhoria.

**Conclusão:** O caso demonstra a importância dos antecedentes pessoais no diagnóstico diferencial dos distúrbios ácido-base, no caso da cetoacidose alcoólica. O consumo excessivo de álcool combinado com uma ingestão inadequada de alimentos, especialmente hidratos de carbono, gera acetaldéido, levando a um aumento da produção de cetonas, que levam a uma situação life-threatening se não for atempadamente corrigida e que implica o internamento para correção dos distúrbios hidroeletrólitos e ácido-base.

## PO 63

### MENINGITE BACTERIANA DISFARÇADA DE CONFUSÃO MENTAL

Marta Magno; Dolores Gomes; Renato Saraiva;  
Joana Crisóstomo; Joana Moniz; Nuno Ferreira  
*Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André*

**Introdução:** A meningite aguda bacteriana é uma importante causa de morbimortalidade no mundo. Um dos microorganismos adquiridos na comunidade mais comumente

responsáveis por esta patologia no adulto é o *Streptococcus pneumoniae*. Perante a suspeita desta patologia a punção lombar (PL) deve ser realizada o mais precocemente possível preferencialmente antes do início da antibioterapia, após a sua realização deve ser iniciado o tratamento antibiótico empírico, idealmente no prazo de 1 hora.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, de 79 anos, previamente autónomo. Antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Recorre ao serviço de Urgência (SU) encaminhado pelo médico assistente por agravamento progressivo do estado geral com 2 meses de evolução com tonturas e confusão mental de novo. À observação no SU, doente encontrava-se desorientado no tempo e espaço e subfebril (37,8°C). Apresentava dor e rigidez à mobilização cervical, sem outras alterações no exame objetivo. Analiticamente com ligeiro agravamento da função renal e elevação da proteína C reativa, sem leucocitose. Realizou tomografia cranioencefálica (TC-CE) sem evidência de alterações agudas. Pela suspeita de infeção do sistema nervoso central foi realizada punção lombar e iniciou empiricamente antibioterapia. Do estudo citológico do líquido cefalo-raquidiano destaca-se a presença de 40 leucócitos/mm<sup>3</sup>, 100 % mononucleares e de 560 eritrócitos/mm<sup>3</sup>. Do estudo bioquímico: Glicose normal (rácio soro/LCR: 2,3), e proteinorraquia. Identificou-se *Streptococcus pneumoniae* no LCR apenas por polymerase chain reaction (PCR), com restante estudo cultural negativo. Tratando-se de uma Meningite bacteriana por *Streptococcus pneumoniae*, cumpriu durante 14 dias ciclo de antibioterapia com ceftriaxone e ampicilina com progressiva melhoria do quadro.

**Conclusão:** Este caso clínico vem realçar a importância de manter um elevado grau de suspeição para infeções do sistema nervoso central perante um quadro de confusão men-

tal de novo. O exame objetivo, a prontidão na realização da PL em conjunto com um estudo laboratorial completo permitiu o diagnóstico e que se mantivesse um tratamento adequado. Optou-se pela monoterapia com ceftriaxone uma vez que em Portugal a taxa de resistência às cefalosporinas de 3a geração continua a ser <1%. A ampicilina poderia ter sido suspenso aquando da identificação do agente.

## PO 64

### ESTADO DE MAL: UM CASO DE SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT

João M. S. Pereira; Carla Gonçalves; Rita Elvas; Renato Gonçalves; Juliana Carneiro; Lucia Jardim; Miguel Angelo; Nuno Delgado  
*Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira*

A síndrome de Lennox-Gastaut (sLG) trata-se de uma doença rara caracterizada pela tríade de crises convulsivas refratárias ao tratamento farmacológico, um padrão de EEG típico (slow-spike wave 1.5 – 2.5Hz generalizada) e défice cognitivo. Classicamente descrita como uma síndrome epilética de início na infância, têm sido descritos casos de diagnóstico em idade adulta. A etiologia variada, a ausência de marcadores biológicos e as múltiplas apresentações dificultam o diagnóstico. Pela refratariedade à medicação antiepilética, estes doentes necessitam muitas vezes de toma de múltipla medicação para controlo sintomático, apresentando mesmo assim alguma regularidade nas crises.

Mulher de 21A, com diagnóstico de sLG desde os 2A seguida em consulta de neurologia desde então. Medicada com clobazam, valproato, rufinamida, lamotrigina, com identificação de mutação no gene NRXN1, dá entrada no serviço de Urgência (SU) por quadro de crises convulsivas tónico-clónicas, num total contabilizado em 5 episódios, sem resposta à medicação habitual e ao diazepam 5mg retal. No serviço de Urgência realizou terapêutica com diazepam 5 mg EV, com remissão

de crise, tendo apresentado posteriormente novo episódio e repetida toma de diazepam. Controlo analítico realizado sem alterações e doseamento de valproato em níveis terapêuticos. Realizou TC-CE que não evidenciou alterações. Comentado com a Neurologista assistente tendo sido ajustadas doses de rufinamida e clobazam. Manteve vigilância no SU durante 24h e dada estabilidade clínica, sem novas crises, teve alta para domicílio.

A sLG apresenta um controlo sintomático difícil, com necessidade de acompanhamento do doente desde o diagnóstico inicial para um melhor acompanhamento e estabilidade da doença. Pelas suas características, as recorrências das crises serão frequentes, podendo ocorrer diariamente. Dado o carácter disruptivo da doença, o acompanhamento regular permite-nos melhorar a abordagem terapêutica e o trabalho com a família para melhor gestão da crise. Estudos têm sido feitos quanto a novas modalidades terapêuticas adjuntas dos fármacos antiepiléticos, como canabinóides ou imunoglobulina intravenosa. Em última análise, e em casos seleccionados pode ser necessário recorrer a cirurgia cerebral.

## **PO 65**

### **LESÃO RENAL AGUDA: UM ACHADO NUM CASO DE ANEMIA**

João M. S. Pereira; Carla Gonçalves; Rita Elvas; Renato Gonçalves; Juliana Carneiro; Lucia Jardim; Miguel Angelo; Nuno Delgado; Leopoldina Vicente  
*Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira*

Pela sua vastidão etiológica, a anemia pode ter inúmeras causas. Desde as mais frequentes como os défices nutricionais, às mais graves como as neoplasias ou o choque hemorrágico, o tratamento da anemia passa pelo tratamento da causa. A marcha diagnóstica pode ir do hemograma até à biópsia medular e, em alguns casos, um simples exame de imagem pode dar-nos pistas sobre a provável causa da anemia. Apesar da necessidade de

reposição de hemoglobina (Hb) por meio de transfusão, a abordagem focada no controlo da causa é essencial.

Homem de 55A, sem antecedentes ou medição de relevo, fumador, recorre ao serviço de Urgência (SU) por quadro de anemia com Hb de 5 g/dL identificada em análises de rotina. À chegada ao SU apresentava-se hemodinamicamente estável, sem alterações de relevo ao exame objetivo. Referia hematúria com 1 mês de evolução, sem outras queixas. Aquando repetição de análises objetivou-se Hb de 4.8 g/dL e Cr 15 mg/dL. Requisitadas 2 UCE e uroTC para exclusão de obstrução das vias urinárias com identificação de dilatação pielocalicial com hidronefrose estadio 3 bilateral e espessamento marcado da bexiga. Caso comentado com colegas de Urologia do CHUC, com posterior transferência do doente. Identificado carcinoma urotelial da bexiga em posterior cistoscopia.

O controlo da causa da anemia é essencial para um correto controlo dos défices. Uma correta colheita de dados clínicos, exame objetivo cuidadoso e recurso a ferramentas auxiliares de diagnóstico, são essenciais para a identificação da etiologia da anemia. Aquando da sua identificação, deve adequar-se tratamento e seguimento. O caso em supra refere-se a um quadro de anemia secundário a hematúria em contexto de carcinoma urotelial. Após o correto diagnóstico o seguimento e a estratificação da neoplasia são essenciais para controlo sintomático e tratamento do doente.

## PO 66

### O QUE SABEMOS SOBRE HIPERCALIEMIA? ESTUDO RETROSPECTIVO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Bernardo da Silva Paixão de Campos Belchior;  
José Teixeira Magalhães; Manuel Maia; Inês Pereira;  
Alcina Mateus; Teresa Reis; Fernando Rodrigues;  
Joana Paixão; João Porto

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra /  
Hospitais da Universidade de Coimbra*

**Introdução:** A hipercalemia (hiperK+) é um distúrbio eletrolítico comum nos doentes que recorrem ao serviço de Urgência (SU). Caracteriza-se por valores séricos de potássio superiores a 5,5 mEq/L. Conhecer as principais causas de hiperK+, o tipo de tratamento instituído e a avaliação da sua eficácia, revela-se importante para otimizar condutas futuras, por forma a melhorar os cuidados de saúde prestados no SU.

**Objetivos:** Caracterizar a população observada no SU, independentemente da especialidade, e que apresentava hiperK+ moderada a grave no estudo analítico efetuado, identificar as suas principais causas, a terapêutica instituída e os resultados alcançados.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo no qual foram analisados 891 doentes admitidos no SU, entre julho de 2022 e abril de 2023. Definiu-se como critério único de inclusão apresentarem hiperK+ moderada a grave (valores de potássio > ou igual a 6 mEq/L). Foram consideradas variáveis sociodemográficas, clínicas e analíticas - presença de insuficiência cardíaca (IC), doença renal crónica, diabetes mellitus - medicação habitual que interfira com os níveis de potássio e terapêutica efetuada no episódio de SU.

**Resultados:** Da amostra inicial, 581 doentes tinham hiperK+ confirmada com gasimetria arterial, dos quais 48,9% eram do sexo feminino e 51,1% do sexo masculino. Relativamente aos grupos etários, a hiperK+ foi mais frequente dos 66 aos 85 anos (51,5%). Dos

319 doentes com diagnóstico de IC, 16,8% tiveram episódio inaugural. Da amostra total de doentes, 17,6% apresentavam IC descompensada como motivo de ida ao SU e 84,9% tinha, pelo menos, uma das comorbilidades analisadas. 85,4% dos doentes encontrava-se a cumprir uma das oito classes terapêuticas selecionadas; 42,7% tinham hiperK+ grave e 9,5% tinham potássio sérico superior a 7,5 mEq/L. Em 508 doentes existia registo disponível da caliémia pós tratamento: em 27,3% foram atingidos valores inferiores a 5 mEq/L e em 54,4%, o valor fixou-se entre os 5-6 mEq/L. De salientar que a percentagem de óbitos correspondeu a 5,45% para os que realizaram hemodiálise, 9,98% para aqueles submetidos a tratamento médico e 26,57% para os que não realizaram qualquer tipo de tratamento.

**Conclusão:** Este estudo confirma, corroborando o descrito na literatura, que é a população geriátrica a mais afetada pela hiperK+, não só pelo compromisso progressivo da homeostase eletrolítica mas, acima de tudo, decorrente da pluripatologia e iatrogenia medicamentosa, em particular, pelo uso de modificadores do eixo renina /angiotensina. Ainda que a causa de morte dos doentes analisados não se possa atribuir, em exclusivo, à hiperK+, é indiscutível que este distúrbio agrava prognóstico, particularmente em doentes com IC agudizada. A significativa percentagem de óbitos em doentes que não realizaram qualquer tipo de terapêutica, alerta para a importância de diagnosticar e tratar de forma célere este distúrbio.

## PO 67

### EPILEPSIAS FOCAIS: A CAÇA AO TESOURO DAS CAUSAS ESTRUTURAIS

Joana Varela; Mário Amaro; Maria Francisca Delerue  
*Hospital Garcia de Orta, EPE*

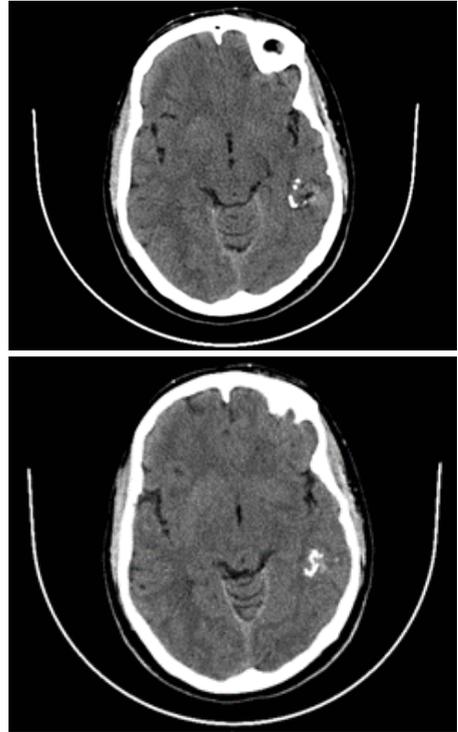
**Introdução:** As epilepsias focais representam a maioria dos casos de epilepsia na idade adulta. A generalidade decorre de uma lesão

estrutural cerebral, embora esta possa nem sempre ser identificada. Esta pode incluir uma lesão isquêmica, traumática, infecciosa, neoplásica, genética ou devido a uma malformação vascular. É essencial a pesquisa de uma causa estrutural num doente admitido por uma crise epilética focal, não podendo ser desvalorizada a realização de exames de imagem- tomografia computadorizada (TC) urgente e posteriormente ressonância magnética (RM) em caso de ausência de achados na TC.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 32 anos, sem antecedentes conhecidos, recorreu ao serviço de Urgência por episódio de perda de consciência durante a noite, precedida de uma aura epilética (grito, sic), associada a movimentos involuntários do membro superior direito com 2 minutos de duração e recuperação gradual da orientação tempo-espacial. Ao exame objetivo encontrava-se orientada e sem alterações ao exame neurológico. Realizou TC crânio-encefálica (CE) que revelou uma lesão cortico-subcortical temporal esquerda calcificada sugestiva de uma malformação arteriovenosa (MAV). Foi assumido como hipótese mais provável crise convulsiva focal secundária a lesão focal temporal esquerda tendo sido medicada com levetiracetam 500 mg 12/ 12 horas. Realizou posteriormente uma RM CE, que confirmou a presença de uma MAV sem sinais de hemorragia. Dado a ausência de recorrência com terapêutica médica optou-se por manter tratamento conservador.

**Conclusão:** As MAV correspondem a uma displasia vascular no parênquima cerebral por uma alteração na circulação entre um vaso arterial de alto fluxo e um venoso de baixo fluxo. A apresentação mais comum é a hemorragia por rutura, contudo as crises epiléticas ocorrem em 20% a 45%. As MAVs no córtex frontotemporal são epileptógenas, sendo a sua etiologia multifatorial. Ocorre após os 20 anos de idade. Por norma a TC CE não permite visualizar uma MAV, exceto se esta se encontrar

calcificada, como no caso apresentado. Assim, é essencial a RM CE para o diagnóstico. Após a primeira crise epilética deve iniciar-se de terapêutica antiepilética. A intervenção cirúrgica- microcirurgia, radiocirurgia ou embolização- é reservada para os casos de epilepsia refratária ou em casos de elevado risco de rutura.



## PO 68

### DISSEÇÃO DA AORTA: SINAIS POUCO TÍPICOS DE UMA EMERGÊNCIA MÉDICA

Marta Fernandes; Nadine Almeida; Juliana Silva; Márcia Meireles  
*Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião*

**Introdução:** A disseção da aorta é definida como separação das camadas íntima e média da parede da aorta, estando associada a elevada mortalidade. Mesmo sem sinais ou sintomas patognomónicos, alguns devem

fazer aumentar suspeição, incluindo: dor torácica ou dorsal intensa súbita e/ou diferença da pressão arterial entre os braços superior a 20 mmHg. O diagnóstico é feito por imagem e o tratamento cirúrgico sendo também necessário o controlo tensional e alívio sintomático como dispneia, náuseas e/ou ansiedade.

**Caso clínico:** Homem, 57 anos, sem antecedentes conhecidos de relevo além de tabagismo, sem medicação instituída. Recorreu ao serviço de Urgência (SU) por queixas de dispneia agravada, instalada duas semanas antes, sem dor torácica. Na admissão encontrava-se pálido, sudorético, polipneico (35cpm), tensões arteriais de 207/112 mmHg no braço direito e 206/110 mmHg no braço esquerdo, taquicárdico (111 bpm) sem evidentes alterações à auscultação cardiopulmonar. No estudo realizado apresentava gasometria arterial realizada com máscara de Venturi a 60% que revelou: pH 7.33; pCO<sub>2</sub> 22 mmHg; pO<sub>2</sub> 66 mmHg, Lact 9 mmol/L, ECG com taquicardia sinusal sem alterações do segmento ST, tendo sido então alocado à sala de emergência. Realizou angio-TC de toracoabdominal que mostrou dilatação aneurismática da aorta torácica descendente com imagem de flap intimal a traduzir disseção. Nas análises de realçar anemia normocrômica, normocítica (8.5 g/dL), desidrogenase do lactato elevado (1526 U/L), troponina de alta sensibilidade alta (625ng/L), NT-proBNP > 70.000pg/mL.

Confirmada disseção da aorta torácica foi medicado com labetalol e nitroprussiato de sódio solicitando-se a transferência para hospital central visando tratamento cirúrgico. Infelizmente, duas horas após admissão, ocorreu agravamento súbito, com paragem cardiorrespiratória em ritmo não-desfibrilável e desfecho fatal.

**Conclusão:** Este caso ilustra um caso de disseção aórtica, com desfecho fatal, apresentando-se atipicamente apenas com dispneia, sem dor torácica ou assimetria da pressão

arterial nos membros superiores, eventualmente justificável pela topografia inicial da disseção à aorta torácica descendente. Para nossa surpresa, o diagnóstico foi efetuado incidentalmente por imagem. Pela dificuldade e premência do diagnóstico precoce desta entidade é necessário um elevado índice de suspeição. A medição sistemática da pressão arterial em ambos os membros superiores, incluindo seriadamente já após admissão, poderá aumentar a sensibilidade para o diagnóstico e deteção de eventual agravamento do estado clínico.

## PO 69

### HEMATOMA PROTUBERANCIAL MEDIANO E PARAMEDIANO EM CONTEXTO DE PICO HIPERTENSIVO

Dr. Bernardo Silva; Cláudia Alves; Patrícia Simões; Frederica Homem Ferreira; Pedro Manata; Vasco Gaspar; Jesennia Chincilla Mata; Luis Siopa  
*Hospital de Santarém*

**Introdução:** O acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico é caracterizado pela presença de hemorragia no parênquima cerebral, sendo responsável por entre 6.5-19.6% dos AVCs e apresenta uma mortalidade que pode alcançar os 50% aos 30 dias. Este é mais frequente em homens e aumenta a incidência com a idade.

Uma das principais etiologias do AVC hemorrágico espontâneo é a hipertensão arterial não controlada afetando frequentemente o território do cerebelo, traduzindo-se em elevada morbimortalidade pela possível compressão direta do tronco cerebral.

**Caso clínico:** Sexo feminino, 50 anos. Antecedentes pessoais relevantes: Hipertensão arterial.

Admitida no serviço de Urgência acompanhada pela equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) por quadro súbito de parestesias generalizadas e alteração do estado de consciência. À chegada da VMER

apresentava escala de coma de Glasgow de 3, tensão arterial 207/146 mmHg, frequência cardíaca 76bpm e ausência de sinais de lateralização motora. Teria tido incontinência do esfíncter urinário e vômito no local. Sem evidência de movimentos convulsivos. Neste contexto foi realizada intubação orotraqueal e feito o transporte para o serviço de Urgência. À chegada ao Hospital mantinha escala de coma de Glasgow sobreponível (3 pontos), com pupilas mióticas e reflexo cutâneo plantar em extensão bilateralmente. Dos exames complementares de diagnóstico realizados destaca-se apenas TC-cranioencefálica que demonstrava hematoma agudo protuberancial mediano e paramediano, e hemorragia aguda intraventricular no IV ventrículo mas sem conflito de espaço na transição bulbo-medular e sem desvios medianos. Não apresentava evidência de aneurismas intracranianos ou de malformações arteriovenosas nos vasos intracranianos.

Deste modo foi contactada a equipa de Neurocirurgia de apoio, que tendo em conta o mau prognóstico associado à localização e ao volume do hematoma sugeriram apenas controlo tensional, tendo sido admitida a doente na unidade de Cuidados Intensivos, entubada, ventilada e sob perfusão de labetalol.

Após controlo do perfil tensional e diminuição do edema associado ao hematoma a doente apresentou uma melhoria clínica progressiva, tendo acabado por ter alta para uma unidade de Reabilitação Motora com autonomia parcial para as atividades da vida diária.

**Conclusões:** O caso apresentado relata um AVC hemorrágico de etiologia hipertensiva numa mulher jovem e com afetação da circulação posterior.

Tendo em conta tratar-se de uma situação emergente, com um elevado índice de morbidade e mortalidade, importa manter presente o conhecimento das principais etiologias e da fisiopatologia da mesma de forma

a que futuras situações clínicas semelhantes possam ser intervencionadas precocemente e assim garantir um melhor prognóstico dos doentes, tal como foi evidenciado pelo presente caso clínico.



## PO 70

### INTOXICAÇÃO AGUDA POR COCAÍNA – UMA EMERGÊNCIA MÉDICA A QUE DEVEMOS ESTAR ATENTOS

Inês de Sousa Martins<sup>1</sup>; Teresa Valido<sup>2</sup>; Sara Trevas<sup>3</sup>; Steeve Rosado<sup>3</sup>; Carlos Pereira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras; <sup>2</sup>Serviço de Medicina III do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; <sup>3</sup>Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Beatriz Ângelo

**Introdução:** O consumo de substâncias psicoativas ilícitas em Portugal aumentou 60% desde 2001. A cocaína é um potente estimulante, cuja intoxicação se manifesta por um síndrome simpaticomimético, que pode afetar qualquer órgão. O tratamento é de suporte, sendo a taxa de mortalidade elevada.

**Caso clínico:** Homem, 29 anos, com antecedentes de consumo de álcool e cocaína, trazido ao serviço de Urgência por heteroagressividade e alucinações visuais e auditivas. À observação constata-se score de Glasgow de 6 (O4, V1, M1), anisocoria, hipertermia, diaforese, hipotensão (70/50 mmHg) e pulso rítmico e taquicárdico (170 bpm). Os exames complementares de diagnóstico revelaram acidemia metabólica, lactacidemia de 7,7 mmol/L, hipoglicemia, lesão renal aguda, rabdomiólise e doseamento positivo para cocaína

na, anfetaminas e álcool (1,35 g/L). Rastreo séptico negativo, tomografia computadorizada (TC) de crânio normal e eletrocardiograma sem sinais de isquemia aguda. Admitiu-se choque hipovolêmico e distributivo por intoxicação com cocaína, anfetaminas e álcool e foi entubado orotraquealmente e ventilado para proteção da via aérea. Durante o internamento no serviço de Medicina Intensiva apresentou agravamento clínico, com disfunção multiorgânica (hemodinâmica, renal, hepática e hematológica), refratária a fluidoterapia agressiva, suporte aminérgico, múltiplas transfusões de produtos sanguíneos e diálise. Por hemorragia gastrointestinal, realizou endoscopia digestiva alta, que revelou ulceração da mucosa gástrica; e angio-TC abdominopélvica, sugestiva de isquemia mesentérica. Foi repetido rastreo séptico, com resultado post mortem positivo para *E. coli* nas hemoculturas, provavelmente por translocação bacteriana intestinal. Dado evolução desfavorável fulminante, veio a falecer em menos de 48 horas após a admissão hospitalar.

**Conclusões:** O caso salienta a gravidade e a rapidez da instituição dos efeitos da overdose por cocaína, que podem ter sido exacerbados pelo consumo concomitante de outras drogas. O *delirium* hiperativo, a hipertermia e a acidemia metabólica progressiva, presentes neste doente, são considerados marcadores de mau prognóstico. A vasoconstrição mesentérica e gástrica pode ter levado a lesão isquêmica aguda, ulceração da mucosa gástrica e perfuração intestinal. Dado o aumento do consumo de estupefacientes em Portugal, com elevada morbimortalidade, é importante a comunidade médica estar atenta e saber reconhecer e instituir tratamento precocemente.

## PO 71

### LESÕES EXANTEMÁTICAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Raquel Irene Mendes Moniz<sup>1</sup>; Daniela Pinheiro<sup>1</sup>; Monique Alves<sup>1</sup>; Cátia Cunha Ribeiro<sup>1</sup>; Diana Mimoso<sup>1</sup>; Marta Meleiro Lisboa<sup>1</sup>; Cristiana Sousa<sup>1</sup>; Fernando Salvador<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

**Introdução:** As lesões exantemáticas no serviço de Urgência (SU) correspondem a uma ampla gama de etiologias, representando um desafio para o diagnóstico clínico. Reconhecer o padrão morfológico e clínico das lesões é importante para determinar a etiologia e a terapêutica a seguir. O diagnóstico diferencial é vasto, mas existem características que podem ajudar a dirigi-lo, como a idade, o estado imunitário do doente, a distribuição e duração das lesões. Nos diagnósticos diferenciais, devemos ter em consideração a primoinfeção do vírus vaciela-zóster (VZ), já que ocorre em 2% dos adultos, com uma apresentação clínica que pode ser severa, especialmente em adultos, e em doentes imunocomprometidos de qualquer idade. Uma complicação é a hepatite por VZ, que pode coincidir com o início da infeção.

