

9^o Congresso Nacional da URGÊNCIA

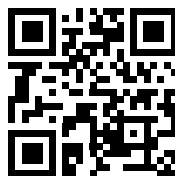
Remar ao futuro

4 a 6 de outubro de 2024
Hotel Eurostars Oasis Plaza | Figueira da Foz

CURSOS | 3 e 4 de outubro



Programa



Congresso Nacional DA URGÊNCIA

Presidente do Congresso

Pedro Cunha

Secretária-Geral do Congresso

Sónia Campelo Pereira

Comissão de Honra

Bastonário da Ordem dos Médicos

Carlos Cortes

Presidente da Câmara Municipal da Figueira da Foz

Pedro Santana Lopes

Presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Interna

Faustino Ferreira

Presidente da Direção da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

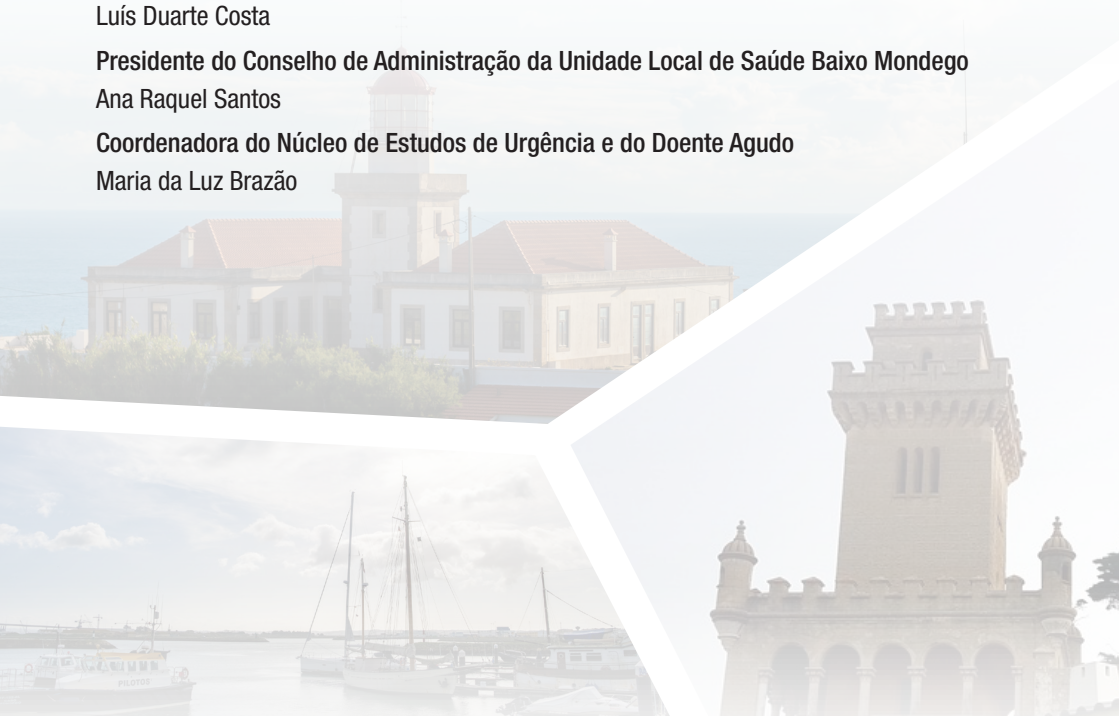
Luís Duarte Costa

Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde Baixo Mondego

Ana Raquel Santos

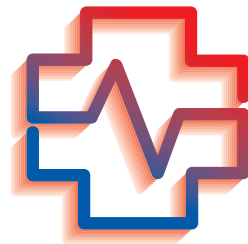
Coordenadora do Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo

Maria da Luz Brazão



Comissão Organizadora

Filipa Batista
Inês Mesquita
Pilar Lopez
Ricardo Gomes
Rita Correia
Rosário Santos Silva
Sónia Campelo Pereira
Susana Cunha



Comissão Científica

Abílio Gonçalves
Amélia Pereira
Ana Isabel Gomes
Ana Rita Ramalho
Andreia Costa Andrade
Andreia Vilas Boas
António Martins Baptista
Belmiro Parada
Carina Matos
Carolina Garcia Vidal
Catarina Camarneiro
Daniela Azevedo
Daniela Seixas
David Rodrigues
David Rothwell
Eduardo Costa
Fátima Guedes
Faustino Ferreira

Filipa Batista
Filipa Rodrigues
Francisca Sarmento
Francisco Cubal
Inês Mesquita
Irene Carvalho
Isabel Fonseca
João Luís Gouveia
José Mariz
José Pedrosa
Lilian Campos
Luís Duarte Costa
Maria da Luz Brazão
Maria João Lobão
Maria João Vieira
Natacha Abreu
Nuno Bernardino
Patrícia Almeida

Pedro Cunha
Pilar Lopez
Renato Pinto
Ricardo Ascensão
Ricardo Gomes
Ricardo Louro
Rita Correia
Rosário Santos Silva
Sara Faria
Sofia Duque
Susana Cunha
Susana Magalhães
Susana Marques
Tiago Branco
Vasco Neves

Júri dos Prémios

Amélia Pereira
Andreia Vilas Boas
António Martins Baptista



9^o Congresso Nacional DA URGÊNCIA



Cursos-Pré Congresso

Ao fazer inscrição num dos cursos tem oferta da inscrição no congresso. Para validar a mesma deverá enviar email para o secretariado formalizando o pedido de inscrição.

CURSO 1 | 3 DE OUTUBRO

Local: Figueira da Foz

A GRÁVIDA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

09:00-09:45h	PCR e TDC Catarina Conceição
09:45-10:45h	HTA e síndromes HTA Sofia Mateus
10:45-11:00h	Coffee Break
11:00-12:00h	Dor torácica e palpitações Daniela Brigas
12:00-13:00h	Cefaleia e outros síndromes neurológicas Ana Oliveira
13:00-14:00h	Almoço
14:00-15:15h	Febre Úrsula Segura
15:15-16:00h	Intoxicações Isabel Montenegro Araújo
16:00-16:15h	Coffee Break
16:15-17:00h	Dispneia Catarina Conceição
17:00-18:00h	Dor abdominal Sofia Mateus
18:00h	Fim do Curso

CURSO BÁSICO DE MEDICINA INTENSIVA – B-LEARNING

Formadores: César Vieira, Cleide Barrigoto, Irina Silva, Joana Cabrita, José Paxiuta, Nuno Germano, Paulo Baltazar, Rui Garcês e Raquel Cavaco

3 DE OUTUBRO

08:30-09:00h Apresentação de formadores e formandos

09:00-10:30h Prática de Ventilação

10:30-11:00h Intervalo

11:00-12:30h Prática de Ventilação

12:30-13:30h Almoço

13:30-14:00h Teórico-prática de Rim

14:00-15:30h Prática de Rim

15:30-16:00h Intervalo

16:00-17:30h Prática de Rim

17:30h Encerramento 1º Dia

DIA 4 DE OUTUBRO

09:00-10:15h Prática de Hemodinâmica

10:15-10:45h Intervalo

10:45-12:00h Prática de Hemodinâmica

12:00-13:00h Almoço

13:00-15:00h Prática de Hemodinâmica

15:00h Encerramento

**VNI E ONAF: ALICERCES NA ABORDAGEM DO DOENTE
COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA**



Horário: 09:00-13:00h com pausa às 11:00h (30 minutos).

Formador: Denny Marques

I. Introdução

II. Fisiopatologia: Falência respiratória aguda e ventilação

III. VNI

1. Fundamentos teóricos
2. Indicações e contraindicações
3. Ventiladores, modos ventilatórios e parametrização
4. Interfaces e acessórios
5. Prática Clínica: Início, monitorização e resolução de problemas

IV. ONAF

1. Fundamentos teóricos
2. Benefícios clínicos
3. Indicações: Doente agudo e doente crónico
4. Contraindicações
5. Componentes dos sistemas de ONAF
6. Prática Clínica: Início, monitorização e resolução de problemas

V. Casos clínicos

VI. Demonstração de equipamentos



Sexta-feira | 4 de outubro de 2024

14:00h

Abertura do Secretariado

15:00-16:00h

APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

Moderadores: Abílio Gonçalves e Patrícia Almeida

Sala A

CO 01 | CO 02 | CO 03 | CO 04 | CO 05 | CO 06

Sala B

Moderadores: Rosário Santos Silva e Ricardo Gomes

CO 07 | CO 08 | CO 09 | CO 10 | CO 11 | CO 12 | CO 16

16:00-16:30h

CONFERÊNCIA

Sala A

COVID-19: AINDA É MOTIVO DE URGÊNCIA?

Palestrante: Carolina Garcia Vidal



16:30-17:00h

Pausa para café

- 17:00-17:30h **CERIMÓNIA DE ABERTURA**
- 17:30-18:30h **CONFERÊNCIA DE ABERTURA**
SU SOB PRESSÃO: HÁ SOLUÇÃO?
Presidente: Faustino Ferreira
Palestrante: Pedro Cunha
- 18:30h Fim das sessões do 1º dia



Sábado | 5 de outubro de 2024

- 07:30h Abertura do Secretariado
- 08:00-09:00h **APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES**
Moderadoras: Susana Magalhães e Sara Faria
POA 01 | POA 02 | POA 03 | POA 04 | POA 05 | POA 06 | POA 07
Moderadoras: Andreia Vilas Boas e Rita Correia
CO 13 | CO 15 | CO 17
- 09:00-10:30h **MESA-REDONDA**
NOVA GESTÃO DOS SU (ULS /CRI)
Moderadores: Pedro Cunha e António Martins Baptista
SU de um hospital privado
Luís Duarte Costa
Urgência em modelo CRI
João Luís Gouveia
“Ligue antes, salve vidas”
Carina Matos
- 09:00-10:30h **ENCONTROS COM O ESPECIALISTA**
ONCOLOGIA
Hipercalcemia maligna
Daniela Azevedo
Síndrome lise tumoral
Francisco Cubal
Síndrome da veia cava superior
David Rothwell
Caso clínico
David Rothwell

- 10:30-11:00h Pausa para café

11:00-12:00h

Sala A

CONFERÊNCIA

A HUMANIZAÇÃO DO SU

Presidente: Rosário Santos Silva

Palestrante: Irene Carvalho

11:00-12:30h

Sala B

ENCONTROS COM O ESPECIALISTA PELE E TECIDOS MOLES

Síndrome de Dress

Andreia Vilas Boas

Fasceíte

Rui Rainho

Vasculite

Ivo Barreiro

Caso clínico

Inês Bertão

12:00-13:00h

Sala A

CONFERÊNCIA

GESTÃO ECONÓMICA DO SU

Presidente: Maria da Luz Brazão

Palestrante: Eduardo Costa

13:00-14:30h

Almoço

14:30-16:00h

Sala A

SESSÃO DE DEBATE

NOVA ERA DA MEDICINA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Moderadores: Natacha Abreu e José Mariz

Importância da anamnese

Isabel Fonseca

O interno e os MCDT's

Francisca Sarmiento

Erro médico

Andreia Costa Andrade

15:30-17:00h

Sala B

ENCONTROS COM O ESPECIALISTA MIX

Mal convulsivo

Inês Cunha

Infecções respiratórias atípicas

Ana Isabel Loureiro

Síndrome coronário agudo

Bruno Rodrigues

Caso clínico

Bruno Rodrigues

16:00-17:00h

Sala A

HOT TOPIC

HÁ ESPAÇO PARA ANGIOTAC CORONÁRIA NA URGÊNCIA?

Moderadora: Susana Cunha

Palestrante: Maria João Vieira

Caso clínico

Catarina Camarneiro

17:00-17:30h

Pausa para café

17:30-18:30h

Sala A

MESA-REDONDA

O IDOSO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Moderadores: Filipa Rodrigues e Ricardo Ascensão

Apresentação do artigo “*Overnight stay in the emergency department and mortality in older patients*”

Catarina Camarneiro

Abordagem do *delirium* no serviço de Urgência

José Mariz

Abordagem da polimedicação no serviço de Urgência

Ana Rita Ramalho

Apresentação dos posters da EUSEM traduzidos pelo NEGERMI e pelo NEUrgMI

Sofia Duque

18:30-19:00h

Sala B

APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

Moderadores: António Martins Batista e Inês Mesquita

CO 18 | CO 19 | CO 20 | CO 21 | CO 22

19:00h

Fim das sessões do 2º dia



Domingo | 6 de outubro de 2024

07:30h

Abertura do Secretariado

08:00-09:00h

Sala A

APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

Moderadoras: Susana Cunha e Sónia Campelo Pereira

POA 08 | POA 09 | POA 10 | POA 11 | POA 12 | POA 13 | POA 14 | POA 15 | POA 16

Sala B

Moderadoras: Amélia Pereira e Pilar Lopez

CO 23 | CO 24 | CO 25 | CO 26 | CO 27

09:00-10:30h

Sala A

MESA-REDONDA

DIGITAL HEALTH

Moderadores: Ricardo Gomes e Tiago Branco

Paciente digital no SU

José Pedrosa

SONHO 3 no SU

Renato Pinto

Plataforma Clínico-Social

Sara Faria

Apps e plataformas de apoio ao médico

David Rodrigues

09:00-10:30h

Sala B

ENCONTROS COM O ESPECIALISTA

MÉDICOS? CIRÚRGICOS?

Hematúria macroscópica

Lilian Campos

Cólica renal

Belmiro Parada

Protocolo de hemorragia maciça

Vasco Neves

Caso clínico

Vasco Neves

10:30-11:00h

Pausa para café

11:00-11:45h

Sala A

HOT TOPIC

SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Moderadora: Pilar Lopez

Palestrante: Ana Isabel Gomes

11:45-12:30h

Sala A

CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Presidente: Amélia Pereira

Palestrante: Daniela Seixas

12:30-13:00h

Sala A

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

Entrega de prémios





CO 01

SINAL DO GRÃO DE CAFÉ

Inês Silveira; Marta Álvarez Rebassa; Soraia Araújo;
Inês Araújo; Marta Pereira; Ana Isabel Oliveira;
Martinha Vale; Leticia Malheiro
Hospital de Braga

Doente do sexo masculino, 70 anos, AP de HTA, DM2, dislipidemia, FA e IC com FEVE 35%, autonomo, recorre ao SU por dor abdominal e vômitos com uma semana de evolução e ausência de trânsito intestinal há 4 dias. Sem alterações de relevo no estudo analítico e na GSA. Ao exame físico com abdómen distendido e muito doloroso, o doente faz TC abdominopélvico que mostra uma marcada dilatação do cólon sigmóide proximal, com um calibre máximo de 8.5cm, sendo estas alterações muito sugestivas de volvulo do sigmóide. Foi contactada cirurgia geral e gastroenterologia e acaba-se por decidir a realização de uma EDB para desvolvulação endoscópica, que foi realizada com sucesso e com melhoria significativa da clínica. Após ter sido vigiado durante 24h, tolerado alimentação e ter tido TI no SU, este teve alta.

6 dias depois, o doente volta ao SU por dejeções líquidas e dor abdominal com 3 dias de evolução e síncope nesse mesmo dia. Objetivada T de 37.9°C no SU, ligeira taquicardia de Fc 105 e hipotensão de 86/51. Ao exame objetivo com um abdómen distendido e pouco depressível, muito doloroso a palpação com defesa. GSA demonstrava uma IR tipo 1 e lactatos de 6. EA com anemia de 12, trombocitopenia de 110000, LRA com Cr de 3.2

e hipocaliemia de 3.1. Foi pedida TC abdominopélvica que demonstrou distensão massiva do cólon sigmóide com volvo, de calibre máximo de 10.9cm (topograma da TC em anexo- sinal do grão de café). Foi realizada EDB que mostrou necrose total do reto, pelo que não se progrediu (imagem em anexo). Foi ao BO emergente e foi evidenciado um sigmóide muito volumoso e distendido, sem perfusão e recto sem perfusão. Foi realizada colectomia do sigmóide e ressecção do reto alto. Ficou internado no serviço de Medicina Intensiva por choque séptico com ponto de partida abdominal por volvo do sigmóide com necrose do sigmóide e reto e disfunção multiorgânica, com antibióterapia e necessidade de suporte vasopressor. Dada má evolução clínica e ausência de resposta a medidas, o doente acabou por falecer.

CO 02

FENÓMENO DE KERNOHAN-WOLTMAN – UM FALSO LOCALIZADOR NEUROLÓGICO

Catarina Negrão; Rodrigo Neves Brandão;
Marta Machado; Carolina Chumbo;
Maria Carolina Silva; Ana Rita Tomás;
Miguel Achega; Clara Matos
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O fenómeno de Kernohan-Woltman é uma manifestação neurológica paradoxal caracterizada por um défice motor homolateral à lesão cerebral supratentorial. Este fenómeno ocorre devido ao desvio das estruturas da linha média, que condiciona herniação transtentorial e consequente compressão das fibras piramidais contralaterais

localizadas no cerebelo homolateral à lesão.

Caso: Sexo feminino, 42 anos, melanodérmica, natural da Guiné-Bissau, em Portugal há 10 anos com seguimento médico irregular por infeção VIH-1 sob abacavir, lamivudina e dolutegravir, doença renal crónica (DRC) em estadio 5 em fase pré-hemodiálise, hipertensão arterial e síndrome de Wolff-Parkinson-White.

Recorreu ao serviço de urgência por astenia, cansaço, mal-estar inespecífico, náuseas e vômitos. Sem história de febre ou edema periférico.

Apresentava tensões arteriais sistólicas ~190-200mmHg, vigil e orientada, lentificada, taquipneica, sem défices neurológicos focais. Gasimetricamente (FiO2 21%) com acidemia metabólica (pH 7.15, pCO2 20.8 e pO2 116 mmHg, HCO3 7.1 e lactato 1.1mmol/L). Analiticamente: anemia (Hb 5.6g/dL), agravamento renal (creatinina 36.9mg/dL, ureia 395 mg/dL) sem hipercaliémia.

Colocada hipótese de DRC agudizada condicionando síndrome urémico (SU), tendo iniciado fluidoterapia e bicarbonato enquanto aguardava indução emergente de hemodiálise. Por hipertensão fez 3mg de dinitrato de isossorbida, sem resposta. Apresentou agravamento súbito do estado neurológico com GCS 9, alteração da linguagem, disartria, anisocoria (midríase olho esquerdo), desvio do olhar para a esquerda e hemianóspia, hemihipostesia e hemiparesia grau 2 esquerdas. A TC-CE revelou hematoma subdural (HSD) hemisférico esquerdo com desvio marcado das estruturas na linha média e herniação uncal. Sem alterações na angioTC-CE.

Neste contexto, foi transferida para um serviço de Neurocirurgia para craniectomia descompressiva. O internamento foi prolongado contudo teve alta com franca melhoria neurológica.

Conclusão: Este caso evidencia não só uma complicação grave associada ao SU como uma apresentação clínica pouco frequente. A discrasia hemorrágica presente no SU, as-

sociada a disfunção plaquetar e agravada em doentes com hematócrito baixo, como no presente caso, pode manifestar-se como HSD espontâneo. Por si só, uma emergência hipertensiva raramente se associa a HSD isolado, mas neste caso poderá ter sido um fator contributivo. A hemiparésia homolateral à lesão neurológica interpreta-se como fenómeno de Kernohan-Woltman, também caracterizada pela midríase unilateral e depressão do estado de consciência, e resulta da herniação uncal com compressão das estruturas do cerebelo e a sua abordagem consiste na descompressão cirúrgica. É considerado um falso localizador neurológico, sendo o seu reconhecimento importante para evitar procedimentos cirúrgicos em localização oposta à lesão.

CO 03

UM DESAFIO NA SALA DE REANIMAÇÃO

Andrea Duarte; Patricia Lima; Elena Pirtac;

Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A gangrena de Fournier é uma condição médica rara, mas grave, caracterizada pela rápida necrose dos tecidos genitais e perianais. Geralmente é causada por uma infeção bacteriana que se estende rapidamente, exigindo intervenção médica urgente. Essa condição afeta predominantemente homens, e os fatores de risco incluem diabetes, imunossupressão e lesões genitais. O tratamento envolve antibióticos de amplo espectro, drenagem cirúrgica e, em alguns casos desbridamento extenso dos tecidos afetados.

Caso clínico: Homem de 74 anos com antecedentes pessoais de diabetes mellitus 2, hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia, doença renal crónica, SAOS sob CPAP e doença de Madelung, polimedicado. Deu entrada na sala de reanimação por afasia de início súbito com alteração do estado de consciência. Objetivamente a entrada com agitação psicomotora, a referir dor epigástrica, sinais

compatíveis com choque refratário sem resposta a medidas instituídas com necessidade de aminas vasoativas, dor epigástrica sem sinais de defesa e irritação peritoneal. Gasometria com hiponatremia ligeira. ECG alterações inespecíficas da parede inferior. Ecocardiograma com hipocinesia difusa condicionando compromisso moderado da função sistólica global, presença de D Shape sístole diastólica, veia cava dilatada e sem variabilidade respiratória. Angiotomografia sem sinais de dissecação aorta, tromboembolia pulmonar, patologia abdominal grave. Foi decidido realização do cateterismo cardíaco de emergência que excluiu patologia isquêmica aguda. Relatório da tomografia toraco-abdomino-pelvica revelou múltiplas bolhas gasosas no períneo com sinais de fasciite necrotizante com componente predominantemente gasoso. Foram colhidas culturas, iniciada antibioterapia empírica e submetido a drenagem e desbridamento pela cirurgia.

Conclusão: A gangrena de Fournier é uma condição séria que demanda intervenção médica imediata. O tratamento precoce, que envolve antibioterapia agressiva e procedimentos cirúrgicos para drenagem e desbridamento, é crucial para melhorar as chances de recuperação. Embora seja uma condição rara, a conscientização sobre os fatores de risco e a busca rápida por cuidados médicos são essenciais para minimizar complicações e melhorar os resultados clínicos.

CO 04

UMA APRESENTAÇÃO RARA DA LINFOMA NÃO-HODGKIN

Andrea Duarte; Patricia Lima; Elena Pirtac;
Francisca Delerue
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: Os linfomas não Hodgkin com origem no sistema endócrino representam apenas 3% dos linfomas extranodais (estado relatado em cerca de 116 casos na lite-

ratura). O linfoma primário não Hodgkin das suprarrenais predomina no sexo masculino (relação 3:1) em média pelos 68 anos de idade. A fisiopatologia do linfoma não Hodgkin primário da suprarrenal não está totalmente esclarecida. O envolvimento bilateral ocorre em 50-70% dos casos, podendo existir insuficiência suprarrenal primária, decorrente da destruição de mais de 90% do parênquima adrenal. A insuficiência suprarrenal primária manifesta-se por fadiga, perda de peso, anorexia, artralgias, mialgias, hipotensão postural, sintomas gastrointestinais e psiquiátricos e hiperpigmentação da pele. A hiponatremia, hipercaliemia, hipercalcemia e hipoglicemia estão frequentemente presentes.

Caso clínico: Mulher de 65 anos, autônoma até 2 meses com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratado e dislipidemia. Trazida ao serviço de urgência por agravamento no último mês de prostração com queda e traumatismo cranioencefálico, astenia, anorexia, náuseas, vômitos, dor abdominal. Objetivamente; prostrada, reativa a estimulação verbal, discurso confuso, cumpria ordens simples, sem déficit motor, desidratada, hipotensa (TA mmHg), sem alterações da pigmentação da pele, ausência de adenopatias palpáveis e abdômen indolor, sem massas palpáveis. TAC CE sem lesões agudas. GSA com acidose metabólica assumida em contexto de metformina e hipercalcemia grave. Analiticamente Ca 13.4 mg/dl, creatinina 2.7mg/dl. Foi iniciada hidratação endovenosa, bifosfonatos. Por manter hipercalcemia grave com sinais de congestão pulmonar realizou hemodiálise. TC toraco-abdomino-pelvica com derrame pleural bilateral, metastização suprarrenal bilateral e pulmonar e neoformação anexial esquerda. Por quadro compatível com choque séptico com ponta de partida pulmonar e necessidade de aminas vasoativas foi transferida para a UCIP. Analiticamen-

te após tratamento com hidrocortisona com cortisol 79.2 9 µg/dL e ACTH 10 pg/mL, pelo que admitiu-se o diagnóstico de insuficiência suprarrenal primária. PET com extensa malignidade a nível cardíaco, formações nodulares pulmonares bilaterais, massas na região suprarrenal, renal e anexial bilaterais e adenopatias abdominais lombo aórticas. Biopsia suprarrenal compatível com linfoma difuso de células grandes B.

Conclusão: Linfoma primário da suprarrenal, apesar de raro e com mau prognóstico, deve ser considerado na abordagem de massas da suprarrenal, pela importância de uma atitude atempada no diagnóstico e tratamento precoce. O não reconhecimento da insuficiência suprarrenal primária pode agravar o prognóstico dos doentes, situação que poderá colocar em risco a vida do doente, devendo ser sempre considerada.

CO 05

DE CEFALÉIA A CRISE CONVULSIVA: UM DIAGNÓSTICO POUCO PROVÁVEL

João M. Mendes Coelho;

Ana Cristina da Mota Magalhães Mendes;

Joana Pratas Correia Coelho;

Lêlita da Conceição Dos Santos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

Introdução: A cefaleia é um sintoma comum e pode apresentar uma causa subjacente, nomeadamente uma lesão ocupante de espaço (LOE). As LOE podem ser quistos, hemorragias, tumores ou abscessos. Apresentamos um raro caso de abscesso cerebral por *Eikenella corrodens* num jovem saudável que se apresentou com cefaleia.

Caso clínico: Homem de 21 anos, saudável, recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia temporal esquerda, náuseas, vômitos, foto e fonofobia com 4 dias de evolução. Assumido diagnóstico de enxaqueca, teve alta com medicação sintomática. Regressou 3 dias de-

pois por agravamento dos sintomas, sofrendo crise convulsiva no Serviço de Urgência. Realizou TC que mostrou lesão ocupante de espaço parieto-occipital esquerda suspeita para tumor ou abscesso. Para diagnóstico diferencial realizou RM, esta já mais sugestiva de abscesso cerebral. Após drenagem cirúrgica foi isolada *E. corrodens*, tendo cumprido antibioterapia com Ceftriaxone e Cefuroxima, com boa evolução e resolução dos sintomas.

Conclusões: Existem poucos casos de abscesso cerebral por *E. corrodens* (38 casos descritos, representando 0,0007-0,003% dos abscessos cerebrais) descritos na literatura, geralmente associados a disseminação hematogénica na sequência de procedimentos dentários ou endocardite. Neste caso não se identificaram fatores de risco. Ainda, o doente teve crise convulsiva, apresentação pouco frequente, mesmo entre os casos descritos de abscesso cerebral por esta bactéria (13,2%). Destaca-se a imagiologia e colheita de líquido de drenagem para o correto diagnóstico e tratamento adequado.

CO 06

CRISE CONVULSIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: UMA ETIOLOGIA RARA, MAS FATAL

Aniceto Galiano; Cristina Carvalho Gouveia;

Înês Lopes da Costa; Daniela Marto;

Ana Teresa Costa; Rui Pedro Almeida;

Ana Patrícia Freitas; Hugo Martins

Hospital Dr. Fernando Fonseca

Introdução: As convulsões afetam 10% da população mundial. As suas etiologias são variadas, destacando-se: lesões estruturais, infeções do sistema nervoso central e sistémicas, tóxicos e alterações metabólicas. A identificação etiológica é essencial para garantir a melhor abordagem e tratamento do doente.

Caso clínico: Mulher, 35 anos, saudável, sem medicação habitual. Natural de Angola, estando em Portugal há três dias. Foi trazida

ao Serviço de Urgência por perda de consciência com incontinência de esfíncter urinário. Ativada a Viatura Médica de Emergência e Reanimação, que objetivou depressão do estado de consciência, nomeadamente pontuação onze na escala de coma de Glasgow (GCS), mioclonias da face e fasciculações da língua. Realizou diazepam por via endovenosa, sem qualquer melhoria. Na Sala de Reanimação, pontuava oito na GCS, estava febril (38.0°C), taquicárdica (135bpm), hipotensa (TA 96/48mmHg), icterica, tinha mioclonias da face, fasciculações da língua e roving eyes. Não foram objetivadas outras alterações ao exame neurológico e não tinha sinais meníngeos. Por suspeita de crise convulsiva, foi medicada novamente com diazepam e levetiracetam, com suspensão dos movimentos involuntários, mas sem recuperação do estado de consciência. Analiticamente: anemia com trombocitopenia (Hb 10.3g/dL, plaquetas $19 \times 10^9/L$), padrão de citocolestase (alanina aminotransferase 57U/L, gama-glutamyl transferase 62U/L, bilirrubina total 8.75mg/dL, bilirrubina direta 6.08mg/dL), disfunção renal (creatinina 1.27mg/dL), proteína C reativa 43mg/dL e hiperlactacidemia 6mmol/L. A tomografia computadorizada crânio-encefálica não tinha alterações. Pela suspeita de malária cerebral, foi pedida pesquisa de Plasmodium falciparum, que foi positiva, com parasitemia de 10.9%. Assumido o diagnóstico de malária grave com disfunção neurológica, hematológica, hepática e renal, tendo a doente sido admitida na Unidade de Cuidados Intensivos. Durante o internamento, teve necessidade de ventilação mecânica invasiva e suporte transfusional. Cumpru artesunato e arteméter+lumefantrina, com boa resposta clínica e analítica, tendo tido alta hospitalar.

Discussão: A malária cerebral (MC), provocada pelo Plasmodium falciparum, representa 80% dos casos de morte por malária. Pode se manifestar por alteração do estado de

consciência e/ou do comportamento, cefaleia e febre elevada, seguida de coma, acidose metabólica, hipoglicemia, convulsões e morte. Os sobreviventes podem apresentar sequelas neurológicas a longo prazo, nomeadamente convulsões e défices neurológicos e cognitivos, com significativa redução da sua qualidade de vida. Desta forma, o diagnóstico e tratamento da MC devem ser céleres, de forma a garantir o melhor resultado clínico para o doente. Este caso pretende alertar para uma etiologia rara, mas, se não identificada e tratada, invariavelmente fatal de crise convulsiva.

CO 07

ANÁLISE CLÍNICO-ECONÓMICA DA VIGILÂNCIA DE DOENTES COM TCE E COAGULOPATIAS, COM TC-CE NORMAL

Tiago Ribeiro da Costa¹; Rodrigo Brás Batata¹; Susana Oliveira²; Armindo Picão Fernandes¹; Sérgio de Alves Sousa¹; Vasco Sá Pinto¹; Filipe Vaz Silva¹; Márcia Tizziani¹; Eduardo Cunha¹; Alfredo Luís Calheiros¹

¹Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António; ²Porto Business School - Faculdade de Economia

Introdução: De acordo com o Protocolo Nacional de Traumatismo Cranioencefálico (TCE), os doentes com TCE e coagulopatias devem manter vigilância intra-hospitalar durante 24 horas, para reavaliação clínica e imagiológica, mesmo na ausência de lesões intracranianas na imagem de tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE) inicial. Contudo, alguns dados publicados na literatura científica sugerem a inexistência de benefício clínico associado a esta prática. Adicionalmente também não existem dados publicados sobre o impacto económico da aplicação deste protocolo.

Objetivos: Pretendemos avaliar a aplicação do protocolo no nosso centro hospitalar, quantificando o seu impacto clínico e económico.

Métodos: Realizou-se uma análise de custos comparando dados retrospectivos do nosso

centro hospitalar durante o ano de 2022, com os de um cenário hipotético no qual é dada alta aos doentes com TC-CE inicial sem evidência de lesão intracraniana. Foram também analisados dados clínicos sobre a taxa de hemorragia às 24 horas na TC-CE de controlo e a sua taxa de mortalidade aos 6 meses. Os custos diretos para o Serviço Nacional de Saúde foram avaliados em termos monetários e em termos de tempo investido pela equipa médica. **Resultados:** Foram incluídos 440 doentes, dos quais 436 foram monitorizados durante 24 horas. Apenas 2 (0,4%) apresentaram lesão intracraniana na TC-CE de controlo, tendo tido alta ao fim de 36 horas, sem necessidade de qualquer tratamento dirigido. Um doente (0,2%) faleceu durante o período de vigilância, sem evidência de lesão intracraniana na TC-CE inicial. A vigilância intra-hospitalar gerou custos diretos de 163.157,00€, resultando num custo adicional de 133.677,00€ em comparação com o cenário hipotético, onde os custos estimados seriam de 29.480,00€. Além disso, a implementação do protocolo exigiu 9 turnos de urgência, em contraste com os 4,6 turnos necessários no cenário de alta imediata após TC-CE inicial normal.

Conclusão: O protocolo de vigilância de 24 horas não demonstrou valor clínico adicional para os doentes analisados, representando um custo financeiro e de tempo considerável, com um dispêndio financeiro cerca de cinco vezes superior e o dobro do trabalho para as equipas médicas, em comparação com o cenário de alta imediata após TC-CE inicial normal.

CO 08

DO PANARÍCIO AO DIAGNÓSTICO INESPERADO: UM CASO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Pedro Matos Antunes; Patrícia Vaz Conde;
Ana Luísa Antunes; Arnaldo Pires
Hospital de Braga

A esclerose múltipla (EM) é a doença desmielinizante inflamatória mais comum do sistema nervoso central, sendo mais comum em mulheres jovens. Comumente o primeiro sintoma é a alteração da visão, com os restantes sintomas a surgirem com a progressão da doença.

Sexo masculino, 23 anos, com antecedentes de rinite alérgica. Avaliado no serviço de urgência por queixas álgicas no pé direito, principalmente no hálux, com um mês de evolução, já observado e medicado pelo médico assistente com amoxicilina/ácido clavulânico por panarício, com melhoria inicial. No entanto, desde há uma semana com recorrência das queixas, agora bilaterais, tendo cumprido ciclo de flucloxacilina. Quando diretamente questionado, refere quadro de instalação nos 4 dias anteriores de parestesias nos pés, bilateralmente, com ascensão até aos joelhos e, posteriormente, até ao nível do umbigo. Estas queixas tinham sido já avaliadas em contexto particular, medicado com anti-inflamatório, sem melhoria. Entretanto, no dia anterior, com surgimento de parestesias também nos punhos, bilateralmente, noção de maior esforço defecatório e miccional. Ao exame objetivo hemodinamicamente bem, apirético; discreto panarício bilateral, no hálux, já em fase de cicatrização; Exame neurológico sumário com reflexos osteo-tendinosos bicipitais abolidos e hipoestesia álgica dos pés ao nível do umbigo. Realizou estudo analítico, punção lombar, tomografia computadorizada cranioencefálica e da coluna cervico-dorso-lombar (CDL), sem alterações. A ressonância magnética da co-

luna CDL, revelou duas lesões medulares de provável etiologia inflamatória em topografia cervical e dorsal. Optou-se por internamento para estudo etiológico, tendo permanecido internado, sob corticoterapia. Atualmente, é seguido em consulta de neurologia, com diagnóstico de EM remitente recorrente e proposto início de terapêutica com ofatumumab.

O caso descrito reflete a importância de uma anamnese completa, com procura de sinais e sintomas por vezes não valorizados pelos doentes e que não são o motivo de vinda aos cuidados de saúde. De destacar que o diagnóstico precoce permitiu uma orientação e início de tratamento adequado numa tentativa de melhoria da qualidade de vida deste doente.

CO 10

QUANDO A RETENÇÃO URINÁRIA LEVA AO LIMITE: UM CASO CLÍNICO

Daniela Diniz; Ana Lúcia Rosário;
Mafalda Maria Santos; João Afonso; Mariana Simão;
Inês Lopes; Rosa Amorim

*Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital
Distrital das Caldas da Rainha*

Introdução: A retenção urinária aguda é uma emergência urológica comum que, se não identificada precocemente, pode levar a complicações graves, como insuficiência renal aguda e distúrbios eletrolíticos.

Caso clínico: Paciente de 61 anos, com antecedentes de alcoolismo crónico, foi encontrado em casa inconsciente. Apresentava uma história de dor abdominal com dois dias de evolução. À admissão, exibia respiração agônica, não reativo, escala como Glasgow 7, sinais de má perfusão e hipotensão.

A gasimetria revelou hipercaliemia grave (K: 10.2mEq/l) e acidemia metabólica. Analiticamente, a creatinina era de 22.4 mg/dl. Ao exame físico, destacava-se abdómen distendido com massa palpável até à região epigástrica.

A tomografia computadorizada revelou um volumoso globo vesical (21cm de extensão longitudinal), hidronefrose bilateral e possível rotura do sistema excretor renal direito. Com apoio da anestesia o doente foi entubado para suporte ventilatório. Foi administrado gluconato de cálcio, insulina e bicarbonato para correção de distúrbios eletrolíticos. O paciente foi transferido para unidade de cuidados intensivos com apoio da urologia.

Conclusões: Este caso ilustra a retenção urinária aguda como causa de lesão renal aguda associada a distúrbios eletrolíticos graves e potencialmente fatais. O reconhecimento precoce, juntamente com uma intervenção adequada e multidisciplinar, são essenciais para prevenir complicações graves.

CO 11

OVERLAP SINDROME STEVENS-JOHNSON/ NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA SECUNDÁRIA A PEMBROLIZUMAB – A PROPÓSITO DUM CASO CLÍNICO

Carlos Morido Nancassa; Tetiana Baiherych;
Viktor Baiherych; Adelaide Figueiredo
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: O uso dos inibidores de checkpoint imunológico (ICIs), como pembrolizumab, tem vindo aumentar, de forma exponencial, em combinação com quimioterapia no tratamento de neoplasias irresssecáveis / metastáticas, melanomas e linfomas, demonstrando boa eficácia. Um dos efeitos adversos relacionado a sua utilização, é a necrólise epidérmica, uma emergência médica rara, grave e potencialmente fatal, caracterizada por bolhas e descolamento cutâneo. Engloba a Síndrome de Stevens-Johnson (SJS), Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) e Overlap SJS/NET. Essas condições são distinguidas principalmente pela percentagem da área de superfície corporal afetada, com SJS afetando < 10%, NET afetando ≥ 30% e Overlap SJS/TEN na posição intermédia.

Apesar da gravidade dessas entidades, há uma escassez de informações sobre as características clínicas e o manejo da SJS/NET induzida por ICIs. Na ausência de marcadores diagnósticos estabelecidos para SJS/NET, a biópsia de pele continua sendo uma ferramenta valiosa para o diagnóstico e é fortemente recomendada.

Caso clínico: Homem, 70 anos, com antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica tabágica, carcinoma epidermoide pulmonar estágio IV, PD-L1+ baixa expressão (1-5%), sob carboplatina, paclitaxel e pembrolizumab iniciado no 2º ciclo, com dose dobrada na fase de manutenção, acompanhando as lesões cutâneas ligeiras nos lábios e membros < 1cm. Recorreu ao SU por dermatose generalizada em progressão, 2 dias após a 3ª administração de pembrolizumab. Apresentava exantema maculopapular disseminado com afeção predominantemente da face e membros, com áreas de bolhas tensas e erosões sobretudo nas regiões palmoplantares, antebraços, joelhos e ombro esquerdo. Com máculas e pápulas, confluentes no dorso e decote, pruriginosas, sem dor associada. Tem ainda hiperemia conjuntival e erosões dos lábios e mucosa jugal. Área de descolamento + passível de descolar foi de 12%. Analiticamente destaca-se neutrofilia com PCR 5.28mg/dL, PCT 0.07ng/mL. Doente foi transferido para um dos centros hospitalares após a discussão do caso. A admissão, observado pela Cirurgia Plástica e Reconstructiva, sem indicação para Unidade de Queimados.

Ficou internado no serviço de Dermatologia, cumpriu pulso de metilprednisolona 1g + IgEV durante 3 dias, prednisolona 70mg/dia com desmame gradual, tópicos e pensos. Foram realizadas biópsias cutâneas que confirmaram o diagnóstico. Ao fim 12º dia do tratamento o doente apresenta erupções cutâneas completamente re-epitelizadas.

Conclusões: Com o uso crescente de ICIs, é crucial aumentar a compreensão sobre o diagnóstico e o tratamento da SJS/TEN para melhorar os resultados de tratamento desses doentes. O objetivo do nosso trabalho, visa reforçar essa compreensão / atenção entre os clínicos dessa condição grave, com taxa de mortalidade significativa, aproximadamente 60%, conforme relatado em vários de casos.

CO 12

DOR TORÁCICA – MAIS UMA ETIOLOGIA A TER EM CONTA

Inês Sofia Gonçalves; Gonçalo Terleira Batista; Ana Rita Ventura; Francisco Gonçalves; Lino Gonçalves
Unidade Local de Saúde de Coimbra

A dissecação coronária espontânea define-se como dissecação da artéria coronária não associada a fatores de risco cardiovascular ou trauma. É causada por micro rupturas da túnica íntima da parede do vaso ou hemorragia da vasa vasorum, resultando num hematoma intramural. Afeta mais tipicamente a artéria descendente anterior (32-46% dos casos), podendo afetar qualquer um dos segmentos da circulação coronária. Ocorre mais comumente em mulheres com menos de 50 anos, sendo responsável por 25% das síndromes coronárias agudas nesta população. Reconhecem-se como fatores precipitantes a displasia fibromuscular, a gravidez, o exercício físico ou resposta emocional ao stress intensos e o consumo de drogas simpaticomiméticas como a cocaína.

Mulher de 54 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorre ao Serviço de Urgência por dor torácica retroesternal com cinco horas de evolução, com irradiação para o membro superior direito enquanto realizava a sua higiene, sem melhoria com o repouso. Exame objetivo sem alterações. Realizou eletrocardiograma sem supradesnivelamento de ST e ecocardiograma à cabeça com hipocinesia do septo anterior basal. Analiticamente com troponina 1954 ng/L, em crescendo, sem outras alterações a destacar. Submetida a coronariografia que revelou dissecação espontânea da artéria descendente anterior.

Deve ser considerado o diagnóstico de dissecação espontânea das artérias coronárias como diagnóstico diferencial de dor torácica em mulheres jovens, com elevação das troponinas, e independente da existência de alterações eletrocardiográficas. O diagnóstico é feito por coronariografia e o tratamento, na grande maioria dos casos, é conservador.

CO 13

SINTOMAS NEUROLÓGICOS: UM RARO CASO DE DISSEÇÃO DA AORTA

Adriano Neto; Mariana Carvalho;
Lueji Aminata de Oliveira Gumbé; Ana Isabel Ribeiro;
Filipa Alçada

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A dissecação da aorta (DA) é uma emergência cardiovascular incomum, de alta mortalidade, caracterizada por quadro dor torácica súbita, intensa e migratória, com irradiação para o tronco ou membros, dispneia e por vezes síncope. A ausência destes sintomas clássicos pode tornar o diagnóstico ainda mais difícil e tardio.

Caso clínico: Homem de 62 anos, autónomo, recorre ao serviço de urgência por dor torácica sem irradiação, de leve intensidade, seguida de perda total de força e sensibilidade dos membros inferiores, desvio da comissura labial e dor lombar.

À observação estava consciente, com tensão baixa mas simétrica em ambos os braços, bradicárdico, apirético. Discreta paresia facial direita, plegia dos membros inferiores, sem reflexo cutâneo plantar, pulsos impalpáveis nos membros inferiores. Auscultação cardíaca com sopro sistólico aórtico.

Devido à clínica neurológica, realizou tomografia (TC) de crânio, que não apresentou alterações agudas, e TC tóraco-abdomino-pélvica, que revelou uma DA que se estendia desde a raiz da aorta até bifurcação das ilíacas, assim como para os vasos supra-aórticos, sinais de isquémia do rim direito, oclusão das artérias ilíacas comuns, ilíacas externas e ilíaca interna direita. Na ecoscopia cardíaca observou-se a raiz da aorta dilatada, com flap de dissecação na câmara de saída do ventrículo esquerdo, e insuficiência aórtica grave. Foi transferido para cirurgia vascular, acabando por falecer durante procedimento cirúrgico.

Discussão: Sintomas clássicos de DA foram relatados como ausentes em até 10% dos casos. Sabe-se que a dissecação pode comprimir ou ocluir ramos da aorta e provocar isquémia aguda nos membros, vísceras abdominais, miocárdio, cérebro e medula espinal. Nesses últimos, os sintomas neurológicos associados podem ser dramáticos e dominar completamente o quadro clínico, porém são extremamente raros, estando a isquemia medular (IM) descrita em apenas 2% dos casos, e de muito difícil diagnóstico, uma vez que a angiografia de rotina não a consegue visualizar.

A IM tipicamente causa envolvimento dos dois terços anteriores da medula, envolvendo substância branca e cinzenta, causando fraqueza bilateral, sensibilidade dissociativa, sendo a IM transversa ainda mais incomum, levando a plegia súbita dos membros inferiores bilateralmente, com dor lombar intensa e disfunção autonômica.

Assim, este trabalho tem por objetivo trazer uma maior conscientização de que sintomas neurológicos podem ser o único achado em casos de DA, aumentando a velocidade do diagnóstico e melhorando o desfecho.

CO 15

HEMOSUCCUS PANCREATICUS: UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Inês Rafael Marques; Sara Silva; Sofia Festa; João Cardoso; Rita Lopes; Carla Madureira Pinto *Unidade Local de Saúde do Médio Ave - Unidade Hospitalar de Famalicão*

Introdução: Anemia é uma causa comum de admissão no serviço de urgência e, frequentemente, a primeira manifestação de hemorragia digestiva. Nos doentes em que existe esta suspeita, a história, incluindo antecedentes, e exame objetivo são fundamentais para direcionar o diagnóstico etiológico. Uma causa rara de hemorragia digestiva designa-se de Hemosuccus Pancreaticus, descrevendo uma hemorragia que se origina no pâncreas, com saída do sangue através da papila de Vater para o duodeno. Está frequentemente associada a pancreatite crônica.

Caso clínico: Um homem de 52 anos com história de perturbação do uso de álcool, associada a pancreatite crônica e doença hepática crônica avançada com hipertensão portal clinicamente significativa, foi admitido no serviço de urgência por um quadro clínico de duas semanas de adinamia, em agravamento. O doente negava febre, queixas álgicas, ascite, hematemese e melenas. Apresentava pressão arterial média de 58 mmHg e palidez mucocutânea.

Ao exame neurológico, abria os olhos à chamada, mantinha um discurso confuso e cumpria ordens. O toque retal não tinha alterações. O estudo analítico mostrava uma anemia normocítica e normocrômica, com hemoglobina de 2 g/dL (valor de referência 13-18 g/dL), sem outras alterações. Assumindo como hipótese mais provável uma hemorragia digestiva, foi imediatamente iniciada reposição de volume com fluidos e o doente foi submetido a uma transfusão de 2 unidades de concentrado eritrocitário. Foi ainda medicado com um inibidor da bomba de prótons, um análogo da somatostatina e um antibiótico endovenoso. Posteriormente, foi realizada uma endoscopia digestiva alta, detetando-se saída de sangue através da papila de Vater para o duodeno. Foi pedida uma tomografia computadorizada (TC) abdominal, a revelar dois pseudoaneurismas de ramos da artéria esplênica, concluindo-se que a hemorragia teria origem nos mesmos. O doente foi submetido a quimioembolização dos pseudoaneurismas, com melhoria clínica e analítica inicial. No entanto, um deles era de difícil acesso, pelo que a hemorragia recorreu, com novo agravamento da anemia. Após uma nova intervenção mal sucedida, e considerando o mau prognóstico vital do doente, foi decidida a transição para cuidados paliativos, tendo o doente falecido após um mês.

Conclusão: Hemosuccus pancreaticus é uma causa rara e pouco descrita de hemorragia digestiva. O seu diagnóstico deve ser considerado em doentes com doença pancreática, que apresentem anemia de origem indeterminada. O diagnóstico é sugerido pela endoscopia, sendo facilmente confirmado por exames de imagem como a TC ou a ressonância magnética. O tratamento consiste, na maioria dos casos, na quimioembolização do foco hemorrágico.

CO 16

DA LOMBOCIATALGIA À DISPNEIA: DIAGNÓSTICO DE OSTEOSSARCOMA AGRESSIVO EM IDOSO

Maria do Rosario Calado; Francisco Pinheiro;
Isabel Apolinário; Luisa Azevedo; Guilherme Gomes
Hospital de Braga

Introdução: O osteossarcoma é a neoplasia maligna mais comum do osso.

Tem 2 picos de incidência, afeta habitualmente adolescentes e jovens adultos com um segundo pico em adultos (≥ 60 anos), com fatores de risco como doença de Paget e áreas do osso previamente expostas a radioterapia. Atinge com maior frequência os ossos longos e cerca de 20% dos pacientes com osteossarcoma apresentam doença metastizada (principalmente pulmão) no diagnóstico. O tratamento consiste em ressecção cirúrgica com radioterapia e/ou quimioterapia adjuvante.

Caso clínico: Homem, 78 anos, autónomo, antecedentes de cardiopatia isquémica e adenocarcinoma gástrico submetido a gastrectomia parcial há 10 anos.

Recorreu ao seu Médico de Família por queixas de lombociatalgia esquerda com irradiação para o calcanhar esquerdo com semanas de evolução, que por ausência de melhoria das queixas após início de medicação sintomática e alterações em RM, encaminhou o doente ao Serviço de Urgência (SU).

RM “lesão óssea grande no íliaco esquerdo, com um diâmetro crânio-caudal de 50 mm, invade as vertebbras sagradas S2-S3 e músculos para-espinhais e medio nadegueiro a esquerda em L4. A hipótese de metástase é de considerar. Plasmacitoma será também uma possibilidade”

No SU, realizou TAC TAP sem evidencia de derrame pleural, massas ou adenomegalias. Doente ficou internado para continuação de estudo.

Analiticamente, sem alterações dignas de re-

levo. Realizou biópsia de lesão com apoio de Neurorradiologia.

Por manter estabilidade clínica e queixas álgicas controladas, doente teve alta orientado para consulta externa de Medicina Interna enquanto aguardava resultado de biópsia, que acabou por revelar neoplasia maligna com diferenciação osteogénica – osteossarcoma. 20 dias após alta, recorre ao SU por dispneia para pequenos esforços com 4 dias de evolução. A admissão com insuficiência respiratória, fez TAC TAP com imagem de “volumoso derrame pleural esquerdo associado a atelectasia de praticamente todo o pulmão homolateral...Associa-se densificação nodulariforme pleural no pulmão homolateral, a sugerir envolvimento secundário. No pulmão direito, múltiplos nódulos dispersos de natureza secundaria”.

Tratando-se assim, de osteossarcoma com envolvimento pulmonar e pleural.

Conclusão: O presente caso pretende alertar para uma neoplasia óssea comum com progressão rápida e agressiva, em que o rápido diagnóstico e início de tratamento precoce desempenham um papel fulcral para uma maior sobrevida do doente.

CO17

ASMA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: O PAPEL DA ESPIROMETRIA

Pedro Matos Antunes; Ana Luísa Antunes;
Mariana Serino; Carla Carvalho; João Cruz; Rui Rolo;
Arnaldo Pires
Hospital de Braga

Introdução: As exacerbações de asma são motivo frequente de avaliação nos serviços de urgência (SU). forçado no primeiro segundo (FEV1).

Objetivos: Avaliar o impacto da determinação do FEV1 à admissão na estratificação da gravidade da exacerbação.

Material/métodos: Após triagem de Manchester, a avaliação clínica inicial foi complementada com espirometria realizada pelo técnico de cardiopneumologia, nos doentes adultos com menos de 75 anos que recorreram ao SU por exacerbação de asma no período compreendido entre Março e Agosto de 2024.

Resultados: Foram avaliados 42 doentes, 16 (38.1%) do sexo masculino, com média de idades de 53 anos. De acordo com a Triagem de Manchester, a prioridade de atendimento era muito urgente em 20 casos (48%). Dos 22 doentes com prioridade urgente/pouco urgente, apenas 10 tinham FEV1 >60%. Os 12 doentes restantes foram realocados para locais de maior vigilância após realização de espirometria, apesar de em apenas quatro terem sido descritos sinais de gravidade ao exame físico. Apesar da terapêutica instituída, quatro necessitaram de internamento (dois em unidade de cuidados intermédios). Em relação aos doentes com prioridade urgente, apenas 16 conseguiram colaborar na determinação do FEV1 à admissão (<60% em nove casos). Dos cinco que necessitaram de internamento (dois em unidade de cuidados intermédios), todos apresentavam critérios de gravidade clínica e na espirometria.

Discussão/conclusão: Nesta amostra de 42 doentes, verificamos que oito (~20%) tinham FEV1 <60%, apesar de não terem sido identificados como exacerbações graves pela triagem e pela avaliação clínica. Assim, a espirometria revela-se um complemento fundamental na estratificação da gravidade, permitindo aumentar a segurança na abordagem do doente asmático no SU. Face a estes resultados, deverá ser equacionada a possibilidade de integração do FEV1 na determinação do destino do doente aquando da triagem.

CO 18

ENDOCARDITE INFECCIOSA: UM CASO CLÍNICO DE EMBOLIZAÇÃO CEREBRAL

Sara Isabel Vasconcelos; Catarina Tavares Oliveira; Cátia Henriques; Ana Gabriela Paupério; Maria Luísa Olim; Mariana Formigo; Sara Montezinho; Joana Fontes

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

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é uma patologia complexa, por vezes, mortal, mais frequente em doentes com condições cardíacas pré-existentes ou quando há histórico de uso de drogas injetáveis ou de imunossupressão. A clínica é variável, sendo que doentes imunodeprimidos, por vezes, manifestam uma apresentação atípica. O diagnóstico é baseado na suspeita clínica, alicerçado por achados microbiológicos consistentes e evidência de lesões cardíacas no exame de imagem causadas pela EI, nomeadamente, a ecocardiografia.

Caso clínico: Homem, 50 anos, cognitivamente íntegro, com artrite psoriática desde 2023, medicado com prednisolona (20 mg BID) e metotrexato (15 mg SC) é trazido ao serviço de urgência (SU) por um quadro de lentificação psicomotora e comportamento errático, em agravamento, com evolução de 2 dias. No dia anterior ao início dos sintomas é avaliado por um dentista por odontalgia, tendo sido prescrito amoxicilina mais ácido clavulânico. Objetivamente manifestava lentificação psicomotora, com restante exame neurológico normal. Inferiormente aos joelhos apresentava petéquias e púrpura dispersas, de novo. Sem outras alterações.

Analiticamente com anemia normocítica normocrômica (9 g/dl), leucocitose ($12,0 \times 10^9/L$) com neutrofilia ($10.81 \times 10^9/L$) e PCR aumentada (164 mg/L). TAC cerebral contrastada com evidência de lesões hipodensas, lenticulocapsulares e talâmicas direitas, sugerindo enfartes lacunares, eventualmente

recentes, presença de lesão captante do contraste na interface corticossubcortical parietal esquerda, de provável natureza secundária e de lesão compatível com hemorragia subaracnóidea e justacortical frontal lateral. Na ecocardiografia transtorácica visualizou-se uma vegetação no folheto posterior da válvula mitral e da aórtica. Estes achados são compatíveis com embolização cerebral no contexto de EI. Iniciou-se antibioterapia com ceftriaxone, gentamicina e vancomicina. Por manifestar no internamento, paralisia facial e déficit de força muscular à esquerda transferiu-se o doente para um hospital com serviço de Neurorradiologia de Intervenção, tendo este falecido 15 dias depois secundariamente a um pseudoaneurisma micótico.

Conclusão: Este caso clínico demonstra que a EI é uma patologia desafiante, que requer uma equipa multidisciplinar dada a sua heterogeneidade na apresentação clínica e complexidade na abordagem terapêutica, sendo por vezes necessária intervenção cirúrgica em casos de infeção refratária, complicações embólicas e insuficiência valvular. O diagnóstico precoce contribui para diminuir a taxa de morbilidade e mortalidade.

CO 19

UMA CAUSA PECULIAR DE ENDOCARDITE

Margarida Montes; Raquel Martins; Carolina Queijo; Luís Azevedo; Paulo Carrola
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) por *Streptococcus agalactiae* (SA) está associada a um curso agressivo e alta taxa de mortalidade. Caracteriza-se por início agudo, presença de grandes vegetações, rápida destruição valvular e complicações frequentes, particularmente embolização. É uma causa rara de infeção invasiva em adultos e geralmente está relacionada a estados imunocomprometidos. O tratamento cirúrgico precoce

deve ser considerado para evitar a destruição da válvula e complicações graves.

Caso clínico: Homem de 57 anos, autónomo e sem antecedentes pessoais de relevo. Recorre ao serviço de urgência por clínica de febre com 4 dias de evolução associada a tosse produtiva. Da anamnese apurava-se tratamento recente de cessação tabágica com agulhas no pavilhão auricular. Ao exame objetivo apresentava-se febril, polipneico, à auscultação com hipofonese dos sons cardíacos e crepitações inspiratórias na base do hemitórax direito. No estudo inicial evidenciava IR tipo 1 e alterações eletrocardiográficas com depressão do segmento ST nas derivações inferiores e de V4-V5. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR 27,41mg/dL) e da troponinaT (0,27ng/mL). No ecocardiograma sumário em contexto de urgência, apresentava vegetação de 13mm na válvula aórtica a condicionar regurgitação excêntrica moderada, com depressão moderada da função do ventrículo esquerdo e hipocinésia global. Assim, assumiu-se o diagnóstico possível de EI e iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone, ampicilina e gentamicina após colheita de 3 pares de HC. Durante permanência no SU, apresentou agravamento clínico com evolução para paragem cardiorrespiratória, com recuperação da circulação espontânea após suporte avançado de vida. Despistada embolização sistémica TC CE e angio-TAC tórax. Na UCI efetuou ecocardiograma transesofágico que evidenciava flail e perfuração da cúspide coronária direita e destruição da cúspide coronária esquerda com regurgitação aórtica severa. Do estudo isolou-se SA nos 3 pares de HC. Foi submetido a substituição valvular no 2º dia de internamento com pós-operatório sem intercorrências e cumpriu 4 semanas de antibioterapia com boa evolução clínica e analítica.

Conclusão: Relatamos um caso de EI da válvula aórtica nativa por SA com insuficiência

aórtica severa, disfunção do VE e choque séptico em homem saudável, sendo esta entidade muito rara, particularmente em pacientes sem doença cardíaca estrutural subjacente.

