

XXVIII

Reunião Nacional do Núcleo de **Medicina Interna** dos **Hospitais Distritais**

22 e 23 novembro 2024

Axis Ofir Hotel | Ofir, Esposende

CURSO PRÉ-REUNIÃO | 21 novembro

Organização



Apoio Científico



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
MÉDIO AVE

Serviço de Medicina

PROGRAMA



XXVIII

Reunião Nacional do Núcleo de **Medicina Interna** dos **Hospitais Distritais**

PROGRAMA

CURSO PRÉ-REUNIÃO

14:00-18:00h

Insulinoterapia

21 de novembro

22 DE NOVEMBRO | SEXTA-FEIRA

08:00h

Abertura do Secretariado

09:00-10:00h

SESSÃO 1

Comunicações orais e posters

Comunicações Orais

Moderadores: Abílio Gonçalves e Ângela Coelho

CO 01 | CO 02 | CO 03 | CO 05

E-Posters 1

Moderadores: Pedro Neves e Jorge Salomão

PO 02 | PO 36 | PO 04 | PO 05 | PO 06

E-Poster 2

Moderadoras: Rosa Amorim e Ana Pessoa

PO 07 | PO 08 | PO 09 | PO 10 | PO 11 | PO 12 | PO 13

10:00-11:15h

MESA-REDONDA 1

Medicina digital – Medicina reinventada ou aperfeiçoada?

Moderadores: João Marques e Rita Paulos

Telemedicina/Telemetria

Jorge Martins

Inteligência artificial

Ricardo Ladeiras Lopes

Ecografia à cabeceira

José Mariz

11:15-11:45h

Intervalo para café

11:45-12:10h **SESSÃO DE ABERTURA**
Dr. Mário Esteves, Presidente da Reunião
Dr. Abílio Gonçalves, Presidente do NMIHD
Dra. Violeta Vazquez, Diretora Clínica para os CSH
Dr. António Barbosa, Presidente do CA da ULS Médio Ave

12:10-12:50h **CONFERÊNCIA 1**
Risco Vascular – Por onde começar?
Presidente: Mário Esteves
Conferencista: Pedro Cunha

12:50-14:15h Almoço

14:15-15:30h **MESA-REDONDA 2**
Cuidados de saúde domiciliários – A nova fronteira
Moderadores: Rui Carneiro e Lindora Pires
Hospitalização domiciliária
Olga Gonçalves
Consulta domiciliária
Pedro Azevedo
Cuidados em fim de vida no domicílio
Edna Gonçalves

15:30-16:30h **MESA-REDONDA 3**
Optimizar o prognóstico cardiorenal na DRC associada à DT2
Moderador: Pedro Neves
Palestrantes: Joana Pimenta e Pedro Moura



16:30-16:50h Intervalo para café

16:50-17:50h **SESSÃO 2**
Comunicações orais e posters
Comunicações Orais
Moderadoras: Lara Maia e Ana Lima Silva
CO 06 | CO 07 | CO 08 | CO 09
E-Posters 1
Moderadores: Nuno Cardoso e Marta Silva
PO 14 | PO 15 | PO 17 | PO 18 | PO 19
E-Poster 2
Moderadoras: Sofia Barroso e Rita Lopes
PO 20 | PO 21 | PO 22 | PO 23 | PO 24 | PO 25

17:50h **Assembleia Geral do Núcleo de Medicina Interna dos Hospitais Distritais**

20:00h Jantar da Reunião

08:30h Abertura do Secretariado

09:15-10:15h

SESSÃO 3

Comunicações orais e posters

Comunicações Orais

Moderadoras: Diana Fernandes e Isabel Vinhas Carneiro

CO 11 | CO 12 | CO 13 | CO 14 | CO 15

E-Posters 1

Moderadoras: Joana Barros e Lara Maia

PO 26 | PO 27 | PO 28 | PO 30 | PO 31 | PO 32

E-Poster 2

Moderadores: António Bandeira Ramos e Helga Martins

PO 33 | PO 34 | PO 35 | PO 37 | PO 38 | PO 39

10:15-11:30h

MESA-REDONDA 4

Síndrome metabólico no século XXI

Moderadores: Diana Guerra e Luís Andrade

Obesidade – Novas abordagens a um problema antigo

Carla Melo

MAFLD – Novas nomenclaturas – Novas abordagens?

Paulo Carrola

Fígado e Obesidade – Sempre estiveram ligados?

Carla Pinto

11:30-12:00h

Intervalo para café

12:00-12:45h

CONFERÊNCIA 2

Plano de vacinação do adulto – Um cuidado negligenciado

Presidente: Ana Pessoa

Conferencista: Paulo Almeida

12:45-13:00h

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

Entrega dos prémios

CO 01

O DESAFIO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Daniel Santos Rodrigues; Elsa Gonçalves; Beatriz Gomes Rosa; Flávia Freitas; Flávia Ramos; Catarina Silva

Hospital Santa Maria Maior - ULS Barcelos-Esposende

Introdução: A doença inflamatória intestinal (DII) é uma doença de natureza inflamatória que pode afetar todo o trato gastrointestinal e engloba a doença de Crohn e a colite ulcerosa. Os sintomas da DII têm um impacto significativo na qualidade de vida do doente, pelo que o seu diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para reduzir o impacto associado à doença.

Caso clínico: Homem, 42 anos, referenciado pelo médico assistente por anemia, leucocitose e trombocitose. Sem antecedentes patológicos de relevo. Durante a anamnese, doente refere dispneia de esforço, cansaço com agravamento progressivo e dor torácica ocasional há cerca de 3 meses. Realizou estudo analítico no seu médico assistente que revelou leucocitose ligeira, trombocitose e anemia microcítica com ferropenia. Efetuado estudo analítico adicional que revelou elevação de calprotectina, estudo autoimune negativo para ANA e ASCA e estudo endoscópico que demonstrou a presença de úlceras ileais e gastropatia atrófica. A biópsia demonstrou um infiltrado inflamatório polimórfico, com aspetos sugestivos de ileíte terminal. Iniciado tratamento com budesonida e referência para consulta de gastroenterologia. O estudo diagnóstico posterior confirmou a presença de DII.

Discussão: Este caso destaca a importância de manter uma elevada suspeição para DII em doentes com anemia, quando perante uma apresentação atípica, considerando tan-

to os aspetos clínicos quanto os resultados dos exames complementares de diagnóstico. A suspeita de DII foi confirmada, instituindo-se um tratamento precoce e encaminhamento para consulta especializada.

Conclusão: O diagnóstico e tratamento precoces da DII são essenciais para melhorar a qualidade de vida do doente e prevenir complicações a longo prazo. A abordagem multidisciplinar entre os cuidados de saúde primários e hospitalares é fundamental para uma abordagem terapêutica precoce e eficaz da DII, com um impacto significativo na qualidade de vida do doente e no controlo da doença, melhorando os resultados em saúde.

CO 02

ANEMIA SINTOMÁTICA COMO MANIFESTAÇÃO DE SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE TIPO 3

Hugo Goncalves; Francisco de Oliveira Simões; Rosa Sá; Bárbara Fraga Campos; Rui M Domingues; Narciso Oliveira; Teresa Pimentel

Hospital de Braga

Introdução: As síndromes poliglandulares autoimunes são síndromes que habitualmente (mas não exclusivamente) associam doenças autoimunes afetas a glândulas endócrinas. A Síndrome poliglandular autoimune tipo 3 pressupõe uma doença tiroideia autoimune e pelo menos outra doença autoimune.

Caso clínico: Um homem de 41 anos, autónomo, recorre ao Serviço de Urgência com queixas de astenia persistente, com cerca de 3 meses de evolução, com agravamento nas últimas 2 semanas, com confinamento ao leito. Ao exame físico, doente bem orientado, acordado, com mucosas descoradas e hidratadas, anictérico, acianótico. Encontrava-se normocárdico, normotenso, com auscultação

cardíaca, pulmonar, exame abdominal e dos membros normais. Antecedentes pessoais de vitiligo e não fazia medicação habitual. Analiticamente, apresentava uma anemia macrocítica macrocítica hipoproliferativa (Hgb 7,9 g/dL - Valor de Referência 13,5-17,0 g/dL; VGM 99,1 fL VR 81,8-95,5 fL; CHGM 35,9 g/dL; IPR 0,7% - VR > 2% para resposta adequada). Associadamente, identificou um déficit isolado de vitamina B12 (51 pg/mL; VR 211-911 pg/mL) e uma alteração da função tireoideia (TSH 7,839 uUI/mL; T4L 1,0 ng/dL). Durante o internamento, verificou-se um esfregaço de sangue periférico compatível com anemia megaloblástica; analiticamente seropositividade para anticorpos anti-fator intrínseco e anti-TPO em títulos elevados (830 uUI/mL VR < 60 uUI/mL) e ecografia tireoideia com padrão sugestivo de tiroidite. Durante o internamento, realizou suplementação parentérica de vitamina B12 com boa resposta medular (à data de alta Hgb 10,2 g/dL; IPR 5,6% e Vitamina B12 > 2000 pg/mL). Neste contexto, tem diagnóstico definitivo de gastrite autoimune a condicionar anemia perniciosa; e tiroidite de hashimoto. Associando-se o diagnóstico prévio de vitiligo, estamos perante uma síndrome poliglandular tipo 3. O doente mantém-se vigiado em consulta de Medicina Interna.

Conclusão: Este caso ilustra a complexidade da síndrome poliglandular tipo 3, evidenciando a importância da avaliação clínica e laboratorial adequada. A identificação precoce das manifestações autoimunes, bem como a vigilância clínico-analítica destes doentes pode melhorar significativamente o prognóstico e a qualidade de vida dos mesmos.

CO 03

SÍNDROME DE REYNOLDS: QUANDO DUAS DOENÇAS AUTOIMUNES SE ENCONTRAM

Maria Inês Risto¹; Patrícia Sobrosa¹;
José Diogo Martins¹; Maria Guilherme Muchata¹;
Patrícia Coelho¹; Margarida Peixoto¹;
João Coutinho de Sousa²; Luciana Sousa¹;
José Carvalho¹; Manuel Ferreira¹; Diana Guerra¹
¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE /
Hospital de Santa Luzia; ²SSSTARS Norte

A Síndrome de Reynolds é uma doença autoimune rara, que resulta da coexistência de Colangite Biliar Primária (CBP) e Esclerose Sistémica (ES). A prevalência da ES em doentes com CBP é de 5-15% e de CBP em doentes com ES é de 2%.

Neste caso clínico, apresentamos uma mulher de 69 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia. Medicada com nifedipina e rosuvastatina. Negava hábitos alcoólicos e tabágicos. Referenciada à consulta de Medicina Interna pelo Médico de Família por aumento das transaminases, da fosfatase alcalina e da gamaglutamil transpeptidase. Neste contexto, realizou ecografia abdominal onde visualizaram alterações sugestivas de esteatose hepática.

Durante a colheita da história clínica, a doente descreveu episódios compatíveis com o Fenómeno de Raynaud desde há um ano, acompanhados de dor e parestesias nas mãos. Noção de edema e artralhas de ritmo inflamatório. Sem outros sintomas acompanhantes. Ao exame físico, destacava-se puffy hands e telangiectasias.

Do estudo realizado na consulta de Medicina Interna, analiticamente objetivado padrão colestático; serologias víricas para hepatites negativas; anticorpos antinucleares (ANAs) positivos em padrão anticentrómero; anticorpos antimitocôndria (AMAs) negativos. Para melhor caracterização dos achados foi requisitada Tomografia Computorizada Abdominal

que apontava para uma hepatopatia e um espessamento parietal da porção mais cranial da via biliar principal. Considerou-se haver benefício na realização da Colangiopancreatografia por Ressonância Magnética (CPRM) que confirmou doença hepática crônica e a existência de discreta ectasia das vias biliares intra-hepáticas. Perante a clínica, associada ao estudo laboratorial e imagiológico, assumido diagnóstico de CBP.

Tendo em conta sintomatologia articular, optou-se pela orientação da doente para a consulta de Reumatologia. A ES foi confirmada pela clínica e pelos anticorpos anticentrómeros positivos. A doente foi medicada com ácido ursodesoxicólico, com estabilização sintomática.

Neste caso, pretendemos alertar para o facto de o Fenómeno de Raynaud poder ser um sintoma clínico precoce do Síndrome de Reynolds, ao qual devemos estar atentos aquando do diagnóstico de ES para excluirmos uma CBP concomitante. A destacar igualmente neste caso que, apesar de os AMAs serem muito típicos de CBP, em alguns casos estão também presentes os ANAs.

CO 05

ANEMIA FALCIFORME – UMA DOENÇA RARA EM CRESCIMENTO NA EUROPA

Beatriz Riquito¹; Monique Alves¹; Cátia Ribeiro¹; Diana Mimoso¹; Tiago Rosa Oliveira¹; Mariana Nunes¹; Manuel Cunha²; Patrícia Rocha¹

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

Introdução: A anemia falciforme é uma doença hereditária autossómica recessiva onde o indivíduo afetado herda duas mutações na cadeia beta da hemoglobina, produzindo hemoglobina S (HbS). A severidade das manifestações é de-

pendente de cada genótipo, com uma sobrevivência média calculada em 52,6 anos.

Caso clínico: Mulher de 30 anos, com diagnóstico de anemia falciforme conhecido. Sem medicação habitual. Recorre ao serviço de urgência por dor lombar intensa, com posterior irradiação para os membros inferiores e superiores, assumida como crise de dor aguda em doente com drepanocitose. Internada para controlo de dor, com hidratação vigorosa e necessidade de recorrência a perfusão de opioide. Analiticamente com anemia agravada com necessidade transfusional e progressão ao longo dos dias com trombocitose reativa, numa doente com hipoesplenismo funcional por enfarte esplênico crónico. De forma a despistar outros diagnósticos diferenciais para a dor lombar, acabou por realizar ressonância magnética dorso-lombar onde foram objetiváveis alterações da intensidade de sinal em várias vértebras dorsais e lombares, compatíveis com infiltração secundária, no contexto de hematopoiese extramedular aumentada.

Discussão: Apesar de haver uma prevalência crescente, a anemia falciforme continua a ser um diagnóstico raro na Europa, afetando menos de 5 em cada 10.000 indivíduos. Ao longo do curso natural da doença podem ocorrer várias complicações agudas e crónicas. Neste caso foi possível observar algumas dessas complicações, como crises de dor aguda, antigamente denominadas como “crises falciformes”, alterações ósseas – neste caso fraturas dos corpos vertebrais – por eritropoiese extramedular, anemia agravada e trombocitose reativa, que está descrita como uma reação às crises e dor vaso-oclusivas.

CO 06

UMA ENTIDADE RARA – MIOCARDIOPATIA AMILÓIDE

Adriana Pereira Almeida; Bernardo Silvério;
Sofia Festa; Marta Ferreira; Lurdes Pimentel
ULSMAVE

Introdução: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome comum com várias etiologias possíveis cuja determinação é fundamental para o tratamento adequado. É importante estar alerta para as causas mais raras de IC.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 83 anos, autônomo, com antecedentes de hipertensão arterial (Clinical Frailty Score 3). Admitido no SU por dispneia e ortopneia, com documentação de FA de tempo indeterminado com indicação para ACO e controlo de FC. Após 1 semana regressa ao SU por cansaço para esforços menores, dispneia e sensação de desconforto pré-cordial. Documentada FA resposta ventricular lenta com necessidade de suspensão de betabloqueador e orientação para consulta onde realizou estudo etiológico com destaque para: analiticamente sem défice de ferro, função tiroideia normal, NT-proBNP aumentado, função renal normal e sem distúrbios iónicos; ECG com FA com resposta ventricular 61/min, DEEE com má progressão R v1-v6; Holter que evidenciou FA com tendência para bradicardia sem bloqueios ou outras alterações de relevo; Ecocardiograma transtorácico função global do ventrículo esquerdo ligeiramente deprimida (48%) por hipocinésia difusa; ressonância magnética cardíaca que mostrou padrão de realce tardio sugestivo de cardiopatia infiltrativa (amiloidose) com atingimento preferencial dos segmentos basais e teste de stress com adenosina negativo para isquemia miocárdica; Cintigrafia com TC-99m-DPD que foi sugestiva de amiloidose cardíaca relacionada com a transtirretina; Teste genético mostrou que “Não foi identificada nenhuma variante

patogénica ou provavelmente patogénica no gene TTR.” Portanto, foi assumida uma Amiloidose Cardíaca ATTR de subtipo Wild Type.