**Caso clínico:** Homem, 59 anos, autónomo. Hipertenso. Recorreu ao SU por *rash* cutâneo generalizado, composto por pápulas e vesículas em diferentes fases de evolução, na face, no tronco e nas extremidades, algumas já com crostas, e lesões aftosas na base da língua, com 2 dias de evolução. Negava prurido, dispneia, disfagia, perda de apetite, queixas digestivas ou genitourinárias. Ao exame objetivo, para além das lesões cutâneas, encontrava-se subfebril, sem alterações ao exame neurológico, e hemodinamicamente estável. Negava início recente de medicamentos ou outro contexto epidemiológico. Sem noção de

ter tido varicela na infância. No estudo analítico, sem alterações no hemograma, ionograma ou renais, apenas com citólise hepática (ainda que com interferência positiva para hemólise) e proteína C reativa de 2,36 mg/dl. Gasimetria sem insuficiência respiratória. Radiografia de tórax sem alterações de relevo. Fez estudo virológico, e iniciou empiricamente valaciclovir, anti-histamínico, antipirético, cuidados com a pele e medidas de isolamento. Foi reavaliado ao 10º dia, com boa evolução clínica, mantendo apenas algumas lesões cutâneas em cicatrização. A pesquisa do ADN no sangue do VZV foi positiva e do vírus da imunodeficiência humana 1 e 2, hepatite B e C, citomegalovírus e sífilis foram negativas. Posteriormente a neta com quem o doente convive desenvolve lesões semelhantes.

**Conclusão:** Com este caso os autores pretendem alertar para o diagnóstico da primoinfeção por VZV em adultos, e do diagnóstico diferencial com as diversas manifestações cutâneas no SU, em especial em doentes não imunocomprometidos. Demonstramos que com a história clínica e o exame objetivo, pode-se fazer uma hipótese diagnóstica, iniciando atempadamente a terapêutica e reduzindo as complicações da doença.



## PO 72

### NEM TUDO O QUE É EDEMA É INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Varela; Mário Amaro; Maria Francisca Delerue  
*Hospital Garcia de Orta, EPE*

**Introdução:** A síndrome nefrótica corresponde a uma constelação de achados clínicos e laboratoriais no contexto de doença renal, incluindo a presença de proteinúria (mais de 3,5g/24 horas), hipoalbuminemia e edema periférico. Ocorre por perda de proteínas a nível glomerular. Deve pensar-se nesta síndrome no diagnóstico diferencial de edema periférico, sobretudo em idade mais jovem. No serviço de Urgência este diagnóstico é muitas vezes des-

considerado dado a forma rotineira com que se intitula o doente com insuficiência cardíaca. **Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 32 anos, antecedentes de excesso de peso (peso habitual 85 kg) e tabagismo, recorreu ao serviço de Urgência por quadro de edema testicular bilateral exuberante e edema dos membros inferiores com 15 dias de evolução. O doente já teria recorrido ao médico assistente e ao serviço de Urgência, tendo realizado análises sanguíneas, ecocardiograma e ecodoppler dos membros inferiores sem alterações. Foi medicado com furosemida 40 mg 12/12 horas por suspeita de insuficiência cardíaca, sem melhoria. O doente à admissão referia adicionalmente edema periorbitário sobretudo matutino e aumento ponderal significativo (peso atual 105 kg). Ao exame objetivo apresentava edema palpebral, edema godet ++ até à raiz da coxa e edema testicular bilateral. Foi realizada análise sumária de urina que evidenciou proteinúria (500 mg/dL) e razão proteinúria/creatinina 8,6. Foi medicado com furosemida 80 mg 12/12 horas e um inibidor da enzima de conversão da angiotensina por provável síndrome nefrótica de etiologia a esclarecer. Realizou biópsia renal que revelou doença de lesões mínimas e iniciou terapêutica com prednisolona.

**Conclusão:** A doença de lesões mínimas é uma causa de síndrome nefrótica apenas numa minoria dos adultos (10 %). Ocorre pela presença de um fator de circulação imune que altera a permeabilidade glomerular. A maioria é idiopática, sendo necessário excluir causas secundárias no estudo etiológico. A clínica é súbita e o diagnóstico pode ser através de uma análise sumária de urina utilizando o rácio proteínas/creatinina >4.9, sendo necessário a biópsia para o diagnóstico etiológico. Assim, presente um doente jovem com edema periférico no serviço de Urgência deve ser sempre realizado a análise sumária de urina, permitindo de forma eficaz e breve a exclusão deste diagnóstico.

## PO 73

### ONICOMICOSE EXUBERANTE – UM SINAL DE ALARME?

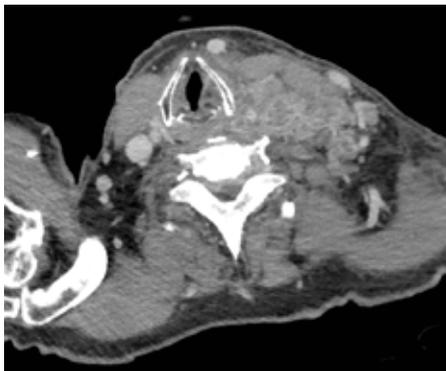
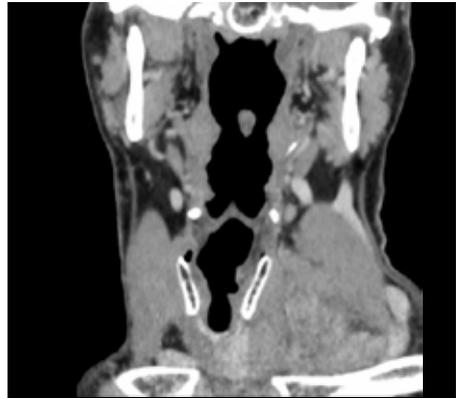
Diana Cardoso<sup>1</sup>; Raquel Moniz<sup>1</sup>; Monique Alves<sup>1</sup>; Cátia Ribeiro<sup>1</sup>; Sofia Perdigão<sup>1</sup>; Maria João Alves Pinto<sup>1</sup>; Beatriz Exposito<sup>1</sup>; Fernando Salvador<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

**Introdução:** As infeções fúngicas podem classificar-se como primárias ou oportunistas. Temos como exemplo um caso de onicomicose severa como possível manifestação inicial e atípica em contexto de síndrome paraneoplásico.

**Caso clínico:** Homem de 57 anos, com antecedentes de hiperuricemia, litíase biliar, dislipidemia, hipertensão arterial e ex-etilismo. Recorreu ao serviço de Urgência por lesões dolorosas em ambas as mãos. À observação apresentava flictenas de aspecto compatível com pêfigo bolhoso nas mãos e onicomicose grave nas extremidades inferiores com queda de unhas desde há dois meses, com compromisso funcional. Verificaram-se maus cuidados de higiene, com restos de tecido e areia nas lesões. Análises com citólise hepática e linfopenia. Foi internado para alívio sintomático, higienização, tratamento com fluconazol, antibiótico e resolução social. Teve alta com reavaliação em hospital de dia duas semanas depois, onde se objetivou massa cervical esquerda volumosa de novo e queixas de disfonia e disfagia. Avaliado por otorrinolaringologia de urgência: identificou-se parésia da corda vocal esquerda, sem evidência de massa laringea. Realizou tomografia computadorizada cervical e torácica: “volumosa massa com aparente epicentro no lobo esquerdo da glândula tiroideia, com crescimento para o mediastino, desvio traqueal para a direita com conglomerado adenopático supraclavicular esquerdo e gânglios júbulo-carotídeos, axilares e mediastínicos múltiplos com múl-

tiplos focos secundários pulmonares”. Estudo serológico foi negativo. Orientado para realização de biópsia que revelou “carcinoma epidermoide pouco diferenciado compatível com metástase”, realizando posteriormente estudo endoscópico a confirmar carcinoma do esôfago, estadio IV. Avaliado em consulta de grupo multidisciplinar, com indicação para quimioterapia paliativa e eventual colocação de prótese. **Conclusão:** Apresentações clínicas tão exuberantes são pouco frequentes, levantando-se a possibilidade de poder enquadrar esta infecção fúngica no contexto de síndrome paraneoplásica, dado o compromisso imunitário do doente. Contudo, não podemos descartar o abuso crônico de álcool e más condições de higiene como fatores decisivos nesta clínica. Este caso recorda-nos a importância de reforçar a educação populacional para a saúde, permitindo uma identificação mais precoce de doenças graves com melhoria no prognóstico.



## PO 74

### **CEFALEIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: A IMPORTÂNCIA DE EXAME DE IMAGEM NO DIAGNÓSTICO DE UMA DOENÇA FATAL**

Tatiana Oliveira; Sérgio Ferreira Cristina;  
Ana Paula Antunes; Ana Filipa Matos; Ana Galiano  
*Hospital Cascais - Dr. José de Almeida*

**Introdução:** A cefaleia traumática representa 2-4% das admissões no serviço de Urgência. Embora na maioria dos casos a etiologia seja benigna, algumas correspondem a causas graves, sendo necessário um alto nível de suspeição para o diagnóstico.

**Caso clínico:** Homem de 80 anos, autônomo, com antecedentes de adenocarcinoma da próstata em remissão, cardiopatia isquêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade. Sem história de infecção prévia ou intervenção cirúrgica recente. Recorreu ao serviço de

Urgência por cefaleia holocraniana intensa com 12 horas de evolução, com irradiação cervical, acompanhada por vômitos aquosos, sem febre. À admissão, o doente estava vígil e orientado e não apresentava alterações no exame objetivo, nomeadamente sinais meníngeos ou outros sinais neurológicos. Analiticamente, assinalava-se leucocitose de  $14.12 \times 10^9/L$ , com neutrofilia e proteína C reativa de  $1.29 \text{ mg/dL}$ . Oito horas após admissão, o doente evoluiu com agitação alternando com prostração (Escala de Coma de Glasgow entre 9 e 11). Realizou TC de crânio que mostrou lesão ovalada temporal interna direita com cápsula hiperdensa e centro hipodenso com halo de edema, com densidade do corpo do ventrículo lateral direito a sugerir ventriculite. Analiticamente, com subida significativa da proteína C reativa às 24 horas ( $14.03 \text{ mg/dL}$ ). Realizou punção lombar que mostrou pleocitose ( $1773 \text{ células/mcL}$ ) com 90% de polimorfonucleares, proteinorraquia de  $721 \text{ mg/dL}$  e glucose de  $1 \text{ mg/dL}$ . Iniciou ceftriaxone e vancomicina. O doente foi transferido para a unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos e foi submetido a drenagem cirúrgica. Apesar do tratamento instituído, verificou-se evolução desfavorável e morte.

**Conclusão:** O abscesso corresponde a uma infecção focal do parênquima cerebral e ocorre habitualmente por disseminação hematogénica ou disseminação contígua, mas em 10 a 35% não se identifica ponto de partida. Clinicamente, manifesta-se por cefaleia, febre e défices neurológicos focais, mas pode manifestar-se com sintomas inespecíficos numa fase inicial. O caso descrito não apresentava fatores de risco para abscesso cerebral e nem sintomatologia sugestiva na apresentação inicial. O tratamento consiste em aspiração por agulha ou excisão cirúrgica e antibioterapia. O prognóstico varia conforme a localização das lesões e apresentação clínica, mas em doentes com rotura para o ventrículo a mortalidade pode atingir os 80-100%.

## PO 75

### O ATAQUE À ACETILCOLINESTERASE: UMA INTOXICAÇÃO CADA VEZ MAIS RARA

Joana Varela; Bruno Sousa; Mário Amaro;  
Maria Francisca Delerue  
*Hospital Garcia de Orta, EPE*

**Introdução:** Os organofosforados são potentes inibidores da colinesterase capazes de causar toxicidade colinérgica severa após exposição cutânea, oral ou inalatória. Ocorre por ligação à acetilcolinesterase o que leva ao excesso de acetilcolina ao nível das sinapses neuronais. A intoxicação por organofosforados é cada vez menos observada no serviço de Urgência (SU) na era atual. Na maioria dos casos de ingestão oral os sintomas ocorrem após 3 horas e incluem bradicardia, miose, lacrimejo, sialorreia, diaforese, broncorreia, vômitos, diarreia, arritmias cardíacas- bloqueio auriculoventricular (BAV) e prolongamento do QT- e disfunção respiratória por depressão do centro respiratório, fraqueza neuromuscular e broncospasmo.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 81 anos, cuidador da mulher com demência, com antecedentes de síndrome depressivo, recorreu ao SU na sequência de tentativa de suicídio por ingestão de agente pesticida organofosforado (Dursban - Clorpirifós). Apresentava bradicardia, broncorreia e dejeção diarreica, tendo sido admitido na sala de reanimação e medicado com atropina 2 mg e, se seguida, com obidoxima 250 mg. Por agravamento clínico nas horas seguintes, com insuficiência respiratória parcial com necessidade de ventilação não-invasiva e ECG com QT prolongado, foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos, tendo iniciado perfusão de obidoxima e de atropina. Ao final de 5 dias foi transferido para os cuidados intermédios apresentando síndrome intermédio por organofosforados- fraqueza muscular proximal, hiporeflexia, disfonia e disfagia- tendo man-

tido a terapêutica durante 10 dias. Posteriormente realizou fisioterapia com melhoria clínica progressiva.

**Discussão:** O diagnóstico da intoxicação por organofosforados é clínico através da colheita de história clínica e do exame objetivo. O tratamento deve ser imediato e inclui a abordagem ABCDE, tratamento de suporte e atropina numa dose inicial de 2 a 5mg. No caso de disfunção neuromuscular deve ser realizado obidoxima em associação à atropina. Em 10 a 40% dos casos ocorre a transição para um síndrome intermédio que ocorre nas 96 horas após a intoxicação e pode demorar até 3 semanas, incluindo fraqueza muscular proximal, hiporeflexia, alteração dos pares cranianos e insuficiência respiratória, sendo necessário prolongar o tratamento com atropina e obidoxima e a realização de fisioterapia.

## PO 76

### SÍNCOPE ESCONDIDA – ABORDAGEM DESTESINTOMA NA URGÊNCIA

Beatriz Riquito; Mariana Nunes; Elisabete Cerqueira  
*Chtmad-Chaves*

**Introdução:** A síncope é uma causa frequente de ida ao serviço de Urgência (SU), a maioria das vezes por causa reflexa, sem grande gravidade. Ainda assim, o diagnóstico diferencial deverá ser tido sempre em conta, incluindo exclusão das patologias que carecem de tratamento mais urgente.

**Caso clínico:** Homem, 77 anos autónomo. Antecedentes de insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção (FE) ligeiramente diminuída (48%) e bloqueio bifascicular, já seguido em consulta de cardiologia - sofria ainda de DPOC e DM tipo 2. Recorre ao SU por queixas de tosse e dispneia com agravamento durante a noite, tendo sido triado inicialmente para a especialidade de Pneumologia e posteriormente transferido para a Medicina Interna. Após a colheita de história, o doente refere ainda 2 episódios de síncope na semana an-

terior, o último na noite anterior quando já se encontrava deitado. Esposa não observou o episódio, mas o doente negava incontinência de esfíncteres, e não havia sinais de mordedura da língua ou outro tipo de trauma. O ECG mostrava, além do bloqueio bifascicular já conhecido, com bloqueio completo de ramo direito e bloqueio fascicular anterior esquerdo, um bloqueio aurículo ventricular (BAV) de 1º grau concomitante (intervalo PR 202ms). Assim, o quadro clínico era compatível com síncope de alto risco, em doente com doença da condução elétrica e doença estrutural cardíaca. Sem outras causas mais prováveis. Contactada Cardiologia que aceitou a transferência do doente para colocação de device. Após realização de ecocardiograma transtorácico já em internamento, o doente acaba por colocar um CRT na semana seguinte, com melhoria sintomática. Foi realizada otimização terapêutica e mantido o seguimento da consulta de Cardiologia.

**Discussão:** Os bloqueios bifasciculares podem ser assintomáticos vários anos. Ainda assim, requerem vigilância, dado ser bastante comum a existência de doença cardíaca estrutural concomitante. Uma síncope ou lipotimia nestes doentes deve obrigar a um estudo idealmente em internamento, com monitorização cardíaca contínua pelo menos 48 horas, ecocardiograma e estudo eletrofisiológico na tentativa de encontrar a causa da descompensação, com indicação, ou não, para implantação de pacemaker. Neste caso, o bloqueio auriculoventricular foi o responsável para instabilidade hemodinâmica causadora da síncope, num doente com IC com FE diminuída. Esta situação é muitas vezes denominada de bloqueio trifascicular, apesar de não ser o termo mais correto, uma vez que o BAV não ocorre no fascículo.

Este caso alerta ainda para uma boa colheita da história clínica, uma vez que os doentes na triagem nem sempre sabem qual o sintoma

mais grave que apresentam, apenas o que os preocupa mais.

## PO 77

### QUIMIOTERAPIA ANGINOSA

Mariana Freitas Silva; Matilde Drumond; Teresa Silva  
*Hospital Dr. Nélio Mendonça*

As fluoropirimidinas, como o fluoracilo, são quimioterapias amplamente utilizadas em vários cânceros malignos, sendo o fluoracilo o terceiro mais utilizado no tratamento de cânceros sólidos. Este fármaco pode desencadear um efeito adverso de cardiotoxicidade que ocorre em <8% dos casos, sendo os sintomas mais comuns angina com enfarte agudo do miocárdio (EAM), arritmias, pericardites. Homem de 69 anos, autônomo, antecedentes pessoais de adenocarcinoma do apêndice submetido em 2019 a hemicolectomia direita e com um estadiamento pT3N0 de grau intermédio, R0. EAM em 2019.

Recorreu ao serviço de Urgência com dor torácica, retroesternal, associada a sudorese e náuseas sem vômitos, que cediam com o nitrato sublingual. A dor não irradiava para o braço esquerdo ou pescoço, negava agravamento da dor com o esforço físico ou melhoria com o repouso. Apresentou dor semelhante nesse dia às 4h, 7h e 11h para as quais tomou nitrato sublingual. Referia ainda que na tarde anterior tinha colocado implantofix e iniciado quimioterapia. Ao exame objetivo o doente apresentava-se polipneico, sudorético, normotenso e auscultação cardíaca arritmica e sem sopros. Gasimetricamente em ar ambiente alcalose respiratória e hiperlactacidemia de 1.6mmol/L. Eletrocardiograma: fibrilhação auricular (FA), 95 batimentos por minuto e infradesnivelamento do segmento ST em V1. Foi realizada terapêutica com ondasetrom, paracetamol e digoxina. O doente melhorou. Analiticamente apresentava proteína C reativa de 14,81 mg/L, troponina T 0.022 ng/mL e

NT-proBNP 939 pg/mL. Troponina T após 3h: 0.026 ng/mL.

Três horas mais tarde o doente volta a apresentar dor torácica com as mesmas características, com boa cedência ao nitrato sublingual. Dada relação temporal entre o início dos sintomas e o início de quimioterapia, o doente é discutido com a oncologia que ilucida para um possível efeito de cardiotoxicidade provocado pelo fluoracilo, quimioterapia iniciada pelo doente. O doente fica internado na cardiologia por angina instável. Já no internamento, foi tomada a decisão de suspender a quimioterapia. A FA foi cardiovertida a ritmo sinusal com amiodarona. Após 2 dias de estabilidade clínica e sem sintomas o doente teve alta médica. Uma forma prática de recordar a importância do conhecimento dos efeitos adversos das quimioterapias e neste caso, a cardiotoxicidade do fluoracilo. E não esquecer, o que é raro também aparece no serviço de Urgência.

## PO 78

### DILEMA NA OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

Ana Carvalho<sup>1</sup>; Mariana Nunes<sup>1</sup>; Pedro Almeida<sup>1</sup>; Sofia Sequeira<sup>2</sup>; André Ribeiro<sup>1</sup>; Catarina Coelho<sup>1</sup>; Cátia Diogo<sup>1</sup>; Sérgio Lascasas<sup>1</sup>; Marta Rodrigues<sup>1</sup>; Fernando Salvador<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves; <sup>2</sup>Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira; <sup>3</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

**Introdução:** A obstrução da via aérea superior (OVAS) tem múltiplas etiologias, sendo uma delas a neoplásica. O estridor é um sinal de gravidade da OVAS e ocorre quando a obstrução do lúmen da traqueia é inferior a 5mm, pondo em risco a vida do doente.

**Caso clínico:** Homem de 78 anos, autônomo. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e ex-fumador (78 UMA). Apresentava clínica de disфонia e síndrome constitucional com 5 meses de evolução, em estudo na con-

sulta de otorrinolaringologia, na qual realizou nasolaringoscopia com evidência de lesão na corda vocal esquerda e paralisia hemilaringe e aparente extensão subglótica. Recorreu ao serviço de Urgência (SU) de um hospital periférico por dificuldade respiratória com sensação de compromisso da via aérea (VA). Ao exame físico em Glasgow 15, posição de tripé, com estridor e disfonia; orofaringe sem obstrução visível, dessaturado com Sat.O2 periférica 90%; hipertenso (PA 210/85 mmHg). Tomografia computadorizada realizada em ambulatório revelava lesão suspeita com aparente centro no andar glótico da laringe, com extensão ao andar supraglótico e infraglótico e envolvimento da comissura anterior, com sinais que sugeriam possível envolvimento da cartilagem cricoide. Existe diminuição do calibre da coluna aérea para 1mm. Dado compromisso da VA e discussão multidisciplinar, decide-se proteção da VA no bloco operatório, com apoio de Anestesia e Cirurgia geral, pelo risco de cricotomia urgente. Procedeu-se a entubação orotraqueal sob videolaringoscopia, com tubo orotraqueal (EOT) nº6. Doente alocado à unidade de Medicina Intensiva do hospital de referência para posterior abordagem multidisciplinar com otorrinolaringologia. **Conclusões:** O estridor deve ser um motivo de alerta na observação de um doente no SU, trata-se de uma situação que requer uma abordagem emergente pelo risco de perda da VA. Os autores apresentam este caso de OVAS parcial por provável neoplasia cujo sinal de gravidade foi o estridor, pela sua relevância clínica e pela abordagem célere realizada em âmbito de urgência. Acrescenta-se ainda a importância de uma abordagem multidisciplinar com cirurgia geral e anestesia, antecipando possíveis complicações, bem como o risco de cricotomia *life-saving*.

## PO 79

### PERITONITE PÓS-PARTO – UMA COMPLICAÇÃO EMERGENTE

João Peixoto; Christine Canizes; Cristina Martins  
*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral*

**Introdução:** O período pós-parto ou puerpério, inicia-se imediatamente após o parto e estende-se até 6-8 semanas após o mesmo. Durante este período, podem ocorrer diversas complicações, nomeadamente infecciosas, cuja clínica pode facilmente ser confundida com efeitos do próprio parto, levando assim ao atraso no diagnóstico de situações potencialmente graves e até fatais.

**Caso clínico:** Jovem de 26 anos, saudável, sem antecedentes de relevo, recorre ao SU, no 6º dia pós-parto eutócico com recurso a ventosas, por quadro de febre e dor abdominal, com 4 dias de evolução e agravamento progressivo. A admissão apresentava-se consciente e orientada, mas inquieta, com queixas de dor abdominal generalizada, mais marcada a nível periumbilical, sudorética, febril, com sinais de má perfusão periférica (incluindo com acidémia metabólica com lactato de 4.88 na gasimetria), hipotensa (TA 90/50 mmHg), taquicárdica (FC 120 bpm) e com abdómen mole e depressível, mas distendido e doloroso a palpação generalizada, com defesa a nível dos quadrantes centrais, embora sem massas palpáveis.

Assumido quadro de choque séptico, com suspeita de origem intrabdominal/pélvica, tendo sido iniciada fluidoterapia intensa (e posteriormente suporte aminérgico) e antibioterapia com piperacilina/tazobactam, e pedida avaliação pela Ginecologia e TC abdómino-pélvica emergentes. Do ponto de vista ginecológico, não se objetivaram complicações aparentes, incluindo na ecografia endovaginal, mas TC revelou “derrame peritoneal em todos os quadrantes do abdómen, com

espessamento difuso dos folhetos peritoneais, podendo traduzir peritonite”. Apesar da ausência de aparente causa para esta peritonite, assumiu-se, como mais provável, a sua origem numa infeção pós-parto, tendo a doente sido submetida (pela Ginecologia) a laparotomia exploradora, onde foi objetiva da presença de grande quantidade de pús (aspirado e enviado para cultura), mas sem evidência de outras alterações, à excepção de ligeiros sinais de necrose do anexo esquerdo (colocando-se hipótese de eventual torção), tendo a doente sido submetida a anexectomia esquerda e lavagem peritoneal, com posterior admissão em unidade de Cuidados Intensivos (UCI), onde apresentou isolamento (no líquido purulento) de *Streptococcus pyogenes*, e onde, por má evolução clínica inicial, foi submetida a nova laparotomia, onde foi objetivada necrose uterina e necessidade de histerectomia e anexectomia direita. Acabou por ter alta da UCI, após 22 dias de internamento, para o serviço de Ginecologia.

**Conclusão:** A peritonite é uma complicação do pós-parto rara, mas grave, que, numa fase inicial, pode facilmente passar despercebida, podendo por isso tornar-se fatal. Ocorre maioritariamente em relação com quadros infecciosos, cuja origem nem sempre se consegue identificar, tal como ilustra este caso clínico. A infeção por *Streptococcus pyogenes*, é ainda mais rara e poderá ser particularmente grave, devido à evolução com falência multiorgânica e choque tóxico, sendo raros os relatos de puérperas que sobrevivem a uma peritonite por este gérmem.

## PO 80

### ATÉ ONDE PODE IR A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA

Ana Maria Carvalho<sup>1</sup>; Mariana Nunes<sup>1</sup>; Pedro Almeida<sup>1</sup>; Sofia Sequeira<sup>2</sup>; André Ribeiro<sup>1</sup>; Catarina Coelho<sup>1</sup>; Cátia Diogo<sup>1</sup>; Sérgio Lascasas<sup>1</sup>; Marta Rodrigues<sup>1</sup>; Fernando Salvadores

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves; <sup>2</sup>Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira; <sup>3</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

**Introdução:** A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica com elevada prevalência, morbidade e mortalidade. A IC aguda (ICA) em cerca de 20% dos casos é a primeira manifestação da IC. A avaliação é realizada por perfis hemodinâmicos e o perfil C, com 20% de prevalência, está associado a maior mortalidade, apresentando-se o doente hipoperfundido e congestivo.