CO 20

SÍNDROME DE LISE TUMORAL – UMA EMERGÊNCIA MÉDICA

Adriana Almeida; Bernardo Silvério; Sofia Festa; Sara Silva; Paulo Bandeira; Mário Esteves
CH Medio Ave - Famalicao

Introdução: A síndrome de lise tumoral (SLT) é a uma emergência médica potencialmente fatal devido à lise celular maciça que ocorre em neoplasias malignas com grande carga tumoral, nomeadamente as neoplasias hematológicas como o linfoma de Burkitt, que exige um diagnóstico rápido e tratamento imediato.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 88 anos com antecedentes de HTA, hiperplasia benigna da próstata e úlceras gástricas. Admitido no Serviço de Urgência por astenia, diminuição marcada do apetite e mau estar geral em agravamento progressivo com 3 meses de evolução. Apresentava-se prostrado, subfebril (37.7°C), polipneico, taquicárdico, normotenso, sem outras alterações de relevo. Do estudo efetuado destaca-se: estudo analítico com anemia normocítica normocromica (Hb 11 g/dL), plaquetas normais, agravamento da função renal com creatinina 2.72 mg/dl (basal 1.5 mg/dL), hipercaliémia (5.5 mEq/L), hipocalcemia (8 mg/dL), foforo normal (4.28 mg/dL), hiperuricemia (19 mg/dL), LDH aumentada (2097 UI/L) e proteína C reativa 10.88 mg/dL; TC AP que mostrou múltiplas adenomegalias mesentéricas, lombo-aórticas, retroperitoneais, ilio-obturadoras ou inguinais direitas que são aspetos sugestivos de doença mieloproliferativas; Biópsia de conglomerado adenopático inguinal direito que foi compatível com processo linfoproliferativo não hodking com

características compatíveis com linfoma de Burkitt. Iniciou hidratação agressiva, rasburicase e alopurinol ajustado a função renal. Contudo, apesar das medidas instituídas acabou por falecer ao 10º dia de internamento.

Conclusão: Este caso realça a importância de um diagnóstico e tratamento atempado no prognóstico dos doentes perante uma emergência médica tão fatal como a SLT.

CO 21

SANGUE FRIO

Alexandra Nascimento; Mariana Farinha; Catarina Camarneiro; Rita Correia; Isabel Bessa; Maria Lopez; Susana Magalhães
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: A anemia hemolítica autoimune (AHA) ocorre por produção de anticorpos contra os glóbulos vermelhos. Possui dois subtipos principais: anticorpos “a frio” IgM” ou “a quente” IgG, dependendo da temperatura a que ocorre fixação dos anticorpos.

Caso clínico: Mulher de 81 anos, autónoma nas atividades de vida diária, antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência por tosse produtiva e dispneia progressiva para pequenos esforços, com 2 semanas de evolução.

Objectivamente à admissão salientava-se uma saturação periférica de oxigénio de 94%, taquicardia sinusal ligeira de 102bpm e diminuição do murmúrio vesicular à direita.

Analicamente: leucocitose, anemia normocrômica e normocítica (hemoglobina de 10,4 g/dL), lactato desidrogenase (LDH) aumentada 459 U/L, hiperbilirrubinemia (bilirrubina direta de 1,38 mg/dl, bilirrubina total de 4,66 mg/dL) e proteína C reativa (PCR) de 170 mg/L. A radiografia torácica evidenciou um infiltrado pulmonar à direita. Assumiu-se Pneumonia Adquirida na Comunidade e iniciou empiricamente amoxicilina com ácido clavulânico e azitromicina.

No quarto dia de internamento, apresentou

hipotensão marcada e palidez. Mantinha apirexia, sem perdas hemáticas identificadas. Analiticamente constatou-se queda de Hb para 7,8g/dl com manutenção da hiperbilirrubinemia e aumento da LDH. A ecografia abdominal não tinha alterações.

Pelo quadro agudo, foi solicitada a transfusão de 2 unidades de glóbulos vermelhos.

A classificação ABO só foi possível após aquecimento da amostra dada a existência de glóbulos vermelhos aglutinados. Análises subsequentes detetaram imunocomplexos circulantes correspondentes a aglutininas a frio com especificidade anti-I/i, sugerindo anemia hemolítica por anticorpos a frio. A doente foi colocada em ambiente aquecido, iniciou corticoterapia e realizou a transfusão de 2 unidades de glóbulos vermelhos aquecidos a 37°C. A pesquisa de microorganismos atípicos realizada revelou *Haemophilus Influenzae*.

Durante o internamento, manteve corticoterapia associada à antibióterapia prescrita apresentando melhoria clínica e analítica progressiva. À data de alta foi orientada para a consulta externa.

Discussão: A AHAI por anticorpos a frio secundária a infecção por *H. influenzae* é rara mas potencialmente grave. Neste caso, a identificação precoce da infecção bacteriana e de hemólise subjacente foi essencial para tomar medidas de prevenção de exposição ao frio e impedir o agravamento da hemólise. O prognóstico da AHAI secundária a infeções é bom e a recorrência é incomum.

CO 22

DOENÇA DOS LEGIONÁRIOS – A IMPORTÂNCIA DA TC NA ESTRATIFICAÇÃO DA DOENÇA

Luís Luz; Sandra Cunha; Cláudia Diogo;
Nádia Santos; Luis Duarte; Ana Ferrão;
Renato Saraiva

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A Doença dos Legionários caracteriza-se por um quadro infeccioso secundário a *Legionella pneumophila*. A doença surge habitualmente descrita em surtos epidemiológicos resultando em pneumonias exuberantes tanto do ponto de vista clínico como radiológico. Os indivíduos idosos, fumadores com doença pulmonar crónica ou imunocomprometidos constituem a população mais frequentemente acometida.

Os atuais métodos laboratoriais de diagnóstico permitem a rápida deteção do agente, e encontram-se atualmente disponíveis em praticamente todas as instituições de saúde. A caracterização radiológica dos utentes admitidos com queixas do foro respiratório mantém-se um procedimento standard, e muitas das vezes, modificador de atitudes. No entanto, apesar da facilidade de acesso à radiologia clássica, esta poderá não deter acuidade suficiente para deteção do padrão inflamatório subjacente à patologia.

Expõem-se o caso de uma utente jovem, sem antecedentes pessoais relevantes, que se apresentou com quadro sugestivo de infeção respiratória, com posterior identificação de *Legionella pneumophila* em antigenúria e cujo estudo radiográfico não evidenciava alterações significativas. A disparidade entre a exuberância da clínica e a imagem radiográfica motivou a realização e tomografia computadorizada, cujas imagens documentam o exuberante padrão inflamatório de base.

A discordância entre a capacidade diagnóstica do Raio X em comparação com a tomo-

grafia computadorizada fica clara com as imagens expostas. Face à gravidade do quadro, e potencial para evolução rápida com formas severas de insuficiência respiratória, fica evidente que a exuberância da clínica documentada na anamnese, deverá ser o principal caracterizador da gravidade da doença, e sugere que a presença de radiografias sem alterações major na fase de avaliação inicial, não deve constituir um fator de tranquilização na definição do plano terapêutico.

CO 23

PÚRPURA FULMINANTE COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA

Ana Mafalda Abrantes; Raquel Diogo;
Filipa Gonçalves; Inês Lopes; Tiago Marques;
João Luís Gouveia; António Martins Baptista;
Ana Alves Cardoso
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A doença pneumocócica invasiva (DPI) é uma condição com elevada taxa de mortalidade, atingindo os 60% em doentes com fatores de risco como asplenia funcional. Raramente, pode manifestar-se como púrpura fulminante (PF), associada a trombose intravascular e enfartes hemorrágicos cutâneos, geralmente com progressão para choque e coagulação intravascular disseminada. **Caso clínico:** Homem, 48 anos, antecedentes de asma, infeção por citomegalovírus, tromboembolismo pulmonar e microtrombose esplênica. Recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia, astenia e febre com 6 horas de evolução. Referência a filho com infeção respiratória superior. À admissão apresentava-se normotenso, taquicardico, temperatura timpânica 39°C, sem sinais de má perfusão periférica. Análises laboratoriais com d-dímeros 2.60ug/mL, creatinina 1.14mg/dL, troponina T 7mg/dL, PCR 3,47mg/dL, PCT 36.nmg/dL. Gasimetria arterial com alcalé-

mia respiratória (pH 7,46, pCO2 25.6mmHg, HCO3 21.5mmol/L), insuficiência respiratória tipo 1 (pO2 64.4mmHg), lactatos 34mg/dL. Angio-TC tórax com presença de adenopatias mediastínicas e hilares, nas regiões axilares; áreas de densificação em vidro despolido; baço heterogêneo de pequenas dimensões. Evolução em poucas horas para choque com hipotensão (PAM <65mmHg), sinais de má perfusão periférica e, posteriormente, PF. Ecocardiograma transtorácico sumário com hipocinésia difusa, ventrículo esquerdo com fração de ejeção de 20%, ventrículo direito com fração longitudinal diminuída (S' 7cm/s, TAPSE 12mm). ECG sem alterações. Realizada ressuscitação volêmica sem resposta, com necessidade de iniciar suporte vasopressor com noradrenalina 15mcg/min e dobutamina 10mcg/kg/min, associando hidrocortisona 200mg/dia. Colhidas hemoculturas, antigenúrias de Legionella e Streptococcus pneumoniae e urocultura. Iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone 2g e azitromicina 500mg. Evolução clínica e laboratorial desfavorável, com disfunção multiorgânica, tendo sido verificado óbito cerca de 12horas após a admissão na urgência. Resultado posterior de bacteriemia por S. pneumoniae serotipo 15A. **Conclusões:** Este caso ilustra uma apresentação rara de DPI. A provável asplenia funcional descrita representa um fator de risco para infeção por microorganismos encapsulados. Apesar do serotipo 15A não estar classicamente associado a maior mortalidade, a apresentação com PF, a par do fator de risco descrito, contribuíram para um desfecho desfavorável.

TUBERCULOSE PLEURAL – O CASO DE UM DIAGNÓSTICO DESAFIADOR

Raquel Lourenço Martins; Margarida Mesquita Montes; Daniela Augusto; Patrícia Clara; Carolina Queijo; Andreia Rocha Costa

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

Introdução: A tuberculose (TB) é ainda um problema de saúde pública mundial, com 1.3 milhões de mortes em 2022 segundo a Organização Mundial de Saúde. Em 2022 foram notificados 1518 casos de TB em Portugal, mantendo-se a tendência decrescente expectável. As regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Norte apresentam o maior número de casos. A TB é uma doença infetocontagiosa causada pela *Mycobacterium tuberculosis*, com a TB pulmonar a ser a forma mais comum.

Caso clínico: Homem, 74 anos, antecedentes de hipertensão arterial essencial. Admitido no serviço de urgência por síncope com pródromos assumida em contexto vaso-vagal após realização de estudo complementar. Com história de febre vespertina e perda ponderal sem outra sintomatologia. A radiografia torácica revelou derrame pleural direito de novo que foi confirmado em TC. Realizou-se toracocentese diagnóstica com saída de líquido amarelo citrino translúcido com critérios de Light compatíveis com exsudato, predomínio de linfócitos (94.5%) e adenosina deaminase aumentada. As serologias víricas e teste de libertação do interferão-gama sérico foram negativos; os exames bacteriológico, micobacteriológico e micológico, a pesquisa de DNA *Mycobacterium tuberculosis complex*

e a anatomia patológica do líquido pleural foram negativos, assim como a pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente e os exames culturais da expetoração e aspirado brônquico. Foram excluídas outras causas de febre de origem indeterminada e neoplasia. Num segundo tempo, realizou-se nova toracocentese diagnóstica com colheita para imunofenotipagem com resultado também negativo. Perante o insucesso diagnóstico até então, avançou-se para pleuroscopia e biópsia pleural, sendo que apenas na segunda realização de tais procedimentos se conseguiu identificar a presença de DNA *Mycobacterium tuberculosis complex* em tecido pleural, apesar de exame cultural negativo. O doente iniciou esquema antibacilar clássico (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol) que não tolerou por hepatotoxicidade. Acabou por ter de mudar para esquema alternativo (bedaquilina, pretomanid, moxifloxacina e linezolide) que tolerou.

Conclusão: Apesar do decréscimo da incidência e prevalência de TB em Portugal, é importante considerar este diagnóstico nas suas apresentações extrapulmonares, sendo que nem sempre a marcha diagnóstica é linear. Dado o potencial de toxicidade do tratamento é importante manter a vigilância e literar os doentes sobre a sua doença, sendo necessários por vezes vários ajustes terapêuticos.

FIBRILHAÇÃO VENTRICULAR EM DOENTE COM SÍNDROME DE DRESSLER – UMA ABORDAGEM EFICAZ POUCO CONVENCIONAL

Raquel Lourenço Martins;
Margarida Mesquita Montes; Patrícia Clara;
Daniela Augusto; Carolina Queijo; Andreia Rocha Costa
*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,
EPE / Hospital de Vila Real*

Introdução: A síndrome de Dressler define-se como uma pericardite aguda secundária a lesão do miocárdio ou pericardiotomia e consiste numa resposta inflamatória após o insulto (no caso de enfarte agudo do miocárdio (EAM) é mais comum se enfarte transmural extenso). É uma entidade clínica muito rara que pode acontecer entre uma a seis semanas após o insulto inicial.

Caso clínico: Homem, 56 anos, com antecedentes de dislipidemia, ex-fumador e história recente de EAM com supradesnívelamento ST um mês antes, tendo sido submetido a intervenção coronária percutânea que revelou oclusão da artéria circunflexa (onde foi colocado stent) e insuficiência cardíaca com fração de ejeção moderadamente reduzida por cardiopatia isquémica. Recorreu ao serviço de urgência por precordialgia com 21 horas de evolução, com posição antálgica sentado e inclinação anterior do tronco e posição algíca em decúbito dorsal. Negava irradiação da dor, dispneia, síncope ou palpitações, febre ou clínica focalizadora de infeção no momento ou nas semanas transatas, e contexto epidemiológico. Afirmava cumprimento terapêutico e cessação de hábitos tabágicos e etílicos.

Objetivamente normotenso, normocárdico, sem dessaturação, eupneico e euvolémico, sem alterações auscultatórias. O eletrocardiograma apresentava-se sobreponível ao último realizado após EAM. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, marcadores de necrose miocárdica normais e zaragatoas de vírus respiratórios negativas. A radiografia torácica revelava aumento do volume da silhueta cardíaca a sugerir derrame pericárdico previamente ausente; a ecografia à cabeceira, apesar da má janela ecográfica, confirmou lâmina de derrame pericárdico. Após discussão com Cardiologia, tendo-se excluído outras etiologias, considerou-se como hipótese diagnóstica mais provável pericardite aguda em contexto pós-EAM, ou seja, um caso de síndrome de Dressler. O doente ficou em vigilância na sala de observações, tendo evoluído horas mais tarde para periparagem (hipotensão e bradicardia) e posteriormente para PCR em ritmo de fibrilhação ventricular revertido a ritmo sinusal após murro precordial por parte da equipa de enfermagem. Foi transferido para a enfermaria de Cardiologia onde teve alta após 10 dias de internamento.

Conclusão: Apesar de ser uma entidade muito rara e de essencialmente um diagnóstico de exclusão, deve ser uma hipótese diagnóstica presente na nossa mente. Revela-se muito importante uma boa anamnese, porque o doente pode não apresentar todos os sinais e sintomas característicos desta entidade clínica. A vigilância torna-se fulcral, como foi o caso.

A DOENÇA AUTO-IMUNE COM MANIFESTAÇÃO CLÍNICA URGENTE

Fabiola de Almeida Figueiredo; Ângela Mota;
Cláudio Quintaneiro; Rachel Silvério; Ricardo Lavajo;
Vera Romão; Inês Albergaria; Joana Capelo;
Edite Nascimento; Jorge Miguel Sequeira
*Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de
São Teotónio, EPE*

A Síndrome Antifosfolipídica é uma doença Auto-Imune caracterizada pela trombose venosa e arterial ou complicações na gestação e auto-anticorpos persistentes para proteínas ligadas a fosfolípidos, sem fisiopatologia precisamente conhecida. A Microangiopatia Trombótica constituiu uma das suas manifestações. Apresenta-se o caso de doente do sexo masculino, 29 anos, caucasiano, previamente cognitivamente íntegro e autónomo. Soldador de profissão. Como antecedentes pessoais, fumador e Hérnia do hiato. Mãe com Artrite Reumatóide e avó materna com trombose ocular unilateral com cegueira. Sem alergias medicamentosas conhecidas.

Admitido num Serviço de Urgência de um Hospital central em Abril 2023, encaminhado de consulta privada de Oftalmologia por detecção de edema papilar, hemorragia perimacular e peripapilar e escotomas centrais a nível ocular direito, embora doente apresentasse queixas de visão turva contralateralmente, com 3 semanas de evolução. Reportava períodos ocasionais de hemorragia da retina e diarreia auto-limitada concomitante. Sem história de febre, trauma ou outros de relevo. Hemodinamicamente estável, perfil tensional normal.

Do exterior trazia diversos exames de imagem, como ressonância magnética e tomografia craneo-encefálica e estudo analítico incluindo doseamento de Imunoglobulinas, sem alterações a relevar. Observado por Oftalmologia à admissão, que relatou possibilidade de hemorragia extra-retina com aparente localização coroideia mais profunda e sem neovasos. Solicitada observação e orientação por Medicina Interna e Hematologia para despiste de comorbilidade sistémica com envolvimento ocular.

Dada alta pelas especialidades referidas após observação do doente; no entanto, médico Internista e Emergencista, que assumia Chefia de equipa, orienta para a sua consulta de Urgência Geral de reavaliação em 3 dias. À data doente mantinha queixas oculares à esquerda e analiticamente foi detectada elevação de Anti b 2 glicoproteína IgM 1, Anti-cardiolipina IgG e Anti-cardiolipina IgM. Iniciou Ácido Acetilsalicílico. e encaminhado para consulta de Doenças Auto-Imunes por Medicina Interna, onde após estudo exaustivo, que determinou inclusivé factor lúpico positivo, se concluiu tratar-se de evento de Microangiopatia Trombótica como manifestação de Síndrome Antifosfolipídica. Iniciou Varfarina para INR 2-3, controlo de factores de risco e suspendeu Ácido Acetilsalicílico. Doente mantém até ao momento manifestações oculares.

Conclui-se que uma avaliação multidisciplinar em Serviço de Urgência se afigura como fundamental para despiste de patologias com manifestações que poderão ter complicações de abordagem urgente, assim como se releva a importância da existência de uma consulta de Urgência Geral para observação em tempo útil de casos clínicos a carecer de reavaliação com maior celeridade.



Posters com apresentação

POA 01

VIAS VERDES DE SÉPSIS NO PRÉ-HOSPITALAR: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

Adelaide Moutinho; Joana Fontes; Lénia Ferreira;
Fábio Martins; Odete Cardoso; João Lourenço;
Ana Correia; Margarida Gil
Instituto Nacional de Emergência Médica

Introdução: A sépsis é causada pela resposta desregulada à infeção, sendo um problema de saúde pública com incidência crescente, onde a identificação precoce e orientação apropriada são fulcrais.

Em Portugal, existe um sistema de alerta precoce da via verde de sépsis (VVS), que visa a deteção, tratamento e orientação céleres dos doentes sépticos, com a máxima: tempo é função de órgão.

Objetivos: Analisar casos reais de VVS e a prestação de cuidados em emergência perante um sistema de alerta precoce.

Métodos: Estudo retrospectivo, quantitativo e descritivo, que analisa as VVS registadas informaticamente, no período entre 1 de maio de 2020 e 31 de dezembro de 2023. Os dados foram obtidos através de PowerBI®.

Resultados: Foram identificadas 531 VVS, a maioria com sintomas de dispneia e tosse (50,7%). Não houve diferença significativa entre géneros e a mediana de idade foi 83 anos, com 86% dos doentes com mais de 65 anos. Os antecedentes pessoais mais predominantes são as patologias cardiovasculares (32,2%) e as neurológicas (20,3%), com 54,4% dos doentes a apresentar algum grau

de dependência. Quanto à origem, 29% das VVS indicam proveniência de estruturas residenciais para idosos ou hospitais.

Na primeira avaliação, verificou-se saturação de oxigénio $<90\%$ em 50% dos doentes e TA sistólica ≤ 90 mmHg em 63,0%.

Administrou-se oxigénio em 46,7% dos doentes, com 77% a obterem uma $SpO_2 \geq 90\%$ na última avaliação. 69% das vítimas hipotensas receberam fluidoterapia, com 29% a ser iniciada em <15 min após a chegada ao local. Em resultado, 42% dos doentes obtiveram uma TA sistólica ≥ 90 mmHg na última avaliação. O score NEWS médio na primeira avaliação foi 11,7 pontos, melhorando na última para 10,5.

Considerando os tempos de atuação verifica-se uma mediana no local da ocorrência de 28 minutos e de 85 minutos até à chegada ao serviço de urgência, de nível 2 em 90,6% dos casos.

Conclusões: A distribuição da VVS pré-hospitalar por género, idade e foco de infeção foi semelhante aos dados hospitalares.

Globalmente, verificamos uma melhoria dos cuidados prestados, fruto dos alertas precoces, de campanhas de sensibilização e formação dos profissionais. Contudo, ainda estamos muito aquém dos resultados ideais. As limitações devido à imprecisão nos registos, manifestada pela discrepância entre os dados que indicam sinais de gravidade e respetivas intervenções parecem influenciar a descrição precisa das VVS. Como os registos são realizados maioritariamente à posteriori, devido à criticidade dos doentes e à gestão dos cui-

dados, acreditamos que a baixa taxa de intervenções atempadas pode não ser precisa. Os resultados evidenciam a importância do alerta precoce da VVS, do seguimento e monitorização dos doentes, identificando e solucionando constrangimentos, acompanhando-os nos diferentes níveis de prestação de cuidados, com ênfase no reconhecimento precoce, intervenções terapêuticas e encaminhamento célere e adequado.

POA 02

ÚLCERA PENETRANTE DA AORTA COM TAMPONAMENTO CARDÍACO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: UM CASO CLÍNICO

Maria Beatriz Dias Vieira; Eduardo Santos Ribeiro; Andreia Fernandes; Diana Carvalho; José Miguel Martins; Daniela Ribeiro Alves; Ana Rafaela Araújo; Anabela Oliveira
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A úlcera aterosclerótica penetrante da aorta ascendente, ainda que relativamente rara, é uma das possíveis apresentações do síndrome aórtico agudo. Uma das complicações deste quadro surge quando há rutura para a cavidade pericárdica, com hemopericárdio e, consequente, tamponamento cardíaco. A elevada morbimortalidade associada a este tipo de quadros clínicos exige uma abordagem inicial rápida, especialmente em contexto de Serviço de Urgência (SU).

Caso clínico: Homem, 75 anos, autónomo, hipertenso, dislipidémico, hipocoagulado por fibrilhação auricular, foi trazido ao SU pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação por quadro de dor torácica intensa que irradiava para a região cervical anterior, associada a sudorese e palidez cutânea, com início 1 hora antes. À admissão na Sala de Emergência (SE), já sob avaliação pela Medicina Intensiva, o doente mantinha dor intensa. Encontrava-se vigil, ainda que lentificado, pá-

lido, taquicárdico, hipotenso, com assimetria no perfil tensional nos 2 membros superiores, com direito superior ao esquerdo, e hiperlactacidemia. Com ecocardiografia sumária à cabeceira, objetivou-se derrame pericárdico ligeiro a moderado, estabelecendo-se a hipótese diagnóstica de tamponamento cardíaco. Efetuado contacto imediato com a Cardiologia, que realizou um ecocardiograma trans-torácico, onde se confirmou a presença de derrame pericárdico, associado a alargamento da aorta ascendente, mas sem inequívoca imagem de disseção. Neste contexto, realizou-se pericardiocentese ecoguiada, com drenagem de 500 mL de conteúdo hemático, com consequente melhoria hemodinâmica. Depois da reversão da hipocoagulação e terapêutica sintomática, realizou-se angio-TAC, onde se objetivou imagem aditiva ao contorno medial da aorta ascendente ectasiada, compatível com úlcera penetrante, ausência de sinais de dissecação aórtica e hemopericárdio de moderado volume. Neste âmbito, e dado tratar-se de um hospital periférico, foi efetuado contacto com a Cirurgia Cardiorádica do hospital terciário de referência, para onde o doente foi prontamente transferido, com acompanhamento médico pela Medicina Intensiva, tendo sido submetido, poucas horas mais tarde, a substituição da válvula aórtica e a colocação de prótese na aorta ascendente. Ao longo do internamento, apresentou evolução favorável, tendo tido alta hospitalar para o domicílio, 8 dias mais tarde.

Conclusões: Este caso materializa um exemplo da abordagem multidisciplinar eficaz e concertada em SU num hospital periférico, que resultou num outcome positivo para o doente, perante um quadro clínico potencialmente ameaçador de vida. Adicionalmente, reafirma o papel de liderança inerente ao médico em gestão da SE, fazendo dele o elo de ligação primordial, desde o pré-hospitalar até ao tratamento hospitalar mais diferenciado.

POA 03

REAÇÃO ALÉRGICA OU NÃO, EIS A QUESTÃO

Mariana Branco Farinha; Inês Batista Mesquita;
Carlos Vila Nova; Rita Reis Correia; Susana Magalhães
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: Sintomas como prurido, edema cervical, da face, lábios e tórax, são frequentemente associados a uma resposta alérgica grave que motivam ida ao Serviço de Urgência. Se estes sintomas forem descurados, podem evoluir para angioedema e anafilaxia. No entanto, não devem ser excluídos outros diagnósticos, principalmente em doentes com antecedentes pessoais de relevo.

Sexo feminino, 36 anos, com antecedentes de carcinoma invasor NST da mama direita, Luminal B Her2+, estadio cT2N0M0, submetida a quimioterapia neoadjuvante com duplo bloqueio anti-Her2 (através de cateter totalmente implantável), seguida de tumorectomia mamária com biópsia do gânglio sentinela, com resposta completa, há cerca de 2 anos. Realizou trastuzumab adjuvante até completar 18 ciclos e encontrava-se atualmente sob hormonoterapia adjuvante com tamoxifeno.

Iniciou queixas de edema facial e cervical, tendo sido medicada com corticoide oral e anti-histamínico oral, por se assumir diagnóstico de reação alérgica inespecífica. Teve ligeiro alívio das queixas, quando realizava corticóide oral. Após 14 dias, para além das queixas anteriores associadas a rubor e calor, iniciou dispneia de esforço. Recorreu ao Serviço de Urgência, tendo sido submetida a uma angioTC, que identificou uma trombose da vertente distal da veia jugular interna direita, da veia subclávia direita, braquiocéfálica direita e da vertente proximal da veia cava superior. Após discussão com a Imagiologia de Intervenção, iniciou hipocoagulação com ribaroxabano.

Por manutenção da clínica, três meses depois realizou flebografia que demonstrou esteno-

se/ oclusão da veia cava superior e do tronco braquiocéfálico esquerdo. Foi efetuada angioplastia, mostrando o exame de controlo, resolução das estenoses. A doente apresentou resolução completa do quadro clínico.

Conclusão: O erro diagnóstico na síndrome da veia cava superior (VCS) pode ser evitado se a suspeição for evidente em doentes com antecedentes neoplásicos, sendo uma emergência oncológica, mesmo se a clínica de reação alérgica mimetizar queixas.

Na síndrome da VCS, a interrupção de fluxo pode ser motivada por causas benignas e malignas, verificando-se atualmente um crescente número de casos associados ao uso de dispositivos médicos intravasculares, como foi o caso apresentado.

POA 04

DA HIPERGLICEMIA À OTIMIZAÇÃO DE CUIDADOS: UMA CASUÍSTICA DE 6 MESES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Beatriz R. Pereira; Luz Reis Brazão; Sara M. Freitas;
Teresa Faria
Hospital Central do Funchal

Introdução: A diabetes mellitus é uma doença muito prevalente na população mundial, afetando 13.6% da população portuguesa. Esta patologia está associada a elevada morbi-mortalidade a longo prazo, pelo que o diagnóstico precoce e seguimento eficaz, com otimização do controlo metabólico, é extremamente importante.

Métodos: Foi feita uma análise retrospectiva, de uma amostra de 109 doentes admitidos no Serviço de Urgência (SU), de 1/12/2023 a 31/5/2024, seguidos pela Medicina Interna, com os diagnósticos à admissão de cetoacidose diabética, estado hiperglicémico hiperosmolar e descompensação da diabetes com glicemias capilares superiores a 250mg/dL.

Objetivo: Caracterização de fatores demográficos, tipo de diabetes, causa de descompensação, principais comorbilidades, terapêutica

prévia e após alta, controlo metabólico prévio e destino após a alta.

Resultados: Dos 109 doentes observados no SU, cerca de 57.8% eram do sexo feminino. Observou-se um total de 60 internamentos (55.05%), dos quais 13.33% correspondiam a cetoacidoses diabéticas e 11.67% a estados de hiperglicemia hiperosmolar. Constatou-se uma taxa de mortalidade de cerca de 18.33% dos doentes internados.

Dos doentes que tiveram alta diretamente do SU, foram feitas alterações terapêuticas em 48.98%. Neste mesmo grupo, verificou-se que cerca de 2.94% dos doentes teria indicação para o início de insulinoterapia, mas recusaram.

Relativamente aos doentes internados, o principal motivo de descompensação observado foi a infeção (50%), já o incumprimento terapêutico foi assumido como causa em 16.7% dos estados de hiperglicemia. Aquando da alta do internamento, 51,7% dos doentes manteve da terapêutica prévia, em 20% dos doentes foram introduzidas novas classes farmacológicas e em 10% optou-se por manter a terapêutica habitual com ajuste da dose. À data da alta, um total de 6 doentes (10%) foi referenciado ou manteve seguimento na consulta de Endocrinologia, mantendo-se a vasta maioria com seguimento no médico assistente (cerca de 58%).

Conclusão: A avaliação dos doentes diabéticos com descontrolo metabólico, no Serviço de Urgência, traduz uma oportunidade de ouro para tratar, na fase aguda, a hiperglicemia grave, mas também para referenciar estes doentes para a consulta específica ou internamento, contribuindo assim para um eficaz controlo metabólico a longo prazo.

POA 07

QUANDO AS ENZIMAS HEPÁTICAS FALAM MAIS ALTO: DIAGNÓSTICO DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO NA URGÊNCIA

Sílvia Oliveira; Rita S. Xavier; Adriana Basílio;
Joana Barros; Mário Esteves Ferreira
Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune crónica, caracterizada por uma resposta imunológica anómala que resulta em inflamação e dano a múltiplos órgãos e sistemas. A sua apresentação clínica é extremamente variável, o que pode tornar o seu diagnóstico um desafio.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 37 anos. Antecedentes pessoais de síndrome de Brugada espontâneo tipo II, história prévia de tromboflebitis há mais de 10 anos, poliartralgias (a aguardar consulta externa de Reumatologia) e com diagnóstico de pericardite nos 15 dias prévios. Medicado com colchicina e aspirina. Encaminhado do centro de saúde ao serviço de urgência por alterações hepáticas em estudo analítico (TGO 514U/L, TGP 671U/L). Na admissão no serviço de urgência referia poliartralgias de ritmo inflamatório com rigidez matinal com 1 ano de evolução. Além disso anorexia e fadiga desde há 6 meses. Negada dor abdominal, náuseas ou vômitos. Negada febre. Negada colúria. Negada acolia. Negado consumo de álcool ou drogas de abuso. Negado consumo de produtos de ervanária. Negada história de aftose oral. Ao exame objetivo apresentava rash malar que segundo o doente agravava com a exposição solar. Analiticamente com disfunção hepatocelular em melhoria. HIV, HBV, HCV, CMV negativos. Apresentava anemia ligeira (11.8g/dL), com coombs direta positivo. Dadas queixas do doente, rash malar, serosite e coombs direta positiva levantada a suspeita de Lupus Eritematoso Sistémico. Teve alta orientado para consulta externa a aguardar resultado de

estudo analítico que ficou em curso. Analiticamente ANAs positivos (1/1280), anti-SSA e nucleossomas positivos, dsDNA elevado, anti-corpos SAAF negativos. Perante estes achados, diagnosticado Lúpus Eritematoso sistêmico, ficando o doente seguido em consulta externa de Reumatologia.

Conclusões: O diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico (LES) tem por base critérios estabelecidos pela American College of Rheumatology (ACR) e pela European League Against Rheumatism (EULAR), incluindo uma combinação de critérios clínicos e imunológicos. Neste caso, a clínica do doente fez-nos pensar neste diagnóstico, tendo sido depois confirmado em consulta. Foi assim possível fazer um diagnóstico mais precocemente. Sabe-se que quanto mais cedo se inicia tratamento, maior a probabilidade de reduzirmos a progressão da doença, podendo melhorar o prognóstico.

POA 08

QUANDO O DENTE DÓI E O CORAÇÃO PADECE: ENDOCARDITE PÓS-PROCEDIMENTO DENTÁRIO

Filipa Guedes; Isabel Viana Novo;
Margarida Arantes Silva; Rita Xavier; Sara Pereira;
Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

A endocardite em pacientes com válvula mecânica após procedimento dentário é uma complicação rara, porém grave. A bacteremia decorrente da manipulação pode levar à colonização e infeção do tecido valvular, resultando em endocardite. O diagnóstico precoce é fundamental para prevenir complicações graves. São essenciais medidas profiláticas em doentes de alto risco.

Homem, 58 anos, com diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, asma e prótese valvular aórtica mecânica desde 2011. Recorreu ao serviço de urgência por febre com 48h de evolução sem clínica focalizadora. Sem

queixas respiratórias, gastrointestinais ou genitourinárias. Quando questionado sobre procedimentos dentários, referia uma extração dentária 4 dias antes do aparecimento da febre. Nega ter feito antibioterapia profilática. À admissão no serviço de urgência hemodinamicamente estável, apirético. Ao exame objetivo mucosas descoradas e desidratadas, sem outras alterações de relevo. Realizou estudo analítico que mostrou Hb 9.50 g/dl, Leucócitos $12 \times 10^3/\mu\text{L}$, Creat 2.36 mg/dl, Ureia 95 mg/dl, Na 127 mEq/L, K 4.2 mEq/L, PCR 24 mg/dl, INR 2.95. Painel de vírus respiratórios negativo, gasometria sem alterações. Realizou ecocardiograma transtorácico que indicava: “Prótese valvular mecânica em posição aórtica sem sinais de disfunção. Identificam-se duvidosas imagens na dependência da prótese que não é possível definir se se tratam de pequenas vegetações ou apenas reverberações metálicas”. Iniciou de forma empírica antibioterapia com Ampicilina e Flucloxacilina, protelando-se a introdução de gentamicina pela lesão renal aguda. Já no internamento realizou ecocardiograma transesofágico que evidenciou: endocardite de prótese mecânica aórtica, com múltiplas vegetações, abscesso periprotésico e insuficiência protésica de grau pelo menos moderado. Alterou-se antibioterapia para Daptomicina (cobertura de Enterococcus e MRSA) e Ceftriaxone (cobertura de microorganismos do grupo HACEK). As hemoculturas colhidas à admissão bem como ao longo do internamento foram negativas. Por agravamento clínico e aumento do abscesso periprotésico com aparente comprometimento da estabilidade da prótese, doente transferido para Cirurgia Cardiorádica no Hospital São João onde foi submetido a substituição de válvula aórtica e conduto valvular aórtico com consequente choque hemorrágico e disfunção multiorgânica. Evoluiu de forma desfavorável durante o internamento, acabando por falecer 15 dias depois.

Concluindo, a endocardite em doentes com válvula mecânica após procedimento dentário é uma complicação séria que pode resultar em quadros clínicos graves e desfechos fatais, como observado no caso descrito. Este caso salienta a importância do diagnóstico precoce visando prevenir a morbidade e mortalidade associada a esta condição clínica e reforçar a importância de medidas profiláticas em pacientes de alto risco.

POA 09

ELETROCARDIOGRAMA OBNUBILADO

Rita Louro; Gustavo Sá Mendes; Susana Escária;
Tereza Veloso
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: Apresentamos um caso de alteração do estado de consciência associada a alterações electrocardiográficas.

Caso clínico: Homem de 64 anos de idade, com antecedentes de diabetes mellitus, medicado com dapagliflozina e metformina, internamento em Psiquiatria com o diagnóstico recente de Perturbação Delirante, medicado com quetiapina e lorazepam.

Doente foi encontrado pela filha, cerca de 2 horas antes da admissão hospital, descrito como desorientado e posterior perda de consciência.

Admitido na sala de reanimação, por alteração do estado de consciência (Glasgow score: 9, abertura ocular à voz, ausência de resposta verbal e localização da dor) e hipotonia generalizada. À restante observação destacar taquicardia (FC: 124 bpm).

Realizou TC-CE sem alterações significativas agudas. ECG evidenciou taquicardia monomórfica de complexos largos, com desvio esquerdo do eixo e eixo superior. Realizados ECG seriados, documentando-se ondas P antecedidas de QRS, numa relação 1:1. Foi administrada adenosina sem alteração do traçado. Ecocardiograma sugestivo de dessincronia macroscópica marcada, sem

alterações da contratilidade segmentar, com fracção de ejeção preservada, com presença de onda E/A mitral.

Analiticamente sem alterações de relevo (sem anemia, ausência de elevação de parâmetros inflamatórios) apenas a destacar K 5.5 mmol/L, NTproBNP 1000 pg/mL e troponina 2.65 ng/L. Gasimetria em ar ambiente equilibrada (pH 7.4, pCO₂ 32, pO₂ 86, HCO₃ 19.8, lactato 2.4). Pesquisa de drogas de abuso positivo para etil glucuronida, benzodiazepinas e antidepressivos tricíclicos (ADT).

Assumido como diagnóstico de arritmia de complexos largos com condução aberrante, em provável contexto de intoxicação por ADT. Iniciou terapêutica com bicarbonato sódico, com monitorização QRS e reavaliação gasimétrica seriada. Doente com melhoria clínica, normalização gradual do estado de consciência e à data de alta, apresentava ecocardiograma sem alterações significativas e ECG em ritmo sinusal, com ondas T negativas profundas e simétricas em V1-V3.

Conclusões: Este caso salienta a importância de reconhecer a toxicidade por ADT como uma causa de alteração do estado de consciência em urgência, particularmente devido à existência de uma terapêutica específica. Este caso sublinha o valor do ECG no diagnóstico diferencial e o tratamento imediato.

POA 10

ENDOCARDITE INFECIOSA: QUANDO TUDO COMEÇA NUMA TROMBOCITOPENIA

Carolina Freitas Henriques; Elisa Caldeira;
Francisco Sousa; Rui Fernandes; Rubina Miranda;
Teresa Faria
Hospital Dr. Nélcio Mendonça

Introdução: A Endocardite Infeciosa (EI) é uma infeção da superfície endocárdica com afeção de uma ou mais válvulas. A presença de valvulopatia congénita, uso de drogas endovenosas e a imunossupressão são fatores de risco bem estabelecidos. O espectro clínico

de apresentação desta entidade é variável e por vezes inespecífico. O atraso no diagnóstico está associado a um aumento da mortalidade e complicações como insuficiência cardíaca, fenómenos embólicos e sépsis pelo que o diagnóstico atempado é crucial.

Caso clínico: Homem, 52 anos, com antecedentes pessoais (APs) de hipertensão arterial e válvula aórtica (VA) bicúspide com ecocardiograma transtorácico (ecoTT) prévio com regurgitação aórtica grave por prolapso de cúspide e ventrículo esquerdo hipertrofiado com fração de ejeção preservada. Aparentemente assintomático, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por exantema petequeial de ambas as pernas com 7 dias de evolução. Negou febre, astenia, perdas hemáticas, perda ponderal. Referiu contacto com criança com parvovirose. À observação, TT 36°C, TA 145/85 mmHg, FC 85 bpm, SpO2 98%. Auscultação cardíaca com sopro diastólico, grau III, foco aórtico. Membros inferiores com exantema petequeial bilateral. Análises sem leucocitose, anemia microcítica hipocromica Hb 10 g/dL ferropénica, plaquetas 132000 u/L, PCR 54 mg/dL VS 25 mm, TP 15, INR 1,3, serologias Vírus Epstein-Barr (IgG positivo e IgM negativo), Parvovírus IgG e IgM (negativos), Ag/Ac HIV 1/2 negativo. Teve alta com indicação para realização de endoscopia digestiva alta (EDA) e baixa (EDB). Seis dias após foi reavaliado em Consulta Externa de Medicina Interna onde negou febre, mantinha exantema petequeial e referiu astenia e dor abdominal de novo no hipocôndrio esquerdo. À palpação abdominal com baço palpável. Repetiu análises com plaquetas 129000 u/L e trouxe EDA que evidenciava angiodisplasia do corpo gástrico. Foi internado e realizou tomografia computadorizada abdominal que revelou esplenomegalia de 15 cm e 4 enfartes esplênicos (o maior com 3cm). Assim, colocada hipótese de EI de VA que foi confirmada após realização de ecoTT. Iniciou vancomicina, ceftria-

xone e gentamicina e foi transferido para a Cardiologia. Ao 7º dia de internamento, foi submetido a substituição de VA e implantação de prótese valvular mecânica. As hemoculturas e microbiologia da válvula foram negativas, assim como, as serologias *Brucella* spp, *Bartonella* spp e *Coxiella* Burnetti.

Conclusão: O diagnóstico de EI pode ser realizado rapidamente em alguns doentes, contudo noutros, poderá ser desafiante pela sintomatologia inespecífica e evolução insidiosa. Com este caso clínico, os autores pretendem salientar a importância da abordagem de um doente como um todo, sobretudo o enquadramento dos APs e possíveis fatores confundidores, e o quão crucial é a reavaliação de determinados doentes sem critérios de internamento, mas que requerem seguimento após ida ao SU.

POA 11

DA DIARREIA A UMA REVELAÇÃO IMPACTANTE

Ana Gabriela Paupério; Sara Isabel Vasconcelos; Nadine Almeida; João Pedro de Sousa Lima; André Santos Pinto
ULS EDV

Introdução: A diarreia aguda em adultos é mais frequentemente causada por agentes infecciosos gastrointestinais. No entanto pode também ocorrer no contexto de outras infeções, como infeção por *Clostridium difficile*, vírus influenza, vírus da imunodeficiência humana (VIH), ou ainda etiologias não infecciosas como efeitos adversos de fármacos, síndrome do intestino irritável e síndrome carcinoide.

Caso clínico: Mulher de 62 anos, recorreu ao serviço de urgência por febre (39°C), náuseas, vômitos, diarreia e astenia com 4 dias de evolução, com perda ponderal de 5kg em 4 meses. Analiticamente apresentava bicitopenia – leucopenia de $2,1 \times 10^9/L$, com especial destaque para linfopenia de $0,79 \times 10^9/L$, e trombocitopenia de $122 \times 10^9/L$, hipo-

calemia de 2,7mmol/L e elevação da PCR 11mg/L, sem outras alterações. Realizou tomografia que identificou espessamento parietal de parte do cólon ascendente compatível com colite segmentar. O estudo etiológico da diarreia foi negativo - pesquisa de *Clostridium difficile*, exame bacteriológico e parasitológico. Decidiu internamento para tratamento e complemento do estudo. Dada a presença e agravamento da bicitopenia – leucopenia de $1,2 \times 10^9/L$ e trombocitopenia de $56 \times 10^9/L$, associado à clínica de diarreia, astenia e perda de peso, foram estudadas outras etiologias, tendo-se verificado reatividade dos anticorpos anti VIH e antígeno p24, com carga viral >10000000 cópias/mL, sendo o restante estudo negativo (outros vírus, painel de zoonoses, estudo auto-imune). A doente foi informada e esclarecida sobre o diagnóstico. Quando questionada sobre possíveis vias de transmissão, referiu atividade sexual desprotegida. Dado o diagnóstico de primoinfeção pelo VIH iniciou terapêutica antiretroviral, mantendo atualmente seguimento em consulta de doenças infecciosas.

Conclusão: Apesar da redução de 44% no número de novos casos de infeção pelo VIH desde 2012, este continua a ser um diagnóstico com impacto na vida dos doentes e na saúde pública. Pode apresentar diversas manifestações clínicas como febre, adenomegalias, rash, mialgias, artralrias, diarreia e perda de peso; e alterações laboratoriais como elevação da enzimologia hepática, anemia e trombocitopenia, além da leucopenia e linfopenia. Assim, torna-se extremamente importante tê-lo em consideração e proceder à sua pesquisa sempre que a dúvida se levante.

POA 12

ABCESSO ESPLÊNICO POR MICROORGANISMO OPORTUNISTA EM DOENTE COM LEPTOSPIROSE, SEM COMORBILIDADES PRÉVIAS

Diogo T Regateiro; José Santos; Joana Coelho; Lèlita Santos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

A leptospirose é uma zoonose causada por uma spirochete *Leptospira*, com reservatório em animais domésticos e selvagens. Embora a incidência seja baixa em países da Europa comparativamente com países de regiões tropicais, verifica-se uma tendência contínua no aumento de casos na região europeia (com aumento de incidência anual de 5% entre 2010 e 2021)¹.

Apresenta-se o caso de homem de 53 anos sem antecedentes patológicos conhecidos, encaminhado ao serviço de urgência (SU) por anorexia, diarreia, perda ponderal, febre, sudorese profusa, astenia e cefaleias com cerca de 3 meses de evolução. Sem outros sintomas ou clínica, no SU estava apirético, sem leucocitose com PCR 3.67. Teve seguimento em consulta urgente de Medicina Interna onde fez serologias que identificaram infeção recente por *Leptospira* e realizou ciclo de antibioterapia com Doxiciclina, tendo serologias negativas para outras infeções comuns. Cerca de 1 mês após ida ao SU, regressou por manter sintomas mas com perfil de hipertermia em agravamento, estando à observação sudorético, polipneico, hipotenso, taquicárdico e febril (40°C). Analiticamente com leucocitose, neutrofilia, PCR 7,84 e procalcitonina de 0.79. Gasometria sem insuficiência respiratória e sumária de urina sem alterações. Fez ecografia abdominal que identificou esplenomegalia e coleção líquida no baço com suspeita de abcesso. Iniciou Ceftriaxone empiricamente e colheu hemoculturas que identificaram *Strep-*

Staphylococcus aureus sensível à antibioterapia instituída. Realizou ainda TAC abdomino-pélvica, que confirmou coleção abcedada líquida com 5,8x5 cm de eixos axiais e 6,9cm de extensão longitudinal e segunda coleção com 4,4cm de maior eixo axial. Foi discutido com a Cirurgia Geral, tendo sido decidido manter antibioterapia com reavaliação dimensional da lesão, ponderando-se eventual esplenectomia em caso de resposta insuficiente.

A leptospirose é por norma uma doença bifásica, com uma fase inicial de septicémica e sintomas típicos de febre, cefaleias e mialgias. Durante esta fase existe disseminação para vários órgãos sendo o fígado, pulmão e rim os mais comumente envolvidos. A segunda fase, ou fase imunitária, que se inicia por volta da segunda semana, está relacionada com o aparecimento de anticorpos, com linfócitos B e T a promoverem uma resposta imune à infeção e com eliminação bacteriana. As maiores complicações surgem normalmente nesta fase e nos órgãos mais afetados com hiperbilirrubinémia, vasculites e hemorragias. O caso clínico descrito demonstra uma manifestação de doença sem sintomas graves iniciais, mas que se traduziu numa provável imunodepressão prolongada com sobreinfeção e septicémia por microrganismo oportunista, inclusive com formação de abscessos esplénicos em doente sem comorbilidades nem fatores de risco conhecidos.

1- Beauté J, et al. Epidemiology of reported cases of leptospirosis in the EU/EEA, 2010 to 2021. Euro Surveill 2024

POA 13

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UMA CEFALEIA – NÃO PODIA SER APENAS UMA OTOMASTOIDITE !

Elisa Caldeira; Carolina Freitas Henriques;
Sofia Almada; Sara Gomes; Maria da Luz Brazão;
Teresa Faria

Hospital Central do Funchal

A cefaleia é um dos motivos mais frequentes de ida ao Serviço de Urgência. Através de uma história clínica e exame objetivo detalhados, é possível distinguir uma cefaleia de caráter benigno de uma cefaleia com sinais de alarme, que necessitará de cuidados específicos e atempados.

Doente de 65 anos, com antecedentes pessoais de otites médias agudas de repetição, hipertensão arterial e dislipidemia, recorreu ao serviço de urgência por cefaleia de intensidade 9/10, holocraniana, febre e otalgia à esquerda com um dia de evolução, associada a vômitos. Objetivamente apresentava-se com náuseas e vômitos persistentes, febril (TT 39.6°), normocárdica (85 bpm) e hipertensa (181/80mmHg). O exame otorrinolaringológico mostrava apenas hiperemia da membrana timpânica à esquerda; neurologicamente apresentava-se com Glasgow Coma Score de 15, pupilas isocóricas e isorreativas, rigidez da nuca com sinal de brudzinsky e reflexo cutâneo plantar em flexão. Realizou tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica que mostrava componente inflamatório interessando de forma parcial o ouvido médio e células oto-mastoideas à esquerda. Analiticamente apresentava neutrofilia com proteína C reativa de 70mg/L. Por manutenção de cefaleia apesar de analgesia, decidiu-se a realização de veno-TC que mostrou “ausência de preenchimento dos seios laterais em relação com trombose venosa”. Antes de iniciar anticoagulação terapêutica, decidiu-se a realização de punção lombar, com saída de líquor

do turvo e discretamente xantocromático. O liquor revelou 2400 células, com predomínio de polimorfonucleares, glicose de 10 mg/dL, proteínas 294 mg/dL, diplococos gram + na coloração gram. A doente ficou internada no Serviço de Infecçiology a cumprir ceftriaxone e ampicilina empiricamente. Posteriormente, o exame cultural e hemoculturas foram positivos para *Streptococcus pneumoniae*. À data da alta, a doente ficou anticoagulada com dabigatran 150mg de 12h/12h.

Analisando este caso clínico, podemos deduzir uma sequência de eventos: temos como ponto de partida uma otomastoidite à esquerda, que conduziu a uma meningite pneumocócica complicada de trombose venosa cerebral (TVC). Assim, as otites e mastoidites são um factor de risco importante para meningite pneumocócica mas também para TVC, e portanto, na presença de sinais de alarme, não nos devemos conformar com o primeiro diagnóstico, avançando para a realização de exames mais esclarecedores.

POA 14

UMA RETENÇÃO URINÁRIA NÃO PODE PASSAR DESPERCEBIDA

Carolina Freitas Henriques; Elisa Caldeira;
Rui Fernandes; Rubina Miranda; Teresa Faria
Hospital Dr. Nélcio Mendonça

Introdução: O estesonuroblastoma (EN) é uma neoplasia maligna rara com origem neuroectodérmica e diferenciação neuroendócrina do epitélio olfativo. Corresponde a 3% de todos os tumores intranasais malignos. Afecta doentes dos 35 aos 75 anos e é um tumor de crescimento lento cujo regime de tratamento tem como base a ressecção cirúrgica, radio-terapia (RT) e quimioterapia (QT). A raridade deste tumor e a boa resposta à terapêutica agressiva inicial fazem com que a experiência na doença metastizada seja muito limitada. As taxas de recorrência do EN variam na literatura disponível.

Caso clínico: Mulher, 74 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e diagnóstico de EN Kadish C em junho de 2023, submetida a cirurgia de exérese da massa tumoral e, posteriormente RT e QT com boa resposta. Assintomática até 1 de Agosto de 2024, quando inicia lombalgia de carácter mecânico com 2 dias de evolução. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU), foi observada pela Ortopedia, realizou radiografia da coluna lombar (sem alterações) e teve alta medicada sintomaticamente. Cinco dias depois recorreu novamente ao SU por manutenção da lombalgia e retenção urinária e obstipação com 3 dias de evolução. Ao exame objectivo (EO), vigil, apirética, PA 140/78 mmHg, FC 82 bpm, eupneica SpO2 98%. Murphy renal negativo bilateralmente. Fez análises com urina II (sem alterações) e teve alta algaliada, medicada com tansulosina e bisacodilo e referenciada a Consulta de Urologia. Quatro dias após a 2.ª ida ao SU, volta novamente com manutenção do quadro clínico descrito e diminuição da força muscular (FM) e sensibilidade em ambos os membros inferiores (MI) que impossibilitava a marcha com 2 dias de evolução. Ao EO neurológico, a destacar, FM diminuída grau 2 em ambos os MI, hipostesia álgica bilateral com nível em D9-D10, reflexos osteotendinosos mantidos bilateralmente e reflexo cutano-plantar em extensão bilateralmente. Análises sem alterações. Fez punção lombar com 32 células, glicose 11 e proteínas > 600 e anatomia patológica do liquor com material granular proteináceo e células pequenas nucleadas, interpretadas como linfócitos. Fez tomografia computadorizada coluna cervicodorsolombosagrada sem alterações de relevo. Posto isto, foi internada e realizou ressonância magnética que evidenciou múltiplas lesões metastáticas de D1 a D10, a mais grave em D8-D9 com componente intradural e extradural com compressão medular. Assim, foi transferida para a Neurocirurgia e submetida

a cirurgia de descompressão emergente.

Conclusão: Com este caso clínico, os autores pretendem realçar a raridade deste diagnóstico e a importância do enquadramento dos antecedentes pessoais. Neste caso, temos uma doente de 74 anos, com três idas ao SU, uma delas por retenção urinária e obstipação de novo com lombalgia associada que, após uma história clínica detalhada e cuidadosa, seria possível ponderar numa recidiva da neoplasia primária.

POA 15

PAPEL DA ECOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOR TORÁCICA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

Carolina Soares Lopes¹; Bárbara A. M. Baptista²; Beatriz Meireles de Barros³; Diana Martins Ferreira³; Sara Raquel Pereira Martins³

¹ULSM - Hospital Pedro Hispano; ²Hospital Distrital da Figueira da Foz; ³Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

A dor torácica no serviço de Urgência (SU) é um sintoma comum, por vezes inespecífico, que pode traduzir desde a ausência de doença física, até aos diagnósticos mais críticos e ameaçadores de vida.

Apresenta-se o caso de um homem de 71 anos, fumador, que recorreu ao SU por quadro de 1 mês de dor pleurítica esquerda. Objetivamente com dor à palpação no 3º espaço intercostal na linha média axilar. Ecografia à cabeceira identificou lesão hipoecoica oval, de limites mal definidos, com envolvimento pleuropulmonar com linhas B associadas e de 2 arcos costais (fig.1). Prosseguiu-se para Angio-TAC torácico que revelou provável metástase óssea a condicionar destruição da 3ª costela à esquerda e volumosa lesão da suprarrenal esquerda (fig. 2).

Este caso demonstra a vantagem do uso de ecografia na avaliação inicial de doentes com toracalgia, permitindo rápida identificação e orientação de um diagnóstico incomum e grave.

POA 16

SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR – UM DESAFIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

SILVIA OLIVEIRA; Glória Gonçalves; Filipa Guedes; Joana Barros; Mário Esteves
CH Medio Ave - Famalicão

Introdução: A síndrome da veia cava superior caracteriza-se por uma diminuição ou obstrução do fluxo venoso da cabeça, pescoço e membros superiores através da veia cava superior por trombose ou compressão extrínseca da mesma. Pode ter várias etiologias, sendo uma das mais frequentes a causa neoplásica. Numa abordagem inicial, o uso de corticoterapia, diuréticos endovenosos e a elevação da cabeceira são medidas fundamentais. Depois, dependendo da etiologia o tratamento pode passar por tratamento da doença de base, radioterapia de urgência e radiologia de intervenção.

Caso clínico: Doente do género masculino, 77 anos. Sem abrigo. Sem antecedentes pessoais de relevo conhecidos. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dispneia, odinofagia, edema da face, região torácica e membros superiores, sobretudo à direita, com 5 dias de evolução. Associadamente referia dispneia e astenia. Analiticamente com anemia macrocítica, sem outras alterações de relevo. Apresentava insuficiência respiratória tipo 1. A radiografia do tórax que revelou hipotransparência homogénea no 1/3 superior do hemitorax direito. Foi pedido TC torácico para esclarecimento que revelou massa (provavelmente neoplásica primária) no lobo superior do pulmão direito com mais de 7cm de maior eixo, relacionada com o brônquio do lobo superior do pulmão direito, que se mostra colapsado. Verificava-se colapso de grande parte da veia Cava Superior. Além disso, apresentava trombo pelo menos em veia pulmonar anterior direita, próximo da aurícula. O doente ficou internado no Serviço

de Medicina Interna para estudo e orientação terapêutica.

Conclusão: O tratamento da síndrome da veia cava superior é um desafio, uma vez que não existem orientações definidas, sendo uma decisão multidisciplinar. A terapêutica desta síndrome pode dividir-se em sintomática e definitiva, sendo as medidas conservadoras ou terapêutica sintomática são geralmente a terapia de primeira linha com o intuito de diminuir os sintomas de congestão venosa e a progressão da trombose. Este caso revelou-se um maior desafio dado na apresentação o doente ainda não ter diagnóstico definitivo, tendo se optado por internar o doente para estudo, suporte e decisão multidisciplinar dos passos seguintes.



PO 01

OS DESAFIOS DA MALÁRIA SEVERA: ABORDAGEM NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS.

Alice Figueiredo
Centro Hospitalar de Setúbal

A Malária é a doença parasitária mais comum no mundo com 249 milhões de casos e 608 000 mortes em 2022 (1). Em Portugal, as infeções importadas representam cerca de 100 casos por ano (2). Malária severa é uma emergência médica com taxas de mortalidade hospitalar de 10 a 20%, caracterizando-se pela presença de disfunção de órgão ou hiperparasitemia superior a 10%, casos em que o início de antimaláricos endovenosos não deve ser protelado (3–6).