Conclusão: A cardiopatia infiltrativa é uma entidade rara, representando um desafio diagnóstico, tendo em conta que as suas características clínicas se sobrepõem com causas frequentes de IC. A deteção precoce do diagnóstico e a classificação precisa são essenciais para determinar o tratamento e o prognóstico da doença. O teste genético pode ser decisivo na abordagem terapêutica.

CO 07

IMPACTO DA DIABETES GESTACIONAL PRÉVIA NOS RESULTADOS DA PROVA DE RECLASSIFICAÇÃO PÓS-PARTO

Sara Silva¹; Inês Marques¹; Inês Silva²;
Adriana Almeida¹; Liliana Oliveira¹;
Ângela Coelho¹; Mário Esteves¹

¹ULSMAve – Unidade de Vila Nova de Famalicão; ²ULSMAve – Unidade de Santo Tirso

Introdução: A Diabetes Gestacional (DG) é um subtipo de intolerância à glicose diagnosticado pela primeira vez na gravidez. O diagnóstico pode ser feito através de um valor da glicemia em jejum superior ou igual a 92 mg/dl e inferior a 126 mg/dl, ou com prova de tolerância oral à glicose (PTOG) >180mg/dL às 1h ou >153mg/dL às 2h após, entre as 24 e 28 semanas de gestação. Após o parto, a reclassificação, realizada através de uma nova PTOG, é crucial para identificar possíveis anomalias persistentes, como a intolerância à glicose, anomalia da glicemia em jejum ou diabetes.

Objetivos: Este estudo visa avaliar se o histórico de DG em gravidezes anteriores influencia os resultados do teste de reclassificação pós-parto na gestação atual, com o objetivo de compreender melhor o impacto desta condição no risco metabólico futuro das mulheres. **Material e métodos:** Fez-se um estudo retrospectivo, cuja amostra compõe-se de grávidas

com diagnóstico de DG seguidas em consulta hospitalar durante 2021 e 2022, inseridas na base de dados nacional do Grupo de Estudos da Diabetes e Gravidez da Sociedade Portuguesa de Diabetes, excluindo grávidas primigestas, as que faltaram à consulta de DG, as que não tinham registo quanto à existência de DG na gravidez anterior e as que não fizeram prova de reclassificação pós-parto. Os defechos avaliados são a anomalia de glicemia em jejum, intolerância aumentada à glicose e diabetes. Para o estudo estatístico usou-se o teste Qui-quadrado no SPSS.

Resultados: De um total de 3909 grávidas, avaliou-se 1183 após aplicação dos critérios de exclusão, considerando-se o grupo 1 as grávidas que não tiveram DG na gravidez anterior e o grupo 2 as grávidas com DG na gravidez anterior. No que toca ao grupo 1, 91.83% das grávidas apresentou uma prova normal, 0.7% anomalia da glicemia em jejum, 5.9% tolerância diminuída à glicose e 1.6% diabetes. No grupo 2, 82.07% teve uma prova normal, 2.76% anomalia da glicemia em jejum, 11.72% intolerância diminuída à glicose e 3.45% diabetes. Em cada variável estudada houve uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p < 0.001$).

Discussão/Conclusões: Este estudo demonstrou que a presença de DG em gravidezes anteriores tem impacto significativo nos resultados da prova de reclassificação pós-parto da gestação atual. As mulheres com historial de DG apresentaram uma maior prevalência de anomalias glicémicas em comparação com as mulheres que não tiveram DG em gravidezes anteriores. Esta associação reforça a importância do acompanhamento rigoroso e contínuo no pós-parto, para uma deteção precoce e gestão adequada de alterações metabólicas persistentes.

CO 08

ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA NA DIABETES GESTACIONAL E O SEU IMPACTO NA PROVA DE RECLASSIFICAÇÃO PÓS-PARTO

Inês Rafael Marques; Sara Marques Silva;
Inês Silva; Sofia Festa; Filipa Guedes;
Carla Madureira Pinto; Ângela Coelho;
Mário Esteves
ULS Médio Ave

Introdução: A diabetes gestacional (DG) aumenta o risco da grávida para o desenvolvimento de diabetes após o parto. Quando a dieta é insuficiente no controlo metabólico, a insulina e os antidiabéticos orais (ADO) são as duas opções terapêuticas mais comuns. Apesar de a insulina continuar a ser considerada a primeira-linha, os ADO têm vindo a ganhar relevância como alternativa eficaz e segura. Há poucos dados sobre o impacto da escolha entre estes fármacos e o resultado da prova de reclassificação pós-parto.

Objetivo: Averiguar a influência destes fármacos na prova de reclassificação pós-parto (PRPP).

Métodos: Foi consultada uma base de dados nacional composta por grávidas com diabetes gestacional cujo parto ocorreu entre 2021 e 2022. Os critérios de inclusão incluíam a realização de medicação com insulina exclusivamente ou ADO exclusivamente. Os critérios de exclusão incluíam grávidas medicadas com insulina e ADO simultaneamente e as que tinham dados incompletos sobre medicação ou a PRPP. Foi definido PRPP alterada como qualquer prova com os seguintes diagnósticos: anomalia em jejum, tolerância diminuída à glicose, diabetes. Foi efetuado o teste Chi-Square no SPSS, para comparar as PRPP entre os diferentes grupos. Posteriormente, foi feita uma regressão logística de forma a avaliar potenciais confundidores, incluindo idade, índice de massa corporal (IMC), glicose em jejum e semana do diagnóstico.

Resultados: A base de dados incluía inicialmente 3909 grávidas. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, o número total de grávidas avaliadas foi de 710. Das 585 grávidas medicadas com ADO, 57 (9.7%) apresentaram uma PR alterada. Das 125 grávidas medicadas com insulina, 22 (17.6%) apresentaram uma PR alterada. A diferença entre grupos foi estatisticamente significativa ($p = 0.011$) segundo o teste de Qui-Quadrado. Relativamente à regressão logística, detetou-se uma associação positiva, mas não estatisticamente significativa entre os grupos de tratamento com metformina e insulina e a PRPP ($p = 0.053$). Neste caso, a glicose em jejum mais elevada e a semana de diagnóstico mais avançada foram identificadas como fatores estatisticamente significativos ($p < 0.001$ e $p = 0.030$, respetivamente). Idade e IMC não pareceram ter relevância.

Discussão: Apesar de existir uma diferença significativa na PRPP entre grupos de tratamento no teste de Qui-Quadrado, esta associação perde relevância e significado estatístico quando são incluídos na análise fatores confundidores, com maior impacto nos resultados, como a glicose em jejum e a semana de diagnóstico. Futuras pesquisas devem incluir uma gama mais ampla de variáveis, como comorbilidades e hábitos de vida, que permita uma avaliação mais robusta da eficácia terapêutica na PRPP. Outra análise interessante seria a das características que levem à decisão médica entre uma ou outra opção terapêutica.

CO 09

PICOS SAZONAIS DE GRIPE: O QUE OS DISTINGUE E O QUE TEMOS A APRENDER?

João Pedro Marques Macedo; Maria Luísa Olim; Luís Filipe Santos Silva; Miguel Silva Cruz; Nadine Almeida; João Bessa Martins; Gabriel O. Fernandes; Diana Isabel Dias
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: Gripe comum é a infeção sazonal por Influenza e com elevados custos e morbimortalidade hospitalar, com sobrecarga e exaustão de recursos.

Objetivos: Estudar o impacto dos picos sazonais da gripe no serviço de medicina interna (SMI), comparando a semana com maior número de casos em 2023 vs. 2022. Secundariamente foi realizada análise comparativa entre as populações.

Material e métodos: De acordo com Instituto de Vigilância Epidemiológica Ricardo Jorge, a semana com maior número de casos de Influenza A ou B nos dois últimos picos sazonais de gripe foram de 14-20/11/2022 e 25-31/12/2023. Identificaram-se em base de dados laboratorial todos os doentes com isolamento respiratório em zaragatoa de Influenza A ou B internados no SMI nesses períodos. Com recurso ao processo clínico, caracterizaram-se: idade, comorbilidades, demora de internamento, infeções nosocomiais, uso de antibioterapia e morbimortalidade após internamento. A análise estatística utilizou o Chi-quadrado (variáveis categóricas) e o teste T de Student e o Mann-Whitney-U (associação entre variáveis contínuas e categóricas).

Resultados: Foram observados pela Medicina Interna 181 doentes com Influenza. No total dos dois picos sazonais foram internados no SMI 110 doentes, 28 (65.1%) em 2022 e 82 (59.4%) em 2023. Do total de doentes analisados: 92.7% (n=101) cumpriu oxigenoterapia, 89.1% (n=98) fez Oseltamivir e 82.6% (n=92) antibioterapia ao longo do internamento.

Da análise comparativa dos picos, verificou-se significância estatística na população total incluída, em que maior carga de doença pré-mórbida se associa a uma maior mortalidade e reinternamento a 30 dias ($p=0.012$; $p=0.039$) e ainda que maior tempo de internamento se associa a necessidade de escalar antibióterapia ($p<0.001$) e mais infeções nosocomiais ($p<0.001$).

Mais ainda, apesar de entre os dois picos gripais, a população não ser estatisticamente diferente no que toca a idade, carga de doença pré-mórbida ou estado de dependência nas atividades de vida diária, encontraram-se diferenças significativas no tempo de internamento (43 vs. 60 dias, $p=0.013$) e de infeções nosocomiais (0% vs. 14.8%, $p=0.031$).

Discussão: A análise realizada sugere que apesar de populações semelhantes entre os anos, a demora de internamento e as infeções hospitalares foram mais relevantes em 2023, traduzindo maior sobrecarga hospitalar. Assim, é importante um planeamento anual adequado aos picos da gripe não obstante variação na virulência entre anos.

CO 11

EMBOLIIZAÇÃO SÉPTICA DA ENDOCARDITE: UM CASO CLÍNICO

Paulo Conceição; Tiago Miguel Peixoto;
Ana Reinas

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

A embolização séptica é uma complicação grave da endocardite infecciosa. Fragmentos de vegetações infecciosas soltam-se das válvulas cardíacas e obstruem vasos sanguíneos em diversos órgãos como o cérebro e o coração, aumentando significativamente a mortalidade. O caso clínico apresentado é referente a um homem de 54 anos com antecedente de toxicod dependência de drogas inaladas e injectáveis. O doente recorreu ao serviço de urgên-

cia (SU) por quadro com 2 dias de evolução de alteração do estado de consciência. À admissão apresentava um padrão de flutuação do estado neurológico alternando entre prostração e agitação, febril, mas sem clínica focalizadora evidente. Realizou inicialmente TC-cranioencefálico (CE) sem contraste em que não foram observadas alterações agudas. Prosseguiu estudo com punção lombar, onde se verificou um líquido cefalorraquidiano de características inflamatórias, sugestivo de meningite. Desenvolveu no SU hemiparesia esquerda de novo, tendo realizado angioTC-CE que objectivou pequenas áreas de enfartes corticais no território distal da artéria cerebral média direita, com trombo em M2 distal e trombo em M1. Adicionalmente, apresentou um episódio de taquicardia supraventricular que evoluiu posteriormente com um primeiro episódio de paragem cardiorrespiratória, com retorno à circulação espontânea (ROSC) após quatro ciclos de suporte avançado de vida. A avaliação cardiológica revelou um ECG com supradesnivelamento de ST nas derivações inferiores e V6, associado a infradesnivelamento de ST em V1, V4, aVL e aVR; e o ecocardiograma transtorácico demonstrou uma vegetação na válvula aórtica. As hemoculturas colhidas no serviço de urgência foram positivas para cocos gram-positivos em cacho, confirmando posteriormente o diagnóstico de endocardite infecciosa por *Staphylococcus aureus* metilino-sensível. Apesar do início de antibióterapia, o doente evoluiu com disfunção multiorgânica e choque refractário à terapêutica vasopressora. Apresentou novo episódio de paragem cardiorrespiratória que não respondeu às manobras de suporte avançado de vida tendo falecido.

Este caso sublinha a gravidade da endocardite infecciosa, nomeadamente em pacientes toxicod dependentes, destacando as complicações embólicas sépticas e a sua rápida evolução para falência multiorgânica.

CO 12

TUBERCULOSE PLEURAL – O CASO DE UM DIAGNÓSTICO DESAFIADOR

Raquel Lourenço Martins; Carolina Queijo;
Patrícia Clara; Margarida Mesquita Montes;
Daniela Augusto; 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 expectoração 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) tendo apresentado boa resposta ao tratamento.

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. De salientar que é importante manter a vigilância sobre o tratamento e literar os doentes sobre a sua patologia.

CO 13

MALÁRIA SEVERA – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

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

Introdução: A malária é uma doença causada pela presença no sangue humano de um protozoário do género *plasmodium* que é transmitido através da picada de um mosquito. É endémica em vários países tropicais. Tem um período de incubação de 7 a 30 dias e manifesta-se de forma inespecífica, sendo comum uma clínica de febre, astenia, mialgias, cefaleias, náuseas e vômitos. Se não tratada atempada e adequadamente pode evoluir para disfunção multiorgânica e ser potencialmente fatal.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de

42 anos, sem antecedentes conhecidos nem medicação habitual, a residir em Angola e com estadias temporárias em Portugal. Recorreu ao Serviço de Urgência, 2 semanas após regresso de Angola, por prostração, cefaleia com foto e fonofobia, febre e vômitos. Do estudo complementar realizado salientava-se elevação da PCR, trombocitopenia e hiperbilirrubinemia. Dado o contexto epidemiológico foi efetuada pesquisa de *Plasmodium* SPP que foi positiva com pesquisa de DNA positiva para *Plasmodium falciparum* e parasitemia de 11%. Realizou punção lombar com líquido cefalo-raquidiano (LCR) sem alterações. O restante estudo (painel de zoonoses, serologia da sífilis, serologias víricas, hemoculturas e pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis*, bacteriológico e micobacteriológico no LCR) revelou-se também negativo. O TC crânio-encefálico revelou discretas hiperdensidades espontâneas, assumidas em possível contexto sequelar. Ficou internado com malária severa. Iniciou tratamento com artesunato 2.4mg/kg às 0, 12 e 24h e, dada redução de parasitemia (<1%), continuou tratamento via oral com aretemeter/lumefrantina. Evoluiu com melhoria clínica e analítica. Foi reavaliado em consulta 1 mês depois, clinicamente bem e já sem alterações analíticas

Conclusão: Apesar de recomendada quimioprofilaxia para a malária antes de viajar para países endêmicos como a África, Ásia, América Central e do Sul, ainda podemos encontrar alguns casos de malária em Portugal, apesar de raros. Perante o caso de um doente com febre, fazendo-se acompanhar ou não de outros sintomas, que esteve recentemente num país endêmico, é mandatória a pesquisa dos parasitas do *Plasmodium*. Apesar da malária severa, este caso teve um desfecho favorável dado o seu diagnóstico e tratamento precoces.