**Caso clínico:** Homem de 63 anos. Autónimo. Antecedentes de perturbação do uso do álcool (600g/dia), abstinente há 1 mês. Recorre ao serviço de Urgência por dispneia em repouso, ortopneia, dispneia paroxística noturna, edemas generalizados, associado a dor torácica pré-cordial com evolução de 8 horas. Ao exame físico: fáceis pletóricas, polipneico, extremidades frias e mal perfundidas, anasarca, PA 125/60 mmHg, FC 160 bpm, So2 97% em ar ambiente; AC: sons cardíacos arritmicos. AP: diminuição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores bilateralmente. Gasmétricamente sem insuficiência respiratória. Eletrocardiograma: fibrilação auricular (FA) de 150bpm, sem sinais de isquemia aguda. Na abordagem inicial, por suspeita de ICA fez bólus de diurético e assumida estratégia de controlo de ritmo com amiodarona por FA com < 48horas de evolução. Analiticamente: Pro-BNP (>35000 pg/mL), Cr 1.20 mg/dl, hiponatremia 131 mEq/L, INR 1.54, D-Dímeros 8.06, troponina T normal e pesquisa de SARS

COV2 positiva. TC Tórax derrame pleural bilateral de moderado volume, exclui tromboembolismo pulmonar. Ecocardiograma de urgência: miocardiopatia dilatada e depressão severa da função sistólica, sem evidência de trombos e acinesia.

Evolui com hipotensão arterial, anúria e encefalopatia, a condicionar bradipneia. Iniciou ventilação mecânica não invasiva (VNI) e reforçado estímulo diurético. Persistência de FA com resposta ventricular rápida (RVR) apesar da amiodarona. Apesar das medidas instituídas evolui com acidemia metabólica, encefalopatia agravada, disfunção macro e microcirculatória em crescendo e anúria. Assumido falência de VNI, procedeu-se a entubação orotraqueal para proteção da via aérea e iniciou suporte vasopressor com noradrenalina. Persistência de FA com RVR a condicionar instabilidade hemodinâmica, pelo que foi necessário cardioversão elétrica. Administrados 3 choques e conseguido controlo da frequência apenas.

Assim, ICA em perfil C que evolui rapidamente para choque cardiogénico com necessidade de suporte ventilatório e inotrópico.

**Conclusão:** A ICA classificada com perfil C é considerado o grupo de maior gravidade, sendo o principal objetivo evitar o óbito, melhorar a perfusão e em seguida a congestão. Para tal é necessário o estímulo diurético e concomitantemente inotrópicos, sendo o fármaco de eleição a dobutamina, na ausência de contra-indicações. Neste caso não foi possível pela presença de FA com RVR e repercussão hemodinâmica. Este caso alerta-nos para a gravidade da ICA e a necessidade de suporte de órgão imediato.

## PO 81

### SINAL DE HAMPTON, WESTERMARK E PALLA: COINCIDÊNCIA RARA

Mariana Esteves; Rita Reis Bragança;

Sandra A. Morais

*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro*

**Introdução:** O tromboembolismo pulmonar (TEP) tem uma incidência de cerca de 60/100.000 habitantes anualmente, podendo ser fatal se não for tratado atempadamente. Estima-se que cerca de 10% dos doentes com TEP morrem na primeira hora após o evento, pelo que a suspeição e o diagnóstico precoce são fundamentais. A radiografia torácica é dos primeiros meios complementares de diagnóstico solicitados nos doentes com sintomas cardiorrespiratórios ou sintomas sugestivos de TEP, sendo também útil para identificar/excluir outros diagnósticos. Deste modo, saber identificar sinais específicos de TEP na radiografia torácica é fundamental.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 65 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade e plastia da válvula mitral com anel protésico.

Recorreu ao serviço de Urgência por dor torácica pleurítica direita com três dias de evolução e dispneia para médios esforços com início 3 horas antes da admissão, após subida de rampa. Objetivamente, hemodinamicamente estável, com sopro sistólico no foco mitral, crepitações na base direita e edemas dos membros inferiores. Analiticamente, apenas a destacar insuficiência respiratória tipo 1 *borderline*, d-dímeros 1.24 µg/mL, proBNP 311 ng/ml, troponina 0,030 ng/ml. Realizou radiografia torácica que revelou opacidade lateral direita em forma de cunha (sinal de Hampton), área focal de oligoemia na região superior direita (sinal de Westermark) e proeminência da artéria pulmonar descendente direita (sinal de Palla). Eletrocardiograma e ecocardiograma sem alterações de relevo.

Tendo em conta as alterações radiográficas encontradas, a suspeita de TEP era elevada. Assim, foi iniciada heparina de baixo peso molecular e posteriormente realizado angioTC torácico que confirmou TEP em múltiplos ramos segmentares à direita e enfarte pulmonar no lobo inferior direito. Foi admitido ao internamento, onde realizou ecodoppler dos membros inferiores que evidenciou trombose venosa do segmento proximal da veia poplítea direita. Apresentou boa evolução clínica, tendo alta após 4 dias de internamento, sem necessidade de oxigenoterapia suplementar e sob hipocoagulação oral com DOAC.

**Conclusões:** Este caso demonstra a importância da radiografia torácica, dado que esta pode, através de sinais específicos, ajudar no diagnóstico de TEP, mas também excluir outras patologias que o possam mimetizar. Além disso, os sinais de Hampton, Westermarck e Palla, ainda que raros, quando presentes devem promover uma investigação mais aprofundada, dado que a sua especificidade para o diagnóstico de TEP não pode ser ignorada (inclusive em doentes com baixa probabilidade pré-teste, como neste caso). Mais ainda, pode não ser viável realizar angioTC em todos os doentes (por exemplo, por insuficiência renal), podendo a radiografia torácica ter um papel fundamental no diagnóstico precoce do TEP.



## PO 82

### QUANDO AS APARÊNCIAS ILUDEM – DOR LOMBAR AGUDA COMO APRESENTAÇÃO DE PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE.

Alexandre Lopes; Rita Sousa Figueira; Clara Pinto; Joana Melo; Bárbara Paracana; Gisela Gonçalves  
*Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE*

**Introdução:** A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) apresenta-se geralmente com febre, tosse com expectoração e dispneia, por vezes associada a dor pleurítica. Em doentes com pneumonia da base, a presença de queixas abdominais por proximidade anatómica é possível e pode gerar dificuldades no diagnóstico célere e abordagem terapêutica.

**Caso clínico:** CAPJS, homem de 55 anos, autónomo e cognitivamente íntegro, recorreu ao serviço de Urgência por dor lombar aguda à esquerda de início nessa madrugada, muito intensa, com irradiação abdominal. Nega dispneia, tosse ou expectoração, febre no domicílio, sintomas urinários ou gastrointestinais. Tinha como antecedentes hipertensão arterial, dislipidemia e anemia ferropénica, sob perindopril e suplementação de ferro.

Ao exame objetivo apresentava-se ansioso e irrequieto, com lombalgia à esquerda, constante e intensa, com murphy renal positivo à esquerda, tensão arterial elevada e taquicardia, apirexia e SpO<sub>2</sub> 92%. Na suspeita de urolitíase, fez analgesia com parca resposta e realizou estudo complementar:

- Análises: Sem anemia, leucocitose neutrofílica; PCR 1.80 mg/dL; PCT 3.06 ng/dL

- Exame sumário de urina: Frequentes leucócitos; Numerosos eritrócitos; Nitritúria

- Ecografia Reno-vesical: "...aumento da ecogenicidade do parênquima, à esquerda, a valorizar no contexto clínico. Não há dilatação pielocalicial..."

Iniciou antibioterapia empírica para infeção do trato urinário, no entanto durante a per-

manência no serviço de Urgência o doente desenvolveu hipoxemia (SpO<sub>2</sub> 88%), apresentando insuficiência respiratória tipo 1 na gasimetria, pelo que realizou radiografia de tórax que mostrou infiltrado algodoadoso no lobo inferior esquerdo, fazendo o diagnóstico de PAC da base esquerda. O doente foi internado e apresentou inicialmente picos febris e subida de parâmetros inflamatórios (PCR 16.29 mg/dL e PCT 4.08 ng/dL), constatando-se resultado negativo da urocultura colhida no serviço de Urgência. Foi realizada angioTC torácica que revelou ausência de sinais de tromboembolismo pulmonar e o exame bacteriológico de expectoração foi positivo para *Streptococcus Pneumoniae*, tendo cumprido antibioterapia dirigida com boa resposta clínica e analítica, com alta para o domicílio.

**Conclusões:** O diagnóstico de urolitíase/cólíca renal é frequentemente clínico, com sinais e sintomas típicos. No entanto, é necessária uma avaliação global do doente e integração de resultados analíticos na sintomatologia de cada doente – neste caso uma pneumonia da base que se apresentou com dor lombar mas, por se encontrar em fase inicial, com apirexia e parâmetros inflamatórios apenas ligeiramente aumentados, por contiguidade anatómica levou à presença de leucocitúria, eritrocitúria e alterações da ecogenicidade renal, inicialmente confundindo o diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade.



## PO 83

### O SERVIÇO DE URGÊNCIA E A IMPORTÂNCIA DA TRIAGEM DE MANCHESTER

Teresa Silva; Elisa Caldeira; Mariana Silva; Matilde Drumond; Catarina Nóbrega; Teresa Faria  
*Ch. Funchal - Marmeleiros*

**Introdução:** O serviço de Urgência (SU) é por norma o primeiro ponto de contacto do doente com os serviços de saúde, verificando-se um afluência crescente e com isto um aumento das exigências nestes serviços. A triagem de Manchester é um sistema adotado globalmente que baseia o nível de urgência por um código de cores, permitindo, de uma forma objetiva, promover o atendimento médico em função de critérios clínicos.

**Objetivo:** Caracterizar uma amostra da população que recorreu ao SU quanto ao nível de urgência, motivo de vinda, sinais vitais à entrada, destino do doente e diagnóstico final.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes observados por um médico no SU, durante o mês de janeiro de 2023, num hospital terciário. Caracterizou-se a população quanto ao nível de urgência utilizando o sistema da Triagem de Manchester. Registou-se a temperatura timpânica (TT), a tensão arterial (TA), a frequência cardíaca (FC) e a saturação periférica de oxigénio (SatPO<sub>2</sub>) dos doentes à entrada. Definiu-se febre como TT superior ou igual a 38°C. Definiu-se normotensão se tensão arterial sistólica (TAS) superior ou igual a 90 mmHg e/ou tensão arterial diastólica (TAD) superior ou igual a 60 mmHg e inferior a TAS 140 mmHg e/ou TAD 90 mmHg. Definiu-se normocárdia como uma FC inferior a 100 bpm. A colheita de dados foi feita através do acesso ao processo clínico. A análise estatística foi realizada pelo software SPSS® e o valor  $p < 0,05$  foi considerado significativo.

**Resultados:** No período de análise foram observados 44 doentes. A maioria era do sexo feminino (N=25; 56.8%), com idade média

de  $63.2 \pm 20.3$  anos. Em relação à triagem de Manchester, a maioria dos doentes observados foram triados como urgentes (N=28; 63.6%) e pouco urgentes (N=8; 18.2%). Quanto ao motivo de vinda ao SU, o principal foi dispneia (N=18; 40.9%), seguido de cefaleias (N=5; 11.4%) e mal estar geral/adinamia (N=3; 6.8%). Em relação aos sinais vitais apenas 2 doentes do sexo feminino apresentaram febre à entrada. A maioria da amostra apresentava-se normotensa (N=26; 59,1%), normocárdica (N=34; 77.3%) e com SatPO2 superior ou igual a 94% (N=39; 88.6%) à entrada. A maioria dos pacientes avaliados não necessitaram de observação por um médico de outra especialidade (N=30; 68.2%). Ficaram internados 13 doentes da amostra observada, a maioria (N=5; 38.5%) no serviço de medicina interna. Os principais diagnósticos de saída foram broncopneumonia/pneumonia (N=6; 13.6%); insuficiência cardíaca (IC) descompensada (N=5; 11.4%) e infecção viral/gripal (N=4; 9.1%). O nível de urgência à entrada no SU representado pela triagem de Manchester mostrou ser um fator preditor de internamento ( $p < 0,001$ ).

**Conclusão:** O SU tem como missão proporcionar todos os cuidados necessários a todos os doentes urgentes e emergentes de um modo atempado e adequado. Face às atuais exigências, é importante haver uma boa triagem de Manchester de forma a tornar este processo mais eficiente.

## PO 84

### HEMORRAGIA CEREBELAR: UM EVENTO DEVASTADOR

Mariana Nunes; Adelaide Moutinho;  
Ana Maria Carvalho; Elisabete Cerqueira;  
Beatriz Riquito; Olívia Cardoso  
CHTMAD

**Introdução:** A hemorragia intracraniana (HIC) é um evento devastador, com morbimortalidade elevada. A hemorragia cerebelar é um

tipo de hemorragia intracraniana (HIC), cujo sangramento está localizado na fossa posterior ou cerebello e corresponde a 9% a 10% das HIC. A fossa posterior é um pequeno espaço no crânio que contém o tronco cerebral e o cerebello. Uma hemorragia nessa região, particularmente no tronco cerebral e no 4º ventrículo, pode bloquear o fluxo normal do líquido cefalorraquidiano, levando à hidrocefalia e aumento da pressão intracraniana. A etiologia mais comum: Hipertensão arterial, Aatcoagulação, angiopatia amiloide e malformações vasculares como malformação arteriovenosa (MAV). O início dos sintomas é abrupto e depende da localização e do tamanho da hemorragia. A clínica pode variar desde cefaleia, náuseas, vômitos, vertigem ou ataxia. Se a hemorragia for grande, pode ocorrer alteração do estado de consciência ou mesmo coma. Os sintomas podem mudar subitamente, correlacionando-se com a expansão do hematoma.

**Caso clínico:** Mulher de 82 anos, autônoma, antecedentes de cardiopatia valvular com prótese mitral mecânica, fibrilação auricular hipocoagulada com Varfarina, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus 2, Dislipidemia, Obesidade. Ativada emergência médica por cefaleia holocraniana intensa associada a vômitos persistentes e discurso confuso. No domicílio a doente estaria consciente, colaborante, hipertensa (180/110 mmHg) e durante o transporte apresentou alteração do estado de consciência. Foi admitida na Sala de Emergência: via área patente, a tolerar guedel; bradipneia com 8 cpm com respiração abdominal; saturação periférica de 80 % com máscara de alta concentração; TA :175/102 mmHg; FC:140 bpm; ECG 4 (01V1M2) em descerebração. T°C 34°C. Fez noloxona e flumazenil sem resposta. Procedeu-se a entubação orotraqueal com boa adaptação ao ventilador. Realizou TAC cerebral que revelou exuberante hemorragia da fossa posterior com

edema, compressão do tronco cerebral e inundação tetraventricular. Analiticamente com INR 3.48. Por Neurocirurgia, sem critérios para intervenção. Adotaram-se medidas de conforto e a doente faleceu poucas horas depois.

**Conclusão:** O tratamento da hemorragia cerebral depende do tamanho da hemorragia e da apresentação clínica. A proteção da via aérea com entubação orotraqueal pode ser necessária se alteração grave do estado de consciência. Casos selecionados, podem beneficiar de descompressão neurocirúrgica. Apresenta-se um caso não elegível para tratamento cirúrgico: pela idade, comorbilidades, ECG 4 decorrente da exuberante hemorragia com compressão do tronco cerebral.

## PO 85

### SÍFILIS SECUNDÁRIA CONCOMITANTE A NEUROSSÍFILIS PRECOCE

Mariana Esteves; Rita Reis Bragança; Rui Abreu; André Maia

*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro*

**Introdução:** A sífilis é uma infeção sexualmente transmitida causada pelo *Treponema pallidum*. É normalmente caracterizada por 3 fases clínicas sintomáticas, sendo conhecida como “a grande imitadora” pelo seu amplo espectro de manifestações capazes de mimetizar outras patologias.

**Caso clínico:** Homem, 56 anos, antecedentes de infeção VIH diagnosticada em 2015 estadio B1 – sob terapêutica antirretrovírica (TARV) com bom controlo imunoviológico, doença cerebrovascular, fibrilhação auricular, hipertensão arterial e dislipidemia. Recorre ao serviço de Urgência por *rash* com 3 semanas de evolução, inicialmente no tronco, tendo alaistrado para os membros, dorso e região genital. Referia também febre e diaforese noturna. Três dias antes, tinha sido observado pelos mesmos sintomas, tendo alta sob doxiciclina por suspeita de febre escarionodular. Negava melhoria sintomática

e denotou agravamento do rash. Após ser questionado, referiu contacto sexual desprotegido 2 meses antes, assegurando manter TARV. Objetivamente, febril (38.1°C), múltiplas máculas eritematosas, não pruriginosas, com distribuição simétrica pelo tronco, membros superiores, regiões palmoplantares e glande; PCR 6,59 mg/dl e elevação isolada da FA 145 U/L. Foram solicitados testes serológicos da sífilis. Pela suspeita de sífilis secundária, realizou toma de penicilina benzatínica 2.4 MUI intramuscular e foi internado para prosseguir estudo. A investigação mostrou VDRL 1:64 e teste treponémico positivo. Foi admitido o diagnóstico (DX) de sífilis secundária. Sem alterações oftalmológicas. Realizou punção lombar, com análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) a evidenciar leucócitos 11/uL com 97% mononucleares, proteínas 0.54 g/dL, VDRL fracamente positivo e TPHA 1:320. Assim, dada a pleocitose linfocítica com VDRL positivo, assumido DX de neurosífilis precoce associada a sífilis secundária em doente VIH positivo. O doente cumpriu benzilpenicilina benzatínica 4MU 4/4 h endovenosa durante 14 dias, com objetivo de evitar progressão para neurosífilis sintomática. Teve excelente evolução clínica, com resolução do rash e febre após 48h de tratamento. Três meses depois mantém-se clinicamente estável, sem recrudescência sintomática, com diminuição dos títulos de VDRL para 1:32. Será reavaliado aos 6 meses com repetição dos testes não treponémicos, incluindo no LCR.

**Conclusões:** O DX de neurosífilis precoce concomitante com sífilis secundária é uma situação rara, mas fundamental pelas alterações que promove no tratamento e no prognóstico dos doentes. Destacamos que a decisão de realizar punção lombar em indivíduos assintomáticos é controversa, mesmo nas populações imunocomprometidas; no entanto, consideramos que dada a maior probabilidade de invasão do sistema nervoso central

e menor probabilidade de resolução espontânea da infecção nos doentes VIH positivos, esta deve ser sistematicamente ponderada.



## PO 86

### TROMBOSE ARTERIAL PERIFÉRICA: INTERCORRÊNCIA EMERGENTE EM CONTEXTO DE AVC

Bruna Rodrigues Barbosa; Andreia Meseiro; Inês de Gouveia Bonito; Carolina Xavier de Sousa; Joana Lopes Ferreira; Ana Paula Pona; Laurinda Pereira; Teresinha Ponte; Martinho Fernandes  
*Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário*

**Introdução:** A isquemia aguda de membro consiste na diminuição súbita na perfusão do membro que pode ameaçar a sua viabilidade e geralmente é causada por oclusão arterial aguda. A maioria dos êmbolos arteriais que viajam para as extremidades têm origem cardíaca, sendo as extremidades inferiores afetadas com mais frequência do que as superiores. As bifurcações da artéria femoral comum, íliaca comum e poplítea são localizações frequentes. **Caso clínico:** Homem de 78 anos, previamente autónomo, com antecedentes pessoais de: insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (36%), fibrilhação auricular (FA) permanente e enfarte agudo do miocárdio em dezembro de 2022. Medicado com: clopidogrel 75 mg, sacubitril/valsartan 49 mg + 51 mg, bisoprolol 10 mg, espironolactona 25 mg, edoxabano 30 mg e atorvastatina 40 mg. Trazido ao serviço de Urgência por ter sido encontrado caído no domicílio com disartria, hemiplegia à direita e perda de controlo de esfíncter urinário há tempo indeterminado. Apura-se imagiologicamente um extenso enfarte isquémico agudo/subagudo fronto-parieto-temporal e insular esquerdo e lenticulo-capsular à esquerda (território da artéria cerebral média esquerda) coexistindo também envolvimento talâmico anterior com relativa hipodensidade mais marcada (artéria cerebral posterior esquerda - ramos tálamo-perforantes). Apresentava afasia de expressão e hemiplegia à direita, na reavaliação imagiológica, observa-se uma transformação

hemorrágica e manutenção ao fim de 6 dias, com impossibilidade de introduzir a terapêutica anticoagulante, o que tornou a gestão deste doente complexa, pela FA e concomitante AVC. Como intercorrência, o doente desenvolve quadro de dor aguda no membro inferior esquerdo com palidez associada e ausência de pulso pedioso à esquerda, com livedo reticularis, ambos os pulsos femorais palpáveis e pedioso direito palpável. Eco-Doppler arterial do membro urgente revelou extensa trombose arterial, com extremidade proximal do trombo ao nível do segmento terminal da artéria femoral comum esquerda, prolongando-se caudalmente para as artérias femoral profunda e femoral superficial; não se documentou fluxo doppler detectável ao longo dos vários segmentos da artéria femoral superficial, popliteia, tibial anterior e tibial posterior esquerdas. Iniciou terapêutica analgésica e contactou-se a Cirurgia Vasculuar, que realizou embolectomia e deu indicação para anticoagulação, contudo sem recomendação dado o elevado risco hemorrágico.

**Conclusões:** Avanços no tratamento das doenças cardíacas reduziram a proporção de eventos agudos de isquémia dos membros relacionados com embolia arterial. Este caso clínico evidencia o grau de complexidade neste tipo de doentes e um dos eventos urgentes que podem suceder, bem como a importância de uma atuação rápida e eficaz entre especialidades com benefício para o doente.

## PO 87

### QUADRO ABDOMINAL QUE EVOLUIU PARA CHOQUE HEMORRÁGICO: A PROPÓSITO DE UMA GRAVIDEZ ECTÓPICA

Bruna Rodrigues Barbosa; Andreia Meseiro; Inês de Gouveia Bonito; Carolina Xavier de Sousa; Joana Lopes Ferreira; Ana Paula Pona; Laurinda Pereira; Teresinha Ponte; Martinho Fernandes  
*Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário*

**Introdução:** A dor abdominal e/ou hemorragia vaginal são os sintomas mais comuns da gravidez ectópica. Deve suspeitar-se desta entidade em qualquer mulher em idade reprodutiva com esses sintomas, especialmente naquelas que apresentam fatores de risco para gravidez ectópica. No entanto, mais de 50% das doentes são assintomáticas antes da ruptura tubária e não apresentam um fator de risco identificável. A maioria das gestações ectópicas ocorrem na trompa de Falópio, com possibilidade de ocorrer em outros locais como: região cervical, intersticial, ovário ou abdominal. Outras gestações com implantação anómala, incluindo gestações com cicatrizes de histerotomia (ou seja, cesariana, miomectomia), também podem ocorrer.

**Caso clínico:** Mulher de 31 anos, saudável, com índice obstétrico 1011 (1 cesariana, 1 aborto retido complicado de infecção em 2015), com ciclos irregulares e sem saber precisar data da última menstruação. Recorreu ao serviço de Urgência por lipotimia precedida de tonturas e posteriormente com náuseas, vômitos e dor abdominal generalizada. À avaliação não tolerava levantar, referindo dor abdominal tipo moinha, acabando por ter novo episódio de lipotimia na Urgência. Laboratorialmente com anemia, Hb de 9.1g/dL. Constata-se hipotensão marcada, estava sonolenta mas facilmente despertável, apresentava mucosas descoradas, referiu que previamente teve episódio de hemorragia uterina anómala de pequeno fluxo prolongada

durante as duas últimas semanas, o abdómen apresentava-se difusamente doloroso à palpação, com defesa nos quadrantes inferiores, sem nítida reação peritoneal. Observou-se escassa perda vaginal. Assistindo-se a progressão para hipotensão e laboratorialmente a uma descida de hemoglobina para 6.9 g/dL. Por suspeita de gravidez ectópica, realizou uma ecografia endovaginal, foram pedidas análises com beta-hCG e duas unidades de concentrado eritrocitário emergentes. Ecografia endovaginal evidenciou útero em anteverção, com dimensões normais, espessura endometrial máxima de 12 mm, não sendo possível visualizar anexos por se encontrarem rodeados por conteúdo heterogêneo hipocogênico (sangue e coágulos ?? - hemoperitôneu ?). Doente ficou internada em Obstetria para laparotomia exploradora, tendo-se verificado rotura de gravidez ectópica tubária direita com volumoso hemoperitôneu, sendo submetida a salpingectomia direita. Intervenção decorreu sem intercorrências, doente teve alta após 4 dias.

**Conclusões:** Os autores apresentam este caso para ilustrar a instabilidade hemodinâmica numa gravidez ectópica, se houver ruptura e hemorragia da estrutura na qual a gravidez está implantada, geralmente a trompa de Falópio, sendo importante suspeitar se início súbito de dor abdominal intensa e persistente, lipotimia ou sinais vitais sugestivos de comprometimento hemodinâmico. Nestes casos o tratamento implica intervenção cirúrgica emergente.