Apresentamos o caso de um homem angolano de 52 anos, residente em Portugal, que apresentou febre, cefaleia e odinofagia após retornar de viagem a Angola. Inicialmente tratado com medidas sintomáticas, retornou ao Serviço de Urgência dois dias com confusão mental, hipotensão (TA 88/52 mmHg), lesão renal (Ureia 103 mg/dL, Creatinina 3.36 mg/dL), lesão hepática (AST 74 U/L, GGT 227 U/L), trombocitopenia (plaquetas 24 000 uL) e hiperlactacidemia (3.3 mmol/L). O esfregaço de sangue periférico confirmou a suspeita de Malária com 25% de parasitemia a *Plasmodium falciparum*, pelo que iniciou suporte de órgão, artesunato intravenoso e foi internado na Unidade de Cuidados Intermédios. Nos dias subsequentes apresentou melhoria clínica significativa e redução abrupta da parasi-

témia para 0.2% após 48 horas, progredindo para antimaláricos orais. No entanto, manteve agravamento da lesão renal (creatinina 12.78 mg/dL) com necessidade de indução dialítica, tendo-se assumido necrose tubular aguda após exclusão de outras etiologias. Atualmente, o doente encontra-se internado em enfermaria, mantendo-se assintomático, a realizar terapêutica de substituição da função renal em dias alternados com melhoria analítica. Aguarda resultado de PCR para *Plasmodium* no sentido de esclarecer suspeita de infeção mista. A Malária é um diagnóstico a considerar em qualquer doente com febre e viagem a país endêmico, relembrando-se a pertinência de explorar o contexto epidemiológico no Serviço de Urgência. Este caso exemplifica um problema comum em Portugal com a ausência de quimioprofilaxia em viajantes de naturalidade africana, embora a imunidade seja rapidamente perdida ao saírem do país de origem. Finalmente, salientamos a gestão de um caso de Malária grave com parasitemia muito elevada, no Serviço de Urgência e posteriormente numa Unidade de Cuidados Intermédios de nível II de um Serviço de Medicina Interna.

PO 02

ERA “SÓ” UM CORTICOIDE!

João Martins Figueiredo; Nuno Ramos Pinto;
Cláudia Soares Cardoso; Sofia Matos Oliveira
ULS EDV

Introdução: O uso de corticoides é uma prática comum na abordagem terapêutica de diversas condições clínicas. No entanto, este

relato de caso destaca uma situação particular em que a sua administração resultou em acontecimentos inesperados. Este episódio destaca a importância da avaliação cautelosa e da compreensão dos riscos associados à sua prescrição, ressaltando a importância da vigilância clínica. Trata-se de uma utente com múltiplas idas à urgência e a consulta aberta, vista por vários colegas, com uma condição que se foi arrastando, levando à descompensação do quadro clínico e terminando num internamento prolongado.

Caso clínico: Mulher com 86 anos, residente e natural da Vila de Cucujães. Como antecedentes pessoais tem hipertensão arterial; diabetes mellitus tipo 2; fibrilação auricular, insuficiência cardíaca/cardiopatia (dilatação grave de ambas as aurículas), síndrome demencial, perturbação depressiva e síndrome vertiginosa. Medicação habitual com Metformina + Vildagliptina 1000 mg + 50 mg 2id; Bisoprolol 2.5 mg id; Digoxina 0.25 mg id; Beta-histina 24 mg 2id; Sinvastatina 10 mg id; Clorotalidona 50 mg id; Escitalopram 20 mg id; Clomipramina 75 mg id; Fluvoxamina 50 mg id e Memantina 10 mg id. Com quadro de lesões cutâneas em placas eritematosas pelo corpo (membros, tronco, dorso, face e couro cabeludo) com algumas vesículas bolhosas (que vão agravando e alastrando com o tempo) associadas a prurido generalizado com semanas de evolução. Observada e medicada várias vezes em contexto de urgência e consulta aberta. Uma semana depois da última avaliação em contexto de urgência é encontrada pelo filho, de madrugada, com perda de consciência. É levada, novamente ao serviço de urgência onde acaba com um internamento de 2 meses e 15 dias.

Discussão: Trago este caso a discussão pela raridade da patologia dermatológica em questão, restante descompensação do quadro clínico e autocritica na gestão deste doente. Na prática médica há sempre que

pesar o custo/benefício das propostas terapêuticas impostas, sobretudo em doentes idosos e diabéticos. A proximidade do doente com os cuidados de saúde primários, nomeadamente com o seu médico de família deve ser um fator de relevo na gestão dos doentes, não esquecendo importância da comunicação entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares.

PO 03

PERFIL DEMOGRÁFICO E DE MORBIDADE DE IDOSOS EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA: UM ESTUDO EM BOTUCATU-SP- BRASIL.

Dra Adriana Polachini do Valle;
Paulo José Fortes Villas Boas; Keyth Regina Vital;
Carlos Tadeu Breda Neto;
Nicole de Micy Ferreira Cintra
Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP

Introdução: O aumento da expectativa de vida tem levado ao crescimento da população idosa, resultando em um maior número de pacientes idosos em serviços de urgência. Esta tendência global é preocupante, pois, apesar de ser o segmento que mais cresce, há pouco planejamento para suas necessidades emergenciais de saúde. Este estudo foi realizado em Botucatu, São Paulo, Brasil, onde os pacientes foram atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema público e gratuito, organizado em uma rede de serviços para garantir atendimento integral à saúde da população.

Objetivo: Avaliar o perfil demográfico e de morbidade de idosos em serviços de emergência em Botucatu-SP, atendidos pelo SUS, e analisar os desfechos de uma amostra de idosos encaminhados para o Pronto-Socorro de maior complexidade do município.

Método: Estudo observacional e retrospectivo, analisando a demanda de idosos no pronto-socorro de adultos (PSA) e encaminhamentos ao pronto-socorro de maior complexidade (PSR) de janeiro a dezembro de 2018. Foram

avaliados os dados demográficos e as causas que levaram os idosos ao serviço de emergência. Em seguida, uma amostra de idosos encaminhados ao PSR foi avaliada através dos prontuários médicos, considerando a evolução do quadro e desfechos como alta ou óbito. Foi realizada análise descritiva e associações entre variáveis clínicas e demográficas, com desfechos avaliados pelo teste do qui-quadrado ou coeficiente de correlação de Pearson, com nível de significância de 5%. **Resultados:** Do total de 83.906 pacientes atendidos pelo PSA, 22.025 (26,2%) eram idosos, com a faixa etária de 60 a 65 anos sendo a mais frequente (28%). A taxa de reincidência foi de 77% entre os idosos. Os diagnósticos mais comuns foram dor aguda, tosse, dor lombar baixa, dispneia e infecção do trato urinário. Dos 7.248 encaminhamentos ao PSR, 39% (2.808) eram idosos, majoritariamente na faixa etária de 60-65 anos, com 52% do sexo feminino. Em uma amostra de 352 pacientes idosos encaminhados ao PSR, a mediana de idade foi de 74,77 anos e 92,05% tinham pelo menos uma comorbidade. Os principais diagnósticos de encaminhamento foram doenças do aparelho circulatório, respiratório e lesões de causas externas. Dos encaminhados, 49,43% necessitaram de internação, 5,4% de UTI, e 8,4% de cirurgia. Quanto aos desfechos, 88,07% receberam alta, enquanto 7,67% evoluíram a óbito. Não foram observadas associações significativas entre variáveis clínicas e demográficas e os desfechos.

Conclusão: Idosos representam 26% dos atendimentos de emergência em Botucatu, SP e alta taxa de reincidência. Comorbidades e doenças circulatórias e respiratórias são comuns, destacando a complexidade de suas condições. O estudo evidencia a necessidade de planejamento e intervenções específicas no SUS para melhorar o atendimento e desfechos clínicos dessa população crescente,

servindo como base para políticas públicas mais eficientes.

PO 04

TRAUMA CERVICAL POR ARMA BRANCA, UM CASO CLÍNICO

Bruno Bonito; João Tiago Felgueiras;
Joana Cartucho; Joana Ferreira; Ana Ruivo;
Carla Fernandes; Martinho Fernandes
CHBM - ULSAR

Introdução: A anatomia cervical é complexa, pois compõe-se de múltiplas estruturas nobres, sendo que qualquer lesão a este nível pode ser potencialmente fatal. Uma abordagem sistematizada a doentes com lesão cervical facilita a identificação das estruturas afetadas e planeamento do tratamento. O esfaqueamento é das principais causas de trauma perfurante e uma percentagem considerável destas agressões resulta em lesões major com necessidade de intervenção cirúrgica.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 77 anos, leucodérmico, autónomo, com antecedentes conhecidos de depressão recorrente, com tentativas prévias de suicídio graves e acompanhamento intermitente em consulta de Psiquiatria. Medicado em ambulatório com sertralina, mirtazapina e esomeprazol. Encaminhado ao Serviço de Urgência após ter sido encontrado em casa com hemorragia cervical no contexto de autoagressão com arma branca. À admissão apresentava faca serrilhada totalmente introduzida, com ponto de entrada na região cervical anterior à direita. Clinicamente com respiração superficial, oximérias periféricas de 97% em ar ambiente, sem instabilidade hemodinâmica.

Realizou TC com angiografia que revelou normal opacificação da carótida e seus ramos e das veias jugulares interna e externa, no entanto a lâmina parecia atingir um ramo da veia retromandibular. A destacar ainda extenso enfisema de partes moles de toda a face lateral direita do pescoço, estendendo-se até

à região supraclavicular direita e à linha média no terço inferior do pescoço.

Abordado pela Anestesiologia, Cirurgia Geral e Medicina Interna, tendo sido encaminhado para o bloco operatório onde foi submetido a remoção do objeto, exploração e lavagem das feridas, sob anestesia geral.

No pós-operatório foi transferido para a UCI sob ventilação mecânica invasiva, tendo sido extubado ao 3º dia de internamento, com edema cervical em absorção. Evoluiu favoravelmente, tendo sido transferido da UCI para o serviço de Psiquiatria com o objetivo de contenção de risco suicidário e gestão terapêutica, onde teve evolução clínica favorável com melhoria branda do humor, sem ideação suicida estruturada, tendo tido alta hospitalar encaminhado para a consulta externa de Psiquiatria.

Conclusões: Para além de permitir uma análise à abordagem do trauma penetrante cervical em contexto de urgência, incluindo a abordagem pré-hospitalar e revisão das imagens obtidas, este caso é revelador da importância da articulação de várias especialidades na avaliação de vítimas de trauma com lesões complexas. Por estes motivos pareceu-nos pertinente partilhar o caso clínico.

PO 05

PIELONEFRITE ENFISEMATOSA COMPLICADA: UM CASO CLÍNICO

Bruno Bonito; Joana Cartucho; Andreia Meseiro;

Ana Ruivo; Joana Ferreira; Rui Casanova;

Carla Fernandes; Martinho Fernandes

CHBM - ULSAR

Introdução: As infeções do tracto urinário enfisematosas associam-se à formação de gás e podem acometer o trato urinário em todo o seu trajecto. A diabetes mellitus é o principal fator de risco e os agentes responsáveis mais comuns são a *Escherichia coli* e a *Klebsiella pneumoniae*. As complicações são frequentes e podem ser graves, incluindo

lesão renal aguda e choque séptico. O tratamento consiste na administração de antimicrobianos, drenagem percutânea e, em casos graves, quando há persistência da infecção e acometimento sistémico, pode ser necessária abordagem cirúrgica com realização de nefrectomia.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 84 anos, autónomo, com antecedentes conhecidos de doença renal crónica, fibrilhação auricular, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, medicado em ambulatório com edoxabano, bisoprolol e atorvastatina, sem alergias conhecidas. Encaminhado ao Serviço de Urgência após ter sido encontrado caído no domicílio por familiares. Apresentava, à admissão, alteração do estado de consciência com confusão e agitação, queixas algicas à palpação abdominal, hipotensão, taquicardia e sinais de má perfusão periférica. Dos exames realizados a destacar TC abdominal e pélvica com múltiplas bolhas gasosas na espessura do parênquima renal à direita e ao longo do sistema excretor direito, com envolvimento da parede da bexiga, sugerindo pielonefrite enfisematosa. O estudo analítico revelou leucocitose com neutrofilia, trombocitopenia, INR: 3.52, creatinina: 4.11 mg/dL, PCR: 397 mg/L. A gasimetria arterial revelou acidose metabólica com hiperlactacidemia de 7.2 mmol/L. Na análise sumária de urina destacou-se leucocitúria, hemoglobinúria e exame microscópico do sedimento urinário com muitos leucócitos. Assumiu-se urosepsis de ponto de partida em pielonefrite enfisematosa direita com evolução em choque séptico, com disfunção multiorgânica. Submetido a nefrectomia direita e adrenalectomia, admitido na UCI no pós-operatório com evolução favorável, tendo sido suspenso suporte amnérgico ao 4º dia e extubado, com sucesso, ao 5º dia de internamento. A urocultura e hemoculturas colhidas à admissão revelaram-se positivas para *Escherichia coli* multisensível.

Conclusão: A pielonefrite enfisematosa pode, efetivamente, complicar-se, principalmente quando se estende a todo o trajeto do tracto urinário. A maioria dos doentes apresentam febre, dor abdominal, náuseas e vômitos. Quando o quadro evolui em choque séptico, como o caso do doente apresentado, associa-se a maior mortalidade. Aachamos pertinente a partilha deste caso clínico pela sua apresentação, evolução, imagem associada e por ser pouco comum o envolvimento de todo o tracto urinário

PO 06

SURDEZ NEUROSSENSORIAL SÚBITA: UM CASO CLÍNICO

Bruno Bonito; Joana Cartucho; Joana Ferreira; Ana Ruivo; Andreia Meseiro; Claudia Ribeiro; Carla Fernandes; Maria Rosário Ginga; Martinho Fernandes
CHBM - ULSAR

Introdução: A surdez súbita caracteriza-se pela diminuição drástica da acuidade auditiva num período inferior a 72 horas. A maioria dos casos é unilateral e de etiologia desconhecida. Processos inflamatórios ou infecciosos do ouvido médio podem causar surdez aguda, por norma, de condução, embora, raramente, possa apresentar-se como surdez neurosensorial súbita. Uma vez que a perda de audição é repentina e, por vezes, acompanhada de sensação de ouvido tapado, muitos doentes não reconhecem imediatamente que perderam a audição e protelam a procura de ajuda médica, o que pode ter impacto na recuperação. A maioria dos doentes com surdez súbita unilateral apresentam queixas de acufenos ipsilaterais.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 62 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, medicada com olmesartan, hidroclorotiazida e pitavastatina. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de odinofagia e otalgia à direita com

2 dias de evolução. Medicada com paracetamol e ibuprofeno, mas com agravamento das queixas e com drenagem espontânea de exsudado purulento do canal auditivo direito. Negou febre, trauma, tonturas, diplopia, cefaleias ou outra sintomatologia. Assumiu-se otite supurada, iniciou antibioterapia sistémica oral com amoxicilina e tratamento local com aplicação de gotas de dexametasona e ofloxacina intra-auricular. Apesar da resolução do processo infeccioso, após 5 dias, regressou ao Serviço de Urgência com queixas de acufenos e diminuição da acuidade auditiva à direita, com início na noite anterior. A otoscopia revelou-se inocente e os testes de Rinne e Weber foram sugestivos de surdez neurosensorial. Realizou um audiograma que demonstrou uma diminuição severa da acuidade auditiva à direita, provavelmente relacionada com o quadro infeccioso. Após observação pela otorrinolaringologia, iniciou corticoterapia sistémica, tendo sido proposta para tratamento com oxigenoterapia hiperbárica. Realizou 10 sessões de tratamento na câmara hiperbárica, tendo recuperado parcialmente a acuidade auditiva à direita.

Conclusões: A surdez súbita é uma emergência médica pelo que o diagnóstico precoce é fundamental, no sentido de otimizar a eficácia do tratamento. Os critérios para o diagnóstico incluem surdez neurosensorial, perda de pelo menos 30 decibéis em 3 frequências consecutivas e surdez que ocorre dentro de 72 horas, sendo que a doente apresentada cumpria todos os critérios. O tratamento em câmara hiperbárica aumenta a oferta de oxigénio aos tecidos, permitindo uma melhor cicatrização, contudo o prognóstico depende da gravidade da perda auditiva e melhora com o tratamento precoce. Aachamos pertinente a partilha deste caso com os colegas como alerta para a surdez súbita e necessidade de diagnóstico e tratamento atempados.

PO 07

ENFARTE RENAL – DA IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE AO ESTUDO ETIOLÓGICO

Luís Veiga; Sílvia Nunes

Unidade Local de Saúde Alto Ave - Hospital Guimarães

O enfarte renal é raro e frequentemente esquecido ou tardiamente diagnosticado por tratar-se de uma condição similar à nefrolitíase e pielonefrite. Dependendo da severidade, o enfarte renal pode levar a hipertensão renovascular, doença renal crónica.

Feminino, 35 anos, médica, sem antecedentes conhecidos, apresenta após um turno 24h de SU dor intensa e aguda de forma súbita no flanco esquerdo, que associa a desidratação e possivelmente a cólica renal, autome-dica com anti-inflamatórios não esteroides, reforçando hidratação oral, sem qualquer melhoria, pelo que recorre ao SU. Do estudo realizado apresenta análises sem qualquer alteração significativa além de discreta hematuria e proteinúria, ECG sem alterações, POCUS, sem sinais de ureterohidronefrose, mas levantando suspeita de FOP e sem sinais de TVP. Realiza Tomografia Computorizada- abdomino-pélvica, que demonstra área isquémica em polo inferior esquerdo. Imediatamente avalia aorta e artérias renais, e sem oclusão da artéria renal ou redução da função renal significativa ($<50\text{mL/min/1.73 m}^2$), oclusão parcial de artéria segmentar maior com menos de 24h ou disseção da artéria renal não é candidata a tratamento de revascularização urgente. Recusando o internamento, inicia hipocoagulação e prosegue o estudo em regime de consulta externa, sendo apreciada uma elevação limítrofe do título de anticorpos anticoagulante lúpico alternando de HBPM para Varfarina, assumindo um SAF. A importância de manter este importante diagnóstico diferencial no leque de opções a

considerar no SU e o facto de não apresentar uma clínica diferenciadora, uma vez que o tempo é chave para a referenciação para revascularização percutânea endovascular destes doentes ou em todo caso orientar para estudo precoce de condições subjacentes.

PO 08

NÃO ERA UMA FEBRE QUALQUER

Ana Cardeal Dourado¹; Elisabete Mendes²; Rita Diz¹; Graça Pombo¹; Maria José Montanha¹

¹Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE / Hosp. de Mirandela (Hosp. Nossa Senhora do Amparo); ²Hospital de Portalegre

Introdução: A malária é uma das principais doenças parasitárias a nível mundial, sendo causada por protozoários do género *Plasmodium*. A infeção por *Plasmodium*, discriminadamente o *Plasmodium falciparum* associa-se, frequentemente, a disfunção de órgãos vitais e aumento da mortalidade.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de uma doente do sexo feminino de 19 anos, natural da Angola, de onde tinha vindo para Portugal há 3 dias. De antecedentes pessoais, destaca-se malária na infância e pneumonia em 5 meses antes.

A doente recorreu ao SU por quadro de dor lombar e febre com 2 dias de evolução, associada a astenia e adinamia, sem outra sintomatologia associada. Ao exame objetivo à admissão, apresentava-se inicialmente apirética ($T^{\circ}36.7^{\circ}\text{C}$) e posteriormente febril com $T^{\circ}38.1^{\circ}\text{C}$, hipotensa (90/61mmHg), taquicárdica (FC 146bpm), taquipneica e com saturação de oxigénio 93% em ar ambiente. Tinha crepitações bibasais à auscultação pulmonar e repercussão renal positiva à esquerda, sem outras alterações objectivadas.

Dos exames complementares de diagnóstico destaca-se gasometria arterial em ar ambiente com pH 7,475, pCO₂ 32.2mmHg, pO₂ 56.6mmHg; HCO₃ 23,7mmol/L, hipocaliémia (K 3mmol/L) e lactatos 1.2mmol/L. Analítica-

mente com pancitopenia (anemia normocítica normocrômica com Hb 11.7g/dL, leucopenia de 3 220, e trombocitopenia com 43 000 plaquetas), INR 1.40, PT 15,4seg, APTT 27.4seg; hipocaliemia de 3.3 mEq/L; citocolestase hepática com hiperbilirrubinemia (TGO 39 U/L; TGP 37 U/L; GGT 59; Bil Total 4.38 mg/dL e BilD 1.73 mg/dL), LDH 398 U/L e PCR 17.14mg/dL. Imunização para VHB, virologia para doenças hepáticas, HIV e teste treponêmico negativos. Verificou-se hematúria e leucocitúria, com identificação de *Candida Albicans* sensível ao fluconazol. Procedeu-se à pesquisa de *Plasmodium* que resultou positiva, tendo sido identificados no esfregaço de sangue periférico alguns trofozoítos de *Plasmodium* (<10%), linfopenia com linfócitos reativos, desvio da série branca à esquerda e trombocitopenia, com anisocitose plaquetária. Na tomografia computadorizada de tórax, abdômen e pelvis destaca-se a presença de esplenomegalia.

A doente ficou internada com o diagnóstico de sépsis por malária grave a condicionar disfunção de multiorgânica.

Conclusão: Com este caso clínico pretende-se realçar a importância de uma anamnese completa, incluindo o contexto epidemiológico do doente, contribuindo para um diagnóstico diferencial mais eficaz e dirigido. Também se pretende alertar para a possibilidade da malária evoluir para um estado de maior gravidade, pelo que é fundamental o diagnóstico e tratamento atempado.

PO 09

MAIS DO QUE UMA DORSALGIA: UM CASO DE INFECÇÃO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS COM EMBOLIZAÇÃO SÉTICA

Maria Beatriz Dias Vieira; Ana Rafaela Araújo; Joel Pinto; Elsa Rocha; Eduardo Santos Ribeiro; Anabela Oliveira

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

O *Staphylococcus aureus*, apesar de ser um comensal comum da flora humana, pode ser responsável por infeções ameaçadoras de vida, especialmente na presença de bacteriemia. A sintomatologia associada a estas infeções pode variar, consoante o foco e a gravidade do quadro.

Mulher, 39 anos, autónoma, portadora de mutação do Fator V de Leiden, com trombozes venosas profundas de repetição, hipocoagulada e com perturbação de ansiedade generalizada, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com 5 dias de evolução de dor-salgia com irradiação para a região anterior do tórax, que agravava com a inspiração profunda. A doente apresentava-se com flexão anterior do tronco como posição antálgica, com dor de intensidade 9/10, que melhorou após toma de anti-inflamatório não esteróide e benzodiazepina. Realizou radiografia da coluna, sem alterações de relevo, tendo tido alta com terapêutica sintomática. Dois dias depois, regressou ao SU por agravamento da dor-salgia associada a tosse seca. Objetivamente, encontrava-se pálida, sudorética, polipneica, hipotensa, taquicárdica, com roncamentos bilaterais na auscultação pulmonar, com hipoxemia, hiperlactacidemia, aumento dos biomarcadores inflamatórios, e angio-TAC com infiltrados pulmonares bilaterais em vidro despolido e focos de consolidação. Foram ainda identificadas lesões cicatriciais nas regiões axilares, sugestivas de foliculites prévias. Apesar da melhoria do perfil tensional com fluidoterapia, manteve taquicardia e po-

lipneia sob oxigenoterapia nasal de alto fluxo. Já no Serviço de Medicina Intensiva optou-se pela entubação orotraqueal e conexão a prótese ventilatória. Assumindo-se choque séptico com ponto de partida em pneumonia adquirida na comunidade, iniciou antibioterapia empírica de largo espectro. Das colheitas microbiológicas, isolamento de MSSA em aspirado endotraqueal e 2 hemoculturas, tendo-se feito switch para Flucloxacilina. Realizada ecocardiografia transtorácica que excluiu presença de vegetações. Atendendo à dorsalgia inicial associada a SIRS mantido, realizada RMN da coluna onde se objetivaram coleções multiloculadas paravertebrais posteriores bilaterais entre D6 e D8, e TAC-TAP sem alterações de novo. Realizada limpeza cirúrgica e colheita microbiológica das lesões abscedadas, onde se isolou MSSA. A doente manteve cuidados no SMI, tendo tido alta para o domicílio 1 mês depois, com o diagnóstico assumido de choque séptico com provável ponto de partida em foliculite, com bacteremia a MSSA e embolização séptica com pneumonia bilateral e abscessos paravertebrais dorsais.

Este caso pretende alertar para a importância de uma anamnese e o exame físico cuidadosos em SU, mesmo em presença de quadros sem aparente gravidade. A exclusão de potencial embolização séptica na bacteriemia a *S. aureus*, baseada na sintomatologia do doente, auxilia na abordagem precoce destes quadros, ainda associados a elevada morbimortalidade.

com anemia aguda (hemoglobina de 5.6), foi transfundido com 3 unidades de GR e teve alta com indicação para estudo no médico de família. Na atual vinda ao SU, ao exame objetivo sem alterações de relevo e o estudo analítico demonstrou uma hemoglobina de 7.8, com uma contagem de reticulócitos baixa, sem alterações do restante hemograma. Foi realizado um TC TAP que demonstrou uma lesão nodular oval medindo aproximadamente 7x4.5cm no mediastino anterior. O doente ficou internada para estudo, realizou uma biópsia cujo resultado confirmou um timoma. Uma biópsia à medula óssea também foi feita e revelou uma quantidade reduzida de precursores eritroides. DO restante estudo, não houve mais alterações pelo que foi estabelecido o diagnóstico de timoma com aplasia eritroide pura, uma entidade rara. O doente foi submetido a timectomia e o estudo de anatomia patológica revelou um timoma tipo AB, classificado como Masaoka-Koga estadio 2b, com invasão mediastinal da pleura. Foram realizadas 25 sessões de radioterapia adjuvante. As transfusões recorrentes eram necessárias, pelo que realizou um ciclo de corticoterapia com prednisolona durante 1 mês, no entanto, mantinha a anemia com necessidade transfusional ocasional. Iniciou-se ciclosporina que demonstrou uma resposta positiva, sem necessidade transfusional. 6 meses depois, o doente não apresentou recorrência da doença.

PO 10

TIMOMA COM APLASIA ERITROIDE PURA

Inês Silveira; Marta Álvarez Rebassa;
Joana Camões Neves; Leticia Malheiro
Hospital de Braga

Homem de 50 anos recorre ao SU por queixas de astenia e dispneia com 1 mês de evolução. 2 semanas antes tinha recorrido ao SU de outro hospital por astenia, diagnosticado

PO 11

CONSENSO PORTUGUÊS SOBRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE PORFÍRIAS AGUDAS

Luís Brito Avô¹; Luísa Pereira¹; Anabela Oliveira²;
Filipa Ferreira³; Paulo Filipe²; Ines Coelho Rodrigues⁴;
Eduarda Coto⁵; Fatima Ferreira⁶; Andre Parda⁶;
Sonia Pereira⁴

¹Hospital CUF Infante Santo; ²CHLN – Sta Maria

³Instituto Ricardo Jorge; ⁴Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra; ⁵Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde; ⁶Centro Hospitalar de S. João, EPE

As porfirias agudas são um grupo de doenças metabólicas raras, causadas pela deficiência numa das enzimas envolvidas na biossíntese do heme, originando uma elevada e anormal acumulação de intermediários tóxicos. As porfirias agudas são caracterizadas por crises potencialmente fatais, que consistem frequentemente em dor combinada ou precedida por sintomas neuropsiquiátricos e neuropatia periférica, e acompanhadas pelo aumento de porfobilinogénio e/ou ácido aminolevulínico na urina. Nalguns tipos de porfiria, também podem formar-se lesões cutâneas resultantes da exposição solar. A maioria dos doentes não tem crises ou sofre apenas algumas durante a sua vida. No entanto, alguns doentes sofrem crises recorrentes e/ou apresentam sintomas graves e crónicos.

Dada a raridade das porfirias agudas e a sua apresentação heterogênea e muitas vezes inespecífica, os doentes permanecem sem diagnóstico ou são diagnosticados erradamente com outras condições médicas. Assim, o aumento da consciencialização para as porfirias agudas entre os profissionais de saúde, incluindo aqueles que trabalham no serviço de urgência, é fundamental para o diagnóstico precoce e rápido, bem como para uma gestão da doença adequada.

O tratamento centra-se na eliminação de potenciais fatores precipitantes, tratamento

sintomático e supressão da via hepática de síntese do heme, através da administração de hemina ou de tratamento modificador da doença (como o givosiran). Nas crises agudas, o tratamento deve ser iniciado imediatamente após a manifestação dos sintomas típicos e deteção do aumento de porfobilinogénio, de forma a evitar a sua progressão para quadros graves e potencialmente fatais.

Considerando isto, um painel multidisciplinar de especialistas de medicina interna, hematologia, dermatologia, gastroenterologia, psiquiatria e biologia elaborou um consenso nacional, com o objetivo de fornecer orientações para o diagnóstico rápido e eficiente das porfirias agudas, assim como recomendações, baseadas em evidência científica, para o tratamento de doentes com estas patologias.

PO 12

PRESSÃO INTRA ABDOMINAL ELEVADA A CONDICIONAR INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA GRAVE E TROMBOSE DA VEIA RENAL

Inês Silveira; Marta Álvarez Rebassa; Inês Araújo;
Marta Pereira; Soraia Araújo; Martinha Vale;
Ana Isabel Oliveira; Letícia Malheiro
Hospital de Braga

Sexo feminino de 54 anos, oligofrenica e parcialmente dependente nesse contexto. Admitida na sala de emergência por prostração e dispneia. Ao exame objetivo hipotensão (TA 86/28), FC 111, SO₂ ~60% em aa, abdomen com distensão muito marcada, com defesa a palpação e RHA não audíveis. Necessidade de VNI com FiO₂ % para SO₂ 97%. EA com Leucocitose de 15mil, PCR 179, LRA com Cr de 1.5, hipercaliemia de 6.4. GSA com lactatos de 10.79, IR tipo 1 grave com rácio de 87. Fez TC TAP que demonstrou marcada dilatação e volvo do cólon transverso e dilatação de antras de intestino delgado bem como marcada distensão gástrica e do duodeno. Associadamente uma trombose da veia renal ipsilate-

ral por compressão pelo duodeno dilatado (topograma em anexo mostra a proporção de pulmão:abdômen). Foi ao BO emergente e realizou uma ressecção segmentar do cólon transversal com necessidade de laparostomia sob vacuoterapia (cirurgia damage control). Considerado que deveria ser revista a laparostomia em 24/48h. Ficou internada no serviço de Medicina Intensiva com choque séptico com ponto de partida abdominal com DMO. Pela IR grave teve necessidade de ventilação mecânica invasiva. Necessidade de suporte vasopressor e ressuscitação volêmica. Na ida ao BO às 48h, evidencia de isquemia extensa das ansas do delgado (~120cm), do topo do cólon descendente e do estômago, decidindo-se no intra op não avançar com a ressecção dada a extensão da lesão e mau prognóstico. Acabou por falecer poucas horas depois.

PO 13

ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL ROTO, UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Inês Silveira; Marta Álvarez Rebassa; Matilde Teles; Letícia Malheiro
Hospital de Braga

Sexo masculino, 85 anos, ex fumador, com HTA, SAOS e cardiopatia hipertensiva recorre ao SU por síncope. Ao EO, TA não mensuráveis, FC 113, atraso na perfusão periférica com SO₂ não captante. Encontrava-se prostrado e à palpação abdominal com esgar de dor a palpação generalizada, sem defesa. GSA com acidose metabólica compensada, ligeira IR tipo 1 e lactatos 4.2. EA com anemia de novo de 7.1 (14 no hemograma prévio), trombocitopenia de 112mil, LRA com Cr de 2.6 e U de 101 e com MNM ligeiramente aumentados. Realizou TC TAP que demonstrou aneurisma da aorta abdominal infra-renal com cerca de 10x9.2cm, identificando-se líquido denso, sugerindo rotura. Durante a estadia no SU teve duas dejeções compatíveis com hematoquezias. Foi ativado o protocolo

de transfusão maciça e pedida a transferência para o hospital mais perto com Cirurgia Vascular, dado que no hospital em questão esta especialidade apenas está de urgência em período diurno e o episódio ocorreu em período noturno. Dada a elevada instabilidade clínica o doente acabou por falecer antes de ser admitido no hospital de destino. A hemorragia digestiva baixa após rotura de um aneurisma da aorta é uma apresentação rara, mas possível e isto deve-se à erosão do intestino causado pela compressão do aneurisma e sangue.

PO 14

FLUIDOS EM FÍGADO ROTO – UMA CAUSA DE CHOQUE INESPERADA

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

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

Caso clínico: Homem, 88 anos, autónomo, trazido ao SU por quadro de instalação súbita de dor epigástrica e vômitos. Antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus, sem patologia cardíaca conhecida. Sinalizado pelo pré-hospitalar por suspeita de SCA. Ao exame objectivo encontrava-se diaforético, PA 77/47mmHg (PAM < 65 mmHg), FC 49 bpm, SpO₂ 100%, orientado, desidratado, pálido,

TPC > 2s, com ligeiro desconforto à palpação do hipocôndrio direito. Gasimetricamente sem acidemia ou hiperlactatidemia. Electrocardiograma em ritmo

sinusal, com supradesnívelamento ST em V2-V4, sem imagem recíproca, q patológicas. Ecoscopia cardíaca sem alterações da cinética segmentar. Iniciada ressuscitação volêmica e terapêutica anti-emética com discreta melhoria. Analiticamente a destacar: Hb 10 g/dL, lesão renal aguda, sem aumento dos marcadores de necrose miocárdica, parâmetros inflamatórios ou dos marcadores de citocolestase. Doente inicialmente estável sob fluidoterapia vigorosa, deteriorando rapidamente com disfunção cardiovascular, renal

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

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

PO 15

ESÓFAGO NEGRO – UM CASO E HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM DOENTE DIABÉTICA

M. Inês Parreira; Ana Mafalda Abrantes;
Carolina António Santos; Sara Salema Travassos;
António Martins Baptista; Ana Alves Cardoso
ULS Santa Maria

Os autores apresentam um caso de uma mulher de 72 anos com diabetes mellitus tipo 2, admitida por hematemese com 24 horas de evolução, a condicionar repercussão laboratorial com queda de 1g/dL de hemoglobina, sem repercussão hemodinâmica. Adicionalmente identificada cetoacidose diabética com necessidade de perfusão de insulina durante 24 horas. Como estudo inicial, realizou uma tomografia computadorizada abdominopélvica com contraste, que mostrou distensão, espessamento e hipodensidade da parede do esófago torácico distal, hipercaptação do contraste pela mucosa, sem evidência de pneumomediastino, densificação da gordura ou coleções adjacentes. Realizou endoscopia digestiva alta com evidência de mucosa com escurecimento global desde os 18 cm da arcada dentária até à transição esófago-gástrica, principalmente nos dois terços distais compatível com necrose esofágica, com friabilidade da mucosa e sem evidentes úlceras profundas ou outros sinais de complicações. Cumpru perfusão de pantoprazol durante 72 horas, sem recorrência dos sintomas; e profilaxia antibiótica com piperacilina/tazobactam durante 7 dias. Realizou repouso alimentar durante 48 horas com posterior progressão na dieta. Admitida necrose esofágica aguda em contexto de cetoacidose diabética. A necrose esofágica aguda é uma patologia extremamente rara e de elevada mortalidade. Esta entidade pode ocorrer no contexto de hipoperfusão e isquémia, podendo ainda estar relacionado com obstrução gástrica,

doenças hepáticas, síndrome dos anticorpos antifosfolípidicos e cetoacidose diabética. A terapêutica proposta para a necrose esofágica aguda é de suporte com inibidor da bomba de prótons e repouso alimentar entre 24-48 horas. As complicações mais frequentes são a estenose esofágica, que ocorrem em aproximadamente 10% dos doentes.

PO 16

A TEMPERATURA E O ELECTROCARDIOGRAMA

M. Inês Parreira; Ana Mafalda Abrantes;
Carolina António Santos; António Martins Baptista;
Ana Alves Cardoso
ULS Santa Maria

A hipotermia define-se como uma temperatura corporal inferior a 35°C, consoante a gravidade pode acompanhar-se de diversas disfunções de órgão; a nível cardíaco, podem ocorrer alterações electrocardiográficas, como as ondas de Osborn.

Mulher de 84 anos, admitida por prostração de novo. À observação, bradicárdica (FC 50bpm), hipotérmica (30.1°C). Electrocardiograma com bradicardia sinusal de 51bpm, QRS 125ms, QTC 471ms e uma deflexão positiva entre o final do complexo QRS e o início do segmento ST, consistente com onda J de Osborn. Função tiroideia sem alterações. Urina II com leucocitúria. Assumido diagnóstico de hipotermia moderada e síndrome confusional agudo em contexto de cistite aguda. Foi iniciado aquecimento externo e fluidoterapia aquecida. Ocorreu regressão das alterações electrocardiográficas com resolução da hipotermia.

A identificação precoce das ondas de Osborn é essencial dado o seu potencial aritmogénico e como precursoras de distúrbios de condução potencialmente fatais. A hipotermia pode ser uma emergência médica pelo que a abordagem atempada destes doentes é essencial para o seu prognóstico.

PO 17

DECISÃO FATAL.

Sandra Sepúlveda; Monica Spencer Pereira;
Patrícia Serpa Soares; Catarina Serafim;
Pedro Costa

ULSBA Baixo Alentejo

Introdução: As intoxicações por pesticidas organofosforados são uma causa importante de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. Os organofosforados e carbamatos são ingredientes inseticidas comuns que inibem a atividade da colinesterase, causando manifestações muscarínicas agudas.

A sua gravidade depende da dose, da via de administração (oral-cutânea-inalada), nestes casos a taxa de mortalidade é muito elevada. Os efeitos da intoxicação aguda podem manifestar-se em 3 diferentes fases: fase colinérgica aguda, síndrome intermédio e polineuropatia tardia.

Caso clínico: Reporta-se o caso de um doente de 76 anos, sexo masculino, autónomo, com antecedentes de hipertrofia prostática benigna, submetido em 2011 uretroscopia por suspeita de lesão vesical e hipertensão arterial. Admitido na urgência por prostração, incontinência de esfíncteres e alta suspeita de ingestão de organofosforados (Dursban 4), pois foi encontrado um frasco com conteúdo em falta na sua mesa de cabeceira. À admissão apresentava broncorreia, bradicardia e estava pouco reactivo a estímulos, pupilas mióticas. Contactado CIAV com indicação para atropinização 1 mg e 250g de obidoxima, sonda nasogástrica em drenagem passiva e não realização de carvão activado por componente de hidrocarboneto.

Analiticamente com colinesterase 487 U/L e acidemia com hiperlactacidemia 8.5 mmol/L. Na sala de emergência evoluiu em paragem respiratória com necessidade de ventilação manual com ambu, procedeu-se a entubação orotraqueal e contactada equipa de intensivos.

No segundo dia de internamento apresentou agravamento clínico com instabilidade hemodinâmica, realizou tac tórax que evidenciou tromboembolismo central bilateral, realizou ecocardiograma com depressão moderada da função com hipocinesia apical septal; analiticamente com agravamento da função renal e manteve níveis baixos de colinesterases 587.6 U/L.

Sob perfusão de noradrenalina máximo 30mcg/min, propofol e obidoxima 0.55mg/k/h durante 5 dias sem novos sinais musculares. Ao quinto dia realizado levante da sedação mas o doente manteve glasgow 3T. No sexto dia, manteve disfunção neurológica e disfunção cardiovascular, respiratória e renal. O doente progrediu para paragem cardio-circulatória sendo o óbito verificado.

Discussão: Os organofosforados são os pesticidas mais utilizados com intuito suicida no mundo e em Portugal; apresentando uma elevada taxa de mortalidade associada e representando uma causa frequente de admissão em Cuidados Intensivos com um prognóstico reservado consoante a quantidade de substância ingerida.

Conclusão: A pesar de o doente não ter sobrevivido, em este tipo de doente temos que ter uma abordagem multidisciplinar e sempre realizar o contacto com o Centro de informação antivenenos (CIAV) para melhor orientação.

PO 18

AFASIA DE EXPRESSÃO NUM DOENTE DE 44 ANOS

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

O glioma de alto grau é um tumor cerebral maligno que se origina nas células gliais sendo classificados com base na histologia e no grau de malignidade. Os gliomas de alto grau correspondem aos graus III e IV sendo os

mais agressivos e de pior prognóstico.

Doente do sexo masculino, 44 anos. Autônomo. Sem antecedentes pessoais de relevo, sem medicação habitual. Tabagismo ativo. Recorre ao serviço de urgência por um quadro de 6h de evolução de alteração no olfato e dificuldade em falar. Refere que sabe o que quer dizer mas não consegue expressar-se. Nega queixas respiratórias, infeções víricas recentes ou em familiares próximos e nega outra sintomatologia.

Ao exame objetivo destaca-se: Hemodinamicamente estável, orientado e colaborante. Ao exame neurológico: Discurso muito repetitivo; Sem disartria, afasia de expressão; Sem desvios da comissura labial; sem apagamento do sulco nagoneniano; Sem dismetrias Sem hemianopsia; Força muscular preservada em todos os membros; Sem alterações da sensibilidade; Sem alterações da marcha.

Como exames complementares de diagnóstico no Serviço de urgência destaca-se:

TAC CE “Lesão ocupante de espaço temporal esquerda tenuemente hiperdensa espontânea, com realce “algodonoso” após contraste, duvida se intra ou extra-axial, circundada por pequena área de edema vasogénico, de natureza indeterminada”. Discutido caso com Neurocirurgia do hospital de referência que recomenda realizar RMN CE e agendou consulta para dentro de 5 dias. Na RMN CE: “Identificamos tumefação e moderado hipersinal T2 do córtex da região intermédia e posterior da circunvolução temporal média esquerda do núcleo amigdalino, cabeça e corpo da formação hipocámpica e da circunvolução para-hipocámpica homolaterais, sem evidência de continuidade aparente entre as áreas lesionais. A tradução é isointensa com a substância cinzenta em T1, sem restrição na sequência de difusão. Após gadolínio observamos reforço de sinal cortical giriforme da área lesional da convexidade temporal. Na região subcortical da área lesional da conve-

xidade temporal observamos algumas áreas de hipersinal digitiforme em T2 que relacionamos com edema vasogénico...”

Doente posteriormente realizou biópsia da lesão que revelou: Lesão glial de alto grau. Tratando-se de uma doença com um prognóstico reservado, 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 19

CERVICALGIA E TETRAPARÉSIA – UM CASO DE HEMATOMA EPIDURAL ANTERIOR

Catarina Negrão; Carolina Chumbo; Hugo Martins; Clara Matos

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O hematoma epidural espinal é raro, com uma incidência de 0,1/100.000 doentes/ano^{1,2}, ocorrendo de forma espontânea em 40-50% dos casos ou associado a trauma, cirurgia, punções epidurais ou distúrbios de coagulação. A apresentação clássica caracteriza-se por início súbito de dor intensa na topografia da hemorragia com irradiação às extremidades e sinais e sintomas resultantes da compressão medular e de nervos periféricos. Independentemente da etiologia, trata-se de uma emergência cirúrgica, sendo urgente a descompressão cirúrgica e a drenagem do hematoma³.

Caso: Mulher de 31 anos, saudável, foi admitida num serviço de urgência por cervicalgia intensa de início súbito com irradiação ao membro superior (MS) direito e, momentos depois, ao contralateral, com progressão em poucos minutos para tetraparésia, hipostesia do tronco e membros inferiores (MI) e retenção urinária. Sem história de trauma. Apurou-se parto eutócico com anestesia epidural quatro meses antes, sem complicações.

Na observação: nível sensitivo D2 com anestesia para sensibilidade termoalérgica e hi-

postesia para sensibilidade tátil. No teste de propriocepção errou 4/10. Força muscular: MS abdução de ombros, adução de ombros e flexão de cotovelo grau (G) 5; extensão de cotovelo G3; flexão do punho e preensão palmar G1; plegia dos MI.

Na angiotomografia computadorizada de coluna: imagem hiperdensa de C2 até D10, traduzindo provável hematoma epidural anterior, tendo sido submetida a laminectomia descompressiva de C5 a D9.

O estudo complementar com angiografia diagnóstica revelou aneurisma dissecante da artéria vertebral direita, interpretado como causa do hematoma epidural ventral, tendo realizado tratamento endovascular com colocação de stents.

À alta com G5 na abdução e adução dos ombros, G4 na extensão e flexão do braço bilateralmente; na preensão palmar e na extensão dos dedos com, respetivamente, G2 e G1 no MS direito e G3 e G2 no MS esquerdo.

Conclusão: Apesar de raro, o hematoma epidural espinal é uma emergência, pelas suas possíveis consequências neurológicas se não for abordado prontamente, devendo ser excluído perante dor súbita intensa, em qualquer localização da coluna, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos.

Referências:

- 1- Foo D, et al. (1988) Preoperative neurological status in predicting surgical outcome of spinal epidural haematomas. *Surg Neurol* 15:389–401.
- 2- Holtas S, et al. (1996) Spontaneous spinal epidural hematoma: findings at MR imaging and clinical correlation. *Radiology* 199:409–413.
- 3- Lawton MT, et al. (1995) Surgical management of spinal epidural haematoma: relationship between surgical timing and neurological outcome. *J Neurosurg* 83:1–7

PO 21

ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES: DA SUSPEITA AO TRATAMENTO

Pedro Matos Antunes; Patrícia Vaz Conde;

Ana Luísa Antunes; Arnaldo Pires

Hospital de Braga

A arterite de células gigantes (ACG) é uma doença inflamatória crónica de médias e grandes artérias. Comumente manifesta-se por sintomas constitucionais, cefaleias, claudicação da mandíbula e, em alguns casos, perda de visão. Em metade dos casos, está associada à polimialgia reumática. Perante a suspeita, o início de corticoterapia não deve ser protelado sob risco de complicações graves.

Sexo feminino, 87 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, insuficiência cardíaca e fibrilhação auricular. Desde há um ano, com várias avaliações médicas por diminuição da autonomia, anedonia, queixas algícas generalizadas e anorexia, filiado como reativo à morte de um filho. Recorreu ao SU por cefaleia bitemporal, mais intensa à direita, com dias de evolução, sem irradiação ou migração, sem fatores de alívio ou agravamento, nomeadamente com a mastigação. Refere ainda hiperestesia do couro cabeludo, sobretudo à direita, e perda da acuidade visual homolateral com início nesse dia. Teve diagnóstico recente de amigdalite aguda, por odinofagia, para o qual terminou ciclo de antibioterapia prescrito dois dias antes da vinda ao SU, mantendo queixas. À admissão, hemodinamicamente estável, apirética. Orofaringe e exame neurológico sem alterações. Analiticamente: anemia microcítica hipocrómica (7.2g/dL), sem leucocitose, função renal e ionograma normal; proteína C reativa aumentada (129 mg/L). Realizou tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica, sem alterações agudas de relevo. Observada por Oftalmologia: olho direito normotenso, com catarata, sem outros achados. realizou angio-TC toraco-abdomino-pélvico (sem alterações).

Colocada hipótese diagnóstica de ACG, pelo que se determinou a velocidade de sedimentação (107mm/L) e iniciou prednisolona na dose de 1mg/kg/dia, tendo sido reavaliada uma semana depois em consulta pós-SU. Verificou-se melhoria do quadro clínico, com resolução praticamente completa das queixas, e recuperação da autonomia. Realizou ecografia das artérias temporais que suportou a hipótese diagnóstica. Face à evolução com o tratamento instituído, considerou-se fútil a realização de biópsia da artéria temporal, assumindo-se o diagnóstico de ACG.

O caso descrito reflete a dificuldade no diagnóstico de ACG, que requiere alto índice de suspeição. A doente tinha sido já várias vezes avaliada desde o início dos sintomas, mas a idade avançada e o luto recente, podem ter sido fatores confundidores. Destacamos ainda a resposta à terapêutica instituída, que permitiu que recuperasse a autonomia para as atividades de vida diária. toraco-abdomino-pélvico (sem alterações).

MAIS UM CASO DE INTOXICAÇÃO POR ORGANOFOSFORADOS

Sandra Sepúlveda; Monica Spencer Pereira;

Ana Rita Rocha; Patrícia Serpa Soares;

Catarina Serafim; Pedro Costa

ULSBA Baixo Alentejo

Introdução: As intoxicações por pesticidas organofosforados são uma causa importante de morbidade e mortalidade em todo o mundo. A sua gravidade depende da dose, da via de administração e do tipo de organofosforado utilizado. A taxa de mortalidade é elevada. Os efeitos da intoxicação aguda podem manifestar-se em 3 diferentes fases: Crise colinérgica aguda, síndrome intermédio e polineuropatia tardia.

Caso clínico: Descreve-se o caso de um homem de 76 anos, com história de Adenocarcinoma do recto em 2011 submetido à cirurgia e quimioterapia e em follow-up, dislipidemia, Diabetes mellitus tipo 2 e depressão. Medicado com pitavastina 4mg, metformina/vildagliptina 1000/50mg duas vezes ao dia, fluoxetina 20mg dia.

Admitido na urgência após ingestão de cerca de 500mL do inseticida organofosforado, clorpirifos-metilo. Terá posteriormente vomitado e pedido ajuda. À chegada encontrava-se orientado e colaborante com sialorreia sem bradicardia nem broncorreia.

Na avaliação laboratorial destacava-se diminuição das colinesterases 1993 U/L e gasimetricamente com acidemia e hiperlactatemia 7.6mmol/L, sem outras alterações de relevo. Iniciada atropina 1mg.

Transferido para os cuidados intensivos, em ventilação espontânea e sem suporte vasopressor. Nas primeiras 48 horas, evolução desfavorável, com evolução para falência respiratória na dependência de pneumonia ápex direito por provável aspiração, sempre sem evidência de novos sinais muscarínicos. Realizou TC-torax com condensação com

broncograma aéreo, com localização basal posterior no lobo inferior direito, nos lobos superior e inferior dos lobos superior e inferior do pulmão direito.

Iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina + ácido clavulânico a que se associou posteriormente linezolid, realizadas culturas negativas.

Iniciado oxigenoterapia de alto fluxo mas mantida evolução desfavorável, com necessidade de progredir para ventilação mecânica invasiva durante 8 dias.

Apesar de melhoria clínica, persistência de hipotransparência no lobo superior direito. Realizou Broncofibroscopia, ausência de secreções brônquicas com evidência de mucosa edemaciada e hiperemiada. Realizada lavagem broncoalvelar sem isolamento. Apesar de diversas tentativas, não foi possível identificar o agente da pneumonia.

Com desmame ventilatório e melhoria clínica foi transferido para a Medicina onde terminou desmame progressivo de oxigenoterapia e avaliação pelos colegas da Psiquiatria com posterior alta e seguimento.

Discussão: Os organofosforados são os pesticidas mais utilizados com intuito suicida em Portugal apresentando uma elevada taxa de mortalidade associada e representando uma causa frequente de admissão em Cuidados Intensivos.

Conclusão: Em média são necessárias duas a quatro semanas para que o organismo recupere as colinesterasas sanguíneas. Uma diminuição do valor das colinesterasas plasmáticas superior a 80% esta associada a uma maior gravidade e ao aparecimento de sintomas neuromusculares.

PO 23

QUANDO TEMOS À CLÍNICA MAS NÃO OS MEIOS

Sandra Sepúlveda; Monica Spencer Pereira;
Catarina Serafim; Pedro Costa
ULSBA Baixo Alentejo

Introdução: A Endocardite Infecciosa Bacteriana Aguda tem início abrupto e progride rapidamente. Os sintomas são febre, sudorese, fadiga, mal-estar geral, petéquias, anemia, fenômenos embólicos e vegetações. O diagnóstico é feito com base no resultado laboratorial positivo das hemoculturas e com realização de ecocardiograma revelando vegetação. O tratamento deve ser precoce e com antibioticoterapia dirigida.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 58 anos com múltiplas vindas ao Serviço de Urgência (SU) por queixas inespecíficas de mal-estar geral, dor osteoarticular, cansaço extremo e edemas da face e membros inferiores. Trata-se de uma doente com antecedentes de hipotireoidismo, depressão, status pós Bypass gástrico e anemia crónica. A avaliação analítica pedida no SU evidenciou anemia (Hemoglobina 5,3g/dL), sem leucocitose; PCR 16.30mg/dL; alterações da função renal (Ureia 91mg/dL, Creatinina (2.26mg/dL), ionograma e função hepática bem. Procedeu-se a transfusão de 2 unidades de concentrada eritrocitário com posterior melhoria analítica. Dos exames complementares efetuados destaca-se TAC torácica que revelou aumento global das cavidades cardíacas com aumento do índice cardiorácico com derrame pericárdico e hepatoesplenomegalia. A nível pulmonar aspeto em vidro despolido do parênquima pulmonar com várias formações nodulares parenquimatosas no lobo superior do pulmão direito com cavitação. Foi pedido também ecocardiograma transtorácico que por dificuldade de realização do mesmo só foi efetuado posteriormente.

Além destes exames realizou broncofibroscopia, com lavado bronco-alveolar, sem detecção de BAAR. Pesquisa Ag. Pneumocystis jiroveci no Lavado broncoalveolar positivo, pelo que iniciou cotrimoxazol. O primeiro set de Hemoculturas (HC) identificou Enterococcus faecalis e a urocultura uma Klebsiella oxytoca.

Fez ecocardiograma no 21º dia de internamento, com endocardite atingindo as válvulas tricúspide e mitral, procedendo-se à otimização terapêutica, iniciando antibioterapia dirigida dupla com Ampicilina + Ceftriaxona. Após de início de antibioterapia a doente apresentou melhoria clínica da função renal e posterior set de HC negativas.

Conclusão: Neste caso clínico o diagnóstico foi um pouco tardio apesar de ser uma hipótese diagnóstica colocada logo no início internamento, face às dificuldades da realização do mesmo. Trata-se de um caso raro de endocardite bacteriana aguda com atingimento de duas válvulas numa doente imunocompetente.

PO 24

IMPACTO NAS IDAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA APÓS DOIS ANOS DE SEGUIMENTO

Maria Eduarda Moniz; Cláudia Sousa; Luís Santos;
Catarina Neto; Bela Machado; Carolina Gouveia;
Manuela Lélis
Hospital Dr. Nélcio Mendonça

A insuficiência cardíaca caracteriza-se por uma síndrome clínica complexa cujas manifestações podem ser graves, motivando frequentemente idas ao Serviço de Urgência (SU). As idas ao SU por IC representam objetivamente descompensações da IC, que, por si, se associam a pior prognóstico.

Este estudo tem como objetivo avaliar o quanto o seguimento de doentes com IC em consulta especializada influenciou novas idas ao SU. Assim, foram comparadas as idas ao SU em períodos homólogos antes e depois do seguimento em consulta.

Este estudo retrospectivo incluiu uma amostra de 140 doentes, admitidos entre Outubro de 2021 e Dezembro de 2023, observados em consulta. Com uma média de idades de, 66.0 anos, a maioria do sexo masculino (57.9%). A principal causa de IC presente era a isquémica (29.3%), em segundo a hipertensiva (19.3%) e, em terceiro, a alcoólica (15,0%). Relativamente à fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), a maioria destes doentes apresentavam à admissão FEVE reduzida (44.3%), seguida de FEVE preservada (30.0%) e, por último, FEVE ligeiramente reduzida (25.7%).

Neste estudo verificou-se uma redução das idas ao SU após 1, 3, 6 12 e 24 meses de seguimento, com percentagens de redução de 82.8%, 78.4%, 69.2%, 71.6% e 76.9%, respetivamente, face aos períodos homólogos prévios.

Após o início do seguimento de doentes com IC em consulta especializada, verificou-se uma redução de idas ao SU e, potencialmente, reinternamentos, visto que o SU representa o local de admissão para a maior parte dos internamentos.

PO 25

PNEUMONIA DA COMUNIDADE SERÁ?

Andrea Duarte; Patrícia Lima; Elena Pirtac;

Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: Cor pulmonar é uma condição cardiovascular caracterizada pelo aumento da pressão nas artérias pulmonares devido a disfunções no lado direito do coração, geralmente causadas por doenças pulmonares crônicas. Essa sobrecarga de pressão pode levar a complicações sérias, afetando a função cardíaca e, eventualmente, levando a insuficiência cardíaca direita. Por outro lado, a formação de um trombo no ventrículo esquerdo do coração é uma complicação cardíaca crítica que pode prejudicar gravemente

a função cardíaca, aumentando o risco de acidente vascular cerebral e outras complicações tromboembólicas. Ambas as condições requerem avaliação médica cuidadosa e intervenção adequada.

Caso clínico: Homem de 92 anos com antecedentes pessoais de policitemia vera, hipertensão arterial, cardiopatia isquémica, doença valvular aórtica ligeira, status pós prostatectomia radical por neoplasia da próstata, polimedicado. Trazido a urgência por tosse produtiva hemoptoica com 2 dias de evolução. Internamento recente por insuficiência cardíaca descompensada com fração de ejeção reduzida, insuficiência respiratória parcial, infeção respiratória, doença renal crónica agudizada. Objetivamente com ingurgitamento jugular, cianose de tipo central, sinais de má perfusão periférica, hemoptises em pequena quantidade, sinais de insuficiência cardíaca congestiva em anasarca. Auscultação pulmonar com roncos e fervores crepitantes bilaterais. Auscultação cardíaca tons cardíacos apagados com sopro aórtico grau II. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios. Gasometria com insuficiência respiratória parcial. Radiografia torácica com infiltrado intersticial e derrame pleural bilateral. Ecocardiograma transtorácica com disfunção biventricular grave, estenose aórtica moderada-grave e insuficiência moderada associada e volumoso trombo apical ventricular esquerdo. Cardiologia com indicação de iniciar anticoagulação quando o estado clínico permitir. Discussão: O caso clínico apresentado ilustra a interação complexa entre cor pulmonale e trombo no ventrículo esquerdo do coração, destacando a importância de uma abordagem integrada e multidisciplinar no manejo dessas condições. **Conclusão:** O cor pulmonar está associado a pressão arterial pulmonar elevada, frequentemente resultante de doenças pulmonares crônicas, enquanto a formação de um trombo no ventrículo esquerdo pode comprometer

a circulação sanguínea e aumentar o risco de complicações cardiovasculares graves. O diagnóstico precoce e a gestão adequada são essenciais para otimizar o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes afetados por essas condições.