CO 14

LISTERIOSE INVASIVA NO ADULTO: RELATO DE CASO

Fábio Dinis Alves; Patrícia Cláudio Ferreira;
Ricardina Macedo; Rosário Araújo;
Olinda Caetano; Margarida Monteiro;
Rosa Ferreira
Hospital de Braga

Introdução: A listeriose é causada por uma bactéria de origem alimentar, *Listeria monocytogenes*, podendo apresentar-se de duas formas: gastroenterite febril não-invasiva e listeriose invasiva. A forma invasiva associa-se a bacteriemia, meningoencefalite, infeção perinatal e/ou aborto, afetando sobretudo populações mais susceptíveis como os idosos, mulheres grávidas e crianças. Apresenta uma taxa de mortalidade entre os 20 a 30%, variando consoante a população afetada e gravidade da apresentação clínica, sendo a meningoencefalite a mais grave.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 54 anos, com antecedentes epilepsia focal, insuficiência cardíaca com cardiomiopatia dilatada de etiologia não filiada, alcoolismo e consumo prévio de cocaína e heroína em abstinência há 5 anos. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por prostração e desorientação após crise convulsiva, associada a febre. Sem descrição de consumo de produtos contaminados ou conviventes sintomáticos. Ao exame físico apresentava-se febril, prostrado, pouco colaborante, alternando com períodos de agitação. Sem outra focalização no exame físico. Do estudo realizado, apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios. Realizada tomografia cerebral e posterior punção lombar, com líquido cefalorraquidiano (LCR) sugestivo de infeção bacteriana. Iniciado antibioterapia empírica, mantida até isolamento de *Listeria monocytogenes* no cultural de LCR e hemoculturas, quando foi alterada para ampicilina e gentamicina. Agravamento durante

permanência no SU, com flutuação do estado de consciência e agravamento respiratório, sendo admitido na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Evolução inicial pouco favorável, com necessidade de ventilação mecânica invasiva, sedação e ajuste de antiepiléticos. Sem evidência de estado de mal epilético ou complicações neurológicas associadas à meningite. Melhoria clínica posterior com resolução das disfunções orgânicas. Após 12 dias na UCI, foi transferido para enfermaria geral para manutenção de cuidados. Completou 21 dias de antibioterapia, sem intercorrências associadas. Durante a permanência na enfermaria com recuperação neurológica total, não apresentando défices à data de alta. Orientado para consulta de Otorrinolaringologia e Neurologia para seguimento posterior.

Discussão e conclusão: A listeriose invasiva observada neste doente demonstra a gravidade da infecção por *Listeria monocytogenes*, especialmente em indivíduos com comorbilidades como a idade, o alcoolismo e toxicodependência prévia. Nos casos em que ocorre invasão do sistema nervoso central, é essencial a adequação da antibioterapia com a ampicilina e a exclusão de complicações. O diagnóstico precoce e a rápida intervenção com antibioterapia e cuidados intensivos foram essenciais para a recuperação, apesar da evolução inicial desfavorável.

CO 15

DESAFIO DIAGNÓSTICO DE UMA INFECÇÃO RESPIRATÓRIA FÚNGICA: UM CASO DE ASPERGILOSE PULMONAR

Mafalda Maria Santos; João Afonso;
Joana Castro Vieira; Mariana Magalhães;
Daniela Diniz; Rafael Oliveira;
Ana Filipa Rodrigues; Manuel Xavier
Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

A aspergilose refere-se à doença causada pelo *Aspergillus*, podendo-se dever a alergia, invasão pulmonar ou de vias aéreas, infeção cutânea ou disseminação extrapulmonar.

Mulher, 82 anos, recorre ao SU por cansaço fácil com 2 dias de evolução. Referia tosse ocasional sem expetoração associada. Negava febre, dispneia, expetoração hemoptóica e perda de peso. Refere vinda ao SU há 10 dias por febre e dispneia tendo sido assumida infeção respiratória, medicada com amoxicilina-acido clavulânico e Azitromicina.

Antecedentes pessoais de Insuficiência Cardíaca, fibrilhação auricular, diabetes mellitus, derrame pleural direito crónico (já estudado previamente) e status carcinoma de mama (submetida a tumorectomia e radioterapia há 15 anos) estando medicada com antihipertensor, anticoagulante oral, diurético e anti-diabético oral.

À admissão, GCS 15, eupneica em ar ambiente, normocárdica, normotensa e apirética. Auscultação cardíaca hipofonética, com murmúrio vesicular diminuído à direita na auscultação pulmonar. Abdómen globoso, indolor à palpação. Sem edema em membros inferiores.

Analiticamente com leucocitose 23.300/L, Hemoglobina 9.2g/dL, PCR 31.1mg/dL, Creatinina 2.79mg/dL; Ureia 156mg/dL.

Realizou TC Tórax que revelou “Hidropneumotórax direito de grande volume, com sinais de cronicidade, com atelectasia do LM e LID. Sem consolidações ou lesões expansivas.

Sem adenomegalias hilares ou mediastínicas”. Discutido com Pneumologia, sem indicação para drenagem.

Assumida infecção respiratória nosocomial, iniciando Ceftriaxone. Ao 3º dia de internamento, agravamento clínico com polipneia, taquicardia, febre e dessaturação, com aumento de parâmetros inflamatórios, motivo pelo qual foi escalada antibioterapia para Piperacilina-Tazobactam.

Hemoculturas, cultura de expetoração, IGRA e painel virológico negativos.

Apesar disto, manutenção de febre e dispneia com necessidade cada vez maior de oxigenioterapia. Pedido parecer a Pneumologia para realização de Broncofibroscopia.

Resultado de lavagem broncoalveolar positivo *Aspergillus fumigatus*, iniciando Voriconazol.

A Aspergilose associa-se mais frequentemente à tuberculose e DPOC. Outras condições como bronquiectasias, cirurgia pulmonar, pneumotórax, infecção covid, pneumonias severas são fatores de risco.

Deve-se suspeitar em doentes com história de doença pulmonar estrutural, sintomatologia pulmonar e/ou sistémica e imagiologia sugestiva.

PO 02

DRESS: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Inês Duro; Isabel Fonseca Silva; Patrícia Neves;
Tânia Lopes; João Neves Maia;
Daniela Barroso

*Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral
de Santo António*

Introdução: A drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS), é uma doença sistémica, com curso clínico heterogéneo e prolongado, podendo o atingimento visceral preceder o cutâneo. O diagnóstico pode ser complexo, sendo fulcral a suspensão atempada do fármaco causal e tratamento imunomodulador para prevenir lesão de órgão e morte.

Caso clínico: Mulher de 62 anos, antecedentes de carcinoma ductal invasor da mama submetido a tumorectomia e quimioterapia adjuvante, com intercorrência de pneumonite filiada em toxicidade pulmonar a um dos agentes (paclitaxel), tendo cumprido 2 meses de corticoterapia em alta dose nesse contexto, com término nos 2 dias prévios à admissão.

Internada para estudo de hepatite hepatocelular associada a icterícia e prurido, com elevação de transaminases e gama-glutamil-transferase cerca de 60x o limite superior do normal, sem disfunção hepática. sem consumo etílico ou toxicofílico, suplementos alimentares ou cogumelos. Estudo analítico a desfavor de hepatite vírica, autoimune ou de sobrecarga de cobre. Imagem hepática sem alterações vasculares ou estruturais. lesão hepática aguda com padrão de necrose pericentrovenular em biópsia hepática.

Evolução no internamento com febre, edema facial e exantema maculopapular pruriginoso coalescente com atingimento progressivo de >50% da área de superfície corporal e eosinofilia periférica, configurando diagnóstico de DRESS (Registry of Severe Cutaneous

Adverse Reactions score 6). Após revisão e discussão interdisciplinar, concluiu-se que o agente mais provavelmente implicado seria o paclitaxel, admitindo-se a pneumonite prévia como primeira manifestação da DRESS (aparecimento 12 dias após início do fármaco), com recidiva após suspensão de corticóide.

Iniciada corticoterapia sistémica em alta dose com boa resposta. Sem evidência de recidiva clínica ou analítica à data atual (8 meses de seguimento), tampouco apresentando sinais de desenvolvimento de doença imunológica.

Discussão e conclusão: A DRESS é o resultado de uma reação de hipersensibilidade a fármacos. Os agentes de quimioterapia são raramente implicados no desenvolvimento desta síndrome, tornando este caso ainda mais desafiante pela sua apresentação atípica, com atingimento pulmonar e hepático a precederem os atingimentos cutâneo e sistémico. Assim, destaca-se a importância de uma visão integrada do doente para o reconhecimento precoce desta doença.

PO 04

UM CASO DE AMNÉSIA GLOBAL TRANSITÓRIA: DO DIAGNÓSTICO À RECUPERAÇÃO

Daniel Santos Rodrigues; Elsa Gonçalves;
Márcia Ribeiro; Beatriz Gomes Rosa;
Carolina Veiga

Hospital Santa Maria Maior - ULS Barcelos-Esposende

Introdução: A amnésia global transitória (AGT) é uma doença neurológica caracterizada por perda de memória súbita, incapacidade de reter novas informações e, por vezes, desorientação temporo-espacial. É uma condição autolimitada, em que, geralmente, após 24 horas ocorre uma recuperação completa. O diagnóstico é estabelecido com base na história do evento e no exame neurológico. Tem

um prognóstico benigno e não implica uma patologia estrutural ou isquêmica subjacente ou iminente.

Caso clínico: Mulher, 59 anos de idade, acompanhada pela sua filha por perda de memória súbita durante uma aula de pilates (terá tirado a sua mola do cabelo e não se recordava que a mola lhe pertencia; não se recordava que a instrutora estava grávida; não se recordava que a irmã não a acompanhava à aula por estar de férias). Na admissão, apresentava desorientação temporal (não sabia o ano ou mês) e espacial (não sabia em que hospital estava ou em que cidade). Apresentava na região cervical um rash vesicular distribuído pelos dermatômos C3-C4 em fase de resolução, tendo efetuado tratamento para infecção por Herpes Zoster com Valaciclovir 1000 mg, após consulta há 3 semanas com o seu médico assistente. Realizado estudo analítico e imagiológico, sem sinais de infecção, sem evidência de patologia estrutural, isquêmica ou hemorrágica intracraniana, sem consumo de tóxicos, decide-se realização de punção lombar para análise de liquor dada a provável infecção prévia recente por Herpes Zoster. Apresenta LCR com 15 células, sem proteinorraquia, sem consumo de glicose. Inicia empiricamente Aciclovir por suspeita de encefalite vírica. Ao segundo dia de internamento, a doente apresenta recuperação completa. Realizou em internamento RM-CE sem alterações de relevo. Exame microbiológico e pesquisa de vírus no líquido inocente. A doente teve alta em articulação com Neurologia do hospital terciário de referência.

Discussão: A amnésia global transitória é um fenómeno raro, mas deve ser considerado em doentes que apresentam história clínica e exame objetivo típicos. A presença de um rash vesicular associado a uma provável infecção prévia por Herpes Zoster levou à suspeição de encefalite viral e à realização de punção lombar para análise do líquido. Contudo, pode-

ria optar-se por uma estratégia de vigilância ativa. A decisão de iniciar tratamento empírico com aciclovir, com base na suspeita de encefalite viral foi prudente, mas a recuperação rápida e completa da doente após 24 horas sublinha a necessidade de uma abordagem equilibrada na investigação de episódios de amnésia súbita, sendo fundamental considerar a AGT como uma possibilidade diagnóstica.

Conclusão: O diagnóstico da AGT é clínico e a adoção de uma abordagem conservadora e vigilância contínua podem evitar a realização de exames invasivos desnecessários. É importante considerar este diagnóstico, reduzindo o risco de atitudes terapêuticas desnecessárias.

PO 05

SÍNDROME VERTIGINOSO DE CAUSA RARA

Carla Dias Amaral; João Santos S.;
Filipe Gonçalves; Helena Sarmiento; Jorge Cotter
ULS do Alto Ave, EPE – Hospital da Senhora da Oliveira

Introdução: O síndrome vertiginoso ou ilusão de movimento caracteriza-se pela sensação de deslocação dos objetos ou do indivíduo. As causas para este síndrome podem ser diversas. As mais frequentes são periféricas, por alterações do sistema vestibular, podendo existir algumas etiologias raras.

Descrição do caso: Mulher, 71 anos, autônoma, com antecedentes de dislipidemia, HTA, excesso ponderal e um síndrome vertiginoso conhecido há 2 anos.

Recorre ao SU por agravamento de síndrome vertiginoso com 2 meses de evolução, com intolerância ao ortostatismo, astenia, náuseas, vômitos, cefaleia holocraneana intermitente e perda ponderal superior a 10% do peso corporal.

Ao exame físico no SU apresenta nistagmo horizonte rotatório para a esquerda, não fátigável, em todas as posições do olhar.

Análiticamente policitemia com Hb de 17.2 g/L, hematócrito 49.6% e hipocalémia de 3.13 mEq/ L. Realiza TC CE que demonstra ligeiros sinais de leucoencefalopatia isquêmica. Fica internada sob hidratação, antieméticos e em repouso. Apenas ao quinto dia de internamento começa a tolerar o levantar e a dar alguns passos com apoio. Analiticamente resolução da policitemia e da hipocalémia.

Realiza angio RMN CE: “Evidencia-se a presença de trajetos vasculares anómalos, aparentemente venosos, corticossúbcorticais no hemisfério cerebeloso esquerdo associado a alteração de sinal do seio sigmóide, o qual apresenta ligeiro hipersinal espontâneo em FLAIR e T1 a evocar lentificação do fluxo/trombose, aspeto sugestivo de fístula arteriovenosa dural, alimentada pelo ramo occipital da artéria carótida externa esquerda...”

A doente foi submetida a tratamento endovascular com embolização da fístula AV, com resolução da clínica. Seguida em consulta de Medicina Interna, sendo a última 8 meses após o procedimento, mantém-se assintomática.

Conclusão: O síndrome vertiginoso pode ter diversas etiologias. Neste trabalho apresentamos um caso de síndrome vertiginoso de etiologia rara, associado a fístula arteriovenosa dural que resolve após tratamento endovascular.

PO 06

MEGAESÓFAGO

Tânia Lopes; Beatriz Barros; Diana Ferreira; Filipa Ferreira; João Gomes; Paulo Conceição; Tiago Cunha; Sara Raquel Martins
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A distensão esofágica difusa ocorre mais frequentemente devido a uma obstrução distal mecânica, que pode suceder devido a obstrução intrínseca por neoplasia ou estenose inflamatória, a compressão extrínseca ou a obstrução intraluminal por im-

pactação alimentar. Na ausência de causa obstrutiva, poderá ser secundária a doenças da motilidade esofágica (acalásia ou esclerodermia), fármacos anticolinérgicos e doenças sistémicas, como mixedema, tirotoxicose, amiloidose e diabetes mellitus.

Caso clínico: Mulher de 70 anos, com antecedentes de diabetes mellitus sem lesão de órgão alvo, hipertensão arterial, asma, tumor carcinoide típico do pulmão submetida a lobectomia superior direita em 2019 e hérnia do hiato esofágico (HHE). Foi admitida no Serviço de Urgência por clínica de infeção respiratória e episódios de dor torácica intensa retrosternal com irradiação interescapular. A radiografia do tórax mostrou pneumonia direita e imagem de aparente herniação torácica. A tomografia computadorizada mostrou distensão esofágica difusa e exuberante HHE, contendo o fundo e parte do corpo gástrico, para além da consolidação nos lobos médio e inferior direitos. Foi assumida pneumonia de aspiração em contexto de estase esofágica, com boa resposta à antibióterápia e com resolução da estase sob procinéticos. Trânsito esofágico com motilidade esofágica primária reduzida, sinais de dismotilidade esofágica, nomeadamente presença de ondas não peristálticas no terço inferior do esófago e algum refluxo intraesofágico, e foram observados episódios de refluxo gastroesofágico espontâneo. Manometria esofágica mostrou motilidade esofágica ineficaz, mas com reserva contrátil normal e esfíncter esofágico inferior com normal pressão e relaxamento. Estudo imunológico apenas com anticorpos anti-RNA polimerase III 155 positivos, com restante painel da esclerose sistémica e anticorpos anti-nucleares negativos. A doente não apresenta qualquer manifestação de esclerose sistémica.
Conclusão: Apesar dos anticorpos anti-RNA polimerase III 155 serem altamente sensíveis para esclerose sistémica, estes em particular estão associados a um menor risco de dismo-

tilidade esofágica e a doente não apresenta outras manifestações clínicas que suportem esse diagnóstico. Assim, não é totalmente clara a etiologia da alteração da motilidade e da distensão esofágica. Admite-se que será provavelmente multifatorial e associada a mecanismos perpetuadores. Nestes casos é importante o controlo de sintomas, do refluxo e de microaspirações e a correção da HHE em casos selecionados.