## PO 88

### TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CENTRAL BILATERAL E FATORES DE RISCO: IMPORTÂNCIA DE UMA CORRETA ANAMNESE

Bruna Rodrigues Barbosa; Andreia Meseiro; Inês de Gouveia Bonito; Carolina Xavier de Sousa; Joana Lopes Ferreira; Ana Paula Pona; Laurinda Pereira; Teresinha Ponte; Martinho Fernandes  
*Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário*

**Introdução:** A embolia pulmonar aguda é uma forma de tromboembolismo venoso comum e por vezes fatal. A incidência global é de aproximadamente 112 casos por 100.000 habitantes. É ligeiramente mais comum em homens e a incidência aumenta com a idade. A apresentação clínica é variável, a sintomatologia de apresentação mais comum é dispneia seguida de dor torácica, tosse e sintomas de trombose venosa profunda. A rápida avaliação e diagnóstico em doentes com suspeita desta patologia, permite a instituição urgente de terapêutica dirigida, o que reduz a morbi-mortalidade associada a esta entidade.

**Caso clínico:** Homem de 46 anos, autónomo. Com antecedentes pessoais de: tromboembolismo pulmonar (TEP) e trombose venosa profunda no membro inferior direito em 2018; dislipidemia, doença arterial periférica; hábitos tabágicos prévios (cessou há 10 anos). Medicado com: sinvastatina, acenocumarol, ácido acetilsalicílico 150 mg e pentoxifilina 400 mg. Recorre ao serviço de Urgência por indicação do laboratório perante elevação de D-dímeros (6.68 microg/mL, valor de referência <0.5 microg/mL). Realizou os exames por referir cansaço para pequenos e médios esforços, edemas nos membros inferiores com 1 semana de evolução. Referia ainda tosse não produtiva e desconforto torácico que por vezes agrava à inspiração profunda. Ao exame objetivo apirético, normotenso e normocárdico, eupneico em repouso e em

ar ambiente. Laboratorialmente destaca-se D-dímero de 6555 ng/dL (valor de referência <500 ng/dL) e PCR 21.1 mg/dL. Angio-TC torácica evidenciou sinais de TEP central bilateral, com envolvimento da artéria pulmonar principal esquerda e de ramos lobares direitos, bem como de ramos segmentares e subsegmentares bilateralmente. Doente fica internado neste contexto (*Pulmonary Embolism Severity Index* (PESI) de 56). Eletrocardiograma sem alterações, tendo realizado ecocardiograma transtorácico que não visualizou dilatação significativa das cavidades direitas, disfunção sistólica do ventrículo direito, imagem em D-shape do septo interventricular ou movimento anômalo do septo. Apesar da exuberância dos trombos pulmonares doente não apresentava sinais clínicos ou ecocardiográficos de sobrecarga hemodinâmica direita. **Conclusões:** Nos casos com instabilidade hemodinâmica, é fundamental assegurar a oxigenação e estabilizar o doente. Uma vez feito o diagnóstico, a base da terapêutica nestes doentes é a anticoagulação, dependendo do risco de hemorragia. Do ponto de vista terapêutico pode haver lugar para trombólise, colocação de filtros de veia cava inferior e embolectomia. Se não for tratada apresenta uma mortalidade geral de até 30%, a qual é significativamente reduzida com a anticoagulação. Modelos prognósticos que incorporam achados clínicos (PESI e critérios de Hestia) com ou sem exames laboratoriais podem prever morte e/ou recorrência.

## PO 89

### **AMPULOMA: TUMOR RARO, COM PROGNÓSTICO DESFAVORÁVEL**

Bruna Rodrigues Barbosa; Andreia Meseiro; Inês de Gouveia Bonito; Carolina Xavier de Sousa; Mónica Fidalgo Silva; Ana Paula Pona; Laurinda Pereira; Teresinha Ponte; Martinho Fernandes *Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário*

**Introdução:** O adenocarcinoma da ampola de Vater ou ampuloma, é uma neoplasia que tem origem na ampola de Vater (mais concretamente a nível da confluência do canal colédoco com o ducto pancreático) ou na papila de Vater (a projeção da ampola de Vater na segunda porção do duodeno). É uma neoplasia rara, cuja prevalência se situa entre os 0,2-0,5%, incluindo-se no grupo de tumores denominados de tumores periampulares, nos quais também se insere o colangiocarcinoma distal, o adenocarcinoma da cabeça do pâncreas e o adenocarcinoma duodenal. O ampuloma é o menos frequente deste grupo de neoplasias. A incidência desta lesão aumenta significativamente a partir dos 50 anos em ambos os géneros e o diagnóstico das formas esporádicas é feito essencialmente entre os 60 e os 70 anos. O ampuloma é mais prevalente no género masculino e nos caucasianos em relação aos afro-americanos.

**Caso clínico:** Mulher de 91 anos, parcialmente dependente nas atividades de vida diárias, deambula curtas distâncias com auxílio de canadiana, reside em domicílio próprio com o filho. Com os seguintes antecedentes pessoais: hérnia umbilical ulcerada sem indicação cirúrgica em tratamento conservador (pensos) e queixas álgicas inespecíficas e generalizadas de longa evolução. Medicada com: fentanilo 12.5 µg/h. Recorre ao serviço de Urgência por quadro de icterícia, acolia e colúria, com 6 dias de evolução; negou febre, dor abdominal e prurido. Além dos sintomas descritos, a doente refere perda ponderal en-

tre 20 a 23 kg nos últimos 2 meses. Laboratorialmente com: Hb 11,6 g/dL; leucócitos 3600/μL; plaquetas 164 000/μL; creatinina 0,59 mg/dL; bilirrubina total 7,49 mg/dL; bilirrubina direta 5,72 mg/dL; AST 276 U/L; ALT 300 U/L; GGT 398 U/L e FA 530 U/L. Por quadro compatível com coledocolitíase/colecistite, a doente realizou colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) que confirmou neoformação da região Vateriana (ampuloma com elevada probabilidade de estar malignizado), foi colocada prótese biliar com intuito paliativo. Constatou-se eficácia da intervenção, uma vez que a bilirrubina total de 26.10 mg/dL prévia à realização da CPRE desceu para 17.40 mg/dL. Doente foi referenciada para Unidade de Cuidados Paliativos devido ao prognóstico reservado, acabando por falecer ainda em internamento.

**Conclusões:** Os ampulomas constituem uma neoplasia rara, com um prognóstico muito desfavorável. Estes doentes apresentam mais comumente icterícia causada por obstrução tumoral do ducto biliar distal. O diagnóstico e o estadiamento são alcançados por uma combinação de características endoscópicas, radiológicas e histológicas. A CPRE é o estudo endoscópico mais útil, pois permite a identificação do tumor, biópsia e descompressão, se necessário.

## PO 90

### CONDIÇÕES CLÍNICAS COMUNS ASSOCIADAS À SÍNDROME DE OGILVIE

Bruna Rodrigues Barbosa; Andreia Meseiro; Inês de Gouveia Bonito; Carolina Xavier de Sousa; Mónica Fidalgo Silva; Ana Paula Pona; Laurinda Pereira; Teresinha Ponte; Martinho Fernandes  
*Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário*

**Introdução:** Síndrome de Ogilvie é um distúrbio caracterizado pela dilatação aguda do cólon, caracterizada por sinais e sintomas de obstrução mecânica do intestino na

ausência de uma causa mecânica. Existem várias condições clínicas associadas: fármacos (opióides, anticolinérgicos, antipsicóticos, bloqueadores dos canais de cálcio); fraturas, cirurgia cardíaca, da anca e coluna; doença cardio-torácica (enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca, pneumonia); doenças neurológicas (doença de Parkinson, AVC, demência); doenças retroperitoneais (malignidade e hemorragia); desequilíbrios metabólicos (K +, Ca ++, Mg ++; hipotireoidismo) e entre outros.[1] Apresenta-se um caso que evidencia, como intercorrência, síndrome de Ogilvie e que apresenta, concomitantemente, várias das condições clínicas supramencionadas.

**Caso clínico:** Mulher de 75 anos, parcialmente dependente. Com antecedentes pessoais: hipertensão arterial, fibrilhação auricular; angina estável; dislipidemia; obstipação crónica e glaucoma. Medicada com: furosemda; pantoprazol; mononitrato de isossorbida; venlafaxina; piritidil; indapamida; bisoprolol; valproato de sódio; memantina; aripripazol; pravastatina; candersartan; cloxazolam e rivaroxabano. Trazida ao serviço de Urgência por apresentar desvio corporal para a esquerda, com alegada perda de força postural global. Referidas quedas sucessivas em domicílio. Laboratorialmente apurou-se hiponatremia e hipocaliemia graves, confirmadas por gasometria arterial (Na 105 mmol/L e K 2,0 mmol/L). Tomografia computadorizada crânio-encefálica sem lesões agudas. Interna-se doente para correção iónica e por fratura subcapital encravada do úmero à esquerda com indicação para tratamento conservador (suspensão antebraquial) e terapêutica analgésica. Ao 12º dia de internamento, inicia quadro de dor abdominal com distensão abdominal, abdómen globoso e timpanizado e obstipação com 2 dias de evolução. Radiografia abdominal em pé evidenciou níveis hidroaéreos. Doente com indicação para dieta zero e colocação de sonda nasogástrica e de enteroclise,

foi pedida tomografia computadorizada abdominal urgente que destacou marcada distensão de todo o quadro cólico e ligeira distensão de algumas ansas do delgado. O caso foi discutido com Cirurgia Geral que deu indicação para as medidas já instituídas. Com 12h de evolução, doente acaba por falecer.

**Conclusões:** A isquemia e a perfuração do cólon são as duas principais complicações da Síndrome de Ogilvie, que se desenvolve em aproximadamente 3 a 15% dos doentes, tendo uma taxa de mortalidade associada de 36 a 44%. Contudo, a taxa de mortalidade na ausência de complicações é de aproximadamente 15% com tratamento precoce adequado. [2,3,4] Este caso representa a importância da suspeita desta síndrome o mais precocemente, de forma a intervir o mais célere possível.

## PO 91

### **SÍNDROME DE TAKOTSUBO: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RARO DE DOR TORÁCICA NO HOMEM**

Henrique Gouveia Rodrigues<sup>1</sup>; Matilde Drumond<sup>1</sup>;  
Marcelo Sousa Aveiro<sup>2</sup>; João Adriano Sousa<sup>1</sup>;  
António Drumond Freitas<sup>1</sup>; Teresa Faria<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Dr. Nélio Mendonça - SESARAM EPE;

<sup>2</sup>Hospital dos Marmeleiros - SESARAM EPE

**Introdução:** O síndrome de Takotsubo (TTS) é uma condição caracterizada por insuficiência cardíaca aguda por disfunção transitória da contratilidade ventricular, frequentemente precipitada por um fator emocional ou físico. Apresenta-se muitas vezes com quadro sobreponível a um síndrome coronário agudo (SCA), sendo imperativa a realização de uma angiografia coronária para permitir o diagnóstico diferencial.

Apenas 10% dos casos ocorrem em homens, que frequentemente apresentam maior morbimortalidade intrahospitalar.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 59 anos, com antecedentes pessoais de carcinoma

pavimento-celular do seio piriforme esquerdo cT3N2aM0 condicionando parésia da hemilaringe esquerda. Dirigiu-se ao SU por queixas de dispneia súbita com 3h de evolução, e sensação de pressão torácica ligeira, com sudorese profusa. Negadas tosse, febre, náuseas, vômitos, aspiração, ortopneia, edemas periféricos ou outra sintomatologia acompanhante. Ao exame físico, apresentava-se consciente, colaborante e orientado nos 3 eixos. Polipneico em repouso com O<sub>2</sub> a 6L/min com saturação periférica de O<sub>2</sub> a 100%. Com perfil hipertensivo, taquicárdico (104 bpm) e apirético. À auscultação pulmonar revelou ferveores de estase bilaterais. Auscultação cardíaca sem sopros. Sem edemas periféricos. O ECG mostrava elevação do segmento ST entre V1 e V6. O Ecocardiograma transtorácico apresentava hipertrofia ventricular esquerda, com depressão moderada da fração de ejeção com acinesia médiobasal anterior, anteroseptal e do ápex. Analiticamente era de notar uma elevação das troponinas de alta sensibilidade (hsTnT 0.287) e D-Dim 287. Atendendo a estes achados foi assumido um enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (STEMI), tendo sido realizada dupla antiagregação e posteriormente angioplastia transluminal coronária percutânea. Esta revelou ausência de doença coronária epicárdica e a ventriculografia demonstrou acinesia apical e hipercontratibilidade basal, sendo ambos os achados mais sugestivos de síndrome de Takotsubo na sua variante apical/clássica, excluindo-se assim um EAM. Durante o internamento foi realizado tratamento de suporte. Ao quinto dia com normalização da função cardíaca no ecocardiograma com normalização dos biomarcadores cardíacos ao longo do internamento

**Conclusão:** Apesar de raro, a prevalência de TTS tem vindo a aumentar, representando atualmente cerca de 1-3% de todos os SCA e 5-6% dos STEMI em mulheres. Não obstante,

a incidência nos homens também tem aumentado paralelamente. Assim sendo, o caso apresentado ilustra a importância de considerar o TTS como diagnóstico diferencial de SCA em ambos os sexos e as suas diferenças de apresentação, sendo fulcral manter um elevado grau de suspeita.

## PO 92

### SÍNDROME DE GITELMAN: UM CASO DE HIPOCALIÊMIA RECORRENTE APÓS OS 60 ANOS

Henrique Gouveia Rodrigues<sup>1</sup>; Matilde Drumond<sup>1</sup>;

Marcelo Sousa Aveiro<sup>2</sup>; Teresa Faria<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Dr. Nélio Mendonça - SESARAM EPE;

<sup>2</sup>Hospital dos Marmeleiros - SESARAM EPE;

<sup>3</sup>Hospital dos Marmeleiros

**Introdução:** O síndrome de Gitelman (GS) é uma tubulopatia rara de transmissão autossômica recessiva, com uma incidência estimada de 1 em cada 40.000 indivíduos. Encontra-se normalmente associada a mutações inativadoras do gene SLC12A3, que codifica o cotransportador de sódio e cloro (NCC) no túbulo contornado distal. Clinicamente estes doentes apresentam-se com hipocaliemia, alcalose metabólica, hipocalciúria e hiperaldosteronismo secundário. O diagnóstico é normalmente feito na adolescência ou no início da idade adulta.

**Caso clínico:** Doente de 61 anos, sexo feminino, parcialmente dependente. Com antecedentes pessoais de alcoolismo, insuficiência cardíaca e fibrilação auricular, com internamento recente por quadro de urosépsis complicado com hipocaliemia grave refratária à terapêutica. Medicada habitualmente com ácido fólico, furosemida 40 mg, edoxabano 60 mg, neurobion, oxazepam 15 mg e amiodarona 100 mg. Recorreu ao SU por quadro de tosse com expetoração com 3 dias de evolução e 1 dia de vômitos. Negava febre, dispneia, dor torácica, diarreia e outra sintomatologia. Ao exame físico apresentava-se

consciente e orientada, com mucosas desidratadas, hipoxémica com SpO<sub>2</sub> 92% em FiO<sub>2</sub> 21%, perfil hipotensivo TA 90/72 mmHg e taquicárdica com 114 bpm, apirética. Apresentava sibilos dispersos com fevres bibasais à auscultação pulmonar, sem edemas periféricos. Gasimetricamente apresentava uma alcalose metabólica com hipocaliemia, hiponatremia e hipoxemia. O estudo analítico no SU confirmava a hipocaliemia K 2.8 mEq/L, com NTproBNP 185 e PCR 14.45 mg/L e o ECG e RxT não mostravam alterações de relevo. Durante o internamento manteve perfil hipotensivo assintomático com alcalose metabólica e foi pedida colheita de urina de 24h que demonstrou hipocalciúria e uma clearance urinária de potássio aumentada. Foi discutido o caso com a Nefrologia que, perante este perfil hipotensivo com alcalose metabólica, história pontual crónica de hipocaliemia e com hipocalciúria, assumiu tratar-se de um GS. Foi pedido estudo genético cujo resultado se desconhece até à data. A doente teve alta com cloreto de potássio 600 mg 6 comprimidos/dia, mantendo-se assintomática e normocaliémica no domicílio.

**Conclusão:** A raridade e a variabilidade fenotípica do GS tornam o diagnóstico difícil. Encontram-se descritas mais de 200 mutações do NCC distintas, contribuindo para essa variabilidade. Apresentamos um caso desta síndrome rara, diagnosticado na idade adulta maior devido ao seu fenótipo atenuado, com períodos de normocaliemia no domicílio sem terapêutica. Ilustrando assim a necessidade de considerar este diagnóstico diferencial em na abordagem de doentes com hipocaliemia sem causa aparente e alcalose metabólica, em todas as idades.

## PO 93

### PÊNFIGO PARANEOPLÁSICO NA URGÊNCIA: UM RELATO DE CASO

Henrique Gouveia Rodrigues<sup>1</sup>; Matilde Drumond<sup>1</sup>;  
Marcelo Sousa Aveiro<sup>2</sup>; Teresa Faria<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Dr. Nélio Mendonça - SESARAM EPE;

<sup>2</sup>Hospital dos Marmeleiros - SESARAM EPE

**Introdução:** O pênfigo bolhoso (PB) é uma dermatose acantolítica autoimune rara, associada em 11% dos casos a neoplasias, encontrando-se descritos na literatura perto de 500 casos de pênfigo bolhoso paraneoplásico (PNP). A principal característica do PNP é a estomatite, que normalmente é o primeiro sinal da doença, sendo que as lesões da pele são polimórficas, normalmente identificadas como bolhas e erosões.

**Caso clínico:** Apresentam os autores o caso de um doente de 83 anos, sexo masculino, autônomo até aos 2 meses prévios à sua vinda ao serviço de Urgência (SU). Com antecedentes pessoais de prova de sangue oculto nas fezes positiva em 2016, tendo recusado estudo adicional. Recorreu por edema dos membros inferiores associado a lesões bolhosas exsudativas com 3 semanas de evolução, referia concomitantemente astenia, anorexia e perda ponderal acentuada com 2 meses de evolução. Negadas febre, prurido e outras queixas. Ao exame físico o doente apresentava-se consciente e colaborante. Normotenso e apirético, com mucosas descoradas, desidratadas e com lesões ulcerativas na mucosa jugal. O seu abdómen era globoso, aparentemente distendido, com sinais de presença de ascite, depressível e indolor à palpação. Apresentava edema bilateral dos membros inferiores com lesões bolhosas dispersas, de base eritematosa, e exsudativas, algumas com conteúdo esverdado. O estudo analítico demonstrava anemia, leucocitose com neutrofilia, PCR 71mg/L, TGO/TGP 176/45.7 U/L, FA 631U/L, GGT 426U/L e LDH >18000 UI/L.

Consultando análises prévias verificou-se CEA 5405 ng/mL e CA 72.4 129U/mL. Foi pedida uma tomografia computadorizada toracoabdominopélvica que revelou múltiplas lesões nodulares hepáticas, ascite com evidência de carcinomatose peritoneal e múltiplos micronódulos pulmonares, não tendo sido possível determinar a origem do tumor primário. Na presença de estomatite e mucosite com lesões bolhosas dispersas e evidência de metastização disseminada, foi assumido, juntamente com a Dermatologia, pênfigo bolhoso paraneoplásico com sobreinfecção bacteriana, tendo o doente sido internado para estudo e controlo sintomático. Atendendo à deterioração do estado geral do doente e tendo este expressado esse desejo, não foram realizados mais exames complementares de diagnóstico, tendo sido transferido para a Medicina Paliativa onde acabou por falecer.

**Conclusão:** A relevância deste caso prende-se com a descrição de uma síndrome paraneoplásica rara associada a uma provável neoplasia gastrointestinal e reforça a importância da não obstinação diagnóstica e a necessidade imperativa de respeitar a opção manifestada pelos doentes acerca da sua condição. As neoplasias hematológicas são as mais frequentemente associadas ao PNP, sendo que apenas uma pequena porção dos casos está associado a neoplasias sólidas do tubo digestivo. O prognóstico do PNP é reservado, com taxas de mortalidade a rondar os 75-90%.

## PO 94

### ASCITE GELATINOSA

Monique Correia Alves; Paulo de Castro;  
Cátia Cunha Ribeiro; Raquel Moniz; Diana Mimoso;  
Beatriz Exposito  
*CHTMAD*

**Introdução:** O pseudomixoma peritoneal (PMP) é uma patologia rara, predominante em mulheres e cuja incidência anual de 1/1,000,000. Em 30 a 50% dos casos,

apresenta-se com distensão abdominal progressiva, indolente cuja abordagem por paracentese revela ascite gelatinosa de difícil evacuação. Devida a acumulação de fluido mucinoso na cavidade peritoneal, que advém das células epiteliais de um tumor primário. Em 90% dos casos, a lesão primária é um tumor mucinoso do apêndice, mas tumores mucinosos de ovário têm sido descritos (7%) e, mais raramente, tumores mucinosos do cólon, estômago ou pâncreas como no caso que os autores apresentam.

**Caso clínico:** Mulher, 79 anos, parcialmente autônoma. Avaliação por Medicina Interna por síndrome constitucional com meses evolução associado a ascite sob tensão. Sem antecedentes pessoais de relevo. Ao exame físico, emagrecida, pele e mucosas sub ictéricas, abdômem globoso, de aspeto ascítico, com estrias nos quadrantes inferiores e com dor à palpação profunda. Dos exames realizados a salientar: analiticamente, serologias v1íricas com HVB a revelar infeção passada; marcadores tumorais: CEA 157.7 ng/ml, CA 19.9, Ag CA normal, alfa fetoproteína normal, beta-2 microglobulina 3.89 ug/ml, HEA 169; Efetuada paracentese diagnóstica, obtendo-se saída de um produto viscoso (tipo “geleia”), onde não foi possível o estudo bioquímico e citológico, pela viscosidade da amostra. Dos exames de imagem, endoscopia digestiva alta e baixa sem achados de relevo; TAC tórax- abdômem- pélvico: bócio nodular; ascite, sem sinais sugestivos de carcinomatose; Ecografia tiroide: tiroide com dimensões aumentadas, contornos regulares e eco textura heterogénea, multinodular. Realizou PET, que levanta suspeita de neoplasia maligna primitiva no corpo/ cauda do pâncreas. Discutido caso com Cirurgia e Oncologia, em consulta de grupo, face ao estado avançado de deterioração geral e à idade da doente a decisão foi conservadora e de cuidados paliativos. **Conclusão:** O pseudomixoma peritoneal (PMP)

caracteriza-se pela produção e acumulação progressiva de um fluido mucinoso na cavidade peritoneal, resultante da rutura de tumores produtores de mucina, geralmente do apêndice e do ovário e menos frequentemente do pâncreas, bexiga e cólon. É uma doença rara. Os autores reconhecem o desafio de um diagnóstico célere, para uma intervenção/tratamento atempado.

## PO 95

### SÍNCOPES DE REPETIÇÃO: UMA COMPLICAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA

Margarida Arantes Silva; Bernardo Silvério; Pedro Fernandes Moura; Glória Gonçalves; Ana Pessoa; Renato Nogueira; Mário Esteves  
*Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão*

A síncope consiste numa perda de consciência transitória de início rápido, duração curta e recuperação espontânea. É um motivo frequente de admissão no serviço de Urgência (SU), resultando em investigações muitas vezes inconclusivas e desnecessárias na ausência de uma história clínica completa. As características do episódio são fundamentais para um diagnóstico, prognóstico e tratamento adequados. No entanto uma grande proporção de doentes tem alta hospitalar sem um diagnóstico estabelecido.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 54 anos com antecedentes pessoais de tabagismo, asma, gastrectomia total em 2019 por adenocarcinoma gástrico e colecistectomia por litíase biliar. Apresentou quatro episódios de SU entre 2020 e 2021 por síncope. Excluídos sinais de gravidade foi encaminhada para consulta de Cardiologia para continuação de estudo. Após despiste de causas cardiogénicas, foi encaminhada para a consulta de Neurologia onde mantém seguimento. Novo episódio de síncope em 2023. Admitida na sala de emergência tendo-se objetivada hipoglicemia que foi corrigida. Após colheita de-

talhada de história clínica, verificou-se que a todos os episódios prévios de síncope haviam ocorrido no período pós-prandial com alimentação regular e diversificada, e quem em todos os episódios lhe tinha sido dado açúcar pela equipa de emergência no local, nunca tendo sido documentada nem relatada hipoglicemia à chegada ao SU. Pela ausência de etiologia evidente para a hipoglicemia, realizou tomografia abdomino-pélvica que excluiu insulinoma. Foi colocada a hipótese diagnóstica de hipoglicemia hiperinsulinémica pós-prandial em pós-gastrectomia e assumido que episódios de síncope prévios também estariam associados a hipoglicemias. Assim, foi efetuado teste de prova de tolerância oral à glicose com 50 gramas de glicose (PTGO 50). Verificou-se um aumento de 4% do hematócrito e cerca de 10 bpm da frequência cardíaca aos 30 minutos pós administração de glicose, o que corrobora o diagnóstico de síndrome de dumping precoce (ainda que assintomático), e posteriormente hipoglicemia aos 180 minutos com sensação de tontura e fraqueza associada, o que confirma também a presença de síndrome de dumping tardio.

O síndrome de Dumping corresponde a uma constelação de sinais e sintomas que ocorrem como complicação metabólica pós-cirurgia de redução de volume gástrico. Pode ser subclassificado como precoce ou tardio, podendo ocorrer conjunta ou separadamente. A hipoglicemia hiperinsulinémica pós-prandial, também conhecida como síndrome de dumping tardio, é rara, objetivando-se hipoglicemia 1 a 3 horas pós refeição, com sintomas a ela associados. Este caso ilustra assim a importância de uma colheita de história clínica detalhada para obtenção de um diagnóstico definitivo, permitindo identificar patologias mais raras com grande impacto na saúde do doente.