PO 26

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA POR ASPIRAÇÃO DA TINTA

Andrea Duarte; Patricia Lima; Elena Pirtac;
Francisca Delerue
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A pneumonite química é uma condição inflamatória nos pulmões resultante da inalação ou aspiração de substâncias tóxicas, irritantes ou corrosivas, como ácidos, solventes, pesticidas, ou hidrocarbonetos. Esta inflamação pode se manifestar de forma aguda ou crônica, dependendo do tipo de substância envolvida e da duração da exposição. Os sintomas podem surgir rapidamente após a exposição, incluindo tosse, dificuldade respiratória, dor no peito, e em casos mais graves, hipoxemia, que é a diminuição do nível de oxigênio no sangue. O diagnóstico de pneumonite química normalmente requer uma análise detalhada da história de exposição do paciente, além de exames de imagem, como radiografias ou tomografias computadorizadas (TAC) do tórax, e testes de função pulmonar. Identificar e eliminar a exposição à substância causadora é um passo crucial para o tratamento, a fim de minimizar os danos pulmonares e melhorar os resultados clínicos do paciente.

Caso clínico: homem, com 80 anos de idade, autônomo, residia sozinho com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, atraso cognitivo e hipoacusia. Doente encontrado caído no domicílio e trazido por alteração do estado de consciência e suspeita de AVC. Objetivamente; prostrado, reativo a estímulos dolorosos, sem resposta ocular ou verbal, fuga à

dor. Pele e mucosas cobertas de tinta branca. Subfebril, polipneico com saturação periférica de oxigênio 89% por máscara facial a 4 l/min. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído a direita e ferveores crepitantes. Auscultação cardíaca tons cardíacos taquicardícos sem sopros. A gasometria arterial com hipoxemia grave. Sonda mesogástrica com saída de líquido branco compatível com tinta. Tomografia computadorizada do tórax revelou desvio do mediastino para a direita, atelectasia do lobo superior direito, espessamento brônquico difuso no pulmão direito, indicando uma possível reação inflamatória, e condensação parenquimatosa em várias áreas do pulmão direito, oclusão de alguns ramos brônquicos e opacidades em regiões específicas. Sorologia viral para SARS-CoV-2 positiva.. Iniciada corticoterapia e broncodilatadores com boa evolução clínica.

Conclusão: A pneumonite química apresenta desafios significativos para a prática médica devido à ampla variedade de substâncias que podem desencadear a condição e à gravidade potencial dos sintomas respiratórios. O tratamento inicial é geralmente de suporte, com foco em interromper a exposição à substância tóxica e fornecer oxigenoterapia para aliviar a hipoxemia. Em alguns casos, pode ser necessário o uso de medicamentos anti-inflamatórios, como corticosteroides, para reduzir a inflamação nos pulmões. O prognóstico do paciente com pneumonite química depende da rapidez do diagnóstico e do início do tratamento, além da quantidade e toxicidade da substância inalada.

PO 27

A BATALHA CRONICA CONTRA O POTÁSSIO

Andrea Duarte; Patrícia Lima; Elena Pirtac;

Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A doença renal crónica (DRC) é comum na prática clínica. A hipercalemia é mais comum nos estádios mais avançados de doença renal crónica, nomeadamente os estádios 3-5. Uma estimativa do número de doentes prevalentes com DRC estádios 3 a 5, e de 5.3 % da população em Portugal. A doença renal crónica é mais prevalente nos grupos etários mais avançados e a situação clínica em consideração, hipercalemia, terá impacto sobretudo em termos individuais com o risco aumentado de arritmias e de morte súbita. Além da insuficiência renal, outras causas comuns incluem o uso de medicamentos como inibidores da ECA e diuréticos poupadores de potássio, desidratação severa, e distúrbios hormonais, como a doença de Addison. Fraqueza muscular, fadiga, palpitações e, em casos graves, arritmias cardíacas potencialmente fatais são sintomas comuns. Um diagnóstico preciso e o manejo adequado são essenciais para prevenir complicações graves.

Caso clínico: Homem de 76 anos de raça caucasiana parcialmente dependente com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratada, dislipidemia, SAOS sob VNI noturno, sequelas de poliomielite, cifoescoliose, adenocarcinoma do colon submetido a quimioterapia e radioterapia com ressecção abomino-perineal, status pós colectomia esquerda por isquemia e perfuração, fibrilação auricular e ulcera crónica maleolar externa direita associado a infeção crónica de material de osteossíntese. Recorreu ao serviço de urgência por astenia, cansaço a pequenos esforços e oligoanúria com 3 dias de evolução. Na admissão ao serviço de urgência encontrava-se pálido, desi-

dratado, taquicárdico com crepitações bibasais, colostomia não funcionante e edema até a coxa godet++. Na gasometria apresentava acidose metabólica e hipercalemia grave (K 8.19mmol/L). ECG com sinais de hipercalemia. Radiografia torácica com sinais de estase bilateral sem derrame pleural. Analiticamente com hipercalemia de 9,3mmol/L, creatinina 5mg/dL e PCR 20.61mg/dL. O doente foi algaliado por anúria. Foi iniciada terapêutica de espoliação do potássio com gluconato de cálcio, insulina, bicarbonato e furosemida, zircónio. Realiza TAC abdomino-pelvica -sem sinais compatíveis com nefropatia crónica.. Por manutenção da hipercalemia grave foi submetido a sessão isolada de hemodialise e otimização da terapêutica antihipertensora e laxante- com normalização da função renal e alta da consulta da nefrologia.

Conclusão: Apesar de uma patologia frequente na prática clínica a hipercalemia é uma condição potencialmente perigosa que requer atenção médica imediata devido ao risco de complicações cardiovasculares e risco de morte súbita. A prevenção e um acompanhamento médico regular que envolvem a modificação da dieta e a revisão dos medicamentos é fundamental para garantir o controle adequado e prevenir recorrências.

INTOXICAÇÃO POR CIGUATERA, UM CASO CLÍNICO

Carolina Olim; Rui Fernandes;
Rodolfo Viríssimo Gomes
Hospital Central do Funchal

Introdução: As intoxicações alimentares são uma causa frequente de ida ao serviço de urgência (SU).

Intoxicação por ciguatera é uma intoxicação alimentar associada ao consumo de peixe de zonas de coral contaminado por toxinas produzidas por *Gambierdiscus* spp. Os sinais e sintomas são variados e dependem do tipo e quantidade de peixe consumido.

Caso clínico: Três mulheres e um homem, com idade média de 61 anos, recorreram ao SU por quadro de diarreia, náuseas, vômitos, desconforto abdominal e astenia com início horas após o jantar. Ao exame objetivo de salientar hipotensão, em indivíduos com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, e bradicardia em três deles (frequência mínima de 31 batimentos por minuto). Analiticamente sem alterações.

Os três doentes com bradicardia foram admitidos no Serviço de Observação, dois deles realizaram fluidoterapia e antieméticos com melhoria clínica, sendo que o terceiro necessitou adicionalmente de terapêutica com atropina. Após colheita de história clínica detalhada verificou-se que o grupo realizou a refeição em conjunto, tendo consumido charuteiro, pescado na ilha da Madeira. Dada a clínica sugestiva, a ingestão de peixe típico e pescado numa região associada a ciguatoxina, foi possível realizar diagnóstico presuntivo

de intoxicação por ciguatera. A totalidade dos doentes recebeu alta clínica nas 24 horas seguintes, com resolução completa do quadro. Obtivemos ainda informação de outros dois indivíduos que tinham partilhado a mesma refeição e que não recorreram ao SU por apenas apresentarem sintomas menor.

Conclusão: Os doentes afetados por intoxicação por ciguatera desenvolvem uma variedade de sinais e sintomas que podem ser gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia e desconforto abdominal), cardiovasculares (hipotensão, bradicardia, bloqueio aurículo-ventricular) ou neurológicos (parestesias, ataxia, disestesias). Estes surgem geralmente 3 horas após o consumo de peixe contaminado. O diagnóstico é clínico e baseia-se: na história de consumo de peixe de coral (charuteiro, garoupa, cavala, ...), manifestações clínicas, exclusão de outras causas e, caso possível, deteção de ciguatera no peixe. O seu tratamento é de suporte e o prognóstico habitualmente é positivo, com verificámos nos nossos doentes. A prevenção passa pela limitação da pesca em zonas de maior risco, do controlo do tamanho do peixe consumido (quanto maior o peixe maior o risco de contaminação) e em última instância a evicção do consumo do mesmo. O facto de o peixe consumido pelos nossos doentes ser proveniente de pesca recreativa, fez com este não fosse sujeito a controlo.

De notar que o aquecimento global e consequente aquecimento das águas marinhas, potencia o desenvolvimento de *Gambierdiscus* spp fazendo que casos de intoxicação por ciguatera venham a tornar-se mais prevalentes.

PO 30

SERÁ DOENÇA DE PAGET?

Ana Santos Costa; António Pessoa;
Francisca Santos; Daniela Félix; Margarida Madeira;
Hugo Viegas; Eugénio Dias; Ermelinda Pedroso
ULS Arrábida

Na doença de Paget há aumento do turnover ósseo, levando a alterações na sua remodelação e crescimento, e consequente deformação/enfraquecimento dos mesmos. É mais frequente em homens, e a incidência aumenta com a idade. A etiologia é desconhecida, mas apresenta predisposição genética e ambiental. Homem de 79 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e hábitos etílicos. Recorreu à urgência por lombalgia intensa esquerda, de início súbito, com 24h de evolução; sem irradiação, défice sensitivo/motor ou esfinteriano e negando trauma ou outras queixas. Referiu episódios semelhantes, nos 2 últimos meses. À observação com lombalgia intensa, sem deformidades ósseas/lesões locais. Analiticamente: PCR 1,53mg/dl; bilirrubina total 1,9mg/dl; fosfatase alcalina(FA)125U/L. A tomografia computadorizada(TC) lombar: alterações densitométricas ósseas e áreas escleróticas e líticas(L4, sacro e ilíacos), suspeitando-se de neoplasia maligna oculta. Para estudo realizou TC toraco-abdominal-pélvica que revelou discreta hipertrofia prostática, e estrutura pagética de L4, do sacro e do osso ilíaco esquerdo. O restante estudo imagiológico não identificou a presença de neoplasia maligna, sendo os achados compatíveis com doença de Paget. Cumpriu imobilização com colete de jewett e analgesia com fentanyl transdérmico, com melhoria do quadro.

Em 70% dos casos é uma doença assintomática, mas pode apresentar-se com: dor intensa, deformação óssea localizada/múltipla (tipicamente bacia, coluna lombar, crânio, fémur e tibia). Como principais complicações destacam-se: fraturas patológicas; osteoartri-

te compressão nevrálgica e osteossarcoma. O diagnóstico é essencialmente imagiológico, podendo ocorrer elevação da FA. O tratamento com ácido zoledrónico é indicado em doentes sintomáticos e com elevação FA. Com a idade há um aumento da incidência de doenças neoplásicas malignas, em casos que surjam lesões ósseas escleróticas/líticas suspeitas, é fundamental descartarmos esta possibilidade.

PO 31

AVC ISQUÉMICO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE POLICITEMIA VERA (PV)

Ana Santos Costa; António Pessoa;
Francisca Santos; Daniela Félix; Margarida Madeira;
Hugo Viegas; Eugénio Dias; Ermelinda Pedroso
ULS Arrábida

A PV é uma neoplasia mieloproliferativa crónica, que ocorre sobretudo em idade > 60 anos, sendo mais frequente em homens (2,8/1.3). A trombose é uma das complicações mais comuns, no entanto, cerca de 12-21% dos casos podem evoluir para mielofibrose, e 1-7% dos casos para leucemia aguda.

Mulher de 65 anos, com antecedentes de hipotireoidismo, HTA, osteoporose, neoplasia mama direita (2017, seguida no IPO), défice do gene ATM, cefaleias há 2 meses, seguida em neurologia IPO. Recorre ao SU por cefaleia frontal, desequilíbrio, diminuição da força muscular em ambos os membros inferiores e vários episódios de incontinência urinária, com 3 dias de evolução. À admissão com hipertensão arterial; ao exame neurológico apresentava teste romberg positivo com desequilíbrio, sem disartria, sem disfagia, sem nistagmo, prova dedo-nariz sem alterações, sem défice muscular; analiticamente com eritrocitose e hemoglobina de 16,9g/dl, sem outras alterações a destacar; na TC CE com lesão isquémica fronto-parietal esquerda, mediana, com transformação hemorrágica

petequeial, em território da ACA. Observada pela neurologia, medicada (ácido acetilsalicílico 100mg e rosuvastatina 20mg) e internada para reabilitação e investigação da etiologia do AVC (ANA, ANCA, eletroforese das proteínas, esfregaço sanguíneo, AC anti HIV/sífilis; angio TC cervical e cerebral; eco TT, holter 24h). Durante a investigação etiológica do AVC identificou-se a presença de policitemia (Hb 17,3g/dl; hematócrito 51,2%) e trombocitose (556000/uL), sendo solicitado o doseamento JAK2, que foi positivo. De acordo com estes resultados fez-se o diagnóstico de Policitemia Vera, sendo posteriormente encaminhada para a consulta de hematologia oncológica.

A PV na maioria dos casos, é descoberta incidentalmente, pela elevação dos valores da hemoglobina e hematócrito (podendo ocorrer leucocitose e trombocitose), em análises de rotina; em algumas casos surgem sintomas de hiperviscosidade (cefaleia, tonturas, alterações visuais, prurido) ou mesmo complicações (trombose arterial/venosa, hemorragia) que levam à suspeita do diagnóstico. Neste caso, constatamos que a doente já apresentava cefaleias com 2 meses de evolução, que já seriam manifestações/complicações de hiperviscosidade sanguínea, e tendo posteriormente um AVC isquêmico. Na maioria suspeita-se de PV quando há elevação da hemoglobina (> 16,5 g/dL homens; > 16,0 g/dL mulheres) e hematócrito, podendo ainda ocorrer elevação dos neutrófilos e plaquetas. Nestas situações preconiza-se a pesquisa da mutação JAK2 (positiva em 98% dos casos), para se fazer o diagnóstico. O prognóstico destes doentes tem melhorado ao longo dos anos, devido à evolução dos tratamentos. O objetivo do tratamento é manter HCT < 45%, alívio sintomático e evitar a evolução/transformação da doença (mielofibrose/leucemia aguda); sendo que a sua escolha depende da idade e do risco de trombose (ou presença no passado).

PO 32

CITOMEGALOVÍRUS – UMA CAUSA RARA DE COLITE

Filipa Guedes; Sílvia Ferreira Oliveira; Inês de Albuquerque Monteiro; Pedro Neves; Sara Pereira; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

A Colite por Citomegalovírus (CMV) é geralmente associada a indivíduos imunocomprometidos, mas têm sido cada vez mais reconhecidos casos em imunocompetentes. Esta infeção pode resultar em grave inflamação da mucosa, apresentando desafios diagnósticos e terapêuticos significativos.

Doente do sexo masculino, 84 anos, mRan-kin3. Como comorbilidades apresentava policitemia vera, fibrilhação auricular, hipertensão arterial e dislipidemia. Foi trazido ao SU por prostração, recusa alimentar e diarreia (fezes líquidas amareladas com muco e odor fétido). Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia, hiponatremia e elevação da proteína C reativa. Do estudo imagiológico, realizou ecografia abdominal que mostrou ascite de pequeno volume peri-hepática e ansas hiperperistálticas de forma difusa. De realçar: parasitológico das fezes, pesquisa de Rotavirus, Leucócitos fecais e pesquisa de Adenovirus negativos. O doente foi admitido no internamento com diagnóstico de Gastroenterite Aguda tendo iniciado azitromicina. Apesar da terapêutica, apresentou persistência de dejeções diarreicas com hematoquezias, febre, disfunção cardiovascular e renal. A TC abdomino-pélvica revelou espessamento parietal difuso do cólon e reto, compatível com colite e a retossigmoidoscopia demonstrou mucosa congestiva com apagamento do normal padrão vascular, úlceras ovaladas, escavadas e exsudativas e volumosos coágulos. Do restante estudo a destacar: Atg. Giardia, Cryptosporidium parvum, salmonela e shi-

gella negativos; *Campylobacter* positivo, IgG CMV positivo e IgM negativo, painel gastrointestinal PCR negativo. Perante os achados iniciou-se Ciprofloxacina e Metronidazol que cumpriu durante 9 e 7 dias respetivamente. Apesar da terapêutica instituída, o doente apresentou agravamento franco ao 10º dia de internamento, altura em que foi conhecido o resultado da biópsia do colon que evidenciou colite por CMV. Apesar de ter iniciado prontamente terapêutica com ganciclovir, o doente evoluiu de forma desfavorável, falecendo ao 12º dia, apesar das medidas instituídas.

A colite por CMV em indivíduos imunocompetentes desafia a conceção tradicional desta infeção como exclusiva de imunocomprometidos. Este caso destaca a necessidade de considerar este vírus como um agente etiológico em casos de colite inexplicada e com apresentação grave, mesmo em populações imunologicamente competentes. O reconhecimento precoce e o tratamento adequado são cruciais para melhorar os desfechos clínicos destes doentes.

PO 33

DO ESTRIDOR À TRAQUEOSTOMIA – ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Mariana Sant'ana; Joana Rodrigues; Carmen Pais;
Joana Ferreira Melo; Miguel Fidalgo
*Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE /
Hospital de S. Sebastião*

Introdução: Neoplasias da cabeça e pescoço (NCP) abrangem neoplasias da cavidade oral, nasofaringe, orofaringe, hipofaringe e laringe. Aquando do diagnóstico, a maioria apresenta-se num estadio avançado, sendo proposto, na maior parte, tratamento paliativo. Os Cuidados Paliativos (CP) assumem um papel preponderante, sobretudo para controlo sintomático.

A obstrução da via aérea (OVA) é uma das complicações associada a NCP e uma das

causas de morte associadas a este tipo de neoplasias. A traqueostomia paliativa pode ser utilizada e programada quando existe OVA iminente ou realizada de forma emergente aquando de OVA já estabelecida.

Caso clínico: Mulher 55 anos, antecedentes pessoais de relevo de carcinoma epidermoide da orofaringe cT4N2cM0 diagnosticado em 2020, localmente avançado a condicionar disfagia total com sonda nasogástrica, com metastização multiorgânica em quimioterapia paliativa 3ª linha. Internamento recente por pneumonia de aspiração. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com 1 semana de evolução de dispneia de agravamento progressivo, tosse e expectoração mucopurulenta. Durante a permanência no SU iniciou estridor por OVA aguda com dessaturação. Sem resposta a terapêutica medicamentosa para alívio da dispneia. Após avaliação conjunta com Cirurgia Geral, proposta e aceite para traqueostomia urgente de caráter paliativo. A cirurgia decorreu sem complicações, tendo tido alta após 7 dias, encontrando-se atualmente estável.

Conclusão: As NCP avançadas são, na maioria dos casos, para tratamento paliativo. O acompanhamento por CP é crucial para controlo de sintomas como dispneia, OVA, hemorragia, disfagia, bem como antecipação de sintomas e estratégias para os minimizar. O caso descrito, apesar do tempo de evolução e estadio da doença, ainda não tinha acompanhamento por CP.

A OVA surge frequentemente nas NCP e quando iminente, pode ser ponderada traqueostomia paliativa. Esta tem como indicações e objetivos o alívio de sintomas, melhoria do bem-estar do doente e da sua qualidade de vida. Esta técnica deve ser ponderada e discutida com o doente e família, idealmente, em antecipação dos sintomas, dado que a traqueostomia eletiva tem menor taxa de complicações comparando com a traqueostomia

de emergência. Neste caso, apesar da doente já apresentar neoplasia localmente avançada, em tratamento com intuito paliativo, ainda não tinha sido ponderada a traqueostomia. Este trabalho pretende chamar a atenção para o pedido mais antecipado de apoio de CP para gestão e antecipação de sintomas. O caso apresentado demonstra o papel importante da Medicina Interna na gestão do doente agudo no SU, da importância de formação básica em CP por todos os profissionais e da discussão multidisciplinar para resolução do quadro.

PO 34

DOR TORÁCICA NA SALA DE REANIMAÇÃO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOZE

Cristina Carvalho Gouveia; Ricardo Paquete Oliveira; Maria Bravo; Catarina Lameiras; Sofia Prada; Aurora Gomes Zanga; Isabel Ribeiro Ferreira; António Rocha de Almeida; David Roque; Hugo Martins

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A dor torácica é um motivo frequente de ida ao Serviço de Urgência e pode ser a manifestação de doenças potencialmente fatais. A identificação célere de uma situação que implique tratamento emergente é essencial à sobrevivência do doente.

Caso clínico: Homem, 52 anos de idade, com história de hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, acidente vascular cerebral (isquémico e hemorrágico) e epilepsia vascular, medicado com anti-hipertensores, estatina e levetiracetam. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro, com trinta minutos de evolução, de dor torácica. Durante o transporte ao hospital, perda de consciência com movimentos involuntários dos quatro membros. À chegada ao hospital, na Sala de Reanimação, doente obnubilado, diaforético, com extremidades frias, tempo de preenchimento capilar superior a 3 segundos, hipoten-

so (TA 70/40mmHg), taquipneico sob O2 4L/min, SpO2 95%, auscultação cardíaca com sons hipofonéticos, sem outras alterações ao exame objetivo. Gasimetria arterial com hiperlactacidemia 5mmol/L. Eletrocardiograma com inversão da onda T de V4 a V6. O ecocardiograma à cabeceira revelou derrame pericárdico com 20mm, de conteúdo não puro (sugestivo de hemopericárdio), com colapso diastólico do ventrículo direito, bem como acinesia da parede anterior do ventrículo esquerdo. Realizada pericardiocentese emergente, com colocação de dreno pericárdico e saída de cerca de 300mL de sangue vivo. Apesar da principal hipótese diagnóstica ser enfarte agudo do miocárdio com rutura de parede ventricular, realizou angiotomografia computadorizada de tórax, que revelou disseção aórtica tipo A. O doente foi submetido a substituição da aorta ascendente por conduto, com bom resultado clínico.

Conclusões: a para o espaço pericárdico é uma situação potencialmente fatal, que exige tratamento emergente, de forma a evitar a evolução para tamponamento cardíaco e colapso circulatório. A determinação da etiologia do hemopericárdio pode ser complexa, uma vez que existem diversas causas, como: iatrogénica (após procedimentos cardíacos invasivos), trauma torácico, complicações de doença cardíaca isquémica (como rutura de parede ventricular), disseção da aorta ascendente com extensão ao pericárdio e rutura de aneurisma aórtico. O ecocardiograma transtorácico é o meio complementar de diagnóstico preferencial na sua avaliação, permitindo um diagnóstico rápido e avaliação de complicações e possíveis causas. Este caso realça o papel da ecografia realizada por internistas como contributo essencial para o diagnóstico atempado de uma situação potencialmente fatal, a sinergia entre a equipa de Medicina Interna/Urgência e Cardiologia e a sua rapidez de atuação, bem como o papel da pericardiocen-

tese na Sala de Reanimação, ações que resultaram num melhor prognóstico para o doente.

PO 35

LINAGLIPTINA – UM CULPADO FREQUENTEMENTE ESQUECIDO NAS CAUSAS DE ANGIOEDEMA

Filipa Ribeiro Trigo; Raquel Calisto; Cristina Lopes
*Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE /
Hospital Pedro Hispano*

Introdução: O angioedema define-se como um edema localizado, subcutâneo ou submucoso, resultante do extravasamento de fluidos para o interstício, por perda da integridade vascular. Os inibidores da dipeptidil peptidase 4 (iDPP4), em monoterapia ou potenciados pelos inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), aumentam o risco de angioedema através da inibição da degradação da bradicinina e da substância P. Esta condição pode surgir até anos depois da instituição do fármaco, o que torna difícil a suspeição diagnóstica. O tratamento do angioedema mediado por bradicinina consiste no uso de fármacos que atuam nesta via, tais como o icatibant (antagonista do recetor da bradicinina).

Caso clínico: Homem de 90 anos, com hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 diagnosticados há ~10 anos, desde então medicado com bisoprolol 2,5mg id, linagliptina 5mg id e insulina (esquema basal-bólus), foi admitido na Sala de Emergência por edema súbito da língua com 2 horas de evolução e agravamento progressivo, a condicionar disfagia e disartria. Ao exame objetivo, com sinais vitais normais, sem sinais de dificuldade respiratória ou exantema, mas com edema exuberante da língua com ameaça da via aérea. Observado por Otorrinolaringologia, excluindo-se envolvimento da laringe. Administrada adrenalina 0,5mg intramuscular, clemastina 2mg e hidrocortisona 200mg endovenosas, sem melhoria. Analiticamente, sem eosinofilia ou elevação dos parâmetros

inflamatórios. Excluída reação de hipersensibilidade a novos fármacos, incluindo IECA, novos alimentos ou novos fatores ambientais, bem como etiologia infecciosa. Avaliado por Medicina Interna, tendo-se colocado a hipótese de angioedema mediado pela bradicinina, uma vez medicado com iDPP4. Por este motivo, fez icatibant 30mg por via subcutânea, com melhoria documentada na primeira hora com resolução completa do angioedema às 24h de vigilância. Suspensa linagliptina à data da alta.

Conclusões: Apresenta-se um caso de angioedema mediado por bradicinina num doente sob iDPP4 há ~10 anos, com resposta ao tratamento com icatibant. Pretende-se com este caso ressaltar a importância da suspeição diagnóstica e exclusão de tratamento com esta classe de antidiabéticos orais em doentes que se apresentem com angioedema, atendendo à necessidade de tratamento dirigido que esta etiologia implica, e à gravidade inerente ao angioedema, com possível evolução para obstrução da via aérea, para uma orientação adequada de forma atempada.

PO 36

O CONTRASTE QUE AMEAÇOU A VIDA

Alexandra Rodrigues; Dina Santos; Cátia Martins;
Luísa Teixeira; Teresa Faria
Hospital Dr. Nélcio Mendonça

A anafilaxia é uma reação alérgica aguda e multissistémica que pode evoluir rapidamente para obstrução da via aérea, choque cardiovascular e morte. A apresentação clínica é diversificada, manifestando-se minutos a horas após exposição a um alérgeno. Os alimentos são os principais triggers, mas os fármacos são a causa primária de morte por anafilaxia em adultos. O diagnóstico é clínico, facilitado pela aplicação dos critérios definidos pela NIAID/FAAN que propõe 3 cenários clínicos. Em relação ao tratamento, este deve ser

iniciado o mais precocemente possível com a administração de adrenalina intramuscular. Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 60 anos de idade, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, obesidade, perturbação da ansiedade, histerectomia e anexectomia bilateral em 1999. A referir ainda alergia medicamentosa à penicilina. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal tipo cólica nos quadrantes inferiores com 1 semana de evolução. Associadamente referia hematúria. Inicialmente observada pela equipa da cirurgia geral, destacando-se ao exame objetivo dor abdominal à palpação superficial e profunda dos quadrantes inferiores, sem sinais de irritação peritoneal. Para melhor esclarecimento da dor, após avaliação analítica e urinária sem alterações de relevo, foi requisitada tomografia computadorizada abdominopélvica com contraste endovenoso. Imediatamente à realização do exame de imagem, observou-se doente prostrada, com estridor, salivação e exantema macular disperso por todo o tegumento. Identificou-se prontamente reação anafilática com obstrução da via aérea após administração de contraste endovenoso e ativou-se a sala de emergência. Foi realizada intubação orotraqueal, visualizando-se edema exuberante da via aérea, e administrada adrenalina intramuscular e hidrocortisona. Doente teve agravamento do quadro clínico com paragem cardiorrespiratória (PCR) com atividade elétrica sem pulso e recuperação da circulação espontânea após 4 ciclos de suporte avançado de vida. Triptase sérica de 330 microg/L doseada após PCR. A doente ficou internada no Serviço de Medicina Intensiva. Este caso clínico alerta para a gravidade das reações anafiláticas e para a importância do diagnóstico e tratamento imediatos por risco de evolução para situação ameaçadora de vida.

PO 37

ANEMIA MEGALOBLÁSTICA: QUANDO MENOS É MAIS (EXCETO PARA SEUS GLÓBULOS VERMELHOS)

Lueji Aminata Gumbé; Adriano Neto; Cristiana Malhó; Joana Pereira; Ana Isabel Ribeiro; Sónia Salgueiro; Ana Ponciano

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A anemia megaloblástica é uma condição causada pela deficiência de vitamina B12 (vitB12), ácido fólico, ou ambos, resultando na produção de glóbulos vermelhos anormalmente grandes e ineficientes. Esta condição pode levar a uma série de sintomas, desde fadiga e palidez até complicações neurológicas graves, especialmente em casos de deficiência de vitamina B12 não tratada.

Mulher de 77 anos, autónoma, seguida no centro de saúde por anemia de doença crónica (Défice de vitB12 e ácido fólico) foi referenciada para a urgência por apresentar análises com anemia 4.2g/dL macrocítica, com história de perda ponderal de 1 mês de evolução e astenia progressiva associada a náuseas desde há cerca de 3 meses, sem perdas hemáticas. À urgência, com a anemia confirmada em hemograma de reavaliação, foram solicitadas 3 unidades de concentrado eritrocitário (UCE) e efetuado a adição de análises com cinética de ferro, vitB12 e ácido fólico. Encontrava-se pálida com mucosas descoradas, abdómen com hepatomegalia aproximadamente 1cm abaixo do rebordo costal, sem edemas, adenopatias palpáveis e exame neurológico sem alterações. Após a transfusão verificou-se melhoria da anemia (Hb 9.8g/dL) e da macrocitose, analiticamente destacava-se, elevação da enzimologia hepática e hiperbilirrubinemia mista, ácido fólico normal e vitB12 69 pg/ml, a hematormorfologia a destacar macrocitose, anisopoiquilocitose e neutrófilos hipersegmentados, características estas consistentes com anemia megaloblástica.

ca. Iniciou terapêutica com vitB12 e ácido fólico e realizou endoscopia digestiva alta com biópsia, na qual apresentou intolerância à insuflação durante o procedimento dificultando a inspeção na totalidade da mucosa gástrica, do que foi perceptível apresentava atrofia marcada. Realizou também ecografia abdominal por análises sugestivas de citólise hepática na ausência de dor abdominal, mostrou não ter alterações, com posterior melhoria analítica tendo alta orientada para consulta de Hematologia, na qual apresentou normalização da vitB12 968pg/mL, do estudo autoimune Anticorpos Anti-células Parietais Gástricas positivo. Mantém seguimento em consulta. Com este caso, trazemos uma apresentação avançada de uma patologia potencialmente fatal, pouco frequente na atualidade dado a detecção e tratamento precoces. No geral, com a intervenção apropriada, os pacientes podem recuperar a saúde e evitar complicações a longo prazo, destacando a importância de uma avaliação médica oportuna e contínua.

PO 38

GLÓBULOS VERMELHOS FORA DE CONTROLE: UM CASO DE ANEMIA HEMOLÍTICA

Aminata Gumbe; Adriano Neto; Cristiana Malhó; Joana Pereira; Ana Isabel Ribeiro; Sónia Salgueiro; Ana Ponciano

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A anemia hemolítica é uma condição complexa que resulta da destruição prematura dos glóbulos vermelhos, superando a capacidade do corpo de produzi-los. Suas causas podem ser intrínsecas, relacionadas a defeitos nos próprios glóbulos vermelhos, ou extrínsecas, envolvendo fatores externos como reações imunológicas ou infeções.

Mulher de 68 anos, autônoma, recorre à urgência por anemia 5.9g/dL normocítica de novo. Referia cansaço fácil, astenia e perda de força generalizada com 2 semanas de evolução. Negava perdas hemáticas macros-

cópicas gastrointestinais ou genitourinária, referiu também aparecimento de adenopatias inguinal direita dolorosas, na última semana. Tem como antecedente de tumor do duodeno, operada no passado, e como medicação habitual analgesia em SOS. Ao exame objetivo de destacar pele e mucosas descoradas e adenopatias inguinal à direita (maior aproximadamente 3cm), móveis, dolorosas à palpação, sem edemas periféricos e toque retal sem evidência de sangue. Do estudo complementar a destacar anemia 5.6g/dL normocítica, Lactatodesidrogenase aumentada 475U/L e hiperbilirrubinemia não conjugada, posteriormente foram acrescentadas haptoglobina (< 30.0 mg/dL), reticulócitos (9.7%), cinética do ferro (sem alterações), vitamina B12 e ácido fólico (ambos sem alterações). Eletroforese das proteínas, imunoeletroforese, ANA e ANCA em curso. Suspeitou-se provável anemia hemolítica versus anemia de doenças crônicas, pelo que realizou transfusão de 3 unidades de concentrado eritrocitário (UCE) com corticoterapia endovenosa associada, com rendimento de hemoglobina 9.1g/dL. Apresentou como intercorrência um pico febril de etiologia desconhecida, após a primeira UCE controlada com antipirético, sem queixas associadas. Utente teve alta com corticoterapia oral e orientada para consulta de Hematologia. Embora seja uma condição potencialmente grave, muitos casos podem ser controlados efetivamente, neste caso a resposta ótima a corticoterapia endovenosa traduziu-se em melhoria clínica e analítica rápida, embora com estudo etiológico inconclusivo. A chave para um bom prognóstico é o diagnóstico precoce que neste caso, permitiu a estabilização da hemoglobina evitando transfusões regulares e garantir qualidade de vida.

PO 39

ESPONDILODISCITE, DESCOBERTA INCIDENTAL

Aminata Gumbé; Adriano Neto; Cristiana Malhó; Sónia Salgueiro; Ana Ponciano

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A espondilodiscite é uma infeção que afeta os discos intervertebrais e as vértebras adjacentes, resultando em dor severa, inflamação e potencial comprometimento neurológico. Deve suspeitar-se se dor vertebral, sobretudo se associada a febre.

Homem de 71 anos, parcialmente dependente, com antecedentes de hipertensão arterial, alcoolismo (abstinência atualmente), hérnia discal lombar. Recorreu à urgência por anemia 7,6g/dL, microcítica e hipocrômica agudizada, negou perdas hemáticas recente. Ao exame objetivo destacava-se dor à palpação abdominal nos quadrantes esquerdos e na anca homolateral, membros inferiores assimétricos com edema e godet positivo à esquerda até à raiz da coxa, dor gemelar com limitação funcional. Transfundi 2 unidades de concentrado eritrocitário (UCE) com bom rendimento, analiticamente com lesão renal aguda (LRA) creatinina 2.40 mg/dL, PCR 295.4mg/dL, SARS CoV 2 positivo, instituiu-se antibioterapia empírica com ceftriaxone. Realizou TC abdomino-pélvica que mostrou coleção multiloculada envolvendo o músculo psoas ilíaco esquerdo, com extensão à articulação coxofemoral estendendo-se à região inguinal e densificação pré-sagrada com fina lâmina líquida na região pélvica. Optou-se por solicitar TC da coluna por antecedentes de patologia osteoarticular que evidenciou espondilodiscite evoluída em L4 e L5 com densificação das partes moles associadas, incluindo o músculo psoas-ilíaco, com formações abcdadas estendendo-se de L2 à cavidade pélvica à esquerda. Apresentou febre na qual colheu hemoculturas (negativas),

associou-se antibioterapia endovenosa (EV) com vancomicina. Ficou internado para realização de ressonância magnética evidenciada espondilodiscite em L3-L4 e L4-L5 e abscesso do psoas-ilíaco esquerdo, com biópsia guiada por TC após 17º dia de antibioterapia com resultado positivo a *Staphylococcus aureus* multissensível, manteve antibioterapia EV associando-se a amoxicilina e ácido clavulânico (de acordo o agente) a realizar pelo menos 6 semanas com posterior reavaliação imagiológica. Apresentou retenção urinária, infeção por *Clostridium difficile*, novamente agravamento da anemia que realizou 1 UCE, neste momento, protelou-se o estudo da anemia.

A espondilodiscite é uma condição grave que requer intervenção médica urgente, cujo diagnóstico é difícil pela sintomatologia inespecífica, evolução insidiosa, e, neste caso com a sobreposição da anemia, é crucial um diagnóstico e abordagem adequada, reduzindo a morbimortalidade ou lesões irreversíveis.

PO 40

QUANDO A PRESSÃO É A PRIMEIRA IMPRESSÃO

Inês Madeira¹; Tiago Abreu²; Antonio Magalhães¹; Inês Martins¹; Artur Gama²; Henrique Rita¹

¹Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

²Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introdução: A síndrome da veia cava superior (SVCS) caracteriza-se pela obstrução ao fluxo sanguíneo na veia cava superior (VCS), sendo considerada uma emergência médica. Está frequentemente associada a processos patológicos malignos. Apresenta-se habitualmente por edema da face e/ou cervical, distensão das veias jugulares e colaterais do tórax, tosse, dispneia e ortopneia. Na maioria dos casos os doentes melhoram com o tratamento médico, contudo pode haver necessidade de abordagem urgente por radioterapia ou cirúrgica.

Caso clínico: Trata-se de um homem de 39

anos, ascendência melanodérmica, avaliado em contexto de urgência pelo aparecimento súbito de sensação de pressão à flexão do pescoço, negando outra sintomatologia associada, que perante avaliação clínica e analítica insuspeita, teve alta para domicílio. Contudo, o quadro mostrou carácter progressivo, com necessidade de nova avaliação em urgência no período de um mês. Aquando dessa avaliação apresentava edema e assimetria cervical, acompanhada de dispneia à flexão, ingurgitamento jugular esquerdo e braço homolateral, e sudorese noturna. Destaca-se ausência de sinais de pletora, ortopneia, tosse e edema do tronco.

Iniciada a marcha diagnóstica, o estudo tomografotomográfico revelou uma massa mediastínica anterior, com 7.5 cm de diâmetro longitudinal, bem como um extenso trombo centrado na VCS com extensão à emergência das veias jugulares internas, acompanhado de circulação colateral no hemitórax homolateral.

Iniciou anticoagulação em dose terapêutica, diurese forçada e corticoterapia sistémica, sendo posteriormente internado, dando continuidade ao estudo diagnóstico e tratamento. Realizada punção transtorácica para estudo anatomopatológico, sendo diagnosticado um linfoma difuso de tipo de célula B, do centro germinativo, com áreas de necrose. Posteriormente o doente foi referenciado para o Instituto Português de Oncologia, para restante estudo e tratamento.

Conclusão: O caso clínico descreve a apresentação inicial atípica da doença linfoproliferativa manifestando-se clinicamente apenas pelos sintomas de efeito massa da massa mediastínica, consequente do processo neoplásico em evolução. Assiste-se também à apresentação inicial atípica do SVCS, com manifestação única a de sensação de pressão cervical aos movimentos de flexão, sem outra sintomatologia associada, nomeadamente dispneia ou assimetria.

PO 41

DOR ABDOMINAL E CETOACIDOSE DIABÉTICA NO ADULTO – A IMPORTÂNCIA DE IDENTIFICAR O TRIGGER

António G. P. Bastos; João Lavadinho Carapinha; Mariana Rocha Soares; Filipa Carrega; Ermelinda Pedroso; Patrícia Carneiro
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: A cetoacidose diabética (CAD) é a emergência hiperglicémica aguda mais comum em doentes diabéticos e é definida pela American Diabetes Association como acidose metabólica ligeira, hiperglicemia e cetose documentada (cetonemia sérica > 3,0 mmol/L) [1]. A dor abdominal é uma apresentação clínica comum na CAD, sendo que a sua prevalência aumenta com a gravidade dos achados gasimétricos (pH, bicarbonato e anion gap), cetonemia, osmolaridade e alteração estado mental. Em até 35 % dos casos, existe um trigger responsável pela dor abdominal e descompensação da CAD e, em 6% dos casos, existe patologia intrabdominal a carecer de abordagem cirúrgica [2, 3].

Caso: Doente de 80 anos, autónomo para as AVDs, AP de DM tipo II não insulinotratado (HbA1c recente de 9,1%), HTA, dislipidemia. Avaliado na triagem com registo de glicemia 502 e cetonemia > 3 mmol/L. Recorre ao SU por quadro de vômitos pós-prandiais com intolerância alimentar e dor abdominal localizada no hipocôndrio direito, continua com 3 dias de evolução. Objetivamente desidratado, hipoperfundido, hipotenso com TA 80/50 mmHg e FC 120-130 bpm (ECG com taquicardia sinusal), apirético, abdómen doloroso à palpação do hipocôndrio direito com Murphy vesicular positivo; analiticamente a destacar - leucocitose 24,2 10³/μL com neutrófilos 85,1 %, plaquetas 134 10³/μL, PCR 37 mg/dL, INR 1,2, pCreat 1,5 mg/dL (basal 0,8) sem elevação de FA e GGT, bilirrubina total 1,65 mg/dL; gasimetria arterial em ar ambiente com

acidemia metabólica ligeira (pH 7,321), hipocapnia (PaCO₂ 22,4), HCO₃⁻ 15,3 mmol/L, hiperlactacidemia de 5,6 mmol/L, AG 14,6 mmol/L, hipoxemia ligeira (PaO₂ 60 mmHg); K⁺ 3,5 mmol/L. Assumiu-se sépsis de ponto partida abdominal (GCS 15, LRA KDIGO 1, IR tipo 1, hiperbilirrubinemia, trombocitopenia – SOFA 6) como possível trigger da CAD. Iniciou esquema corretivo de CAD (insulina + fluidoterapia + KCl ev), pedidos 2 pares de hemoculturas (HC), iniciada antibioterapia com piperacilina-tazobactam. Requisitada TAC-AP com contraste (sem ecografia em contexto de urgência): “Vesícula biliar com ligeiro espessamento parietal e com densificação dos planos adiposos envolventes”. Discutido com cirurgia geral tendo sido colocada indicação cirúrgica urgente – realizada colecistectomia laparoscópica, anatomia patológica confirmou “Colecistite aguda necrotizante e processo de pericolecistite”. Doente é internado na UCI para continuação de cuidados. Isolamento em HC de E. Coli multissensível, realizando-se switch para amoxicilina+ácido clavulânico. Estabilizado, transferido ao dia 5 de internamento para enfermaria de Cirurgia Geral, tendo alta clinicamente melhorado.

Conclusão: Este caso demonstra a importância da identificação, em ambiente de Serviço de Urgência, do fator de descompensação de doentes com dor abdominal e cetoacidose diabética estabelecida de modo ao tratamento atempado de causas potencialmente fatais [3].

PO 42

UMA URGÊNCIA IMPROVÁVEL: UMA RARA APRESENTAÇÃO DE SÍNDROME DE LISE TUMORAL

Maria Inês Pinto; Paulo de Castro;
Nuno Ferreira Silva; Francisco Silvano Cubal;
Elisa Macedo Brás; Patrícia Ferraz;
Manuel Justino M. Cunha; Fernando Salvador
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

A síndrome de lise tumoral (SLT) é uma emergência oncológica comum, causada pela destruição rápida de células neoplásicas, da qual resultam distúrbios hidro-eletrolíticos (DHE) característicos: hiperuricémia, hipercalémia, hiperfosfatémia e hipocalcémia. Se não tratados, estes podem provocar insuficiência renal aguda, arritmias, convulsões e até mesmo morte. O sistema de classificação mais utilizado na SLT é o de Cairo-Bishop. Este sistema estabelece valores específicos para os DHE descritos, sendo que estes devem ocorrer nos 3 dias antes ou nos primeiros 7 dias após o início de terapêutica antineoplásica. Além das alterações laboratoriais, este sistema também considera as manifestações clínicas supramencionadas, categorizando a SLT como laboratorial ou clínica. Apesar de associada principalmente a patologia onco-hematológica, a SLT tem vindo a ser cada vez mais reconhecida no contexto de tratamento neoplasias sólidas. Além disso, casos raros de SLT em tumores sólidos sem tratamento prévio, ou seja, ocorrendo de forma espontânea, (SLTe) têm sido relatados na literatura.

Homem de 67 anos, com antecedentes de hipertensão arterial primária e dislipidémia apresenta-se no Serviço de Urgência com um quadro de diarreia com 5 dias de evolução associado a tonturas. Hemodinamicamente estável, apirético e sem alterações de relevo ao exame objetivo. Gasimetria arterial com acidose metabólica sem acidemia, potássio (K) de 6,3 mEq/L [N: 3.7-5.1] e cálcio ioniza-

do (Ca^{2+}) de 0,65 mmol/L [N: 1,05-1,30]. Laboratorialmente identificou-se uma leucocitose com neutrofilia (11,06 leuc e 8,30 neut), lesão renal aguda estágio 3 (classificação AKIN) (creatinina sérica (CrS) de 12,9 mg/dL [N: 0.70-1.20] e ureia de 273 mg/dL [N: 0-50]), fósforo (P) de 23 mg/dL [N: 2.7-4.5], ácido úrico de 15,9 mg/dL [N: 3.6-7.0], CK de 803 U/L, PCR 4,17 mg/dL. Estudo microbiológico das fezes negativo. Ecografia renal e vesical não identificou obstrução. Pela presença de critérios laboratoriais para SLT, realizou-se uma TC-TAP, que revelou: “massa retossigmoide com 10 cm de maior eixo”. Iniciou correção dos DHE, fluidoterapia e 1 ampola de rasburicase. Após 7 dias, teve alta médica com melhora analítica: CrS de 0,9 mg/dL, ácido úrico de 2,9 mg/dL, K de 4,4 mEq/L, P de 3,6 mg/dL e Ca^{2+} 1,20 mmol/L, orientado para consulta de Cirurgia Geral.

A SLT pode ser fatal devido às suas complicações multiorgânicas. Embora amplamente utilizado, o sistema de classificação de Cairo-Bishop tem limitações pois não define SLTe. Porém, a literatura indica que os tumores primários do cólon são um dos tumores sólidos mais frequentemente associados à SLTe, tal como demonstrado no caso descrito. Este caso sublinha a importância de uma maior conscientização sobre a SLT: é essencial considerá-la em doentes com as manifestações clínicas e laboratoriais sugestivas, mesmo na ausência de terapêutica antineoplásica prévia.

PO 43

A IATROGENIA QUE ATIVOU A SALA DE EMERGÊNCIA

Carolina Chumbo; Rodrigo Brandão; Maria Ferreira; Catarina Negrão; Teresa Valido; Ana Rita Tomás; Maria Carolina Silva; Constança Coutinho; Daniela Madeira; Zélia Neves

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A Síndrome de Kounis é caracterizada por um evento coronário agudo por vasoespasmo e/ou erosão ou ruptura de placas ateromatosas, em contexto de reações alérgicas ou anafiláticas. Os fatores de risco mais comuns incluem história alérgica e aterosclerose. Os desencadeantes descritos são variados e compreendem alimentos, picadas de insetos e, mais frequentemente, fármacos, como o metamizol. Esta síndrome classifica-se em três tipos, consoante a ausência (I) ou presença de doença coronária aterosclerótica (II e III), com angioplastia prévia no tipo III. O tratamento inclui a rápida abordagem da reação alérgica e a revascularização miocárdica em alguns doentes.

Apresentamos uma doente de 75 anos, com hipertensão arterial, dislipidemia e alergia a tramadol e paracetamol. Recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia associada a tonturas, com duas semanas de evolução, sem outras queixas.

À admissão estava hemodinamicamente estável, sem alterações de relevo ao exame objetivo, nomeadamente sem sinais meníngeos, nem défices neurológicos focais.

Para alívio da cefaleia, fez metamizol endovenoso. A doente desenvolveu síncope com incontinência de esfíncteres, hipotensão e rash cutâneo, tendo sido encaminhada à Sala de Emergência. Apresentava alterações eletrocardiográficas compatíveis com isquemia aguda (supradesnivelamento do segmento ST em DII, DIII e avF), elevação da troponina T alta sensibilidade até 84ng/L e hiperlactaci-

démia de 4mmol/L. Fez ácido acetilsalicílico, heparina não fracionada e corticóide e anti-histamínico sistêmicos. Realizou cateterismo cardíaco, que mostrou placas difusas em várias localizações, mas sem doença obstrutiva. Evoluiu favoravelmente, com resolução completa dos sintomas. Manteve estabilidade hemodinâmica, com normalização eletrocardiográfica e descida da troponina T. O ecocardiograma transtorácico não mostrou alterações relevantes. Assim, admitiu-se Síndrome de Kounis tipo II ao metamizol, dado o aparecimento da clínica após a administração deste fármaco e a ausência de doença coronária estrutural causal. A história alérgica e a presença de placas ateroscleróticas nas coronárias terão sido fatores predisponentes. Foi dado seguimento ao estudo etiológico da cefaleia e encaminhada para Imunoalergologia. Este caso demonstra a importância da identificação precoce desta síndrome coronária aguda, potencialmente fatal e ainda subdiagnosticada, assim como a necessidade de alto índice de suspeição. A identificação dos desencadeantes é fulcral.

PO 44

VASCULITE INDUZIDA POR VANCOMICINA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Gabriela Paupério; Sara Isabel Vasconcelos;
Rita Soares Costa; João Azevedo Gonçalves
ULS EDV

Introdução: As vasculites são processos inflamatórios imunologicamente mediados que determinam dano funcional e estrutural na parede dos vasos. Estas podem ser classificadas quanto à localização, com envolvimento de pequenos e/ou grandes vasos, e de acordo com o tipo celular predominante no infiltrado inflamatório.

Caso clínico: Homem de 40 anos, com antecedentes de cirrose hepática, admitido por infeção dos tecidos moles complicada. Dada a extensão e gravidade do quadro, de-

cidida cobertura de *Staphylococcus aureus* metilino-resistente (MRSA) tendo iniciado antibioterapia adicional com vancomicina. Ao terceiro dia de vancomicina iniciou quadro de petéquias com evolução para purpura nos membros inferiores e região posterior do tronco. Do estudo realizado, apresentava trombocitopenia ($39 \times 10^9/L$), estável face aos valores prévios ao início do quadro; velocidade de sedimentação ligeiramente elevada (29mm/h); ANCA's negativos e não tinha consumo de complemento. Realizada biópsia cutânea cujo estudo anatomopatológico revelou vasculite leucocitoclástica. Dada a suspeita de iatrogenia, suspendeu vancomicina, tendo apresentado resolução total do quadro. **Conclusão:** A vancomicina, antibiótico utilizado especialmente no tratamento de infeções por MRSA, encontra-se associado a vários efeitos adversos. As reações de hipersensibilidade associadas à toma de vancomicina podem ser variadas. Apesar disso, a vasculite induzida por vancomicina é rara. Quando ocorre, a maioria manifesta-se por purpura ou eritema maculopapular que surge inicialmente nos membros inferiores e que resolve com a suspensão da vancomicina, sem qualquer sequela. Dada a raridade e exuberância do quadro, é de extrema importância o reconhecimento desta entidade para o seu rápido tratamento.

PO 45

SÍNDROME DE OVERLAP – QUANDO UMA DOENÇA NÃO VEM SÓ

Sofia Festa; Adriana Pereira Almeida;
Isabel Viana Novo; Filipa Guedes; Inês de
Albuquerque Monteiro; Sofia Teixeira;
Mário Esteves
*Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Hospital Conde
São Bento*

A hepatite autoimune é uma doença inflamatória crónica do fígado, caracterizada pela presença de autoanticorpos, elevação

de imunoglobulinas e hepatite de interface evidenciada na biópsia. Surge em qualquer idade, sendo mais prevalente no sexo feminino. Existem várias formas de apresentação, doentes que apresentam características predominantemente de hepatite autoimune e outros que apresentam achados compatíveis com outras formas de doença hepática crônica, surgindo, desta forma os síndromes de sobreposição.

Apresenta-se o caso de um doente do sexo feminino, 77anos, antecedentes relevantes de asma controlada. Recorreu ao serviço de urgência com um quadro caracterizado por astenia, perda de peso e com padrão flutuante das transaminases, com cerca de um ano de evolução. Exame objetivo sem alterações de relevo. Analiticamente a destacar Bilirrubina Total 4.60 mg/dL, Bilirrubina Direta 3.20 mg/dL, LDH 495 UI/L, TGO 1487UI/L e TGP 1007 U/L, tendo sido admitida em internamento para estudo. Do estudo realizado a destacar, ANA, Atc Anti-mitocondriais (M2) e Ro-52 (AC4) positivos, IgG 2768mg/dL; estudo imagiológico com Ecografia abdominal, Tomografia Computadorizada abdominal, e Colangio-ressonância a destacar hepatomegalia (17,4cm) sem outras alterações estruturais de relevo. Realizou biópsia hepática que documentou lesões de hepatite crônica com aspectos morfológicos compatíveis com hepatite autoimune e fibrose estágio 2. Iniciou corticoterapia (prednisolona 1mg/kg/dia) com melhoria sintomática e normalização dos valores das transaminases e IgG.

Neste caso, a doente em questão apresentava características histológicas de hepatite autoimune, mas com presença de Atc Anti-mitocondriais (M2) positivos característicos de colangite biliar primária.

Este caso pretende evidenciar uma forma diferente de apresentação de hepatite autoimune e colangite biliar primária, bem como alertar para a necessidade de uma elevada

suspeição de forma a implementar o tratamento adequado em tempo útil.

PO 46

HEMOTÓRAX PÓS-BIÓPSIA RENAL: UMA COMPLICAÇÃO INESPERADA

Sofia Festa; Adriana Pereira Almeida;
Inês de Albuquerque Monteiro; Inês Rafael Marques;
Sofia Teixeira; Mário Esteves
*Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Hospital Conde
São Bento*

A biópsia renal é um meio complementar diagnóstico frequentemente realizado com auxílio a ecografia ou tomografia computadorizada (TC). Trata-se de uma técnica que apresenta alguns riscos, sendo um dos mais frequentes, a perfuração de órgão adjacente. Embora seja geralmente segura, podem surgir complicações, sendo o hemotórax uma complicação excecionalmente rara, mas grave.

Apresentamos um caso de um doente sexo masculino, 84 anos, com antecedentes relevantes de Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Aneurisma Infra-Renal e Carcinoma Renal de Células Claras do Rim Esquerdo em estudo. Recorre ao serviço de urgência por dispneia, febre e dor a nível do hemitorax esquerdo com três dias de evolução. Seis dias antes, foi realizada biópsia e termoablação percutânea com micro-ondas guiada por TC de nódulo do polo superior do rim esquerdo, sem intercorrências imediatas. Ao exame objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável, polipneico com SaO₂ em ar ambiente de 94%; auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio na base esquerda. Realizou radiografia do tórax com evidência de derrame pleural esquerdo, complementado por TC Tórax, que demonstrou abundante derrame pleural esquerdo, com densidade seguramente atribuíveis a componente hemático agudo. Realizou torocentese diagnóstica, com drenagem de líquido hemático. Hematócrito do líquido >50% , compatível com hemotó-

rax. Do estudo do líquido pleural: eritrócitos 2825900 / mmE3, leucócitos 7615 / mmE3, proteínas 7,55 g/dL. Foi colocado, posteriormente dreno torácico, com drenagem de 1200cc, tendo realizado exame de imagem, de controlo, a evidenciar fina lâmina residual. O hemotórax é uma complicação extremamente rara da biópsia renal, que pode ocorrer em horas ou até três dias após biópsia. No presente caso, o hemotórax foi provavelmente causado pela lesão de um vaso intercostal, durante a colocação da agulha, dada a proximidade do polo superior do rim à 11° e 12° costela.

Serve este caso para lembrar a importância desta complicação, num doente que apresente sintomas respiratórios pós procedimento. Estar consciente desta complicação é fundamental para quem realiza a técnica, bem como para o seu diagnóstico precoce e tratamento dirigido, mostrando também a importância dos exames de imagem no auxílio as mesmas.

PO 47

ACIDOSE LÁCTICA ASSOCIADA À METFORMINA: A IMPORTÂNCIA DA MONITORIZAÇÃO DA FUNÇÃO RENAL

Sílvia Ferreira Oliveira; Núria Fonseca;
Margarida Arantes Silva; Joana Barros; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução: A metformina é amplamente usada no tratamento do diabetes tipo 2, porém, uma complicação rara e grave do seu uso é a acidose láctica. Esta condição, potencialmente fatal, ocorre mais frequentemente em doentes com fatores de risco, como insuficiência renal, levando à acumulação do fármaco e a descompensação metabólica.

Caso clínico: Doente do género feminino, 81 anos. Previamente totalmente dependente, acamada, cognitivamente com períodos de desorientação. Antecedentes de doença renal crónica, diabetes mellitus tipo 2 sob terapêutica com metformina. Trazida ao serviço

de urgência por prostração e hipotensão. Na admissão apresentava glicemia de 30mg/dL. Após duas ampolas de glicose hipertónica, apresentou melhoria do estado de consciência. Gasimetricamente com acidemia metabólica (pH 6,98 e HCO₃ 6,1mmol/L), hiperlactacidemia (15mmol/L) e hipercalemia. Analiticamente creatinina 2.08mg/dL (TFG 24ml/min/1.73m²). Assumida acidose metabólica associada à metformina. Iniciada fluidoterapia intensiva, suplementação com bicarbonato e medidas hipocaliemiantes. Discutido caso com Nefrologia e Unidade de Cuidados Intensivos – doente não seria candidata a diálise intermitente dado perfil hipotensivo. Recusada admissão em Unidade nível III, tendo em conta estado prévio da doente. Acabou por apresentar agravamento clínico rápido acabando por falecer.

Conclusões: A acidose láctica induzida pela metformina é uma complicação rara, mas letal, especialmente em doentes idosos com insuficiência renal. Este caso clínico enfatiza a necessidade de vigilância rigorosa da função renal em pacientes em uso de metformina, particularmente em idosos, cuja função renal pode estar comprometida.

PO 48

INSULINA: QUANDO O TRATAMENTO SE TORNA UM RISCO

Sílvia Ferreira Oliveira; Rita S. Xavier;
Alexandra Silva Azevedo; Joana Barros; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução: A intoxicação voluntária por insulina é uma situação potencialmente letal que exige uma resposta médica rápida e eficaz. Pode causar hipoglicemia persistente, de difícil controlo, com risco de coma e até mesmo morte. Além disso, pode levar a distúrbios hidroeletrólíticos, também eles potencialmente fatais.

Caso clínico: Doente do género masculino, 47 anos. Antecedentes pessoais de diabe-

tes mellitus tipo 2 (medicado com insulina e metformina), patologia depressiva e ansiosa, abuso do álcool e consumo regular de canabinóides. Trazido ao serviço de urgência por intoxicação voluntária medicamentosa com 300 unidades de insulina, 15g de metformina e 10mg de alprazolam cerca de 3 horas antes da admissão. Apresentava-se vigil, orientado e colaborante. Gasimetricamente com hipoglicemia, acidemia metabólica, hiperlactacidemia, hipocaliemia e hiponatremia. Eletrocardiograma sem alterações de relevo. Analiticamente pesquisa de drogas de abuso na urina positivas para benzodiazepinas e canabinóides. Iniciou de imediato glucose 10% e NaCl 0,9% com cloreto de potássio. Admitido na Unidade de Cuidados Intermédios para vigilância apertada de glicemias e fluidoterapia intensiva.