PO 07

TROMBOSE ESPLÉNICA COMO APRESENTAÇÃO DE LEUCEMIA MIELO-MONOCÍTICA CRÓNICA

Hugo Goncalves; Rosa Sá;
Francisco de Oliveira Simões;
Bárbara Fraga Campos; Rui Domingues;
Teresa Pimentel; Narciso Oliveira
Hospital de Braga

Introdução: A Leucemia mielomonocítica crónica (LMMC) caracteriza-se por proliferação clonal de células mieloides, sobrepondo-se características mielodisplásicas e mieloproliferativas, com aumento de risco trombótico. Apresenta-se o caso dum doente de 91 anos observado no serviço de urgência por dor abdominal, verificando-se ser a apresentação de LMMC, manifestada sob a forma de enfarte esplénico.

Caso clínico: Homem, 91 anos, autónomo, recorre ao serviço de urgência com dor abdominal nos quadrantes esquerdos, em moedeira, intensidade 5/10 na escala visual analógica da dor, sem irradiação, com início súbito três dias antes e agravamento nas horas recentes. Antecedentes pessoais: adenocarcinoma e hiperplasia prostáticas, hipertensão arterial e hiperuricemia, estando medicado com alopurinol, amlodipina, valsartam, dutasteride e tansulosina.

Ao exame físico, estava apirético e normotenso; a auscultação cardíaca e pulmonar era normal. No exame abdominal apresentava esplenomegalia palpável, sem sinais de irrita-

ção peritoneal. Os exames laboratoriais revelaram leucocitose (103.700 leucócitos/ mm^3 - valor de referência (VR) 4.0 - 11.0 / mm^3); 41.000 neutrófilos/ mm^3 (VR 1.8 - 7.1 / mm^3), com presença de mieloblastos, promielócitos, metamielócitos e mielócitos (sugestivo de doença mieloproliferativa).

Na tomografia computadorizada (TC), observada esplenomegalia, região hipodensa em banda no baço, compatível com trombose esplénica. Diagnósticos prováveis de sind. mieloproliferativo e enfarte esplénico secundário a hipercoagulabilidade. Após avaliação por Hematologia Clínica, iniciada hidroxiureia. Realizada biópsia medular em ambulatório, com diagnóstico definitivo de LMMC.

Conclusões: O presente caso clínico retrata um diagnóstico pouco frequente de dor abdominal, enfarte esplénico. A correlação clínico-analítico-radiológica neste caso permitiu o diagnóstico provisório e orientação adequada do doente, levando ao diagnóstico definitivo de LMMC. Este diagnóstico é pouco frequente, surge habitualmente após a 6ª década de vida, associa-se a baixa sobrevida e elevada taxa de transformação para leucemia mieloide aguda.

PO 08

LINFOMA DAS CÉLULAS B SEM B

Nuno Ricardo Oliveira; Daniela Diniz;
Ana Filipa Rodrigues; Rosa Amorim
Centro Hospitalar Oeste

Introdução: A presença de uma massa sólida única no mediastino representa, em si um desafio diagnóstico. Podem colocar-se como diagnósticos diferenciais, à partida, adenomegalia única vs timoma vs linfoma vs Neoplasia tiroideia... Nestes doentes é expectável uma forma de apresentação complexa, com uma constelação de sinais e sintomas, mais ou menos específicos, onde se incluem sintomas B e alterações analíticas várias, por

vezes confusionais. Mas, e se, no entanto, só existir a massa?

Caso clínico: Doente de 30 anos, previamente saudável, veio ao SU por quadro com um mês de evolução de tumefação do pescoço com extensão a face, sem febre, sem perda ponderal, sem tosse, sem dispneia, sem sudorese noturna, sem alterações vocais, sem disfagia. Doente sem hábitos toxicofílicos e sem medicação habitual.

Ao exame objectivo tumefação a nível da região supra clavicular direita, com cerca de 4cm de diâmetro, consistência mole à palpação, indolor sem limites definíveis, com circulação venosa colateral visível no tórax anterior direito, sem sinais compartimentais e sem edema dos membros superiores.

Analiticamente sem alterações de relevo com Idh normal, serologias negativas e IGRA e ECA negativos.

Realizou TC que revelou massa homogénea no mediastino anterior sólida 5.1*2.5 cm com compressão da veia cava superior, possível timoma. Sem continuidade com a tiroide e sem adenopatias de outras localizações.

Foi realizada biópsia da massa tendo sido identificado Linfoma das Células B Grandes, com primário no mediastino.

Pos alta no IPO realizada PET com identificação de focos hipermetabólicos adicionais no colon descendente em D3.

Assumido Linfoma das células B Grandes mediastínico primário, Estadio IV-B, e iniciou RCHOP14.

Conclusão: “Na Medicina Não há sempre nem há nunca”. Apesar de cada patologia que diagnosticamos ter de cumprir critérios científicos e clínicos, surgem por vezes casos, que desafiam as nossas definições. Porque cada doente é, em si único, as excepções surgem como formas de aprendizagem. Este é um desses casos, pela ausência de sinais e sintomas, para além da massa em si. Relembra-nos que a abordagem sistemática

das massas mediastínicas, não deve nunca, obnubilar a visão do doente como um todo e que as guidelines, não são diretrizes rígidas, mas antes linhas orientadoras que nunca se sobrepõem ao sentido clínico.

PO 09

TOSSE SECA: UM SINAL DE ALERTA PARA UM LINFOMA RARO.

Ricardina Fernandes Macedo; Rosário Araújo; Olinda Caetano; Margarida Monteiro; Rosa Ferreira; Patrícia Ferreira; Fábio Dinis Alves
Hospital de Braga

Introdução: O Linfoma Não Hodgkin Anaplásico de Grandes Células T (LNHAGCT) é uma doença rara, com rápida evolução, comportamento agressivo, predomínio de manifestações sistêmicas e localização extranodal. É mais frequente em jovens do sexo masculino. O seu diagnóstico baseia-se em critérios histológicos, no entanto os exames de imagem são indispensáveis para um correto estadiamento. A resposta ao tratamento varia segundo fatores prognósticos, como a idade, expressão do gene de quinase de Linfoma Anaplásico (ALK), entre outros.

Caso clínico: Mulher de 40 anos, autónoma, sem antecedentes patológicos, internada no serviço de Medicina Interna por massa cervical esquerda com uma semana de evolução, de consistência pétrea, com cerca de 5x3 cm, dolorosa e aderente aos planos profundos, associada a edema na mesma região. Referia tosse seca e irritativa nos meses anteriores, associada a dor pleurítica, sem resposta a tratamento sintomático, assim como episódios pontuais de disfagia para sólidos e afonia. Sem febre, sudorese noturna, perda ponderal, anorexia ou astenia. A tomografia computadorizada (TC) do tórax revelou massa com 10 cm no maior eixo coronal, lobulada, com áreas de necrose, que envolvia o ápex pulmonar esquerdo e se estendia ao medias-

tino anterior e à região cervical inferior, com invasão da pleura costal e mediastínica, e dos vasos jugulocarotídeos esquerdos. Durante o internamento apresentou episódios de febrícula e tosse irritativa. Foram excluídas causas infecciosas. Realizou tomografia por emissão de positrões (PET) que detectou envolvimento maligno hipermetabólico ao nível da massa descrita no TC, ganglionar e mediastínico. No PET também se verificou hiperactividade metabólica difusa no esqueleto axial e apendicular proximal, de significado incerto o que levantou a suspeita de envolvimento medular maligno. Os marcadores tumorais germinativos foram negativos. Realizou biópsia da massa mediastínica, cujo resultado imuno-histoquímico foi positivo para CD30 e negativo para “ALK”, o que permitiu estabelecer o diagnóstico de LNHAGCT “ALK” negativo. Também realizou biópsia da medula óssea que excluiu envolvimento medular. A doente foi proposta para tratamento com 6 ciclos de Brentuximab associado a Ciclofosfamida, Doxorubicina e Prednisona (CHP). Neste momento já realizou 2 ciclos, com bons resultados. Se continuar a responder ao tratamento, será proposto realizar autotransplante de medula óssea.

Discussão: Neste caso clínico, vemos uma apresentação avançada de um tumor raro. O diagnóstico tardio associado à ausência de expressão genética de “ALK” está relacionado a pior prognóstico, no entanto, apesar das adversidades, a doente está a responder ao tratamento instituído.

PO 10

TUMOR DE WARTHIN – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO RARO

Mafalda Maria Santos; João Vieira Afonso; Joana Castro Vieira; Mariana Simão Magalhães; Daniela Diniz; Rafael Oliveira;

Ana Filipa Rodrigues

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

Introdução: As glândulas salivares estão divididas em parótida, submandibular e sublingual. A inflamação destas pode ser uni ou bilateral, e também aguda, crónica ou recorrente. Uma história clínica completa, descrevendo o início, a duração dos sintomas e o envolvimento de uma ou mais glândulas, bem como os fatores precipitantes, irá ajudar a orientar o diagnóstico diferencial e o tratamento.

Caso clínico: Mulher, 43 anos, autónoma, com antecedentes de asma e tabagismo, recorreu ao serviço de urgência por parestesias na hemiface inferior direita com três dias de evolução associadas ao aparecimento lesão pré-auricular e otalgia homolateral. Negando, no entanto, febre, dispneia, cefaleia, anorexia, otorreia, prurido, lesões semelhantes em outras localizações e/ou alterações auditivas.

Ao exame objetivo, hemodinamicamente estável, auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações, salientando-se uma lesão eritematosa infra centimétrica na região pré auricular.

Realizou estudo analítico destacando-se uma ligeira leucocitose (12000/uL) e eosinofilia e TAC de partes moles do pescoço: revelando proeminência da glândula parótida direita e formações nodulares podendo tratar-se de adenomas ou tumores de Warthin, acompanhados de gânglios reativos nas cadeias jugulares internas e espinais acessórias.

Foi discutido com a especialidade de ORL, tendo-se iniciado antibioterapia e encaminhamento posterior para a especialidade.

Discussão: Embora muito menos provável

de ocorrer que um adenoma pleomórfico, o tumor de Warthin é o segundo tumor mais comum da glândula parótida. Está fortemente associado ao tabagismo e ocorre quase exclusivamente na glândula paratiroide. Apesar de normalmente estar associado a homens de idade avançada, a incidência em mulheres tem vindo a aumentar, acompanhando o aumento de mulheres fumadoras.

PO 11

CARCINOMA DE MAMA E ASCITE – UM DIAGNÓSTICO TARDIO

Ricardina Fernandes Macedo; Rosário Araújo;
Olinda Caetano; Margarida Monteiro;
Rosa Ferreira; Fábio Dinis Alves; Patrícia Ferreira
Hospital de Braga

Introdução: A prevalência do cancro de mama tem aumentado nos últimos anos em Portugal. Existem vários fatores de risco associados a esta doença como a idade avançada, história familiar, predisposição genética ou a exposição a estrogénios. O prognóstico cada vez mais se correlaciona com a caracterização histológica dos tumores primários, permitindo-nos definir o risco de recorrência e definir terapêutica mais eficaz.

Caso clínico: Mulher, 40 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos, recorreu ao Serviço de Urgência por cansaço para pequenos esforços, com uma semana de evolução, associado a perda de apetite, noção de aumento do perímetro abdominal, dor localizada no flanco direito e diarreia. Negava perda ponderal, febre, sudorese noturna, outras queixas gastrointestinais ou genitourinárias. Realizou Tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica com evidência de fígado de dimensões muito aumentadas, dismórfico, difusamente heterogêneo, com múltiplas áreas hipocaptantes, sugestivas de metástases, a maior de 52x47x62mm no lobo direito, e ascite de pequeno volume. Ao exame físico,

ressaltou a presença de retração mamilar esquerda, com massa de aproximadamente 4x6cm no quadrante superior interno de consistência pétrea, não dolorosa, aderente aos planos profundos. Já no internamento, foram detectadas pequenas lesões purpúricas no membro superior direito, hemitórax direito e ombro esquerdo. Realizou biopsias da lesão mamária, hepática e cutânea, que permitiu estabelecer o diagnóstico inaugural de carcinoma lobular da mama esquerda, com receptores hormonais de estrogénio e progesterona positivos, sem expressão genética HER2, com expressão Ki 67 de 40-50%, estadio IV, com metastização hepática e angiogênese cutânea. Neste contexto iniciou tratamento de primeira linha paliativo com Ribociclibe e Hormonoterapia, sem resposta significativa. Foi internada novamente 2 meses depois por intercorrência infecciosa, acabando por falecer pouco tempo depois.

Discussão: Apesar do programa de rastreio e sensibilização da população existente em Portugal ainda há situações em que a doença é diagnosticada em estadios avançados, limitando assim a possibilidade de cura.

PO 12

POLIMIALGIA REUMÁTICA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO NO IDOSO

Fábio Dinis Alves; Ricardina Macedo;
Rosa Ferreira
Hospital de Braga

Introdução: A polimialgia reumática (PMR) é das doenças reumáticas mais frequentes, principalmente na população geriátrica, e manifesta-se por dor e rigidez na cintura escapular, pélvica e cervical. Associa-se frequentemente a doença oncológica, podendo ser a primeira manifestação da mesma. Surge como manifestação sintomática em cerca de 10% dos doentes com arterite de células gigantes (ACG). O tratamento assenta em

corticoterapia em baixa dose, habitualmente com boa resposta sintomática.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 82 anos, com antecedentes de doença cardíaca isquêmica e gota, seguido em consulta de Oncologia por carcinoma epidermóide do pulmão (T4N2M0) recém diagnosticado. Encaminhado para a consulta de doenças autoimunes por artralguas intensas com 5 meses de evolução, com afetação das cinturas e associadas a limitação funcional. Negada alteração visual, cefaleia, dor no escalpe e claudicação da mandíbula. Ao exame físico, salienta-se tofos gotosos na mão esquerda e em ambos os cotovelos, assim como alterações degenerativas das mãos e limitação funcional na mobilização ativa das cinturas, mais marcada na cintura escapular. Sem artrite e sinovite ao exame físico. Do estudo realizado, elevação dos parâmetros inflamatórios, autoimunidade negativa (fator reumatóide negativo) e telerradiografias com alterações degenerativas. Realizada tomografia por emissão de positrões que evidenciou hiperatividade metabólica das articulações acromioclaviculares, glenoumerais e dos cotovelos bilateralmente. Assumindo o diagnóstico de PMR, foi iniciada corticoterapia com prednisolona com resolução das queixas. Atualmente em seguimento há cerca de 1 ano, com prednisolona 5 mg/dia, com reaparecimento de sintomas após tentativa de desmame. Relativamente à doença oncológica, atualmente sob radioquimioterapia, com doença em progressão com metastização ganglionar à distância.

Discussão e conclusão: A polimialgia reumática pode estar relacionada com um contexto paraneoplásico, requerendo uma suspeição clínica cuidadosa quando ocorrem queixas articulares em doentes oncológicos. Por outro lado, é crucial estar atento à possibilidade de um diagnóstico oncológico em doentes sem histórico prévio de neoplasia quando diagnosticados com PMR. Esta dualidade destaca

a importância da avaliação completa e vigilância contínua em pacientes com suspeita de PMR, especialmente em contextos clínicos onde a presença de cancro pode influenciar o curso da doença e o plano terapêutico.

PO 13

COMPLICAÇÃO ASSINTOMÁTICA E INESPERADA DE UMA NEOPLASIA GINECOLÓGICA

Rosa Sá; Hugo Gonçalves; Francisco Simões; Bárbara Campos; Rui Domingues; Teresa Pimentel; Narciso Oliveira
Hospital de Braga

O adenocarcinoma seroso de alto grau é o tipo mais comum de neoplasia do ovário, frequentemente diagnosticado em estadios avançados, devido à sua apresentação inespecífica e à ausência de lesões precursoras. O padrão de metastização ocorre principalmente por disseminação hematológica para o peritoneu, sendo a ascite a forma de apresentação mais comum. A ocorrência de pneumoperitoneu como complicação desta neoplasia é um achado raro.