## PO 96

### AVC AO DORMIR DE LADO

Filipe Borges Rodrigues; Cristina Santos;  
Mariana Moniz Ramos  
*Hospital de Santarém*

**Caso clínico:** Mulher com 51 anos de idade que recorreu ao serviço de Urgência (SU) por dor cervical irradiada para a região temporal direita e parestesias com diminuição da força muscular no membro superior esquerdo (MSE), com 24 h de evolução. Referia que a dor se tinha iniciado na véspera após ter dormido por longo período de tempo com a cabeça inclinada em posição viciosa, ao acordar sentiu forte cervicalgia e cefaleia, acompanhadas da instalação de parestesias do antebraço e dedos da mão esquerda (esq.), que evoluíram ao longo do dia para diminuição da força muscular do MSE enquanto pegava em objectos. À admissão apresentava cefaleia holocraneana, negando foto ou fonofobia. Sem náuseas ou vômitos associados, do exame clínico destacava-se parésia facial central à esq., hemiparesia esq. com plégia do MSE, força muscular 3/5, sensibilidade diminuída no hemitórax esq. e reflexo cutâneo-plantar (RCP) em extensão à esq. Realizou no SU, TC-CE que revelou hipodensidade cortico-subcortical dos giros frontal médio e inferior e da ínsula à direita, admitiu-se também hipodensidade temporal anterior ipsilateral. Estes achados traduziam enfarte isquémico recente no território cortical da artéria cerebral média direita (ACM) (ASPECTS 7). No estudo angiográfico cerebral e de troncos supra-aórticos verificou-se o preenchimento filiforme periférico da ACI direita na região do bulbo carotídeo, com defeito completo de preenchimento distalmente até ao segmento supra-clinoideu, onde re-habitava com fino calibre, coexistindo preenchimento filiforme do segmento M1 da ACM. A doente ficou internada por AVC recente no território da ACM direita e disseção

da ACI direita. Apresentou evolução clínica favorável tendo prosseguido estudo etiológico em internamento.

**Conclusões:** Neste caso revê-se a importância da anamnese e da sua correlação com o exame objectivo, colocando hipóteses diagnósticas e a possibilidade da sua confirmação por meios complementares de diagnóstico disponíveis no SU, permitindo a intervenção terapêutica precoce e orientação adequada do doente. Destaca-se a presença de uma causa rara de AVC em doente jovem e com etiologia diversa, para as quais é importante estar alerta na avaliação do doente em contexto de SU.

## PO 97

### **INTOXICAÇÃO FATAL POR DELTAMETRINA – UM NOVO PESTICIDA A QUE DEVEMOS ESTAR ATENTOS**

Inês de Sousa Martins<sup>1</sup>; Ana Rita Ambrósio<sup>2</sup>; André Fernandes<sup>2</sup>; Andreia Barbosa<sup>3</sup>; Steeve Rosado<sup>3</sup>; Carlos Pereira<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras; <sup>2</sup>Serviço de Medicina Interna do Hospital Beatriz Ângelo; <sup>3</sup>Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Beatriz Ângelo*

**Introdução:** A deltametrina é um inseticida que tem vindo a substituir os organofosforados por ser considerada mais segura para o ser humano. De facto, há poucos casos descritos da sua toxicidade, tendo a maioria um bom prognóstico. A principal manifestação é a atividade convulsiva, havendo também referência a sintomas respiratórios e cardíacos. Não há antídoto, pelo que o tratamento é de suporte.

**Caso clínico:** Mulher, 64 anos, com neoplasia da mama estadio IV e síndrome depressivo, trazida ao serviço de Urgência por ingestão voluntária de 1g de deltametrina 1 hora antes. À observação apresentou um episódio de vômito e tinha um odor intenso a pesticida, sem outras alterações. Fez-se lavagem gástrica e ficou sob vigilância médica. Evoluiu com crise

convulsiva tónico-clónica generalizada, que progrediu para estado de mal convulsivo. Foi sedoanalgesiada, entubada, ventilada e transferida para o serviço de Medicina Intensiva. Do estudo complementar destaca-se acidemia metabólica com anion gap aumentado, hipocaliemia ligeira e radiografia de tórax com pneumonia de aspiração, tendo iniciado antibioterapia empírica com Amoxicilina / Ácido clavulânico. Tomografia computadorizada de crânio sem alterações relevantes, eletroencefalograma sob sedação com padrão surto supressão e doseamento toxicológico negativo. Suspendeu-se a sedação, sem recuperação neurológica. Ao 5º dia de internamento apresentou agravamento clínico no contexto de isquemia intestinal, tendo sido submetida a enterectomia do segmento isquémico (cerca de 100 cm). No pós-operatório evoluiu inicialmente de forma favorável, com desmame da sedoanalgesia e recuperação lenta e parcial do estado neurológico. Porém, ao 10º dia de internamento verificou-se novo agravamento clínico, constatando-se deiscência da anastomose. Dado evolução desfavorável refratária às medidas instituídas, veio a falecer ao 18º dia de internamento.

**Conclusões:** O caso alerta a comunidade médica para os efeitos negativos deste pesticida, o que poderá ajudar no diagnóstico e tratamento destes doentes. Com o aumento do uso de deltametrina, mais investigação será necessária sobre os efeitos tóxicos provocados por este agente.

## PO 98

### **TROMBOSE VENOSA CEREBRAL: UM DIAGNÓSTICO QUE NÃO DEVE SER ESQUECIDO**

Catarina Coelho; André Ribeiro; Marta Barrigas;  
Rita Magalhães; Ana Maria Carvalho;  
Beatriz Torres Exposito; Marta Rodriguez;  
Fernando Salvador

*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,  
EPE / Unidade Hospitalar de Chaves*

A trombose venosa cerebral (TVC) é uma doença pouco comum, constituindo cerca de 1% dos acidentes vasculares cerebrais. Segundo os dados é mais comum no sexo feminino, com uma relação mulher/homem (3:1). Assim, em adultos a TVC afeta pacientes mais jovens. A incidência é três vezes maior nas mulheres jovens (25 a 40 anos), que têm fatores de risco adicionais tais como gravidez, puerpério e uso de contraceptivos orais.

Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher, de 48 anos, caucasiana, com antecedentes de gastrite crónica, patologia hemorroidária, litíase renal, adenomiose uterina e dislipidemia. Hábitos tabágicos ativos <20 UMA. Medicada com sinvastatina 20 mg e anticoncetivo oral (Minigeste). Apresentou-se no serviço de Urgências (SU) por quadro com um dia de evolução de cefaleia holocraniana intensa com limitação à mobilização cervical. Realizou analgesia sem melhoria. À entrada no SU estava apirética, com pressão arterial de 136/70 mmHg, com frequência cardíaca e respiratória normais. Neurologicamente apresenta-se: consciente, com discurso lentificado, nomeava embora com alguma dificuldade na repetição e no cumprimento de ordens complexas. Movimentos oculares horizontais normais. Sem défices campimétricos. Sem parésia facial. Força muscular e sensibilidade conservada nos 4 membros. Sem ataxia dos membros e sem alteração da linguagem. AC: rítmica, sem sopros audíveis. AP: MVC sem RAs. Abdómen: sem alterações. MMIs: sem

edemas e sem sinais de TVP. Do estudo complementar: realizou Venotac: “Nas imagens obtidas confirmam-se os sinais de trombose endoluminal no seio sigmoide e transversos esquerdos, com defeito de preenchimento com o contraste nestes seios e na porção posterior do seio reto, sem outros evidentes sinais de trombose endoluminal. Identifica-se anomalia venosa do desenvolvimento cerebelosa esquerda, com vaso coletor com drenagem tentorial à esquerda.” Estudos analíticos: hemograma e bioquímica sem alterações, coagulação normal. Internada hipocoagulada com enoxaparina. Colheu estudo trombofílico. Este caso revela-se importante porque apesar de rara, a trombose venosa cerebral é um diagnóstico diferencial que deve ser considerado porque a pesar do bom prognóstico, o atraso no tratamento pode levar a consequências clínicas nefastas e mortalidade precoce. Este diagnóstico deve ser suspeitado especialmente em mulheres jovens, com fatores de risco pró-trombóticos associados.

## PO 99

### **URINA AZUL NUM CASO CLÍNICO DE METEMOGLOBINEMIA**

Eduarda Jordão; Beatriz Lima; Ivo Barreiro;  
Mariana Farinha; Isabel Bessa; Susana Magalhães;  
Abílio Gonçalves

*Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE*

**Introdução:** A metemoglobinemia é uma condição caracterizada pela presença de metemoglobina sanguínea, forma oxidada da hemoglobina, que não se liga ao oxigénio e causa hipóxia tecidual. Decorre de alterações congénitas ou de exposição a agentes químicos diversos. Nos quadros clínicos de dispneia aguda, confusão e cianose periférica marcadas, esta hipótese de diagnóstico deve ser colocada pois pode ser fatal e existe tratamento específico de fácil aplicação.

**Caso clínico:** Os autores relatam um caso de um homem de 52 anos, com antecedentes de

esquizofrenia, trazido ao serviço de Urgência por técnicos de ambulância e emergência após ativação do socorro por dispneia. No local, o doente encontrava-se desorientado, com saturação periférica de 75%, cianose labial marcada e foi transportado com suplementação de oxigénio a 15L/min. No exame objetivo realizado no serviço de Urgência não apresentava outras alterações de relevo, nomeadamente à auscultação cardiopulmonar. Realizou-se então gasometria arterial, com colheita de sangue cor-de-chocolate e cujos resultados revelaram uma saturação de oxigénio de 98.1%, uma fração de metemoglobina superior a 30%. Dado o histórico prévio de intoxicação voluntária através da ingestão de produtos corrosivos, contactou-se a família que relatou comportamentos recentes de tentativas de ingestão compulsiva por parte do doente e que, nos dias prévios, havia sido impedido de ingerir produtos de limpeza de roupa. Para além das medidas de suporte e imediata lavagem gástrica com carvão ativado, com extração de um conteúdo não alimentar de cor verde alface, procedeu-se à administração endovenosa de azul-de-metileno (perfusão de 1 mg/kg em 30 minutos). Cerca de 1 h após o tratamento verificou-se uma franca redução da fração de metemoglobina para 1.7% mantendo saturações de 97.9%. Como consequência iatrogénica ao tratamento verificou-se uma insólita coloração azul clara da urina. Após a estabilização clínica do doente, foi transferido para o internamento de psiquiatria, de modo a compensar a patologia psiquiátrica subjacente.

**Conclusões:** A apresentação deste caso tem como intuito salientar a importância da suspeição imediata da intoxicação, não relatada inicialmente, nem pelo doente, nem pelos familiares, permitindo a identificação atempada das substâncias tóxicas e imediata administração do antídoto.

## PO 100

### PANCREATITE CRÓNICA: CAUSA DE DOR LOMBAR E DE ALGO MAIS...!

Sofia Almada; Sara Nunes Gomes; Elisa Caldeira; Maria Luz Brazão; Mónica Caldeira; Teresa Faria  
*SESARAM*

**Introdução:** A pancreatite crónica acarreta um risco aumentado de desenvolvimento de adenocarcinoma pancreático pela presença de inflamação crónica. Este risco varia de acordo com a duração e etiologia da pancreatite, e de outros fatores de risco, como o tabagismo. Além do mais, doentes com neoplasia pancreática podem apresentar sintomas como perda ponderal, dor abdominal e icterícia, que também são comuns à pancreatite crónica.

**Caso clínico:** Homem de 52 anos, autónomo, recorreu ao serviço de Urgência (SU) em fevereiro de 2023 por dor lombar, onde foi observado e medicado pela Ortopedia. Por manter lombalgia com irradiação para ambos os membros inferiores, recorreu, após 1 mês, a consulta não programada com o médico de família (MF) para solicitar certificado de incapacidade temporária. O MF objetivou perda ponderal (10 kg em 4 meses), marcha cambaleante e disartria ligeira, que, segundo a esposa, tinha 1 mês de evolução, o que motivou o encaminhamento do doente ao SU.

No SU, com a história clínica, verificou-se que o doente apresentava antecedentes de hábitos tabágicos (54 UMA), hábitos alcoólicos mas em abstinência desde há 2 anos e história de vários internamentos prévios: em 2015, na Gastroenterologia, por pancreatite aguda alitiásica; em 2017, na Medicina Interna, após tentativa de suicídio com substância cáustica; 4 internamentos na Gastroenterologia em 2021, por pancreatite crónica Aaudizada, com referência no último internamento a dilatação do ducto de Wirsung e das vias biliares e suspeita de *mass forming pancreatitis*.

Perante estes dados, o doente realizou, ainda

no SU, tomografia computadorizada crânio-encefálica, que revelou várias lesões expansivas intraparenquimatosas, supra e infratentoriais, e lesão óssea, levantando uma forte suspeita de lesões neoplásicas secundárias. Assim, foi internado no serviço de Medicina Interna para progressão da marcha diagnóstica.

Durante o internamento apresentou agravamento rapidamente progressivo do estado geral, funcional e grau de dependência.

O estudo etiológico realizado revelou um Adenocarcinoma de origem pancreática/vias biliares com extensa metastização óssea, ganglionar intra-abdominal e cerebral.

O caso foi discutido em equipa multidisciplinar e o doente foi transferido para a unidade de Cuidados Paliativos, onde faleceu cerca de 1 mês após a admissão hospitalar.

**Conclusão:** Os autores gostariam de salientar a importância da cessação tabágica, já que reduz a probabilidade de desenvolvimento de neoplasia do pâncreas, e do consumo de álcool, principalmente quando esta é a etiologia da pancreatite (como parece ser neste caso clínico) de forma a atrasar a sua progressão e, conseqüentemente, as suas complicações. Alerta-se, também, para a necessidade de seguimento apertado destes doentes, facilitando a deteção precoce do desenvolvimento de adenocarcinoma pancreático, já que este tem um prognóstico muito reservado.

## PO 101

### PNEUMOTORÁX ESPONTÂNEO SECUNDÁRIO VS TRAUMÁTICO

Sara Lourenço Tereso

*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria*

**Introdução:** Pneumotórax espontâneo primário ocorre em doentes sem pneumopatia subjacente, enquanto o secundário decorre da ruptura de bolhas mais frequentemente em doentes com DPOC. O pneumotorax pode ainda ser causado por trauma fechado ou pe-

netrante. O pneumotórax unilateral simples, mesmo quando extenso, é bem tolerado pela maioria dos doentes, a menos que tenham doença pulmonar subjacente significativa.

**Caso clínico:** Homem, 59 anos, ex fumador (20 UMA), com cessação há cerca de 10 anos, independente nas AVD, recorre ao SU por súbita dispneia, diaforese, dor torácica opressiva com agravamento aos esforços e movimentos do tronco e alívio com o repouso. Da história clínica pode-se apurar que o quadro iniciou após tarde de jardinagem com corte de folhas de palmeiras, na qual resultou uma ferida penetrante no tórax posterior por picada numa folha. Exame objetivo ferida 3 mm no torax posterior, doente hipertenso, normocárdico, hipoxémico em ar ambiente, auscultação pulmonar com ausência de murmúrio vesicular 2/3 superiores do hemitorax à esquerda. Telerradiografia de torax com pneumotórax à esquerda com descolamento apical e lateral superior/médio. ECG normocárdico, ritmo sinusal. Iniciou oxigenioterapia, cumpriu analgesia e foi internado no serviço de pneumologia onde realizou drenagem torácica, que decorreu sem intercorrências. Analiticamente alfa-1 antitripsina 152 mg/dl. Imagiologicamente o pulmão esquerdo expandiu completamente retirou-se drenagem torácica e doente iniciou reabilitação pulmonar tendo alta para o domicílio, com seguimento em consulta externa de pneumologia. Doente manteve seguimento na consulta onde realizou varias Tc torácicas de controlo pela presença de blebs, semestralmente, realizou provas de função respiratória que diagnosticaram DPOC, tendo iniciado brometo de umeclidínio/vilanterol mantendo-se estável sem agudizações.

**Conclusões:** A classificação do pneumotórax nem sempre é linear, e por vezes após a sua investigação etiológica é necessário reclassificar a etiologia do pneumotorax, que requer um rápido reconhecimento e abordagem.

## PO 102

### CARCINOMA PAVIMENTO CELULAR DA OROFARINGE

Sara Lourenço Tereso; Luís Brito Avô  
*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria*

**Introdução:** O carcinoma pavimento-celular da orofaringe está associado a consumo de álcool e tabaco, podendo o vírus do papiloma humano ser um fator de risco etiológico para o seu desenvolvimento, sendo detenção da expressão de p16 utilizada como marcador de infeção por HPV. Contudo, CPC p16 negativos parecem ser mais agressivos de controlo mais difícil com pior sobrevida. A radioterapia isolada ou com quimioterapia tem demonstrado diminuição da inflamação, edema, secreções e dor oncológica, sendo uma terapêutica preconizada.

**Caso clínico:** Homem, 56 anos, dependente nas AVD, com carcinoma pavimento celular G2, p16 negativo, da orofaringe cT4bcN2cM0, submetido a 3 ciclos de quimioterapia de indução com docetaxel + cisplatino + fluorouracilo, com posterior planeamento de radioterapia, ex-fumador, com hábitos alcoólicos e síndrome de privação alcoólica no passado, seguido em consulta de oncologia, recorre ao SU por dor descontrolada 8/10, na região cervical, com cefaleias fronto occipitais, pulsáteis, que não cedem à analgesia em esquema de tramadol e metamizol de magnésio. **Exame objetivo:** normotenso, normocardico, eupneico em ar ambiente, Auscultação cardio pulmonar sem alterações; ECG bloqueio incompleto de ramo direito. Realiza TC CE que identifica lesão ocupante de espaço tecidual envolvendo o espaço mucofaríngeo, parafaríngeo carotídeo pré-vertebral à direita condicionando erosão óssea do arco anterior e massa lateral direita do atlas, da grande asa e corpo do esfenoide, cêndilo occipital e ápex petroso à direita. Realizou TC coluna cervical

que identificou exacerbação da infiltração óssea dos condilos occipitais e da massa lateral de C1, sendo muito extensa a erosão do condilo direito com fratura patológica, da massa lateral e do arco anterior de C1 à direita e fratura do arco posterior de C1 à esquerda de novo. Assim, doente ficou internado no serviço de Medicina Interna. Durante o internamento optimizou-se a terapêutica, tendo iniciado fentanilo, dexametasona, butilescolamina, cumpriu o uso de colar cervical, foi discutido o caso em reunião multidisciplinar, tendo realizado quimioterapia seguida de 3 sessões de radioterapia, que tolerou sem intercorrências. Teve alta para o domicílio com dor controlada e consultas de seguimento.

**Conclusões:** O CPC da orofaringe tem aumentado mundialmente, atingindo sobretudo homens, sendo importante reconhecer as lesões pre-malignas e combater os fatores de risco como tabagismo, alcoolismo, má higiene e, contaminação pelo vírus.

## PO 103

### DOR ABDOMINAL INOCENTE, SITUAÇÃO ONCOLÓGICA CATASTRÓFICA

Mariana Ramos; Inês Ambrosio; Frederica Ferreira; Filipe Borges Rodrigues; Graça Amaro  
*Hospital de Santarém*

**Introdução:** A dor abdominal é um sintoma muito comum de ida ao serviço de Urgência (SU) e a interpretação constitui um desafio para o médico. Frequentemente refere-se a doença intra-abdominal, mas devemos manter um alto nível de suspeição clínico para todas as outras patologias. Os autores apresentaram um caso de neoplasia avançada em que o primeiro sintoma constituiu dor abdominal.

**Caso clínico:** Homem, 66 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, síndrome apneia e hipopneia obstrutiva do sono, fumador ativo (40UMA) e perturbação por consumo de álcool, recorreu ao SU por dor no hipocôndrio direito, tipo picada, constante, com 3 dias

de evolução. Automedicou-se com analgésicos sem alívio. Objetivamente apresentava-se apirético, sem sintomatologia respiratória, com abdômen timpanizado, abaulamento nos flancos e ligeira hiperestesia à palpação no epigastro/lobo esquerdo do fígado. Dos exames à entrada destacou-se analiticamente leucocitos  $10.6 \times 10^9/L$ , neutrófilos 7900 e PCR 6.16 mg/dL; pesquisa SARS-COV-2 negativa; RX torax com condensação no terço superior hemitorax esquerdo; TC toracoabdominopélvica com imagem pulmonar nodular espiculada à esquerda a esclarecer, ausência de derrame pleural, formações ganglionares mediastínicas de dimensões no limite superior da normalidade e nódulos bilaterais nas glândulas supra-renais. Ficou internado ao cuidado da Pneumologia para marcha diagnóstica. Realizou BATT inconclusiva. Posteriormente voltou ao SU por crise convulsiva. Efetou TC crânioencefálica que revelou várias lesões com componente hemático, edema vasogênico, apagamento de sulcos e moldagem de ventrículos. Evoluiu para hemiplegia. Efetou algumas sessões de radioterapia. Faleceu 3 meses após o diagnóstico.

**Conclusão:** O cancro do pulmão é caracterizado pelo crescimento celular descontrolado em tecido pulmonar mas pode-se manifestar na ausência de sintomatologia respiratória. O tabagismo é o principal fator de risco para cancro do pulmão. Trata-se da neoplasia com maior taxa de mortalidade a nível global. Este caso espelha a versatilidade da dor abdominal e da importância da história clínica pormenorizada, ainda que em contexto de urgência, bem como a realização de exames complementares cruciais, levando por vezes a diagnósticos inesperados.

## PO 104

### DOR ABDOMINAL QUEM ÉS?

Mariana Ramos; Inês Ambrosio; Frederica Ferreira; Marisa Brochado; Pedro Manata; Mafalda Sousa; Manuela Grego  
*Hospital de Santarém*

**Introdução:** A dor abdominal é uma causa muito comum de ida ao serviço de Urgência e pode estar associada a patologias médicas de elevada gravidade assim como cirurgias com necessidade de intervenção imediata. É importante uma abordagem sistematizada e individualizada a cada doente para se realizar o diagnóstico.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de uma mulher, de 39 anos, com antecedentes de sleeve gástrico há 11 anos, com medicação anticoncepcional habitual, que recorre pela terceira vez consecutiva ao serviço de Urgência (SU) com quadro anorexia associado a náuseas, vômitos e diarreia com 3 dias evolução e agravamento progressivo. Refere não tolerar alimentação nem medicação. Nega febre, contexto epidemiológico familiar e mudanças de hábitos alimentares. Nas análises e exame sumário de urina realizadas na manhã anterior no presente SU foi objetivada cistite aguda pelo que iniciou antibioterapia. Analiticamente destaca-se hemoglobina 10.7 g/dL, Leucocitos  $7.8 \times 10^9/L$  e neutrófilos 5.8%, plaquetas  $182 \times 10^9/L$ , PCR 9.6mg/dL; B-HCG  $<1.1 \text{mUI/mL}$  Ddímeros 4839nG/mL. Realizou TC-abdominopélvica em que foi objetivada extensa trombose aguda envolvendo a veia porta, os seus ramos principais intra-hepáticos, o confluente esplenoportal, a veia mesentérica inferior e a porção distal da veia esplênica. Foi contactada colega de Cirurgia Vasculiar que aconselhou anticoagulação terapêutica, pelo que teve alta com anticoagulante oral. Posteriormente a doente foi seguida em consulta de Imunohemoterapia e de Cirurgia e foi identificada base genética trombofilia

com dupla mutação em heterozigotia.

**Conclusões:** É de extrema importância a valorização das queixas do doente numa urgência, por mais comuns que aparentem ser. Na trombose espontânea em doente jovem deve ser investigada causas genéticas de trombofilias. O presente caso clínico ilustra a importância do serviço de Urgência no diagnóstico e seguimento desta patologia.

## PO 105

### UM CASO CLÍNICO DE TOSSE DE EVOLUÇÃO ARRASTADA

Mariana Ramos; Inês Ambrioso; Joaquim Saraiva;  
Luis Siopa  
*Hospital de Santarém*

**Introdução:** Quadros clínicos de tosse de evolução arrastada são por vezes de difícil diagnóstico e envolvem a pesquisa de patologia pulmonar e extrapulmonar de etiologia variada. Um corpo estranho alojado nas vias aéreas inferiores na ausência de uma história clara de aspiração é pouco frequente e em geral uma surpresa diagnóstica.

**Caso clínico:** Mulher, 81 anos com história de neoplasia da mama diagnosticada e tratada cirurgicamente há 20 anos, sob hormonoterapia por recidiva cutânea e de espondilodiscite D9/D10 há 12 anos de etiologia tuberculosa tratada com antibacilares, observada em consulta de Medicina Interna por tosse irritativa iniciada há dois anos e refractária a terapêutica, sendo atribuída a doença do refluxo gastroesofágico. Nos últimos 5 meses agravamento do quadro com acessos de tosse frequentes com expectoração purulenta, associados a episódios de febre e a perda de peso com emagrecimento de 18 kg. No exame objetivo salientava-se na auscultação pulmonar sibilos expiratórios e prolongamento do tempo expiratório. Era portadora de tomografia computadorizada torácica que mostrava unicamente a presença de volumosa hérnia do hiato e de radiografia de torax que

não evidenciava alterações. A avaliação clínica foi complementada com o estudo analítico do sangue no qual se salientou uma VS de 120 mm, com o exame bacteriológico da expectoração de resultado negativo e com o estudo da árvore brônquica por broncofibroscopia. Com esta técnica foi possível observar uma oclusão completa do brônquio lateral inferior direito por uma vértebra cervical de frango envolvida por extenso tecido degranulação. Interrogada especificamente sobre uma eventual história passada de engasgamento a doente recordou que previamente ao início das queixas se tinha engasgado durante uma refeição enquanto deglutia um pedaço de frango. **Conclusões:** O diagnóstico de presença de um corpo estranho na via aérea necessita de alto nível de suspeição clínica. Na fase inicial há engasgamento e tosse, a que se segue uma fase assintomática com o relaxamento dos reflexos e posteriormente uma fase de complicações com erosão da mucosa, inflamação e obstrução, levando a pneumonia, atelectasia ou abcesso. Pode mimetizar outras doenças pulmonares obstrutivas como a asma. O tratamento passa por remoção do corpo estranho por broncofibroscopia, podendo ser necessário ou não o uso de antibioterapia.