Conclusões: Este caso faz-nos refletir sobre o quão um fármaco tão importante na gestão da diabetes pode representar um risco para o doente, quer voluntariamente, quer involuntariamente. É necessário educar continuamente os doentes em relação ao uso correto deste fármaco, fazendo um seguimento rigoroso dos mesmos, nomeadamente com intervenções de suporte que integrem a saúde física e mental.

PO 49

OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA POR CARCINOMA FOLICULAR DA TÍRÓIDE, UM CASO POUCO FREQUENTE.

Filipa Alexandra Crespo Dos Santos;
Filipa Pacharo Nogueira; Pedro Rebelo Marquez;
Ana Elisa Brás; Sandra Alves Moraes
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A obstrução das vias aéreas (OVA) centrais pode ser consequência de uma patologia maligna. A neoplasia da tiroide pode condicionar OVA quer por invasão local quer por efeito de compressão extrínseca, estando

o carcinoma anaplásico frequentemente associado a esta situação.

O carcinoma folicular da tiróide trata-se de uma neoplasia bem diferenciada mas que pode cursar com um comportamento mais agressivo.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 65 anos, autónoma e sem antecedentes prévios de relevo. Sem acompanhamento regular nos cuidados de saúde primários. Recorreu ao serviço de urgência com queixas de dispneia, odinofagia e tosse hemoptoica, com 3 dias de evolução. Tinha história de 4 vindas prévias ao serviço de urgência no último ano com queixas semelhantes, referindo adicionalmente disфонia. Ao exame objetivo encontrava-se taquicárdica e polipneica. Adicionalmente apresentava uma massa volumosa na região cervical anterior esquerda. Estudo analítico com ligeiro aumento do valor de PCR (1.6mg/dL). Realizou tomografia computadorizada axial cervical que documentou exuberante bócio mergulhante com volumoso nódulo na hemitiróide esquerda a condicionar desvio da traqueia para o lado contralateral.

Durante a permanência no serviço de urgência, desenvolveu episódio de dessaturação e agravamento das hemóptises, com necessidade de entubação orotraqueal e admissão em Unidade de Cuidados Intensivos. Foi submetida a cervicotomia exploratória constatando-se aderência da tireoide aos grandes vasos cervicais e à traqueia, sem plano de dissecação e sem terreno livre para construção de traqueostomia. Caso discutido em reunião de grupo multidisciplinar, tendo sido decidida abordagem paliativa. Privilegiadas medidas de conforto, tendo falecido ao 10º dia de internamento. A histologia, posteriormente, confirmou o diagnóstico de carcinoma folicular amplamente invasor da tiróide.

Conclusões: A tomada de decisão na abordagem de uma neoplasia bem diferenciada da

tíróide com infiltração das vias aéreas é um processo delicado que beneficia de discussão multidisciplinar, particularmente em casos complexos como este.

Apesar do carcinoma da tíróide, numa fase inicial, se apresentar como uma massa na região cervical anterior, sintomas de obstrução da via aérea tais como dispneia, estridor ou disfonia devem também levantar sempre elevado grau de suspeição em qualquer diagnóstico diferencial, especialmente em quadros crónicos.

PO 50

ACIDOSE LÁCTICA ASSOCIADA À METFORMINA COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA EMERGENTE

André Carmo; Ana Gomes Saraiva;
Mariana Mendes Rodrigues; Helena Rodrigues;
Fabiana Pimentel; Sara Leitão; João Porto;
Lêlita Santos

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra /
Hospitais da Universidade de Coimbra*

Introdução: A metformina é uma biguanida amplamente utilizada no tratamento farmacológico da diabetes mellitus tipo 2 (DM2), não só por inibir a glucogénese hepática, como também por aumentar a sensibilidade dos tecidos à insulina e reduzir a absorção intestinal de glicose. Embora tenha uma incidência aproximada de 1 a 9 casos por 100000 doentes sob metformina, a acidose láctica associada à metformina (MALA) é um efeito adverso grave, com mortalidade de cerca de 50% e ocorre mais frequentemente em doentes com fatores de risco nomeadamente insuficiência renal, doença hepática, insuficiência cardíaca e perturbação do uso do álcool.

Caso clínico: Sexo masculino de 78 anos recorreu ao Serviço de Urgência por mal estar geral, diarreia aquosa e dispneia com 5 dias de evolução. Como antecedentes pessoais de relevo apresentava DM2 medicado com metformina 1000 mg 3 vezes por dia há cerca de

5 anos. Ao exame objetivo apresentava sudorese, palidez cutânea, taquicardia, hipotensão arterial de 62/30 mmHg. A gasometria realizada revelou pH 6.672, pressão de dióxido de carbono (pCO₂) 16.5 mmHg, pressão de oxigénio (pO₂) 178.4 mmHg, bicarbonato de sódio (HCO₃⁻) 1.9 mmol/L, lactato de 12.93 mmol/L. Na sala de emergência colocou-se cateter venoso central, linha arterial e iniciou-se perfusão de noradrenalina, bicarbonato de sódio e lactato de ringer. O estudo analítico demonstrou lesão renal aguda com creatinina de 8.93 mg/dl (basal de 1.00 mg/dL) e leucocitose de 29.5 G/L com neutrofilia de 23.47 G/L. Em reavaliação: pH 6.99, pCO₂ 23.1 mmHg, pO₂ 186.6 mmHg, HCO₃⁻ 5.5 e lactato 26.88 mmol/L. Foi feita sedação e realizada entubação orotraqueal, ventilação mecânica invasiva e posteriormente internado no SMI onde foi de imediato iniciada terapia de substituição renal (TSR). Após um longo internamento no SMI e Serviço de Medicina Interna o doente teve alta para Unidade de Convalescença para reabilitação.

Discussão: Apesar da elevada mortalidade associada à MALA e uma incidência reportada que se acredita ser inferior à real, o sucesso terapêutico da metformina permite manter a sua ampla utilização. O risco de desenvolver MALA está mais associado à gravidade das comorbilidades presentes (nomeadamente insuficiência renal, hepática e cardíaca) do que à metformina propriamente dita. Por outro lado, o sucesso e recuperação não estão associados à gravidade do valor do pH ou lactato, mas sim ao início precoce da TSR.

PO 51

DAS MANCHAS DE ROTH À DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA

Monique Alves.; Mariana Nunes;
Cátia Cunha Ribeiro; Diana Mimoso;
Tiago Silveira Rosa; Patrícia Rocha
CHTMAD

Introdução: As manchas de roth, descritas como lesões hemorrágicas exsudativas e edematosas da retina com centro pálido, são comumente associadas à endocardite bacteriana, mas podem ser observadas na presença de outras doenças como vasculites ou doenças mieloproliferativas.

Caso clínico: A autora apresenta o caso de um jovem, sexo masculino, 37 anos, autônomo, sem antecedentes médicos de relevo e sem medicação habitual. Recorre ao serviço de urgência por diminuição da acuidade visual bilateral com 3 dias de evolução. Exame objetivo sem alterações de relevo incluindo o exame neurológico. Observado por oftalmologia, onde se verifica déficit visual bilateral, presença de manchas de roth bilateralmente. Do estudo realizado, a salientar, hemoglobina 7.30 g/dl, hematócrito de 23.3 %, MCV 91.4 fl, leucócitos $500.40 \times 10^3/\text{ul}$, neutrófilos $200.16 \times 10^3/\text{ul}$, linfócitos $5.00 \times 10^3/\text{ul}$, monócitos $5.00 \times 10^3/\text{ul}$, eosinófilos $5.00 \times 10^3/\text{ul}$, basófilos $10.01 \times 10^3/\text{ul}$, plaquetas $111 \times 10^3/\text{ul}$, proteína c reativa 2.87 mg/dl, ácido úrico 10.5 mg/dl. Sem alterações da função hepática, renal ou da função tiroideia; Eletrocardiograma com taquicardia sinusal; Esfregaço de sangue periférico a revelar numerosos precursores mielóides, 7% de blastos, alguns basófilos e eosinófilos. Sugestivo de leucemia mieloide crónica. Discutido caso com Hematologia, tendo iniciado fluidoterapia abundante e alopurinol 300 mg. Transferido para centro de referência.

Conclusão: Os autores salientam a importância da valorização das queixas principais que

motivam a ida ao serviço de urgência num doente jovem. O diagnóstico e tratamento atempado desta patologia hematológica reduz significativamente a probabilidade de complicações agudas e tem impacto no prognóstico.

PO 52

QUANDO O USO DE METOCLOPRAMIDA CORRE MAL

Bernardo Belchior; Diogo Alves Leal;
Christine Canizes; Patrícia Albuquerque;
Catarina Lucas; Joana Paixão; João Porto
Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: A distonia aguda é um distúrbio neurológico do movimento, caracterizado por contrações musculares involuntárias de longa duração. Apesar de tratar-se sobretudo de um distúrbio hereditário, também pode manifestar-se como uma reação adversa extra-piramidal a fármacos antieméticos, como a metoclopramida (MTC).

A crise oculogírica é uma das manifestações de distonia aguda induzida por fármacos e caracteriza-se por contração involuntária da musculatura ocular, resultando em desvio do olhar, sobretudo em repouso.

Caso clínico: Mulher, 24 anos, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por sensação de boca seca, ardor na língua e dificuldade em focar a visão, com cerca de 5 horas de evolução. Sem antecedentes pessoais de relevo, negava medicação habitual, bem como alergias medicamentosas ou outras.

Aquando da colheita da anamnese, referia quadro de gastroenterite com 4 dias de evolução, caracterizado por náuseas, vômitos alimentares, diarreia e tonturas. Por este motivo, recorreu ao centro de saúde na véspera, onde lhe foi prescrita MTC, encontrando-se a cumprir este fármaco nas últimas 20 horas, com 2 tomas realizadas.

Durante a observação, referia melhoria da sensação de boa seca e do ardor ao nível da

língua, mas mantinha dificuldade significativa em focar a visão. Encontrava-se hemodinamicamente estável, não apresentava qualquer alteração cutânea sugestiva de reação alérgica à MTC e realizou gasometria arterial que, tal como o perfil analítico, veio inocente. Ao exame neurológico, conseguia fixar o olhar e seguir objeto quando solicitado, mas apresentava tendência do olho esquerdo em desviar-se para o quadrante superior esquerdo, sem nistagmo. Perante uma TC-CE sem alterações assumiu-se como hipótese mais provável crise oculogírica no contexto de reação adversa à MTC. Iniciou biperideno, mantendo-se em vigilância nas 2 horas seguintes, sendo que à reavaliação se encontrava assintomática, e sem desvio ocular em repouso.

Conclusão: Os efeitos adversos de fármacos usados com frequência, tanto ao nível de cuidados de saúde primários como a nível do SU, acabam por ser, involuntariamente, desvalorizados. Estes casos não são incomuns e são frequentemente mal diagnosticados como encefalites ou convulsões. Assim, a realização de uma história clínica detalhada e dirigida é de extrema importância, de forma a evitar a realização de exames complementares diagnósticos e terapêutica desnecessários, uma vez que estas reações distónicas são reversíveis e não deixam sequelas.

PO 53

METASTIZAÇÃO PULMONAR DIFUSA

Sandra Cunha; Luís Henrique Luz; Nádia Santos; Patrícia Fernandes; Behnam Moradi; Renato Saraiva
CH LEIRIA - STO ANDRE

A metastização pulmonar é bastante comum em muitas neoplasias, de que é exemplo a neoplasia da mamã, cólon, testículo, melanoma e sarcoma. No caso dos sarcomas, em especial no subtipo condrossarcoma, a metastização pulmonar pode estar presente em casos mais graves, que na maioria dos casos tem um curso clínico indolente, sendo a dor

o sintoma de apresentação em muitos casos. Neste caso clínico, trata-se de um homem, de 34 anos, previamente autónomo, sem antecedentes patológicos de relevo. Clinicamente com uma dor femoral incapacitante associado a uma massa coxofemoral com 6 meses de evolução, ainda em estudo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por um quadro de dispneia súbita, associada a uma astenia e perda ponderal com 2 semanas de evolução. À admissão no SU normotenso, taquicárdico e a necessitar de oxigenoterapia por cânula nasal. Gasimetricamente com hipoxemia e hipocapnia, pelo que para melhor esclarecimento do quadro respiratório realizou tomografia e angiografia do tórax com evidência de tromboembolismo pulmonar, associado a metastização pulmonar difusa. Neste contexto foi internado para continuação de cuidados e estudo etiológico, tendo-se identificado um condrossarcoma mixoide. Após este diagnóstico, o utente foi orientado para um centro diferenciado para realização de quimioterapia. Com este caso clínico pretende-se realçar a importância para as alterações inesperadas e, consequentemente, diagnósticos que são improváveis.

PO 54

O QUE SE ESCONDE NUM ECG

Ana Santos Costa; Marco Tomaz; David Campos; Patrícia Bernardes,; Catarina Pohle; Joana Ferreira; Cátia Costa; Filipe Seixo; Eugénio Dias; Ermelinda Pedroso

Centro Hospitalar de Setubal

A síndrome de Wellens é um tipo de angina instável que se caracteriza por um padrão de alterações electrocardiográficas específicas [ondas T bifásicas ou com inversão profunda e simétrica nas derivações precordiais, essencialmente em V2 e V3, associado a segmento ST isoeletrico ou ligeiramente supra-desnívelado (<lt; 1mm), na ausência de ondas Q], e que estão associadas a estenose grave

do ramo descendente anterior da artéria coronária esquerda. Quando não é diagnosticada e tratada atempadamente pode levar a enfarte do miocárdio da parede anterior e, consequentemente, a arritmias ventriculares, disfunção ventricular grave ou até a morte. Seguidamente apresento um caso clínico.

Homem de 60 anos, autónomo, com hábitos tabágicos (90 UMA), negando antecedentes médicos/cirúrgicos ou medicação habitual. Recorreu ao SU por vários episódios de dor torácica opressiva com irradiação ao membro superior esquerdo, mesmo em repouso, e com resolução espontânea ao fim de alguns minutos, com 2 dias de evolução. Os episódios foram agravando em intensidade e frequência. Na admissão, estava assintomático e sem alterações ao exame objetivo. O ECG inicial (sem dor) mostrou ritmo sinusal e padrão de Wellens, com onda T bifásica em V2 e simetricamente invertida em V3-V6, sem supradesnivelamento ST.

Após 30 min, durante um episódio de angor (intensidade 10/10) repetiu ECG que demonstrou supra ST nas derivações precordiais V2-V6 (13 mm de desnivelamento máximo). Ecocardiograma sumário durante o episódio de dor demonstrou FEVE ligeiramente reduzida por hipocinésia do septo médio apical e parede anterior. Após administração de DNI, houve melhoria transitória da dor torácica, com regressão

do supradesnivelamento ST mas persistência das alterações segmentares. Foi assumido síndrome de Wellens e realizado cateterismo emergente que demonstrou uma lesão focal de 70-90% no segmento proximal da descendente anterior e lesão suboclusiva do segmento médio, que foi tratada por angioplastia com implantação de 2 stents farmacológicos. O doente ficou internado durante 48h na Unidade de Cuidados Intermédios Coronários e posteriormente transferido para a enfermaria. Manteve-se sempre clínica e hemodinamica-

mente estável durante o internamento, tendo apresentado uma troponina I máxima de apenas 1200pg/ml. Teve alta ao fim de 5 dias de internamento, mantendo seguimento em consulta de angioplastia.

O diagnóstico da síndrome de Wellens pode ser difícil, uma vez que os doentes nem sempre apresentam sintomas típicos e os níveis séricos de biomarcadores de necrose miocárdica são frequentemente normais ou ligeiramente aumentados. Adicionalmente, o padrão electrocardiográfico é tipicamente dinâmico, observando-se pseudo-normalização do padrão ou, alternativamente, progressão para supradesnivelamento ST durante os episódios de dor torácica. Este caso demonstra a necessidade de suspeitar e identificar a síndrome de Wellens em doentes que se apresentam com dor torácica e reforça a importância de realizar avaliação ECG seriada, sobretudo aquando de alguma alteração dos sintomas.

PO 55

HÁ MALES QUE VÊM POR BEM – UM CASO DE INTOXICAÇÃO POR RODENTICIDA

Sofia Almada; Sara Nunes Gomes; Mónica Jardim; Elisa Caldeira; Carolina Freitas Henriques; Rui Fernandes; Francisco Barreto; Maria Da Luz Brazão; Teresa Faria
Hospital Dr. Nélito Mendonça

Introdução: As supervarfarinas são pesticidas cem vezes mais potentes que a varfarina, como é o caso dos raticidas. Em caso de intoxicação os sintomas podem ser atípicos, conduzindo a diagnósticos equivocados, e insidiosos, com hemorragias disseminadas. Contudo, podem resultar em complicações graves como choque, hemorragia intracerebral e coma.

Caso Clínico: Homem de 36 anos, com antecedentes de tabagismo, consumo de drogas inaladas, úlcera gástrica e depressão, medicado com sertralina e clonazepam.

Recorreu ao Serviço de Atendimento Urgente (SAU) por dor abdominal, tipo cólica, dejetos diarréicos com fezes escuras e gengivorragias, desde esse dia, associado a INR capilar de 7, motivo pelo qual foi enviado ao Serviço de Urgência (SU) hospitalar.

No SU apurou-se tentativa de suicídio por intoxicação voluntária, com ingestão de uma saqueta de raticida por dia, durante 5 dias. Após realização de 8mg de fitomenadiona endovenosa apresentou descida do INR para 2.3. Por estabilidade clínica e hematológica foi internado na Psiquiatria. Teve alta contra parecer médico após 6 dias.

No dia seguinte, recorreu ao SAU por dor no membro inferior esquerdo, de características mecânicas, episódio de epistaxis, gengivorragia e rectorragia. Foi novamente enviado ao SU hospitalar, onde apresentou 3 episódios de diarreia sanguinolenta, em pequena quantidade. Foi administrado 10mg de fitomenadiona. Analiticamente apresentava queda de cerca de 1gr da hemoglobina e o INR era indesejável.

Foi internado no Serviço de Medicina Interna para vigilância de perdas hemáticas e controlo apertado do INR.

Durante o internamento realizou fitomenadiona oral, titulado conforme valor do INR. Por novo episódio de hemorragia administrou-se fitomenadiona endovenosa e realizou transfusão de Plasma Fresco Congelado. Por queda progressiva da hemoglobina realizou endoscopia digestiva alta que levantou a suspeita de candidíase esofágica. Do estudo etiológico secundário foi detetado VIH-1 positivo.

Assim, ao 53º dia de internamento foi transferido para o Serviço de Infectologia. Atualmente, mantém fitomenadiona oral com INR controlado.

Discussão: Os autores destacam a importância de realizar diagnóstico precoce e tratamento eficaz na intoxicação por supercumulados. Não se deve, no entanto,

descurar de diagnósticos secundários, atendendo ao contexto social e antecedentes pessoais do doente, no qual o Internista desempenha um papel fundamental.

PO 56

NEM TUDO É O QUE PARECE – UM CASO DE NEUTROPENIA FEBRIL

Sofia Almada; Sara Nunes Gomes; Mónica Jardim; Elisa Caldeira; Carolina Freitas Henriques; Rui Fernandes; Francisco Barreto; Maria Da Luz Brazão; Teresa Faria
Hospital Dr. Nélito Mendonça

Introdução: Pacientes com neutropenia febril podem apresentar sintomas inespecíficos e discretos. Todavia, na neutropenia severa (contagem absoluta de neutrófilos inferior a 500 células/μL ou previsivelmente inferior em 48 horas), o risco de infeções e complicações associadas é mais elevado. Os autores apresentam um caso de Neutropenia Febril de etiologia inusitada.

Caso clínico: Mulher de 62 anos, autónoma, diabética e dislipidémica, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) a 14/03/2023 por quadro de mialgias, astenia, anorexia, cefaleias e odinofagia, com 1 semana de evolução, e febre com 2 dias de evolução. Apresentava neutropenia de 0 células/μL, interpretada inicialmente como paragem maturativa pós infeção orofaríngea. Iniciou piperaciclina-tazobactam e filgastrim e foi internada no serviço de Medicina Interna (MI). Do estudo etiológico constatou-se hipoplasia apenas da linhagem granulocítica, não se identificou um agente patogénico associado, foi excluída etiologia medicamentosa, oncológica, autoimune ou reumatológica. Por melhoria clínica e aumento da contagem de neutrófilos teve alta a 27/03/2023.

A 09/05/2023 foi encaminhada da consulta de MI ao SU por síndrome gripal na semana anterior e novo quadro de astenia, febre, sudorese, odinofagia, edema gengival e náuseas.

seas com 2 dias de evolução. No SU verificou-se abscesso periapical, exsudado amigdalino esbranquiçado e recorrência da neutropenia (0 células/ μ L). Ficou novamente internada, repetiu o estudo etiológico e veio-se a constatar que o foco mais provável seria, contrariamente às expectativas, uma apendicite de evolução aparentemente indolente, evidenciada em tomografia computadorizada - “(...) espessamento moderado do apêndice ileocecal e lâmina de derrame peritoneal pélvico (...)”. Foi, então, submetida a apendicectomia laparoscópica a 18/05/2023, com resolução das queixas e recuperação progressiva da contagem de neutrófilos (1.1×10^3 células/ μ L à data de alta), tendo alta a 29/05/2023. Na consulta de MI a 16/06/2023, apresentava normalização da contagem de neutrófilos (1.6×10^3 células/ μ L) e ausência de queixas.

Conclusão: É crucial reconhecer precocemente a neutropenia febril e iniciar antibio-terapia empírica para prevenir complicações. Contudo, os autores salientam a importância de um estudo etiológico minucioso, que muitas vezes pode revelar uma descoberta inesperada, como neste caso clínico, e que é indispensável à resolução definitiva do quadro.

PO 57

NEUROTOXICIDADE OU ENCEFALITE: A MESMA MANIFESTAÇÃO NUM DOENTE DIALISADO

Inês Sofia Gonçalves; Pedro Dias Lopes; Maja Petrova; José Moura
Unidade Local de Saúde de Coimbra

A infeção pelo vírus Varicela zoster ocorre habitualmente durante a infância, ficando latente nas raízes nervosas e podendo manifestar-se ao longo da vida como zona ou, menos comumente, como encefalite. A encefalite manifesta-se por cefaleia, febre, vômitos, convulsões ou alteração do estado de consciência. Tem uma elevada taxa de mortalidade, 12 a 15%, sendo ainda mais elevada em

doentes imunocomprometidos.

Homem de 71 anos, com antecedentes de doença renal crónica por nefropatia IgA e disfunção crónica do enxerto renal sob hemodiálise, recorre ao Serviço de Urgência por lentificação psicomotora durante a diálise. Feito diagnóstico de zona três dias antes e iniciado Valaciclovir 500mg por dia. Ao exame objetivo encontrava-se apirético, com lesões vesiculares e crostosas na região inguinal direita e abdómen, com discurso lentificado mas fluente e organizado, sem outras alterações ao exame objetivo. Realizou estudo analítico com linfopenia e aumento de proteína C reativa e radiografia torácica e TC-CE sem alterações. Efetuada punção lombar com predomínio de mononucleares, proteinorraquia aumentada e glicorraquia diminuída e deteção de Varicela zoster.

Em doentes dialisados, dada a diminuição da imunidade, as manifestações dermatológicas podem preceder ou suceder o aparecimento das manifestações neurológicas. Nesta população, dada a eliminação renal da terapêutica utilizada, é difícil distinguir clinicamente encefalite de neurotoxicidade associada à terapêutica. Assim, é importante pensar na encefalite por Varicela zoster em doentes idosos e imunocomprometidos com alteração do estado de consciência, em particular nos que desenvolveram um rash. E, nos doentes já sob tratamento, realizar o diagnóstico diferencial de encefalite e neurotoxicidade através de punção lombar, dado apresentarem-se da mesma forma.

**AMNÉSIA GLOBAL TRANSITÓRIA
– DA AGITAÇÃO AO DIAGNÓSTICO**

Pedro Alexandre Dias Lopes; Inês Sofia Gonçalves;
Patrícia Carvalho; Sara Leitão; Léllita Santos
*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra /
Hospitais da Universidade de Coimbra*

A amnésia Global Transitória (AGT) é caracterizada por início súbito de amnésia anterógrada com desorientação e repetição de questões, geralmente sem outros défices neurológicos associados. Os episódios têm duração média de cerca de seis horas, podendo durar entre 1 a 24 horas, com resolução progressiva e completa dos sintomas. Surge geralmente após os 50 anos. Pode ser despoletada por diversos eventos desencadeantes. Exames de imagem geralmente não apresentam alterações, podendo haver lesões puntiformes no hipocampo detetadas por ressonância magnética.

Mulher de 55 anos, com antecedentes de trombofilia, anticoagulada com NOAC, hipertensão arterial, dislipidemia e AVC prévio, apresenta quadro súbito de agitação associado a cefaleia occipital intensa, sem sinais externos de traumatismo. Vista pela família sem alterações quatro horas antes da vinda ao Serviço de Urgência (SU). Hemodinamicamente estável, com discurso repetitivo, com nomeação 1/3, anisocoria ligeira à esquerda, sem outros défices neurológicos aparentes. TC-CE sem alterações. Sem alterações iónicas ou tóxicos. Eletroencefalograma sem atividade epilética, com atividade lenta generalizada, compatível com encefalopatia metabólica ligeira. Melhoria gradual progressiva, com resolução completa do quadro cerca de 18 horas após entrada no SU, sem défices neurológicos.

O caso clínico é um exemplo de AGT, uma patologia com desafios no seu diagnóstico e abordagem, que obriga a uma exclusão ex-

tensa de patologias com clínica semelhante, nomeadamente acidentes vasculares cerebrais, encefalopatia de Wernicke. A administração de tiamina é aconselhada durante o seu curso face à possibilidade de outros diagnósticos. A resolução de sintomas é progressiva e completa, com uma taxa de recorrência variável entre 3 e 26%. Os doentes têm uma lacuna temporal face à incapacidade de criar memórias durante o episódio.

PO 59**DERRAME PERICÁRDICO – SÉRIE DE CASOS
COM DIFERENTES APRESENTAÇÕES
CLÍNICAS**

Pedro Alexandre Dias Lopes; Inês Sofia Gonçalves;
Patrícia Carvalho; Sara Leitão; Léllita Santos
*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra /
Hospitais da Universidade de Coimbra*

O derrame pericárdico corresponde à acumulação de líquido no pericárdio para além dos valores fisiológicos (~15 – 50mL). A sua apresentação varia desde queixas inespecíficas como toracalgia e dispneia, ao tamponamento cardíaco, potencialmente fatal.

Os autores apresentam uma série de 3 casos de derrame pericárdico, com apresentações diversas: 1. Mulher, 80 anos, com queixas de cansaço fácil progressivo e dispneia. Hemodinamicamente estável, com hipofonese cardíaca e discretos edemas periféricos. Do estudo destacava-se hiponatremia de 121mmol/L, NT-proBNP 2256 pg/mL, ECG com baixa voltagem, radiografia torácica com duplicação do índice cardiotorácico face a prévia. Realizada pericardiocentese com drenagem de 1300cc de líquido sero-hemático. 2. Homem, 75 anos, transplantado renal, com antecedentes de derrame pericárdico crónico com necessidade de pericardiocentese de urgência um mês antes, com queixas de toracalgia e dispneia. Hipotenso, com hipofonese cardíaca. Gasometria com hipocapnia e hiperlactacidemia. Ecocardiograma à cabeça

com derrame pericárdico com compromisso de enchimento das cavidades direitas. Realizada pericardiocentese com saída de 1200cc de líquido hemático com melhoria do perfil hemodinâmico. 3. Homem, 86 anos, queixas de dispneia, astenia, aumento do perímetro abdominal e dispneia paroxística noturna. Polipneico e com palidez cutânea. No estudo observa-se insuficiência respiratória, hiponatremia, neutrofilia e linfopenia, NT-proBNP 659 pg/mL, TC-Torácica com derrame pericárdico de moderado volume com cerca de 33mm de espessura. Realizada pericardiocentese com drenagem de 750cc de líquido hemático com melhoria clínica.

O diagnóstico de derrame pericárdico, perante uma clínica e achados inespecíficos, pode constituir um desafio, principalmente pela possibilidade de evolução para tamponamento. Os meios complementares de diagnóstico, principalmente o ecocardiograma, permitem confirmar a suspeita diagnóstica e a pericardiocentese é fundamental em situações de instabilidade hemodinâmica. Podendo estar associado a condições locais ou sistêmicas, o estudo etiológico torna-se fundamental, permitindo o tratamento dirigido e evitando recorrências.

PO 60

GOSSIPIBOMA ABDOMINAL: UMA CAUSA INESPERADA DE ABDÔMEN AGUDO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Tiago Dias da Costa¹; Marta Rodrigues²; António Mateus-Pinheiro¹; Rui Pancas¹; Elsa Gaspar¹

¹Serviço de Medicina Interna -ULS Coimbra

²Hospital da Luz de Aveiro

Introdução: Gossipiboma é um termo usado para descrever a retenção de material têxtil no corpo humano após um procedimento cirúrgico. A presença de um corpo estranho gera uma resposta inflamatória que, apesar de rara, assume-se como uma das complicações cirúrgicas mais desafiantes de gerir,

quer pelas implicações médico-legais inerentes quer pelas complicações potencialmente fatais associadas.

Caso clínico: Sexo masculino, 83 anos, recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal difusa, vômitos e obstipação com cinco dias de evolução. Como antecedentes pessoais destaca-se hernioplastia tipo Lichtenstein por hérnia inguinal direita encarcerada realizada um ano antes. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, eupneico, temperatura de 38.3°C e com icterícia das escleras. Auscultação pulmonar e cardíaca sem alterações. Abdómen com defesa à palpação no quadrante superior direito e epigastro, com ruídos hidroaéreos presentes e de timbre normal. Do estudo analítico destaca-se AST 294 U/L (normal < 35 U/L), ALT 511 U/L (normal < 511 U/L), fosfatase alcalina 321 U/L (normal: 30-120 U/L), GGT 1016 U/L (normal < 55 U/L), bilirrubina total 9.2 mg/dl (normal: 0.2-1.2 mg/dL), bilirrubina direta 4.8 mg/dL (normal < 0.5 mg/dL), proteína C reativa 3.95 mg/dL (normal < 0.5 mg/dL) e leucócitos $17.2 \times 10^9/L$ (normal: $3.60 - 10.5 \times 10^9/L$). Para estudo etiológico complementar realizou tomografia computadorizada do abdómen e pélvis que mostrou a existência de lesão nodular no hipocôndrio direito, heterogênea, sem realce, com esboço de cápsula e identificando-se no interior imagens hiperdensas medindo 87x73mm (Fig.1). Esta formação não apresentava qualquer relação com as estruturas intra-abdominais, sendo o diagnóstico compatível com gossipiboma. O fígado, vias biliares, pâncreas e baço tinham contornos regulares e realce homogêneo. Iniciou no serviço de urgência piperacilina/tazobactam tendo sido posteriormente submetido a laparotomia exploradora que constatou a presença de coleção abecedada junto ao bordo inferior do fígado. Realizada abertura da cápsula, colheita de líquido para estudo microbiológico (que se revelou negativo) e re-

moção de compressas do interior da coleção. Apresentou boa evolução clínica e analítica. **Conclusões:** Os autores descrevem uma apresentação rara de abdômen agudo no serviço de urgência. O gossipiboma apresenta um vasto leque de diagnósticos diferenciais dos quais se destacam abscesso hepático, tumores, hérnias e aderências abdominais. A implementação de protocolos rigorosos, a educação contínua dos profissionais, e o uso de tecnologias como a verificação por exames de imagem assumem-se como medidas preventivas a adotar no bloco operatório para mitigar esta situação.

PO 61

ERITEMA AB IGNE – UMA DERMATOSE INDUZIDA PELO CALOR

João Poejo Gomes; Isabel Fonseca Silva;
Rui Rua Coelho; Rute Sousa Martins;
Guiomar Pinheiro; José Alvarenga; Alexandra Azevedo
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Mulher de 50 anos, com antecedentes de Histiocitose de Langerhans e tabagismo ativo a condicionar doença pulmonar obstrutiva crônica GOLD 2E.

Recorreu ao serviço de urgência por lesões reticulares bilaterais e simétricas, na face interna das coxas e região proximal das pernas, com cerca de 1 ano de evolução com progressiva hiperpigmentação. Da história clínica, a relevar exposição repetida dos membros inferiores a aquecedor a óleo.

Assim, assumido eritema ab igne, tendo sido recomendada evicção de exposição térmica e tratamento com corticóide tópico.

O eritema ab igne é uma dermatose reticular resultante da exposição repetida a temperaturas moderadas, entre os 43 e os 47°C, ou à radiação infravermelha, em níveis insuficientes para a ocorrência de queimadura. Na maioria dos casos, as lesões melhoram com a evicção da fonte mas em caso de exposição

crônica podem evoluir com hiperpigmentação permanente ou transformação em lesões malignas, sendo o mais comum o carcinoma espinocelular.

PO 62

ESPONDILODISCITE A BRUCELLA MELITENSIS COMPLICADA DE ABCESSO DO PSOAS: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

Alice Figueiredo; Miguel Rodrigues;
Violeta Suruceanu; Diana Pedreira; Beatriz Navarro;
Ermelinda Pedroso
Centro Hospitalar de Setúbal

A Brucelose é a zoonose bacteriana mais prevalente no mundo, sendo Portugal o 3º país europeu com maior incidência em 2022. O envolvimento osteoarticular é frequente, sendo a espondilodiscite uma manifestação grave associada a risco de abscessos. O abscesso do psoas é uma complicação rara, descrita em 1.3 a 3.4% dos casos.

Apresenta-se o caso de um homem de 53 anos, residente em meio rural, com antecedentes de cardiopatia isquémica, discartrose, tabagismo e obesidade. Recorreu ao Serviço de Urgência por um perda de peso (39 kg em 1 mês), anorexia, astenia, febre e sudorese noturna com 3 meses de evolução associada a agudização da lombalgia crônica, referindo episódio autolimitado de redução da força nos membros inferiores nesse dia. Analiticamente a destacar anemia (Hb 11.5 g/dL, VGM 84.5 fL, HGM 27.77 pg), leucopenia (4400 u/L), citocolestase hepática (AST 191 U/L, ALT 141 U/L, FA 695 U/L, GGT 204 U/L, LDH 598 U/L), hiponatremia (130 mEq/L) e elevação da PCR (16.70 mg/dL). A TC da coluna lombar descrevia apenas discartrose L5-S1, mas a TC toraco-abdomino-pélvica revelou uma coleção líquida na espessura do psoas direito ao nível de L2, pelo que se realizou punção aspirativa ecoguiada com envio do pus para exame cultural, sendo internado na enfer-

maria de Medicina Interna para investigação. Durante o internamento realizou RM da coluna que revelou espondilodiscite ao nível de L1 e L2 com provável compressão das raízes de L1 bilateralmente. A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes no sangue periférico e no pús foi negativa. Dos resultados serológicos apresentou reação de Huddleson positiva (Título: 1/1280), tendo sido assumido o diagnóstico presuntivo de brucelose e iniciada terapêutica empírica. Posteriormente foi isolado em hemocultura *Brucella Mellitensis*, sem outros isolamentos culturais (amostras de sangue, urina e pus), permitindo confirmar o diagnóstico de espondilodiscite brucélica. Realizou 14 dias de doxiciclina, rifampicina e gentamicina endovenosa e teve alta com indicação para cumprir antibioterapia oral durante 3 meses e ser reavaliado em ambulatório. Este caso destaca a persistência da brucelose como doença endémica em Portugal, apesar dos esforços preventivos, e sublinha o potencial para complicações graves. Alerta-se para a dificuldade diagnóstica dado a baixa sensibilidade dos exames culturais e a necessidade de exclusão de outras etiologias, particularmente a tuberculose. Por outro lado, a existência de espondilodiscite com abscesso aumenta o risco de défices neurológicos permanentes por compressão nervosa, exigindo frequentemente um tratamento empírico com base num diagnóstico presuntivo.

PO 63

SÍNDROME TAKOTSUBO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Adriana Almeida; Bernardo Silvério; Sofia Festa;
Sara Silva; Paulo Bandeira; Mário Esteves
CH Médio Ave - Famalicão

Introdução: A síndrome Takotsubo é uma condição reversível que se caracteriza por uma disfunção sistólica transitória, cuja apresentação clínica e eletrocardiográfica mimetiza um enfarte agudo do miocárdio. Surge habitual-

mente após stress físico ou emocional, com predomínio em mulheres pós-menopausa.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma doente de 74 anos, com antecedentes de obesidade, dislipidemia, DM tipo 2, doença pulmonar crónica não estratificada e síndrome depressiva. Admitida no SU por dor retroesternal e dispneia em agravamento. Ao exame objetivo, normotensa com frequências cardíacas controladas, auscultação cardiopulmonar sem alterações e com edema nos membros inferiores. Do estudo efectuado inicialmente, gasimetria arterial sem insuficiência respiratória, eletrocardiograma (ECG) com ritmo sinusal sem alterações do segmento ST, radiografia de tórax nas incidências anteroposterior e perfil sem alterações, NT-proBNP elevado e dosagem seriada de biomarcadores evidenciou pico troponina I de alta sensibilidade (1128.9 pg/mL) com posterior queda (687.7 pg/mL). Em colaboração com cardiologia, assumido Insuficiência cardíaca descompensada por insuficiência terapêutica/incumprimento terapêutico. Após 24 horas, por novo episódio de dor retroesternal, repetiu-se novo ECG que mostrou ritmo sinusal, com ondas T invertidas e profundas nas derivações inferiores e precordiais com QTc normal. Realizou ecocardiograma que mostrou depressão moderada da função sistólica do ventrículo esquerdo, hipocinésia apical e periapical com contratilidade preservadas dos segmentos basais (apical ballooning). Seguidamente realizou cateterismo cardíaco sem doença coronária epicárdica. Portanto, assumido diagnóstico de Síndrome de Takotsubo.

Conclusão: Este caso clínico pretende mostrar a importância da suspeita clínica para o diagnóstico de uma patologia reversível, de bom prognóstico e reforçar a importância do acesso aos exames complementares de diagnóstico.

PO 64

ENDOCARDITE INFECIOSA: MEDICINA NA ERA DA IMUNOSSUPRESSÃO

Rita Louro; Flávio Quadrado; Margarida Jacinto; Gustavo Sá Mendes; Susana Escária; Tereza Veloso
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A incidência de endocardite infecciosa tem aumentado, à semelhança do incremento de população em risco. Esta é uma entidade com elevada morbilidade e mortalidade. Na atualidade, com a maior prevalência de doentes imunossuprimidos, em maior risco de infeções causadas por organismos multirresistentes, a abordagem destes doentes é um desafio.

Caso clínico: Homem de 56 anos, com múltiplas comorbilidades, incluindo artrite psoriática sob terapêutica imunossupressora (2 semanas antes da admissão, incrementada a dose para adalimumab 40mg/semanal), doença coronária com status pós-CABG, substituição valvular aórtica (em 2022 após endocardite bacteriana complicada por abscesso), com implantação de válvula biológica, e ex-toxicodepende. Tinha recentemente realizado intervenção dentária, sem profilaxia associada.

Vai ao serviço de urgência por dor lombar. Na sala de espera, apresentava alteração do estado de consciência e sinais de dificuldade respiratória, tendo sido admitido na sala de reanimação.

À observação, encontrava-se febril, polipneico sob oxigenoterapia a 3L/min, com um perfil tensional hipotensivo mas sem sinais de má perfusão periférica. Neurologicamente, encontrava-se com Glasgow de 14, sonolento mas reativo à estimulação verbal, sem sinais focais. Ao nível da pele, com lesões psoriáticas em >70% da superfície corporal.

Analiticamente, destacou-se leucocitose (15.000 U) e neutrofilia (84%), anemia e trombocitopenia (34.000 U), troponina 3500

ng/L (< 11.00) e o NT-proBNP 18.000 pg/mL. O ECG evidenciou taquicardia sinusal sem supradesnívelamento de ST. O Ecocardiograma identificou imagem vegetação de 13 mm, apenas à face ventricular. A TC abdómen sugeriu a presença de enfarte esplênico e renais. A TC CE sugestiva de um evento isquémico agudo na região occipital esquerda.

Estabelecido o diagnóstico definitivo de endocardite infecciosa de válvula protésica, em doente imunossuprimidos, após hemoculturas, iniciou antibioterapia empírica com vancomicina, gentamicina e rifampicina. Foi admitido na UCIC tendo sido referenciado e aceite para intervenção cirúrgica.

Conclusões: Este caso procura alertar para os desafios da medicina na era da imunossupressão destacando a necessidade de uma abordagem precoce e adequada no diagnóstico e tratamento dos quadros infecciosos, principalmente em doentes com maior suscetibilidade a complicações graves. Pretende ainda realçar a importância para as profilaxias, nomeadamente da endocardite nos grupos de risco.

PO 65

PULMÕES SOB PRESSÃO, CORAÇÃO SOB STRESS: EDEMA PULMONAR PRESSÃO NEGATIVA E CARDIOMIOPATIA DE STRESS

Rita Louro; Pedro Silva; Sandra Lucas; Gustavo Sá Mendes; Susana Escária; Tereza Veloso
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A obstrução da via aérea é uma emergência médica frequente no serviço de urgência. O edema pulmonar de pressão negativa (EPPN) é uma entidade rara, mas das principais causas de edema agudo do pulmão não cardiogénico. A obstrução da via aérea sendo uma causa direta de EPPN, acarreta activação adrenérgica com potenciais complicações cardíacas.

Apresentamos o caso de uma doente traqueostomizada, com obstrução da via aérea,

que despoletou um EPPN e miocardiopatia de stress / de Takotsubo.

Caso clínico: Mulher de 86 anos, com múltiplos antecedentes, a destacar neoplasia do colón, com suspeita de metastização hepática e laríngea, e traqueostomizada por paresia das cordas vocais.

Trazida ao SU após recuperação de obstrução da via aérea presenciada por conteúdo sero-mucoso da traqueostomia que estaria sem cânula interna. Permaneceu em observação 24 horas e teve alta assintomática com anti-bioterapia empírica por diagnóstico presuntivo de traqueobronquite aguda.

Doente readmitida na sala de emergência, cerca de 2 horas após alta, por dispneia súbita. À observação, apresentava perfil hipertensivo (TAS 155 mmHg), taquicardia (FC 134 bpm) e hipoxemia (SpO2 79%), com presença de estridor inspiratório e auscultação com fervores crepitantes bibasais.

Analticamente para além da presença da elevação de parâmetros inflamatórios, apresentava NTproBNP 19900 pg/mL, troponina I hs 3246 ng/mL, PCR 2.7 g/dL e gasimetria arterial com acidemia mista, com hiperlactacidemia de 2.9 mmol/L. O ECG demonstrou ritmo sinusal, com alterações inespecíficas da repolarização ventricular. O ecocardiograma revelou fracção de ejeção moderadamente deprimida, com hipercinesia basal e acinésia dos segmentos apicais.

Iniciou terapêutica com estimulação diurética e betabloqueio e foi realizada aspiração de rolhão de secreções secas, com franca melhoria dos sinais de dificuldade respiratória. A doente evoluiu favoravelmente, permitindo desmame diurético e de oxigenoterapia, com reavaliação ecocardiográfica após 7 dias que denotou recuperação da fracção de ejeção, sem alterações de contratilidade segmentar.

Conclusões: A coexistência de EPPN e miocardiopatia de stress perante obstrução da via aérea, está pouco descrita na literatura,

sendo desafiante a marcha diagnóstica mas essencial para a terapêutica adequada dirigida. O mecanismo proposto da miocardiopatia de stress associada à obstrução da via aérea prende-se com a libertação exagerada de catecolaminas.

PO 66

IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA EQUIPA DEDICADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Joaquim Peixoto; Carina Ramalho;
Francisco Gomes; Magda Silva; Rui Casanova;
Vasco Firmino
Hospital do Barreiro

Introdução: Em janeiro de 2024 foi criada uma equipa médica dedicada ao Serviço de Urgência (SU), que assegura a atividade assistencial na área do internamento em serviço de observação (SO) e a gestão da área do ambulatório, e é complementada nos períodos tarde/noite, feriados e fins-de-semanas pelas equipas de Medicina Interna escaladas rotativamente.

Objetivos: Avaliar o impacto deste modelo misto na atividade assistencial – taxa de ocupação, demora média, altas e mortalidade.

Material e Métodos: Comparação dos dados cumulativos aos 6 meses de atividade da equipa (primeiro semestre de 2024) com o período homólogo do ano anterior, obtidos através da plataforma Sonho.

Resultados: Para uma maior afluência e um maior número de internamentos no SU (2931 em 2024 vs. 2679 em 2023), verificou-se uma diminuição da taxa de ocupação (151% em 2024 vs. 155% em 2023), um maior número de altas efetivadas para o exterior (804 em 2024 vs. 673 em 2023), uma redução da demora média (2,6 dias em 2024 vs. 2,9 dias em 2023) e uma redução da taxa de mortalidade (8,1% em 2024 vs. 12% em 2023). O balanço realizado pela equipa permitiu ainda apurar um impacto positivo: 1) na resposta e

apoio aos balcões gerais (com diminuição do tempo de permanência dos doentes na área do ambulatório); 2) na satisfação das restantes classes profissionais que trabalham no SU, dos doentes e seus familiares/ acompanhantes (com diminuição das reclamações); 3) e na capacidade de resposta mais dirigida e adaptada às necessidades e características dos doentes.

Conclusões: Acreditamos que a implementação de uma equipa fixa, dedicada ao SU, motivada para a abordagem do doente urgente/emergente e comprometida com a melhoria do acesso, da qualidade, da eficiência e da continuidade dos cuidados prestados a todos os doentes, faça parte da solução para dar resposta à realidade que se vive atualmente nos SU do país. Apesar dos recursos disponíveis no hospital não permitirem a formação de equipas dedicadas 24 horas por dia, o modelo misto implementado mostrou benefícios na atividade assistencial, na resposta às necessidades quotidianas e na satisfação global.

PO 67

HIPOCALCEMIA SINTOMÁTICA DURANTE PREPARAÇÃO PARA COLONOSCOPIA

Cristiana Malhó; Lueji Gumbé; Ana Isabel Ribeiro; Adélia Miragaia

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A hipocalcemia aguda é um dos efeitos secundários mais comuns, após tireoidectomia total e remoção das paratiroides. Na maior parte das vezes, estas apresentações aparecem logo após a cirurgia.

Em doentes tireoidectomizados, o risco de alterações hidroelectrolíticas relacionadas com o cálcio são mais significativas. Em doentes a fazer o líquido de preparação para colonoscopia, qualquer um dos líquidos contém polietilenoglicol e outros compostos iónicos que podem alterar a absorção da mucosa intestinal. Para além disso a própria solução é osmótica levando com ele vários minerais e iões.

Neste caso, apresentamos uma mulher, 75 anos, autónoma, deu entrada no serviço de urgência por disartria, parestesias do lábio superior, parestesias dos membros superiores e sem défices motores. Ao exame objetivo, a destacar sinal de Trousseau positivo. Apurada a história, a doente teria iniciado preparação para colonoscopia no dia anterior.

Analicamente a destacar hipocalcemia grave [Cálcio corrigido à albumina 1.45 mmol/L, (N: 2.20-2.65), e cálcio ionizado 0.6mmol/L (N: 1.09-1.30)] e hipocaliemia ligeira.

Realizada tomografia computacional do crânio, sem alterações agudas a destacar que pudessem justificar os déficits.

Antecedentes pessoais hipotireoidismo (após tireoidectomia com remoção das paratiroides aos 50 anos), alcoolismo e síndrome depressiva, a fazer terapêutica de substituição tiroideia e vitamina D.

Iniciada reposição de cálcio com gluconato de cálcio intravenoso (10 ampolas em 1L de soro fisiológico a 100cc/h) à data da alta foi ajustada medicação do domicílio, tendo aumentado o aporte de cálcio e vitamina D.

Em conclusão, em doentes com remoção cirúrgica das paratiroides podem tornar-se mais suscetíveis a alterações iónicas advindas de outros estímulos externo, como por exemplo a preparação para uma colonoscopia.

Neste caso, o aumento da motilidade intestinal e aumento do conteúdo osmótico fazem com que o cálcio normalmente absorvido neste caso foi expulso, causando assim uma hipocalcemia numa doente sem capacidade de correção endógena.

PO 68

DESAFIO DIAGNÓSTICO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Vasco De Faria Nunes; Catarina Nóbrega; Duarte Noronha; Maria da Luz Brazão; Teresa Faria
Hospital Central do Funchal

Introdução: Esclerose Múltipla é uma doença autoimune que provoca inflamação e desmielinização no Sistema Nervoso Central, afetando a bainha de mielina dos neurónios. Esta condição manifesta-se através de surtos que consistem em sintomas neurológicos, como perda de sensibilidade, fraqueza ou dificuldades motoras, que duram mais de 24 horas e podem melhorar espontaneamente ou evoluir para uma deterioração progressiva do estado neurológico. O diagnóstico baseia-se na observação de lesões disseminadas no tempo e no espaço, usando critérios clínicos e exames de imagem. Surge mais frequentemente entre o início da vida adulta e a meia-idade, sendo três vezes mais comum nas mulheres. Os surtos podem incluir sintomas sensitivos, como parestesias ou hipoestésias, que os médicos devem considerar em contexto de urgência.

Caso clínico: Mulher, 43 anos, com antecedentes pessoais de síndrome depressivo medicado. Recorreu ao Serviço de Urgência no dia 30/08/24 com um quadro caracterizado por parestesias na região hemicraneana direita incluindo face e na mão direita com 4 dias de evolução. Já tinha realizado análises e tomografia computadorizada craneoencefálica sem alterações de relevo. Ao exame objetivo apresentava-se consciente e colaborante, mas muito apelativa, tinha hipostesia na hemiface direita e mão direita e ainda desequilíbrio na prova da marcha pé ante pé. Ficou internada para vigilância e realização de ressonância magnética que revelou algumas lesões focais hiperintensas em T2/FLAIR na substância branca periventricular, no corpo

caloso, na substância branca justacortical e na vertente postero-lateral direita do bolbo raquidiano e no pedúnculo cerebeloso inferior direito, a qual com discreta captação do produto de contraste compatíveis com Esclerose Múltipla. Foi transferida para o serviço de Neurologia para continuidade do estado e início de corticoterapia.

Conclusão: Este caso clínico sublinha a importância de reconhecer e valorizar sintomas sensitivos inespecíficos que, na fase inicial da Esclerose Múltipla, são frequentemente classificados como de origem funcional ou psicossomática. A identificação precoce destes sinais é crucial para um diagnóstico atempado, permitindo o início rápido da terapêutica modificadora da doença. Esta abordagem pode influenciar significativamente o prognóstico, realçando a necessidade de atenção clínica rigorosa desde os primeiros sintomas.

PO 69

ACUPUNTURA E OSTEOMIELEITE: UM CASO INESPERADO DE INFEÇÃO VERTEBRAL

Maria do Rosario Calado; Francisco Pinheiro; Isabel Apolinário; Luísa Azevedo; Eulalia Antunes; Guilherme Gomes
Hospital de Braga

A osteomielite é a inflamação e destruição do osso, provocada por bactérias ou fungos. Pode ter origem nos tecidos envolventes ou por propagação hematogênea. Cursa com dor localizada e sintomas constitucionais.

O diagnóstico é estabelecido com recurso a exame de imagem e culturais. O tratamento assenta em antimicrobiano dirigido e eventualmente, cirurgia.

Caso clínico: Homem, 38 anos, autónomo e sem antecedentes pessoais recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por lombalgia direita que agravava com o movimento e toque, ao exame objetivo sem défices neurológicos ou alterações cutâneas. Negava história de trauma, referindo apenas sessão de acupuntura na

véspera do início das queixas. Realizou radiografia lombar e estudo analítico, sem alterações e teve alta medicado sintomaticamente. Por manter queixas em agravamento associado ao surgimento de febre, recorreu novamente ao SU. Neste episódio com elevação dos parâmetros inflamatórios, sendo medicado empiricamente com ciprofloxacina pela suspeita de prostatite.

Ao 9º dia desde o início das queixas, por ausência de melhoria e manter picos febris, recorreu novamente ao SU. Repetiu estudo analítico com nova elevação dos parâmetros inflamatórios e realizou TAC-Coluna lombar “lesão heterogênea retro-vertebral paramediana direita, com realce periférico após contraste, no segmento L3-L4, configurando provável lesão inflamatória/infecciosa”.

Colheu hemoculturas (HC) e iniciou empiricamente ceftriaxone, metronidazol e vancomicina. Foi internado para continuação de estudo. Durante o internamento, isolado MSSA nas HC e feito ajuste para flucloxacilina de acordo com TSA que posteriormente, foi alterado para cefazolina por flebites.

Realizou EET que excluiu a presença de vegetações, e a lesão foi melhor caracterizada por RMN-Coluna lombossagrada “... miosite paravertebral lombar, com celulite retrovertebral difusa e osteomielite nos elementos do arco posterior L3 e L4, sem espondilodiscite, prováveis pequenos abscessos paravertebrais entre L3 e L4”

Após 2 semanas de antibioterapia endovenosa, HC de reavaliação negativas, melhoria analítica e realizou ecografia que excluiu coleções nos tecidos moles da coluna. Assim, teve alta para ambulatório com indicação para manter cotrimoxazol durante 4 semanas e reavaliação por RMN em consulta

Conclusão: O presente caso pretende alertar para uma patologia que facilmente nos pode passar despercebida num doente jovem e sem comorbilidades, em que o início do tra-

tamento dirigido precocemente é fulcral para uma boa evolução clínica.

PO 70

TROMBOSE DA VEIA RENAL

– UMA ENTIDADE CLÍNICA RARA PARA UMA QUEIXA FREQUENTE

Ana C. Borges; Pedro Lopes; Mariana Guerra; Lèlita Santos

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra /
Hospitais da Universidade de Coimbra*

Introdução: A trombose da veia renal (TVR) é caracterizada pela oclusão parcial ou total da veia renal ou de seus tributários por um trombo. As causas mais comuns incluem a síndrome nefrótica (SN), estados de hipercoagulabilidade (EH) e neoplasias. Embora fatores clássicos sejam frequentemente identificados, há situações em que a TVR surge sem etiologia óbvia, exigindo uma investigação detalhada.

Descrição do caso: Relata-se o caso de um homem de 31 anos, saudável, que recorreu ao SU por dor lombar esquerda, com 9 dias de evolução e de instalação súbita. Localizava-se no Flanco Esquerdo com irradiação para a Fossa Iliaca Esquerda, intensidade 10/10. Não apresentava fatores de alívio ou agravamento. Sem febre, hematúria ou outras queixas associadas. Teria regressado no dia anterior, de quatro voos de longo curso (> 4 horas no total) e confessou o consumo regular de metilenodioximetanfetamina (MDMA), durante tais viagens. Negava outros hábitos, tal com AP e familiares de relevo.

À admissão, apresentava-se apirético, com queixas álgicas e, analiticamente, com Creatinina de 0,8 mg/dL e PCR de 0,19 mg/dL. Durante a suspeita de cólica renal, ITU e lombalgia mecânica foram pedidos exames iniciais (Rx reno vesical e ecografia) que não evidenciaram alterações. No entanto, a Angio-TC renal revelou uma área extensa de hipocaptção de contraste nas fases parenquimatosa

e ramo da veia renal subsidiária hipodenso relativamente às estruturas venosas.

Perante este diagnóstico de TVR, foi iniciada anticoagulação com enoxaparina 1,5 mg/kg/dia, e o doente foi internado para estudo etiológico. A investigação incluiu pesquisa de trombofilias hereditárias, neoplasias ocultas e síndrome nefrótica, sem que fossem detectadas alterações relevantes. Repetiu-se Angio-TC, que evidenciou persistência de alterações, pelo que a equipa optou por iniciar rivaroxabano 20 mg id após alta.

Conclusão: O MDMA, ao promover a libertação massiva de serotonina, induz vasoconstricção, favorece a agregação plaquetária e potencia a formação de trombos. Já os voos prolongados, superiores a 4 horas, são reconhecidos como fatores de risco para eventos trombóticos, embora com uma predisposição considerada fraca (odds ratio <2).

A TVR é uma entidade clínica, mais frequentemente associada a SN, neoplasias, EH, trauma, uso de contraceptivos orais, hipovolemia e trombofilias hereditárias. Contudo, em casos como este, em que não se identificam causas clássicas, é fundamental um estudo etiológico abrangente. A história de consumo frequente de MDMA e os múltiplos voos de longa duração parecem ter desempenhado um papel precipitante.

Este caso sublinha a relevância de considerar a TVR como diagnóstico diferencial nos doentes que recorrem no SU com dor lombar.

PO 71

TETRAPROBLEMAS – A IMPORTÂNCIA DE OLHAR PARA ALÉM DO ÓBVIO!

Inês Canha da Silva; Ana Tenreiro;
Ana Rita Ribeirinho; Flávio Quadrado;
Margarita Urquiola

Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: O empiema epidural é uma infecção supurativa do sistema nervoso central, entre a dura-máter e coluna vertebral, pouco

frequente e com elevada morbimortalidade. Apresenta-se com febre, cervicálgia e défices neurológicos sendo mais comum na coluna lombar.

É mais frequente em homens com fatores de risco (diabetes, Virus da Imunodeficiência Humana, doença renal crónica, toxicod dependência), nomeadamente imunossuprimidos, ou mesmo associado à realização de procedimentos médicos. O agente etiológico mais frequente é o *Streptococcus aureus*, seguido de Bacilos Gram Negativos e *Streptococcus GB*.