Doente do sexo feminino, 72 anos, recorreu ao serviço de urgência (SU) por aumento do perímetro abdominal, dor abdominal generalizada e vômitos persistentes, com dois meses de evolução. Associadamente, descreveu um episódio de hemorragia vaginal, que recorreu após ajuste de hipocoagulantes. Referiu ainda, obstipação, astenia, dispneia para pequenos esforços, e uma perda ponderal de 17 kg nos últimos quatro meses. A doente tinha antecedentes de fibrilhação auricular, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Dos rastreios oncológicos realizados em ambulatório, tinha uma colonoscopia e ecografia ginecológica sem alterações. À observação, encontrava-se normotensa e normocárdica, com dor abdominal à palpação e evidência de ascite. Analiticamente, a destacar uma anemia nor-

mocítica, normocrômica, e trombocitose, sem elevação de parâmetros inflamatórios. Realizou uma tomografia abdominopélvica no SU que mostrou ascite volumosa, derrame pleural à direita, nódulos peritoneais sugestivos de metástases e espessamento do ângulo esplênico do cólon. A doente foi internada para estudo, tendo-se realizado uma paracentese diagnóstica no primeiro dia de internamento. Da análise do líquido peritoneal levantou-se a suspeita de peritonite bacteriana, secundária a perfuração de víscera oca, pelo que foi solicitada uma nova tomografia abdominopélvica, que mostrou um pneumoperitôneu. Foi realizada laparotomia exploradora de emergência, onde se verificou isquemia e perfuração do cego pelos múltiplos implantes de carcinomatose, com colheita de material para análise histológica, que revelou um adenocarcinoma seroso de alto grau do ovário direito. Este caso destaca a importância de ter um alto índice de suspeição de complicações associadas a implantes metastáticos peritoneais. A investigação atempada foi fundamental para o diagnóstico e tratamento adequados, tendo a doente mantido acompanhamento em Oncologia Médica pela sua neoplasia.

PO 14

UMA ENTIDADE RARA DE LIPOMAS – SÍNDROME DE DERCUM

Adriana Pereira Almeida; Bernardo Silvério;
Sofia Festa; Silvia Oliveira; Pedro Neves;
Paulo Bandeira
ULSMAVE

Introdução: A adipose dolorosa ou doença de Dercum é caracterizada pelo desenvolvimento de múltiplos lipomas subcutâneos dolorosos, associados com obesidade, astenia, fadiga e diversos distúrbios mentais incluindo depressão, confusão, demência e epilepsia. A doença normalmente ocorre em mulheres pós-menopausa, com idades entre

45 e 60 anos, mas foram descritos alguns casos em homens.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente masculino indiano de 27 anos, com antecedentes pessoais de obesidade (IMC 30) e antecedentes familiares de adipose dolorosa e obesidade. Como medicação habitual paracetamol e ibuprofeno em SOS. Admitido ao Serviço de Urgência (SU) por astenia e tumefações dolorosas ao toque que inicialmente atingiam apenas os antebraços com disseminação posterior para as costas, tronco e coxas, sem atingimento da face e do pescoço, com mais de três meses de evolução. Sem história de parestesias ou equimoses. Constatou-se que o irmão do doente tem a mesma sintomatologia. No estudo efetuado destaca-se hemograma normal, função renal normal, função tireoideia normal, proteína C reativa ligeiramente aumentada (5 mg/dL), velocidade de sedimentação normal (3 mm/h) e colesterol total aumentado (200 mg/dL); radiografia torácica e dorso-lombar sem alterações de relevo. Durante a permanência no SU, necessidade de corticoterapia e analgesia em escalada até opioide. Portanto, dada a história familiar e a clínica do doente, assumido adipose dolorosa. O doente teve alta com terapêutica analgésica e corticoterapia e orientação para consulta de medicina para reavaliação do controlo da dor. O doente não compareceu a consulta tendo voltado para o seu país.

Conclusão: Estamos perante uma entidade rara de etiologia desconhecida, com diagnóstico difícil, caracterizada por progressão constante, sendo o tratamento puramente sintomático. Não existe evidência que esta doença altera a esperança média de vida do doente.

PO 15

QUANDO NÃO É “SÓ UMA SINUSITE” ...

Ana Catarina Ruivo; Claudia Ribeiro;
Andreia Meseiro; Bruna Barbosa; Inês Bonito;
Mariana Almeida; Maria do Rosário Ginga;
Martinho Fernandes

Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Mulher, 37 anos, educadora de infância, sem antecedentes pessoais patológicos conhecidos, foi levada ao serviço de urgência por hemiparesia direita com duração indeterminada, superior a 10h, e febre de 40°C. Com quadro de cefaleia e rinorreia com 1 semana de evolução, previamente medicada com bilastina, fluticasona e paracetamol, sem melhoria.

À admissão encontrava-se vígil mas pouco reativa, febril 38.4°C, cumpre algumas ordens, com afasia, com desvio do olhar conjugado para a esquerda, paralisia facial central direita e hemiplegia direita. Com rigidez da nuca.

Analiticamente a salientar 35000 leucócitos com neutrófilia e proteína C reativa de 494 mg/L. Colheu hemoculturas. Realizou angio-TC CE que mostrou “(...) Preenchimento parcial dos seios em relação com pansinusite. Lamina extra-axial hipodensa com algumas bolhas gasosas, a nível frontal à esquerda, apresentando 5 mm de espessura. Molda ligeiramente o parênquima cerebral. Hipodensidade corticosubcortical frontal anterior ipsilateral. (...)” Realizou punção lombar, de líquido incolor, turvo, com pleocitose, proteinorráquia elevada e hipoglicorraquia, com painel de vírus neurotrópicos negativo.

Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e metronidazol.

Evoluiu com agravamento clínico, manutenção da febre, com instabilidade hemodinâmica, afundamento do estado de consciência e paragem respiratória. Suspeitando-se de estado de mal epilético, foi lhe administrado levetiracetam e foi submetida a entubação

oro-traqueal. Iniciou perfusão de midazolam e noradrenalina por hipotensão refractária a fluidoterapia.

Realizou nova angio TC-CE, que mostrou encravamento das amígdalas, alterações sugestivas de cerebrite frontal esquerda e aumento da extensão e espessura da coleção frontal esquerda, compatível com exsudado inflamatório ou infeccioso, com aumento do efeito de massa previamente documentado. Realizou ainda TC dos seios peri nasais que mostraram “Extensa polissinusopatia inflamatória/infecciosa, mais expressiva nos labirintos etmoidais, seio maxilar esquerdo e hemisseio esfenoidal esquerdo. Sem evidentes soluções de continuidade óssea nas paredes das cavidades sinusais perinasais.(...)” As hemoculturas vieram positivas para streptococcus pyogenes. A situação da doente evoluiu desfavoravelmente, culminando no seu óbito dias depois. Foi admitido o diagnóstico de meningococcalite bacteriana com ponto de partida provável em pansinusite.

PO 17

HEMOSUCCUS PANCREATICUS: UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Inês Rafael Marques; Sofia Festa;
Sara Marques Silva; João Cardoso; Rita Lopes;
Carla Madureira Pinto
ULS Médio Ave

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 algicas, 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.

PO 18

SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL INDUZIDA POR HIPERTENSÃO RESISTENTE: RELATO DE CASO

Sara Silva¹, Adriana Almeida¹, Inês Marques¹, Inês Silva², Liliana Oliveira¹, Ângela Coelho¹, Carla Melo¹

¹ULSMave – Unidade de Vila Nova de Famalicão; ²ULSMave – Unidade de Santo Tirso

Introdução: A Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) é uma síndrome clínico-radiológica que se caracteriza por um quadro agudo/subagudo, e se pode manifestar com cefaleias, alterações visuais, défices neurológicos focais, alterações do estado de consciência e/ou convulsões. A etiologia mais comum é a Hipertensão Arterial. Tanto as manifestações clínicas como as alterações imagiológicas podem ser totalmente reversíveis se for feito o tratamento adequado e atempado da causa subjacente.

Descrição do caso: Os autores apresentam um caso de um homem de 29 anos, ex-fumador, admitido no Serviço de Urgência com cefaleias intensas e perfil hipertensivo (TA 197-208/111-123 mmHg). Do estudo inicial, verificou-se que apresentava lesão renal aguda, proteinúria, disfunção cardíaca com aumento ligeiro de troponina I alta sensibilidade e moderado de NT-proBNP. O ECG apresentava critérios de hipertrofia ventricular esquerda, mas sem sinais de isquemia aguda. Além disso, apresentava, em TC-CE, hipodensidades justacorticais occipitais e cerebelosas

posteriores bilaterais. Assim, ficou internado por Emergência Hipertensiva para vigilância, controlo tensional e estudo de hipertensão secundária, apresentando, um diagnóstico inaugural de Hipertensão Arterial. Durante o internamento, fez RMN-CE para esclarecer as lesões encontradas, que mostrou área de hipersinal FLAIR corticosubcortical occipital direita, sem alteração de sinal em T1, sem restrição à difusão e não se modificando após administração de gadolínio. Apesar de ser uma lesão inespecífica, por enquadramento clínico, tornou provável a hipótese de PRES em contexto de Hipertensão Arterial não controlada. O doente teve alta com perfil tensional controlado sob fármacos antihipertensores de 5 classes, tratando-se, portanto, de hipertensão resistente, para a qual, após estudo, não se encontrou causa secundária. Foi acompanhado em consulta externa, mantendo valores tensionais registados em ambulatório controlados, sem recorrência de cefaleias, e repetiu RMN-CE cerca de 4 meses após o internamento, com resolução das lesões cerebrais, corroborando a hipótese de PRES.

Conclusão: A PRES pode ser subdiagnosticada na ausência de um elevado grau de suspeição, dado ter uma clínica inespecífica. O seu diagnóstico tem implicações terapêuticas e prognósticas importantes, dado ter potencial de reversibilidade das lesões, e, quando não tratada, pode evoluir para edema citotóxico. Com este caso, pretende-se mostrar que o tratamento da causa subjacente é crucial.

PO 19

INTOXICAÇÃO POR NEONICOTINOIDES – APRESENTAÇÕES DOSE-DEPENDENTES

Tiago Silveira Rosa; Monique Alves;
Diana Mimoso; Cátia Ribeiro; Marta Lisboa;
Patrícia Rocha

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Introdução: Os neonicotinóides são compostos amplamente utilizados como inseticidas. Descritos como menos perigosos em caso de envenenamento que outros inseticidas, estes agentes são rapidamente absorvidos, havendo o risco de envenenamento nicotínico com perigo de vida. No entanto, mesmo com grandes ingestões intencionais, a maioria dos doentes desenvolve um quadro ligeiro a moderado de náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal e cefaleia, sendo o tratamento de suporte. Nos casos graves pode surgir insuficiência respiratória, hepatotoxicidade, coma e morte.

Caso clínico: Dois homens, de 68 (Sr.A) e 74 anos (Sr.B), autônomos, são admitidos no Serviço de Urgência (SU) por ingestão voluntária de inseticida neonicotinoide.

O Sr. A. com antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus tipo 2, insulinotratado, é admitido 11h após ingestão de uma pequena quantidade de inseticida (EPIq-5L). Após a ingestão inicia quadro de náuseas e vômitos que motiva a vinda ao SU. Ao exame físico, cheiro peculiar. No estudo complementar gasimetria (GSA) com Lact 4.2, gluc 685, Na⁺ 124 e Osm plasm 306, com critérios limite para síndrome hiperglicémico hiperosmolar. Fez terapêutica de suporte. Avaliado por Psiquiatria que concluiu tratar-se de um quadro reativo de ansiedade, sem ideação suicida ativa, tendo alta medicado com ansiolíticos e indicação para acompanhamento em Consulta de Psicologia. O Sr.B, com antecedentes pessoais de síndrome vertiginosa e prótese valvular biológica, é admitido 1h após a ingestão de 150mL de

inseticida (acetamipride, Canadine®) com vômito e prostração progressiva, motivo de encaminhamento ao SU. À admissão em GCS 9 (O3V1M5), taquicárdico, taquipneico e dessaturado. Analítica com leucocitose, GSA com pH 7.03, pCO₂ 79, Lact 9.6 e K⁺ 2.3, assim como ECG com ritmo de fibrilhação auricular e presença de extrassístoles ventriculares. Fez terapêutica de suporte, lavagem gástrica, carvão ativado e noradrenalina, sendo posteriormente transferido para a unidade de cuidados intensivos de referência. Evolui favoravelmente, com recuperação gradual do quadro de choque e acidemia metabólica. Doente com discurso empobrecido, desorientado e com períodos de confusão, assumindo-se, à data de alta, quadro neurológico secundário a toxicidade pelo inseticida, com baixa probabilidade de reversibilidade. É reavaliado em consulta externa de Psiquiatria e Neurologia após 2 meses com recuperação praticamente total da disfunção cognitiva apresentada.

Conclusão: A admissão hospitalar por intoxicação por neonicotinoides é relativamente frequente, dado o seu uso regular em ambientes rurais, como inseticidas nas atividades agrícolas, facilitando a acessibilidade ao produto. Os efeitos adversos são vários, sendo que a quantidade ingerida e o tempo decorrido desde a ingestão até à procura dos cuidados de saúde são determinantes para as consequências a curto e longo prazo.

PO 20

POLIMIALGIA REUMÁTICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO EM MULHER IDOSA COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Daniel Santos Rodrigues; Elsa Gonçalves;
Ana Rita Sevilas Alves; Dany Campos Cruz;
Beatriz Gomes Rosa

Hospital Santa Maria Maior - ULS Barcelos-Esposende

Introdução: A Polimialgia Reumática (PMR) é uma doença inflamatória caracterizada por sintomas como dor e rigidez matinal das cinturas escapular e pélvica. Afeta principalmente indivíduos com idade superior a 50 anos e é mais comum em mulheres. O diagnóstico é clínico e o seu tratamento baseia-se na utilização de corticoesteroides.

Caso clínico: Mulher de 68 anos de idade, referenciada do seu médico assistente, por astenia, perda de peso involuntária e perda de força proximal dos membros superiores. Com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 insulinotratada e anemia ferropénica sob suplementação com ferro oral. Doente referia cervicalgia com irradiação para os membros superiores, agravada com movimento, sem noção de rigidez matinal. Ao exame objetivo, com diminuição global da força e mobilidade dos membros superiores. Sem envolvimento de outras articulações. Analiticamente, apresentava anemia com ferropenia, aumento de VS e de PCR. Realizou estudo autoimune e estudo endoscópico que não apresentou alterações de relevo. Na RMN crânio-encefálica e de pescoço a salientar apenas ligeira protusão discal C3-C4. Dada a suspeição diagnóstica, iniciado tratamento com prednisolona 20mg/dia, apresentou melhora clínica e resolução progressiva da dor.

Discussão: A PMR foi diagnosticada com base na clínica, idade da doente, elevação de parâmetros de fase aguda, ausência de envolvimento de outras articulações e estudo

autoimune sem alterações de relevo. A exclusão de outras condições com manifestações clínicas semelhantes, como a artrite reumatóide ou neoplasias, é crucial. O tratamento padrão com corticosteroides iniciou-se, observando-se melhoria significativa dos sintomas. **Conclusão:** Este caso destaca a importância de um diagnóstico diferencial cuidadoso na apresentação de dor articular em indivíduos idosos. A PMR, embora comum, requer atenção aos detalhes clínicos e laboratoriais para um diagnóstico preciso e tratamento eficaz, melhorando substancialmente a qualidade de vida do doente.

PO 21

SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Monique Alves; Cátia Cunha Ribeiro;
Diana Mimoso; Marta Barrigas; Catarina Coelho;
Beatriz Expósito; João Enes
CHTMAD

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC), é a segunda causa de morte e incapacidade em todo o mundo. O risco é superior nas mulheres comparativamente aos homens, e as causas subjacentes são várias. A Síndrome do Anticorpo Antifosfolípido (SAF), faz parte das causas menos frequentes, no entanto, esta deve ser considerada nos diagnósticos diferenciais.