## PO 106

### SÍNCOPE, MIL E UMA RAZÕES

Mariana Ramos; Inês Ambrioso; Frederica Ferreira;  
Mafalda Sousa; Marisa Brochado; Pedro Manata;  
Filipe Borges Rodrigues; Manuela Grego  
*Hospital de Santarém*

**Introdução:** Síncope define-se como uma perda de conhecimento transitória e trata-se de motivo frequente de ida ao serviço de Urgência. Pode ser consequência de inúmeras patologias e sinal de choque hipovolémico. Os autores descrevem o caso de choque hipovolémico por rotura hepática.

**Caso clínico:** Mulher, 81 anos, com antecedentes de carcinoma da mama esquerda,

hipertensão arterial e diabetes tipo 2 insulino-tratada, trazida ao serviço de urgência (SU) por três episódios de síncope. No SU síncope presenciada com hipotensão. Após recuperação referiu epigastralgia intensa. Dos exames complementares diagnóstico destaca-se analiticamente Hemoglobina 8.5 g/dL, plaquetas 112X 10E9/L, sem leucocitose nem neutrofilia, PCR 0.35 mg/dL, ionograma sem alterações, ureia 100 mg/dL, creatinina 2.0 mg/dl, Ddímeros 17067 ng/mL; electrocardiograma e ecocardiograma sem alterações. A tac abdomino-pélvica documentou hemorragia ativa com ponto de partida hepático por ruptura no segmento IV e dúvida de carcinoma hepatocelular. Fez ácido tranexámico e transfusão de hemoderivados e foi contactada unidade de apoio de gastroenterologia pelo que doente foi transferida e submetida a embolização arterial urgente de artéria do segmento IV.

**Conclusões:** A rotura hepática subcapsular espontânea é um evento extremamente raro e potencialmente fatal. O sinal clínico mais frequente é o aparecimento de epigastralgia intensa associada a dor escapular ipsilateral por irritação diafragmática. Anemia e hipotensão também podem estar presentes. O diagnóstico é confirmado por tomografia computadorizada abdomino-pélvica se doente estável ou laparotomia se instável. O tratamento depende da estabilidade do doente. Se estável, manter vigilância ou embolização angiográfica, por vezes selectiva exigindo transfusão contínua. Se doente instável realizar de imediato laparotomia exploradora.

## PO 107

### ANTICOAGULAÇÃO – SIM OU NÃO, EIS A QUESTÃO

Mariana Ramos; Inês Ambrosio; Frederica Ferreira; Mafalda Sousa; Marisa Brochado; Pedro Manata; Manuela Grego  
*Hospital de Santarém*

**Introdução:** O trombo-embolismo pulmonar (TEP) define-se como obstrução da artéria pulmonar ou um de seus ramos por material (trombo, tumor, ar ou gordura) que se originou em outras partes do corpo. É a terceira causa mais frequente de síndrome cardiovascular aguda logo a seguir ao enfarte do miocárdio e ao acidente vascular cerebral. A incidência é maior no sexo masculino e aumenta com a idade, particularmente nas mulheres. A substituição da anca ou do joelho constitui um dos fatores predisponentes elevados para ocorrência de TEP, pelo que a profilaxia com anticoagulação torna-se fundamental para prevenção do mesmo.

**Caso clínico:** Mulher, 80 anos, com história de cirurgia há um mês com colocação de prótese total da anca direita, sem profilaxia anticoagulante, recorreu ao serviço de Urgência (SU) por história de queda/lipotímia. Foi observada pela Cirurgia e excluída hemorragia interna - ecografia abdominal sem alterações. Ficou internada no serviço de Medicina Interna por agudização da anemia com necessidade transfusional, fratura da sétima costela esquerda e suspeita de tromboembolismo pulmonar. Não realizou angiotomografia computadorizada (angioTC) na altura por alteração da função renal. Realizou 2 transfusões hemoderivados durante o internamento e assinou alta contra parecer do médico, com hemoglobina 8.7mg/dL à data da alta. Quatro dias depois recorre novamente ao SU por quadro de cansaço fácil e dor torácica posterior com irradiação região lombar. Realizou angioTC torácico que revelou tromboembolismo pulmonar

agudo no lobo inferior do pulmão direito e tomografia computadorizada abdominopélvica com baço heterogêneo por áreas hipodensas não captantes de contraste que dada a história de traumatismo, poderiam corresponder a lesão traumática com eventual hematoma subcapsular. Não foi iniciada anticoagulação. A doente manteve-se internada durante os trinta dias para monitorização e vigilância. Fez repouso no leito durante três semanas e foi realizado levante progressivo, bem como vigilância com o início da anticoagulação, discutido em equipa multidisciplinar com Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular.

**Conclusões:** A anticoagulação profilática deve ser sempre considerada após substituição da anca assim como em traumatismos major. Deve também ser iniciada de imediato em dose terapêutica nos doentes com TEP sem fatores de instabilidade. Deve-se manter um alto índice de suspeita para lesão esplênica nos doentes com fraturas de arcos costais. Este caso espelha a importância da monitorização perante diagnósticos que interferem com a coagulação.

## **PO 108**

### **HEMATOMA ESPONTÂNEO – UM EXEMPLO DE LOCALIZAÇÃO POUCO FREQUENTE**

Ana Rita Ferreira; Inês Matias Lopes; Armando Braz  
*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria*

A hipocoagulação com varfarina implica monitorização apertada de forma a evitar doses infraterapêuticas que são incapazes de prevenir eventos tromboembólicos e a sobredosagem que pode causar eventos hemorrágicos. Doente de 70 anos com antecedentes de insuficiência cardíaca, estenose aórtica reumática, fibrilhação auricular hipocoagulada com varfarina, hipertensão arterial e doença cerebrovascular crónica. Admitido no serviço de Urgência por dor no membro inferior esquerdo (MIE) com 5 dias de evolução, sendo

que não havia história de traumatismo. Ao exame objetivo a destacar edema assimétrico do MIE com dor à palpação e equimose na região gemelar homolateral. Laboratorialmente com hemoglobina 12 g/dL, plaquetas 347000/uL, INR 14 e d-dímeros 0.26 ug/ml. Face a estes achados apurou-se junto do doente que no último mês não tinha sido monitorizado o INR. Levantou-se a hipótese de hematoma no MIE pelo que o doente realizou Angio TC que corroborou este diagnóstico ao documentar hematoma entre a tibia e o perónio com 23 cm de diâmetro longitudinal x 3,5 de diâmetro transversal x 3 cm de diâmetro ântero-posterior e foco de hemorragia ativa com provável ponto de partida em perfurante peronial. Após consultadoria com Cirurgia Vascular adotou-se estratégia conservadora, tendo-se corrigido o INR com fitomenadiona. O diagnóstico de complicação hemorrágica associado à hipocoagulação implica elevada suspeição diagnóstica em particular em localizações menos típicas como é caso do hematoma acima supracitado. Paralelamente a destacar as dimensões do mesmo e a sua evolução benigna durante a permanência no serviço de Urgência.

## **PO 109**

### **PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO**

David Ferro Tomás; Ricardo Pereira; Valéria Zaruba; Joana Silvério Simões; Inês Costa Santos; Alexandra Gaspar; Hugo Barros Viegas; Ermelinda Pedroso  
*Centro Hospitalar de Setúbal*

**Introdução:** O pseudomixoma peritoneal (PMP) é uma doença rara, caracterizada pela acumulação de líquido mucinoso no abdómen devido à ruptura de tumores que produzem mucina. Estes tumores geralmente originam-se sobretudo no apêndice e ovário, e por vezes no pâncreas, bexiga ou cólon. Afeta sobretudo mulheres, com incidência de um caso por milhão de

habitantes por ano, ocorrendo principalmente entre os 50-70 anos de idade. Clinicamente, o PMP apresenta uma evolução lenta de distensão abdominal.

**Caso:** Homem de 73 anos, autônomo com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus II, prostatectomia radical devido a neoplasia da próstata, tireoidectomia total devido a neoplasia da tireoide. Sem hábitos alcoólicos, tabágicos ou toxicofílicos. Recorreu ao serviço de Urgência por aumento do perímetro abdominal com cerca de 3 meses de evolução, com agravamento recente. No exame objetivo ascite sob tensão grau III. Analiticamente com anemia (Hb 10.9) microcítica, hipocrômica e proteína C-reativa de 9.71 mg/dL. Na ecografia abdominal à cabeça apresentava estrutura hiperecogénica reticular difusa dispersa por todo o abdómen, impossibilitando a realização de paracentese no momento. Realizou TC-abdominal que corroborava volumosa ascite de conteúdo não puro. O doente foi internado no serviço de medicina interna para continuação do estudo etiológico. Em contexto de internamento foi possível realizar paracentese diagnóstica com saída de ascite gelatinosa/mucinososa que revelou: ADA 5.5; Albumina 2.3; Glicose 120; LDH 178; Proteínas 4.9; Amilase 18. Exame bacteriológico: Negativo. GASA < 1. Na avaliação citológica células mesoteliais com ligeira atipia, nucléolo visível, isoladas e agregados morulares. Completou estudo analítico com marcadores tumorais (CEA, CA 19.9, PSA, Alfa-fetoproteína) negativos e realizou TC-TAP sem alterações patológicas para além das descritas. Realizou endoscopia digestiva alta e baixa que não documentaram lesões da mucosa. Na marcha diagnóstica foi submetido a laparoscopia exploradora que documentou ascite translúcida com conglomerados de mucina envolvendo o grande epíploon, colon e mesos. Nas biopsias abundante muco extracelular com adenocarcinoma mucinoso

com diferenciação gastrointestinal (AE1/AE-3+,CK20+,p53+,CDX2+,CK7-). Em discussão multidisciplinar tendo em conta o baixo performance status (ECOG 2-3) foi decidido administração de quimioterapia paliativa.

**Conclusão:** O PMP constitui uma entidade clínica rara com diagnóstico tardio. Associa-se tipicamente com ascite gelatinosa/mucinososa. Na sua avaliação é importante o diagnóstico diferencial com mesotelioma quístico benigno, mesotelioma maligno do peritoneu e carcinomatose peritoneal. O tratamento passa por cirurgia citoreductora e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica. O prognóstico é geralmente bom com 69–75% de sobrevida aos 5 anos nos doentes submetidos a tratamento.

## PO 110

### COMO ASSIM 3.4?

Sofia Almada; Sara Nunes Gomes; Elisa Caldeira; Mónica Jardim; Maria da Luz Brazão; Teresa Faria  
*SESARAM*

**Introdução:** Mais de 25% da população mundial tem anemia, sendo a anemia ferropénica responsável por cerca de metade dos casos, o que se traduz numa verdadeira questão de saúde pública. Esta pode ter diversas causas, se instalar de forma insidiosa e apresentar sintomas inespecíficos, desde a astenia até à depressão. É, portanto, essencial estar alerta para esta condição.

**Caso clínico:** Mulher de 40 anos de idade, autónoma, que recorreu em maio de 2023 ao serviço de Urgência por astenia, adinamia e cansaço para pequenos esforços, sem outras queixas associadas. Tinha como antecedentes pessoais anemia ferropénica, que já tinha motivado seguimento em consulta de Hematologia, sendo que à data de alta da consulta, em 2015, apresentava uma hemoglobina (Hb) de 14.2 g/dL. A doente referiu, ainda, pequena cirurgia a nevo congénito na região parietal direita, com perda abundante de sangue, na semana anterior. A doente negava medicação

crônica, exceto toma regular de suplementos vitamínicos e referia uma alimentação pobre em proteína animal. Era nulípara, afirmava ter ciclos menstruais irregulares, catamênio de 5 dias, mas com fluxos menstruais muito abundantes. Ao exame objetivo apresentava palidez cutânea e das mucosas, TA 97/58 mmHg, peso de 40 kg, sem outras alterações de relevo. As análises efetuadas no SU revelaram uma Hb de 3.4g/dL, com uma saturação de transferrina de 1,6%, ferritina de 1 ng/ml, e 2.8% de reticulócitos. Tendo em conta a história clínica e os achados analíticos, a doente realizou transfusão de 3 unidades de concentrado eritrocitário (com bom rendimento transfusional – Hb de controlo de 8.6 g/dL) e, posteriormente, 1g de carboximaltose férrica endovenosa (CMF). Na avaliação pela Ginecologia, a ecografia ginecológica endocavitária evidenciou um mioma uterino volumoso na parede posterior do útero (81x66x77 mm), pelo que foi medicada com Ryeqo e proposta para miomectomia eletiva por esta especialidade. Assumiu-se anemia ferropénica em contexto de hemorragia uterina anormal, agravada por perda hemática recente aquando de intervenção cirúrgica. Foi, no entanto, orientada para a consulta de Medicina Interna para excluir outras possíveis etiologias acessórias, e para o hospital de dia da Medicina Interna para cumprir com mais 500 g de CMF. **Conclusão:** Os autores salientam que, além da instituição da terapêutica, é da maior importância a realização de uma marcha diagnóstica completa para identificar ativamente e tratar corretamente a/as causa/as subjacente/s da anemia ferropénica. Além do mais, alertam que as menorragias são uma causa importante de deficiência de ferro e que exigem particular atenção quando associadas a outros fatores de risco, como, por exemplo, em doentes com dieta vegan e que não fazem suplementação de ferro, sendo lícito uma vigilância mais apertada destes doentes em ambulatório.

## PO 111

### “PLASMOCITOMA ÓSSEO SOLITÁRIO: UMA MANIFESTAÇÃO RARA E PERSEGUIDA PELO FANTASMA DO MIELOMA MÚLTIPLO”

Cristiana Ferreira Teles; João Morais Lopes; Ana Raquel Figueiredo; José Brizuela; Andrei Gradinaru; Miram Blanco  
*Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE / Hosp. de Mirandela (Hosp. Nossa Senhora do Amparo)*

**Introdução:** O plasmocitoma ósseo solitário é uma proliferação clonal de células linfoides do tipo B. A localização mais frequente é a coluna vertebral, seguido de pélvis, costelas, extremidades superiores, crânio, fêmures e esterno. Os sintomas são sobretudo locais com um padrão de crescimento ósseo localizado ou extraósseo. Na maioria dos casos, evolui para mieloma múltiplo (MM), pelo que tem um mau prognóstico.

**Caso clínico:** Mulher, 80 anos, hipertensa e com dislipidemia. Recorre ao serviço de Urgência por toracalgia com características pleuríticas à esquerda sem febre. Analiticamente a salientar anemia, agudização de disfunção renal, sem hipercalemia e com pico monoclonal na eletroforese de proteínas. Na radiografia de tórax com espessamento pleural no hemotórax esquerdo; Tomografia computadorizada (TC) torácica com espessamento pleural esquerdo, envolvendo o arco costal adjacente com destruição da cortical e óssea. TC coluna vertebral sem lesões osteolíticas/osteoblásticas, nem compressões extrínsecas. Biópsia torácica percutânea com resultado anatomopatológico compatível com plasmocitoma (imunorreatividade para CD38 e cadeias leves Lambda, sem cadeias Kappa). Cerca de 50% de los plasmocitomas podem evoluir a MM. Neste caso a utente faleceu e não chegou a fazer qualquer tipo de tratamento.

**Conclusão:** A confirmação diagnóstica é feita através da imuno-histoquímica obtida na biópsia guiada por tomografia computadorizada, que mostrou positividade para *plasm cell* e

Lambda e negatividade para Kappa. Dado o mau pronóstico é importante a identificação precoce, diagnóstico diferencial e instituição de terapêutica. O tratamento mais frequente é feito mediante radioterapia.

## PO 112

### AS CORES DA URGÊNCIA – SÍNDROME DA ALGÁLIA ROXA

Nádia Santos; Patrícia Fernandes; Luis Luz; Luis Duarte; Sandra Cunha; Rita Freire; Vânia Rodrigues; Renato Saraiva  
*Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André*

A actividade do médico no serviço de Urgência exige raciocínio clínico de elevada pericia, associado a imprescindível celeridade nas tomadas de decisão, sem prejuízo para os doentes. Assim, tanto os sintomas do doente, como os sinais clínicos apresentados, são de mais valia para o sucesso da nossa actividade. A síndrome de urina roxa é uma condição rara, onde se verifica saída de urina roxa para o saco colector. Frequentemente associada a utentes algaliados crónicos e acamados, com diagnóstico de infecção do trato urinário. As bactérias produzem enzima indoxil fosfatase, que degradam o sulfato de indoxil, metabolito do triptofano, excretado na urina. Na presença de Ph alcalino, estes compostos de cor indurrubina e indigo, combinados dão origem à coloração roxa. Trata-se de uma mulher, de 89 anos, acamada, levada ao serviço de Urgência por quadro de prostração, de 20 horas de evolução. Apresentou febre e hipotensão à admissão, pele e mucosas descoradas e hidratadas e crepitações na base pulmonar direita, à auscultação. Efetuou *fluid challenge*, com boa resposta clínica. Fez radiografia do tórax, com evidência de hipotransparência na base direita pulmonar. Tinha história de internamento hospitalar há 3 semanas. Analiticamente apresentou 12000 leucócitos e proteína C reactiva de 115 mg/dL. Foi algaliada, quando se verificou acumulação de

urina roxa no saco colector. Colheu-se urocultura. Considerando-se hipótese diagnóstica de pneumonia nosocomial, iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam, ajustado à função renal. A urocultura revelou bacteriúria, com isolamento de *Escherichia coli* multissensível. A antibioterapia foi mantida. A doente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, seguida de paragem cardiorespiratória. Sem indicação para medidas de suporte avançado de vida, declarou-se o óbito por falência multiorgânica, por choque séptico. A ocorrência da síndrome descrita pode ter evolução benigna, mas não raras vezes está associada a doentes com potencial de mau prognóstico. É importante o conhecimento de apresentações raras, de patologias comuns, como o caso descrito. A síndrome de urina roxa pode ser um desafio, mas com o conhecimento adequado pode direccionar o diagnóstico, principalmente em doentes fragilizados, cuja sintomatologia não seja óbvia. Desta forma, o diagnóstico correcto pode ser efectuado, seguido de abordagem terapêutica atempada, como é necessário num serviço de urgência, perante um doente agudo.

## PO 113

### FORAMEN OVALE PATENTE: A CAUSA DO AVC

Ana Raquel Fontes Figueiredo; Sara Remelhe Sá; Cristiana Ferreira Teles; João Morais Lopes; Teresa Guimarães Rocha; Cristiana Batouças; Miriam Blanco  
*LSNE, Unidade Hospitalar de Bragança*

**Introdução:** O foramen ovale permite a comunicação entre as cavidades direitas e esquerdas do coração do feto durante a gestação e encerra-se após o nascimento. Em cerca de 20-30% dos casos pode persistir até à idade adulta designando-se por FOP. A persistência desta comunicação permite a passagem de trombos formados nas veias dos membros inferiores ou da pélvis para o coração direito

e através do FOP para o coração esquerdo e deste para o cérebro o que pode relacionar-se com eventos isquémicos cerebrais, como o acidente isquémico transitório (AIT) ou o acidente vascular cerebral (AVC).

**Caso clínico:** Mulher de 64 anos, autônoma. Antecedentes de dislipidemia, incontinência urinária e pangastrite crônica. Admitida no serviço de Urgência sendo ativada via verde AVC por diminuição da acuidade visual à esquerda, desvio da comissura labial em desfavor da esquerda e parestesias na região do mento. Sem outros défices neurológicos. Realizou AngioTC do crânio verificando-se “área lesional hipodensa frontal esquerda sem significativo efeito de massa regional.” Analiticamente sem alterações de relevo. ECG em ritmo sinusal. Apresentou recuperação total dos défices cerca de 3:30 min após o início da clínica. Iniciou terapêutica antiagregante e estatina de alta potência. Do estudo etiológico do AVC a salientar um registo de Holter 24 h com ritmo sinusal e sem registo de pausas patológicas; Ecocardiograma transtorácico com câmaras de dimensões normais, pequeno aneurisma do septo aparentemente íntegro e FEj 58%;

Ecocardiograma transesofágico revelou septo interauricular com mobilidade aumentada, com teste de solução salina a mostrar passagem de mais de 30 bolhas, confirmando a presença de FOP. Orientada para consulta de Cardiologia para eventual encerramento do FOP, mantendo-se duplamente antiagregada ponderando o risco-benefício.

**Conclusões:** Apesar de rara, a presença de FOP em doentes com eventos isquémicos cerebrais, nomeadamente em AVC/AIT criptogénico, é uma causa a ser considerada. Os autores salientam a importância da marcha diagnóstica de forma a obter um diagnóstico precoce bem como uma melhor abordagem terapêutica.

## PO 114

### “SCHISTOSOMÍASE URINÁRIA: UM CASO CLÍNICO SUSPEITO NO NORTE DE PORTUGAL”

Cristiana Ferreira Teles; Ana Sofia Costa; João Lopes; Ana Raquel Figueiredo; Tiago Ceriz; João Preto

*Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE / Hosp. de Mirandela (Hosp. Nossa Senhora do Amparo)*

**Introdução:** A Schistosomíase também conhecida como Bilharzíase é uma parasitose dos climas quentes, com especial incidência em regiões de África e Médio Oriente. O *S. haematobium* é o principal agente da schistosomíase urinária e embora rara em Portugal, existem já alguns casos descritos no Algarve e em imigrantes das ex-colónias.

**Caso clínico:** Masculino, 84 anos, reside em casa própria, sem animais de estimação, consumo de água de rede pública e de furo, nega consumo de leite mas refere consumo de queijos maioritariamente comprados no supermercado, mas por vezes artesanais, residiu 18 anos no norte de França e agora em Portugal, nega viagens a África, Medio Oriente ou Algarve, nega contacto com pessoas com tuberculose confirmada. Antecedentes de Parkinson em tratamento apenas com levodopa/carbidopa. Encaminhado ao serviço de Urgência por diarreia de 4 semanas de evolução com dor abdominal associada. Na exploração física apenas dor difusa a palpação abdominal inespecífica. Sem alterações de relevo na radiografia de abdómen nem a nível de estudo analítico. Foi realizado uma tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvica que revelou “espessamento do hemicólon esquerdo, cólon ascendente e segmentos ileais adjacentes, com sinais de reatividade dos planos adiposos interpostos que levantou a hipótese de enterocolite e calcificações vesicais dispersas, algumas não respeitando o declive – cálculo endovesicais por estase crónica? contexto epidemiológico de poten-

cial Schistosomíase justificando as que não acompanham o declive?”. Foi imediatamente colhido urina tipo II, hemoculturas, coproculturas e exame de sedimento e parasitológico. Foram observados ovos parasitários de *Schistosoma* em exame a fresco.

**Conclusão:** No nosso caso, o doente não tinha um contexto epidemiológico de risco apesar da elevada suspeita medicante TC e na primeira colheita de urina, desta forma é importante ter em conta que o diagnóstico de schistosomíase assenta numa história clínica meticulosa coadjuvada por um grau elevado de suspeita clínica e uma bateria de exames complementares (confirmação mediante novas amostras de sangue e urina), sendo o praziquantel o tratamento *standard*.

## PO 115

### VIH COMO FATOR INESPERADO DE IC

Rita Diz<sup>1</sup>; Elisabete Mendes<sup>2</sup>; Luís Luz<sup>3</sup>; Maria Inês Bertão<sup>4</sup>; Joana Cartucho<sup>5</sup>; Helena Silva<sup>6</sup>  
<sup>1</sup>CH Nordeste - Bragança; <sup>2</sup>Hospital Distrital de Portalegre; <sup>3</sup>Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André; <sup>4</sup>Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE; <sup>5</sup>Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário; <sup>6</sup>Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas

**Introdução:** Ao longo dos anos, a infeção por VIH-1 passou de uma doença mortífera a curto prazo para uma doença crónica que, se bem tratada, permite aos doentes uma esperança média de vida semelhante à população geral. Contudo, isso só é possível através de medicação vitalícia, com os efeitos laterais cardiovasculares inerentes, pelo que cada vez mais se deve ter em conta o aumento do risco desta população, aliado a sobrevivência até idades cada vez mais avançadas.

**Caso clínico:** Homem 73 anos, autónomo, com Dislipidemia, DM2, DRC e VIH-1 (diagnóstico em 2002, sem doenças definidoras de SIDA, TARc actual: dolutegravir/abacavir/

lamivudina, co-infeções: VHB “cura”, carga viral indetectável em Dez 2022).

**HDA:** Dor retroesternal acompanhada por dispneia. Referiu dispneia para esforços de 2 meses de evolução, ortopneia e episódios de DPN com agravamento progressivo, sem outras queixas. No SU teve síncope sem pró-dromo e edema agudo do pulmão. À admissão hemodinamicamente estável, com SatO<sub>2</sub> (VM a 35%) 96%. De relevo AC: rítmica, sopro sistólico grau II/VI precordial, AP: mv simétricos, diminuídas nas bases com crepitações bilaterais na metade inferior, MI sem edemas periféricos. Estudo complementar: GSA com IR tipo 1; ECG com FC 84 bpm, ritmo sinusal, ondas Q V1-V2 com discreto supraST; analiticamente troponina 232 ng/L, NT-Pro-BNP 11045 pg/mL, em decrescendo, sem outras alterações de relevo; Cateterismo cardíaco com obstrução de tronco comum (70%) e doença dos 3 vasos; EcoTT FEVE 32%, com hipocinesia da parede anterior e anteroseptal e estenose aórtica grave. Assim, diagnosticado ICFER de novo, de etiologia isquémica e valvular, com IR1 em doente com infeção pelo VIH-1. Alterado TARc para dolutegravir/lamivudina, pelo risco CV associado a abacavir. Discutido com Cirurgia Cardiorácica, sendo aceite para cirurgia de substituição da válvula aórtica, sem intercorrências, com melhoria clínica. Teve alta com seguimento em consulta externa por Cardiologia e Infeciologia.