Caso clínico: Apresento caso de homem, 80 anos, autónomo, com antecedentes de adenocarcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical, fibrilhação auricular, hipertensão e hiperuricemia. Iniciou quadro de cervicálgia e tumefação cervical, que evoluiu após uma semana para perda de força generalizada e posteriormente tetraparesia. À observação estava febril e apresentava plegia dos membros inferiores e paresia dos membros superiores (grau (G) 1 em 5 à esquerda e G 3/5 à direita) associado a hipoestesia. Realizou estudo analítico no SU: elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR 17 mg/dL). Realizou tomografia computadorizada de crânio e cervical que documentou “lesão extra-medular condicionando importante deformação da medula; desde C1-C6, com 6cmx8mm (espessura máxima em C4-C5), podendo corresponder a coleção hemática, de natureza infecciosa ou expansiva. Realizou ainda ressonância magnética que não esclareceu etiologia.

Foi encaminhado para neurocirurgia que realizou cirurgia descompressiva. Intraoperatoriamente, verificou tratar-se de empiema epidural, foi colhido exsudado para cultura. Iniciou-se antibioterapia empírica com Vancomicina, metronidazol e ceftriaxone, ajustada após isolamento de *Streptococcus Agalactiae* (SGB), para trimetoprim+sulfametoxazol.

À data de alta, ainda com tetraparesia mas

com melhoria da força muscular, apresentando G 4/5 no hemicorpo direito e G3/5 no hemicorpo esquerdo.

Conclusão: SGB é um microorganismo que causa infecções principalmente em grávidas e recém nascidos, no entanto, a sua incidência em doentes idosos com doenças crônicas tem aumentado nos últimos anos.

Esta patologia, representa um importante desafio diagnóstico e terapêutico, pela clínica inespecífica com que se apresenta, sendo crucial o tratamento precoce para prevenir complicações graves e morte, pelo que deve ser considerada uma emergência médica. A apresentação deste caso clínico tem como objetivo alertar para a inclusão desta patologia no diagnóstico diferencial em doentes com défices neurológicos, sobretudo em doentes com imunossupressão.

PO 72

UM PÓS-PARTO ATÍPICO: CASO CLÍNICO DE AVC HEMORRÁGICO NO PUERPERIO

Inês Canha da Silva; Diogo Duarte Dias; Mafalda Hipólito Reis; Margarita Urquiola
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) é uma emergência médica que requer um diagnóstico precoce e tratamento imediato. O AVC no pós-parto é pouco frequente, mas pode ocorrer por alterações fisiológicas que aumentam o risco. Cerca de 66% dos AVC no pós-parto são hemorrágicos. Apesar da sua baixa incidência, têm especial importância pela elevada morbilidade.

O AVC materno aumentou bastante a sua incidência nos últimos anos, estando associado a factores de risco como hipertensão arterial, pré-eclampsia ou eclampsia, dislipidemia, tabagismo, obesidade e idade materna avançada, quadros infecciosos ou estados de hipercoagulabilidade.

Caso clínico: Mulher, 35 anos, G2P2A0, gravidez sem intercorrências, sem outros ante-

cedentes de relevo. Na primeira semana de puerpério pós-cesariana electiva com raqui-anestesia, recorreu ao serviço de urgência (SU) por cefaleia de predomínio occipital, associado a náuseas e tonturas. À admissão apresentava pressão arterial (PA) de 161/83 mmHg, sem alterações ao exame neurológico. Por melhoria após analgesia e controlo tensional e por não apresentar sinais de alarme teve alta. Dias depois regressa ao SU por agravamento da cefaleia agora associadas a fotofobia e paresia facial central esquerda, fez tomografia computadorizada de crânio evidenciando “lesão hemorrágica aguda estriatocapsular direita, com 2,6 x1,8 cm, condicionando deformação do corno frontal adjacente”

A doente foi internada para controlo tensional e estudo etiológico de AVC no jovem que não revelou alterações. Em reavaliação imagiológica mostrou-se lesão em reabsorção.

Durante o internamento resolveu os défices apresentados à admissão, tendo tido alta medicada com anti-hipertensor.

Discussão: Com este caso pretende-se alertar para a patologia da grávida e puérpera na urgência.

O AVC é uma complicação pouco frequente mas grave que ocorre principalmente nas primeiras 6 semanas pós-parto.

A PA tende a aumentar nos 5 dias imediatos após o parto e o restabelecimento fisiológico da homeostasia hidrossalina demora cerca de 2 meses. Pelo que, é fundamental manter vigilância da PA no período pós-parto, mantendo PA sistólica <150mmHg e PA diastólica <100 mmHg.

O rápido reconhecimento dos fatores de risco associados ao período peri-parto e dos sinais de alerta da cefaleia (sintoma mais frequente nesta subpopulação), é imprescindível para uma rápida intervenção, reduzindo assim a morbimortalidade neste grupo.

PO 73

ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA: UM MOMENTO CSI

Inês Canha da Silva; Flávio Quadrado;
Susana Escária; Margarita Urquiola
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A alteração do estado de consciência (AEC) é um dos principais motivos de vinda ao Serviço de Urgência (SU), representando um desafio diagnóstico, pelas diferentes causas possíveis e por ser um sintoma dinâmico e inespecífico.

As causas mais comuns são: infecção sistémica (representando 31% dos casos), alterações metabólicas (21%), acidente vascular cerebral (18%), causa cardiogénica (7%), convulsão (7%), causa traumática (1%). Cerca de 6% das AEC, após estudo exaustivo, permanecem indeterminadas.

Caso clínico: Homem, 53 anos, trazido ao SU por alteração do estado de consciência, encontrado caído em casa, com escoriações na hemiface direita, sem hematomas ou hemorragia activa visível. À admissão, em Glasgow 4 (O1,V1,M2), normotenso, normocárdico, com boas saturações em ar ambiente, pupilas em midríase fixa, sem reflexos oculares e em descerebração. Procedeu-se a entubação orotraqueal para proteção da via aérea, tendo-se verificado a presença de hemorragia na orofaringe. Realizou-se tomografia computadorizada de crânio que evidenciou presença de projétil metálico alojado a nível contralateral na convexidade hemisférica esquerda, condicionando hematoma subdural direito, com desvio das estruturas da linha média, bem como desvio do tronco cerebral.

Admitiu-se possível porta de entrada do projétil na vertente posterior do teto etmoidal direito, possível ricochete na calote frontal parassagital homolateral e perfuração da foice. O caso foi discutido com neurocirurgia, que considerou prognóstico muito reservado,

tendo sido admitido na Unidade de Cuidados Intensivos. Ao fim de 48 horas foi declarada morte cerebral, tendo sido proposto para dador de órgãos.

Conclusões: Com a apresentação deste caso pretende-se alertar para o facto de que por vezes, apesar da realização de um exame objetivo detalhado, as lesões penetrantes podem passar despercebidas, atrasando a marcha diagnóstica e tratamento precoce.

Neste caso, uma vez que não é possível a colheita de história clínica, a avaliação do local poderia dar informações importantes para o estudo etiológico do caso.

PO 74

AQUI HÁ RATO

Alexandra Rodrigues; Dina Santos; Marcelo Aveiro;
Cátia Martins; Ana Patrícia Nunes; Nancy Faria;
Ana Paula Reis; Rui Machado; Teresa Faria
Hospital Central do Funchal

A leptospirose é uma zoonose causada por uma espiroqueta, mais frequentemente pela *Leptospira interrogans*, sendo reportados cerca de mais de 1 milhão de casos de infeção por ano. A transmissão ocorre após contacto com solos ou águas contaminadas com urina de rato, ou de outro mamífero, infetada. A maioria dos casos são assintomáticos ou ligeiros, mas a mortalidade pode atingir os 15%. Os sintomas iniciam-se 5 a 14 dias após a exposição e classificam-se em: leptospirose anictérica (que se apresenta em 2 fases) e ictérica (forma mais grave com envolvimento multissistémico e rapidamente progressivo). O diagnóstico definitivo é realizado através da pesquisa de RNA no sangue ou urina ou de serologias. O tratamento deve ser dirigido à sintomatologia apresentada e a escolha do antibiótico depende da gravidade da doença. Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, de 63 anos, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 e síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). Re-

correu ao serviço de urgência (SU) por febre, calafrios, mialgias e diarreia (3-4 dejeções líquidas/dia) com 6 dias de evolução e 1 episódio de vômito no dia de vinda ao SU. Negava outra sintomatologia. Estava medicado com ibuprofeno há 4 dias após observação no SU do Centro de Saúde da sua área. Ao exame objetivo a destacar: temperatura timpânica de 38.5°C; tensão arterial de 93/56 mmHg e frequência cardíaca de 82 bpm; pele e mucosas desidratadas e ictericas; e hepatomegalia à palpação abdominal. Analiticamente a realçar hemoglobina 12.7 g/dL, plaquetas 54000/ μ L, creatinina 6.58 mg/dL, ureia 194 mg/dL, GPT/GOT 186.5/225 U/L; GGT 156 U/L; LDH 330 U/L; bilirrubina total 4.24 mg/dL, bilirrubina direta 3.21 mg/dL, PCR 440.75 mg/L, CK 2542 U/L, Troponina T 0.120 ng/mL e NT-pro-BNP 27900 pg/mL.

Perante a clínica e as alterações analíticas, foi colocada a hipótese de leptospirose que foi considerada perante contexto epidemiológico (presença de ratos na sua fazenda). Foi iniciado empiricamente ceftriaxone (2g/dia). O resultado da biologia molecular para leptospira revelou-se positiva.

Por apresentar disfunção multiorgânica (hematológica, renal, hepática e cardiovascular), o doente manteve-se em vigilância no Serviço de Observação (SO) do SU até estabilização clínica. Posteriormente foi transferido para o serviço de Doenças Infecciosas. O internamento decorreu sem intercorrências, tendo alta ao 8º dia de antibioterapia e orientado para seguimento em consulta.

Este caso clínico retrata a necessidade de haver uma elevada suspeita para este diagnóstico e a importância da colheita de uma anamnese cuidada.

PO 76

QUANDO A ILÍACA INTERNA FICA FORA DE CONTROLO

Cláudia Sofia Ribeiro; Bruna Rodrigues Barbosa; Bruno Bonito; Francelino Ferreira; Martinho Fernandes; Ana Paula Pona
Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro

Introdução: Os aneurismas da artéria ilíaca interna, na maioria das vezes, são assintomáticos, mas podem apresentar dor abdominal, massa pulsátil no hipogástro ou na fossa ilíaca, sintomas compressivos urinários, gastrointestinais ou neurológicos. Podem ocasionar quadro de abdomen agudo, principalmente quando há ruptura do mesmo. **Caso clínico:** Homem, 72 anos, com antecedentes pessoais de Insuficiência renal crónica hemodialisado, HTA e dislipidemia. MH: carvedilol, AAS, pantoprazol, atorvastatina, apixabano.

Recorre ao SU por dor abdominal com uma semana de evolução e obstipação há 5 dias. Apresentava-se agitado. Ao exame objetivo a destacar abdómen globoso e distendido, com dor abdominal generalizada, não se palpando massas pulsáteis. Os pulsos femorais estavam presentes bilateralmente. À admissão com Hb de 9.1 g/dL.

Realizou-se angioTC que mostrou volumoso (6.8cm) aneurisma da artéria ilíaca interna direita com densidade hemática retroperitoneal adjacente ao aneurisma.

Foi assim intervencionado a aneurisma em rotura com embolização da artéria ilíaca interna direita e colocação de endoprótese.

Conclusão: O diagnóstico precoce dos aneurismas isolados de artéria ilíaca interna é incomum, sendo identificados quando mais volumosos ou aquando a sua ruptura, o que aumenta significativamente sua morbimortalidade e torna seu prognóstico mais reservado. Dessa forma, representam um desafio diagnóstico e terapêutico.

Clinicamente, a tríade clássica de ruptura de um aneurisma abdominal, composta por dor aguda e progressiva, hipotensão e massa pulsátil, está presente em 38 a 51% dos pacientes. A ruptura pode ser retroperitoneal ou intraperitoneal.

PO 77

CETOACIDOSE DIABÉTICA EUGLICÊMICA: UM DIAGNÓSTICO CAMUFLADO PELOS ISGLT2

Cláudia Sofia Ribeiro; Bruna Rodrigues Barbosa; Andreia Meseiro; Sofia Martins Ferreira; Francelino Ferreira; Martinho Fernandes; Ana Paula Pona

Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro

Introdução: A cetoacidose diabética euglicêmica é uma síndrome clínica que ocorre tanto na diabetes mellitus tipo 1 ou tipo 2 caracterizada por uma glicose sérica normal ou próxima do normal (<250 mg/dL) na presença de acidose metabólica severa (pH arterial inferior a 7.3, bicarbonato sérico inferior a 18 mEq/L) e cetonemia.

É uma complicação diabética pouco frequente associada a vários fatores de risco como jejum, cirurgia, gravidez e uso de inibidores SGLT2.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 46 anos, autônoma. Antecedentes pessoais de carcinoma da mama e DM tipo 2 diagnosticada há 1 mês. Medicação habitual: tamoxifeno, rivotril, empaglifozina associada a metformina, rosuvastatina associada a ezetemiba. Tinha tido internamento recente por Hipertrigliceridemia severa (4293 mg/dl) por toxicidade ao tamoxifeno.

Recorre ao SU por quadro de vômitos de conteúdo alimentar há 2 dias, e mais recentemente, raído de sangue, associado a tonturas e palidez cutânea. Nega febre, tosse, expetoração, dor torácica, diarreia e queixas urinárias.

Apresentava na gasimetria em ar ambiente acidemia metabólica (pH 7.27) com anion gap aumentado (25.4) e HCO₃ diminuído (14).

Analiticamente apresentava leucocitose (16500). Amilase e lipase normais e PCR 4 mg/L. Restantes análises sem alterações. Iniciou hidratação e anti-eméticos. Por suspeita de pancreatite, realizada TC abdominal sem alterações. Após um dia, apresentava uma glicemia de 147 mg/dL e mantinha uma acidemia metabólica. Mediu-se a cetonemia que apresentava um valor de 5.4.

Iniciou, portanto, tratamento para a cetoacidose diabética com perfusão de insulina e glicose em água a 5%.

Evolui favoravelmente, parando-se a perfusão de insulina após 2 dias. Iniciou insulina subcutânea de ação lenta.

Conclusão: O uso de inibidores SGLT2 na Diabetes Mellitus tipo 2 está associada a um aumento do risco de cetoacidose diabética. A cetoacidose diabética euglicêmica resulta da deficiência absoluta ou relativa de insulina, associada a um aumento de hormonas contrarreguladores (glucagon, cortisol, catecolaminas). A glicosúria renal contribui para níveis ainda mais baixos de glicose plasmática. A perda de glicose urinária cria um estado de privação de carboidratos e depleção de volume, aumentando o ratio glucagon/insulina, o que resulta num estado de desidratação grave e cetoacidose.

Nos doentes sob inibidores SGLT2, a ausência de hiperglicemia adia o reconhecimento da cetoacidose diabética, sendo assim o seu diagnóstico muitas vezes um desafio.

A cetonemia deve ser obtida em qualquer doente com náuseas, vômitos e mal-estar e que esteja sob inibidores SGLT2. Os mesmos devem ser parados caso se confirme acidose metabólica.

PO 78

QUANDO A VERTIGEM ESCONDE UM ALERTA VERMELHO: O IMPACTO DE UMA ANAMNESE MINUCIOSA

ISABEL VIANA NOVO; Filipa Guedes; Sofia Festa;
Adriana Almeida; Glória Gonçalves; Carla Melo
*Unidade Local de Saúde do Médio Ave - Unidade
Hospitalar de Famalicão*

Introdução: A hemorragia subaracnoideia (HSA) é uma emergência neurológica, cuja principal causa é a rutura de aneurisma, apresentando-se habitualmente por cefaleia súbita e intensa. O diagnóstico inicial é frequentemente feito por Tomografia Computorizada (TC) devido à sua rapidez e sensibilidade. Contudo, a Angiografia por Subtração Digital (DSA) é o exame mais específico que permite a avaliação detalhada da etiologia, bem como possibilita a intervenção endovascular.

Caso clínico: Mulher de 57 anos, com antecedentes de vertigem posicional paroxística benigna com agudizações recentes e poliartralgias em estudo, foi admitida no Serviço de Urgência (SU) por cefaleia, vertigens e náuseas com 2 horas de evolução, sem história de trauma. Encontrava-se hemodinamicamente estável, com nistagmo horizontal à esquerda e desconforto cervical, desvalorizado pela doente devido à sua patologia articular crónica, sem sinais de meníngeos evidentes. Sem alterações nos restantes exames complementares.

Iniciou analgesia e antiemético e, após alívio significativo, a paciente relatou ter sido exposta a um stress emocional recente e episódio de vômito. Foi realizada uma Angiografia por TC Cranioencefálica (Angio-TC CE), que revelou uma HSA difusa aguda, infra e supratentorial, cisternal e sulcal, bilateral, sem aspetos sugestivos de aneurismas ou lesões malformativas. A doente efetuou uma DSA para excluir causas subjacentes. Iniciou tratamento com nimodipina como modificador de prognóstico e manteve vigilância clínica com Ecodopplers CE e TC para avaliar a reabsorção progressiva do conteúdo hemático. Realizou 2 Angiografias de controlo e uma Angio-Ressonância CE e cervical, que excluíram aneurismas, vasoespasmos, shunts arteriovenosos e lesões secundárias. O diagnóstico final foi HSA não traumática idiopática. À alta, a paciente estava estável e assintomática, com orientação para consulta externa de Neurologia.

Conclusões: Este caso sublinha a importância de uma anamnese e exame físico detalhados, assim como um sentido crítico rigoroso, em situações de urgência. A HSA apresenta um prognóstico reservado, com elevada mortalidade nos primeiros 30 dias e risco significativo de complicações. Um diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para melhorar o prognóstico clínico, reduzir a mortalidade e minimizar sequelas neurológicas. O follow-up é crucial para monitorizar complicações tardias e garantir uma reabilitação adequada.

PO 79

UMA CAUSA INCOMUM DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NUM JOVEM: LACERAÇÃO DE MALLORY-WEISS – À PROPÓSITO DUM CASO CLÍNICO

Carlos Morido Nancassa; Adelaide Figueiredo;
Tetiana Baiherych; Viktor Baiherych
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A Laceração de Mallory Weiss (LMW) é responsável por 1 a 15% das causas de hemorragia digestiva alta (HDA) em adultos. Caracteriza-se por ruptura ou laceração longitudinais da mucosa de junção esofagogastrica, geralmente precipitadas por vômitos de repetição. A hemorragia é frequentemente autolimitada, cessando espontaneamente, em aproximadamente 80 - 90% dos casos, sendo a manifestação principal é a hematêmese. Acomete principalmente homens, idade entre 40-60 anos, com histórico de ingestão excessiva de álcool e outros fatores de risco. Acredita-se que a laceração se deve a aumento súbito de pressão intra-esofágica e intra-abdominal, transmitida à junção gastrosesofágica, causando a lesão da mucosa com envolvimento do plexo venoso ou arterial esofágico adjacente. A abordagem conservadora é suficiente para a maioria dos doentes, exceto situações de hemorragia ativa, com necessidades diferentes técnicas endoscópicas. A LMW raramente se justifica uma cirurgia ou embolização por cateter dum vaso.

Caso clínico: Homem, 23 anos, caucasiano, sem antecedentes pessoais prévios e sem terapêutica de ambulatório. Admitido no serviço de urgência (SU) por quadro inicial de melena e lipotimia, iniciado há 24 horas, após consumo excessivo de álcool no dia anterior.

À observação apresentava hipotensão, taquicárdico, pálido, toque retal com sangue digerido.

Análiticamente salientava hemoglobina (Hb) de 12g/dL e reticulocitose de 3%. Durante a permanência no SU desenvolveu episódios de hematêseses, com queda de 6 g/dL de Hb; AngioTC abdominopélvica sem alterações. Nesse contexto, admitiu-se HDA, iniciou bolus 80 mg, seguida de perfusão 8 mg/h de esomeprazol, transfusão de 2 UCE, 2g de fibrinogênio e sonda nasogástrica com drenagem passiva de sangue vivo. Após a estabilização do doente, fez eritromicina 250 mg ev, procedeu-se a realização da endoscopia digestiva alta urgente que evidencia no cardia, laceração profunda ao longo da pequena curvatura, coágulo aderente e foco de hemorragia de baixo débito. Fez a remoção de coágulo e aplicação de 3 clips TTS 11mm na zona de laceração, com resolução de hemorragia ativa. Admitido HDA por Lesão de Mallory-Weiss. O internamento decorreu sem intercorrências, doente teve alta para domicílio.

Conclusões: O diagnóstico de LMW de ser considerado nos doentes com hematêmese, com histórico de ingestão excessiva de álcool, vômitos e outros fatores de risco. Portanto, a anamnese detalhada do doente nesse caso é vital na determinação de eventual causa precipitante de hemorragia digestiva alta. Embora, LMW cursa com sangramento autolimitado, pode apresentar quadros com risco potencial de vida ou com desfecho fatal. Daí há importância de diagnóstico e tratamento de suporte precoce por clínicos de emergência antes do tratamento endoscópico. O nosso trabalho visa reforçar a consideração dessa entidade no diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva alta.

DIFERENTE DO HABITUAL: UMA VARICELA VASCULITE-LIKE

Carolina Freitas Henriques; Elisa Caldeira;
Rui Fernandes; Rubina Miranda; Teresa Faria
Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: O vírus Varicella-zoster (VZ) provoca dois tipos de doença, a varicela (VRC) que se trata da infeção primária e o herpes zóster (conhecida zona) que consiste na reativação endógena do VZ. A VRC, é caracterizada por rash vesicular com distribuição céfalo-caudal e lesões em diferentes estádios de desenvolvimento (mácula, pápula, vesícula, pústula e crosta). Geralmente, surge de forma benigna e autolimitada nas crianças, ao contrário dos adultos e nos doentes imunossuprimidos, que apresentam a doença com maior gravidade e consequentemente, mortalidade superior. Nos adultos, poderá associar-se a meningoencefalite, hepatite e pneumonia, que constituem manifestações raras e sérias da doença.

Caso clínico: Homem, 37 anos, saudável, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por febre, odinofagia e exantema vesicular, eritematoso, não pruriginoso ou doloroso, com progressão cefalo-caudal com 2 dias de evolução. Negou outra sintomatologia e contexto epidemiológico. À observação, encontrava-se: GCS 15, febril TT 38,9°C, PA 135/78 mmHg, FC 103 bpm. Eupneico SpO2 98%. Auscultação car-

diopulmonar sem alterações. A nível cutâneo, lesões vesiculares, muito eritematosas, purpúricas, com distribuição dispersa (cabeça, face, tronco e membros), com envolvimento das palmas, plantas e região genital, onde se individualizava lesões vasculíticas com algumas vesículas de conteúdo hemorrágico e placas eritematosas. Ausência de pústulas, crostas ou lesões de coceira. Sem dor à palpação. Análises com leucócitos 23000 u/L, neutrofilia 80%, velocidade de sedimentação de 50 mm, aspartato aminotransferase 70 U/L, alanina aminotransferase 85 U/L, PCR 152 mg/dL. Do estudo etiológico: vírus Epstein-Barh e vírus Herpes-simplex (IgG positivo e IgM negativo), Ac/Ag VIH 1 e 2 negativos, Ac treponémicos e VDRL negativos, anticorpos antinucleares e anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos negativos. Foi colhido líquido de conteúdo vesicular para pesquisa de biologia molecular de VZ e vírus Herpes-simplex. O doente foi medicado empiricamente com Valaciclovir 1000g durante 7 dias. Foi reavaliado ao 5º dia de terapêutica antiviral, com melhoria franca das lesões cutâneas e com descida dos parâmetros inflamatórios. A zaragatoa da lesão vesicular foi positiva para VZ pelo que foi assumido o diagnóstico de VRC.

Conclusão: A VRC é rara no adulto e quando surge, apresenta maior gravidade clínica, pelo que o início do tratamento adequado e vigilância das possíveis complicações, a fim de diminuir a mortalidade é crucial. Assim, os autores pretendem salientar a importância do diagnóstico diferencial realizado no SU e o impacto que, quando bem realizado, poderá ter no desfecho de diversas patologias. Este caso retrata uma varicela com lesões cutâneas atípicas, de características purpúricas, vasculíticas-like, assintomáticas, num doente sem contexto epidemiológico, com índice de suspeição baixo para VRC.

PO 81

COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA COM PURPURA FULMINANS – UMA COMPLICAÇÃO POTENCIALMENTE FATAL

Pedro Alexandre Lopes; Bárbara Paracana;
Rita Figueira; Joana Melo; Jéssica Krowicki; Mariana
Sousa

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

Introdução: A coagulação intravascular disseminada (CID) corresponde a uma ativação massiva da cascata da coagulação de forma sistêmica, com formação de coágulos intravasculares e fibrinólise a ritmo elevado, levando frequentemente a disfunção multiorgânica. Tem como principais precipitantes a sépsis, neoplasias malignas, trauma, complicações obstétricas, entre outras. Raramente, a CID pode levar a necrose cutânea hemorrágica, muitas vezes associada a deficiência de proteína C, apresentando-se como purpura fulminans.

Caso clínico: M.C.M.P., sexo feminino, 81 anos, recorreu ao SU por poliaquiúria, dor infracostal direita e equimoses extensas nos membros inferiores, com um dia de evolução. Apresentava-se febril (TT 38.3°C), normotensa e normocárdica, eupneica em ar, com palidez mucocutânea, auscultação cardiopulmonar inocente, abdómen indolor e hematomas coalescentes nos membros inferiores, purpúricos, sem hemorragia, alguns com >10cm de diâmetro.

Analiticamente sem anemia nem disfunção renal, trombocitopenia (21x10⁹/L), coagulopatia (PT +7.5s; INR 1.8), hipofibrinogenemia (44 mg/dL), elevação de D-Dímeros, hiperbilirrubinemia mista de predomínio indireta e subida de parâmetros inflamatórios (PCR 14.39 mg/dL; PCT 0.26 ng/mL), com leucocitose e neutrofilia, assim como leucoeritrocitúria.

Na ausência de outro foco infeccioso na revisão por aparelhos e sistemas e nos exames

imagiológicos efetuados, iniciou antibioterapia empírica com Ceftriaxone 2g após colheita de urocultura e hemoculturas, tendo sido posteriormente escalada para Piperacilina/Tazobactam.

O score PLASMIC para púrpura trombocitopénica trombótica pontuou baixo risco (5), enquanto o score CID pontuou alto risco (8). Perante a alta probabilidade do diagnóstico de CID – realizou 1 pool de plaquetas + 2g de fibrinogénio + 3U de plasma fresco congelado. O caso foi discutido com colegas da Medicina Intensiva, que consideraram não haver indicação para internamento em cama crítica, dado ausência de necessidade de técnicas avançadas de suporte de órgão e status de fragilidade da doente.

No internamento, realizou nova transfusão com 2g de fibrinogénio, + 2U plasma fresco + 2U glóbulos vermelhos. No entanto, apresentou anemia em agravamento, trombocitopenia refratária e disfunção renal crescente, evoluindo em sépsis com perfil hipotensivo, oligoanúria e afundamento do estado de consciência. Privilegiaram-se medidas de conforto em fim de vida, sendo objetivado o óbito a D4 de internamento.

Conclusões:

A CID é uma patologia com elevada mortalidade, sendo que a sua identificação precoce (com recurso a scores validados) é essencial. A purpura fulminans é uma manifestação exuberante, mas rara, desta patologia. O tratamento é essencialmente de suporte, além do dirigido à causa precipitante.

O CASO DE UM RAPAZ QUE NÃO CRESCER

Elisa Caldeira; Carolina Freitas Henriques;
Sofia Almada; Sara Gomes; Sofia Silva;
Maria da Luz Brazão; Teresa Faria
Hospital Central do Funchal

O hipopituitarismo corresponde à secreção diminuída de hormonas hipofisárias, podendo resultar de patologia da hipófise ou do hipotálamo. Os doentes podem ser assintomáticos, apresentar sintomas relacionados com o/os défice/s hormonal/ais ou sintomas inespecíficos como a fadiga. As principais causas de hipopituitarismo são não tumorais, os tumores da hipófise e os tumores extra hipofisários.

Doente do sexo masculino, de 20 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos, recorreu ao serviço de urgência por episódio de lipotímia, em ortostatismo, após exposição solar prolongada. Apresentou pródromos de náuseas e tonturas, aos quais se seguiu um período de “tremores generalizados” sic durante cerca de dois minutos. A mãe, que o estava a acompanhar, nega perda de consciência, incontinência de esfíncteres, mordedura da língua ou traumatismo.

Objetivamente, apresentava idade aparente muito inferior à idade real (imagem em anexo), emagrecido, pálido e com mucosas desidratadas, ausência de pêlos faciais, sem alterações ao exame neurológico. Estava hipotenso (80/59mmHg), normocárdico (92bpm), euglicémico (110mg/dL) e apirético (TT 36.3°). Das análises pedidas na urgência, destacavam-se uma hemoglobina de 10.7 g/dL e CK 214.

Foi pedida tomografia computadorizada crânioencefálica que mostrou “lesão quística com sinal sobreponível ao LCR e ligeiras calcificações periféricas, com topografia selar e supra-selar, com maiores eixos de cerca de 27mm” admitindo-se provável contacto

com o quiasma, colocando como principal hipótese diagnóstica um crânio-faringioma. Foram, desde logo, contactadas a neurocirurgia e a endocrinologia, com as quais o doente manteve seguimento. Posteriormente, já em contexto de consulta, o doente realizou análises que mostraram discreto hipotiroidismo, deficiência grave de testosterona, défice no metabolismo ósseo e ainda défice acentuado no cortisol matinal e na ACTH. Atualmente, encontra-se a realizar suplementação hormonal e aguarda cirurgia.

Os craniofaringiomas são tumores raros, sólidos ou mistos, com origem em células remanescentes da bolsa de Rathke. Constituem aproximadamente 1-3% de todos os tumores cerebrais, sendo tumores mais frequentes nas crianças. Apresenta uma distribuição bimodal, com um pico entre os 5-14 anos e outro entre os 50-75 anos. Geralmente têm origem na haste pituitária, na região supra-selar ou dentro da sela turca. Em avaliação posterior deste doente, apurou-se ausência de desenvolvimento pubertário e história de dificuldades cognitivas e de aprendizagem desde cedo.

PO 83**PERSEGUIDA PELO TRAMADOL**

RITA XAVIER; Núria Fonseca; Filipa Guedes;
Isabel Vinhas; Carla Peixoto; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Apresenta-se o caso de uma doente do género feminino de 66 anos e autónoma nas atividades de vida diárias. De antecedentes de relevo, a destacar epilepsia de diagnóstico antigo, medicada com Levetiracetam 1g 2 vezes por dia. Uma semana antes do episódio atual com avaliação médica em contexto de Serviço de Urgência (SU) por queda no domicílio com suspeita de crise convulsiva e diagnosticada com fratura do ombro para tratamento cirúrgico, tendo tido alta sob tramadol

+ dexcetoprofeno 75mg+25mg 12h/12h.

Recorre ao SU por quadro confusional com 24h de evolução, com discurso desorientado e amnésia para acontecimentos recentes. À admissão encontrava-se vigil, orientada no tempo, espaço e pessoa e colaborante, embora com discurso por vezes repetitivo. Objetivamente, normotensa e normocárdica e com exame neurológico sem alterações. Durante a permanência no SU, evolução com delírio persecutório em relação às pessoas e objetos do espaço envolvente.

Realizado estudo complementar com estudo analítico normal, excluindo infeção e défice metabólico, pesquisa de drogas de abuso negativa e AngioTC CE e troncos supra-aórticos sem alterações. Nesse sentido foi discutido o caso com Psiquiatria e Neurologia, tendo-se decidido pela suspensão do tramadol e realização de punção lombar para exclusão definitiva de infeção do Sistema Nervoso Central que não revelou alterações de relevo.

A doente foi internada para vigilância e reavaliação. RM-CE sem alterações que justificassem o quadro. Permaneceu internada por 5 dias, tendo realizado correção cirúrgica da fratura, estável do ponto de vista comportamental desde as primeiras 48h sem administração de tramadol.

PO 84

DO SINTOMA À DESCOBERTA: MAIS DO QUE UMA CEFALEIA

RITA XAVIER; Sílvia Oliveira; Margarida Arantes Silva; Lara Maia; Carla Peixoto; Mário Esteves

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

Apresenta-se o caso de um jovem de 28 anos, do género masculino e nacionalidade brasileira, avaliado no Serviço de Urgência (SU) onde recorre por cefaleia. Trata-se de um doente sem antecedentes pessoais conhecidos ou medicação habitual.

Avaliado na 3ª vinda ao SU num período de

10 dias por cefaleia. Referia cefaleia intensa, de predomínio frontal com fotofobia e febre intermitente segundo o próprio. Multimediado nas avaliações médicas prévias, sem qualquer melhoria. Associadamente, quadro de náuseas e vômitos, sem outra clínica focalizadora. Epidemiologicamente, relações sexuais homossexuais desprotegidas. Negou consumo de drogas e viagens recentes para fora da Europa. Vive numa moradia em Famalicão, com saneamento básico, sem contacto com animais.

Objetivamente, normotenso e apirético de forma sustentada, com múltiplos episódios de vômito. Exame neurológico sem alterações de relevo. Sinais meníngeos negativos. Permaneceu no SU sem resolução das queixas apesar da terapêutica instituída.

Do estudo realizado, analiticamente com leucocitose de 16000/mcl, com neutrofilia e linfocitose, sem outras alterações nomeadamente elevação da PCR. Realizou TC-CE sem alterações. Pedidas serologias víricas para despiste de diagnósticos diferenciais, com positividade para VIH em título elevado após teste confirmatório.

Foi contactada a Infeciologia e transferido o doente após aceitação por VIH inaugural.

Pretende-se com este caso demonstrar a importância da avaliação detalhada do doente como um todo, atendendo nomeadamente ao contexto epidemiológico e ao passado recente em termos de estado de saúde, o que nos permitiu diagnosticar uma infeção inaugural com apresentação grave e orientação adequada da forma mais precoce possível.

PO 85

UM SOM QUE NÃO PODEMOS ESQUECER

Sandra Sepúlveda; Monica Pereira;
Catarina Serafim; Pedro Costa
ULSBA Baixo Alentejo

Introdução: O estridor é causado por algum tipo de obstrução parcial das vias aéreas respiratórias, como a laringe, a faringe e o esôfago. Por serem estruturas corporais bastante delicadas, o estridor costuma ser um sinal de alerta.

Caso clínico: Temos o caso de um doente de 84 anos, sexo masculino, autónomo, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica, apneia do sono, hipertensão, nódulos tiroideos e fibrilhação auricular.

Admitido na urgência por queixas de dispneia, com agravamento nos 8 dias anteriores. A avaliação apresentava diminuição global do murmúrio vesicular com roncocal e sibilos dispersos. Massa cervical esquerda com desvio das estruturas. Realizada terapêutica médica com broncodilatadores, com discreta melhoria. Foi realizada gasimetria com resultado de acidemia respiratória com pH 7.295, pCO₂ 67.4, pO₂ 92.4, lac 0.5, HCO₃ 28.2, e iniciou ventilação não invasiva com má adaptação a mesma. Da restante avaliação estava-se creatinina 2.42 mg/dl, ureia 129 mg/dl, ionograma Na 128 mmol/L, K 3.74 mmol/L, Cl 90.5 mmol/L, Mg 2.3 mg/dl, PCR 2.8 mg/dl, Pro-BNP 3333 mcg/ml. Analiticamente sem sinais de infeção

Durante a permanência no serviço de urgência, evolução para estridor, sem evidência de broncoespasmo. Pedido avaliação urgente pela otorrino, com visualização de edema e obstrução supraglótica, motivando realização de traqueostomia de urgência para proteção da via aérea no bloco operatório. Procedimento difícil, inicialmente entubação orotraqueal com tubo orotraqueal 5 e posteriormente também foi só possível introduzir traqueostomia com cânula número 6, após tentativa com 7 e 8.

Posteriormente doente transferido para o serviço de Medicina Intensiva para manter ventilação mecânica, sem requerimento de aminas. Realizadas biópsias que aguarda Realizou tac do pescoço com espessamento de tecidos moles da região faríngea alta, com obliteração da via aérea nos planos retroglossal e retropalatal, mas sem nodularidades relevantes que indiquem a presença de lesão tumoral com expressão por este método imagiológico, visualizam volumosos nódulos tireoideus bilaterais condicionando leve moldagem da traqueia e das estruturas faríngeas, estendendo-se ainda à região retrofaríngea, moldando a hipofaringe.

Em resumo temos um quadro obstrutivo da via aérea resolvida após traqueostomia. Sob esquema de corticoide perante o edema das estruturas supraglóticas sem presunção de infeção

Conclusão: O tratamento do estridor vai depender do que está causando a condição. Em alguns casos, é possível fazer um diagnóstico ao realizar exames como a endoscopia nasal e as vias aéreas, que permite descobrir algumas das causas do estridor. Outros casos, como o nosso em que o estridor é causado por processos inflamatórios das vias aéreas, temos que realizar tratamento com corticoide.

PO 86

OCCLUSÃO BILATERAL DA ARTÉRIA CARÓTICA COMUM – UM CASO RARO DE AVC

Ana Rita Freire; Bruna Cordeiro; Luís Duarte;
Nádia Santos; Patrícia Fernandes;
Adriana Santos Silva; Renato Saraiva
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: Em doentes com acidente vascular cerebral (AVC), estima-se que a incidência de oclusão da artéria carótida comum (ACC) seja de 1 a 5%. Na prática clínica, a oclusão unilateral da ACC representa menos de 1% dos casos, sendo a oclusão bilateral ainda

mais rara, com pouquíssimos casos reportados.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 86 anos de idade com antecedentes de fibrilação auricular e dislipidemia, medicada com apixabano 2.5mg 2id e atorvastatina 20mg id.

Deu entrada no serviço de urgência (SU) por disartria e diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo.

Realizou tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica (CE) que salientava ausência de alterações densitométricas “de novo” do parênquima encefálico, atribuíveis a lesões de natureza isquêmica aguda e ausência de componentes hemáticos. Apresentava calcificação ateromatosa de ambos os sífões carotídeos.

Com recuperação dos défices durante a permanência no SU, teve alta para o domicílio.

Passados dois meses, regressa ao SU em coma, Escala de Coma de Glasgow 4 (Ocular 1, Verbal 1, Motor 2).

A TC CE revelou enfarte cortico-subcortical parietal esquerdo com ligeira extensão têmporo-occipital sequelar, ausência de lesões isquêmicas agudas e calcificações ateromatosas murais dos sífões carotídeos e das artérias vertebrais. A angiotomografia (angioTC) demonstrou uma oclusão das carótidas comuns logo após a sua origem, com consequente oclusão das carótidas internas, existindo apenas algum preenchimento distal das carótidas internas, por via retrógrada, graças ao eficaz funcionamento do polígono de Willis, sendo a perfusão cerebral garantida exclusivamente pelas artérias vertebrais, com estenose do terço médio da artéria basilar, associada a placa ateromatosa.

A doente acabou por falecer, sem que fosse possível realizar terapêutica de reperfusão.

Discussão: No SU, a rapidez do raciocínio clínico e tomada de decisão é fundamental na determinação do prognóstico do doente e, no

AVC com oclusão bilateral da ACC, representa um desafio.

A circulação colateral na oclusão bilateral da ACC é realizada por anastomose carotídea/ oftálmica e/ou preenchimento da artéria cerebral média pelos segmentos anteriores do polígono de Willis (completo em apenas 15 a 45% dos doentes).

A oclusão bilateral crônica é abordada com tratamento médico e revascularização cirúrgica aberta ou endovascular, procedimento técnico com sucesso e boa evolução clínica. No entanto, em caso de AVC agudo não há casos notificados. Geralmente associado a mau prognóstico, a sobrevida diminui significativamente após o primeiro AVC isquêmico.

PO 87

ENTRE A PNEUMONIA E A CRISE DA SUPRA-RENAL

Francisco M. M. Pinheiro; Rosário Calado; Matilde Teles; Ana Luísa Azevedo;

Maria Isabel Apolinário; Guilherme Castro Gomes
Hospital de Braga

Introdução: A crise da supra-renal é uma emergência médica que pode ser desencadeada por stress, como infeções graves, e agravar-se na ausência de tratamento adequado. Em doentes com história de cirurgia hipofisária para tratamento de Cushing ACTH-

-dependente, o diagnóstico pode ser dificultado pela ausência de informação clínica e medicamentosa completa. Este caso demonstra a complexidade no diagnóstico de uma crise supra-renal num contexto de pneumonia.

Caso clínico: Mulher de 62 anos, recém-chegada da Suíça, admitida no serviço de urgência com vômitos, dispneia e síncope. Ao exame físico, também se apresentava desidratada, com hiperpigmentação cutânea nas palmas das mãos e mucosas, hipotensão e febre. A doente não tinha história médica acessível, nem a medicação habitual identificada. Nas análises iniciais apresentava

aumento dos parâmetros inflamatórios e antígeno urinário para *Pneumococo* positivo. O Raio X mostrava sinais de pneumonia, com condensações bilaterais. Foi então diagnosticada com pneumonia pneumocócica e uma possível insuficiência da supra-renal. A avaliação laboratorial posterior mostrou ACTH de 54,30 pg/mL (normal: 10-60 pg/mL) e cortisol matinal de 13,55 µg/dL (normal: >18 µg/dL). Durante o internamento, foi possível aceder aos antecedentes pessoais da doente, que revelaram duas cirurgias hipofisárias prévias por Cushing ACTH-dependente, sem adenoma identificado na histologia. Estava em tratamento com osilodrostat, um inibidor da síntese de cortisol, por continuar a apresentar hipercortisolismo pós-cirúrgico. Iniciou tratamento para a pneumonia e foi reajustado o tratamento endócrino, com boa evolução.

Conclusão: Este caso sublinha os desafios de diagnosticar uma crise da supra-renal quando o histórico médico é incompleto, especialmente em doentes com antecedentes complexos como o síndrome de Cushing ACTH-dependente. A pneumonia foi o fator descompensador, agravando o quadro de insuficiência da supra-renal numa doente já a fazer terapêutica inibidora da síntese do cortisol.

PO 88

UM CASO DE PARVOVIROSE DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA – UMA ENTIDADE EMERGENTE

Pedro Alexandre Lopes; Bárbara Paracana; Rita Figueira; Joana Melo; Jéssica Krowicki; Mariana Sousa
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: O Parvovirus B19 está associada a várias síndromes clínicas como eritema infeccioso, crises aplásicas transitórias e hidrúpsia fetal. Em adultos imunocompetentes, geralmente apresenta-se como um quadro gripal transitório. A 5 de Junho de 2024 o

ECDC alertou para um aumento dos internamentos com diagnóstico de infeção por Parvovirus B19.

Caso clínico: A.J.L.F., homem de 56 anos, recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de 1 semana de evolução de astenia, odinofagia, dor abdominal intensa, artralgias periféricas e picos febris recorrentes, assim como surgimento de exantema inicialmente maculopapular de predomínio torácico, com progressão rápida para eritrodermia generalizada, não pruriginosa, poupando palmas e plantas. O doente referiu que tinha um neto que teria ficado doente na semana anterior e que o filho encontrava-se também com quadro gripal. Teria recorrido a SU particular 4 dias antes, onde realizou estudo analítico a mostrar PCR 4.03 mg/dL e TC abdominal a destacar apenas achado de paniculite mesentérica. Foi medicado com Ciprofloxacina 500mg e Metronidazol 250mg.

À avaliação no SU encontrava-se normotenso e normocárdico, eupneico em ar e febril (TT 38.2°C). Apresentava eritema orofaríngeo, ausência de adenomegalias palpáveis, auscultação cardiopulmonar normal, eritrodermia difusa que branqueava à digitopressão, sem lesões cutâneas associadas, assim como ligeiro edema e dor à palpação do dorso das mãos e articulações tibiotársicas.

Analiticamente mantinha subida discreta de PCR (3.68 mg/dL), ligeira linfopenia, sem eosinofilia, esfregaço de sangue periférico com linfócitos reactivos e elevação das aminotransferases (AST 210, ALT 212 U/L). Dado o contexto epidemiológico do doente e atual, foram pedidas serologias víricas hepatotrópicas, com IgM Parvovirus B19 positivo e IgG negativa. Realizou ecografia abdominal sem alterações. Foi assumido diagnóstico mais provável de parvovirose em doente imunocompetente, não destacando a possibilidade de eritrodermia e DILI à antibióterápia previamente instituída.

Foi internado sob terapêutica de suporte, com resolução do quadro clínico e alta para o domicílio, com seguimento posterior em consulta externa de Medicina Interna, onde se objetivou seroconversão para IgG positivo.

Conclusão: O parvovirus B19 é responsável por uma variedade de síndromes, alguns deles atípicos. Dado o contexto epidemiológico atual, com o aumento do número de internamentos com este diagnóstico, pode ser útil o despiste desta infecção perante quadros febris inespecíficos com tropismo hepático. O tratamento é essencialmente de suporte.

PO 89

ENTRE O CORAÇÃO E O CÓLON: O INIMIGO OCULTO POR TRÁS DE UM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Ana Margarida Arantes Silva¹;

Carla Oliveira Ferreira²; Filipe Silva Vilela²;

Flávia Freitas³; Adriana Basílio¹; Isabel Novo¹;

Sílvia Oliveira¹; Renato Maia Nogueira¹

¹Centro Hospitalar do Médio Ave

²Hospital de Braga

³Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

O enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento ST confirma uma entidade nosológica caracterizada clinicamente por dor torácica intensa, com necessidade emergente de revascularização.

Apresenta-se um doente do sexo masculino de 63 anos, autónomo, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 controlada, hipertensão arterial, excesso de peso e portador de válvula aórtica mecânica desde 2020 em contexto de bicuspidia aórtica com estenose aórtica severa. Recorreu ao serviço de urgência por dor torácica retroesternal intensa com irradiação para cotovelo esquerdo, associada a hipersudorese com cerca de 2 horas de evolução. Realizou eletrocardiograma com supradesnivelamento do segmento ST na parede posterior. Submetido a cateterismo cardíaco emergente com evidência

de oclusão da artéria circunflexa proximal, aquando da colocação de stent com embolização de trombo para artéria descendente anterior primeira diagonal com necessidade de dilatação com balão. Durante o procedimento hipotenso e com necessidade de introdução de terapêutica vasopressora. Posteriormente, verificado analiticamente aumento dos marcadores de necrose miocárdica (inicialmente negativos) e dos parâmetros inflamatórios. Com anamnese mais cuidada, noção de vômitos, náuseas e ebre com cerca de 1 mês de evolução que o doente foi desvalorizando. Realizadas hemoculturas com evidência de *Streptococcus Infantarius* e ecocardiograma com evidência imagem móvel hiperdensa de reduzidas dimensões e imagem amorfa hipodensa ao nível do disco anterior da prótese valvular. Assumido portanto diagnóstico de endocardite infecciosa e cumprido ciclo de antibioterapia com penicilina (segundo teste de sensibilidade antimicrobiana). Pelo agente do grupo bovis realizada colonoscopia com evidência de lesão polipoide no colon ascendente (aguarda anatomia patológica).

A endocardite infecciosa trata-se de um processo infeccioso do endocárdio como acometimento de pelo menos uma válvula cardíaca e/ou endocárdio mural. Ainda que o microorganismo causador e a apresentação clínica possam tender para um pior prognóstico, são muitas vezes as complicações locais ou embólicas que ditam o desfecho da situação clínica. Salienta-se a importância deste caso clínico e a necessidade quer pela consciencialização para esta infecção grave quer para as suas complicações e fatores de risco.

PO 90

AVC EM IDADE JOVEM: UM CASO DE FORAMEN OVAL PATENTE

Ana Margarida Arantes Silva;
Alexandra Silva Azevedo; Glória Gonçalves;
Rita S Xavier; Núria Condé Pinto; Isabel Vinhas;
Renato Maia Nogueira; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave

Ainda que na maioria dos doentes seja assintomático e não apresente riscos de vida, o foramen oval patente (FOP) pode provocar shunt direito-esquerdo intracardíaco e causar acidente vascular cerebral (AVC) devido a uma migração paradoxal de trombos.

Apresenta-se uma doente de 27 anos, autônoma e cognitivamente íntegra, com antecedente pessoal de excesso de peso, sem outras comorbilidades, medicada com anti-concepcional oral. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de cefaleia hemicraneana esquerda intensa, associada a parestesias do membro superior direito com cerca de 15 dias de evolução. Negava foto ou fonofobia, náuseas, vômitos ou queixas de outros fotos. À admissão no SU encontrava-se ansiosa, taquicárdica, ainda que normotensa. Do exame físico destacava-se uma hipostesia no membro superior direito, sem outros défices no exame neurológico (NHSS 1). Analiticamente sem alterações, foi realizada tomografia craneo-encefálica com estudo angiográfico que revelou “lesão isquémica cerebelosa inferior esquerda, em território da artéria cerebelar posterior inferior (PICA) esquerda”. Apesar de instituída analgesia, manutenção de cefaleia importante pelo que, atendendo à idade da doente e à manutenção das queixas, foi internada na Unidade AVC para continuação de cuidados e estudo. Durante a permanência no internamento com resolução da cefaleia e melhoria do défice sensitivo. Do estudo realizado destaca-se ressonância magnética a comprovar lesão isquémica em território de

PICA esquerda, sem restrição no estudo de difusão; estudo imunológico e autoimune negativos; holter de 24h sem alterações e ecocardiograma transesofágico com evidência de “foramen oval patente, com passagem de quantidade moderada de bolhas da aurícula direita para aurícula esquerda após injeção de soro agitado em veia de antebraço, sob manobra de Valsava modificada”. Ainda que assintomática, foi realizada ecografia com estudo de doppler dos membros inferiores com “trombo endoluminal nas veias solares profundas da perna direita”. Assim, atendendo ao diagnóstico de trombose venosa profunda com AVC isquémico por FOP, foi iniciada hipocoagulação. À data de alta, sem défices neurológicos, foi orientada para consulta externa de Neurologia e de Cardiologia, para eventual encerramento de comunicação, que aguarda. A importância deste caso clínico prende-se com a necessidade do reconhecimento do FOP como etiologia a ser excluída em doente com AVC em idade jovem.

PO 91

ADEQUAÇÃO DOS PEDIDOS DE TROPONINA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Luís Cotrim; António Carvalho; Pedro Custódio;
Carlos Mendonça
Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: A troponina cardíaca (preferencialmente a troponina cardíaca de alta sensibilidade) desempenha um papel central na avaliação de doentes com suspeita de síndrome coronária aguda (SCA) em qualquer Serviço de Urgência (SU). No entanto, a prática clínica diária e vários estudos sugerem que este biomarcador cardíaco está a ser pedido de forma inadequada, levando ao sobrediagnóstico e custos financeiros evitáveis.

Objetivo: Analisar a adequação dos pedidos de Troponina I num Serviço de Urgência de um Hospital português.

Métodos: Realizou-se um estudo observa-

cional retrospectivo das admissões no Serviço de Urgência durante 8 dias consecutivos, em fevereiro de 2023. Foram incluídos no estudo os doentes com requisição da análise de Troponina I. Definiram-se como critérios de pedido adequado de Troponina I: dor torácica, equivalentes anginosos (dispneia, epigastria, dor irradiada no braço esquerdo ou direito/pescoço/dorso/mandíbula) e síncope com características de alto risco. Procedeu-se também à análise se, na mesma observação médica, foi realizada ou não a requisição de eletrocardiograma (ECG). Definiu-se como outcome primário, a proporção de doentes com pedido de Troponina I que cumpriam os critérios de adequação. Os outcomes secundários incluíram a proporção de doentes com pedido de Troponina I sem requisição de ECG, diagnósticos de SCA e a estimativa de custos financeiros anuais evitáveis no SU em estudo.

Resultados: Registaram-se 2367 admissões no SU durante o estudo, tendo sido incluídos 425 doentes com pedido de Troponina I. Destes, 51,8% (n=220) eram do sexo feminino e 48,2% (n=205) do sexo masculino. A mediana da idade foi de 69 anos (amplitude interquartil: 36-102).

Do total de pedidos de Troponina I, 47,1% (n=200) foram considerados adequados, enquanto os restantes 52,9% (n=225) foram considerados inadequados (Gráfico 1). Entre os pedidos de Troponina I adequados, a maioria deveu-se a dor torácica (47%, n=94), seguida de equivalentes anginosos (43%, n=86) e síncope com características de alto risco (10%, n=20) (Gráfico 2).

Dos doentes com pedido de Troponina I, o ECG não foi requisitado em 25,6% (n=109) destes. Ainda assim, verificou-se que se um doente tiver um pedido de Troponina I adequado, tem 3,46 vezes a odd de um doente com pedido de Troponina I inadequado de ter um ECG requisitado (Odds Ratio [OR] 3,46, $p < 0,001$). Apenas 1,2% (n=5) do total de 425 doentes

(todos os 5 considerados com pedido adequado de Troponina I) foram diagnosticados com SCA. Calculando a proporção de pedidos inadequados, estima-se que o custo financeiro anual evitável, no SU em estudo, seja cerca de 40.000 €.

Conclusão: Mais de metade (52,9%) dos pedidos de Troponina I foram considerados inadequados. Estes resultados sugerem que seria benéfico o desenvolvimento de uma diretriz clínica com as indicações para a requisição de troponina no SU.

PO 92

ALÉM DA PNEUMONIA: A DESCOBERTA DE UM MENINGIOMA

Francisco M. M. Pinheiro; Rosário Calado; Ana Luísa Azevedo; Maria Isabel Apolinário; Guilherme Castro Gomes
Hospital de Braga

Introdução: O meningioma é uma neoplasia extra-axial geralmente assintomática, que pode manifestar-se através de crises epiléticas ou alterações neurológicas. Este caso descreve uma doente inicialmente admitida por pneumonia, cuja investigação revelou um meningioma frontal após o aparecimento de sintomas neurológicos.

Caso clínico: Uma mulher de 86 anos, sem história prévia de epilepsia, foi trazida ao serviço de urgência após ter sido encontrada prostrada e com vômito de conteúdo alimentar. Nas análises apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e, apesar do Raio X do Tórax não mostrar alterações de relevo, faz um TC do tórax que mostra um padrão micronodular centrilobular sugestivo de pneumonia de aspiração, tendo ficado internada para continuação de cuidados. Durante o internamento, a doente desenvolveu períodos de confusão, prostração e discursão impercetível, o que levou à realização de uma TC craniana.

A tomografia identificou um meningioma frontal de 15 mm, sem edema vasogénico, e isso levou-nos a reconsiderar o diagnóstico inicial. Foi então suspeitado que o episódio de vômito poderia ter sido causado por uma crise epiléptica inaugural, e não por obstipação, como anteriormente pensado. Esta hipótese foi reforçada pelo aumento de CK e mioglobina à admissão. Foi realizado um EEG, que confirmou a presença de atividade epileptiforme no lobo temporal posterior direito. A doente foi tratada com terapêutica anticonvulsivante, conseguindo-se um controlo adequado da atividade epiléptica.

Conclusão:

Este caso destaca a importância de reavaliar o processo diagnóstico à luz de novos achados. A apresentação inicial de um meningioma através de crises epilépticas reforça a necessidade de uma investigação neurológica detalhada, mesmo em doentes com comorbidades primárias, como pneumonia.

PO 93

PSICOSE NA HIPERCALCEMIA – A EXCEÇÃO QUE CONFIRMA A REGRA

Beatriz Caetano Freire; Ana Catarina Pereira
Hospital de São José

A hipercalcemia, que é normalmente sintomática quando grave ($> 12-13$ mg/dL¹), cursa com um espectro de apresentações clínicas, desde astenia e sintomas gastrointestinais a alterações eletrocardiográficas e manifestações neuropsiquiátricas, como ansiedade, confusão, letargia e, raramente, psicose². Teoriza-se que o mecanismo causativo de psicose na hipercalcemia está relacionado com o papel do cálcio nas alterações monoaminérgicas e glutaminérgicas no sistema nervoso central³. Neste caso clínico, apresenta-se um doente com discurso delirante associado a hipercalcemia grave.

Homem de 54 anos, autónomo, com história prévia relevante de hábitos tabágicos e Perturbação de Ansiedade medicada e seguida

em consulta de Psiquiatria. No seu estado de saúde habitual até 10 dias antes, quando inicia quadro de insónia, inquietude e discurso lentificado e delirante. Concomitantemente, desenvolve dor na região da articulação glenoumeral e braço direito, sem alívio com analgesia múltipla. Neste contexto, é trazido ao serviço de urgência, detetando-se cálcio total de 16.2 mg/dL, cálcio ionizado de 2.59 mmol/L, paratormona intacta de 8.7 pg/mL, leucócitos de 62520 células/ μ L, neutrófilos de 57720 células/ μ L, proteína C reativa de 200 mg/L, creatinina sérica de 2.27 mg/dL, e ácido úrico de 10.9 mg/dL, sem outros distúrbios analíticos relevantes. Inicia-se fluidoterapia e pamidronato para correção da hipercalcemia, alopurinol por suspeita de síndrome de lise tumoral e faz estudo infeccioso, do qual apenas se destaca SARS-CoV2 positivo. Em tomografia computadorizada de tórax, deteta-se lesão neoformativa no lobo superior do pulmão direito, com múltiplas adenopatias mediastínicas e lesões osteolíticas no oitavo arco costal à esquerda e na cabeça umeral direita. Assim, assume-se hipercalcemia maligna por provável tumor de Pancoast ou mieloma múltiplo com extensão extra-óssea e interna-se doente para continuação de cuidados e investigação.

Este caso demonstra a importância da pesquisa de causas metabólicas e eletrolíticas em doentes com sintomas psiquiátricos de novo, independentemente de história pregressa de distúrbios deste foro. Adicionalmente, enfatiza a complexidade do diagnóstico diferencial de estado confusional agudo em ambiente de urgência.