Caso clínico: Mulher, 68 anos de idade, autônoma, com antecedentes pessoais de hipertensão essencial, dislipidemia, síndrome vertiginosa, 2 abortos espontâneos, um no primeiro trimestre e outro aos 4 meses. Medicada habitualmente com Losartan/hidroclorotiazida, ácido acetilsalicílico e pravastatina. Recorre ao serviço de urgência (SU) por náuseas, vômitos, alterações da visão e noção de tonturas com cerca de 24h de evolução. Ao exame objetivo, com discreta paresia facial central esquerda e incapacidade de movi-

mentos oculares de elevação verticais à esquerda, sem outras alterações. Estudo analítico sem alterações de relevo exceto APTT 74.3 segundos com INR normal. Eletrocardiograma: ritmo sinusal, frequência cardíaca 65 b/min; Tomografia Computorizada Crânio Encefálica com angio a revelar pequena lesão isquêmica recente de localização talâmica medial direita e subtalâmica. Após discussão com Neurologia, inicia dupla anti-agregação plaquetária, estatina de alta intensidade em combinação com ezetimibe. Admitida a internamento para estudo etiológico do AVC isquémico no território vertebro- basilar. Do estudo complementar da coagulopatia a salientar: estudo SAF imunológico positivo para anticorpos antibeta2-glioproteína IGG, >40 GPLs, IGM 16 GPLs; anticoagulante lúpico 1.7 (positivo). Estudo autoimune com ANAs 1:640, sem outras alterações. Evolução clínica favorável, com reavaliação após três semanas e repetição do estudo de síndrome antifosfolípido. **Conclusão:** Os acidentes vasculares cerebrais, são causa frequente de admissão no serviço de urgência. A SAF, sendo uma doença autoimune sistêmica caracterizada por trombose arterial, venosa ou microvascular e/ou morbilidade gestacional, não sendo uma causa comum de AVC, deve fazer parte do estudo etiológico sempre que houver suspeita clínica. A abordagem terapêutica adequada desta entidade tem impacto na prevenção de eventos trombóticos.

PO 22

UM CASO DE VASCULITE LEUCOCITOCILÁSTICA

Ana Catarina Ruivo; Cláudia Ribeiro;
Andreia Meseiro; Bruna Barbosa;
Daniela Costa; Mariana Almeida;
Maria do Rosário Ginga; Martinho Fernandes
*Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hos-
pital Nossa Senhora do Rosário*

A vasculite leucocitoclástica é um processo inflamatório que afeta vasos de pequeno calibre, caracterizando-se histologicamente por um infiltrado inflamatório predominantemente neutrofílico, leucocitoclasia, necrose fibrinóide da parede dos vasos e consequente extravasamento de eritrócitos.

Apresenta-se mais frequentemente por púrpura palpável, em áreas dependentes do corpo, mas pode ainda surgir sob a forma de máculas, pápulas e nódulos.

A etiologia mais frequente é idiopática (30 a 50%), com estudo negativo, 10 a 24% são induzidas por fármacos, sendo os antibióticos, analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides os mais frequentes, 20% são secundárias a infeções, das quais as infeções respiratórias superiores, hepatites virais, HIV, parvovírus B19 e endocardites bacteriana as causas mais comuns. 10 a 15% são secundárias a patologias autoimunes sistémicas e menos de 1% têm causa neoplásica.

O diagnóstico é feito com biópsia cutânea, realizada 24 a 48 horas após o surgimento das lesões, com estudo histopatológico.

Mulher, 90 anos. Com antecedentes pessoais de carcinoma invasivo da mama com metástase ganglionar, em seguimento na consulta de senologia para estadiamento e decisão clínica. Entre a sua medicação habitual recente encontrava-se aspirina 100mg. Surge com lesões petequiais em ambas mãos e membros inferiores, com edema e dor acompanhantes, sem alterações de sensibilidade. Dirige-se uma primeira vez ao serviço de ur-

gência, onde foi suspensa a toma de aspirina, com manutenção da sintomatologia. Regressa ao serviço de urgência por manutenção do quadro, tendo ficado internada para estudo etiológico. Do estudo analítico, apenas de salientar aumento de D-dímeros, velocidade de sedimentação e proteína C reativa, sendo que os estudos autoimune e infeccioso vieram negativos para infeção ou doença autoimune ativas. Realizou biópsia cutânea com achados de vasculite leucocitoclástica e cumpriu terapêutica com corticoterapia, com melhoria clínica e analítica. Teve alta.

Após consultar o processo clínico da doente, averiguo que as lesões cutâneas recidivaram, após a alta, estando presentes à observação do colega de senologia na consulta.

Assumiu-se como sendo uma vasculite leucocitoclástica de causa neoplásica, uma vez que foram excluídas as causas iatrogénicas mais prováveis, com a remoção da aspirina, e estados infecciosos e autoimunes. Permanecendo a causa neoplásica ativa e com a recidiva do quadro, considera-se esta a etiologia mais provável.

PO 23

SOLIDÃO E DISTÚRBIOS IÓNICOS: QUANDO A HISTÓRIA SE REPETE

Maria Inês Risto¹; Patrícia Sobrosa¹;
Frederica Parente¹; António Cardoso Fernandes¹;
João Coutinho de Sousa²; Luciana Sousa¹;
Carmélia Rodrigues¹; Diana Guerra¹
*1Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE /
Hospital de Santa Luzia
2SSSARS Norte*

A Medicina Interna é uma especialidade abrangente e complexa, abordando holisticamente os seus doentes. Neste resumo, procuramos relatar três casos de doentes idosos, com grau de autonomia preservada e que viviam sozinhos. Todos, foram trazidos à urgência no mês de janeiro após quedas, não

presenciadas, nos seus domicílios.

No primeiro caso, uma mulher de 87 anos. Após três dias de várias tentativas de contacto pelo sobrinho, arrombada a porta e encontrada caída. Ao exame físico, apresentava maus cuidados de higiene, estava desidratada, em hipotermia e prostrada.

No segundo caso, um homem de 97 anos. Autônomo, ainda conduzia. Trazido também após ter sido encontrado caído. Ao exame físico, bom estado geral mas com sinais de desidratação, em hipotermia e prostrado.

No terceiro caso, uma mulher de 84 anos. Autônoma, vivia numa primeiro andar, sem água canalizada. Contava com o apoio de um vizinho que lhe carregava lenha e cântaros de água para casa. Trazida pelos bombeiros, após a vizinhança não a avistar nos últimos dias. À admissão no serviço de urgência, hipotérmica e prostrada.

Os três doentes, analiticamente, apresentavam-se com distúrbios hidroeletrólíticos, ra-bdomiólise e lesão renal aguda.

Em todos, a abordagem terapêutica incluiu fluidoterapia endovenosa e correção de distúrbios iónicos, com progressiva recuperação do estado de consciência. Alta adiada até resolução de questão social. No primeiro caso, a família optou pela institucionalização em lar, no segundo caso o doente foi viver com o sobrinho e, no terceiro, orientou-se para centro de dia e apoio ao domicílio.

No conjunto de casos apresentados, pretendemos demonstrar como a fragilidade social e o isolamento, são fenómenos cada vez mais frequentes na sociedade e, consequentemente, na prática clínica. Estes, levam a eventos que motivam internamentos evitáveis, como os distúrbios iónicos descritos e que acabam por sobrecarregar os sistemas de saúde. Neste contexto, para além de crucial o trabalho em equipa, nomeadamente a articulação com o serviço social para se encontrarem soluções de residência, que disponham de apoio

de modo a evitar recidivas, e subseqüentemente mais internamentos desnecessários e/ou prolongamento destes.

PO 24

HIPONATREMIA GRAVE: DESAFIO ETIOLÓGICO

Ricardina Fernandes Macedo; Rosário Araújo;
Olinda Caetano; Margarida Monteiro;
Rosa Ferreira; Fábio Dinis Alves
Hospital de Braga

Introdução: A hiponatremia corresponde a uma concentração sérica de sódio inferior a 135 mEq/L, muito frequente no ambiente hospitalar e com uma etiologia variada. Os sintomas evoluem conforme a rapidez de instalação. O seu diagnóstico faz-se pela avaliação dos parâmetros analíticos. O tratamento consiste na correção da concentração de sódio e na resolução etiológica do quadro, quando possível.

Caso clínico: Homem com 73 anos, autónomo, realizou recessão transureteral da próstata (RTUP) eletiva, em ambulatório, num hospital privado, ficando internado por hematuria residual e mal-estar generalizado, após a cirurgia. Teve alta, mas voltou ao serviço de urgência (SU) do mesmo centro com náuseas, vômitos e diarreia, tendo sido reinternado por retenção urinária. O quadro complicou-se com uma crise convulsiva acompanhada de perda de consciência, pelo que foi enviado para o SU do nosso hospital com suspeita de acidente vascular cerebral (AVC). No nosso SU, realizou angiotomografia computadorizada cerebral que descartou AVC. Também realizou estudo analítico que mostrou um valor de sódio sérico de 113mEq/L, sem outras alterações. A osmolaridade sérica estimada foi de 249mOs/L o que nos levou a concluir que se tratava de uma hiponatremia hipoosmolar. Após a correção dos valores de sódio, o doente não voltou a apresentar sintomas neurológicos nem gastrointestinais.

Discussão: Os sintomas do doente, o antecedente cirúrgico e os resultados dos exames complementares realizados no nosso hospital levam-nos a concluir que o quadro de hiponatremia provavelmente estaria relacionado com a sobrecarga de fluidos resultante da irrigação vesical durante a RTUP, apesar de esta causa não ser muito frequente.

PO 25

RISCO TROMBÓTICO DAS NEOPLASIAS: UM CASO DE CLÍNICO DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO DE CAUSA EMBÓLICA

Paulo Conceição; João Poejo Gomes; Ana Reinas
*Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral
de Santo António*

O risco trombótico em doentes com neoplasias é significativo, pois promove um estado de hipercoagulabilidade, aumentando consideravelmente a incidência de doença tromboembólica, que pode visar qualquer órgão. Este caso clínico é referente a um homem de 68 anos com antecedente de carcinoma espinocelular estenosante do esófago, com metastização ganglionar e pulmonar, sob tratamento sistémico paliativo via cateter venoso central subclávio. Recorreu ao serviço de urgência com clínica de dor torácica retroesternal com irradiação para o membro superior esquerdo com duas horas de evolução. Ao exame objectivo encontrava-se taquicárdico, mas normotenso e sem outras alterações no restante exame. O electrocardiograma à admissão apresentava taquicardia sinusal sem variações do segmento ST. Analiticamente com valor de troponina T no limite superior do normal e D-dímeros elevados. Realizou angio-TC tórax que objectivou extenso trombo adjacente ao cateter venoso central no seu trajecto ao longo da veia cava superior até à aurícula direita e defeitos de repleção centrais a nível subsegmentar no segmento posterior do lobo inferior direito, compatível

com tromboembolismo agudo periférico. Por novo episódio de dor torácica no serviço de urgência repetiu o electrocardiograma que apresentou supraST, compatível com enfarte inferolateral, com reversão das alterações electrocardiográficas após administração de nitratos e morfina. O ecocardiograma trans-torácico revelou trombo na aurícula esquerda, sem outras alterações major a nível valvular e da função biventricular. Iniciou terapêutica com antiagregação e hipocoagulação. Após discussão e avaliação da Cardiologia, assumiu-se enfarte em provável contexto embólico, optando-se por manter estratégia conservadora e não avançar para cateterismo coronário pela doença oncológica avançada e prognóstico reservado a curto prazo.

O risco trombótico associado às neoplasias não é um conceito recente. Este caso surpreende, não só pela imagem da tomografia que demonstra a impressionante extensão do trombo, mas também pelas alterações dinâmicas do electrocardiograma que não seriam possíveis identificar sem uma atempada realização do exame aquando dos episódios de dor torácica.

PO 26

ESCLEROSE SISTÉMICA: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DO ATINGIMENTO CARDÍACO

Fábio Dinis Alves; Ricardina Macedo;
Joana Telhada; Rosário Araújo; Olinda Caetano;
Margarida Monteiro; Rosa Ferreira
Hospital de Braga

Introdução: A esclerose sistémica é uma doença autoimune de causa desconhecida, caracterizada por alterações vasculares, auto-anticorpos específicos e aumento da produção de tecido fibroso, quer na pele, quer em órgãos internos do corpo. Apresenta atingimento, evolução e gravidade variáveis, com impacto direto no prognóstico. O atingimento

cardíaco na forma cutânea limitada é raro, mas muitas vezes subdiagnosticado, atrasando o início de terapêutica dirigida e associando-se a elevada morbimortalidade.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 67 anos, com antecedentes de esclerose sistémica cutânea limitada, com 6 anos desde o diagnóstico, apenas com tratamento sintomático instituído. Apresenta attingimento esofágico, telangiectasias, espessamento cutâneo distal e facial, calcinose cutânea e fenómeno de Raynaud. Estudo imune negativo, incluindo anti-SCL70 e anti-centrómero. Descrito attingimento cardíaco desde 2019, com alterações da cinética no ecocardiograma, inicialmente com função preservada, desde 2022 com redução - fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 18%. Ressonância magnética cardíaca com fibrose cardíaca extensa e angiografia coronária que exclui doença revascularizável. Recorreu ao serviço de urgência por dor, edema e calor na perna direita com 2 dias de evolução, associado a agravamento do padrão de dispneia e hipotensão. Da investigação realizada, destaca-se trombose venosa profunda no membro inferior direito e trombos intracardíacos, associada a quadro de insuficiência cardíaca descompensada. Manteve perfil hipotensivo sustentado, dificultando a reintrodução de terapêutica modificadora de prognóstico da doença cardíaca. Excluída atividade de doença imune ou outro attingimento de órgão, assim como trombofilia associada. Atendendo à gravidade de attingimento cardíaco, com fibrose estabelecida, decidiu-se não haver benefício em terapêutica imunossupressora. Pelo prognóstico vital desfavorável, a doente foi encaminhada para consulta de Cuidados Paliativos.

Discussão e conclusão: A esclerose sistémica requer um diagnóstico atempado, de forma a iniciar terapêutica precoce dirigida, assim como evitar a progressão para fibrose. O attingimento cardíaco, apesar de poucas ve-

zes descrito, associa-se a mau prognóstico, principalmente com diagnóstico tardio e já com sintomas instalados. O encaminhamento para Cuidados Paliativos associa-se a melhor controlo sintomático, proporcionando qualidade de vida aos doentes.

PO 27

NÓDULO MAMÁRIA – A IMPORTÂNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

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

Introdução: A mastite granulomatosa idiópática (MGI) é uma doença inflamatória rara, benigna e tratável, de etiologia desconhecida, que afeta mais mulheres jovens. Caracteriza-se por edema da mama, mastalgia, fístulas com drenagem cutânea e massas/nódulos duros. Faz diagnóstico diferencial com o carcinoma inflamatório da mama e a tuberculose mamária, sendo necessária biópsia para o diagnóstico. É uma patologia crónica com elevada recidiva, elevada carga sintomática e possíveis cicatrizes. O tratamento pode ser difícil, levando, em alguns casos, anos até resolução completa.

Caso clínico: Mulher, 33 anos, antecedentes de prolactinoma e psoríase pustulosa. Foi referenciada à consulta por tumefação dolorosa da mama esquerda com drenagem purulenta espontânea e evidência em ecografia de múltiplos nódulos de carácter inespecífico. Já tinha realizado vários ciclos de antibióterapia sem melhoria clínica e com recorrência das lesões. Realizou biópsia tendo o estudo anatomo-patológico evidenciado a presença de infiltração inflamatória crónica, lesões granulomatosas e alterações compatíveis com abscesso, tendo sido excluída etiologia maligna. No estudo microbiológico do pús foi

isolado *Corynebacterium kroppenstedtii*, para o qual realizou terapêutica dirigida com doxiciclina, tendo ficado assintomática. Por lapso, a amostra de pús colhida não foi testada para *Mycobacterium tuberculosis*, contudo na tomografia computadorizada tóraco-abdomino-pélvica que realizou não foram identificadas outras lesões sistêmicas, o teste IGRA (interferon gamma release assay) em sangue periférico foi negativo e a doente não apresentava outros sintomas. Analiticamente apresentava uma velocidade de sedimentação aumentada, estudo imunológico negativo incluindo ANCAs e serologias víricas negativas. Mantém-se em seguimento em consulta para reavaliar recorrência de sintomas e necessidade de escalada terapêutica.