**Discussão:** Embora o risco de doença cardiovascular tenha diminuído na população em geral, não diminuiu entre as pessoas com VIH. Além dos fatores de risco tradicionais e da inflamação crónica associada ao próprio VIH, alguns regimes de TARc podem contribuir, assim como o envelhecimento da população em causa. Isto é algo a ter em conta desde o primeiro contato com os doentes, podendo influenciar a rapidez de diagnóstico e o seu desfecho.

## PO 116

### **PNEUMONIA ORGANIZATIVA – UMA ENTIDADE FREQUENTEMENTE DESPERCEBIDA**

Joana de Magalhães Ferreira; Beatriz Machado  
*Centro Hospitalar São João*

A pneumonia organizativa criptogénica (POC) é uma condição pulmonar rara, mas tratável, caracterizada pela acumulação anormal de células inflamatórias e tecido conjuntivo nas pequenas vias aéreas e alvéolos pulmonares. Apesar do termo “criptogénica”, esta entidade desenvolve-se frequentemente associada a vários fatores subjacentes, como infeções, doenças autoimunes ou fármacos. A POC geralmente responde favoravelmente à corticoterapia, com redução da inflamação e melhoria a função pulmonar, levando a um bom prognóstico na maioria dos casos. O diagnóstico precoce e o tratamento médico adequado são cruciais para a abordagem da POC de forma a garantir uma melhor qualidade de vida aos doentes.

Sexo feminino, de 69 anos, com antecedentes de apneia obstrutiva do sono, sob CPAP noturno e múltiplos fatores de risco cardiovascular, nomeadamente dislipidemia sob estatina, com vários internamentos no último ano por Pneumonia adquirida na comunidade, que recorre ao serviço de Urgência por febre, dispneia e tosse com expetoração com 10 dias de evolução, sem melhoria após introdução de amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Analiticamente, anemia normocítica/normocrómica, leucocitose com neutrofilia e elevação da proteína C-reativa. Radiograficamente, com nova consolidação no lobo pulmonar inferior esquerdo, e gasometria arterial a insuficiência respiratória agravada com necessidade de oxigenoterapia. Doente internada sob antibioterapia empírica com piperacilina + tazobactam e corticoterapia com melhoria expressiva no segundo dia de internamento.

Tendo em conta os múltiplos internamentos por pneumonia nos últimos meses, bem como a resposta muito favorável à introdução de corticoterapia, considerada possibilidade de pneumonia organizativa, tendo realizado TC tórax de alta resolução que revelou áreas de vidro despolido e focos consolidativos, bem como nódulos bilaterais - aspetos imagiológicos compatíveis com quadro de pneumonia organizativa. Perante estes achados, suspenso a estatina previamente realizada, pela possibilidade de ser um fator desencadeante.

Com este caso clínico pretende-se alertar para esta entidade que é a pneumonia organizativa criptogénica, que pode ser a causa subjacente no desenvolvimento de infeções recorrentes e passando não raramente despercebida. De facto, quanto mais precocemente for feito o diagnóstico de POC, mais cedo será feito um estudo aprofundado da etiologia da doença e melhor o prognóstico associado.

## PO 117

### **ATÉ QUE PONTO DEVEMOS USAR AMIODARONA?**

Djenabu Cassama<sup>1</sup>; Elisabete Dulce Mendes<sup>1</sup>;  
Marina Pereira<sup>2</sup>; Emanuel Fernandes<sup>1</sup>;  
Augusto Mendonça<sup>1</sup>; Isabel Lavadinho<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Distrital de Portalegre; <sup>2</sup>ULS Castelo Branco

**Introdução:** A amiodarona é um antiarrítmico rico em iodo e frequentemente usado no tratamento das arritmias cardíacas. No entanto, pode causar efeitos secundários em vários órgãos e que podem ser graves, incluindo a afetação do coração e tireoide, nomeadamente, bradicardia e hipotireoidismo secundário, sendo importante a monitorização e seguimento do doente que inicia esta terapêutica.

**Resumo:** Homem de 84 anos, parcialmente dependente e institucionalizado. Antecedentes de HTA, fibrilhação auricular (FA), dislipidemia, hiperuricemia, AVC isquémico em 2003, doença renal crónica (DRC). Medicado com

varfarine, amiodarona, olmesartan+amlodipina; furosemida, febuxostate, pitavastatina. Foi trazido ao SU após queda com traumatismo cranioencefálico (CE) e quadro clínico de desorientação, adinamia, astenia, insónia e hipotermia desde há 2 dias. Admitido na sala de reanimação por bradicardia de 24bpm, Glasgow de 8; auscultação cardíaca arritmica. Polipneico com satpO2 de 79% em ar ambiente e crepitanes dispersos. Edema palpebral e dos membros inferiores. ECG em FA lenta com FC de 28 bpm. Analiticamente destaca-se hemoglobina de 8,2 g/dL; creatinina 4,58 mg/dL; ureia de 312 mg/dL; sódio 133 mmol/L; potássio 5,69 mmol/L; Cl 104 mmol/L péptido natriurético >6000 pg/mL; Tempo de Protrombina >180 seg; INR >12; T4 livre de 12 pmol/L e TSH 79 µUI/mL. Gasometria arterial em ar ambiente com acidose respiratória, hipercapnia e hiperoxemia. TC-CE sem lesões vasculares recentes ou lesões ocupantes de espaço.

Foi colocada oxigenoterapia, administrada atropina e posteriormente isoprenalina, com melhoria clínica. Fez correção de INR com fitomenadiona.

Foi admitida bradicardia e mixedema ambos iatrogénicos à amiodarona; intoxicação cumarínica; DRC estadio terminal; anemia de doença crónica.

**Conclusão:** Este trabalho representa o caso de um doente idoso com antecedentes de fibrilhação auricular crónica medicado com amiodarona e com várias comorbilidades, tendo sido verificada bradicardia grave e hipotiroidismo iatrogénico. É um exemplo de que os doentes medicados com amiodarona devem ter monitorização e seguimento para melhor controlo clínico e terapêutico de forma evitar e prevenir os seus efeitos secundários, e sobretudo casos de gravidade que podem ter difícil reversão do quadro clínico.

## PO 118

### DOR TORÁCICA – O DIAGNÓSTICO EMERGENTE

Francisco Simões; Diana Lopes Ferreira; Raquel Afonso; Ana Andrade Oliveira; Inês Manuel Gonçalves  
*Hospital de Braga*

**Introdução:** A dor torácica é um sintoma muito comum, sendo uma queixa que muitas vezes é manifestação de patologia ameaçadora da vida, apesar de a perceção da dor variar largamente de pessoa para pessoa, não devendo nunca ser desvalorizada sem esclarecimento de causa.

**Texto:** Uma doente de 88 anos, autónoma, foi admitida no serviço de Urgência (SU) com dor torácica tipo aperto, muito intensa, com 30 a 40 minutos de evolução, com irradiação dorsal, associada a náuseas, vômitos e hipersudorese. De acordo com familiares, a doente estaria no seu estado habitual, assintomática, até começar subitamente com as queixas que a trouxeram ao SU. Dos antecedentes pessoais, destaca-se hipertensão arterial, dislipidemia e transtorno de ansiedade, estando medicada com anti-hipertensor, aspirina e ansiolíticos. À admissão no SU apresentava-se normotensa (sem diferencial de tensões arteriais entre os membros), normocárdica, polipneica com SpO2 100% (com FiO2 a 28%). Estava pálida, fria e diaforética. A auscultação cardíaca e pulmonar não tinha alterações. Apresentava extremidades frias e tempo de preenchimento capilar aumentado, mas com pulsos simétricos e arritmicos, sem edema periférico. Na gasimetria destaca-se alcalose respiratória e no ECG fibrilhação auricular, sem alterações sugestivas de isquemia. Estudo analítico irrelevante, incluindo marcadores de necrose miocárdica. Por dor refratária a analgesia, fez angioTC de tórax, que evidenciou uma disseção da aorta de grau A tipo I da raiz da aorta até à bifurcação

das artérias ilíacas. Foi proposta para cirurgia cardíaca, no entanto, por extensão da dissecação e rápida deterioração do estado clínico foi recusada. A doente foi submetida a controlo tensional e controlo de dor, tendo acabado por falecer algumas horas depois do diagnóstico. **Conclusão:** A dissecação da aorta é uma emergência médica, que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de dor torácica. A ausência de alterações no exame físico, nomeadamente a diferença tensional entre os membros não deve excluir o diagnóstico. De facto, este achado é menos observado em idosos e mulheres, tal como na doente do caso. Assim, perante uma história clínica sugestiva, a suspeita deve ser mantida, já que o diagnóstico precoce é crucial para a sobrevivência.

## PO 119

### ACIDENTES ACONTECEM – A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Nádia Santos<sup>1</sup>; Maria Catita<sup>2</sup>; Luis Luz<sup>1</sup>; Luis Duarte<sup>1</sup>; Rita Freire<sup>1</sup>; Patrícia Fernandes<sup>1</sup>; Sandra Cunha<sup>1</sup>; Vania Rodrigues<sup>1</sup>; Renato Saraiva<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André; <sup>2</sup>Medicina Dentária

O serviço de Urgência hospitalar é local de inúmeros desafios diários para o médico. É local de concentração de variadas patologias comuns, com apresentações atípicas, bem como local de afluência de doentes agudos com condições raras. Neste contexto, a discussão em equipa e a cooperação entre as mais diversas especialidades assume extrema importância, de modo a melhor tratar e cuidar dos utentes. Os tratamentos dentários, como inerente a qualquer tratamento por manipulação de tecidos vivos e uso de substâncias tóxicas, acarreta riscos. A solução de hipoclorito de sódio é um irrigante utilizado no tratamento endodôntico, que pode ter efeitos adversos. Embora seja geralmente segura, sequelas graves ocorrem quando há extrusão para além do apex do canal radicular, afec-

tando os tecidos periapicais. Apresenta-se o caso de uma mulher, de 62 anos, autónoma, que recorreu ao serviço de Urgência por edema facial, com dor intensa associada, após tratamento dentário. À admissão, apresentou-se hemodinamicamente estável, com edema da face à direita, mais acentuado no andar inferior, com dor intensa à palpação e sensação de queimação generalizada na hemiface direita. Analiticamente sem alterações. Efetuou tomografia axial computadorizada, com evidência de “espessamento e edema dos tecidos moles da face à direita, com infiltração dos planos adiposos, da região maxilar e masseter, com extensão posterior até à região parotídea e inferior à mandíbula. Sem evidência de componente hemorrágico. Sem alterações ósseas.”. Foi feito contacto com médico dentista e especialidade de Cirurgia Maxilofacial e Estomatologia. Em equipa, decidiu-se terapêutica com corticóide e anti-inflamatório endovenosos, analgesia em esquema e aplicação de corticóide tópico. A doente ficou em vigilância por 48 horas, por risco de necrose tecidual, urticária, broncoespasmo e hipotensão. A lesão evolui com hematoma da face, com áreas de reabsorção, nas 24 horas seguintes. Posteriormente apresentou melhora da dor e diminuição ligeira do edema. Manteve-se clinicamente estável, sem outras alterações. Teve alta com prescrição de analgesia e corticóide oral, durante 15 dias. Foi orientada para consulta de cirurgia maxilofacial, dentro de duas semanas, para avaliação evolutiva e exclusão de complicações neurológicas. A doente evolui favoravelmente, com resolução total da sintomatologia, após 6 semanas. Os desafios encontrados na urgência geral devem ser abordados com profundo conhecimento científico, sem descurar de discussão clínica multidisciplinar. O sucesso do nosso trabalho para com o doente, depende tanto do actualizado conhecimento científico individual, como da partilha de experiências

e discussão clínica entre variadas especialidade médicas.

## PO 120

### **CETOACIDOSE DIABÉTICA COMO APRESENTAÇÃO INAUGURAL DIABETES AUTOIMUNE LATENTE DO ADULTO**

Sara Lourenço Tereso; Tânia Vassalo  
*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria*

**Introdução:** A diabetes autoimune latente do adulto (LADA) é uma doença autoimune (DAI), com deficiência de insulina por destruição progressiva dos ilhéus pancreáticos. O diagnóstico baseia-se: idade inferior a 50 anos ao diagnóstico; presença de sintomas agudos, índice de massa corporal < 25 kg/m<sup>2</sup>, história pessoal ou familiar de outras DAI, bastando a presença de duas destas características. LADA os anticorpos anti insulinas são raros, enquanto os anticorpos anti-GAD são característicos, podendo ser negativos ao longo do tempo.

**Caso clínico:** Homem, 32 anos, independente nas AVD, pai com diabetes desde 30 anos, recorre ao SU por diminuição do apetite e consequente perda ponderal de 15 kg nas 2/3 semanas anteriores, com cansaço associado, intensificando-se nos 3 dias antes de recorrer ao SU, associado náuseas, polidipsia, com ingestão de 3-4L de água/dia e poliúria.

**EO:** consciente, desidratado, eupneico, ACP sem alterações, IMC 20,4 kg/m<sup>2</sup>, glicemia capilar de 450 mg/dl, cetonemia de 6,3; gassimetria com acidemia metabólica com anion gap aumentado (pH 7.136; PCO<sub>2</sub> 11,1; PO<sub>2</sub> 106; HCO<sub>3</sub> 8; AG 26,6; lactatos 9; K 4,6; Na 107); Analiticamente, sem anemia, sem parâmetros inflamatórios elevados, hiponatremia 128, Hb A1c 15,8%.

Urina II glicosúria (1000) cetonúria 160, sem leucocitúria ou nitritos; sem alterações electrocardiograficas nem radiológicas;

Doente foi internado SO iniciou fluidoterapia

endovenosa, correção cetoacidose diabética com bolus e perfusão de insulina e reposição de potássio por hipocaliemia. Por melhoria paulatina foi realizado desmame de insulino-terapia após 3 cetonemias negativas, normoglicemia e resolução da acidemia metabólica, alimentou-se oralmente com boa resposta, -suspensando perfusão de insulina. Medicado com insulina ação lenta em esquema e rápida em sos. Referiu rinorreia, tosse seca, realizando Ag SARS-CoV-2 que foi positivo. Mante-se orientado, sem náuseas, hemodinamicamente estável, eupneico e foi internado no serviço de Medicina Interna. Durante o internamento doente apresentou glicemias em jejum de 130 mg/dl e ao longo do dia até 240 mg/dl, tendo ficado sob 30 U glargina à noite + insulina sos. Do estudo etiológico da diabetes doente apresentou anticorpo anti-GAD positivo, anticorpo anti Ilhéus langerhans marginalmente elevado e posteriormente negativo, sem evidência de anticorpo anti IA e anti insulina. Apresentou TSH 1.97; FT4 1.36 com doseamento dos anticorpos antitiroideus e TRABs negativos. Manteve-se sem nova descompensação metabólica, foi reavaliado à data de alta para pela endocrinologia com ajuste de esquema para ambulatório, tendo sido assumido Diabetes inaugural - LADA.

**Conclusões:** A presença de autoanticorpos antigénio específicos tem permitido distinguir a DM1 e LADA da DM2. LADA os anticorpos anti insulinas são raros, enquanto os anticorpos anti GAD são característicos, podendo ser negativos ao longo do tempo.

## PO 121

### ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EXTENSO EM MULHER DE 68 ANOS COM HISTÓRIA FAMILIAR

João Lopes; Cristiana Ferreira Teles;  
Ana Raquel Figueiredo; Teresa Guimarães Rocha;  
Rita Diz; Micaela Nunes Sousa; Helena Maurício;  
Miriam Blanco

*ULSNE, Unidade Hospitalar de Bragança*

**Introdução:** O acidente vascular cerebral (AVC) continua a ser a principal causa de morte em Portugal e uma das principais a nível mundial. É uma situação clínica complexa e heterogênea, que continua a ser um desafio para os serviços de S

saúde, com morbimortalidades associadas muito relevantes.

**Caso clínico:** Mulher, de 68 anos de idade. Pai e irmão falecidos com AVC, mãe e irmã com problemas cardiovasculares. Antecedentes de HTA, dislipidemia e osteopenia. Doente admitida no serviço de Urgência por hemiparesia esquerda e disartria. Vista bem a última vez cerca de 2 h antes. Admitida como Via Verde AVC. Na avaliação inicial, ao exame neurológico: desvio conjugado do olhar para a direita, responde qual o seu nome, não colabora nas outras questões. Não cumpre ordens. Disartria moderada. Parésia facial central e hemiplegia esquerda. Não se conseguiu avaliar sensibilidade, ataxia nem anosognosia (NIHSS > 20). Hemodinamicamente estável. ACP sem alterações. Realizou AngioTC CE e Pescoço, com observação de trombo hiperdenso nos dois terços distais do segmento M1 da artéria cerebral média direita, com oclusão evidente e extensa. Admitida depois na sala de emergência. Enviadas imagens de TC para Hospitais de referência. Discutido caso multidisciplinarmente (Neurorradiologia de intervenção e Neurologia). Admitido NIHSS muito elevado, trombo de grandes dimensões, sem circulação colateral compensatória e já com área de isquémia associada.

Assumido TACI sem indicação para fibrinólise nem trombectomia mecânica, dado que o benefício seria quase inexistente. Situação clínica com mau prognóstico a curto prazo. Sem melhorias clínicas. Reavaliação em TC de 24h com evolução desfavorável. Caso novamente discutido com Neurocirurgia, tratando-se de um enfarte maligno com 36h de evolução. Craniectomia descompressiva seria apenas life saving a condicionar uma vida acamada e sem qualidade de vida. Família com decisão por tratamento conservador. A doente faleceu a curto prazo.

**Conclusão:** O AVC continua a impor decisões difíceis às equipas de saúde. A prevenção continua a ter um papel fundamental e há que considerar o peso da história familiar dos doentes, com provável componente genético, no risco de desenvolvimento desta patologia. É um fardo da nossa profissão perceber que por vezes não podemos fazer nada para ajudar os nossos doentes, devendo apenas a estes e às suas famílias um enorme respeito e a determinação reforçada em melhorar a cada dia pessoalmente e como equipa.

## PO 122

### CHOQUE CARDIOGÉNICO POR MIOCARDITE POR TOXICIDADE A AZATIOPRINA, UTILIZADA EM TRATAMENTO DE EPISÓDIO DE FLARE EM DOENTE JOVEM COM COLITE ULCEROSA

João Lopes; Cristiana Ferreira Teles;  
Ana Raquel Figueiredo; Teresa Guimarães Rocha;  
Rita Diz; Micaela Nunes Sousa; Helena Maurício;  
Miriam Blanco

*ULSNE, Unidade Hospitalar de Bragança*

**Introdução:** O choque cardiogénico é uma emergência médica que devemos saber reconhecer e tratar atempadamente. Os doentes com colite ulcerosa são doentes complexos, devendo-se promover uma gestão cuidada e atenta dos mesmos, especialmente nos períodos de agravamento da doença.

**Caso clínico:** Homem de 34 anos, com antecedentes de colite ulcerosa, diagnosticada há 10 anos. Medicado com messalazina e prednisolona. Internado em Hospital Privado durante 5 dias por flare da doença, com 2 semanas de evolução - dor abdominal intensa e hematoquézias - classificação E2/E3 ( gravidade do surto moderada a grave). A realizar terapêutica com azatioprina durante 3 dias. Verificada evolução desfavorável, com insuficiência respiratória tipo 1, com necessidade de 3L de oxigénio, hiperlactacidemia (3.8), taquicardia e hipotensão. É referenciado para o SU do hospital público de referência, aos cuidados da Medicina Interna, sem melhoria do quadro. TC Toracoabdominopélvico com sinais inequívocos do grau de atividade inflamatória atual da doença de base, e também congestão venosa hepática e pulmonar com discreto derrame pericárdico. Considerada a hipótese de os aspetos relatados se relacionarem com toxicidade farmacológica cardíaca, condicionando edema do pulmão (embora não seja o padrão mais característico), neste caso enquadrando-se potencialmente o padrão de congestão venosa hepática em hepatopatia congestiva cardíaca. Doente entretanto com novo agravamento do quadro, levado para a sala de emergência. Aí, consciente, colaborante e orientado, mas hipotenso (99/65 mmHg), apesar de fluidoterapia adequada, com taquicardia sinusal 120-130 bpm, com saturação de O<sub>2</sub> 90% com 10L (máscara facial), taquipneico com FR 30 cpm. Colaboração com Medicina Intensiva. Realizado ecocardiograma de cabeceira com depressão severa da FVE. Caso discutido com Cardiologia. Doente em aparente choque cardiogénico, em contexto de insuficiência cardíaca aguda de etiologia mista. Assumido choque cardiogénico por provável miocardite (farmacologia – azatioprina, ou até vírica) ou menos provavelmente miocardiopatia isquémica. Doente estabilizado e transferido para o

serviço de Medicina Intensiva.

**Conclusão:** O choque cardiogénico em contexto de miocardite causada por toxicidade a fármacos, embora raro, deve ser sempre considerado, pelo risco de rápida evolução desfavorável do quadro clínico do doente, com importante morbimortalidade associadas. A azatioprina encontra-se descrita na literatura como causa demonstrada destas situações.

## PO 123

### **DERMATOSE BOLHOSA HEMORRÁGICA INDUZIDA POR HEPARINA DE BAIXO PESO MOLECULAR: UMA ENTIDADE A NÃO ESQUECER**

Rita Bragança; Mariana Esteves; Daniela Viana; Margarida M. Montes; Sónia Carvalho; Paulo Carrola; Fernando Salvador  
*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro*

**Introdução:** A dermatose bolhosa hemorrágica (DBH) induzida por heparina de baixo peso molecular (HBPM) é uma ocorrência rara, descrita pela primeira vez em 2006, com menos de 100 casos relatados na literatura. A DBH pode ocorrer na forma generalizada ou localizada e habitualmente surge nos locais distais ao local de administração. Os mecanismos que a sustentam ainda carecem de elucidação.

**Caso clínico:** Sexo masculino, 67 anos, autônomo para as AVDs, FNS preservadas, com antecedentes pessoais de múltiplos FRCV, carcinoma células renais claras e diagnóstico recente de trombose VCS. Recorre ao SU por aparecimento de lesões bolhosas hemorrágicas, não pruriginosas, com início nos 10 dias precedentes, confinadas ao dorso de ambas as mãos. Negava equimoses fáceis e perdas hemáticas macroscópicas. Negava sintomatologia constitucional, nomeadamente febre. Da anamnese, a destacar ainda introdução recente de hipocoagulação com HBPM (tinzaparina sódica), no contexto de trombose da VCS. Ao exame objectivo, he-

modicamente estável, normocardico e apirético. A destacar apenas lesões bolhosas de dimensões variáveis, a maior com aproximadamente 1cm, localizadas no dorso das mãos, bilateralmente. Do estudo complementar, hemograma com contagem plaquetar sem alterações, VS<20 mm1ºh, PCR negativa, sem coagulopatia, rastreio de ANAs por IF negativo, sem consumo de complemento, imunoglobulinas e electroforese de proteínas séricas sem alterações, estudo SAF negativo, crioglobulinas e porfirinas na urina de 24h dentro da normalidade e anticorpos anti-pele (anti-BP180/230, anti-membrana basal da epiderme, anti-desmogleina 1 e 3, anti-cola-génio tipo IV) negativos. Realizou biópsia das lesões cujo exame histológico revelava “pele sem lesões displásicas, na derme papilar com acentuada hemorragia intersticial, sem infiltrado inflamatório associado, sem lesões de vasculite ou espessamento da parede dos vasos. O resultado do estudo de imunofluorescência direta com os soros IgG, IgA, IgM e C3, do fragmento recebido a fresco foi negativo”. Assim, após excluídas as principais hipóteses de diagnóstico diferenciais, foi possível filiar as lesões bolhosas hemorrágicas como efeito secundário da administração de HPBM. Procedeu-se à suspensão do fármaco, com início de hipocoagulação com DOAC. Após 2 semanas apresentava resolução completa das lesões, sem recrudescência até ao momento. **Conclusão:** A DBH é uma reação adversa incomum à administração de HBPM, com curso clínico indolente e de bom prognóstico. Habitualmente, as lesões regridem dentro de 7 a 14 dias. Este caso, pela sua raridade, pretende alertar para a existência desta entidade subdiagnosticada. De acordo com a nossa experiência, bem como o corroborado pela literatura, a mudança para anticoagulantes orais alternativos e a descontinuação imediata de HBPM parecem ser a melhor estratégia terapêutica.

## PO 124

### DOR ABDOMINAL INOCENTE, SITUAÇÃO ONCOLÓGICA CATASTRÓFICA

Mariana Ramos; Inês Ambrosio; Frederica Ferreira; Filipe Borges Rodrigues; Graça Amaro  
*Hospital de Santarém*

**Introdução:** A dor abdominal é um sintoma muito comum de ida ao serviço de Urgência (SU) e a interpretação constitui um desafio para o médico. Frequentemente refere-se a doença intra-abdominal, mas devemos manter um alto nível de suspeição clínico para todas as outras patologias. Os autores apresentam um caso de neoplasia avançada em que o primeiro sintoma constituiu dor abdominal. **Caso clínico:** Homem, 66 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, SAHOS, fumador activo (40UMA) e perturbação por consumo de álcool, recorreu ao SU por dor no hipocôndrio direito, tipo picada, constante, com 3 dias de evolução. Automedicou-se com analgésicos sem alívio. Objetivamente apresentava-se apirético, sem sintomatologia respiratória, com abdomen timpanizado, abaulamento nos flancos e ligeira hiperestesia à palpação no epigastro/lobo esquerdo do fígado. Dos exames à entrada destacou-se analiticamente leucocitos 10.6X10E9/L, neutrófilos 7900 e PCR 6.16 mg/dL; pesquisa SARS-COV-2 negativa; RX torax com condensação no terço superior hemitorax esquerdo; TC toracoabdominopelvica com imagem pulmonar nodular espiculada à esquerda a esclarecer, ausencia de derrame pleural, formações ganglionares mediastínicas de dimensões no limite superior da normalidade e nódulos bilaterais nas glândulas supra-renais. Ficou internado ao cuidado da Pneumologia para marcha diagnóstica. Realizou BATT inconclusiva. Posteriormente voltou ao SU por crise convulsiva. Efetuou TC crancioencefálica que revelou várias lesões com componente hemático, edema vasogénico, apagamento de

sulcos e moldagem de ventrículos. Evoluiu para hemiplegia. Efetuou algumas sessões de radioterapia. Faleceu 3 meses após o diagnóstico.