Referências:

1. Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J (2022). Harrison's Principles of Internal Medicine, 21e. McGraw-Hill Education.
2. Park S, & Hieber R (2016). Acute psychosis secondary to suspected hyperparathyroidism: A case report and literature review. The mental health

clinician, 6(6), 304–307. <https://doi.org/10.9740/mhc.2016.11.304>

3. Nagy L, Mangini P, Schroen C, Aziz R, & Tobia A (2020). Prolonged Hypercalcemia-Induced Psychosis. Case Reports in Psychiatry, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/6954036>

PO 94

RABDOMIÓLISE RECORRENTE – UM CASO CLÁSSICO DETETADO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

Beatriz Caetano Freire; Ana Catarina Pereira

Unidade Saúde Local São José

A rabdomiólise consiste na destruição do músculo com libertação dos conteúdos intracelulares no sangue, sendo um fenómeno grave que pode culminar em morte. Caracteriza-se classicamente por uma tríade de mialgia, urina acastanhada e astenia, observada apenas numa minoria dos doentes¹. As principais complicações consistem em distúrbios iónicos, alterações eletrocardiográficas, síndrome compartimental e lesão renal aguda. Um episódio isolado pode ser causado por trauma, exercício físico extenuante e o uso de alguns fármacos e drogas. No entanto, quando recorrente, associa-se a etiologias genéticas, como deficiências enzimáticas e miopatias². Neste caso clínico, exemplifica-se a abordagem da hipercalemia e lesão renal aguda graves causadas por rabdomiólise, em contexto de provável miopatia subdiagnosticada previamente.

Homem de 52 anos, autónomo, com história de episódios recorrentes de mialgias generalizadas, astenia e urina escura, desde os 10 anos, sem diagnóstico conhecido. Este quadro associava-se principalmente ao recomeço da sua prática de ténis após férias, com necessidade de repouso no leito no dia seguinte. Recentemente, no seu estado de saúde habitual até uma semana antes, quando inicia quadro semelhante ao descrito, com diminuição não quantificada da diurese, após

período de maior prática de exercício físico, pelo que recorre ao serviço de urgência. À admissão deteta-se acidose metabólica com compensação respiratória, hipercalemia de 7.5 mmol/L e hipocalcemia (cálcio ionizado de 0.98 mmol/L) com ondas T apiculadas no eletrocardiograma. Tinha também creatinase de 13341 U/L e lesão renal aguda estadio 3 com creatinina sérica de 17 mg/dL, uremia de 393 mg/dL, proteinúria com eritrocituria no exame sumário de urina e sinais de nefropatia na ecografia renal. Neste contexto, é algaliado para contabilização de débito urinário e inicia gluconato de cálcio, insulina rápida e glicose hipertónica endovenosa, e ciclossilicato de zircónio sódico, mantendo monitorização cardíaca contínua. Após estas medidas iniciais, é submetido a hemodiálise (HD) de urgência e interna-se para continuação de cuidados e investigação etiológica. Através deste caso clínico, infere-se a importância do baixo limiar de suspeição para rabdomiólise, tendo em conta a raridade de apresentação da tríade clássica e as suas consequências nefastas. Concomitantemente, realça a necessidade de investigação adicional em doentes com episódios recorrentes de rabdomiólise.

Referências:

1. Bosch X, Poch E, Grau JM. Rhabdomyolysis and Acute Kidney Injury. New England Journal of Medicine. 2009;361(1):62-72. <https://doi.org/10.1056/nejmra0801327>
2. Cabral BM, Edding SN, Portocarrero JP, Lerma EV. Rhabdomyolysis. Disease-a-Month. 2020; Volume 66, Issue 8, 101015, ISSN 0011-5029. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2020.101015>

PO 96

MASSA CERVICAL. E AGORA?

Mônica Spencer Pereira; Sandra Sepúlveda;
Domingas Pereira; Pedro Costa
*Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE /
Hospital José Joaquim Fernandes*

Introdução: Há uma diversidade de massas cervicais, desde benignas às malignas. Locoregionais e as provenientes à distância. O diagnóstico é quase predominantemente imagiológico, não esquecendo da semiologia.

Caso clínico: Homem de 28 anos, sem antecedentes conhecidos, recorre ao serviço de urgência por tumefação cervical direita, dor e febre com 25 dias de evolução. Confirmado em exame objetivo. Análises com aumento dos parâmetros inflamatórios. Tomografia com lesão heterogênea com zonas liquefeitas/necrose não relacionada com a parótida. Realizada punção aspirativa ecoguiada, iniciou amoxicilina e ácido clavulânico com clindamicina empiricamente. Amostra com isolamento de *Streptococcus pyogenes* sensível ao antibiótico instituído, sendo as hemoculturas negativas. Encaminhado para as especialidades de Otorrinolaringologia e Cirurgia de cabeça e pescoço para avaliação e orientação. Aguarda resultado de anatomia patológica e micobacteriológico.

Conclusão: O diagnóstico diferencial das tumefações cervicais é amplo, pode ter causa infecciosa, neoplásica ou imunológica, o que requer investigação adicional. Embora sem o resultado da anatomia patológica, a hipótese mais plausível é de se tratar dum abscesso por *Streptococcus pyogenes* devido a sua grande virulência.

PO 97

DILEMA NA URGÊNCIA: INFECÇÃO, FENÓMENO TROMBOEMBÓLICO OU PROGRESSÃO DA DOENÇA?

Vasco De Faria Nunes; Catarina Nóbrega;
Paula Caldeira; Maria da Luz Brazão; Teresa Faria
Hospital Central do Funchal

Introdução: Devido à elevada prevalência das doenças oncológicas, é comum a utilização frequente dos serviços de urgência. Estes doentes apresentam maior predisposição para intercorrências infecciosas, iatrogénicas e fenómenos tromboembólicos. O caso que se segue tem como objetivo alertar para a importância do diagnóstico diferencial em pacientes oncológicos, reforçando a necessidade de uma abordagem criteriosa. **Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 83 anos, diagnosticado em fevereiro de 2024 com carcinoma papilar da tireoide com metástases cervicais à direita, envolvendo grandes vasos e traqueia. O doente já tinha sido internado em maio de 2024 por insuficiência cardíaca descompensada de origem valvular. Em junho de 2024, recorre novamente ao Serviço de Urgência com um quadro de calafrios, dor torácica posterior com características pleuríticas, dispneia aos pequenos esforços e hemoptises, com uma semana de evolução.

Ao exame físico, destacam-se um sopro sistólico no foco aórtico, crepitações no terço inferior do hemitórax direito, edema dos membros inferiores e uma massa cervical volumosa à direita. Laboratorialmente, verificou-se um aumento dos marcadores inflamatórios, com leucocitose, neutrofilia e proteína C reativa (PCR) de 96,68 U/L, além de elevação do NT-pro-BNP para 11324 pg/mL.

Foi realizada uma tomografia computadorizada torácica com contraste, que excluiu tromboembolismo pulmonar, mas revelou múltiplos nódulos bem definidos de natureza metastática e alterações compatíveis com processo broncopneumónico nos lobos superior e inferior direitos.

O doente foi internado com o diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada em contexto de infeção respiratória e iniciou tratamento empírico com levofloxacina. O internamento decorreu sem complicações, tendo o doente recebido alta ao fim de 8 dias.

Conclusão: Dada a complexidade das intercorrências clínicas em doentes oncológicos submetidos a quimioterapia, é fundamental que o médico de urgência, em articulação com a equipa multidisciplinar, avalie exaustivamente todas as hipóteses diagnósticas para definir uma terapêutica eficaz e reduzir o impacto das complicações.

PO 98

ELETROCUSSÃO POR BAIXA VOLTAGEM: UM CASO CLÍNICO

Filipa Novo; Andreia Mandim; Ana Sofia Silva;
Catarina Patronillo; Sara Moreira Pinto; Rita Moça;
Raquel Cruz; Florisa Gonzalez; Isabel Valério
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Introdução: A gravidade e apresentação clínica após eletrocussão dependem primeiramente dos seguintes fatores: tipo de corrente (baixa ou alta voltagem), duração da exposição, resistência encontrada pela descarga eléctrica e pela presença de trauma associado. A verdadeira lesão por choque eléctrico ocorre quando o doente se torna parte do circuito eléctrico e, apresenta ao exame objectivo uma porta de entrada e uma porta de saída.

Caso clínico: Homem de 44 anos, sem antecedentes patológicos de relevo ou medicação habitual. Recorre ao Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência, omalgia e lombalgia. O doente estaria na cozinha do seu domicílio a trocar uma placa de vitrocerâmica e não se recorda de ter caído, foi encontrado pela esposa no chão inconsciente, com recuperação espontânea, sem movimentos tónico clónicos ou incontinência de esfínteres. Durante a colheita de história clínica, objetivação de duas queimaduras de segundo grau, circulares de 2 cm e 1.5 cm, no 2º dedo da mão esquerda, correspondentes a lesão de entrada e saída de choque aparente, sem sinais de síndrome de compartimento.

Do estudo realizado, com citólise muscular, CK 2550 U/L, subida de marcadores de necrose miocárdica Troponina T máxima às 6 horas de 0.080ng/ml com descida posterior sustentada. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, com deflexão inespecífica, sem sinais de isquemia, telemetria sem eventos arritmicos durante monitorização. Imagiologicamente excluídas lesões agudas em TAC CE e, sem luxação posterior do ombro.

Conclusão: O presente caso clínico destaca a importância da colheita de história clínica, avaliação sistematizada e multidisciplinar do doente que sofre eletrocussão de baixa voltagem. Visando o destaque da monitorização cardíaca que permite deteção atempada de eventos arritmicos ou isquémicos

LEPTOSPIROSE NÃO ICTÉRICA – A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA EPIDEMIOLÓGICA

Pedro Alexandre Lopes; Bárbara Paracana;
Rita Figueira; Joana Melo; Jéssica Krowicki;
Mariana Sousa

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

Introdução: A Leptospirose é uma doença infecciosa causada por espiroquetas *Leptospira*, sendo uma zoonose com reservatório principalmente em roedores, que expelem as espiroquetas na urina. Divide-se em leptospirose anictérica e icterica (doença de Weil), frequentemente com dificuldade no diagnóstico dado apresentações atípicas e baixa sensibilidade de exames complementares de diagnóstico.

Caso clínico: R.M.S., mulher de 57 anos, foi referenciada ao serviço de urgência (SU) a partir dos cuidados de saúde primários por alterações analíticas em contexto infeccioso. A doente relatava episódio auto-limitado de febre, mialgias, dejeções diarreicas e urina escura com 3 dias de evolução, com resolução cerca de 2 semanas antes da admissão, mantendo apenas astenia e anorexia desde aí. No médico assistente realizou análises com objetivação de leucocitose exuberante ($25.36 \times 10^9/L$) e elevação da PCR (30 mg/dL).

Na revisão da história clínica, apurou-se que a doente mantinha vários animais de estimação, incluindo criação de pombos, onde teria havido uma infestação de ratos poucos meses antes do quadro clínico.

Apresentava-se apirética, normotensa e normocárdica, eupneica em ar, com auscultação cardiopulmonar normal, abdómen inocente, sem edema periférico e sem adenopatias palpáveis.

Analicamente objetivou-se pseudotrombocitopenia ($66 \times 10^9/L$ com numerosos microagregados plaquetários), anemia hipoproliferativa, função renal normal e elevação de enzimologia hepática, com predomínio colestático (AST 126 U/L, ALT 155 U/L, FA 563 U/L, GGT 406 U/L), PCR 17.79 mg/dL, VS 94 mm/h, ferritina 1555 mg/dL. ESU, RxTx e TC abdominal sem alterações de relevo.

Assim, perante síndrome inflamatória inespecífica, com alterações hepáticas e contexto epidemiológico concordante, foi assumido diagnóstico de zoonose, com alta suspeita de leptospirose não icterica. Iniciou antibioterapia com Doxiciclina após colheita de hemoculturas e serologias de vírus hepatotrópicos, *Leptospira*, *Coxiella*, *Rickettsia*, e *Borrelia*.

No internamento, fez estudo analítico mais alargado, excluindo algumas patologias infecciosas, inflamatórias e do foro hematológico. Apresentou boa evolução clínica e analítica, com resolução completa do síndrome inflamatório. Teve alta para consulta externa de Medicina Interna, onde se objetivaram serologia IgM positiva e IgG negativa a *Leptospira*, colhidas na data de internamento, mas cujo resultado só foi possível obter posteriormente.

Conclusão: A Leptospirose pode ser um diagnóstico a considerar em doentes com quadros infecciosos atípicos, especialmente na presença de alterações hepáticas, sendo que a apresentação icterica clássica (doença de Weil) corresponde a uma minoria dos casos. Na ausência de métodos rápidos de diagnóstico (e.g. PCR) e perante fatores de risco epidemiológicos, deve-se considerar iniciar antibioterapia empírica antes dos resultados serológicos.

PO 100

SÍNDROME DA ALGÁLIA ROXA – UMA PISTA DIAGNÓSTICA RARA

Luís Luz; Nádia Santos; Sandra Cunha;
Cláudia Diogo; Luis Duarte; Ana Ferrão;
Renato Saraiva

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

O Síndrome da Algália Roxa consiste num quadro raro caracterizado pela deposição de produtos do metabolismo bacteriano em casos de infeção urinária, resultando numa coloração arroxeadada ao nível dos dispositivos de algaliação. O triptofano consiste num aminoácido essencial obtido a partir da dieta. A sua decomposição pelas bactérias intestinais resulta na formação de indol que, após metabolização hepática, origina indoxilsulfato, excretado pela urina. A presença significativa de bactérias com atividade enzimática de urease, resulta na conversão do indoxilsulfato em indoxil, composto que, pela interação com material sintético do saco de algália e tubuladura, origina a coloração arroxeadada observada neste síndrome.

Apesar de visualmente impactante, a coloração púrpura da urina não acarreta nenhum cuidado especial nem advinha nenhum diagnóstico ou prognóstico preocupante. A presença deste indicador visual de atividade bacteriana pode contudo ser uma pista diagnóstica útil.

Neste trabalho apresenta-se o caso de uma utente de 87 anos, acamada e dependente, observada no serviço de urgência por quadro subagudo de prostração e recusa alimentar. A exploração clínica e analítica levaram à documentação de dor abdominal difusa, algália com coleção urinária com vestígio de pigmentação roxa (cujas imagens se apresentam), leucocitose, elevação de proteína C reativa e discreto quadro de hiperbilirrubinemia às custas da direta. Na análise de urina II, apresentava 500 Leucócitos com Nitritos

positivos. A exploração ecográfica abdominal excluiu patologia do foro hepatobiliar e gastrointestinal.

A presença de urina com coloração arroxeadada consistiu em mais uma pista indireta a favor do diagnóstico de Cistite Aguda.

Apresenta-se assim o raciocínio clínico e imagens de Síndrome de Algália Roxa explicando-se a sua pertinência e fisiopatologia de base.

PO 101

PNEUMONIA LOBAR – UM PADRÃO RADIOLÓGICO ESPECÍFICO COMO PISTA PARA O AGENTE

Luís Luz; Sandra Cunha; Cláudia Diogo;
Nádia Santos; Luis Duarte; Ana Ferrão;
Renato Saraiva

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) constitui um diagnóstico frequente no contexto das admissões urgentes em Serviço de Urgência. A abordagem inicial do utente com clínica compatível com esta infeção respiratória implica a colheita de uma história clínica detalhada e exame físico com particular ênfase sob o aparelho respiratório.

A disponibilidade atual de métodos de imagem oferece um auxiliar diagnóstico importante nos cenários em que persiste a dúvida entre PAC e outros possíveis diagnósticos diferenciais. A disponibilização praticamente transversal de tomografia computadorizada tem tornado a sua utilização mais frequente, no entanto, persistem alguns padrões imagiológicos na radiologia clássica que são conhecidos e úteis como pista diagnóstica relativamente aos agentes microbiológicos a considerar.

A pneumonia lobar caracteriza-se por uma imagem de consolidação parcial ou total de um lobo pulmonar causada pela deposição homogénea de conteúdo supurativo e fibrinoso. A associação entre as infeções respiratórias

causadas pelo *Streptococcus pneumoniae* e o padrão de envolvimento lobar, são francamente conhecidas, ainda que não exclusivas a este agente. Deste modo, apesar da disponibilidade de outros meios complementares de diagnóstico e da abrangência dos estudos microbiológicos rápidos (por exemplo, antigenúrias), torna-se possível a documentação de uma PAC devida a infecção a *S. pneumoniae* com elevado grau de suspeita, quando se conjuga a clínica e o padrão radiológico lobar. O conhecimento desta associação, poderá ajudar a guiar a escolha de antibioterapia empírica.

Neste trabalho, apresenta-se de forma breve o caso de um utente admitido no serviço de urgência com clínica de dispneia, tosse produtiva, expetoração, dor torácica pleurítica e febre, cujo estudo clínico e laboratorial permitiu firmar o diagnóstico de PAC e cujas imagens de radiografia clássica são elucidativas relativamente ao padrão de envolvimento lobar. O estudo microbiológico de secreções respiratórias confirmou a suspeita de agente microbiológico, com deteção de *Streptococcus pneumoniae*.

PO 102

SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO PARA O INTERNISTA

Catarina Joana Azevedo¹; Marta Barrigas¹;
Rita Magalhães¹; Monique Alves¹; Beatriz Exposito¹;
Fernando Salvador²

¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves; ²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

A síndrome da veia cava superior ocorre quando existe uma diminuição ou obstrução do fluxo venoso da cabeça, pescoço e membros superiores através da veia cava superior por compressão extrínseca da mesma. Existem várias etiologias: neoplásica (mais

frequente) e os eventos trombóticos. Numa abordagem inicial, o uso de corticoides e diuréticos endovenosos, combinado com a elevação da cabeceira são medidas fundamentais para o tratamento.

Os autores apresentam um caso de um doente do sexo masculino, de 65 anos, autónomo. Admitido no Serviço de Urgência (SU) por edema da face, pescoço e ambos membros superiores. Associadamente apresentava também dispneia com 2 dias de evolução.

Como antecedentes pessoais: HTA essencial, Diabetes Mellitus tipo 2 e dislipidemia. Apresenta adenocarcinoma do colon esquerdo com metastização pulmonar, hepática e ganglionar sob quimioterapia paliativa e portador de cateter totalmente implantável (CTI) seguido pela especialidade de Oncologia.

Ao exame objetivo, apresentava-se consciente, colaborante e orientado nas 3 esferas. Com fáceis pletórico, associado a ingurgitamento vascular cervical, edema facial e cervical marcado. Apresentava-se hemodinamicamente estável com PA: 121/89 mmHg. Eupneico em ar ambiente, com saturação periférica de O₂ de 94%. ACP: sem alterações. Abdómen: sem alterações. MMSSs: edema bilateral em ambos membros superiores.

Do estudo complementar: realizada gasometria sem alterações, estudo analítico sem alterações e ECG: ritmo sinusal, com FC 60 bpm, sem sinais evidentes de isquemia aguda.

Apesar de o diagnóstico ser clínico, a tomografia computadorizada é essencial para confirmar e documentar o evento. Assim, por alta suspeita de síndrome da veia cava superior solicita-se Angio-TC- Cervical e Torácico: "As veias jugulares internas encontram-se permeáveis.

Encontramos alterações da permeabilidade envolvendo a veia cava superior na sua porção mais proximal imediatamente adjacente à anastomose com a veia ázigos e próximo da ponta do cateter central podendo estar em re-

lação com trombo a este nível. Sem trombos cardíacos aparentes. Tronco venoso braquiocefálico e veia subclávia direita assim como a veia jugular interna direita encontram-se permeáveis.”

Contactada Radiologia de Intervenção que é da opinião que doente deve transferido para intervenção.

Este caso revela-se importante porque apesar de rara é uma entidade que deve estar sempre na nossa mente uma vez que se trata de uma emergência oncológica. O diagnóstico desta síndrome é clínico e tem como base uma elevada suspeição perante os sinais e sintomas e uma história clínica altamente sugestiva.

Assim, este caso revela a importância de uma equipa multidisciplinar com vista à melhor orientação destes doentes, de modo a oferecer as melhores alternativas diagnósticas e terapêuticas.

PO 103

TUBERCULOSE COM CAVITAÇÃO PULMONAR – UM DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO À ANTIGA...

Luís Luz; Sandra Cunha; Nádia Santos; Cláudia Diogo; Luís Duarte; Ana Ferrão; Renato Saraiva

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A tuberculose mantém-se um diagnóstico de particular importância a nível mundial.

Na realidade portuguesa, está atualmente descrita uma tendência para redução de prevalência da doença. Não obstante, a tuberculose pulmonar mantém-se um diagnóstico relevante em Portugal podendo condicionar quadros exuberantes do pontos de vista clínico e nos exames complementares. A atividade turística, migratória e o contacto com indivíduos sintomáticos que desconhecem o diagnóstico, representam importantes forma de introdução do agente em sociedade.

Face à consciência da importância deste

diagnóstico e das estratégias epidemiológicas para deteção precoce, a documentação de quadros em fase avançada, com padrão radiológico exuberante tem-se tornado menos frequente. Os cavernomas nos campos pulmonares superiores são sugestivos de tuberculose pulmonar, mas nem sempre observados, sobretudo atualmente.

Os autores expõem o caso de um utente com admitido com infeção a SARS-CoV2, cuja realização de estudo radiológico levou à documentação acidental de cavernomas. As imagens partilhadas expõem com particular clareza a exuberância da inflamação e cavitação em casos avançados da doença.

PO 104

LEPTOSPIROSE: ANÁLISE DE UM CASO CLÍNICO

Joana Castro Vieira¹; Mafalda Maria Santos¹; Joao Vieira Afonso¹; Mariana Simão Magalhães¹; Ana Cristina Teotónio²

¹Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha; ²Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A leptospirose é uma infeção grave, de notificação obrigatória, causada por *Leptospira*, mais comum em regiões tropicais e úmidas. Roedores são os principais reservatórios, mas outros mamíferos também podem ser acometidos. A infeção apresenta-se em duas fases: uma precoce (leptospirose) com sintomas como febre, cefaleia e mialgias, e uma tardia (fase imune) com manifestações mais graves e produção de anticorpos.

Caso clínico: Mulher de 38 anos, proprietária de um hotel para animais, com antecedentes de hipertensão e enxaqueca. A doente foi admitida no serviço de urgência com febre, cefaleia e mialgias. Os exames laboratoriais mostraram anemia, aumento das enzimas hepáticas e linfopenia. A TC revelou hepatomegalia. Assumiu-se febre sem foco e iniciou tratamento empírico com ceftriaxona. Poste-

riormente, exames confirmaram leptospirose (IgM positiva). A doente evoluiu favoravelmente com melhora clínica e analítica.

Conclusão: Este caso destaca a importância de considerar a leptospirose em pacientes com febre e sintomas inespecíficos, especialmente em contextos de contato frequente com animais. A história clínica detalhada, é essencial para o tratamento e prevenção de complicações.

PO 105

DIAGNÓSTICO E ABORDAGEM

A TAMPONAMENTO CARDÍACO EM PCR: UM CASO DE SUCESSO

Mafalda Maria Santos; João Vieira Afonso;
Joana Castro Vieira; Mafalda Nunez; Rafael Oliveira;
Rita Camarneiro; Ana Filipa Rodrigues
*Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital
Distrital das Caldas da Rainha*

Introdução: A Paragem Cardiorrespiratória (PCR) é sempre um momento delicado e desafiante no serviço de urgência, que requer uma abordagem rápida e sequencial. Devemos sempre ter em conta as causas reversíveis, os 4 “H” (hipovolémia, hipóxia, hipo/hipercalémia-outras alterações metabólicas e hipotermia) e 4 “T” (trombose cardíaca/pulmonar, tamponamento cardíaco, tóxicos, e pneumotórax hipertensivo).

Caso clínico: Homem, 66 anos, recorre ao Serviço de Urgência por dor torácica intermitente, tipo “facada”, sem irradiação, que piorava com inspiração e agravamento com decúbito, com 3 dias de evolução. Referia dispneia para pequenos esforços. Negava tosse, febre, expetoração, alterações gastrointestinais ou urinárias.

Antecedentes pessoais: cardiopatia hipertensiva não estratificada, fibrilhação auricular, dislipidemia e nódulo pulmonar em estudo, estando medicado com espironolactona, ramipril, bisoprolol, dabigatran e atorvastatina. À admissão, GLASGOW 15, polipneico, com

saturação 93% ar ambiente, normocárdico, hipotenso (87/52 mmHg), com extremidades frias (TPC>2 segundos) e apirético. Com ingurgitação venosa jugular. Auscultação pulmonar com crepitações na base direita. Auscultação cardíaca hipofonética. Abdómen sem alterações. Sem edema periférico. ECG: fibrilhação auricular com resposta ventricular controlada, sem elevação de segmento ST.

Radiografia de Tórax: ICT>50%, com alargamento de silhueta cardíaca em garrafão. Hipotransparência no 1/3 médio de pulmão direito Gasimetria em ar ambiente: pH 7.0, Pco2 57, pO2 98, lactato 11.6, HCO3 9

Analiticamente a destacar: leucócitos 20700 unidade, creatinina 1.59 mg/dL, Ureia 117 mg/dL, PCR 11.4 mg/dL, Troponina 18 ng/dL, NT-pro-BNP 3394.

Iniciou medidas de estabilização, durante as quais, ocorre PCR, em ritmo não desfibrilável. Iniciado suporte avançado de vida, e durante manobras, realizado POCUS com deteção de Derrame Pericárdico de grandes dimensões, tendo sido realizada pericardiocentese ecoguiada, life-saving, com drenagem de 300cc de conteúdo hemático, com posterior recuperação de circulação espontânea. Articulada transferência para unidade de cuidados intensivos.

Conclusão: O tamponamento cardíaco é uma emergência médica, e uma importante causa reversível de PCR, em que a realização imediata de pericardiocentese é crucial para a reversão do quadro. Embora o diagnóstico possa ser desafiador, a tríada de Beck (hipotensão, diminuição de ruídos cardíacos e ingurgitação jugular) é importante para uma identificação precoce.

PO 106

PANCREATITE AGUDA INDUZIDA POR HIPERTRIGLICIDÉMIA: UM CASO CLÍNICO.

Mafalda Maria Santos¹; Catarina Silva²; Rui Silva²; Joana Rocha²; Rui Costa²

¹Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha; ²Hospital de Braga

Introdução: A pancreatite aguda induzida por hipertrigliceridemia é responsável por até 35% dos casos de pancreatite aguda. Ocorre geralmente em doentes com níveis séricos de triglicerídeos superiores a 1000 mg/dL. Clinicamente é semelhante as outras formas de pancreatite aguda, com dor abdominal epigástrica intensa e persistente, com irradiação dorsal, acompanhada de náuseas e vômitos. Em casos graves, pode evoluir com falência multiorgânica.

Caso clínico: Mulher, 47 anos, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal com irradiação dorsal, náuseas e vômitos alimentares com 12 horas de evolução. Negava febre, sintomas respiratórios, alterações gastrointestinais. Negava consumo habitual de tabaco e álcool.

Antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica e hipertensiva com fração de ejeção reduzida, fibrilhação auricular paroxística, dislipidemia, obesidade (IMC 32), pancreatites agudas alitiásicas de repetição e colecistectomia. Medicada com amiodarona, apixabano, fenofibrato e perindopril.

Ao exame objetivo: GCS 15, normocardica e normotensa, Sat O2 93% em ar ambiente e temperatura 38,3°C; Auscultação cardiopulmonar sem alterações; Abdómen sem manchas ou equimoses, com dor na palpação da região hipogástrica sem defesa.

Gasimetricamente: pH 7.46, pCO2 31, pO2 78, Ca²⁺ 0.8 e lactato 1.8.

Análiticamente sem coagulopatia, Leucócitos 8610/L, sem alteração de função renal, Glicémia 161mg/dL, AST/ALT 61/43mmol/L, Bilir-

rubina 0,73mg/dL, GGT 277u/L, fosfatase alcalina 63u/L, amilase 178u/L, lipase 451u/L, LDH 494u/L, triglicerídeos (Tg) 5087mg/dL, PCR 29mg/dL.

Assumida pancreatite aguda e iniciada fluidoterapia, analgesia e gluconato de cálcio. Por critérios de mau prognóstico (Tg>1000, hipocalcemia e antecedentes de pancreatite necrohemorrágica), após avaliação de riscos/benefícios, iniciou plasmaferese. Posteriormente iniciada perfusão de insulina.

Em reavaliação analítica, no dia seguinte, com redução de significativa de tg, sem indicação para nova sessão de plasmaferese.

Conclusão: Apresentação um quadro clínico típico de pancreatite aguda, associado a níveis elevados de triglicerídeos com critérios de gravidade, o que levou à decisão de iniciar a terapia com plasmaferese. Essa intervenção foi eficaz na redução rápida dos triglicerídeos séricos destacando o papel da plasmaferese como uma opção terapêutica em casos selecionados.

PO 107

LIPOTIMIA COMO APRESENTAÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EM JOVEM ADULTO

Cátia Andrade Martins; Alexandra Rodrigues; Luísa Teixeira; João Tiago Loja; Rui Fernandes; Ana Patricia Nunes; Teresa Faria
Hospital Central do Funchal

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma patologia potencialmente fatal, com apresentação clínica variada. As escalas de Wells e critérios de Geneve permitem determinar a probabilidade clínica e assim determinar a marcha diagnóstica. Os autores apresentam o caso clínico no sentido de alertar para a importância da suspeita clínica do diagnóstico perante apresentação menos típicas.

Caso Clínico: Mulher de 18 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, que faz contrace-

tivo hormonal combinado, recorre ao serviço de urgência por palpitações e sensação de lipotímia após pequeno esforço. Negava outros sintomas, como dor torácica e dispnéia. À observação, destaca-se doente eupneica em ar ambiente, sem sinais de dificuldade respiratória; TA 146/95mmHg e FC 130bpm; à auscultação cardíaca S1 e S2 rítmicos, sem sopros; membros inferiores sem edemas e sinais de trombose venosa profunda. Dos exames complementares destaca-se ECG com taquicardia sinusal, sem sinais de isquemia aguda; gasimetria arterial com pH 7.466, pCO₂ 32mmHg, pO₂ 77.9mmHg, SpO₂ 96.8%, HCO₃ 24.4mEq/L, lactatos 0.7; análises com D-dímeros 2408 ng/mL, troponina T hs 0.145 ng/mL. Fez Angio-TC torax que mostrou TEP agudo central bilateral com múltiplos e volumosos trombos/embolos nas artérias pulmonares principais, lobares e segmentares; e ecocardiograma transtorácico que mostrou ventrículo direito ligeiramente dilatado, com hipercinesia basal e hipocinesia apical; com regurgitação tricúspide pelo menos moderada.

Conclusões: A estabilidade hemodinâmica à apresentação, com score de Wells 4.5 e score de Geneve modificado 5 determinaram o doseamento de D-dímeros prévios à Angio-TC. Com PESI classe I, a doente iniciou enoxaparina e ficou em SO para vigilância e indicação para terapêutica de reperfusão de resgate em caso de agravamento. Ficou posteriormente em enfermaria para vigilância e realização de exames complementares, sem que se tivesse identificado a etiologia do evento. Durante o internamento, apresentou estabilidade hemodinâmica e normalização das enzimas cardíacas, teve alta medicada com rivaroxabano e indicação para repecto de ecocardiograma em 6 meses.

PO 108

UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE INFECÇÃO POR COXIELLA BURNETTI

Inês Isabel Trancoso¹; Francisca Santos Coelho¹; Inês Perdigão Morais²; Ana F Lopes¹; Mariana Silva Leal¹; Jorge Almeida¹

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE; ²ULS Coimbra

Introdução: A púrpura exantemática é uma condição dermatológica caracterizada por lesões avermelhadas ou arroxeadas que não desaparecem à digitopressão, sugerindo um processo hemorrágico subjacente. As etiologias variam amplamente, incluindo infecções, reações medicamentosas, doenças autoimunes e síndromes paraneoplásicas. A identificação dos fatores desencadeantes e a análise das manifestações clínicas são fundamentais para um diagnóstico preciso e uma abordagem terapêutica adequada, que pode variar desde casos autolimitados até apresentações graves, com necessidade de intervenção médica imediata.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, 61 anos, com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial, intolerância à glicose, dislipidemia e hipotireoidismo autoimune, que recorreu ao serviço de urgência por queixas de lesões violáceas não pruriginosas localizadas nas palmas das mãos e plantas dos pés, associadas a dor local, com 3 dias de evolução. As lesões surgiram simultaneamente nas extremidades, sem evidência de progressão ou migração. Negados sintomas sistémicos, nomeadamente febre, sudorese noturna, perda ponderal, artralgias bem como perdas hemáticas, sintomas respiratórios ou do trato gastrointestinal. Ausência de história recente de infecções ou alterações na medicação.

O exame físico revelou lesões purpúricas e petequiais nas mãos, pés e membros inferiores, sem envolvimento oral, torácico ou abdominal. O restante exame objetivo sem alterações e sinais vitais estavam dentro dos

limites da normalidade.

Analiticamente sem alterações das funções renal e hepática, ausência de citopenia e proteína C reativa normal. A análise de urina foi inespecífica. O estudo autoimune e as sorologias para HIV, hepatites B e C, crioglobulinemia, *Borrelia*, Citomegalovírus, Parvovírus B19 e *Rickettsia conorii* foram negativas. No entanto, o anticorpo anti-*Coxiella burnetii* apresentou IgM duvidoso, com seroconversão subsequente para IgG positivo, sugerindo infecção recente por Febre Q.

A biópsia cutânea revelou dermatite angiocêntrica superficial, corroborando o diagnóstico de exantema purpúrico como manifestação isolada de Febre Q.

Conclusão: A púrpura exantemática, embora frequentemente de natureza benigna, pode ser uma manifestação cutânea de infecções subjacentes, como a Febre Q. Neste caso, o diagnóstico foi alcançado por meio de uma história clínica detalhada e confirmação serológica. A Febre Q deve ser considerada no diagnóstico diferencial de púrpura, especialmente em pacientes com exposição a animais ou residentes em áreas endêmicas. O tratamento adequado e o seguimento clínico são essenciais para a completa resolução da condição e prevenção de complicações.

PO 109

TAMPONAMENTO CARDÍACO POR DERRAME PERICÁRDICO: MANIFESTAÇÃO INICIAL DE NEOPLASIA PULMONAR

Inês Isabel Trancoso¹; Francisca Santos Coelho¹; Inês Perdigão Morais²; Ana F Lopes¹; Mariana Silva Leal¹; Jorge Almeida¹

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE; ²ULS Coimbra

Introdução: O derrame pericárdico define-se pela presença de líquido na cavidade pericárdica, resultante de inflamação, neoplasias, doenças do tecido conjuntivo ou hemorragia. Dependendo do volume e da velocidade de instalação, este pode ter impacto hemodinâmico,

exigindo intervenção urgente e subsequente estratificação diagnóstica.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem, 78 anos, fumador (50 UMA) que recorre ao Serviço de Urgência por dispneia, ortopneia e disfonia com semanas de evolução. De antecedentes salientar Diabetes mellitus tipo II, Dislipidemia, Doença Cerebrovascular e Cardiopatia Isquêmica. Apresentaria diminuição do murmúrio vesicular à direita e dos sons cardíacos, estigmas de hipervolemia. Analiticamente, com elevação de parâmetros inflamatórios, citocolestase de novo (AST/ALT 497/701 GGT/FA 149/207), e elevação de NT-proBNP (600 pg/mL). No RX Tórax apresentava hipotransparência no LID, com derrame pleural ipsilateral. Por agravamento súbito da insuficiência respiratória e instabilidade hemodinâmica, realizou POCUS, com sinais de derrame pericárdico circunferencial de grande volume (diâmetro máx. 40mm junto ao ápex), com colapso das cavidades direitas. Realizada pericardiocentese emergente com drenagem de 1150mL de líquido serohemático.

Após estabilização inicial, realizou TC Tórax, com formação nodular na base esquerda e derrame pleural bilateral. O estudo do líquido pericárdico revelou 7825 células (PMN 3724/ μ L e Mononucleares 3342/ μ L), Gram microbiano, PCR *Mycobacterium tuberculosis* negativo; e presença de células compatíveis com adenocarcinoma. As células neoplásicas apresentaram expressão de marcadores imunohistoquímicos de origem pulmonar. Iniciou 1º ciclo de quimioterapia em internamento.

Conclusão: O derrame pericárdico maligno é uma manifestação potencialmente grave de tumores sólidos e hematológicos. É um marcador de mau prognóstico e pode desenvolver-se por disseminação direta ou metastática do processo primário ou complicação de terapêuticas antineoplásicas. A malignidade deve ser excluída em todos os casos de doença peri-

cárdica aguda com tamponamento cardíaco, aumento rápido do volume, ou curso incessante ou recorrente. Em casos emergentes com tamponamento cardíaco, o alívio inicial pode ser obtido com pericardiocentese.

PO 110

HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA ESPONTÂNEA

Ana Rita Freire; Bruna Cordeiro; Joana Moniz; Luís Duarte; Nádja Santos; Patrícia Fernandes; Adriana Santos Silva; Renato Saraiva
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A hemorragia subaracnóideia (HSA) é o subtipo de acidente vascular cerebral (AVC) menos frequente (cerca de 5% dos casos), mas que produz maior morbimortalidade.

O diagnóstico e decisão terapêutica, que se inicia com a abordagem no serviço de urgência (SU), requer uma equipa multidisciplinar (Medicina Interna, Neurologia, Neurorradiologia, Neurocirurgia e Medicina Intensiva).

Cerca de 70% dos doentes apresenta cefaleia; 50% de início súbito, característica mais importante para diagnóstico que gravidade. A cefaleia é o único sintoma em cerca de metade dos casos; nos restantes pode acompanhar-se de náuseas, vômitos, perda de consciência ou défices neurológicos focais.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 79 anos de idade, com antecedentes de fibrilhação auricular, doença valvular mitral submetida a valvuloplastia de balão, hipertensão arterial e dislipidemia, medicada com varfarina 3mg id, bisoprolol 2.5mg 2id, digoxina 0.25mg id (exceto fim de semana) e atorvastatina 20mg id.

Deu entrada no SU por síncope, com hemiparesia à direita, náuseas e vômitos incoercíveis; Escala de Coma de Glasgow 13 (Ocular 4, Verbal 4, Motor 5).

Analiticamente com hemoglobina 10.8 g/dL, INR 4.78, tempo de protrombina (TP) 52.60s

e tempo de tromboplastina parcial ativada (aPTT) 45.4s.

Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica que salientava HSA do hemisfério esquerdo.

Foi medicada com 10mg de vitamina K e Octaplex 1500 UI, e posteriormente transferida para o serviço de Medicina Intensiva/Neurocríticos, sendo abordada pela equipa de Neurocirurgia que realizou craniotomia temporoparietal esquerda com drenagem da hemorragia subdural (HSD).

Discussão: Após o diagnóstico e abordagem inicial, segue-se a abordagem cirúrgica. Primeiro, realiza-se drenagem da HSD e intracerebral ocupantes de espaço. Depois, a inserção de um cateter ventricular pode salvar a vida de um doente com hidrocefalia aguda. As principais causas de morte são dano cerebral pela HSA, hemorragia de novo, complicações médico-cirúrgicas e isquemia cerebral por vasoespasm.

A longo prazo, muitos sobreviventes mantêm défice cognitivo, diminuição da qualidade de vida, distúrbios do humor e fadiga crónica.

Caso interessante do ponto de vista clínico e imagiológico, salienta a importância na celeridade da abordagem ao doente em contexto de SU, permitindo o diagnóstico e decisão terapêutica multidisciplinar para otimização do prognóstico.

PO 111

A CAUSA OCULTA DA HIPOGLICEMIA

Mafalda Maria Santos; João Vieira Afonso; Joana Castro Vieira; Mariana Simão Magalhães; Rafael Oliveira; Ana Filipa Rodrigues
Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Introdução: O insulínoma é uma neoplasia rara do pâncreas, com uma incidência estimada em 0,4 por 100.000 pessoas/ano. Manifesta-se mais frequentemente com hipoglicemia em jejum, podendo ser acompanhada

por confusão, alteração do comportamento, palpitações e tremores.

Caso clínico: Homem de 29 anos, recorre ao serviço de urgência por episódio de movimentos involuntários do membro superior direito durante o trabalho, com memória para o sucedido. Referia episódios semelhantes nos últimos 6 meses, sem outra clínica acompanhante, em estudo em consulta de Neurologia. Negava consumo de álcool e drogas.

Antecedentes pessoais de colite ulcerosa e litíase renal. Medicado com Infiximab, Mesalazina e valproato de sódio.

Ao exame objetivo: GCS 15, hemodinamicamente estável, apirético, pesquisa de glicémia capilar 60 mg/dl. Sem sinais de dificuldade respiratória, auscultação cardiopulmonar sem alterações, abdómen mole e depressível, indolor e sem organomegalias palpáveis. Sem alterações no exame neurológico.

Analiticamente com glicose 54 mg/dl, hemograma, função renal, hepática, tiroidea, e ionograma sem alterações. Doseamento ácido valproico: 35 (infraterapêutico).

Dada persistência de hipoglicémia, iniciadas medidas corretivas com fluidoterapia (soro glucosado 5%), mantendo glicémia entre 41-70 mg/dl.

Completado estudo com angio-TC CE e EEG que não mostram alterações.

Realizou TC abomino-pélvico salientando-se “Na cabeça do pâncreas, observa-se um nódulo hipervascular, com realce homogêneo, que se mantém ligeiramente hiperdenso na fase portal, medindo cerca de 26 mm, em relação com tumor neuro - endócrino/insulinoma”. Assumido hipoglicemias por hiperinsulinismo endógeno secundário a provável insulinoma.

Conclusão: Este caso clínico ilustra as complexidades e desafios associados ao diagnóstico de insulinoma, uma condição rara e frequentemente mal diagnosticada. Ressalta a importância de um alto índice de suspeição clínica, especialmente em pacientes com

sintomas que podem ser confundidos com transtornos neurológicos ou psiquiátricos. A compreensão das características fisiopatológicas do insulinoma e a vigilância para sinais e sintomas associados são cruciais para evitar atrasos no diagnóstico e para a implementação de intervenções terapêuticas adequadas.

PO 112

PARALISIA FLÁCIDA: QUANDO O POTÁSSIO É O CULPADO

Sara Isabel Vasconcelos; Rita Soares Costa;
Catarina Branco; Rafael Pinheiro Ramos;
Beatriz Vitó Madureira; André Santos Pinto;
Lúcia Guedes
*Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE /
Hospital de S. Sebastião*

Introdução: A hipercalemia é frequente em doentes com doença renal crónica, exigindo um controlo rigoroso nos doentes hemodialisados. As suas manifestações podem ser variadas, contudo as mais graves passam por défices de força ascendentes, evoluindo para paralisia flácida, e anormalidades cardíacas, podendo levar a alterações da condução e arritmias fatais.

Resumo: Mulher de 49 anos, antecedentes de doença renal crónica estadio V sob hemodiálise. Recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal, náuseas, vômitos e défice de força generalizada, com início nos membros inferiores e progressão para os superiores. À admissão apresentava-se obnubilada, hipotensa e bradicárdica, com plegia simétrica dos membros inferiores, parésia dos membros superiores (2/5) e dificuldade na mobilização da região cervical; sinais sugestivos de paralisia flácida.

Dadas as alterações encontradas, foi alocada à Sala de Emergência, tendo realizado à admissão gasimetria arterial em que se destacava hipercalemia severa de 10.5mmol/L. Iniciadas medidas terapêuticas hipocale-

miantes, perfusão de isoprenalina e colocado pacemaker transcutâneo. Apesar das medidas instituídas, evoluiu para paragem cardiopulmonar, tendo sido retornada à circulação espontânea após 2 ciclos de suporte avançado de vida. Admitida posteriormente no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente para diálise emergente, com evolução favorável e normalização do potássio.

Conclusão: A hipercalemia pode ser potencialmente grave, requerendo uma abordagem rápida e eficaz de modo a evitar complicações. A compreensão das suas causas, diagnóstico precoce e tratamento adequado são fundamentais para uma devida abordagem visando prevenir complicações severas ou mesmo fatais.

PO 113

CELULITE PERIORBITÁRIA: DO RUBOR À NECROSE

Sara Isabel Vasconcelos; Rita Soares Costa; Cátia Henriques; Ana Gabriela Paupério; Rita Maciel
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A celulite pré-septal ou periorbitária é uma infeção da região anterior da pálpebra, sem envolvimento ocular, sendo o seu diagnóstico geralmente clínico. O estudo imagiológico através de Tomografia Computorizada (TC) está indicado para averiguar atingimento orbitário e excluir complicações.

Resumo: Homem de 40 anos, com antecedentes de esquizofrenia e doença hepática crónica, admitido no Serviço de Urgência por edema e rubor periorbitário direito com uma semana de evolução, já sob antibioterapia sistémica e tópica, mas sem melhoria. Nega febre. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, apirético, evidência de necrose seca periorbitária direita, sem sinais inflamatórios cutâneos na face. TC maxilo-facial a mostrar espessamento dos tecidos moles periorbitários e malares à direita,

sugerindo celulite pré-septal; sem evidência de extensão pós-septal. Observado por Oftalmologia, não apresentando complicações a nível ocular.

Admitido posteriormente no internamento por celulite pré-septal a evoluir com necrose cutânea da região palpebral superior e inferior, sob antibioterapia sistémica endovenosa. Avaliado por Cirurgia Plástica durante o internamento com indicação adicional para cloranfenicol tópico. Apresentou boa evolução clínica e analítica, evoluindo para destaque do tecido necrosado presente e cicatrização paulatina das lesões apresentadas.

Conclusão: O diagnóstico diferencial entre celulite pré-septal e orbitária é crucial, sendo importante uma história clínica detalhada e exame objetivo minucioso, podendo ser necessário estudo imagiológico para exclusão de complicações.

O seu reconhecimento precoce e tratamento eficaz é fundamental, podendo ditar o desfecho, sendo possivelmente necessário desbridamento ou até mesmo enucleação do olho em casos de progressão se não tratada adequadamente.

PO 114

ADENOPATIAS INESPERADAS – UM ENIGMA RAPIDAMENTE DESVENDADO!

Glória Gonçalves; Isabel Viana Novo; Adriana Basílio; Manuel Rodrigues; Olinda Miranda; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

As adenopatias são alterações frequentemente identificadas no serviço de urgência. A sua etiologia pode ser muito vasta, variando entre quadros de completa benignidade como infeções virais, a quadros de malignidade de elevada mortalidade como algumas doenças linfoproliferativas. A história clínica do doente, os antecedentes patológicos e a caracterização pormenorizada das adenopatias devem ser cuidadosamente avaliados, de forma a

identificar características suspeitas que impliquem uma orientação eficaz no estabelecimento do diagnóstico precoce, que pode ser essencial no prognóstico da doença.

Apresentamos o caso de um homem de 41 anos com antecedentes de tabagismo no passado e síndrome de apneia do sono de grau ligeiro, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro com três semanas de evolução de hipersudorese noturna, anorexia (mas sem perda ponderal), tosse produtiva de características mucosas e adenopatias cervicais de crescimento progressivo; negada febre e outra sintomatologia. Sem contexto epidemiológico de relevo a realçar. Ao exame objetivo, identificada febre de novo e várias adenopatias cervicais e supraclaviculares bilaterais de características suspeitas (duras e indolores). Analiticamente sem alterações da série leucocitária, mas proteína C reativa aumentada; radiologicamente com alargamento mediastínico. Tendo em conta quadro constitucional associado a adenopatias com características suspeitas de malignidade, realizada tomografia computadorizada do pescoço e tórax que se revelou essencial na suspeita diagnóstica, tendo-se evidenciado várias adenomegalias supraclaviculares, paratraqueais, mediastínicas e hilares e esplenomegalia, achados sugestivos de doença linfoproliferativa. Alta orientado para consulta de cirurgia para biópsia excisional de adenopatias, com identificação de linfoma de Hodgkin clássico do tipo esclerose nodular na avaliação histológica.

O caso apresentado evidencia a importância de uma avaliação sistematizada de sintomas comuns no serviço de urgência e uma rápida identificação de sinais de alerta que nos permitam diferenciar casos potencialmente malignos, de forma a estabelecer um diagnóstico atempado de uma patologia potencialmente grave

PO 115

POR DETRÁS DE UMA GRANDE DISPNEIA, PODE ESTAR UM GRANDE MEDIASTINO!

Glória Gonçalves; Margarida Arantes Silva; Filipa Guedes; Pedro Fernandes Moura; Carla Pinto; Mário Esteves

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

A dispneia é dos sintomas mais frequentemente identificados no serviço de urgência (SU); múltiplas são as suas etiologias, a maioria aguda e benigna. Numa minoria dos casos, a sua etiologia pode ser rara e fatal se não tratada atempadamente.

Apresentamos o caso de uma mulher de 59 anos com antecedentes de gastrite crónica e esofagite medicada com inibidor de bomba de prótons, sem patologia cardíaca ou respiratória prévia, encaminhada ao SU por quadro de intolerância progressiva ao esforço com 2 semanas de evolução até dispneia para pequenos esforços. Sem sintomas/sinais de hipervolemia periférica e sem clínica infecciosa associada. Ao exame objetivo a realçar estabilidade hemodinâmica, apirexia, eupneica em repouso e apagamento dos sons respiratórios no hemitórax esquerdo. Analiticamente, hemograma e esfregaço de sangue periférico sem alterações, elevação isolada da desidrogenase láctea, proteína C reativa de 5mg/dL e d-dímeros 5000ng/mL. Radiografia torácica a evidenciar derrame pleural esquerdo de grande volume com apagamento da silhueta cardíaca e índice cardiotorácico aumentado e ecocardiograma transtorácico com derrame pericárdio de pequeno volume com conteúdo fibrinoso e volumosa massa tumoral heterogénica e irregular no mediastino anterior, aderente ao pericárdio parietal e com extensão para espaço pleural esquerdo, condicionando derrame pleural esquerdo. Tomografia computadorizada a confirmar presença de volumosa massa sólida no mediastino anterior a envol-

ver circunferencialmente o coração com invasão do espaço pleural bilateralmente, sem aparente invasão arterial e sem tromboembolismo pulmonar; sem evidência de metástase pulmonar ou abdominal. Submetida a biópsia da massa mediastínica e alta orientada para consulta. Resultado histológico da lesão ao final de uma semana a confirmar diagnóstico de linfoma linfoblástico de células T, orientada para especialidade de hematologia. Avaliação medular com elevada percentagem de blastos tendo iniciado rapidamente tratamento de indução.

O caso descrito representa uma etiologia atípica de dispneia identificada no serviço de urgência, tendo sido essencial uma abordagem personalizada da doente com valorização de uma sintomatologia subaguda e rapidamente progressiva em doente sem patologia cardíaca ou respiratória prévia e sem clínica infecciosa. A abordagem diagnóstica e orientação precoces foram essenciais para a evolução favorável da doente de uma etiologia altamente fatal.

PO 116

CONVULSÃO OU MAL DO CORAÇÃO?

Bruno Bonito; Joana Cartucho; Ana Ruivo;
Joana Ferreira; Claudia Ribeiro; Rui Casanova;
Carla Fernandes; Maria Rosário Ginga;
Martinho Fernandes
CHBM - ULSAR

Introdução: A síndrome do QT longo consiste numa alteração da repolarização do miocárdio ventricular que se caracteriza por um intervalo QTc prolongado na avaliação eletrocardiográfica. Pode ser congénita ou adquirida, provocar arritmias ventriculares e está associada a um aumento do risco de morte súbita.

As manifestações da síndrome do QT longo são variáveis, sendo que a grande maioria dos doentes permanecem assintomáticos ao longo da vida. A apresentação inicial pode ocorrer com episódios de síncope, com ou

sem convulsões associadas, arritmias sintomáticas ou paragem cardiorrespiratória. A maioria das arritmias em doentes com QT longo são taquiarritmias ventriculares. A torçades de pointes está classicamente associada à síndrome de QT longo. Os episódios de arritmia podem ser despoletados por eventos externos, nomeadamente barulho e stress. Alterações eletrolíticas e alguns fármacos também podem prolongar o intervalo QT e despoletar disritmias.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 35 anos, com antecedentes de epilepsia, medicada com levetiracetam que recorreu ao Serviço de Urgência por vários episódios de convulsão nas duas semanas precedentes. Durante a observação no Serviço de Urgência voltou a apresentar dois episódios que, atendendo à história de epilepsia, foram interpretados como crises convulsivas, tendo sido medicada com diazepam, levetiracetam e valproato. Apresentava período pós-ictal atípico, com recuperação rápida do estado de consciência mas com cianose labial e sinais de má perfusão periférica, o que levantou suspeitas sobre a etiologia das crises. A doente foi monitorizada e, após novo episódio com as mesmas características, constatou-se período de taquicardia ventricular não mantida. Foram feitos eletrocardiogramas seriados onde se verificou um intervalo QTc de 560 ms.

Após colheita de história, apurou-se que a doente tem um filho em idade adolescente internado para estudo de síndrome de QT longo, após episódio de taquiarritmia.

A doente foi transferida para o Serviço de Cardiologia para estudo, com necessidade de transferência, posteriormente, para a UCI, por apresentar vários episódios de taquiarritmia, com necessidade de colocação de pacemaker provisório.

Conclusões: A maioria dos doentes com síndrome do QT longo sintomático apresentam

síncope, habitualmente seguida de convulsões generalizadas. Muitos destes doentes estão mal diagnosticados com epilepsia e encontram-se sob terapêutica anticonvulsiva, no caso da doente em apresentação, sob levetiracetam que tem risco de incrementar o QT. Aachamos pertinente a partilha deste caso clínico pela sua apresentação e evolução, com o intuito de alertar para uma síndrome que pode ter consequências catastróficas e que faz parte do diagnóstico diferencial de convulsão.

PO 117

CORAÇÃO BRANCO: UMA CARDIOMEGÁLIA DE PERDER O FÔLEGIO

João Lopes; Ana Raquel Figueiredo;
Cristiana Ferreira Teles; Micaela Nunes Sousa;
José Brizuela; Helena Maurício; Eugénia Madureira
ULSNE, Unidade Hospitalar de Bragança

Introdução: A cardiomegália corresponde a um aumento do tamanho cardíaco. É uma situação de base multifatorial, que afeta muitos dos nossos doentes.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 76 anos, autónomo, reside com a esposa. Antecedentes de: Doença renal crónica (doente em programa regular de hemodiálise), Insuficiência cardíaca, DPOC, HTA e gastrite atrófica. Medicado adequadamente. O doente foi trazido ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia de início súbito. Terá iniciado também quadro com alguns dias de tosse produtiva, negando febre. Ao exame físico: doente consciente e orientado, apirético, perfil hipotensivo TA: 90/59 mmHg, FC: 76 bpm, polipneico com necessidade de oxigenioterapia por máscara facial a 15L/min (SatO2 93%), auscultação cardíaca rítmica, auscultação pulmonar com roncos bilaterais, edemas bimaesolares ligeiros. Realizado raio-x tórax, a demonstrar opacificação dos dois terços inferiores do pulmão esquerdo. Assumida provável pneumonia esquerda com agudização da

insuficiência cardíaca de base. O doente realizou TC tórax para esclarecimento do caso, que denotou uma “acentuada cardiomegalia com uma franca dilatação da aurícula esquerda que condiciona um desvio do mediastino para a esquerda e atelectasias compressivas... e ... Moderado derrame pleural à direita”. Portanto, doente com cardiomegalia considerável a condicionar a sua insuficiência cardíaca de base e certamente também com impacto na ventilação adequada e componente relevante para a sua DPOC. Assumida infeção respiratória com agudização de DPOC e IC de base, tendo-se tratado o doente em conformidade. Este acabou por ser internado alguns dias, tendo tido alta com recuperação para o seu basal.

Conclusões: Este caso tem relevância pela imagem incomum de uma cardiomegalia de dimensões consideráveis, que foi condicionada e condiciona ela própria multipatologias no doente, nomeadamente do foro respiratório e cardiovascular.

PO 118

VÍRUS VARICELA-ZÓSTER, UMA CAUSA RARA DE ENCEFALITE EM DOENTE JOVEM

Ana Raquel Figueiredo; João Lopes; Cristiana Teles;
Sara Remelhe; Cristiana Batouxas; José Brizuela;
Eugénia Madureira
ULSNE Bragança

Introdução: A varicela é uma das doenças transmissíveis mais comuns na infância; resulta da infeção inicial com o vírus varicela-zoster, do grupo Herpesvirus. Caracteriza-se por pápulas pruriginosas que podem afetar pele e mucosas. A encefalite é a inflamação do parênquima cerebral resultante de uma infeção por agentes externos. Apresenta-se por febre, cefaleia e alteração do estado de consciência. O diagnóstico passa pela realização da análise do líquido cefalorraquidiano.

Caso clínico: Masculino, 24 anos, autónomo. Antecedentes pessoais de doença de Behçet

(HLA B 51 positivo) com envolvimento do sistema nervoso periférico, aftose oral e uveítes recorrentes. Recorreu ao serviço de urgência por cefaleia frontal e occipital, com irradiação cervical posterior, com 5 dias de evolução e febre (38,3°C). Medicado habitualmente com Buprenorfina + Naloxona 8 / 2 mg ; Sevredol 20 mg ; Metrotexato 10 mg (1/semana) ; Prednisolona 5 mg ; Gabapentina 800 mg/dia ; Esomeprazol 40 mgDo exame objetivo apenas a destacar dor à palpação da região posterior da cervical. Exame neurológico: sem défices motores e sensitivos; sinais de Kernig e Brudzinski duvidosos. Do estudo analítico apenas a destacar neutrofilia de 86%; Tomografia computadorizada do crânio e ressonância magnética cerebral sem alterações. Realizou punção lombar e do estudo do líquido cefalorraquidiano revelou Varicella Zoster: Positivo. Restante estudo: Anticorpos Varicella zoster Ig G Positivo; e anticorpos Varicella zoster Ig M Positivo. Terapêutica realizada: Pantoprazol 20mg ev; Aciclovir 750 mg EV (8/8 horas); Ceftriaxoma EV (12/12 horas, durante 2 dias); Dexametasona EV (durante 2 dias); Gabapentina 400 mg (8/8 horas); Metamizol magnésico EV (SOS); Paracetamol 1000 mg EV (SOS); Buprenorfina + Naloxona 8 / 2 mg .

Conclusão: Após discussão com infeciologia concluiu-se ser mais provável uma primo-infecção, pela apresentação, mas não podendo omitir que se trata de um doente imunodeprimido. Realizou aciclovir durante 21 dias. Durante o internamento teve evolução clínica e analítica favorável sem outras manifestações da doença.