Conclusão: A MGI é uma entidade médica cujo diagnóstico pode ser complexo tal como o seu tratamento. A dor localizada pode responder a AINEs. O uso rotineiro de corticóides ou metotrexato não é consensual e não altera a história natural da doença. Na presença de infecção secundária/abscessos está indicada antibioterapia com doxiciclina em primeira linha e linezolid se recidiva de sintomas. Em casos graves que não respondem a terapêutica médica pode estar indicada cirurgia. A MGI é autolimitada e não acarreta maior risco de neoplasia da mama

PO 28

ESCLEROSE SISTÊMICA COM POLIOMIOSITE: DESAFIOS NA ABORDAGEM CLÍNICA E COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS

Fábio Dinis Alves; Ricardina Macedo;
Joana Telhada; Rosário Araújo; Olinda Caetano;
Margarida Monteiro; Rosa Ferreira
Hospital de Braga

Introdução: A esclerose sistémica é uma doença autoimune caracterizada por alterações microvasculares e, consequentemente, fibrose. Pode existir overlap com outras doen-

ças autoimunes, como as miopatias inflamatórias, caso da polimiosite, sendo mandatório, neste caso, a exclusão de quadro paraneoplásico aquando a sua apresentação. O uso de imunossupressão evita a progressão do dano tecidual, mas pode cursar com intercorrências infecciosas e agravar o prognóstico clínico do doente.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 69 anos, com esclerose sistémica cutânea difusa com overlap com poliomiosite diagnosticada em 2022, com rápida progressão, medicado com metotrexato e corticoterapia, com envolvimento mucocutâneo difuso e articular. Apresentou envolvimento cardíaco com miocardite, controlado com ciclofosfamida e imunoglobulinas. Pela polimiosite, é descrito atingimento muscular proximal e síndrome restritivo pulmonar moderado. Do estudo realizado salienta-se a exclusão de síndrome paraneoplásica assim como presença de alterações no ecocardiograma (diminuição da fração de ejeção do ventrículo esquerdo - 40%). Estudo imune com ANAs 1/320, anti-Sc170, anti-Ro52, anti-Mi2 e anti-EJ positivos. Recorreu ao serviço de urgência por dificuldade respiratória, febre, astenia e tosse seca com 3 dias de evolução. Ao exame físico apresentava hipotensão, com necessidade de oxigenoterapia suplementar e com secreções brônquicas mucopurulentas. Após investigação complementar, foi firmado o diagnóstico de sépsis com ponto de partida em pneumonia bilateral. Suspensa terapêutica com metotrexato e iniciada piperacilina-tazobactam com melhoria inicial, mas com necessidade de escalar posteriormente para meropenem por agravamento clínico. Após isolamento de *E. coli* ESBL positivo e manutenção de febre, escalada antibioterapia para ceftazidima-avibactam consoante antibiograma. Apresentou novo agravamento, com disfunção neurológica, múltiplos episódios de dessaturação e necessidade muito frequente de aspiração de

secreções brônquicas. Apesar das medidas adotadas, o doente continuou a evoluir desfavoravelmente, acabando por falecer.

Discussão e conclusão: Os autores apresentam este caso pela exuberância das manifestações associadas à esclerose sistêmica e pela complexidade clínica associada ao caso. Salienta-se o frágil equilíbrio entre a imunossupressão e o risco de intercorrência infecciosa, que motivou o desfecho desfavorável neste caso.

PO 30

FORAMEN OVALE PATENTE E AVC ISQUÊMICO, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Malheiro Morgado; Carla Carneiro;
Inês Pinheiro; Pedro Vicente de Almeida;
Inês Amorim Cruz; Susana Cavadas
*Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital
Infante D. Pedro, EPE*

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a causa mais frequente de incapacidade permanente na população portuguesa, afetando 76.6 em cada 100.000 portugueses. Cerca de 85% dos AVC são classificados como isquémicos, maioritariamente associados a aterosclerose, hipertensão arterial ou disritmias.

Caso clínico: Homem de 75 anos, autónomo, com antecedentes de dislipidemia, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca com depressão moderada da função ventricular de etiologia isquémica, síndrome coronário crónico, e AVC da circulação posterior nos 2 meses, tendo ficado medicado com ácido acetilsalicílico, atorvastatina e sacubitril-valsartan; admitido através da Via Verde de AVC por diminuição da força do membro superior esquerdo e desvio da comissura labial, ao acordar. Ao exame objetivo, apresentava pressão arterial de 158/94 mmHg e diminuição da força muscular no membro superior esquerdo, grau 4/5 a nível braquial, e grau 1/5 na mão, pontuando 2 na Escala NHSS; sem

outras alterações relevantes. O ECG apresentava ritmo sinusal. A TC-CE mostrou sinais de leucoencefalopatia isquémica e sequelas de lesões isquémicas justacorticais cerebelosas esquerdas.

Do estudo realizado, verificamos colesterol LDL de 52 mg/dL e triglicéridos de 81 mg/dL; estudo de trombofilias adquiridas negativo. Realizou Holter de 24 horas em ritmo sinusal, eco-doppler dos vasos do pescoço com placas de ateroma a condicionar estenoses bilaterais inferiores a 50%, sem alterações do fluxo fisiológico e ecocardiografia transtorácica com hipertrofia ligeira do septo interventricular e discreta depressão da função sistólica global, SIA fino com movimento abaulatório. Para melhor esclarecimento, realizou ecocardiograma transesofágico que demonstrou dilatação da aurícula esquerda, sem trombos no apêndice auricular esquerdo; presença de válvula de Eustáquio exuberante na aurícula esquerda, aneurisma do septo interauricular e forâmen oval patente em túnel com shunt espontâneo.

Após discussão multidisciplinar, optou-se pela alteração para NOAC.

Durante o internamento, manteve-se hemodinamicamente estável e com perfil tensional controlado. A par da investigação etiológica, foi iniciado programa de reabilitação.

Conclusão: O AVC é a principal complicação associada à presença de forâmen oval patente, sendo este risco maior nos doentes com FOP de tamanho moderado a grande e com presença de aneurisma do septo auricular. O seu encerramento em doentes com mais de 60 anos permanece discutível pela presença concomitante de outros fatores predisponentes, bem como pelo maior risco de complicações após procedimento, como aumento do risco de FA. Nestes doentes, devemos considerar o risco de hemorragia, sendo lícita a terapêutica com antiagregantes ou anticoagulantes orais.

PO 31

SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO – DOIS CASOS CLÍNICOS COM DESFECHOS DISTINTOS

Mariana Nunes; Elisabete Cerqueira;
Monique Alves; Beatriz Riquito; Mariana Certal;
Patrícia Rocha

*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto
Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves*

Introdução: O síndrome coronário agudo (SCA) é uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos. Resulta da obstrução de uma das artérias que levam o sangue ao coração – as artérias coronárias. Quando tal acontece, parte do músculo cardíaco deixa de receber a normal quantidade de sangue, ficando privado dos nutrientes e oxigénio de que necessita. Uma parte substancial progride abruptamente de doença inaparente para enfarte do miocárdio e morte.

Descrição do caso: Sexo feminino, 29 anos, obesidade, fumadora, toma de contraceptivo oral. Clínica de dor torácica em aperto com 2 horas evolução e síncope na sala de espera. Admitida na sala de emergência em paragem cardiorrespiratória. Primeiro ritmo avaliado em fibrilação ventricular (FV); iniciou suporte avançado de vida; 2 ciclos de SAV em ritmo de FV, pelo que foi chocada. 3ª avaliação com atividade elétrica com pulso. Não teve recuperação da consciência e por isso procedeu-se a entubação orotraqueal (EOT). ECG com taquicardia e supradesnivelamento ST V2-V5. Assumido EAM com supradesnivelamento do segmento ST; foi para ICP primária e teria oclusão trombótica aguda da Descendente Anterior (DA); fez recanalização da DA com aspiração do trombo e colocou stent com fármacos. Evoluiu favoravelmente.

Sexo masculino, 47 anos, hipertensão arterial; obesidade; etilismo; Clínica de cervicalgia e parestesias no membro superior esquerdo com 2 dias de evolução. Agravamento

da dor com irradiação dorsal. Doente estava sudorético; agitado; obnubilado; hipotenso; tempo de reperfusão capilar aumentada. Admitido na sala de emergência por choque de causa não esclarecida. ECG com bloqueio de ramo esquerdo de novo. Rápida evolução com paragem cardiorrespiratória em ritmo que alternava entre atividade elétrica sem pulso (AESP) e assístolia; 8 ciclos de SAV com 4 adrenalina. Recuperação com atividade elétrica com pulso mas sem recuperação da consciência. Entubação EOT. Nova PCR em ritmo de assístolia. Em conjunto com Cardiologia e Medicina Intensiva assumiu-se como causa de paragem EAM evoluído e por isso foi iniciada atepase durante o tempo de paragem. Foram suspensas as manobras ao fim de 45 minutos por se considerar situação de muito mau prognóstico pelo tempo de clínica, enfarte evoluído, hipoxia e anoxia cerebral, ausência de recuperação sustentada mesmo quando recuperava pulso e paragem em ritmos não desfibrilháveis.

Conclusão: Apresentados dois casos de síndrome coronário agudo em adultos jovens com desfechos diferentes. O primeiro caso com clínica de início precoce que apesar de culminar em PCR, o ritmo era desfibrilável; foi possível reverter a PCR e enviar a doente para ICP com recanalização da DA. Já o segundo caso, representa uma clínica mais arrastada no tempo com PCR em ritmo não desfibrilável. Apesar de ter iniciado fibrinólise não foi possível reverter a PCR.

PO 32

CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO COMO COMPLICAÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Sofia Festa; Adriana Pereira Almeida;
Inês Albuquerque Monteiro; Inês Rafael Marques;
Bernardo Silvério; Sofia Teixeira
ULSMAVE

A Cardiomiopatia de Takotsubo caracteriza-se pela alteração reversível da contratilidade segmentar do ventrículo esquerdo na ausência de lesão coronária significativa, mimetizando uma síndrome coronária aguda, que está frequentemente associada a fenómenos de stress. Em doentes admitidos por acidentes vasculares cerebrais (AVC), surge mais frequentemente em casos de hemorragia subaracnoideia, mas também está descrita em doentes com eventos isquémicos.

Apresentamos um caso de uma doente do sexo feminino, 72 anos com antecedentes relevantes de Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Hipertensão Arterial e Estenose Carotídea Direita. Admitida na UAVC por AVC da Arteria Cerebral Média esquerda para estudo etiológico. Ao 2º dia de internamento apresenta quadro de agitação psicomotora, hipersudorese, taquicardia (FC 115bpm) evidenciada na telemetria e queixas de dor pré-cordial, sem irradiação. Realizou ECG que evidenciou taquicardia sinusal 123bpm, com supra ST em V3 e V4; analiticamente com elevação tropoina I 2072 pg/ml; Ecocardiograma: Hipocinesia do ápex do Ventrículo Esquerdo e dos segmentos justapicais. Função sistólica do ventrículo esquerdo ligeiramente deprimida (FEjVE ~47%). A doente foi transferida para a UCIC de referência onde realizou cateterismo cardíaco emergente que mostrou: ateromatose difusa não obstrutiva. De volta ao nosso centro realizou RM Cardíaca que evidenciou ventrículo esquerdo com função sistólica preservada e alterações da contratilidade api-

cais, ausência de necrose miocárdica sendo estes achados compatíveis com cardiomiopatia de stress. Confirmado o diagnóstico de Cardiomiopatia de Takotsubo, iniciou beta-bloqueador, com melhoria clínica, analítica e ecocardiográfica.

A Cardiomiopatia de Takotsubo tem um prognóstico favorável, dada a sua evolução benigna, com recuperação integral da função ventricular. No entanto, numa fase aguda, poderão ocorrer complicações ameaçadoras de vida, caso não seja atempadamente identificada. Serve este caso para realçar a importância da vigilância contínua em doentes com AVC agudo, de forma a diagnosticar precocemente esta complicação, e também a importância dos exames de imagem, fundamentais para este diagnóstico.

PO 33

HEPATITE A – INFECÇÃO INESPERADA

Francisco de Oliveira Simões;
Bárbara Fraga Campos; Hugo Gonçalves;
Rosa Sá; Rui M. Domingues; Teresa Pimentel;
Narciso Oliveira
Hospital de Braga

Introdução: A Hepatite A é uma infeção vírica com principal via de transmissão fecal-oral. Apesar de muito frequentemente se manifestar de forma ligeira, este caso apresenta um jovem de 29 anos com necessidade de internamento hospitalar para tratamento de suporte e vigilância clínica e analítica.

Caso: Homem, 29 anos, com antecedentes pessoais de rinite alérgica e cirurgia prévia a hidrocelo, iniciou quadro de dor abdominal epigástrica, em moínha, sem irradiação, associado a náuseas, colúria e com aparecimento de icterícia com 2-3 dias de evolução. Referiu toma de ibuprofeno e paracetamol, por excisão de quisto pilonidal, nos 15 dias prévios. Negou alterações do trânsito gastrointestinal, uso de drogas, contactos se-

xuais de risco recentes ou conviventes doentes. No serviço de urgência, estava apirético, normotenso e normocárdico, com queixas abdominais à palpação do quadrante superior direito, sem sinais de irritação peritoneal. Do estudo analítico a salientar elevação da bilirrubina total (6.48mg/dL, normal entre 0.2-1.1mg/dL), da bilirrubina direta (5.15mg/dL, normal <0.3mg/dL), elevação das transaminases AST e ALT com valores máximos em 5283 U/L (Valores Referência 12-40 U/L) e 2643 U/L (Valores Referência 7-40 U/L) respectivamente e INR 1.31 (valor normal 0.8-1.2). Fez TC–TAP que excluiu lesões hepáticas focais, mas evidenciou processo inflamatório perivesicular, sem dilatação das vias biliares e sem outras alterações de relevo. As serologias para Hepatite C, VIH e Hepatite B vieram negativas, sendo que apresentou IgM positivo para HAV (Vírus Hepatite A) e Anticorpo Anti HAV Total >100mIU/mL. Assim, foi decidido o diagnóstico de infecção aguda por Hepatite A. O doente foi internado ao cuidado da Medicina Interna para vigilância clínica e analítica, tendo sido submetido a tratamento de suporte. Apresentou uma evolução favorável ao longo do internamento, do ponto de vista clínico e analítico, pelo que teve alta e foi orientado para consulta de Medicina Interna.

Conclusão: A Hepatite A é uma infecção cada vez mais incomum pela crescente melhoria das condições de higiene e salubridade dos países, sendo uma forma importante de hepatite vírica, que nem sempre tem uma apresentação típica com quadro gastrointestinal e que pode evoluir para a falência hepática aguda, pelo que é importante fazer o adequada vigilância e seguimento dos doentes com infecção aguda, com o objetivo de evitar complicações.

PO 34

APRESENTAÇÃO INCOMUM DE TUBERCULOSE EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Mafalda Maria Santos; João Vieira Afonso;
Joana Castro Vieira; Mariana Simão Magalhães;
Daniela Diniz; Rafael Oliveira;
Ana Filipa Rodrigues

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

A tuberculose com envolvimento extrapulmonar em doente imunocompetentes tem baixa incidência, e o seu diagnóstico surge muitas vezes como um desafio clínico.

Homem, 46 anos, saudável, recorre ao SU por dor lombar esquerda, associada a febre com 3 semanas de evolução, previamente medicado com cefuroxime que cumpriu durante 10 dias. Nega dispneia, alterações gastrointestinais ou urinárias, perda de peso, artralgias e sudorese noturna.

À admissão, GCS 15, eupneico em ar ambiente, normocárdico, normotenso, febril. Auscultação cardíaca sem sopros, com crepitações em base esquerda na auscultação pulmonar. Abdómen mole e depressível, indolor. Dor em região lombar esquerda, com Murphy renal negativo. Apresentava múltiplas cáries dentárias. Analiticamente: leucocitose $14,10 \times 10^3 / \mu\text{L}$, Hemoglobina 10,9 g/dL, VGM 83,1 fL Plaquetas $494 \times 10^3 / \mu\text{L}$, função renal normal, PCR 20,6 mg/dL, VS 120mm.