**Conclusões:** O cancro do pulmão é caracterizado pelo crescimento celular descontrolado em tecido pulmonar mas pode-se manifestar na ausência de sintomatologia respiratória. O tabagismo é o principal fator de risco para cancro do pulmão. Trata-se da neoplasia com maior taxa de mortalidade a nível global.

Este caso espelha a versatilidade da dor abdominal e da importância da história clínica pormenorizada, ainda que em contexto de urgência, bem como a realização de exames complementares cruciais, levando por vezes a diagnósticos inesperados.

## PO 125

### **ILEOCOLITE EM CONTEXTO DE INFEÇÃO CONCOMITANTE POR VÍRUS EPSTEINBARR, CITOMEGALOVÍRUS, ADENOVÍRUS E CLOSTRIDIUM DIFFICILE**

João Lopes; Cristiana Ferreira Teles;  
Ana Raquel Figueiredo; Teresa Guimarães Rocha;  
Rita Diz; Micaela Nunes Sousa; Helena Maurício;  
Miriam Blanco

*ULSNE, Unidade Hospitalar de Bragança*

**Introdução:** Múltiplos agentes infecciosos podem levar ao desenvolvimento de ileocolite, pelo processo inflamatório subjacente à infeção e disbiose intestinal. Vírus hepatotrópicos como o vírus epsteinbarr e o citomegalovírus estão associados ao desenvolvimento e períodos de agravamento de indivíduos com doença inflamatória intestinal.

**Caso clínico:** Homem de 35 anos, com antecedentes irrelevantes, sem medicação habitual. Recorre ao serviço de Urgência por quadro com 3 dias de evolução, com dor abdominal epigástrica, sensação de enfartamento, náuseas e febre vespertina (máximo de 38.5°C). Nega vômitos ou diarreia. Nega sintomas constitucionais. Sem outras queixas. Refere ter tido quadro clínico semelhan-

te na semana anterior com diarreia e febre, tendo começado a trabalhar há poucos dias num lar de idosos. Exame objetivo inocente. Analiticamente: MNM negativos; com lise hepatocelular, hiperbilirrubinemia e elevação de GGT; sem coagulopatia. TC abdominopélvico revela ileocolite com hepatoesplenomegalia e adenopatia mesentérica. Feito rastreio, com positividade para vírus EpsteinBarr, citomegalovírus (CMV), Adenovírus e *C. difficile* (toxinas e antigénio). Assumido o diagnóstico de ileocolite em contexto infeccioso, com lesão hepática de padrão hepatocelular associada. Caso discutido com Gastroenterologia, com concordância diagnóstica e indicação de evolução favorável expectável em 2 a 5 dias. O doente manteve-se hemodinamicamente estável, eupneico, subfebril, subictérico e com fezes semi-líquidas. Ficou em observação durante 5 dias, com evolução clínica e analítica favoráveis, cumprindo 4 dias de vancomicina oral dirigida para clostridium e medidas de suporte sintomático. Na alta, assintomático, apirético, hemodinamicamente estável. Orientado para reavaliação posterior em consulta.

**Conclusão:** As infeções simultâneas com múltiplos agentes, embora raras, existem e devem ser consideradas na nossa prática clínica. A sobrecarga da infeção por um agente, aumenta a probabilidade de outra infeção se impor. Os indivíduos que trabalham em lares ou outras instituições de Saúde estão em maior risco de infeção pelo contacto diário com múltiplos patogénios, muitos destes com resistências adquiridas.

## PO 126

### MONONUCLEOSE POR CITAMEGALOVÍRUS NO ADULTO JOVEM IMUNOCOMPETENTE

Rui Ribeiro; Mauro Gomes Marques;  
Bárbara Lemos; Soraia Pinho Duarte;  
Adriana Bandeira; Margarida Cerqueira;  
Renato Saraiva

*Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André*

**Introdução:** A infeção por citomegalovírus (CMV) em adultos imunocompetentes é maioritariamente assintomática, podendo também apresentar-se como uma síndrome mononucleósica. De forma distinta à mononucleose infecciosa associada ao vírus de Epstein-Barr (EBV), a febre e sintomatologia sistémica são predominantes; já adenopatias cervicais e amigdalite menos frequentes. A infeção aguda é fortemente sugerida pelo aumento da titulação de anticorpos IgM específicos para CMV.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de um homem de 37 anos, previamente saudável, com história de viagem a Marrocos há 1 mês (zonas rurais e montanhosas, recordando picadas de insetos durante esse período); que recorre ao serviço de Urgência com um quadro, com cerca de 12 dias de evolução, de: mialgias com predomínio dos membros inferiores; artralgias de grandes articulações de carácter inespecífico, sem sinais inflamatórios; febre vespertina com temperatura axilar máxima objetivada de 38.5°C; e cefaleias. Já observado pelo médico assistente e medicado empiricamente com doxiciclina (encontrando-se no 4º dia de antibioterapia), sem melhoria do quadro. No exame objetivo da admissão, destaca-se: temperatura subfebril; abdómen mole e depressível, ligeiramente doloroso à palpação dos quadrantes inferiores, sem organomegalias palpáveis ou sinais de irritação peritoneal; adenopatias cervicais, supraclaviculares, axilares e inguinais bilateralmente palpáveis, móveis, não dolorosos e não aderentes. Exantema macular pruriginoso

so fruste no tórax e abdómen, sem aparente escara de inoculação. Analiticamente a referir leucocitose 13100/μL (linfocitose 66,4%) e PCR 22.0 mg/dL; Reação Weil-Félix positiva para serotipo OXK; Reação Paul-Bunnell negativa; Serologias HIV, HCV e HBV negativas. Ecografia abdominal com esplenomegália ligeira. Perante este quadro inespecífico optou-se pela manutenção de antibioterapia com doxiciclina, posteriormente interrompida por se verificar serologias de *Rickettsia conorii* negativas. Títulos elevados de anticorpos IgM anti-CMV e baixa avidéz para anti-CMV IgG, confirmaram o diagnóstico de mononucleose a CMV. A referir também VCA IgM e IgG anti-EBV positivos, admitindo-se eventual reação cruzada. Restante estudo microbiológico sérico e urinário negativo.

**Conclusão:** Com este trabalho, os autores pretendem demonstrar que aquando da realização de diagnóstico diferencial de febre sem foco, sintomatologia sistémica inespecífica (incluindo dermatológicos, com rash presente em cerca de 1/3 dos casos) e linfocitose, a entidade de mononucleose por CMV deve ser considerada, a par com outras mais frequentemente faladas (EBV, zoonoses, doenças linfoproliferativas...).

## PO 127

### QUANDO UMA DOENÇA AUTOIMUNE NÃO VEM SÓ

David Ferro Tomás; Joana Silvério Simões;  
Valéria Zaruba; Mafalda Figueira;  
Hugo Barros Viegas; Bárbara Lobão  
*Centro Hospitalar de Setúbal*

**Introdução:** A poliautoimunidade constitui um verdadeiro desafio clínico. A exacerbação aguda da doença autoimune com necessidade de tratamento emergente é infrequente e raramente isolada, e por isso, deve envolver uma resposta coordenada e multidisciplinar em contexto do serviço de Urgência.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso de uma doente do sexo feminino de 22 anos com an-

tecedentes de hepatite autoimune Tipo 1 diagnosticada aos 14 anos (ANA positivo 1/320 (Padrão mosqueado), Anti SLA/LP ++++; ASMA com f-actina +), Síndrome de Sjogren (Anti-S-SA-Ro52 ++, FR+, hipergamaglobulinemia, hipocomplementemia C4) com provável overlap com esclerodermia (capilaroscopia esclerodermia-like), tiroidite autoimune com hipotiroidismo (anti-TPO +) e beta-talassemia. Sob terapêutica com prednisolona, micofenolato, hidroxicloroquina, azatioprina e levotiroxina, com cumprimento errático desde 2021 e abandono das consultas de Hepatologia e Reumatologia. Recorre ao serviço de Urgência, em abril de 2023, por queixas de cansaço fácil, mialgias, edema generalizado, aumento do volume e dor abdominal desde há cerca de 3 semanas. Na observação a destacar pirexia, taquicardia, lesões equimóticas dispersas, fêveres crepitantes finos bilaterais, ascite grau 2, edemas dos membros superiores e inferiores, *puffyhands*. Analiticamente revelava pancitopenia (hemoglobina de 4.8 g/dL), leucócitos (3700 U/L), plaquetas 94000U/L, Coombs negativo, INR 3.1, hipoalbuminemia (0.9 g/dL), citocolestase ligeira (FA 341 U/L; AST 111 U/L e PCR 9.1 mg/dL). Radiografia de tórax com padrão reticulo-nodular difuso bilateral. A ecografia abdominal revelou fígado aspeto crenado irregular a sugerir cirrose. O corolário destes elementos sugeria provável progressão da doença, justificada pelo incumprimento terapêutico. Neste contexto, realizou tratamento de suporte com transfusão sanguínea, fluidoterapia, antibioterapia empírica e em discussão com a gastroenterologia, colocou-se a hipótese de um quadro clínico de acute-on-chronic liver failure (CLIF-SOFA: 8 pontos – CLIF-ACLF: 30 pontos). Foi estabelecido o contacto com a Hepatologista assistente, tendo sido decidido a transferência para a unidade de cuidados intermédios do hospital onde mantinha já um longo seguimento, após estabilização inicial da doente. A

doente obteve recuperação do quadro inicial e teve alta para consulta externa.

**Conclusão:** Este caso ilustra a importância de uma resposta em rede multidisciplinar da exacerbação aguda da doença auto-imune, idealmente com a colaboração do médico assistente, permitindo a consultoria e referência atempada que se traduz numa gestão clínica eficiente e otimizada como melhores resultados para o doente.

## PO 128

### ROTURA DE ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL – UM CAUSA MENOS FREQUENTE DE SÍNCOPE

Inês De Almeida Ambrosio; Mariana Moniz Ramos; Mafalda Cordeiro Sousa; Vasco Gaspar; Manuela Grego; Luís Siopa  
*Hospital Distrital de Santarém, EPE*

**Introdução:** Os aneurismas da aorta abdominal são uma patologia frequente em idosos e na sua maioria são assintomáticos. Quando provocam sintomas, o mais comum é a dor, abdominal ou lombar. Os aneurismas sintomáticos comportam maior risco de rotura. A síncope pode ser a forma de apresentação de uma rotura de aneurisma da aorta abdominal, ainda que esta não seja das manifestações mais frequentes.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, de 80 anos, que foi levada ao serviço de Urgência por síncope. Com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, obesidade, implantação de pacemaker por bloqueio auriculo-ventricular completo e epilepsia. Medicada habitualmente com valproato de sódio, clonazepam, lamotrigina, quetiapina, citicolina e clomipramina. Da reconstrução da história com familiar, apuraram-se queixas de dor abdominal recorrente e anorexia, recusa alimentar e perda de peso involuntária significativa nos três meses prévios. À observação inicial, a doente encontrava-se consciente, orientada e colaborante,

hipotensa, taquicárdica e apresentava uma massa palpável de grandes dimensões, consistência dura, pulsátil, dolorosa, na região supra-umbilical e pulsos femorais palpáveis bilateralmente. Realizou TAC abdominal que revelou “volumoso aneurisma da aorta abdominal com sinais de rotura contida por hematoma e pelos tecidos circundantes formando do saco pseudoaneurismático com cerca da 15 cm de diâmetro, em provável risco rotura eminente”. Analiticamente salientava-se Hemoglobina 7.0 g/dL Leucócitos 12100 Neutrófilos 80.1% INR 1.18 Ureia 97.0 mg/dL Creatinina 1.5 mg/dL LDH 324U/L gama-GT 40U/L CK 218 U/L CK-MB- 4.0 ng/mL Troponina Alta Sensibilidade 36.6 ng/L PCR 24.03 mg/dL Procalcitonina 1.51 ng/mL. A doente foi transferida para um centro com Cirurgia Vascular de urgência e submetida a intervenção cirúrgica urgente, que decorreu sem intercorrências.

**Conclusões:** Com este caso pretende-se realçar a importância do exame objetivo completo perante um doente com síncope. Apesar de a doente apresentar alguns fatores de risco, como a idade avançada e a hipertensão, não tinha doença aneurismática previamente conhecida, pelo que os achados da observação abdominal foram determinantes para o levantamento da suspeita diagnóstica. Neste caso, apesar do motivo de ida ao serviço de Urgência não ser a manifestação mais frequente desta patologia, tratando-se de uma doente em idade geriátrica impõe-se a necessidade de pensar em causas atípicas. A rotura de aneurisma da aorta abdominal é uma condição nem sempre fácil de reconhecer e por isso subdiagnosticada, no entanto, a doente apresentava a tríade clássica: dor aguda intensa, massa abdominal pulsátil e hipotensão. Pela elevada taxa de mortalidade que acarreta esta patologia devemos estar alerta para a mesma e incluí-la mais frequentemente no diagnóstico diferencial na abordagem no serviço de Urgência.



## PO 129

### SERÁ APENAS UMA LESÃO RENAL AGUDA?

Tatiana Cardoso; Sofia Camões; Beatriz Silva; Hugo Ventura; Inês Rento; Joaquim Milheiro; Ana Cabral; Ricardo Lavajo; André Martins; Miguel Sequeira; Edite Nascimento  
*Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE*

**Introdução:** O síndrome pulmão-rim ou síndrome de Goodpasteur, é uma vasculite de pequenos vasos na qual os anticorpos, anti-MBG, são direcionados contra um antígeno intrínseco à membrana basal glomerular e à membrana basal alveolar, resultando numa glomerulonefrite rapidamente progressiva e hemorragia alveolar. Pode apresentar-se com sintomatologia pulmonar, como hemoptises, sinal clássico, dispneia ou tosse persistente. Pode, ainda, apresentar-se com hematúria, também característico da doença que reflete o dano aos glomérulos renais, proteinúria e edema das extremidades ou periorbitário, resultante da disfunção renal. O doseamento de anti-MBG faz o diagnóstico da doença, no entanto as biópsias pulmonar e renal também podem ser realizadas para confirmar o diagnóstico, avaliar a extensão da doença e orientar o tratamento.

**Caso clínico:** Os autores apresentam um caso de um homem de 68 anos que recorreu

ao serviço de Urgência por dor hipogástrica, diminuição do débito urinário com um dia de evolução e alteração da função renal constatada em análises do exterior (Creatinina sérica (sCr) 13.25 mg/dL, Ureia sérica (sU) 321 mg/dL). Referia, ainda, polaquíúria, nictúria, esforço para iniciar a micção e sensação de micção incompleta. Dos antecedentes pessoais, destacam-se hipertensão arterial, dislipidemia, doença cardíaca isquémica, hiperplasia benigna da próstata e obesidade. Medicado em ambulatório com perindopril, indapamida, ácido acetilsalicílico, carvedilol, diazepam e paracetamol. Ao exame objetivo, constatou-se presença de globo vesical. Estaria apirético, normocárdico e hipotenso. Posteriormente o doente foi algaliado com saída de urina clara em quantidade abundante. Dada a melhoria das queixas após algaliação levantou-se a suspeita inicial de nefropatia obstrutiva, com possível contributo pré-renal (hipotensão à admissão e medicado previamente com Inibidor da enzima conversora da angiotensina e diurético tiazídico). Analiticamente apresentava sU 332 mg/dl; sCr 4,5 mg/dl; Potássio 6,34 meq/L; Proteína C Reativa (PCR) 3,6 mg/dl. Realizou ecografia renal e vesicular, que apresentava “aumento da refletividade do parênquima que pode traduzir nefropatia.” Sem outras alterações relevantes. Ficou internado para manutenção de cuidados. Apesar da diurese mantida, não se constatou a melhoria da função renal expectável para a hipótese diagnóstica previamente descrita. Desta forma, foi alargado estudo complementar do qual se destaca eritrocitúria marcada, rácio proteína/creatinina (RPC) 4.4 g/g e anti-MBG positivo em título elevado. No segundo dia de internamento queixas de expectoração hemoptóica sem queixas focalizadoras de infeção. Nesse contexto, TC-tórax, que mostrava “(...) à direita sobretudo em localização peribroncovascular e perihilar discretas áreas de aumento de densidade, de aspecto em vidro despolido,

envolvendo sobretudo o lobo superior e lobo inferior direitos, no contexto sugestivo de atingimento pulmonar. (...) pequena área de vidro despolido no segmento superior do lobo superior direito, adjacente à cissura à qual atribuímos igual etiologia (provável hemorragia alveolar)” alterações em vidro despolido muito discretas”. Neste contexto foi avaliado pela Pneumologia e realizou broncofibroscopia (BFO) com presença de macrófagos no Lavado broncoalveolar (LBA), sem evidência de células neoplásicas, confirmando hemorragia alveolar difusa. Confirmado o diagnóstico de síndrome goodpasteur iniciou hemodialise para otimização do ambiente urémico, plasmaferese diária, pulsos de metilprednisolona e ciclofosfamida.

No quinto dia de internamento iniciou quadro grave de hemoptises e insuficiência respiratória de novo, pelo que foi internado numa unidade de cuidados intensivos (UCI) com necessidade de ventilação mecânica invasiva para proteção de via aérea, realizando, ainda, vários pool de plaquetas e 2 unidades de concentrado eritrocitário. Foram feitos doseamentos sucessivos de anti-MBG e, quando em decrescendo considerou-se segura a extubação do doente com posterior retorno à enfermaria.

**Discussão:** Apesar de síndrome pulmão-rim ser uma entidade rara é, também, potencialmente fatal o que torna importante o diagnóstico precoce. O tratamento desta entidade passa pela imunossupressão, plasmaferese e hemodiálise. Ao diagnóstico, o prognóstico é condicionado pela existência de oligúria, fibrose avançada, mais de 50% de crescentes na biopsia renal, uma sCr superior a 5,7 mg/dL ou a necessidade de diálise. Quando diagnosticado precocemente e tratada adequadamente, como foi o caso, muitos doentes apresentam uma melhoria significativa dos sintomas e podem mesmo alcançar a remissão da doença. No entanto, em alguns casos,

apesar do tratamento inicial adequado, pode progredir para insuficiência renal crónica ou insuficiência pulmonar.

### PO 130

#### PELE ESCALDADA AO ALOPURINOL

Sofia Camões; Beatriz Silva; Tatiana Cardoso; Hugo Ventura; André Martins; Ana Cabral; Rachel Silvério; Ricardo Lavajo; Miguel Sequeira; Edite Nascimento

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

**Introdução:** A síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e a necrólise epidérmica tóxica (NET) são reações mucocutâneas raras mas graves, caracterizadas por extensa necrose e descolamento da epiderme. Distinguem-se pela área de pele envolvida, SSJ <10%, NET > 30%, sendo que o envolvimento de 10-30% é considerado sobreposição SSJ/NET. Ambos se apresentam com febre e sintomas prodrómicos gripais antes do desenvolvimento de lesões mucocutâneas (ocorrem em aproximadamente 90% dos casos) e cutâneas. Inicialmente apresentam-se com máculas eritematosas mal definidas com lesões alvo atípicas que progridem para vesículas e bolhas e descamação da epiderme. As complicações associadas podem ser graves, incluindo desequilíbrios hidroeletrólíticos, choque hipovolémico, infeções secundárias, estados hipercatabólicos e disfunção multiorgânica.

**Caso clínico:** Mulher de 78 anos, admitido no SU por erupções cutâneas com um dia de evolução e febre (Temperatura máxima de 38,5°C). A destacar, como antecedentes pessoais, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial essencial e esquizofrenia. Medicado com perindopril, indapamida, amlodipina, metformina, insulina glargina 100, olanzapina e laxantes. Após contacto com o lar foi constatado que não houve introdução de novos fármacos, nem mesmo esporádicos (ex. AINEs) ou novos produtos quer de limpeza ou de

cuidado da roupa. No entanto, com prescrição recente de alopurinol 300 mg, dispensada. Ao exame objetivo, a doente encontrava-se hemodinamicamente estável, a destacar, queimaduras de 2º grau de toda a região dorsal, face e tórax anterior, com atingimento da mucosa oftálmica, oral e genital. Adicionalmente com eritema disperso no abdómen e membros inferiores que atingia cerca de 25% da superfície corporal. Analiticamente com anemia microcítica, trombocitopenia, lesão renal aguda e elevação das transaminases. Foi realizada ressuscitação volémica segundo fórmula de parkland, corticoterapia e analgesia e transferiu-se posteriormente a doente para o serviço de Dermatologia.

**Discussão:** O caso apresentado representa uma sobreposição SSJ/NET. Trata-se de uma condição associada a elevadas taxas de mortalidade por complicações agudas. O doente apresentava à admissão envolvimento multiorgânico, que prevê um mau prognóstico.

### PO 131

#### UM CASO DE BRUCELOSE

Ana Paula Rezende; Nidia Calado; Armando Cruz Nodarse; Isabel Lavadinho  
*ULSNA*

A brucelose é uma zoonose, derivando as infeções humanas de contacto direto ou indireto com a infeção animal. Atualmente e de acordo com a Organização Mundial de Saúde julga-se que, mesmo nos países desenvolvidos, a verdadeira incidência da brucelose poderá ser cinco ou mais vezes superior à que os números oficiais sugerem. Este facto é atribuído ao sub diagnóstico e à sub declaração “obrigatória”.

Doente do sexo masculino, 35 anos, operário no tratamento do lixo. Recorreu ao serviço de Urgência por febre, calafrios, mialgias, mal-estar geral e toracalgia com uma semana de evolução. Sem antecedentes pessoais relevantes e sem medicação habitual. Negou

viagens recentes para países com patologia endémica, não tem contacto com animais, nem bebe água não canalizada. Referiu apenas que ingeriu requeijão de origem não controlada recentemente. Ao exame objetivo destacava-se: temperatura timpânica de 39,4°C, calafrios e abdómen mole, depressível, ligeiramente doloroso à palpação no hipogastro, sem defesa, sem massas nem organomegalias palpáveis. Analiticamente, destacava-se leucocitose de 12470, neutrófilos 10910, Teste Rosa de Bengala e Teste de Huddleson: Positivos. Foi diagnosticado com brucelose e medicado com rifampicina 900 mg/dia e doxicilina 100 mg 2 vezes por dia durante 6 semanas. Doente teve uma evolução favorável clínica e analiticamente. Uma vez que a sintomatologia da brucelose é, muitas vezes, inespecífica, é importante, para a suspeita clínica, obter uma história detalhada, que inclua a ocupação, o contacto com animais, viagens a áreas endémicas e a ingestão de alimentos de risco (produtos lácteos não pasteurizados, por exemplo).

### PO 132

#### **DOUTOR JÁ NÃO POSSO COM ESTA DOR!**

Sara Nunes Gomes; Sofia Almada; Elisa Caldeira; Mónica Jardim; Teresa Silva; Rita Rodrigues; Maria da Luz Brazão; Teresa Faria  
*Hospital Dr. Nélio Mendonça*

**Introdução:** As cefaleias são das queixas mais comuns apresentadas pelos doentes. São um sintoma inespecífico que está presente em múltiplas patologias, constituindo um desafio para o internista.

**Caso clínico:** Homem, 64 anos, autónomo nas atividades de vida diárias. Sem antecedentes pessoais ou medicação habitual. Sem alergias conhecidas. Recorre ao serviço de Urgência por cefaleias na região temporal bilateramente, com uma semana de evolução. Referia agravamento da intensidade e frequência da dor no mesmo dia, associado a um episódio

de vômito e lipotímia. À admissão apresentava-se consciente e orientado no tempo e espaço, ECG 15, normotenso e normocárdico, eupneico em ar ambiente, SaO<sub>2</sub> 98%. Ao exame neurológico salientava-se apenas anisocoria. Auscultação cardiopulmonar dentro da normalidade, bem como restante exame objetivo. Do estudo analítico pedido, não apresentava alterações no hemograma, coagulação, ionograma, função renal, hepática, bem como aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizou TAC-CE com angio e venografia que revelou defeito de preenchimento dos vasos venosos extenso, que envolvia a veia jugular interna esquerda, seio sigmoideu e transversos. Foi admitido em internamento na U-AVC, por trombose cerebral venosa. Iniciou anticoagulação subcutânea com enoxaparina. Regressou à sua residência após 7 dias de internamento e foi referenciado à consulta de Medicina Interna de doenças cerebrovasculares, para reavaliação do quadro clínico.

**Discussão:** Tendo em conta a crescente prevalência da doença cerebrovascular, os autores gostariam de salientar, não só a importância de realizar uma história clínica e exame objetivo minuciosos, identificando sinais de alarme, mas também de realizar exames complementares de diagnóstico de forma criteriosa. Desta forma, podemos identificar precocemente estas patologias, promovendo o tratamento atempado, numa unidade própria, o que irá traduzir um melhor prognóstico para estes doentes.

**Abreviaturas:** ECG: Escala de coma de glasgow; SaO<sub>2</sub>: Saturação periférica de oxigénio; TAC-CE: Tomografia Axial Computorizada; TGI: Trato gastrointestinal; TGU: Trato genito-urinário;



## Organização



## Patrocínio Científico



## Major Sponsors



## Sponsors



## Secretariado

**ad**médic<sup>+</sup> paula.cordeiro@admedic.pt | paulo.jorge@admedic.pt