PO 119

PNEUMOTÓRAX E HAMARTOMA PULMONAR: QUANDO TUMORES BENIGNOS PROVOCAM EMERGÊNCIAS

Ana Raquel Figueiredo; João Lopes; Cristiana Teles; Sara Sá; Cristiana Batouxas; José Brizuela;

Eugénia Mdureira

ULSNE Bragança

Introdução: O pneumotórax resulta da entrada de ar na cavidade pleural, conduzindo ao colapso parcial ou total do parênquima pulmonar. O diagnóstico assenta no exame físico e na radiografia de tórax. Manifesta-se principalmente por dispneia e dor torácica. Hamartoma é um tumor, sem características de malignidade, devido à formação e hiperplasia de uma mistura anormal de tecidos em localização anómala.

Caso clínico: Homem, 69 anos, autónomo. Antecedentes pessoais de infeção grave por SarsCov2 com necessidade de internamento hospital; seguimento em consulta de pneumologia por Hamartoma pulmonar direito; dislipidemia e Diabetes mellitus tipo 2

Medicado habitualmente com Metformina 1000 mg ; Montelucaste 10 mg; Rosuvastatina 20 mg; Ácido acetilsalicílico 100 mg; Brometo de tiotrópio 18 µg + Budesonida / Formoterol 160 µg/dose / 4.5 µg/dose. Vai ao SU por dispneia e dor no hemitorax direito com 24h de evolução. Ao exame objetivo destacava-se: saturação periférica de O2 de 92% em ar ambiente; auscultação pulmonar com abolição do murmúrio vesicular à direita. Gasometria arterial com pO2 58. Estudo analítico sem alterações. Radiografia do tórax: massa no hemitórax direito e suspeita de pneumotórax à direita. Realizou tomografia computadorizada (TC) que mostrou: volumosa massa tumoral (16,7 x 13,4 x 12 cm) no campo pulmonar direito; volumoso pneumotórax ipsilateral atingindo uma espessura ântero-posterior máxima de 10,5 cm; colapso

atelectásico parcial do pulmão direito e ligeiro desvio da silhueta cardiomediastínica para a esquerda. Colocado dreno torácico. Após 24 horas o dreno exteriorizou-se espontaneamente. Realizou TC de controlo que revelou “melhoria imagiológica com marcada redução do pneumotórax atualmente com espessura máxima de 4 mm na vertente anterior”. Foi proposto encaminhamento para eventual cirurgia de remoção do hamartoma que o doente recusou.

Conclusão: Os hamartomas pulmonares são frequentes, ocorrendo em 0,3% da população geral, com maior incidência no sexo masculino e na sexta década de vida. Neste caso, apesar de benigno, o hamartoma seria o responsável pelo pneumotórax que motivou o internamento.

PO 120

ENCEFALITE HERPÉTICA NO IDOSO

João Lopes; Ana Raquel Figueiredo;
Cristiana Ferreira Teles; Micaela Nunes Sousa;
José Brizuela; Helena Maurício; Eugénia Madureira
ULSNE, Unidade Hospitalar de Bragança

Introdução: Os vírus Herpes constituem a principal causa de encefalite no mundo. As populações mais idosas, pela imunodepressão gradual da idade, estão em grande risco do desenvolvimento deste tipo de infeções.

Caso clínico: Apresentou-se no SU um doente do sexo masculino, de 83 anos, autónomo. Antecedentes de: HTA, Dislipidemia e Adenocarcinoma da próstata curado. Medicado adequadamente. Sem fatores de imunodepressão conhecidos para além da idade. Doente trazido ao SU por prostração, astenia e com queda no domicílio com TCE, sem perda de consciência. Sem quadro de febre. Na admissão: apirético, tendencialmente hipotenso TA: 101/53 mmHg, FC: 53 bpm, com saturações de oxigénio de 94% em ar ambiente. Doente sonolento, mas despertável, com fala arrastada. Respondia a questões e

cumpria ordens simples. Exame neurológico sumário sem défices focais objetiváveis. Restante exame físico sem alterações de relevo. Realizou TAC cranioencefálico, sem alterações de relevo. Gasimetria arterial, ECG e raio-x tórax sem alterações. Realizou também colheita de urina com Urina tipo 2 negativa (e urocultura com resultado posterior também negativa). Análises sem elevação de parâmetros inflamatórios, sem alterações de relevo. Confirmada a história, doente com quadro em progressão de astenia e anorexia com cerca de 3 semanas de evolução. Sob tratamento com brivudina + pregabalina por Herpes zoster costal à esquerda, com 2 semanas de evolução. Perante a história e a alteração do estado de consciência na admissão (queda, astenia, fala arrastada e sonolência) colocada a hipótese de encefalite herpética. Realizada punção lombar, com painel de meningite / encefalite positivo para Herpes zoster, confirmando a suspeita inicial. O doente ficou internado e foi tratado com aciclovir endovenoso em doses meníngeas, com evolução favorável do quadro e recuperação total, com alta em poucos dias.

Conclusões: O presente caso demonstra a relevância que a história clínica e o exame físico têm e continuarão a ter na nossa prática clínica. Trata-se de um doente em que a realização de punção lombar se demonstrou essencial para o diagnóstico correto e o consequente tratamento e resolução do quadro clínico.

PO 121

PRIMOINFEÇÃO POR VVZ COM ENVOLVIMENTO CUTÂNEO E PULMONAR

Ana Lúcia Rebelo do Rosário Lino; Vânia Junqueira;
Rosa Amorim
*Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E. - Unidade de
Caldas da Rainha*

Introdução: O Vírus Varicela Zóster é um dos oito vírus do grupo herpes que causa doença em humanos. Os doentes apresentam vesículas e pústulas dispersas pela pele e mucosas,

sendo a doença, na sua maioria, auto-limitada. No entanto, são diversas as complicações. Entre sobreinfecção bacteriana das lesões cutâneas, a encefalite herpética ou pneumonia.

Caso clínico: Homem, 30 anos, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por febre, dispneia e tosse com 72 h de evolução. Em contexto epidemiológico referiu surto de varicela na creche da filha, num doente sem história prévia de varicela. Ao exame objetivo apresentava-se febril, taquipneico, taquicárdico, com vesículas dispersas por todo o corpo incluindo palato e pavilhão auditivo. Gasimetricamente apresenta insuficiência respiratória hipoxemiante com pO_2 56 mmHg e hiponatremia ligeira. Analiticamente LDH de 733 U/L, PCR 3.3 mg/L e PCT 0.22 ng/mL. Realiza radiografia do tórax que evidencia pneumonia intersticial bilateral. Nesse contexto, realizou TC tórax e iniciou O_2 por MV com FiO_2 35% e aciclovir endovenoso. Por agravamento clínico, com necessidades de incremento de aporte de O_2 e corticoterapia, o doente foi transferido para o serviço de medicina intensiva.

Conclusão: A pneumonia causada pelo VZV é rara, no entanto é a complicação mais frequente no adulto, principalmente em homens fumadores. O seu tratamento atempado é crucial, em 24 h após início do exantema ou nas primeiras 72 h de início da doença. A Sociedade Portuguesa de Infeciologia recomenda a vacinação a pais de crianças jovens, não imunizados.

PO 122

CEFALEIA FRONTAL COMO PRIMEIRO SINTOMA DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO

Ana Raquel Figueiredo; João Lopes; Cristiana Teles; Sara Sá; Cristiana Batouxas; José Brizuela; Eugénia Madureira
ULSNE Bragança

Introdução: O Hematoma Subdural Crónico é mais frequente em idosos, associado a um traumatismo craniano leve. Em jovens costuma estar relacionado com alterações da coagulação, convulsões ou abuso de álcool.

Caso clínico: Masculino, 74 anos, autónomo. Foi ao serviço de urgência por cefaleia frontal com um mês de evolução e diminuição de força no membro inferior esquerdo. No exame neurológico apresentava desorientação espacial e temporal e hemiparesia esquerda grau 4+. Estudo analítico sem alterações. A tomografia computadorizada (TC) revelou: "Hematoma subdural subagudo sobre a convexidade cerebral direita; efeito de massa sobre o parênquima; desvio esquerdo da linha média com herniação subfalcial do corpo caloso, apagamento subtotal das cisternas perimesencefálicas e suprasselar e ligeira herniação transtentorial descendente do úncus temporal direito. Encarceramento do ventrículo lateral esquerdo com transudação transependimária de líquido." Foi realizada drenagem cirúrgica do hematoma com reversão total da clínica. Teve alta para o domicílio com seguimento em consulta de neurologia.

Conclusão: Nos idosos e os sintomas costumam surgir até um mês após a ocorrência. O principal sintoma é cefaleia e em cerca de 20% dos casos são bilaterais. É um diagnóstico a ter presente pois é muitas vezes confundido com síndromes demenciais como a doença de Alzheimer.

Imagens HSDC.docx

HERPES ZOSTER DISSEMINADO: UM CASO CLÍNICO

Rafael Pinheiro Ramos; Miguel Fidalgo;
Cátia Henriques; Sara Isabel Vasconcelos;
Rita João Soares; Rita Costa
*Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE /
Hospital de S. Sebastião*

Introdução: A infeção pelo vírus Varicela Zoster (VZV) é responsável por duas entidades clínicas distintas: Varicela (infeção primária) e Herpes Zoster (reativação de VZV latente). A ocorrência de Herpes Zoster associa-se fortemente à presença de fatores de risco, maioritariamente, idade avançada e estado de imunossupressão.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 86 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crónica e marcado património oncológico, nomeadamente, leucemia mielóide crónica (em fase crónica desde 2015, sob inibidor da tirosina quinase BCR-ABL com resposta molecular profunda), adenocarcinoma do cólon (hemicolecomia em 2019, em vigilância), tumor neuroendócrino duodenal (reseção endoscópica em 2020, em vigilância) e adenocarcinoma da próstata (diagnóstico em 2023, com metastização óssea, ganglionar e pulmonar, sob antiandrogénico).

Encaminhado por Oncologista ao Serviço de Urgência por aparecimento gradual de lesões vesiculares dolorosas na coxa direita no decurso da semana prévia, sem outra sintomatologia apurada. Objetivamente, hemodinamicamente estável, febril, visualizando-se exantema vesicobolhoso de base eritematosa com exuberantes sinais inflamatórios e atingimento dos dermatómos L2-L3-L4 à direita. Sem outras lesões cutâneas objetivadas. Analiticamente, com elevação de marcadores inflamatórios de fase aguda. Pesquisa PCR nas lesões com deteção de Varicela Zoster.

Assim, assumido o diagnóstico de Herpes Zoster complicado com disseminação cutânea e sobreinfeção bacteriana, tendo sido iniciada terapêutica com aciclovir endovenoso e antibioterapia empírica com amoxicilina/clavulanato, assim como analgesia dirigida ao fenómeno de nevrite aguda.

Internado com evolução favorável, pautada pela cessação de aparecimento de novas vesículas e cicatrização progressiva das lesões, bem como lise de parâmetros inflamatórios, a possibilitar transição para terapêutica antivírica oral (valaciclovir) ao 7º dia. Completou ciclo de 14 dias de terapêutica antivírica e 10 dias de antibioterapia empírica com trajetória clínica favorável, sem complicações ou recidiva aos 3 meses de seguimento.

Conclusão: A abordagem inicial do Herpes Zoster envolve a estratificação de gravidade, mediante a presença de complicações (atingimento ocular, otológico, neurológico, disseminação cutânea ou visceral), avaliação do benefício de terapêutica antivírica (conforme o tempo de evolução, características do doente e apresentação das lesões), eventual analgesia (se nevrite aguda) e terapêutica específica, dirigida a complicações.

A infeção disseminada configura uma forma de doença complicada. Ocorre mais frequentemente em doentes imunocomprometidos e exige a instituição de terapêutica antivírica endovenosa, por forma a maximizar a eliminação vírica e diminuir o risco de atingimento multiorgânico.

PO 124

TUMOR PARAFARÍNGEO EM MULHER JOVEM

João Lopes; Ana Raquel Figueiredo;
Cristiana Ferreira Teles; Micaela Nunes Sousa;
José Brizuela; Helena Maurício; Eugénia Madureira
ULSNE, Unidade Hospitalar de Bragança

Introdução: Os tumores do espaço parafaríngeo são raros, correspondendo a menos de 1% de todas as neoplasias da cabeça e pescoço. Podem ser benignos ou malignos, podendo ter origem em qualquer uma das estruturas contidas neste espaço. Habitualmente apresentam-se como uma tumefação indolor no pescoço ou orofaringe.

Caso clínico: Mulher de 34 anos, autónoma. Antecedentes de asma na infância e alopecia. Medicada habitualmente com pílula contracetiva e espinolactona. Recorreu ao SU por adenopatias cervicais de novo. Não fumadora. Trabalha numa associação de animais, com contacto frequente com os mesmos. Tem 2 gatos, vacinados e desparasitados. Nega viagens. Terá notado um “papo” na região cervical direita, há alguns dias, sem noção de crescimento. Refere síndrome gripal autolimitada uma semana antes, com sensação de febre e tosse produtiva de expectoração clara. Referia perda de peso com meses de evolução, que não sabia quantificar. Negava sudorese noturna. À admissão, objetivadas adenopatias cervicais palpáveis bilateralmente. A maior à direita. Sem outras adenopatias palpáveis. Amígdala à direita assimétrica, volumosa, associada a medialização da parede faríngea ipsilateral, sem compromisso da ventilação ou deglutição. Restante exame objetivo normal. Apirética, eupneica em ar ambiente (SatO2 97%), TA: 130/86 mmHg, FC: 110 bpm. Analiticamente: PCR 3.5, sem outras alterações. Raio-x tórax normal. Realizado TAC do pescoço, que denotou: “Volumosa massa centrada no espaço jugulocarotídeo à direita, com 5,4

x 3,2 cm ... condicionando acentuado abaulamento da parede lateral direita da faringe... adenopatias jugulocarotídeas e espinais acessórias bilaterais, as maiores à esquerda (11 mm) ... sem oclusão vascular ... Não há compressão nem desvio significativo da traqueia.” Doente internada. Realizado estudo completo em internamento com colaboração de Otorrinolaringologia e Pneumologia (TAC Toracodominopélvico, broncofibroscopia, RMN do pescoço), a confirmar e a melhor caracterizar a lesão já observada, sem evidência de outras formações neoplásicas / metástases. A doente acabou por ser referenciada para o IPO, realizando-se o diagnóstico final de tumor parafaríngeo direito. Foi submetida a cervicotomia, apresentando uma evolução clínica favorável, sem défices neurológicos sequelares. **Conclusão:** Este caso clínico expõe uma situação rara de tumor do espaço parafaríngeo, numa mulher jovem. A abordagem multidisciplinar relevou-se importante para o diagnóstico e tratamento céleres e adequados nesta doente.

PO 125

DECISÃO INCONSCIENTE OU RESPOSTA POSSÍVEL?

Glória Gonçalves; Alexandra Silva Azevedo; Sílvia Ferreira de Oliveira; Rita S Xavier;
Manuel Rodrigues; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

O pneumotórax, presença de ar na cavidade pleural, manifesta-se clinicamente com dispneia e toracalgia e, em situações graves, pode cursar com instabilidade hemodinâmica e pneumotórax hipertensivo. A história clínica associada ao exame físico pode levantar a suspeita clínica, mas o seu diagnóstico é radiológico. A abordagem terapêutica pode implicar uma atitude expectante ou finalizar na colocação de dreno torácico; a decisão depende da sintomatologia e da estabilidade

do doente, do tamanho do pneumotórax e da presença de fatores de risco.

Apresentamos o caso de um jovem de 20 anos, trabalhador na área da distribuição, fumador e com antecedentes de pneumotórax de grande volume (junho de 2023, resolvido com colocação de dreno torácico), que recorreu ao serviço de urgência (SU) em Dezembro de 2023 por quadro de dor súbita no hemotórax esquerdo, sem hipoxemia ou outra sintomatologia associada. Apresentava sons respiratórios abolidos à esquerda e, radiologicamente, novo pneumotórax de grande volume. Neste momento, explicadas possibilidades terapêuticas, recusadas pelo doente. Apesar de explicados os riscos inerentes a uma possível recusa, o mesmo manteve-se irredutível e teve alta contra parecer médico. Regressou ao SU cerca de 24 horas depois por manutenção da toracalgia que impedia atividade laboral, com avaliação clínica e radiológica sobreponíveis. Perante a mesma proposta terapêutica – colocação de dreno e internamento – o doente não alterou a sua posição de recusa, que finalizando em alta contra parecer médico. Passados 5 dias, novamente no SU, por manutenção da sintomatologia, radiologicamente com agravamento do pneumotórax, mas sem instabilidade hemodinâmica ou hipoxemia associada apesar das dimensões. Posição do doente inalterada.

Perante gravidade clínica e risco de instabilidade hemodinâmica em doente com recusa de internamento, colocada hipótese de abordagem diferenciada e personalizada do caso. Foi estabelecido um acordo com o doente: repouso no domicílio (algo que nunca tinha chegado a ocorrer) e reavaliações regulares agendadas no SU; mas que, no entanto, deveria recorrer ao S.U. em situação de agravamento franco da situação. Manteve vigilância clínica e radiológica durante 3 semanas com melhoria sintomática e resolução completa do pneumotórax. O caso descrito traduz uma abordagem per-

sonalizada do tratamento de um pneumotórax de grande volume, sintomático e de alto risco (doente fumador com antecedentes prévios de pneumotórax) que, teria indicação para tratamento com colocação de dreno torácico e vigilância apertada. Contudo, a decisão do doente é essencial no tratamento a oferecer e, perante recusa de tratamento invasivo, é essencial abordagens alternativas e personalizadas de tratamento, sempre que possível; para qualquer sucesso terapêutico o doente tem de estar de acordo com estratégia estabelecida.

PO 126

PADRÃO “CRAZY-PAVING” – TRAUMA DURANTE TOURADA

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

Introdução: Doenças agudas que induzem opacificação em vidro fosco difuso incluem edema pulmonar, hemorragia pulmonar, pneumonia por pneumocystis jirovecii, viral e por micoplasma, pneumonia intersticial aguda, doença pulmonar eosinofílica aguda e pneumonite de hipersensibilidade precoce. Já os distúrbios pulmonares crónicos incluem pneumonite de hipersensibilidade, pneumonia intersticial descamativa, pneumonia intersticial inespecífica, proteinose alveolar pulmonar (PAP), adenocarcinoma in situ, sarcoideose, entre outros.

Caso clínico: Homem, 26 anos, nega medicação habitual, trazido pela VMER, colhido por touro em pontas (trauma de baixa cinética). Ficou posicionado entre cornos do touro e as grades. Refere consumo de bebidas alcoólicas e cannabis. Na reanimação: Glasgow 15. TA: 90/50 mmHg, normocárdico. Eupneico em aa, SatO2 93%, sem assimetrias torácicas. ACP: sem alterações. Abdómen livre. Pélvis estável. Sem hemorragia ativa visível. Dor à

palpação dorsal direita, com contratura muscular. Iniciou-se fluidoterapia e terapêutica analgésica. Radiografia de tórax com opacificação do lobo superior esquerdo. Radiografia da coluna dorsal sem lesões traumáticas agudas. TC de torax: “Ligeiro espessamento de paredes brônquicas (alterações inflamatórias das vias aéreas). Extensa área de densificação em vidro despolido lobular, associada a espessamento dos septos interlobulares (configurando padrão “crazy-paving”) no lobo superior do pulmão direito e no segmento apical, região periférica interna do lobo inferior do pulmão direito e posterior e externa do lobo médio. No restante parênquima pulmonar direito nota-se ligeiro padrão em mosaico de atenuação. Bolhas de enfisema paraseptal, de predomínio nas regiões apicais.” Analiticamente: Hb 13 g/dL; leuc 14 300/uL (N 85%); plaq 118 000/uL; gluc 107 mg/dL; função renal e ionograma normal; PCR 6,1 mg/L. Após 48h doente refere melhoria, contudo ainda mantinha alguma dor dorsal à direita. À reavaliação analítica: leucocitose ligeira de 12 300/uL (N 80%); AST 120 U/L e PCR 44,5 mg/L. Por subida dos parâmetros inflamatórios foi iniciado Amoxicilina/ácido clavulânico. Optou-se por repetir radiografia de tórax havendo franca melhoria, com reversão da opacificação do lobo superior esquerdo. Com indicação para terminar ciclo de antibiótico; doente tem alta com encaminhamento para consulta de Pneumologia para reavaliação.

Conclusões: O padrão “crazy-paving” refere-se a opacidades em vidro fosco com septos interlobulares e intralobulares espessados e intercalados. Inicialmente descrito na PAP, também pode ser encontrado na pneumonia atípica, hemorragia pulmonar e dano alveolar difuso. Neste caso, em contexto de trauma, poderá ter sido o impacto a promover este padrão, contudo ocorreu resolução total imagiológica após 48h; relevando a importância da reavaliação.

PO 127

IMPORTÂNCIA DE UMA BOA COLHEITA DE HISTÓRIA CLÍNICA: A PROPÓSITO DE UM TEP BILATERAL NUM JOVEM

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

CHBM - ULSAR

Introdução: Embolia pulmonar aguda (EP) é uma doença por vezes fatal com apresentação clínica variável. A abordagem inicial deve se concentrar na estabilização do doente. A anticoagulação deve ser iniciada mesmo antes da confirmação do diagnóstico se o benefício prevalecer vs risco. Uma vez confirmado o diagnóstico, a estratificação de risco é crucial. Associa-se a uma mortalidade de até 30% se não tratada.

Caso clínico: Homem, 39 anos, autônomo, hábitos tabágicos mantidos (10 cigarros/dia). Recorreu ao SU por quadro de dispneia com 6 dias de evolução, agravada com esforços físicos. Negou febre, tosse ou dor torácica. Refere que há alguns dias teve episódio de síncope após subir escadas no local de trabalho, com perda de conhecimento com cerca de 3 minutos, com pródromos de tonturas, visão turva e sudorese. Por persistência dos sintomas, com ligeiro agravamento recorreu ao SU. Apresentava-se vigil, orientado, sem déficits neurológicos. Subfebril, normotenso e normocárdico. Mucosas coradas e hidratadas. Eupneico em repouso, SpO₂ 94%. AP: MV mantido bilateralmente, com ligeiro sibilo expiratório no terço médio à direita. AC: S1 e S2 rítmicos, sem sopros. Abdómen inocente. Sem edema periférico. GSA com O₂ a 3L/min: pH 7.471; pCO₂ 35.6 mmHg; pO₂ 63.8 mmHg; sO₂ 93.8%; Lac 1.2 mmol/L; HCO₃ 26.5 mEq/L. Radiografia de tórax com reforço peri-hilar bilateral. TC tórax: “condensação parenquimatosa com broncograma aéreo, localizada no segmento anterior do lobo supe-

rior direito, referindo-se áreas de densificação parenquimatosa mal definida no lobo superior esquerdo; compatível com processo infeccioso”. Painel respiratório e serologias negativas. GSA (em aa; reavaliação): pH 7.430; pCO₂ 36.6 mmHg; pO₂ 61.2 mmHg; sO₂ 92.1%; lac 1.6 mmol/L; HCO₃ 24.5 mEq/L. Pedidos D-dímeros (12 389 ng/mL) por doente com pouca melhoria clínica e com GSA suspeita e, após revisão de história clínica, quadro inicial compatível com TEP. Angio-TC: “sinais de TEP bilateral extenso com trombos nas duas artérias pulmonares, em todas as artérias lobares e em ramos segmentares e subsegmentares. Sem sinais de disfunção cardíaca direita. Área de consolidação no LSD e discretas áreas de vidro despolido nos lobos superiores.” Doente ficou internado para estudo. Ecocardiograma TT, Holter de 24h e TC tóraco-abdomino-pélvica sem alterações. Estudo de auto-imunidade, marcadores tumorais e pró-trombótico negativo. Apurou-se que doente tinha tido uma TVP envolvendo a veia popliteia direita há cerca de 3 meses. Doente teve uma boa evolução clínica e teve alta hospitalar com seguimento para Consulta de Medicina Interna. **Conclusões:** Os doentes devem ser investigados para a causa subjacente da EP. A anticoagulação inadequada é a razão mais comum para o tromboembolismo venoso recorrente. Este caso elucida bem a importância da recolha detalhada da história clínica, o que por vezes no âmbito da Urgência se torna um grande desafio.

PO 128

UMA IMAGEM VALE MAIS QUE MIL PALAVRAS

Joana Vieira; Mafalda Maria Santos; João Vieira Afonso; Mariana Simão Magalhães; Ana Cristina Teotónio

Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Introdução: A Tuberculose é uma doença multissistémica infecciosa, causada por uma bactéria: *Mycobacterium tuberculosis*. Tipicamente afeta os pulmões (tuberculose pulmonar), mas potencialmente pode causar doença em qualquer órgão (tuberculose extrapulmonar). É uma das 10 maiores causas de mortalidade global.

Caso clínico: Jovem de 32 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, natural do Brasil. É encaminhado ao Serviço de Urgência por febre e tosse com 2 semanas de evolução.

Ao exame objetivo emagrecido, normotenso, normocárdico e eupneico em ar ambiente com SpO₂ 99%. À auscultação pulmonar murmúrio vesicular diminuído globalmente. Analiticamente a destacar elevação PCR 12 mg/dL sem leucocitose, serologias negativas (HCV, HBV, HIV e Sífilis); gasimetricamente sem hipoxemia. Em TC tórax na avaliação do parênquima pulmonar evidencia tree-in-bud difuso no segmento superior e basal anterior do LID, com duas áreas cavitadas, a maior com 34mm. Realizou colheita de 3 amostras de expetoração com BAAR (+++).

Conclusão: A Tuberculose Pulmonar é um problema grave de saúde pública, cerca de 25% da população mundial está infetada.

Nos últimos anos houve uma redução significativa no diagnóstico. É essencial notificar. Uma vez diagnosticada se multisensível e tratamento completo - habitualmente tem bom prognóstico.

**MENINGITE POR VÍRUS VARICELA ZOSTER:
UM CASO RARO DE COMPLICAÇÃO
NEUROLÓGICA**

Adriana Basílio¹; Mafalda Maria Santos²;
Carla Morgado³; Sílvia Oliveira¹; Célia Machado³;
Mário Esteves¹

¹CHMA - Hospital de Famalicão; ²Centro Hospitalar
do Oeste, E.P.E. - Unidade de Caldas da Rainha;

³Hospital de Braga

Introdução: A meningite define-se como uma inflamação das meninges, acompanhada por uma contagem anormal de células no líquido cefalorraquidiano (LCR). A meningite asséptica, caracterizada pela ausência de crescimento bacteriano em culturas, é a forma mais comum, sendo os vírus uma causa frequente. Clinicamente, os doentes apresentam febre, dor de cabeça, fotofobia, rigidez da nuca e, frequentemente, náuseas e vômitos. A meningite de etiologia vírica geralmente é uma doença autolimitada, com um bom prognóstico. **Caso clínico:** Mulher, 75 anos, autônoma nas atividades de vida diária. Como antecedentes patológicos destaca-se hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia e obesidade. Medicada habitualmente com Lisinopril + Hidroclorotiazida, Metformina e Atorvastatina.

Recorreu ao serviço de urgência por cefaleia acompanhada de náuseas com uma semana de evolução. Refere, ainda, febre e aparecimento de lesões dolorosas na região mamária esquerda e dorso. Automedicou-se com paracetamol 1g, 2 vezes por dia, com ligeira melhoria. Sem outros sintomas. Ao exame objetivo, apresentava rigidez da nuca e lesões na região mamária esquerda e dorso (D4-D5) compatíveis com zoster cutâneo. Sem alterações ao exame neurológico e sem apresentação doutros achados.

Analiticamente destacava-se a elevação do valor da PCR: 64 mg/dL, sem leucocitose e sem anemia. Realizou TC CE, onde não foram documentadas alterações de relevo. Foi realizada punção lombar, cujo LCR apresentava 28 células com predomínio linfocítico (71%), 0.34 g/L de proteínas, glicose 104 mg/dl, painel de meningites/encefalites positivo para VHZ.

A doente foi medicada com Aciclovir 750 mg, 3 vezes por dia durante 14 dias pelo diagnóstico de meningite por VZV e foi prescrita Gabapentina como tratamento da dor neuropática.

Apresentou resolução total do quadro clínico.

Conclusão: A meningite por herpes zoster é uma complicação neurológica rara, mas potencialmente grave, associada ao vírus varicela-zoster. O caso apresentado destaca a importância de considerar essa etiologia em pacientes com sintomas neurológicos compatíveis, especialmente na presença de sinais de herpes zoster cutâneo ou história prévia de infeção pelo vírus. O diagnóstico precoce, baseado em exames clínicos e laboratoriais, é essencial para a implementação rápida de terapia antiviral, o que pode melhorar significativamente o prognóstico e prevenir complicações adicionais. Este caso reforça a necessidade de um alto índice de suspeição clínica, particularmente em pacientes imunocomprometidos ou idosos, para garantir uma abordagem terapêutica oportuna e eficaz.

PO 131

TAMPONAMENTO CARDÍACO: URGÊNCIA VITAL INTERVENÇÃO CRUCIAL

Luísa Pina Marques; Joana Fontes
*Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE /
Hospital de S. Sebastião*

Introdução: O tamponamento cardíaco é uma emergência médica. Os sintomas podem incluir dor torácica, dispneia e taquipneia. casos de tamponamento subsequentes a pericardites são de causa maligna, tuberculosa ou secundária a outras infeções e cerca de 10 a 15% são idiopáticos. O tratamento é a pericardiocentese urgente ou cirurgia.

Caso clínico: Homem de 74 anos, com fatores de risco cardiovascular, cardiopatia hipertensiva e doença renal crónica (DRC), recorreu ao serviço de urgência (SU) com dispneia, ortopneia e dispneia paroxística noturna e tosse produtiva com uma semana de evolução. À admissão, estava consciente (Glasgow 15), taquipneico, sem insuficiência respiratória (IR), mas com turgescência venosa jugular, hipotenso, normocárdico e apirético. À auscultação, sons cardíacos ensurdecidos e crepitações bibasais; edema marcado dos membros inferiores. Exames de diagnóstico revelaram acidemia metabólica e láctica, agudização da DRC (creatinina 6,3 mg/dL, ureia 167 mg/dL), hipercaliemia (6,8 mmol/L), NT-proBNP de 1178,4 pg/mL; troponina I (alta sensibilidade) de 22,3 ng/mL; radiografia torácica mostrou cardiomegalia e sinais de congestão pulmonar, e o eletrocardiograma evidenciou bloqueio auriculoventricular de 1.º grau e elevação do segmento ST nas derivações inferiores, com sinal de Spodick. Evoluiu com agravamento da hipotensão, IR

hipoxémica, anúria com necessidade de suporte vasopressor (SVP) e ventilação não invasiva. O ecocardiograma identificou derrame pericárdico de grande volume com “swinging heart”. A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica revelou cardiomegalia moderada, derrame pericárdico de 42 mm, derrame pleural bilateral moderado e atelectasias basais. Assumido choque obstrutivo por tamponamento cardíaco, sendo realizada pericardiocentese emergente com drenagem de 1000 ml de líquido hemático antigo, o que levou à recuperação hemodinâmica e suspensão do SVP. No primeiro dia de internamento, o doente apresentou tosse produtiva, agravamento das trocas gasosas e elevação dos parâmetros inflamatórios, sugerindo infeção respiratória, sendo iniciada antibioterapia empírica. O rastreio foi positivo para rinovírus. Do estudo etiológico foram excluídas causas neoplásicas, auto-imunes, metabólicas, farmacológicas e outras causas infecciosas incluindo tuberculose, tendo-se considerado o quadro infeccioso a causa mais provável. A evolução clínica foi favorável, com resolução do derrame pericárdico até à alta hospitalar.

Conclusão: Este caso destaca a urgência e gravidade do tamponamento cardíaco, uma condição rara, mas fatal, que exige diagnóstico e intervenção imediatos. A rápida identificação do choque obstrutivo e a intervenção emergente com pericardiocentese foram essenciais para a estabilização do doente.

A SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR (VCS) E A NEOPLASIA DO PULMÃO

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

Introdução: A síndrome da veia cava superior (VCS) resulta de qualquer condição que leve à obstrução do fluxo sanguíneo da VCS; pode ser causada pela invasão direta de tumor na VCS ou pela compressão externa da VCS por um processo patológico adjacente envolvendo o pulmão direito, gânglios linfáticos e outras estruturas mediastínicas, levando à estagnação do fluxo e trombose. Por vezes, tanto a compressão externa quanto a trombose coexistem.

Caso clínico: Homem, 58 anos, autónomo, hábitos tabágicos mantidos (40 UMAs). Nega medicação habitual. Recorre ao SU pela terceira vez numa semana por manutenção de quadro prévio: dispneia, ortopneia com 1 semana de evolução e ainda edema facial de predomínio matinal. Nega dor torácica, febre, náuseas ou vômitos. Angio-TC torácica prévia: “Ligeiras alterações enfisematosas de tipo centrilobular. Identificam-se múltiplos conglomerados adenopáticos dispersos pelas cadeias mediastínicas, os maiores em localização pré-traqueal com 8x4,5 cm e subcarinal com 7,5x4 cm, com evidência de sinais de invasão da VCS, com franca redução do seu calibre luminal permeável.” À admissão, doente vigil, calmo e colaborante; contudo muito queixoso. TA de 159/93 mmHg, FC de 103 bpm, SpO2 de 96%. Eupneico em ar ambiente. Mucosas coradas e hidratadas. AC: S1 e S2 rítmicos, taquicárdico. AP: MV rude, diminuído ao nível da base esquerda, com fervores bibasais. Abdómen inocente. Sem edema periférico. Telangiectasias da parede

torácica anterior. Analiticamente: Hb 11.4 g/dL, Leuc 11 100/uL, Neut 7 600/uL, PlaQ 202 000/L, INR 1.16, DD 5058 ng/mL, função renal e ionograma sem alterações, NT-ProBNP 142 pg/mL, PCR 27 mg/L. Radiografia de tórax evidencia uma massa mediastínica. Tomografia de tórax de reavaliação: “volumoso conglomerado adenopático ocupando todo o mediastino, com maior expressão em topografia para-traqueal direita e sub-carinal, condicionando marcada compressão, moldagem e eventual invasão da VCS (provável síndrome da VCS), sugerindo correlação histológica (provável doença linfoproliferativa).” Interna-se doente para estudo. Broncofibroscopia documentou à entrada da árvore brônquica direita uma massa polipóide, vascularizada e friável; tendo sido colhidas biópsias. Diagnóstico anatomopatológico confirmou um carcinoma pouco diferenciado, com citologia positiva a favorecer adenocarcinoma com origem primária do pulmão.

Conclusões: Na maioria dos casos, a síndrome da VCS é devida à neoplasia do pulmão ou linfoma não-Hodgkin; os sintomas e sinais podem incluir edema facial ou de extremidade superior, dor torácica, sintomas respiratórios (dispneia é o sintoma mais comum) ou manifestações neurológicas. Cerca de 60% dos doentes não têm um diagnóstico pré-existente de neoplasia. Os objetivos do tratamento são aliviar os sintomas e tratar a doença subjacente (conforme o tipo histológico), devendo o tratamento ser individualizado.

PO 133

ROTURA DE ANEURISMA DA SUBCLÁVIA: RELATO DE CASO

Joana Vieira; Mafalda Maria Santos; João Vieira Afonso; Mariana Simão Magalhães; Ana Cristina Teotónio

Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Introdução: Os aneurismas da artéria subclávia são raros (< 1%). As causas mais comuns são aterosclerose, infecção, trauma e síndrome do desfiladeiro torácico. A rotura ocorre em cerca de 9% dos casos e está pouco documentada. São mais frequentes em homens entre os 60 e 70 anos de vida.

Caso clínico: Senhor de 83 anos, autónomo, com antecedentes pessoais de dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e ex- fumador é encaminhado ao Serviço de Urgência por dispneia, tosse e hemoptises com 1 hora de evolução. À admissão na sala de emergência com Glasgow 15, pálido, suado e apresentava hemoptise de grande volume a cada acesso de tosse. Tensão Arterial no membro superior direito 162/77 mmHg e no membro superior esquerdo 128/69 mmHg, taquicardia sinusal e febre de 38,3°C . À auscultação pulmonar murmúrio vesicular diminuído no hemitórax esquerdo. Do estudo analítico realizado destacava-se aumento dos parâmetros inflamatórios, hemoculturas negativas e o TC TAP revelou rotura de aneurisma sacular na origem da artéria subclávia esquerda. Foi contactada a Cirurgia Vascular para abordagem cirúrgica emergente.

Conclusão: Os Aneurisma da Artéria Subclávia são raros e o seu diagnóstico é desafiador, exigindo elevada suspeita clínica. A rotura aneurismática representa uma emergência médica e o seu tratamento cirúrgico é complexo.

PO 134

UMA CORREÇÃO QUE TERMINA EM COMPLICAÇÃO

Cristiana Ferreira Teles; Sara Carlos; João Lopes; Ana Raquel Figueiredo; Ana Catarina Pires; João Preto

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

Introdução: A mielínólise pontina central (MPC) é uma doença desmielinizante aguda causada por oscilações abruptas na osmolaridade sérica, particularmente hiponatremia grave, resultando em desmielinização simétrica da parte central da base da ponte. Existem condições prévias que predispõem ao desenvolvimento desta complicação como insuficiência hepática, queimaduras graves, insuficiência renal crónica, hemodiálise, linfoma, desnutrição, infeções bacterianas graves, desidratação, alcoolismo crónico. A sua apresentação clínica inclui tetraparésia, alterações agudas do nível de consciência, coma e morte. Comumente surge 2 a 7 dias após a correção.

Caso clínico: Homem, 22 anos de idade, descrito como autónomo. Antecedentes conhecidos de epilepsia, atraso cognitivo ligeiro e CIA corrigida cirurgicamente, em tratamento com Risperidona 1mg/ml e Nozinan 40mg/ml. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre, tosse, dor abdominal difusa e vômitos com 4 dias de evolução. Na exploração física, objetivada depressão do estado de consciência (E1V1M3 - Glasgow 5) com polipneia e taquicardia associadas. No estudo analítico com pancitopenia, lise hepática, coagulopatia, hiponatremia 110 mEq/L (normal 135-145 mEq/L) e elevação de PCR. Gasimetricamente com insuficiência respiratória hipoxémica grave e lactacidemia. Realizou Tomografia Computorizada com pneumonia extensa bilateral e, tendo em conta disfunção multiorgânica, decide-se intubação orotraqueal, sendo admitido no SMI.

Após 4 dias, tendo em conta evolução favorável, é extubado com sucesso, sem alterações do ponto de vista neurológico. No entanto, ao dia 5 de internamento apresentou dificuldade na deambulação associada a disartria, sonolência e dificuldade em responder a comandos verbais.

Realizou uma RM cerebral que revelou áreas simétricas e bilaterais de sinal hipointenso em T1 e hiperintenso em T2 e FLAIR, não captantes de contraste, situadas nos núcleos da base. **Conclusão:** O doente em questão realizou uma correção excessivamente rápida do défice de sódio sérico, de 110 para 129 mEq/l em apenas 12h, o que excede os limites considerados seguros para correção, que não deve ultrapassar 0,5mEq/l/h. A correção do sódio sérico deve ser realizada de forma cuidadosa e lenta, firmada num cálculo meticuloso do défice de sódio, de forma a evitar esta complicação, que pode cursar com evolução catastrófica, dado que não existe tratamento eficaz comprovado da mielinólise e, nos casos graves, o prognóstico geralmente é reservado.

PO 135

HBA1C RECORDE

Nuno Miguel Faria; Margarida Araújo;
Francisco Nunes Gonçalves; Catarina Machado;
Luísa Pinto
Hospital de Braga

Introdução: O síndrome hiperosmolar hiperglicémico (SHH) é uma das complicações agudas da diabetes mellitus. Cursa normalmente com valores elevados de glicemia e osmolaridade sérica. Estes doentes frequentemente apresentam-se com depressão do estado de consciência que pode agravar para coma.

Caso clínico: Homem, 62 anos, com antecedentes pessoais de esquizofrenia, sob quetiapina, clorpromazina e haloperidol, com múltiplos internamentos em regime involuntário e diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada no último internamento (Maio/2023) com HbA1c

de 11,2%. Por apresentar má compliance terapêutica e episódios de heteroagressividade, optou-se por iniciar anti-diabéticos orais (metformina mais sitagliptina) à data de alta do internamento. Manteve situação social, continuando a residir com a sua mãe (principal cuidadora). É trazido ao serviço de urgência em Agosto/2024, por quadro de prostração e recusa alimentar com cerca de 1 mês de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se emagrecido (IMC: 15,6kg/m²), desidratado, prostrado, com abertura ocular à chamada, cumpria ordens simples e não verbalizava. Analiticamente com hiperglicemia (618mg/dl), osmolaridade sérica plasmática aumentada (350mOsm/kg), lesão renal aguda AKIN 2, corpos cetónicos aumentados (4,0 mmol/L), anion gap normal e sem acidemia metabólica. Restante estudo sem alterações de relevo, não se tendo identificado despoletante infeccioso. Neste internamento, após o tratamento do SHH, completou estudo com HbA1c de 21,5% e iniciou esquema de insulino-terapia basal-bolus, com o intuito de à data de alta assegurar no mínimo 1 toma diária de insulina basal. Encontra-se a aguardar resolução da situação social.

Conclusão: Com este caso pretendemos alertar para o subtratamento que os doentes com doença mental podem sofrer, resultando em descompensação grave da diabetes, com risco de complicações agudas potencialmente fatais.

PO 136

PNEUMONIA A CORONAVÍRUS NL63 NUMA DOENTE IMUNODEPRIMIDA

Bruna Rodrigues Barbosa; Sofia Martins Ferreira;
Cláudia Sofia Ribeiro; Laurinda Pereira;
Martinho Fernandes; Ana Paula Pona
CHBM - ULSAR

Os coronavírus da constipação típica (cCoV) incluem os alfa-coronavírus (HCoV-229E e HCoV-NL63) e os beta-coronavírus (HCoV-OC43 e HCoV-HKU1); foram detectados em

praticamente todos os lugares. As infecções respiratórias por cCoV ocorrem principalmente no inverno, embora possam ocorrer em qualquer época do ano.

Mulher de 77 anos, autônoma, reside no domicílio com o esposo. Antecedentes pessoais de: leucemia linfocítica crônica (LLC) em vigiância (descrita progressão da doença, plano de iniciar acalabrutinib, a aguardar decisão da Cardiologia); HTA; Dislipidemia; seguida em Cardiologia por aurícula esquerda dilatada, valvulopatia mitral-aórtica degenerativa, ESSV e V monomorfas. Medicação habitual: prednisolona 40 mg/dia; bisoprolol 5mg (1cp, 12/12h); apixabano 5mg (1cp, 12/12h). Admitida no SU por prostração, dispneia, tosse com expectoração, febre e cansaço fácil para pequenos esforços. Ao exame objetivo inicial apresentava-se vigil, calma e colaborante, orientada. PA de 103/63 mmHg; FC: 84 bpm; Febril (TT de 38,5°C). Cansaço fácil durante a comunicação, SpO2 97% sob O2 a 4L/min. Mucosas descoradas mas hidratadas, anictérica e acianótica. AC: S1 e S2 arritmicos. AP: MV mantido, roncos dispersos. Sem edema periférico nem sinais de TVP. Analiticamente: Hb 9.1 g/dL, Htc 30.6%; plaquetas 362 000/uL; leucócitos 106 700/uL; neutrófilos 51%; INR 2.38; D-dímeros 589 ng/mL; Gluc 124 mg/dL; Na+ 136 mmol/L; K+ 5.7 mmol/L; Cl- 107 mmol/L; PCR 93.1 mg/L; função tiroideia, renal e hepática sem alterações; troponina 367 pg/mL. Gasometria arterial sob O2 a 4L/min: pH 7.40, pCO2 32.5 mmHg, pO2 92.1 mmHg, SO2 98.3%, HCO3 23 mEq/L, lac 0.7 mmol/L. Radiografia de tórax com hipotransparência bilateral difusa. TC de tórax: “densificações parenquimatosas pulmonares dispersas por todos os lobos, com densidade predominante de vidro despolido; aspecto é inespecífico e, neste contexto, devemos considerar as hipóteses de infecção pulmonar, toxicidade de eventual terapêutica farmacológica ou mesmo envolvimento pela doença de base.

Adenopatias mediastínicas, hilares bilaterais e axilares. Há cardiomegalia e calcificações coronárias.” Painel respiratório identificou coronavírus NL63. Assumiu-se pneumonia grave em contexto de infecção por coronavírus e LLC em aparente progressão, tendo doente ficado internada e iniciado remdesivir e fisioterapia respiratória, com benefício e imagiologicamente com melhoria das opacidades bilaterais, tendo tido alta hospitalar.

Os cCoV são a causa de 5-10% das infecções do trato respiratório superior adquiridas na comunidade em adultos; desempenhando um papel em infecções respiratórias mais graves, particularmente em adultos com doença pulmonar subjacente e idosos. Este caso clínico permite sedimentar que doentes imunodeprimidos, desenvolvem pneumonias graves a cCoV, neste caso a HCoV-NL63, por terem o seu sistema imunitário comprometido.

PO 137

UMA VVTRAUMA CATASTRÓFICA

Cristiana Ferreira Teles; Tiago Ceriz; Sara Carlos; Ana Raquel Figueiredo; João Lopes; Ana Catarina Pires; João Preto; Andrés Merino
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE / Hosp. de Mirandela (Hosp. Nossa Senhora do Amparo)

Introdução: Segundo a norma da DGS 012/2022 a Via Verde do Trauma (VVT) no adulto é parte integrante do Sistema Integrado de Emergência Médica, utilizando a totalidade dos seus meios, nomeadamente pré-hospitalar e hospitalar. Existem traumas associados a elevadas taxas de morte ou a incapacidades temporárias ou permanentes de extensão variável. Os esforços para prevenir lesões traumáticas e melhorar o atendimento hospitalar têm um papel crucial na redução das mortes e incapacidades decorrentes do trauma (Kostiuk & Bruns, 2020).

Caso clínico: Masculino, 42 anos, sem antecedentes pessoais relevantes nem medicação habitual, trazido pela VMER e admitido

na Sala de Emergência como VVT após acidente de moto com projeção de vários membros, desconhecendo-se mais pormenores do acidente. O doente levaria capacete que terá retirado. TA estável durante o transporte, no entanto com queixas de dor torácica à esquerda e perda de mobilidade e sensibilidade de ambos membros inferiores, com fratura exposta da perna direita, reduzida no local por ausência de pulsos. Realizada exploração inicial mediante ABCDE a destacar via aérea patente, tórax com expansibilidade reduzida à esquerda com MV assimétrico (D>E), hipotensão (TA 80/40mmHg), TPC ~3seg, abdômen inocente, FAST negativo, bacia estável e Glasgow 15. Realizou protocolo imagiológico de trauma dirigido às queixas. Na Tomografia Computadorizada de tórax confirma-se hemotórax à esquerda, com abdômen e pélvis sem evidentes lesões traumáticas. No entanto, com fratura-luxação grave da coluna dorsal e fratura exposta da perna direita. Da avaliação secundária: Hemotórax à esquerda resolvido com dreno torácico; Fratura exposta dos ossos da perna, diáfise, grau 2; Fratura D7, D8 e D9 com luxação e paraplegia. Foi realizada uma fixação externa monoplanar para estabilização, com vista ao transporte para um centro com cirurgia urgente ao raquis, realizado mediante helitransporte.

Conclusão: Este caso sistematiza a abordagem ABCDE que deve ser inerente as VVT de forma a otimizar a avaliação inicial dado que um dos aspetos mais importantes da qualidade do atendimento a situações traumática é a rapidez com que a vítima começa a ter cuidados diferenciados. A identificação precoce de lesões que comprometem a vida estando a uma distância considerável de um centro de referência com capacidade de resolução é a base de trabalho para quem trabalha num hospital periférico priorizando sempre a rapidez no transporte após estabilização prévia.

PO 138

EDEMA E DOR UNILATERAL DO MEMBRO SUPERIOR - QUAL O DIAGNÓSTICO?

Carlos Morido Nancassa; Adelaide Figueiredo;
Tetiana Baiherych; Victor Baiherych
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A trombose venosa profunda (TVP) do membro superior (MS), é considerada uma entidade rara embora, nas últimas décadas tem-se tornado cada vez mais frequente devido ao maior uso de dispositivos médicos, cateteres venosos centrais (CVC), pacemakers, cardiodesfibriladores, cateteres para quimioterapia e nutrição parentérica. Na avaliação de um quadro clínico de edema e dor unilateral do membro superior o diagnóstico diferencial incluiu a TVP do MS, obstrução linfática, massa tumoral comprimindo as estruturas locais e processo infeccioso.

Caso clínico: Homem, 79 anos, caucasiano, com antecedentes pessoais de discopatia cervical com estenose canalar de C5-C6, seguido na consulta da dor, medicado com fentanilo TD, hipertenso, diabético, fumador ativo 30 UMA. Admitido no SU por dor, edema e incapacidade funcional do ombro e braço direito com um mês de evolução. Teve agravamento dos sintomas na sequência de queda no domicílio com traumatismo do braço ipsilateral. Avaliado na 1ª vinda ao SU, efetuado radiografia excluída fratura do braço, tendo alta com terapêutica analgésica otimizada. Regressa a urgência, após 72 horas, por agravamento da dor e edema do braço, com extensão a todo o membro superior e segmento escapulo-umeral direito. Ficou internado para estudo. Analiticamente destaca-se um aumento dos D-dímeros (635ng/ml). Foi realizado ecodoppler venoso do MS direito que evidenciou extenso trombo envolvendo a veia jugular, tronco venoso braquiocefálico, veia subclávia e axilar direita. Realizou TAC torácica para estudo etiológico

que revelou processo neoformativo do lobo pulmonar superior direito com envolvimento do mediastino e hilo pulmonar direito.

Conclusões: TVP do MS apesar de ser uma entidade rara, deve ser considerada em doente com edema unilateral do MS. A neoplasia do pulmão representa cerca de 80% dos casos de TVP do MS associado as doenças malignas. Devemos estar atentos aos factores de risco (tabagismo) á semelhança do nosso doente.

PO 139

PULMÃO BRANCO SEM DERRAME

Ana Raquel Figueiredo; João Lopes; Cristiana Teles; Sara Sá; Cristiana Batouxas; José Brizuela; Eugénia Madureira
ULSNE Bragança

Introdução: Pneumonia obstrutiva resulta habitualmente da presença de um corpo estranho, nódulo, expetoração ou inflamação das vias respiratórias que impede a entrada de ar nos pulmões.

Caso clínico: Masculino, 69 anos, dependente na sequência de doença vascular cerebral. Vai ao SU por tosse, febre e expetoração purulenta e abundante. Do exame objetivo destacava-se saturação periférica de 94% com O2 a 2L/min e auscultação pulmonar com murmúrio vesicular quase abolido à esquerda. No estudo analítico apresentava leucocitose com neutrofilia e PCR 10,01 mg/dl. Realizou tomografia computadorizada (TC) do torax que revelou: “pulmão branco à esquerda com importante colapso pulmonar a este nível. Há um desvio e lateralização do mediastino para a esquerda, aspetos a valorizar clinicamente. Admitimos para aspetos obliterativos envolvendo o brônquio do pulmão esquerdo de difícil valorização eventualmente num contexto neoformativo no hilo esquerdo, sendo que a avaliação broncofibroscópica impõe-se dada a sua maior acuidade diagnóstica.” Foi admitido no internamento para realização de antibioterapia, corticoterapia e cinesioterapia

respiratória. Expetoração sem isolamentos. Ao 6º dia de internamento repete TC que mostra: “expansão do pulmão esquerdo, referindo-se neste pulmão opacidades parenquimatosas em vidro despolido possivelmente aspetos inflamatórios bem como bronquiectasias nos lobos inferiores com espessamento peribrônquico. Existe particularmente no lobo inferior do pulmão esquerdo, mas também com localização lingular um discreto infiltrado micronodular traduzindo possivelmente alterações inflamatórias das pequenas vias aéreas.” Atendendo à evolução clínica, analítica e imagiológica favorável foi decidido não realizar broncofibroscopia.

Conclusão: A pneumonia obstrutiva endobronquica na imagem de radiografia é semelhante a um derrame pleural de grande volume. A avaliação imagiológica por TC foi fundamental para o diagnóstico e para a exclusão de eventual patologia neoplásica. Apesar de a pneumonia ser uma das patologias mais observadas e tratadas pelos médicos internistas, podem contudo ter apresentações clínicas e imagiológicas que os afastam do diagnóstico.

PO 141

HIDRADENITE SUPURATIVA HURLEY III

SARA LOURENÇO TERESO; Sónia Fernandes
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Hidradenite supurativa é uma doença autoinflamatória crônica cutânea recorrente, afetando áreas do corpo ricas em glândulas apócrinas, apresentando nódulos dolorosos, abscessos, cicatrizes, afetando a região axilar, inguinal e anogenital, podendo ser classificada em três estágios de gravidade de acordo com Hurley: Hurley I 45,5%, Hurley II 41,5%, sendo o Hurley III o menos frequente 13% dos doentes. Uma vez progredindo para um estágio de Hurley mais avançado é considerado irreversível a recuperação.

Caso clínico: Homem 43 anos, com antecedentes de hidradenite supurativa Hurley III, sob adalimumab, recorre ao SU por febre, agravamento exsudação das lesões de hidradenite no tórax, coxas e edema do escroto, nega sintomatologia respiratória ou do trato genitourinário. Exame objetivo evidenciava nódulos com drenagem espontânea de conteúdo purulento na região inguinal/crural e coxas (face interna proximal) com edema, espessamento e dor à palpação do escroto. Analiticamente Leucocitose com neutrofilia, PCR 10 mg/dl, urina II nitritos +, 70 leucócitos. Realizou tomografia abdominopélvica, traduzindo densificação subcutânea no tórax anterior, região púbica, inguinal, raiz da coxa, parede do escroto, traduzindo hidradenite supurativa em atividade, com imagens hipodensas subcutâneas compatíveis com coleções abcedadas nas raízes das coxas/regiões crurais e parede esquerda do escroto. Doente colheu zaragatoa de pus das lesões, hemoculturas em aerobiose e anaerobiose e iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina e ácido clavulânico 2,2 gr de 8/8h e foi internado. Durante o internamento urocultura negativa, hemoculturas negativas, realizou ecografia escrotal evidenciou duas locas líquidas à esquerda na parede da bolsa escrotal, sendo a de maior diâmetro de 4cm X 2 cm, tendo sido avaliado pela urologia com necessidade de drenagem de coleção do hemi-escroto esquerdo com saída de pus. Analiticamente com cinética descendente dos parâmetros inflamatórios tendo cumprido 10 dias de antibioterapia. Considerou-se falência terapêutica com adalimumab e efetuou-se o pedido de infliximab, doente teve alta para o domicílio. Posteriormente foi avaliado em consulta de dermatologia onde iniciou metotrexato 7,5 mg e ácido fólico, prescreveu-se vacina da gripe, anti-pneumocócica e contra SARS-CoV2 previamente ao início de infliximab.

Conclusão: As terapias biológicas são muito utilizadas em doentes que não respondem suficientemente aos tratamentos antibióticos e hormonais.

PO 143

CHOQUE SÉPTICO: QUANDO A CATÁSTROFE SE INSTALA NA ABORDAGEM EMERGENTE

Fabiola de Almeida Figueiredo; Ângela Mota; Cláudio Quintaneiro; Rachel Silvério; Ricardo Lavajo; Bruno Barbosa; Inês Albergaria; Joana Capelo; Edite Nascimento; Jorge Miguel Sequeira
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A Sépsis e o Choque Séptico são dos diagnósticos mais frequentes em admissão hospitalar urgente e estão associados a mortalidade e morbilidade significativas.

Apresenta-se o caso de doente do sexo feminino, 34 anos, caucasiana, previamente cognitivamente íntegra e autónoma. Empresária de profissão. Como antecedentes pessoais destaca-se cirurgia coluna lombar recente, com recorrência de dor. Sem alergias medicamentosas conhecidas.

Admitida num Serviço de Urgência de um Hospital central em Agosto 2024, proveniente de Hospital Distrital em ritmo de peri-paragem. Entubada e iniciada ventilação mecânica invasiva. História, por familiares, de lipotímia nessa manhã no domicílio e de na última semana ter reportado aumento de dor lombar e recorrência incrementada de anti-inflamatórios não esteróides e opióides. Sem história conhecida de febre ou trauma.

Após cinco minutos de ventilação mecânica invasiva, paragem cardiorespiratória em atividade eléctrica sem pulso. Recuperação de circulação espontânea ao fim de um ciclo de suporte avançado de vida. Ecocósmia à cabeça revelou ausência de derrame pericárdico e de sinais de sobrecarga direita que sugerissem Tromboembolia Pulmonar de alto risco. Instituída fluidoterapia agressiva.

No regresso da Imagiologia, nova paragem cardio-respiratória em fibrilhação ventricular, com recuperação de circulação espontânea ao fim de um ciclo de suporte avançado de vida. Efectuadas culturas e iniciada antibioterapia de largo espectro.

Encaminhada ao bloco operatório, onde foi efectuada laparotomia abdominal exploradora e encontrado hemoperitонеu e isquémia extensa do intestino delgado, intestino grosso, parede gástrica, baço e útero. Perfuração de víscera oca. Necessidade de suporte aminérgico crescente, livor dos joelhos e parede abdominal, vindo a doente a falecer no recobro imediato. Familiares dispensaram autópsia. Resultados de exames de imagem compatíveis com achados intra-operatórios, destacando-se igualmente consolidação pneumónica direita extensa. Parâmetros analíticos com cascata inflamatória muito pronunciada. Hemoculturas evidenciaram cocos gram positivos em cadeia e diplo e bacilos gram negativos multiresistentes e líquidos das cavidades serosas com microorganismos anaeróbios multiresistentes.

Conclui-se que a prescrição de anti-inflamatórios e opióides envolve o julgamento dos benefícios e riscos associados a cada doente em particular. É de fundamental importância o conhecimento desse risco, pois alguns usuários estão sujeitos a um maior risco de desenvolvimento de complicações gastrointestinais, sendo fundamental a associação de agentes gastroprotectores. Neste caso, em conjunto com foco infeccioso subjacente, o qual não foi possível apurar na admissão, constituiu terreno altamente fértil para a catástrofe posteriormente ocorrida.



Organização



SPMI
Sociedade Portuguesa
de Medicina Interna

Major Sponsors



Sponsors



Secretariado

admédic⁺

paula.cordeiro@admedic.pt

paulo.jorge@admedic.pt