TC tóraco-abdómino-pélvico: “abscesso em planos retroperitoneais pararenais e perirrenais, medindo 11x5x4cm. Estende-se através do diafragma para o parênquima do lobo inferior do pulmão esquerdo, medindo 50 x 36 mm. Rim esquerdo com imagem sugestiva de abscesso. Adenopatias reativas para aórticas e mediastínicas”.

Iniciou Piperacilina-Tazobactam e clindamicina, sendo então transferido após discussão para hospital central terciário. Aí, é submetido a drenagem de abscesso renal pela Urologia

em bloco operatório. Após procedimento, a especialidade discutiu achados com Infecologia e admitem como hipótese mais provável Actinomicose, e o doente é transferido com indicação para cumprir penicilina 6-12 meses. Ao longo do internamento, manteve febre de predomínio vespertino, sudorese noturna, e parâmetros inflamatórios em plateau. Reavaliação imagiológica com aparecimento também abscessos hepáticos (56 x 38 mm) e esplênicos (50 a 65 mm) em TC. Pedido VIH - negativo, HBA1c dentro de normal, echinococcus negativo, sífilis negativa. Hemoculturas negativas, urocultura negativa.

Ecocardiograma excluiu endocardite. Neste contexto, realizada investigação diagnóstica para tuberculose dado o quadro. Foi pedida biópsia com drenagem percutânea das lesões hepáticas - onde foi identificado presença de micobacterium tuberculosis, e iniciou tratamento antibacilar com melhoria.

Em quadros infecciosos arrastados e refratários à antibioterapia, a hipótese de tuberculose, em Portugal, continua a ter lugar na marcha diagnóstica. A tuberculose extrapulmonar pode resultar da progressão de infeção primária ou reativação de tuberculose latente.

PO 35

UMA RICKETTSIOSE ESCONDIDA

Francisco de Oliveira Simões; Rosa Sá;
Hugo Gonçalves; Bárbara Fraga de Campos;
Rui M. Domingues; Narciso Oliveira;
Teresa M. Pimentel
ULS Braga

Introdução: As rickettsioses são um grupo de doenças infecciosas causadas por bactérias intracelulares com apresentação clínica variável. Dado a ausência de testes diagnósticos rápidos, pode existir um atraso no tratamento e consequentemente podem surgir complicações graves. O caso ilustra um caso clínico de uma rickettsiose.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 52 anos, com antecedentes pessoais de obesidade mórbida e insuficiência venosa periférica é encaminhada ao serviço de urgência por queixas de náuseas, vômitos e diarreia persistentes, associados a anorexia, e febre com 1 semana de evolução. À admissão apresentou-se desorientada, hipotensa com pressão arterial de 91/51 mmHg, pálida e sudorética, com tempo de reperfusão capilar aumentado e com queixas abdominais difusas. Apresentava ainda um exantema macular com áreas petequiais dispersas pelo corpo, não pruriginoso. Do estudo analítico inicial, com anemia normocrômica-normocítica (valor mínimo de Hb de 8.4g/dL), lesão renal aguda (creatinina máxima de 4.7 mg/dL), elevação dos parâmetros de citólise (AST/ALT 87/71 U/L) e PCR (valor máximo de máximo de 288.50 mg/L). Colheu hemoculturas que foram negativas, microbiológico e parasitológico de fezes que foram também negativos. Pela clínica compatível com quadro de gastroenterite, foi medicada com Ciprofloxacina e internada ao cuidado da Medicina Interna. Após a exploração da história clínica, apresentou possibilidade de exposição a artrópodes e roedores e, após um exame físico mais aprofundado, levantou-se a suspeita de Rickettsiose, pelo que se alterou a antibioterapia para Doxiciclina e colheu PCR e pesquisa de anticorpos de Rickettsia que foram negativos. Apesar das serologias serem negativas, dado a elevada suspeita diagnóstica, foi realizada biópsia das lesões exantemáticas e posterior pesquisa, por PCR, de Rickettsia, que foi positiva, interpretando-se assim o quadro como infeção aguda por Rickettsia. A doente cumpriu antibioterapia com Doxiciclina apresentando melhoria clínica e analítica, com posterior alta para ambulatório.

Conclusão: O presente caso ilustra a importância de manter alta a suspeita clínica de rickettsiose, quando a clínica é muito sugges-

tiva, sendo necessário confirmar com biópsia das lesões exantemáticas, uma vez que nem sempre as serologias permitem a confirmação do diagnóstico, especialmente em pacientes com história de exposição a vetores artrópodes.

PO 36

FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA – UMA JORNADA DIAGNÓSTICA SURPREENDENTE

Beatriz Riquito; Ana Maria Carvalho;
Pedro Sá Almeida; Cátia Ribeiro;
Elisabete Cerqueira; Manuel Cunha; Victor Paz
*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto
Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves*

Introdução: A síndrome febril é um motivo clássico de recorrência ao internamento, muitas vezes com necessidade de internamento. As suas etiologias são inúmeras, desde situações simples e frequentes, até patologias mais raras e complexas e cujo diagnóstico pode tornar-se um verdadeiro desafio para o internista.

Caso clínico: Mulher, 78 anos, autónoma. Antecedentes médicos conhecidos de hipertensão arterial, dislipidemia e síndrome vertiginosa, medicada para todos. Referenciada ao serviço de urgência por astenia marcada com 4 meses de evolução. Sem clínica respiratória, cardíaca, genitourinária ou neurológica. Ao exame físico evidenciava, além de febre, um edema dos membros inferiores importante e um perfil hipotensivo, sem outras alterações. Acaba por ficar internada com a Medicina Interna por bicitopenia associada a febre sem foco esclarecido. Do estudo analítico alargado, destaco uma hemoglobina de 7,1g/dL, volume globular médio diminuído, plaquetas 94.000/uL, ferritina 1924 U/L, sem citocetose hepática, LDH 1519 U/L, hiponatremia ligeira de 133 mEq/L, mas com uma função renal normal. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica onde apenas se objetivou uma esple-

nomegalia de 17cm, sem outras alterações de relevo. Sem isolamentos microbiológicos, serologias víricas negativas, assim como painel de zoonoses e estudo autoimune. Acaba por realizar estudo medular que mostra células hemofagocíticas, que confirma o diagnóstico de síndrome hemofagocítica, iniciando corticoterapia sistémica. Ao longo da estadia no internamento, teve um agravamento clínico, com necessidade transitória de suporte vasopressor por agravamento da hipotensão. Após os resultados da imunofenotipagem da medula óssea, confirmou-se o diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B, e iniciou quimioterapia dirigida no dia seguinte.

Discussão: A síndrome hemofagocítica ou linfo-histiocitose hemofagocítica, é uma patologia pautada por uma ativação do sistema imune de forma excessiva que afeta mais frequentemente crianças, mas pode ocorrer em todas as idades. Nos adultos a forma mais frequente é a secundária a outras causas, nomeadamente infeções víricas ou neoplasias. O caso apresentado pretende ilustrar um diagnóstico diferencial de febre de origem indeterminada que, pela inespecificidade dos sintomas e sinais associados, obriga a um índice de suspeição elevado para um diagnóstico e tratamento atempados.

PO 37

O EFEITO DOMINÓ: COMO UMA INFECÇÃO VÍRICA PODE EXACERBAR A ESFEROCITOSE

Fábio Dinis Alves; Joana Telhada; Ricardina Macedo; Rosário Araújo; Olinda Caetano; Margarida Monteiro; Rosa Ferreira
Hospital de Braga

Introdução: A esferocitose hereditária é uma anemia hemolítica congénita causada por mutações genéticas no citoesqueleto dos eritrócitos, comprometendo a sua forma biconcava. As manifestações clínicas variam consoante a gravidade da doença e mutação

genética subjacente, cursando com anemia e icterícia, assim como esplenomegalia. O valor de hemoglobina mantém-se estável entre crises, mas com redução acentuada nas crises hemolíticas associadas a intercorrências infecciosas, febre ou stress.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 22 anos, com antecedentes de esferocitose hereditária conhecida desde a infância, sem crises recentes documentadas. Recorreu ao serviço de urgência por tosse e rinorreia com alguns dias de evolução, posteriormente com astenia de esforços mínimos e palpitações, com agravamento progressivo. Ao exame físico apresentava pele e mucosas descoradas, mas hidratadas, tensão arterial normal, taquicardia e ligeiro desconforto à palpação dos quadrantes esquerdos do abdómen. Do estudo realizado, ECG com evidência de taquicardia sinusal (FC 112 bpm), estudo analítico com anemia grave (6,0 g/dL) microcítica e hipocrômica, elevação ligeira da bilirrubina, lactato desidrogenase elevada (324 U/L), consumo de haptoglobina e teste de coombs direto negativo. Relatada hepatoesplenomegalia na tomografia abdominal. Por apresentar anemia grave sintomática e risco de descompensação clínica, foi internado para monitorização e investigação etiológica. Do estudo etiológico efetuado, destaca-se serologias compatíveis com contacto recente com Epstein-Barr e Parvovírus B19. Durante o internamento, apresentou uma evolução clínica favorável, com normalização da hemoglobina, estabilização dos sinais vitais e resolução dos sintomas. À data de alta foi referenciado para consulta de Hematologia Clínica.

Discussão e conclusão: A esferocitose hereditária é uma doença silenciosa, manifestando-se nos períodos de crise esferocítica, desencadeadas frequentemente por infecções víricas. A identificação precoce de infecções e o acompanhamento hematológico regular são essenciais para prevenir e mitigar crises

hemolíticas. É essencial manter a vigilância de esplenomegalia, uma vez que em casos de esplenomegalia maciça pode ser necessário proceder a esplenectomia para controlo da destruição eritrocitária e/ou prevenção de ruptura. Este caso realça a complexidade da gestão da esferocitose hereditária, uma doença que, embora assintomática na maior parte do tempo, pode evoluir para quadros de anemia grave perante intercorrências.

PO 38

PANCITOPENIA POR PARVOVÍRUS B19

Francisco de Oliveira Simões; Rosa de Sá; Hugo Gonçalves; Bárbara Fraga Campos; Rui M. Domingues; Teresa Pimentel; Narciso Oliveira
Hospital de Braga

Introdução O parvovírus B19 é um vírus de DNA de cadeia simples originando infeções que cursam com exantema eritematoso nos membros, tronco e face, poupando a região palmoplantar, cefaleias e artralgias e febre. Apresenta-se o caso dum homem de 64 anos que desenvolve uma pancitopenia como complicação de infeção por Parvovírus B19.

Caso clínico: Homem, 64 anos com queixas de mal-estar, mialgias e artralgias generalizadas com 4 dias de evolução, associados a febre e exantema pruriginoso, inicialmente localizado na região medial das coxas e que posteriormente alastrou para pernas, pés e tronco. De antecedentes pessoais, destaca-se hipertensão arterial, dislipidemia, cardiopatia isquémica, tabagismo e litíase renal. Ao exame físico, consciente, orientado e colaborante, normotenso e normocárdico, eupneico em ar ambiente, com um exantema punctiforme, que não desaparecido à digitopressão, distribuindo-se pelo tronco e membros, sem atingimento palmoplantar. A auscultação cardiopulmonar era normal, sendo o abdómen mole, depressível, indolor e sem organomegalias. Analiticamente apresentou anemia

normocrômica e normocítica (Hb 10.5g/dL), leucopenia (2300 leucócitos/uL), trombocitopenia (40000 plaquetas/uL), creatinina de 3,6 g/dL, com ionograma normal e com uma ligeira citólise (TGO/TGP 95/96 U/L). Foi internado no Serviço de Medicina Interna para investigação etiológica. Colheu serologias para Parvovírus B19, com IgG positivo e IgM positivo, compatível com infecção recente, tendo-se assumido o diagnóstico principal de infecção por Parvovirus B19 aguda. As serologias para Toxoplasma, Rickettsia, Leptospira, Leishmania e Coxiella burnetti foram negativas. Durante o internamento, houve agravamento inicial da pancitopenia com Hb 9.8g/dL, 27000 plaquetas u/L, 1100 leucócitos/uL e 200 neutrófilos/uL. Do estudo realizado, documentou-se uma anemia hipoproliferativa, excluindo-se défices de ferro, vitamina B12 e folato. Na ausência de sinais de gravidade, o doente teve alta com orientação para consulta de Medicina, onde apresentou resolução total de todas as alterações.

Conclusão: Habitualmente a infeção aguda por Parvovírus B19 é assintomática ou causa sintomas ligeiros “*flu-like*”. Em doentes com patologias hematológicas, a infeção pode causar crise aplástica transitória, com anemia severa. Neste caso, num doente imunocompetente e sem antecedentes hematológicos, existiu pancitopenia, com diminuição franca das 3 linhagens celulares, o que é uma manifestação rara. A recuperação foi espontânea, com normalização das 3 linhas em 2 semanas, de acordo com o descrito para doentes com citopenias isoladas e menos graves.

PO 39

PIELONEFRITE AGUDA COMPLICADA EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Carla Dias Amaral; Marta Cunha;
Helena Sarmiento; Jorge Cotter
ULS do Alto Ave, EPE – Hospital da Senhora da Oliveira

Mulher, 68 anos, autónoma. Antecedentes de Diabetes Melitus tipo 2, dislipidemia, hipertensão arterial, quisto renal e síndrome depressivo. Recorre à urgência por dor abdominal no quadrante inferior direito, febre e vômitos. Ao exame físico Murphy renal positivo à direita. Analiticamente elevação da proteína C reativa. Realizada tomografia abdomino-pélvica (TC AP) “...Saliaenta-se o rim direito globoso, com o parênquima heterogéneo na face anterior do seu terço médio, onde se verifica uma imagem líquida, medindo 1,6 cm, a que se associa ligeira densificação da gordura adjacente, tornando suspeita a hipótese de pielonefrite deste lado, com provável área de necrose/abcedação... Não se identificam imagens de litíase nos seios renais ou nos ureteres nem hidronefrose em ambos os lados, embora se verifique a proeminência pielocalicial direita, com aparente espessamento e hipercaptação das paredes do bacinete direito, sugerindo piélite deste lado”. Fica em hospitalização domiciliária após avaliação nutricional, social e multidisciplinar, com marido como principal cuidador. Medica da empiricamente com ceftriaxone. Do estudo realizado: identificação de agente em urocultura *Escherichia coli* sensível a cefalosporinas.

TC AP de controlo em dia 15 de internamento: “Significativa redução dimensional do abscesso renal direito, medindo agora 4 mm de maior diâmetro... Há ainda ligeira heterogeneidade do nefrograma adjacente a este abscesso, bem como a nível de um pequeno foco hipocaptante de contraste no polo inferior deste rim...”

Internamento de 34 dias. Tendo cumprido ceftriaxone durante 32 dias com boa evolução clínica. TC AP da alta: “O estudo comparativo com o exame anterior mostra diminuição das alterações do rim direito, com resolução do abscesso previamente visualizado...”

O presente caso clínico pretende demonstrar que a hospitalização domiciliária é um modelo de cuidados de saúde que permite uma abordagem holística dos doentes, trazendo-lhes maior conforto e reduzindo custos e complicações.

Organização



Apoio Científico



Patrocínio Científico



Major Sponsors



Sponsors



Secretariado



+351 21 842 97 10
(Chamada para a rede fixa nacional)
paula.cordeiro@admedic.pt
www.admedic.pt

Presidente

Mário Esteves

Comissão organizadora

Ana Pessoa
Bernardo Silvério
Cátia Dias
Inês de Albuquerque Monteiro

Mário Esteves
Pedro Fernandes Moura
Pedro Neves

Comissão Científica

NMIHD
Abílio Gonçalves
Amélia Pereira
Carla Pinto
Diana Guerra
Edite Nascimento

Francisca Delerue
Luís Andrade
Mário Esteves
Olga Gonçalves
Paulo Carrola
Pedro Cunha